

Stillbegleitung (mehrfach) marginalisierter Personen

Intersektional-feministische Stillbegleitung

Facharbeit von

Juliane van Munster

Im Rahmen der Fortbildung zur Stillspezialist/in®



Ausbildungszentrum
Laktation und Stillen
Frühe Kindheit und Familie

Ausbildungszentrum Laktation und Stillen

Seminarreihe 2022/2023 online

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Einleitung	2
Genderhinweis	4
1. Intersektionalität	5
1.1. Begriffserklärung: Intersektionalität	5
1.2. Intersektionalität in der Stillbegleitung	5
2. Ursachen für Diskriminierung im Gesundheitswesen und Ansätze für eine diskriminierungssensible Stillbegleitung	7
2.1. Stillbegleitung mehrgewichtiger Personen	8
2.2. Stillbegleitung von BIPoC	10
2.3. Stillbegleitung von Menschen mit Behinderung	11
2.4. Stillbegleitung von Menschen mit chronischen Erkrankungen	12
2.5. Stillbegleitung von queeren Personen	13
2.6. Stillbegleitung von Personen, die aufgrund von Klassismus diskriminiert werden	15
2.7. Stillbegleitung von Personen, die aufgrund ihres Alters diskriminiert werden	16
3. Fazit und Ausblick	18
Glossar	20
Empfehlungen	24
Literatur	24
Webseiten / Blogs	24
Instagram-Accounts	25
Literaturverzeichnis	26

Einleitung

Im ersten Seminar der Weiterbildung zur StillspezialistIn® am Ausbildungszentrum Laktation und Stillen wurde thematisiert, dass mehrgewichtige Personen häufig mehr Schwierigkeiten beim Stillen haben und trotz des Wissens um diese Problematik vom medizinisch-pflegerischen Personal weniger Informationen und Unterstützung bekommen. Diese Information hat mich zutiefst irritiert. Gleichzeitig war es so offensichtlich - und auch, dass von dieser ungleichen Behandlung nicht ausschließlich mehrgewichtige Personen betroffen sind.

Ich selber war lediglich im Rahmen meiner Ausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin in der Geburtsklinik eingesetzt; die Diskriminierung von Personen, die von der vermeintlichen "Norm" abweichen, ist jedoch nicht auf die Wochenbettzeit begrenzt und so habe auch ich in meinem Berufsalltag viele solcher Situationen beobachtet - die ich teilweise auch erst rückblickend als Diskriminierung erkennen und benennen konnte. In einigen Situationen bin ich eingeschritten, es gab jedoch auch solche, in denen ich selbst stumm geblieben bin oder diskriminierende Narrative reproduziert habe.

Der Anspruch von medizinisch-pflegerischen Personen sollte sein, dass jede zu betreuende Person die bestmögliche individuelle Behandlung erfährt, sich gesehen und ernst genommen fühlt. Diese Facharbeit soll dazu anregen, die eigene Haltung, Vorurteile und diskriminierende Stereotype zu hinterfragen und sich anschließend weiterzubilden. Sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sie ist lediglich ein Einstieg für Personen, die sich bisher noch nicht oder wenig mit intersektional-feministischen Themen beschäftigt haben.

"Verbündete Person im Kampf gegen Rassismus zu werden, bedeutet auch, Räume, in denen Rassismus angesprochen wird, nicht mit eigenen Gefühlen der Abwehr zu dominieren. Die Irritation auszuhalten, wenn weiße Emotionen nicht sofort zentriert werden. Auszuhalten, mal nicht sofort maximale Sprechzeit oder Aufmerksamkeit zu erhalten." (@tupoka.o 2022)

Diese Worte schreibt Tupoka Ogette auf ihrem Instagram-Account, mit dem Zusatz, dass diese Aussage zu übertragen ist auf alle anderen gesellschaftlich dominanten Positionen.

Es ist verständlich, wenn beim Lesen dieser Arbeit (oder auch weiterführender Lektüre) gelegentlich negative Gefühle, wie Genervtheit oder gar Wut auftreten. Als Person, die nicht - bzw. positiv - von Diskriminierung betroffen ist, kann man dann eine Pause machen und sich ein wenig erholen. Das können Menschen, die negativ davon betroffen sind, in der Regel nicht.

Genderhinweis

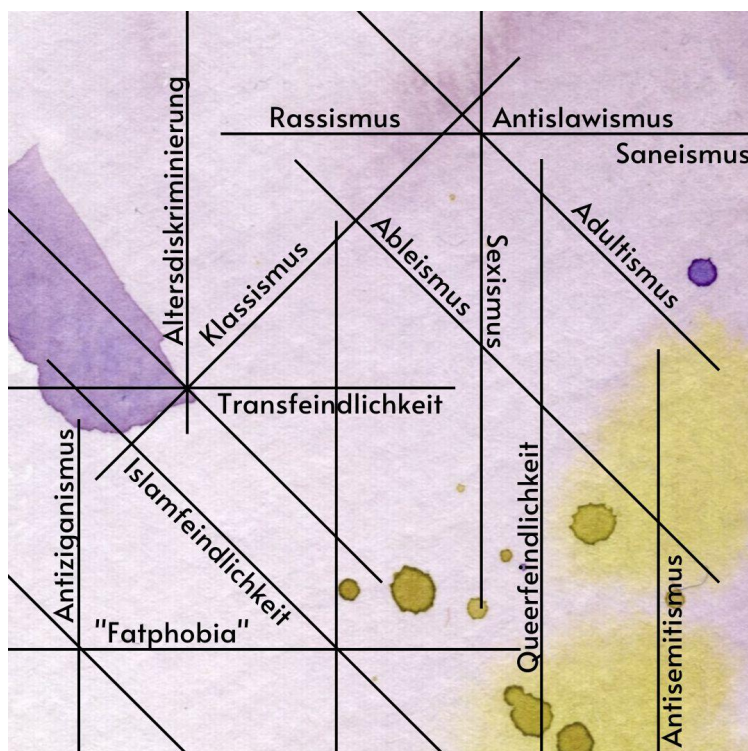
Da nicht ausschließlich Frauen schwanger sein und stillen können, sondern auch Männer und nicht-binäre Personen, werden in der vorliegenden Facharbeit möglichst geschlechtsneutrale Bezeichnungen verwendet. Alle Personen sollen sich angesprochen und gesehen fühlen. Auch medizinisches Personal ist divers; somit werden auch hier möglichst geschlechtsneutrale Bezeichnungen verwendet. Sofern bekannt, werden die Pronomen verwendet, die die jeweilige Person für sich gewählt hat. Die Pronomen der Autorin sind sie/ihr.

1. Intersektionalität

1.1. Begriffserklärung: Intersektionalität

Der Begriff Intersektionalität, geprägt 1989 von Kimberlé Crenshaw, einer amerikanischen Juristin und Mitbegründerin der *Critical Race Theory*, beschreibt das Zusammenspiel der verschiedenen Diskriminierungsformen, welche sich wie eine Straßenkreuzung (engl. intersection) überschneiden können (vgl. Kollektiv *Geschichte intersektional* 2019).

Personen können einerseits Diskriminierung erfahren, zum Beispiel aufgrund ihres Geschlechts, gleichzeitig aber Privilegien genießen, zum Beispiel aufgrund ihrer Hautfarbe. Ebenso können Personen mehrfach diskriminiert werden, zum Beispiel aufgrund ihrer Religion, Behinderung und Sexualität.



Intersektionen der Diskriminierung (Quelle: eigene Darstellung)

1.2. Intersektionalität in der Stillbegleitung

Die Mehrheit der Personen, die Stillberatung und -begleitung bedürfen, sind cisgeschlechtliche Frauen nach der Entbindung. Dass diese Personengruppe in einer patriarchal geprägten Gesellschaft benachteiligt, sexualisiert und diskriminiert wird, ist eine Tatsache, die auch die Stillberatung beeinflusst.

Die Sexualisierung von Frauen trägt beispielsweise dazu bei, dass das Stillen in der Öffentlichkeit erschwert wird und Stillende sich hierbei häufig unwohl fühlen (vgl. Grant et al 2022). Eine von drei Frauen erfährt zudem im Laufe ihres Lebens sexualisierte Gewalt. Dass dies für die betroffenen Personen traumatisierend sein, sich negativ auf die mentale, die sexuelle und reproduktive Gesundheit auswirken kann, liegt auf der Hand und wird glücklicherweise mittlerweile auch tiefergehender erforscht (vgl. Sørbo et al. 2015).

Es sind aber nicht ausschließlich cisgeschlechtliche Frauen, die Stillberatung in Anspruch nehmen - neben ihnen können auch transgeschlechtliche Männer, nicht-binäre Personen oder die Partner*innen der schwangeren Personen die Beratung aufsuchen.

Wie in allen medizinisch-pflegerischen Bereichen können Personen jeder sozialen, ethnischen und Altersgruppe der Stillberatung bedürfen und müssen selbstverständlich gut beraten und begleitet werden.

Es können also selbstverständlich Personen die Beratung aufsuchen, die auf mehreren Ebenen von Diskriminierung betroffen sind und daher auch unterschiedlich betreut werden müssen.

Diese Unterschiede mitzudenken ist nicht immer leicht und Fehler sind nicht zu vermeiden. Da dies aber immer der Fall ist, wenn Menschen miteinander in Kontakt kommen, sollte das Resultat nicht sein, sich nicht über weitere Perspektiven zu informieren.

2. Ursachen für Diskriminierung im Gesundheitswesen und Ansätze für eine diskriminierungssensible Stillbegleitung

“Es gibt zwei Kategorien von Menschen [...]. Die Benannten und die Unbenannten. Die Unbenannten sind Menschen, deren Existenz nicht hinterfragt wird. Sie sind der Standard. Die Norm. Der Maßstab. [...] Die Unbenannten wollen die Benannten verstehen - nicht als Einzelne, sondern im Kollektiv. Sie analysieren sie. Versehen Sie schließlich mit einem Namen, der sie auf Merkmale reduziert, die den Unbenannten an ihnen bemerkenswert erscheinen. Das ist der Moment, in dem aus Menschen Benannte werden. In dem sie entmenschlicht werden. ”
(Gümüşay 2021)

Dieses Zitat ist eine Offenbarung. Es wird mit so wenigen Worten zusammengefasst, welche Dynamiken hinter der Diskriminierung stehen - weshalb es so schwer ist, diese zu hinterfragen und aufzubrechen. Wenn eine Gruppe von Menschen ein Leben lang, über Generationen hinweg, gelernt hat, dass sie der “Maßstab” ist und alle Menschen, die - in welcher Form auch immer - davon abweichen, *anders* sind, dann ist es naheliegend, dass diese sich in ihrem Selbstbild, ihrem Sein angegriffen fühlt, wenn dieses hinterfragt wird.

Das passiert nicht selten auch Personen, die im Gesundheitswesen tätig sind, die ihre Berufswahl ja nicht selten damit begründen, dass sie gerne mit Menschen arbeiten. Und dennoch - wenn man sich nicht mit der Lebensrealität unterschiedlicher Menschen auseinandersetzt, wenn an Schulen und Universitäten fast ausschließlich Personen der gleichen Gruppe lehren und lernen und somit auch in den Kliniken und Praxen tätig sind, dann ist auch der Blick auf die zu behandelnden Menschen sehr einseitig.

So erschien im November 2021 die erste Illustration einer Schwarzen schwangeren Person und ihres Schwarzen Fötus. Sie wurde kreiert von Chidiebere Ibe, einem nigerianischen medizinischen Illustrator, dem im Rahmen seiner Tätigkeit bewusst wurde, dass die Unterrepräsentation von People of Color (PoC), und insbesondere Schwarzen Menschen, zu Ungleichheit in der medizinischen Versorgung führen (vgl. Ibe o.D.).

2.1. Stillbegleitung mehrgewichtiger Personen

*“Ich war schwanger. Und bevor ich gefragt wurde, ob die Schwangerschaft gewollt ist oder nicht, wie es mir geht, ob ich Fragen habe, wurde mir erklärt, dass mein Gewicht ein Problem sei. [...] Ehe ich gefragt wurde, ob ich die Schwangerschaft überhaupt fortsetzen möchte - fielen Begriffe und Aussagen wie Risiko, Fettleibigkeit, Diabetes, Schwangerschaftsdiabetes, Verantwortung, Abnahme, Diät während der Schwangerschaft, Gewicht des Embryos. [...] Ich war schwanger und auf einmal war ich es nicht mehr. Und in mir sind noch immer sehr viele Gefühle. Und Worte, die nachhallen. Ich trage nun einige Verletzungen mehr mit mir rum. [...] Ich war schwanger. Und Ärzt*innen fanden es in Ordnung, meine Grenzen zu missachten und mich zu verletzen - Rassismus und Fettfeindlichkeit unter dem Deckmantel der “Besorgnis”.*
(@minoandtheirchaos 2022)

In unserer Gesellschaft werden mehrgewichtigen Personen häufig negative Attribute zugeschrieben, die auch medizinische Personen nicht selten verinnerlicht haben (vgl. Puhl et al. 2013). Auch in der Ausbildung und im Studium werden in der Regel lediglich die möglichen negativen medizinischen Auswirkungen des Mehrgewichtes thematisiert.

Die psychologischen Auswirkungen der Diskriminierung mehrgewichtiger Menschen im Alltag ist jedoch selten Inhalt der Vorlesungen. Das Wissen hierüber trüge aber dazu bei, dass die betroffenen Personen adäquat behandelt werden könnten und nicht durch das medizinische Personal zusätzliche Diskriminierung erfahren würden.

Durch die mediale Darstellung von mehrgewichtigen Personen als willensschwach, faul, unattraktiv und unintelligent wird eben dieses Bild in den Köpfen verankert (vgl. Puhl et al. 2013).

Viele Ärzt*innen und Pflegekräfte sind daher voreingenommen dicken Menschen gegenüber; laut einer 2015 veröffentlichten Studie nehmen sich Ärzt*innen 28% weniger Zeit für mehrgewichtige Patient*innen, da sie diese als weniger compliant einschätzen und somit ihre Aufklärung und Information als Zeitverschwendung empfinden (vgl. Phelan et al. 2015).

Wenn mehrgewichtige Personen darauf vertrauen könnten, dass sie durch medizinisches Personal objektiv und möglichst vorurteilsfrei behandelt würden, könnten sie angstfrei um Hilfe bitten. Da die meisten mehrgewichtigen Menschen aus Erfahrung wissen, dass dies nicht der Fall ist und auch im medizinischen Kontext Fat Shaming nicht selten ist, wird Hilfe häufig zu spät oder gar nicht eingefordert (vgl. Puhl et al. 2013). Das kann dazu führen, dass aufwändigere Interventionen notwendig sein können und somit zu Stress und gegebenenfalls zu einem schlechteren Outcome (vgl. Fontaine et al. 1998).

Durch wiederholte belastende Situationen im medizinischen Kontext, die die Betroffenen hohen Stressleveln aussetzen, kann es zu verschiedenen Gesundheitsfolgen kommen, unter anderem Ängsten und Depressionen. Hieraus resultieren wiederum körperliche Beschwerden wie Kopf- und Rückenschmerzen, Schlafstörungen und Erschöpfungszustände. Diese Beschwerden mindern die Compliance der Patient*innen und führen nicht selten zu (Verstärkung der) Essstörungen und somit zu weiterer Gewichtszunahme (vgl. Villines 2021).

Während der Fokus nicht auf Gewicht und Körperform liegen sollte, ist es dennoch wichtig zu wissen, dass mehrgewichtige Personen aufgrund ihrer körperlichen Gegebenheiten häufig besondere Erschwernisse beim Stillen haben und entsprechend unterstützt und beraten werden müssen.

Zum einen haben sie ein erhöhtes Risiko eines Gestationsdiabetes sowie medizinischer Interventionen unter der Geburt, welche den Stillstart erschweren können, unter anderem, da hierdurch häufig verspätet das erste Mal das Kind an die Brust angelegt wird und somit die Laktogenese 2 und die daraus folgende initiale Brustdrüsenanschwellung später einsetzen (vgl. Deutscher Hebammenverband 2021).

Zum anderen werden häufig andere, beziehungsweise weitere, Hilfsmittel benötigt, damit die stillende Person das Kind und sich selbst gut positionieren kann, um bequem zu stillen. Es kann sich schwieriger gestalten, den Überblick zu behalten, sodass das Kind gut trinken und atmen kann, was zu Unsicherheit und zum Abstillen führen kann.

Idealerweise erfolgt die Information über die Vorteile des Stillens, die möglichen Hindernisse und (Selbst-) Hilfen bereits in der Schwangerschaft. Wichtig ist hierbei, neutral über den Körper der schwangeren Person zu reden. Der Fokus sollte auf der Motivation und Stärkung des Selbstwertgefühls liegen, damit die Person in sich selbst Vertrauen hat und dem Stillen gegenüber offen und positiv eingestellt ist. Ausführliche Gespräche über das Gewicht der Person sind nicht notwendig und sollten vermieden werden - die Schwangerschaft und Stillzeit sind nicht der richtige Zeitraum für eine Gewichtsreduktion; das Augenmerk sollte auf einer gesunden Verhaltensweise liegen, wie täglichen Spaziergängen in der Schwangerschaft und nach dem frühen Wochenbett, und einer vorwiegend nährstoffreichen und ausgewogenen Ernährung. Dies ist jedoch jeder schwangeren Person zu empfehlen, ungeachtet ihrer Körperform.

Strebt die schwangere Person eine Klinikgeburt an, sollte ihr ein zertifiziertes "Babyfreundliches Krankenhaus" empfohlen werden, damit sie postpartal bei eventuellen Stillschwierigkeiten adäquate Unterstützung erhält (vgl. Deutscher Hebammenverband 2021).

Die schwangere Person ist darüber zu informieren, dass, insbesondere nach Interventionen unter der Geburt oder nach einer Trennung vom Neugeborenen, der therapeutische Hautkontakt das Bonding fördert, die Oxytocinausschüttung erhöht und somit den Stillbeginn unterstützt.

2.2. Stillbegleitung von BIPoC

“Rassismus IST primär eine Schmerzerfahrung. Natürlich erfahre ich diese auf einer emotionalen Ebene, denn sie tut scheiße weh. Und GENAU DAS macht mich nicht irrational, sondern es macht mich original zur EXPERTIN.”

(@sohra.beh 2020)

Menschen, mit “(zugeschriebene[n]) Merkmalen, mit denen eine bestimmte biologische Abstammung oder ethnokulturelle Herkunft assoziiert wird“ (Bartig et al. 2021), werden in unserer Gesellschaft, und somit auch im Gesundheitswesen, diskriminiert und benachteiligt.

Das geschieht zum Beispiel aufgrund von sprachlichen Barrieren und der mangelnden Nutzung der Möglichkeit, diese zu umgehen. Hierdurch werden Patient*innen unzureichend informiert und aufgeklärt, was zu mangelnder Compliance und sogar zu einem vorzeitigen Behandlungsabbruch führen kann.

Doch auch Patient*innen, die entweder nach ihrer Zuwanderung bereits deutsch gelernt haben oder sogar in Deutschland geboren und aufgewachsen sind und deutsch sprechen, kommt es zu Diskriminierung durch Vorurteile, Rassifizierung und Stereotypisierung. Dies geschieht im klinischen Alltag vornehmlich recht subtil in Form von Mikroaggressionen und durch Othering und selten durch offene rassistische Äußerungen (vgl. Bartig et al. 2021).

In Summe können diese “kleinen” Angriffe Traumata verursachen und zu Stress mit allen Folgeerscheinungen führen, in deren Folge bei späteren Erkrankungen zu spät oder gar nicht medizinische Hilfe in Anspruch genommen wird.

Die Hautfarbe eines Menschen ist nicht automatisch ein Indikator für die kulturelle Prägung oder Sprache - und erst recht nicht für medizinisch relevante Parameter, wie beispielsweise das Schmerzempfinden. Rassistische Vorurteile über erhöhte Schmerzempfindlichkeit, die sogar medizinisch-klingende Namen wie “Morbus Mediterraneus” oder “Morbus Bosporus” erhalten haben, sind herablassend und führen dazu, dass Patient*innen nicht adäquat untersucht und versorgt werden (vgl. Gast Arbeiterin 2022).

Wie eingangs erwähnt, ist auch die unzureichende Darstellung von Krankheitsbildern an BIPoC problematisch und potentiell gefährlich. So kann es beispielsweise passieren, dass eine fulminante Mastitis nicht als solche erkannt wird, wenn die

behandelnde Person zwar die grippeartigen Symptome registriert, nicht jedoch die Rötung der betroffenen Brust. Auch ein Vasospasmus kann unentdeckt bleiben, da die erwartete weiß-bläuliche Verfärbung der Brustwarze ausbleibt (vgl. LER Team 2021). Zum Beurteilen der Situation sollte in der gründlichen Anamnese also die Hautfarbe durchaus bedacht werden.

Jeder Mensch ist als Individuum zu betrachten und hat auch das Recht darauf, so behandelt zu werden. Verallgemeinernde Aussagen, die suggerieren, dass die zu betreuende Person sich nicht von anderen Personen der gleichen Ethnie unterscheidet, können (re-)traumatisieren und sind zu vermeiden.

Gleichzeitig sollte medizinisches Fachpersonal über die verschiedenen Kulturen informiert sein und anerkennen, dass es Unterschiede in der Lebensgestaltung, Ernährung in zwischenmenschlichen Beziehungen und auch im Erleben von Alltagssituationen gibt.

Medizinisches Personal sollte nicht bei jeder BIPOC davon ausgehen, dass eine Sprachbarriere vorhanden ist und dies der Person zeigen. Dies ist auch eine Form des Othering ist und zu Unwohlsein und mangelndem Vertrauen führen kann. Sollte jedoch eine Sprachbarriere bestehen, ist *selbstverständlich* ein*e Dolmetscher*in zu organisieren, damit eine adäquate Betreuung und Information möglich ist.

2.3. Stillbegleitung von Menschen mit Behinderung

“So wurde ich von Arzt zu Arzt gereicht. Nicht, weil sie mich heilen wollten oder konnten, sondern weil ich ein interessantes Forschungsobjekt war. Ein kleiner menschlicher Wanderpokal für die Wissenschaft. In Unterhosen stand ich weißen Kitteln gegenüber und wurde untersucht, angefasst, beurteilt, weitergereicht. Nur gefragt wurde ich nie. Weder nach Intimsphäre, meinen persönlichen Grenzen, geschweige denn meinem Einverständnis.”

(Gehlhaar 2022)

Die erste Hürde, die Menschen mit Behinderung nehmen müssen, ist nicht selten, sich überhaupt Zutritt zu den Räumlichkeiten zu verschaffen. Laut des Projekts “Barrierefreie Praxis” erfüllen lediglich 36,4 % der verzeichneten Ärzt*innenpraxen mindestens eines der insgesamt zwölf Kriterien der Barrierefreiheit (vgl. Bartig et al. 2021). Hierzu gehören unter anderem Behindertenparkplätze, ein stufenfreier Zugang und Orientierungshilfen für Sehbehinderte, sowie ein barrierefreies WC.

Die o.g. Kriterien betreffen vornehmlich Menschen mit körperlichen Behinderungen. Es gibt jedoch weitere Barrieren für Menschen mit kognitiven Behinderungen sowie Personen, die dem neurodivergenten Spektrum angehören: da das Telefonieren häufig Schwierigkeiten bereitet, können betroffene Personen bereits an der Kontaktaufnahme mit der medizinischen Einrichtung scheitern. In den Einrichtungen

kommt es nicht selten zu Reizüberflutung und Kommunikationsschwierigkeiten (vgl. Doherty et al. 2022).

Menschen mit Behinderung, insbesondere solche mit Entwicklungsstörung, erfahren oft einen weniger respektvollen Umgang, werden übergangen und diskriminiert (vgl. Stevenson et al. 2011). Das geschieht unter anderem durch Infantilisierung, also die "Verkindlichung" eines erwachsenen Menschen. Im klinischen Bereich wird aufgrund von Stress und Zeitmangel, aber auch aufgrund ungenügenden Wissens über den Umgang mit Menschen mit Behinderung, häufig nicht patientenorientiert gearbeitet und die Patient*innen übergangen. Hinzu kommt insbesondere bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen, dass die unruhige Umgebung sowie die Abläufe beängstigend sein können. Werden die Patient*innen hierbei nicht adäquat begleitet - egal, aus welchem Grund - kann dies zu schlechterer Compliance und Traumata führen (vgl. Harenski 2007).

Wie alle werdenden Eltern, sollten Menschen mit Behinderung gut über das Stillen informiert werden. Die Information sollte bereits in der Schwangerschaft erfolgen und gegebenenfalls mithilfe der Betreuungsperson erfolgen. Hierbei sind die jeweiligen persönlichen Hindernisse, zum Beispiel körperliche Einschränkungen, zu berücksichtigen und entsprechende Hilfen angeboten zu werden.

Dennoch sollte der Fokus auf dem Menschen selbst, und nicht auf seinen Behinderungen liegen. Eltern mit Behinderung haben die gleichen Sorgen, Ängste und Wünsche wie andere Eltern, die valide sind und thematisiert werden sollen. Wird die Person ausschließlich auf ihre Behinderung und damit einhergehende mögliche Probleme reduziert, ist dies ableistisch und potentiell (re-)traumatisierend.

2.4. Stillbegleitung von Menschen mit chronischen Erkrankungen

"Ich bin ein wandelndes Vorurteil, sodass mein Gegenüber oft denkt, er müsste mir mein Leben zeigen und mir deutlich machen, wo ich stehe und was ich „wert“ bin. Als Mutter hätte ich nie Kinder bekommen dürfen. Denn mit einer Suchtkrankheit bringt man keine Kinder auf die Welt. Man ist zu vorbelastet und weiß doch gar nicht, wie das alles geht. Habe ich denn nicht Angst, dass meine Söhne auch abhängig werden?"

(@jenn_mit_i 2022)

Im Gesundheitswesen werden chronisch kranke Menschen insbesondere dann benachteiligt, wenn sie aufgrund einer anderen Akuterkrankung in Behandlung sind und das Personal aufgrund der Spezialisierung der Fachbereiche nicht genügend Fachwissen über die bestehende chronische Erkrankung hat (Robert Bosch Stiftung 2021).

Das kann sich zum einen darin äußern, dass in Notfallsituationen nicht korrekt reagiert wird und Patient*innen hierdurch eine schlechtere Behandlung erfahren. Zum anderen können Patient*innen stigmatisiert werden - dies passiert vor allem, wenn psychische Erkrankungen vorliegen, sowie bei Patient*innen mit infektiösen Erkrankungen wie beispielsweise HIV. Diese erfahren die Diskriminierung häufig bereits bei der Terminvergabe - so werden Termine an HIV positive Menschen zum Teil nur an bestimmten Wochentagen vergeben oder die Behandlung sogar gänzlich verweigert. Personen mit Uterus erleben nicht selten zusätzliche Diskriminierung im Kontext der Familienplanung - beispielsweise, indem ihr Infektionsstatus im Schwangerschaftspass oder im Untersuchungsheft des Kindes notiert wird oder sie zu einer bestimmten Entbindungsmethode gedrängt werden (Dieckmann et al. 2021, S.6).

Bei der Begleitung chronisch kranker Personen sollte ein Basiswissen bezüglich der Grunderkrankung vorhanden sein oder sich angeeignet werden. Dies ist insbesondere wichtig, wenn Medikamente eingesetzt werden, da es sonst bei bereits vorhandener Medikation zu Wechselwirkungen kommen kann.

Da eine gute Stillbegleitung ein gewisses Maß an Nähe und Vertrauen voraussetzt, ist es außerdem für alle Beteiligten wichtig, dass angst- und wertfreie Kommunikation stattfindet. Dies ist nur möglich, wenn die beratende Person zumindest ein Grundwissen über die Erkrankung hat. So können beispielsweise unangemessene Fragen vermieden werden und der Fokus liegt auf der Stillberatung. Auch kann der stillenden Person so adäquat Wissen über die tatsächlichen Risiken der jeweiligen Erkrankung und der gegebenenfalls einzunehmenden Medikamente vermittelt werden - und somit ihr Selbstbewusstsein für den Kontakt mit weiterem medizinischen Personal, das beispielsweise aus Unwissen zum Abstillen rät, gestärkt werden.

2.5. Stillbegleitung von queeren Personen

Dieses Unterkapitel behandelt die Stillbegleitung queerer Personen. Dieses Label wird von vielen Personen, die der LGBTQIA+-Community angehören, verwendet, von einigen jedoch auch abgelehnt. Grundsätzlich gilt es selbstredend, die Personen zu fragen, mit welcher Bezeichnung sie sich am wohlsten fühlen und diese dann zu verwenden. Zudem wird die in diesem Kapitel erwähnte Geschlechtsdysphorie nicht von jeder queeren Person empfunden. Es ist zu unterscheiden zwischen Sexualität, Geschlecht/Gender und Romantik.

“Familien sind in unserer Gesellschaft immer noch so fest definiert in unseren Köpfen, obwohl es schon so viele Alternativen gibt. Wenn man an Familien denkt oder über sie spricht, sie in Medien sieht, ist es immer noch oft Mutter, Vater Kind (+ Kind). Doch es gibt so viel mehr was Familie sein [kann]. Egal ob zwei Mütter, zwei

*Väter, nur ein Elternteil, ob mit den Großeltern, Pflegeeltern, ältere erziehende Geschwister, ein Paar ohne Kinder, eine Einzelperson mit lieben Freund*innen oder Haustiere. Wir mit drei Erwachsenen, zwei Kindern und zwei Katzen. Familie ist das was wir im Herzen fühlen”.*

(@autism_adhd_cluster 2019)

Trotz des Wissens um die geschlechtsspezifischen Unterschiede in Symptomen und Verläufen von Krankheiten, werden klinische Studien nach wie vor weitestgehend mit cis-männlichen Probanden durchgeführt. Dies führt selbstredend zu schlechterer medizinischer Behandlung von cis Frauen respektive Personen aller weiteren Geschlechter (vgl. Bartig et al. 2021; vgl. Greenspan et al. 2007). Die Symptome einer Erkrankung werden bei Frauen häufig als “atypisch” beschrieben - gemeint ist hiermit dann allerdings “anders als bei Männern” (vgl. Samulowitz et al. 2018).

Gleichzeitig kommt es zu Ungleichbehandlungen gleicher Erkrankungen, für die es keine medizinische Begründung gibt - beispielsweise werden Frauen bei Schmerzen ohne weitere Symptome, statt Schmerzmittel zu erhalten, häufiger zu Psycholog*innen überwiesen (vgl. Bartig et al. 2021).

Zusätzlich werden queere, insbesondere nicht-binäre und transgeschlechtliche Menschen, durch Nicht-Berücksichtigung ihrer Lebenssituation benachteiligt und diskriminiert. Dazu gehören das Nicht-Anerkennen ihrer geschlechtlichen Identität und mangelndes Fachwissen zu spezifischen Trans-Gesundheitsthemen sowie Vorurteile (vgl. Bartig et al. 2021).

Um Geschlechtsdysphorie und Trauma zu vermeiden, ist es wichtig, über die verschiedenen queeren Perspektiven informiert zu sein und vor allem zu wissen und zu akzeptieren, dass jeder Mensch am besten weiß, wer si*er ist und medizinisches Personal nicht aufgrund einer (akademischen) Ausbildung befähigt ist, diese Expertise abzuspochen. Ungeachtet des Passing der Person sind also beispielsweise selbstverständlich die Pronomen zu verwenden, die die jeweilige Person für sich gebraucht (vgl. Byne et al., 2018).

Generelles Wissen um eventuelle Medikamente oder stattgefundene Brustoperationen und die Hindernisse, die damit verbunden sein können, ist obligatorisch, genauso wie das Wissen um induzierte Laktation und den Umgang mit alternativen Zufütterungsmethoden.

Während es wichtig ist, über für das Stillen relevante Operationen, wie beispielsweise eine Mastektomie, informiert zu sein, sollten unangebrachte intime Fragen zu weiteren Operationen, die lediglich die Neugier befriedigen, vermieden werden.

Zudem sind queere Personen häufig indiskreten Fragen zu ihren Körpern, Beziehungen, Rollenverteilungen und sexuellen Vorlieben ausgesetzt. Diese können - wenn auch unbeabsichtigt - dazu führen, dass di*er Patient*in sich stigmatisiert und unwohl fühlt und der Fokus von der eigentlichen Problematik abgelenkt wird, wegen der die Person ursprünglich Hilfe und Unterstützung gesucht hat (vgl. Byne et al., 2018).

2.6. Stillbegleitung von Personen, die aufgrund von Klassismus diskriminiert werden

*“[...]
years ago while driving a load
from montreal to florida
he ended up in a hospital
somewhere in the middle of america
with his appendix moments away
from busting

when the doctor told him
they had to take him into surgery immediately
he looked at her and said
i can't afford it
can this wait until i get back home to canada

when do you get back home the doctor said

in three days he responded
and she looked at him like he must
be out of his mind
[...]”
(Kaur 2020)*

Ein gesundes Leben ist ein Privileg, das selbst in einem insgesamt reichen Land wie Deutschland nicht alle Personen innehaben; bereits im Kindesalter häufen sich in von Armut betroffenen oder gefährdeten Haushalten körperliche und psychische Erkrankungen (vgl. Lampert T, Kuntz B, KiGGS Study Group 2015). Ursächlich hierfür sind unterschiedliche Lebensstile und das mangelnde Wissen um Gesundheitsförderung und Bewältigungsstrategien bei Stress und Belastung, doch vor allem grundsätzlich schlechtere Arbeitsbedingungen und mangelnde finanzielle und zeitliche Ressourcen. Zudem werden präventive Vorsorgeuntersuchungen von Menschen mit niedrigerem sozioökonomischen Status seltener wahrgenommen (vgl. Bartig et al. 2021).

Durch Studien aus anderen Ländern (Kanada, USA, Niederlande), in denen diese Problematik auch durch Diskriminierung im Gesundheitswesen mitverursacht wird, lässt sich schlussfolgern, dass dies auch in Deutschland der Fall ist. So erhalten beispielsweise Personen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status weniger schnell einen Termin und auch die Wahrnehmung und Kommunikation zwischen medizinischem Personal und Patient*in wird hierdurch beeinflusst (vgl. Bartig et al. 2021) - sie fühlen sich häufiger negativ beurteilt, abgewertet und von oben herab betrachtet (vgl. Simons et al. 2017). Dies beeinflusst neben der Inanspruchnahme von medizinischen Angeboten auch die Offenheit und Ehrlichkeit der Personen und somit den Therapieerfolg.

Während es wichtig ist, um die Häufung mehrerer Faktoren, die sowohl die Gesundheitsförderung allgemein, als auch explizit die Stillbereitschaft, gefährden können - also mangelndes oder falsches Wissen, ein ungesunder Lebensstil, fehlende Vorbilder und mangelnde zeitliche und finanzielle Ressourcen - zu wissen und entsprechend dabei zu unterstützen, die tatsächlich vorhandenen Defizite auszugleichen, ist es ebenso unabdinglich, den Personen offen und vorurteilsfrei zu begegnen.

Sollten Wissensdefizite vorliegen, sind die Personen zu informieren, ohne sie zu belehren und von oben herab zu behandeln. Dies fördert weder das Verhältnis und Vertrauen zwischen der beratenden und der zu beratenden Person, noch das Selbstvertrauen und die Kompetenz. Besonders sinnvoll ist es selbstredend, bereits vor oder während der Schwangerschaft die entsprechenden Kenntnisse zu vermitteln, doch auch im frühen Wochenbett kann durch Gespräche auf Augenhöhe noch gut interveniert werden.

2.7. Stillbegleitung von Personen, die aufgrund ihres Alters diskriminiert werden

“Bei der Mutter hingegen wird gerechnet, wie alt diese ist, wenn das Kind volljährig wird, und ob sie das überhaupt noch erlebt. Denn: wer kümmert sich denn um das Kind, wenn es früh seine Mutter verliert?”

(Hellene 2022)

Die Diskriminierung von Menschen aufgrund ihres Alters ist in zahlreichen Studien beschrieben. Während in der Gesellschaft und dem restlichen Gesundheitswesen hiermit in der Regel deutlich ältere Personen gemeint sind, sind in der Geburtshilfe in der Regel die Personen betroffen, die nicht in dem kleinen Zeitfenster, das die Gesellschaft als ideal erachtet, ihren Kinderwunsch realisieren (können). Medizinisch gilt noch die Zeit zwischen 20 und 34 Jahren als fruchtbarste - ab 35 Jahren erhalten Schwangere bereits einen Vermerk in der Liste der Risikofaktoren im Schwangerschaftspass.

Doch gesellschaftlich betrachtet scheint der Zeitraum noch kleiner zu sein - etwa zwischen dem 27. und dem 33. Lebensjahr scheint das idealisierte Alter einer weiblich gelesenen Person zu sein, um zumindest das erste Kind zu gebären. Bei einer Folgeschwangerschaft wird ein etwas höheres Alter allgemein eher akzeptiert, sofern es nicht zu nah an der *magischen 45* ist. Hier entscheiden sich auch einige Kinderwunschkliniken dazu, Personen mit Kinderwunsch nicht mehr in dessen Erfüllung zu unterstützen.

Dies basiert jedoch nicht zwangsläufig auf wissenschaftlichen Erkenntnissen, sondern darauf, dass sie sich als "Anwälte des Kindes" sehen - und eine Mutter, die zum Zeitpunkt der Empfängnis älter als 45 Jahre alt war, sei beispielsweise auf Kindergeburtstagen "peinlich" (Kupitz 2020). Auch wird älteren Personen nachgesagt, insbesondere die anstrengende Geburt und kräftezehrende Säuglingszeit nicht mehr bewältigen zu können und somit verantwortungslos und egoistisch zu handeln, wenn sie sich für ein (weiteres) Kind entscheiden. Auch das "Argument", dass die Eltern möglicherweise bereits verstorben sein könnten, wenn das Kind im Teenager- oder im jungen Erwachsenenalter sei, wird häufig angebracht.

Doch auch mit "zu" jungen Gebärenden - hierzu zählen jene im Teenageralter, aber häufig auch noch Personen in den frühen Zwanzigern - ist die Gesellschaft recht streng - auch ihnen wird Verantwortungslosigkeit und das Unvermögen, sich adäquat um ihre Nachkommen zu kümmern, nachgesagt. Aufgrund ihres jungen Alters wird nicht selten jegliche Fähigkeit, sich zu informieren und Entscheidungen zu treffen, abgesprochen. Sehr junge Gebärende machen daher ungleich häufiger negative Erfahrungen in der Geburtshilfe, erfahren Gewalt und Stigmatisierung (Carson et al. 2017).

Natürlich sollten medizinisches Personal die verschiedenen Lebens- und Entwicklungsphasen der zu begleitenden Person kennen - es ist nicht zu leugnen, dass eine sechzehnjährige Person für gewöhnlich eine andere Lebensrealität, andere Interessen und andere Themenschwerpunkte als eine Person Mitte vierzig hat. Doch während eine junge Person in Bezug auf Schwangerschaft, Geburt und die Zeit danach schon sehr informiert sein und eine gefestigte Meinung haben kann, kann eine ältere Person sehr unsicher und uninformiert sein - oder eben anders herum. Daher ist es wichtig, der Person vorurteilsfrei zu begegnen und dort abzuholen, wo sie sich befindet.

3. Fazit und Ausblick

Jeder Mensch bringt persönliche Erfahrungen, körperliche Gegebenheiten und Wissen mit in die Stillzeit. Für die betreuenden Personen gilt es, diese unterschiedlichen Voraussetzungen anzuerkennen und professionell damit umzugehen. Sollten seitens der betreuenden Person Wissensdefizite vorliegen, ist es ihre eigene Aufgabe, diese zu beheben. Hierbei ist es weder die Aufgabe der zu betreuenden Person, kostenlos Bildungsarbeit zu leisten, noch darf sie für den vermeintlichen "Mehraufwand" bestraft werden.

Die persönliche Meinung eines*r Stillberater*in darf nicht die Qualität der Beratung und Betreuung beeinflussen - im Gegenteil sollte die beratende Person dies als Gelegenheit nutzen, zu hinterfragen, wodurch diese Meinung geprägt ist.

Die Nicht-Bereitschaft der Mehrheit der einzelnen Personen im Gesundheitswesen, sich über intersektional-feministische Themen fortzubilden, ist ein grundlegender Faktor für die Diskriminierung im Gesundheitswesen. Da diese Gesellschaft, in der wir sozialisiert werden, eine diskriminierende ist, ist es nahezu unmöglich, nicht zumindest einige diskriminierende Ansichten verinnerlicht zu haben und zu reproduzieren. Daher ist es unabdinglich, die bestehenden Strukturen zunächst zu erkennen und aktiv durch Wissensaneignung und -anwendung aufzubrechen.

Da dies für viele Menschen ein zusätzlicher kräftezehrender und unbequemer Prozess ist, wird dieser von den wenigsten Personen in ihrer Freizeit - also zusätzlich zu der im Gesundheitswesen sowohl körperlich als auch psychisch zum Teil sehr belastenden Arbeit - geleistet. Daher müssen die Strukturen systematisch angegangen werden - die Institutionen müssen anerkennen, dass *Diversity* nicht nur ein gutes Werbemotiv ist, sondern tatsächlich umgesetzt werden muss, damit alle Menschen eine gute Betreuung erfahren. Verpflichtende Fortbildungen, Trainings und Schulungen sollten selbstverständlich sein - verpflichtend, da viele Menschen weiterhin der Meinung sind, "diese Themen" seien nicht relevant für sie. Zusätzlich bietet es sich an, das Internet inklusive der sozialen Medien zu nutzen, um vom Wissen betroffener Personen zu profitieren und sich zu informieren und zu vernetzen.

Durch das erlernte Wissen kann das Personal dann anerkennen, dass durchaus Unterschiede zwischen den Menschen vorhanden sind und nicht alle Menschen gleich behandelt werden *können* - jedoch ohne den jeweiligen Menschen auf seine Zugehörigkeit zu einer marginalisierten Gruppe zu reduzieren. Der Mensch kann so als komplexes Individuum betrachtet und entsprechend betreut werden.

Ein großer und wesentlicher Faktor für die inadäquate Betreuung der Patient*innen ist der Fachkräftemangel, wodurch weniger Personal vorhanden ist und

entsprechend mehr Patient*innen pro Hebamme oder Pflegekraft beziehungsweise Ärzt*in. Dies führt zum einen dazu, dass das Personal gar nicht die Zeit für ausgiebige Anleitungen und Gespräche hat. Gleichzeitig sinkt auch die Motivation des Personals selbst durch den zunehmenden Stress, der durch Unterbesetzung und Krankenstand entsteht. Das Verbessern des Bildes der Berufe im Gesundheitswesen, zum Beispiel durch finanzielle Anreize, ist also wie so oft die notwendige Basismaßnahme, die ergriffen werden sollte. Hierdurch könnten sich wieder mehr (junge) Menschen für diese wichtigen Berufe interessieren und somit der Fachkräftemangel behoben werden.

Das Thema *Stillen* ist im Gesundheitswesen insgesamt, aber auch in der Geburtshilfe und Pädiatrie, deutlich vernachlässigt. Während es viele Vorurteile rund ums Stillen gibt, ist das tatsächliche Wissen darum rar. Hier sollten ebenfalls fachlich fundierte Fort- und Weiterbildungen für das medizinische Personal verpflichtend sein, sodass werdende Eltern mit oder ohne Stillwunsch korrekt informiert werden können.

Auch liegt es an der Mehrheitsgesellschaft, das Stillen zu normalisieren und somit allen Personen mit Stillwunsch zu erleichtern, dies zu tun. In unserer Gesellschaft wird die *weibliche* Brust stark sexualisiert und nicht als Laktationsorgan oder "einfach nur ein Körperteil" wahrgenommen, sondern eben als Sexualorgan. Hierdurch bedingt wird insbesondere Personen, die vom derzeitigen Bild der Normschönheit abweichen, suggeriert, dass es nicht in Ordnung sei, sich in der Öffentlichkeit zu "entblößen", um zu stillen. Auch Normalzeitstillen wird nicht selten - auch von Fachpersonal - pathologisiert und teilweise mit negativen Gefühlen gegenübergetreten.

Es ist also eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, internalisierte -ismen aufzuarbeiten und abzubauen, damit alle Personen, die ein Kind ernähren wollen und müssen, sich unabhängig von gesellschaftlichem Druck und Vorurteilen für eine Ernährungsform entscheiden können und bei ihrer Entscheidung adäquat unterstützt werden.

Glossar

Ableismus/ableistisch

Die Diskriminierung, die behinderte Menschen erfahren, wird auch als Ableismus bezeichnet. Der Begriff ist angelehnt an den englischen *ablesism*, der aus der US-amerikanischen Behindertenbewegung stammt (vgl. Stiftung für Kulturelle Weiterbildung und Kulturberatung o.D.). Menschen, die behinderte Personen aufgrund ihrer Behinderung diskriminieren, verhalten sich *ableistisch*.

Adultismus

Eine Form der Altersdiskriminierung ist der Adultismus (von engl. adult = Erwachsene*r). Diese ergibt sich durch ein über Generationen erlerntes und gefestigtes Machtgefälle zwischen Erwachsenen und Kindern oder Jugendlichen. Es kann dazu führen, dass Erwachsene sich über Kinder stellen und der (teilweise unbewussten) Meinung sind, sie hätten die alleinige Führung und Kinder hätten zu gehorchen (vgl. Deutschlandfunk Kultur 2019).

Ageismus/Von Altersdiskriminierung betroffene Personen

Altersdiskriminierung beschreibt das Absprechen bestimmter Fähigkeiten ausschließlich aufgrund des Lebensalters einer Person. Eine weitere Bezeichnung hierfür ist Ageismus (von engl. age = Alter).

BIPoC

Black, Indigenous, People of Colour - eine Selbstbezeichnung von Menschen, die Rassismuserfahrungen machen.

(Chronisch) Kranke Personen

Personen, die an lang andauernden, nicht (vollständig) heilbaren Erkrankungen leiden, sind chronisch krank. Hierzu gehören körperliche Leiden, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und chronische Atemwegserkrankungen, aber auch psychische Erkrankungen (vgl. RKI 2012).

Cis Personen

Menschen, deren Geschlechtsidentität dem ihnen bei der Geburt zugeschriebenen Geschlecht entspricht, können als cis(gender) beschrieben werden (cis = lat. "diesseits", gender = engl. "soziales Geschlecht").

Compliance

Die Compliance beschreibt das Akzeptanzverhalten eines*r Patient*in und erkennen der Notwendigkeit sowie das entsprechende Mitwirken an therapeutischen Maßnahmen; hierzu gehören beispielsweise eine sachgemäße Medikamenteneinnahme oder eine Ernährungsumstellung. Die Compliance hängt sowohl von der betroffenen Person und ihren bisherigen Erfahrungen ab, vor allem aber auch von der behandelnden Person - wichtig sind ein vertrauens- und respektvolles Verhältnis sowie adäquate Information und Anleitung (vgl. Pschyrembel online 2018).

Fat shaming (Fett-„Phobie“)

Mehrgewichtige Menschen werden in unserer Gesellschaft oft als faul, dumm, ungesund, unsportlich und gefräßig gesehen (vgl. Phelan et al. 2015). Da Mehrgewicht ein Faktor für die Entstehung gewisser Erkrankungen sein kann, wird es allgemein akzeptiert, dicke Menschen ungefragt auf ihr Gewicht anzusprechen, Ratschläge zum Abnehmen zu geben oder sogar zu beleidigen (vgl. Phelan et al. 2015) .

Da auch medizinisches Personal Menschen sind, die in unserer Gesellschaft sozialisiert worden sind, sind mehrgewichtige Personen auch im medizinischen Bereich nicht sicher vor Diskriminierung und Benachteiligung.

Klassismus

Klassismus bezeichnet die Abwertung und Benachteiligung von Personen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status, einhergehend mit einem niedrigen Einkommen, Bildungsniveau sowie Berufsprestige.

LGBTQIA+

LGBTQIA+ ist ein Akronym aus den englischen Worten Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, Intersexual und Asexual; das „+“ soll alle Personen, die sich durch die genannten Begriffen nicht angesprochen fühlen, inkludieren.

Marginalisierung

Marginalisierung (von lat. margo = Rand) bezeichnet das Verdrängen von Bevölkerungsgruppen an den Rand der Gesellschaft. Die marginalisierten Personen werden benachteiligt und entmenschlicht. Sie geht mit einem Machtgefälle und somit mit Diskriminierung einher (vgl. Stiftung für Kulturelle Weiterbildung und Kulturberatung o.D.).

Mehrgewichtige Personen

Von der Mehrheitsgesellschaft werden diese Personen in der Regel als “übergewichtig” bezeichnet, was von Teilen der Community abgelehnt wird. “Mehrgewichtig” ist eine Selbstbezeichnung, die die Identität markiert und hierbei relativ neutral ist. Auch die Attribute “dick” und “fett” werden teilweise als Selbstbezeichnung verwendet, um sich diese wieder anzueignen und positiv zu konnotieren (vgl. Ben Saoud et al. 2021).

Mensch mit Behinderung

Mensch mit Behinderung ist eine mögliche (Selbst-)Bezeichnung für Personen, die durch Barrieren und gesellschaftliche Ausschlüsse behindert werden. Wie die Personen selbst bezeichnet werden möchten, ist sehr individuell - genauso wie es Personen gibt, die die Bezeichnung “Behinderte*r” ablehnen, da diese statt des Menschen, die Behinderung in den Fokus nimmt, gibt es ebenso Personen, die gerade diesen Begriff als Selbstbezeichnung verwenden, um ihn als neutrale, beschreibende Eigenschaft zu konnotieren.

Mikroaggressionen

Hauptsächlich sind hiervon marginalisierte Gruppen betroffen. Mikroaggressionen sind eher subtile abwertende Äußerungen oder auch das Stellen von intimen Fragen, die anderen (fremden) Menschen nicht gestellt werden würden. Hierzu gehört beispielsweise das Erfragen der Herkunft bei BIPoC lediglich aufgrund der Hautfarbe ohne Gesprächszusammenhang.

Normalzeitstillen

“Normalzeitstillen” ist ein Begriff, der hauptsächlich durch Social Media bekannt wurde. Hiermit soll hervorgehoben werden, dass die Dauer, die in der Mehrheitsgesellschaft eher als “Langzeitstillen” bezeichnet und als eher außergewöhnlich dargestellt wird, eben eigentlich die “normale” Dauer ist. Eine einheitliche Definition gibt es nicht, in Deutschland ist in der Regel eine Stilldauer über das erste Lebensjahr hinaus gemeint.

Othering

Das Wort kommt aus dem Englischen von other = anders und beschreibt die Distanzierung von einer Gruppe durch Beschreibung als andersartig oder fremd (vgl. Stiftung für Kulturelle Weiterbildung und Kulturberatung o.D.). Häufig werden hier Worte wie “exotisch” oder Verwendung von Fremdbezeichnungen, die von der jeweiligen Gruppe selbst abgelehnt werden.

Passing

Ein englischer Begriff, der mit “als ... durchgehen” übersetzt werden kann. Gemeint ist hiermit zum Beispiel, dass eine transgeschlechtliche Person von der Mehrheitsgesellschaft als Zugehörige*r ihres Geschlechtes (an-)erkannt wird.

Auch kann der Begriff im Kontext des “Durchgehens” einer BIPoC als *weiße* Person verwendet werden; hierbei wird er dann ergänzt zum *white passing*. Alternativen hierfür sind außerdem *white assumed* oder *white appearing* (vgl. Feil 2022).

Queere Personen

“Queer” ist ein aus dem Englischen stammender Begriff, der sich mit “sonderbar” oder “eigenartig” übersetzen lässt, und somit eher negativ konnotiert ist. Er wurde benutzt, um vor allem homosexuelle Personen abzuwerten, sich jedoch von der queeren Community wieder angeeignet und ist nun von vielen zu ihr gehörenden Personen eine Selbstbezeichnung. Hierzu gehören Personen, die von der heterosexuellen, binärgeschlechtlichen “Norm” abweichen (vgl. Informations- und Dokumentationszentrum für Antirassismusbearbeitung e. V. o.D.).

Rassifizierte und migrantisierte Personen

Rassifizierte und migrantisierte Personen werden von der Mehrheitsgesellschaft zum Beispiel aufgrund gewisser äußerlicher Merkmale kategorisiert und stereotypisiert (vgl. Informations- und Dokumentationszentrum für Antirassismusbearbeitung e. V. o.D.). Hierbei werden die einzelnen Personen nicht als Individuen wahrgenommen, sondern als Teil einer homogenen Gruppe. Sie werden somit entmenschlicht und als fremdartig wahrgenommen. Häufig gibt es rassistische Fremdbezeichnungen, die von den betroffenen Personen in der Regel nicht selbst verwendet werden. Mögliche Selbstbezeichnungen sind beispielsweise BIPoC oder PoC.

Schwangerschaftspass

Schwangerschaftspass ist eine inklusive Bezeichnung für den *Mutterpass*. Diese Bezeichnung ist treffender, da auch schwangere Personen, die sich nicht als Mutter bezeichnen, inkludiert werden. Hierzu gehören beispielsweise trans Männer oder nicht-binäre Personen, aber auch cis Frauen, die sich dazu entschieden haben, das Kind zur Adoption frei zugeben.

Empfehlungen

Literatur

Apraku, Josephine und Hong, Le: *Wie erkläre ich Kindern Rassismus?* 2021

Hasters, Alice: *Was weiße Menschen nicht über Rassismus hören wollen aber wissen sollten* 2021

Ogette, Tupoka: *exit RACISM* 2017

Gümüşay, Kübra: *Sprache und Sein* 2021

Gehlhaar, Laura: *Kann man da noch was machen? Geschichten aus dem Alltag einer Rollstuhlfahrerin* 2016

Jaspers, Lisa, Ryland, Naomi und Hoch, Silvie: *Unlearn Patriarchy* 2022

Yashodhara, Lisa und Alicia Schendler: *Handbuch Feministische Perspektiven auf Elternschaft* 2022

Kaiser, Mareice: *Alles inklusive - Aus dem Leben mit meiner behinderten Tochter* 2016

Renz-Polster, Herbert: *Erziehung prägt Gesinnung* 2019

Webseiten / Blogs

<https://familiarfaces.de/>

<https://tebalou.shop/>

<https://www.tofufamily.de/>

<https://diversity-spielzeug.de/>

<http://kaiserinnenreich.de/>

<https://www.lila-bunt-zuelpich.de/>

<https://nuriafischer.de/>

Instagram-Accounts

@tupoka.o
@minoandtheirchaos
@hamidala
@wayofkatrin
@luise_boom
@black_is_excellence
@polyeszterbindung
@sohra.beh
@verbuendete_r_sein
@waystomore
@erklaermirmal
@wenigstenseinhuebschesgesicht
@sibelschick
@facesofmoms
@zu.oft.gehoert
@nodoption
@mareicares
@naberwasgeht
@zentrifugon
@dushime
@autism_adhd_cluster
@drantoniepost
@rebeccanmyr
@annamendel.official
@afrokids_germany
@was.kai.sagt
@frauehlhaar
@ursula.estomac
@jasminschannadickerson
@melodie_michelberger
@luisalaudace
@annedittmann
@pinkstinks_de
@annarrative_
@julievlorentzen
@itssucrepea
@avalino.diversity
@woherkommstduwirklich
@wellmeaningcishets

Literaturverzeichnis

@tupoka.o (2022) *Instagram-Post* vom 09.11.2022, abgerufen am 25.01.2023 von [instagram.com](https://www.instagram.com):

https://www.instagram.com/p/Cllq6d_MZAX/?utm_source=ig_web_copy_link

Kollektiv *Geschichte intersektional* -Uni Freiburg. (Juli 2019) *Geschichte intersektional – L'histoire intersectionnelle*. Abgerufen am 01.09.2022 von [uni-freiburg.de](https://www.genderstudies.uni-freiburg.de):

<https://www.genderstudies.uni-freiburg.de/geschichte-intersektional-lhistoire-intersectionnelle/cfp>

Grant et al. (2022) *Views and experience of breastfeeding in public: A qualitative systematic review*. Abgerufen am 22.11.2022 von [ncbi.nlm.nih.gov](https://www.ncbi.nlm.nih.gov):

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9480936/>

Sørnbø et al. (2015) *Past and recent abuse is associated with early cessation of breast feeding: results from a large prospective cohort in Norway*. Abgerufen am 22.11.2022 von [ncbi.nlm.nih.gov](https://www.ncbi.nlm.nih.gov):

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4691712/>

Gümüşay, K. (2021) *Sprache und Sein*, S. 54, Z. 20 ff.

Ibe,C. (o.D.) *About Me* abgerufen am 24.01.2023 von [chidiebereibe.com](https://www.chidiebereibe.com):

https://www.chidiebereibe.com/about-me/?doing_wp_cron=1674569213.2671649456024169921875

@minoandtheirchaos (2022) *Instagram-Post* vom 09.11.2022, abgerufen am 20.01.2023 von [instagram.com](https://www.instagram.com):

https://www.instagram.com/p/Ckv4bKbMLJe/?utm_source=ig_web_copy_link

Puhl et al. (4.Dezember 2013) *Obesity Bias in Training: Attitudes, Beliefs, and Observations among Advanced Trainees in Professional Health Disciplines*.

Abgerufen am 03.09.2022 von [ncbi.nlm.nih.gov](https://www.ncbi.nlm.nih.gov):

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3968226/>

Phelan et al. (5. März 2015) *Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity*. Abgerufen am 01.09.2022 von [ncbi.nlm.nih.gov](https://www.ncbi.nlm.nih.gov):

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4381543/>

Fontaine et al. (4. Juli 1998) *Body weight and health care among women in the general population*. Abgerufen am 03.09.2022 von [clockss.org](https://scholar.google.com):

https://scholar.google.com/scholar_lookup?journal=Arch+Fam+Med&title=Body+weight+and+health+care+among+women+in+the+general+population&author=KR+Fontaine&author=MS+Faith&author=DB+Allison&author=LJ+Cheskin&volume=7&publica

tion_year=1998&pages=381-384&pmid=9682694&

Villines. (26. Juli 2021) *What to know about obesity discrimination in healthcare*. Abgerufen am 02.09.2022 von [medicalnewstoday.com](https://www.medicalnewstoday.com/articles/obesity-discrimination-in-healthcare#negative-effects):
<https://www.medicalnewstoday.com/articles/obesity-discrimination-in-healthcare#negative-effects>

Deutscher Hebammenverband (2021) *Praxisbuch: Besondere Stillsituationen* (2., unveränderte Auflage), S. 251, S. 252

@sohra.beh (2020) Instagram-Post vom 18.10.2020, abgerufen am 20.01.2023 von [instagram.com](https://www.instagram.com/p/CGelxfYHlsV/):
https://www.instagram.com/p/CGelxfYHlsV/?utm_source=ig_web_copy_link

Bartig et al. (2021) *Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen*. Abgerufen am 02.09.2022 von [antidiskriminierungsstelle.de](https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/aktuelles/DE/2021/20210726_Diskrisiken_Gesundheitswesen.html):
https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/aktuelles/DE/2021/20210726_Diskrisiken_Gesundheitswesen.html, S.17, 24 f.

Ebd., S.19

Gast Arbeiterin (2022) *Morbus Mediterraneus – was bedeutet das?* Abgerufen am 17.02.2023 von [renk-magazin.de](https://renk-magazin.de/ein-klassischer-fall-von-morbus-mediterraneus/):
<https://renk-magazin.de/ein-klassischer-fall-von-morbus-mediterraneus/>

LER Team (2021) *Make No Mistake: Skin Tone Matters in Lactation Assessment*. Abgerufen am 17.02.2023 von [lactationtraining.com](https://www.lactationtraining.com/resources/blog/entry/make-no-mistake-skin-tone-matters-in-lactation-assessment):
<https://www.lactationtraining.com/resources/blog/entry/make-no-mistake-skin-tone-matters-in-lactation-assessment>

Gehlhaar, L. (2022) Jaspers et al. (Hrsg.) *Unlearn Patriarchy*, S. 111, Z.14 ff.

Bartig et al. (2021) *Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen*. Abgerufen am 02.09.2022 von [antidiskriminierungsstelle.de](https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/aktuelles/DE/2021/20210726_Diskrisiken_Gesundheitswesen.html):
https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/aktuelles/DE/2021/20210726_Diskrisiken_Gesundheitswesen.html, S. 43

Doherty et al. (22. Februar 2022) *Barriers to healthcare and self-reported adverse outcomes for autistic adults: a cross-sectional study*. Abgerufen am 03.09.2022 von [ncbi.nlm.nih.gov](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8883251/): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8883251/>

Stevenson et al. (2011) *Infantilizing Autism*. Abgerufen am 05.09.2022 von [ncbi.nlm.nih.gov](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4266457/): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4266457/>

Harenski (2007) *Geistig behinderte Menschen im Krankenhaus: Alles andere als Wunschpatienten*. Abgerufen am 05.09.2022 von [aerzteblatt.de](https://www.aerzteblatt.de):

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/56244/Geistig-behinderte-Menschen-im-Krankenhaus-Alles-andere-als-Wunschpatienten>

@jenn_mit_i (01.11.2022) *Instagram-Post* von @jenn_mit_i auf dem Account von @facesofmoms, abgerufen am 24.02.2023 von instagram.com:
https://www.instagram.com/p/CkaMAXdupv_/?utm_source=ig_web_copy_link

Robert Bosch Stiftung (2021) *Mehr Gesundheit für eine Gesellschaft des langen Lebens*. Abgerufen am 12.09.2022 von bosch-stiftung.de:
https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-09/Mehr_Gesundheit_f%C3%BCr_eine_Gesellschaft_des_langen_Lebens.pdf

Dieckmann et al. (2021) *positive stimmen 2.0 - Mit HIV leben, Diskriminierung abbauen*. Abgerufen am 12.09.2022 von aidshilfe.de:
<https://www.aidshilfe.de/shop/pdf/12435>

@autism_adhd_cluster (2019) *Instagram-Post* vom 20.07.2019, abgerufen am 25.01.2023 von instagram.com:
https://www.instagram.com/p/B0JcUHOi4Fr/?utm_source=ig_web_copy_link

Bartig et al. (2021) *Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen*. Abgerufen am 02.09.2022 von antidiskriminierungsstelle.de:
https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/aktuelles/DE/2021/20210726_Diskrisiken_Gesundheitswesen.html, S. 32

Greenspan et al. (2007) *Studying sex and gender differences in pain and analgesia: A consensus report*. Abgerufen am 12.09.2022 von ncbi.nlm.gov:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2823483/>

Samulowitz et al. (2018) *“Brave Men” and “Emotional Women” - A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain*. Abgerufen am 12.09.2022 von ncbi.nlm.gov:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5845507/>

Bartig et al. (2021) *Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen*. Abgerufen am 02.09.2022 von antidiskriminierungsstelle.de:
https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/aktuelles/DE/2021/20210726_Diskrisiken_Gesundheitswesen.html, S. 33

Ebd., S. 36

Byne et al. (2018) *Gender Dysphoria in Adults: An Overview and Primer for Psychiatrists*. Abgerufen am 13.09.2022 von ncbi.nlm.gov:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5944396/>

Kaur, R. (2020) *home body*, S.93f, Z. 26ff.

Lampert T, Kuntz B, KiGGS Study Group (2015) *Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu?* Abgerufen am 14.09.2022 von rki.de: <https://edoc.rki.de/handle/176904/3134>

Bartig et al. (2021) *Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen*. Abgerufen am 02.09.2022 von antidiskriminierungsstelle.de: https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/aktuelles/DE/2021/20210726_Diskrisiken_Gesundheitswesen.html, S. 58

Ebd. S. 58

Simons et al. (2017). *Perceived classism and its relation with socioeconomic status, health, health behaviours and perceived inferiority: the Dutch Longitudinal Internet Studies for the Social Sciences (LISS) panel*. Abgerufen am 14.09.2022 von ncbi.nlm.nih.gov: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5397436/>

Hellene, M. (2022) *Bauch frei! Ein Plädoyer für eine selbstbestimmte Schwangerschaft*, S. 67, Z. 12ff

Gunthild Kupitz (18.06.2020) *Schwanger mit 50?!* Abgerufen am 07.10.2022 von emotion.de: <https://www.emotion.de/gesellschaft/schwanger-mit-50>

Carson et al. (2017) *A narrative analysis of the birth stories of early-age mothers*. Abgerufen am 07.10.2022 von ncbi.nlm.nih.gov: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5516245/>

Stiftung für Kulturelle Weiterbildung und Kulturberatung. *Ableismus*. Abgerufen am 05.09.2022 von diversity-arts-culture.berlin: <https://diversity-arts-culture.berlin/woerterbuch/ableismus>

Deutschlandfunk Kultur (20.11.2019) *Erziehen ist mit einem Machtgefälle verbunden*. Abgerufen am 30.09.2022 von deutschlandfunkkultur.de: <https://www.deutschlandfunkkultur.de/adultismus-theorie-erziehen-ist-mit-einem-machtgefalle-100.html>

RKI. (2012) *Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«*. Abgerufen am 05.09.2022 von rki.de: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Faktenblaetter/GEDA12/geda12_fb_inhalt.html

Psychyrembel online (2018) *Compliance [Medizin]*. Abgerufen am 30.09.2022 von www.psychyrembel.de:
<https://www.psychyrembel.de/Compliance%20%5BMedizin%5D/N00LK>

Phelan et al. (2015) *Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity*. Abgerufen am 01.09.2022 von ncbi.nlm.nih.gov:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4381543/>

Stiftung für Kulturelle Weiterbildung und Kulturberatung. *Marginalisierung*. Abgerufen am 01.09.2022 von diversity-arts-culture.berlin:
<https://diversity-arts-culture.berlin/woerterbuch/marginalisierung>

Ben Saoud et al. (2021) *PoC, nichtbinär, mehrgewichtig: Kleines Glossar für inklusive Sprache*. Abgerufen am 02.09.2022 von derstandard.de:
<https://www.derstandard.de/story/2000126743515/poc-nichtbinaer-mehrgewichtig-kleines-glossar-fuer-inklusive-sprache>

Stiftung für Kulturelle Weiterbildung und Kulturberatung. *Otherring*. Abgerufen am 02.09.2022 von diversity-arts-culture.berlin:
<https://diversity-arts-culture.berlin/woerterbuch/othering>

Feil (2022) *Hä, was heißt denn White Passing?* Abgerufen am 16.11.2022 von missy-magazine.de:
<https://missy-magazine.de/blog/2022/01/18/hae-was-heisst-denn-white-passing/>

Informations- und Dokumentationszentrum für Antirassismusbearbeitung e. V. (o.D.) *Queer*. Abgerufen am 12.09.2022 von diversity-arts-culture.berlin:
<https://diversity-arts-culture.berlin/woerterbuch/queer>

Informations- und Dokumentationszentrum für Antirassismusbearbeitung e. V. (o.D.) *Rassifizierung*. Abgerufen am 03.09.2022 von idaev.de:
https://www.idaev.de/researchtools/glossar?tx_dpnglossary_glossary%5Baction%5D=show&tx_dpnglossary_glossary%5Bterm%5D=168&tx_dpnglossary_glossarydetail%5Bcontroller%5D=Term&cHash=4b8982f62774cf72f7a01102dda8353c