

Journal of Health Monitoring · 2022 7(2)
DOI 10.25646/9957
Robert Koch-Institut, Berlin

Kathleen Pöge¹, Alexander Rommel²,
Anne Starker², Franziska Prütz²,
Katharina Tolksdorf², Ilter Öztürk²,
Sarah Strasser², Sabine Born²,
Anke-Christine Saß²

¹ Robert Koch-Institut, Berlin
Abteilung für Infektionsepidemiologie

² Robert Koch-Institut, Berlin
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheits-
monitoring

Eingereicht: 22.04.2022
Akzeptiert: 16.05.2022
Veröffentlicht: 29.06.2022

Erhebung geschlechtlicher Diversität in der Studie GEDA 2019/2020-EHIS – Ziele, Vorgehen und Erfahrungen

Abstract

Die geschlechtliche Vielfalt wird gesellschaftlich zunehmend anerkannt und sollte in bevölkerungsrepräsentativen Studien verstärkt berücksichtigt werden, da sie wichtige Datenquellen sind, um Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung adressatengerecht auszurichten. Im Jahr 2019 startete im Robert Koch-Institut mit der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2019/2020-EHIS) die bevölkerungsrepräsentative Gesundheitsbefragung mit einer geänderten, zweistufigen Geschlechtsabfrage. Erhoben wurden das bei Geburt eingetragene Geschlecht und die geschlechtliche Identität mit einer offenen Antwortoption. Im vorliegenden Artikel werden die Ziele, das Vorgehen und die Erfahrungen mit der Operationalisierung von Geschlecht und die Ergebnisse beschrieben. Von 23.001 Befragten werden 22.826 Personen als cisgeschlechtlich, 113 Personen als transgeschlechtlich und 29 Personen als genderdivers eingeordnet. 33 Befragte wurden als Personen mit fehlenden Werten gezählt. Eine Befragung der Interviewenden zeigte, dass die zweistufige Geschlechtsabfrage insgesamt eine hohe Akzeptanz aufweist und es nur zu wenigen Interviewabbrüchen kommt. Auf der Grundlage der bisherigen Erfahrungen kann die geänderte Abfrage für weitere Befragungen genutzt werden, sollte perspektivisch jedoch auch angepasst werden. Hierfür sind partizipative Studien wünschenswert, die darauf fokussieren, wie die Akzeptanz der Geschlechtsabfrage weiter verbessert werden kann und wie verletzend Erfahrungen im Kontext der gestellten Fragen vermieden werden können.

 GESCHLECHT · GESCHLECHTLICHE DIVERSITÄT · GESCHLECHTLICHE IDENTITÄT · GENDER · GEDA/EHIS · GESUNDHEITSMONITORING

1. Einleitung

Bevölkerungsrepräsentative Erhebungen zur Gesundheit sind wichtige Datenquellen, um Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung gezielt auf spezifische Bevölkerungsgruppen auszurichten. Damit leisten sie einen Beitrag zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten. Sie können diese, wie auch die ihnen zugrunde liegenden Entstehungsmechanismen sichtbar machen. Vorausset-

zung dafür ist eine ausreichend differenzierte Datenlage. In Bezug auf die soziodemografische Standardvariable Geschlecht wurde bisher in bevölkerungsrepräsentativen Erhebungen in Deutschland eine binäre Variable (Frau/Mann bzw. weiblich/männlich) erhoben und die Ergebnisse wurden in der Regel differenziert nach Frauen und Männern ausgegeben. Sowohl beim Einsatz unterschiedlicher Fragen oder Fragemodule (z. B. zu gynäkologischen Beschwerden) für Frauen und Männer in epidemiologischen Studien und

Infobox Ausgewählte Geschlechtergruppen [11]

Cisgeschlechtliche Menschen identifizieren sich mit dem Geschlecht, das ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde. Sie bezeichnen sich als Frauen oder als Männer. In der hier verwendeten Definition sind nicht Menschen inbegriffen, die zu Geburt als intergeschlechtlich eingeordnet wurden oder im Laufe ihres Lebens eine entsprechende Diagnose erhalten haben.

Intergeschlechtliche, intersexuelle oder auch inter* Menschen werden mit Variationen der Geschlechtsmerkmale geboren. Sie entsprechen in genetischer und/oder anatomischer und/oder hormoneller Hinsicht nicht den medizinisch festgelegten Normen von „weiblich“ oder „männlich“. Unter diesem Begriff wird eine große Bandbreite an körperlichen Variationen zusammengefasst. Während sie in manchen Fällen bereits bei Geburt sichtbar sind, zeigen sich andere erst im Laufe des Lebens, z. B. im Rahmen der Pubertät oder bleiben zeitlebens unerkannt. Intergeschlechtliche Menschen können unterschiedliche geschlechtliche Identitäten haben.

Transgeschlechtliche, transgender, transidente oder auch trans* Menschen identifizieren sich nicht oder nicht vollständig mit dem Geschlecht, das ihnen bei Geburt zugewiesen wurde. Unter den Begriffen verbirgt sich eine Vielzahl geschlechtlicher Identitäten und Ausdrucksweisen innerhalb und jenseits der Zweigeschlechternorm [32].

gesundheitsbezogenen Surveys als auch bei der Auswertung der Studienergebnisse orientierte sich die Zuordnung der Befragten an einem cisnormativen Verständnis von Geschlecht. Cisgeschlechtlichkeit bedeutet, dass sich ein Mensch als Frau oder Mann identifiziert und diese geschlechtliche Identität mit dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmt (Infobox). Das cisnormative Verständnis zeigt sich, wenn beispielsweise die interviewende Person eine befragte Person in einem Telefoninterview anhand der Stimme einem Geschlecht zuordnet oder wenn in der bisherigen Abfrage des Geschlechts nicht differenziert wird, ob nach dem offiziellen Personenstand, der geschlechtlichen Identität oder nach körperlichen Merkmalen gefragt wird [1]. Zwar ist die Mehrheit der Bevölkerung cisgeschlechtlich, allerdings ist es wissenschaftlich, juristisch und ethisch problematisch, wenn Cisgeschlechtlichkeit als allgemeingültig für die gesamte Bevölkerung angenommen wird, wie es bei der gängigen binären Geschlechtsabfrage implizit der Fall ist.

Im Alltagsverständnis werden biologisches und soziales Geschlecht häufig unhinterfragt gleichgesetzt. Dagegen wird wissenschaftlich zwischen einer sozialen und einer bio-medizinischen Dimension von Geschlecht unterschieden. Beide stehen in komplexen Wechselbeziehungen zueinander [2–4]. Die soziale Geschlechterdimension umfasst gesellschaftliche Vorstellungen von Weiblichkeit und Männlichkeit. Im Zusammenspiel mit weiteren sozialen Zugehörigkeiten (sog. Intersektionen, z. B. Alter, Bildung) gelten dafür bestimmte kulturelle Konventionen, Normen, soziale Rollen und Identitäten [5, 6]. Mit den geschlechtlichen Zuordnungen und ihren Intersektionen mit weiteren sozialen Kategorien sind gesellschaftliche

Machtverhältnisse und Ressourcenverteilungen verbunden. Auf der individuellen Ebene können sich Menschen in Modifikation und Abgrenzung zu gesellschaftlichen Vorstellungen einem Geschlecht oder keinem Geschlecht (agender) zugehörig fühlen. Die biologische Dimension von Geschlecht bezieht sich auf genetische, anatomische und physiologische, darunter hormonelle Merkmale. Beide Dimensionen weisen in sich, aber auch zueinander große Variationen auf [7–9]. Auf der Grundlage biologischer Merkmale werden medizinisch Geschlechtergruppen definiert. Von den bio-medizinischen Merkmalen einer Person kann nicht auf die geschlechtliche Identität geschlossen werden. Die geschlechtliche Zugehörigkeit einer Person kann sich im Lebensverlauf verändern. Dies betrifft sowohl die geschlechtliche Identität als auch körperliche Geschlechtsmerkmale (z. B. durch geschlechtsangleichende Maßnahmen). Das hat auch Implikationen für die Erforschung von gesundheitlichen Unterschieden, denen eine wissenschaftlich fundierte Definition von Geschlecht zugrunde gelegt werden sollte.

Das Übersehen oder Verleugnen von geschlechtlicher Diversität, wie es die bisher übliche binäre Geschlechtsabfrage impliziert, ist problematisch. Im gesellschaftlich dominanten Verständnis von Geschlecht wird nicht anerkannt, dass es angeborene Variationen der Geschlechtsmerkmale (Intergeschlechtlichkeit) gibt und dass die geschlechtliche Identität nicht mit dem bio-medizinisch beschriebenen Geschlecht übereinstimmen muss (Transgeschlechtlichkeit, Genderdiversität) [10, 11]. Wie hoch der Bevölkerungsanteil von trans- und intergeschlechtlichen Menschen ist, kann bisher nicht verlässlich eingeschätzt werden. In einer internationalen Metaanalyse wird die

Häufigkeit von Transgeschlechtlichkeit auf 4,6 von 100.000 Personen beziffert [12]. In Deutschland ist auf Grundlage des Transsexuellen-Gesetzes (TSG) aus dem Jahr 1980 eine Änderung des Personenstandes und des Vornamens möglich. Die Zahl dieser jährlichen Anträge stieg von 903 im Jahr 2008 auf 2.687 im Jahr 2020 [13]. Dieser Anstieg ist unter anderem auf ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts 2011 zurückzuführen. Bis zu diesem mussten sich transgeschlechtliche Menschen für eine Personenstandsänderung einer operativen Sterilisation unterziehen. Bezüglich Intergeschlechtlichkeit beziffert eine Übersichtsarbeit wissenschaftlicher und klinischer Studien, dass zwischen 0,018% und 2,1% beziehungsweise 3,8% aller Geburten sogenannte „Varianten der Geschlechtsentwicklung“ beziehungsweise des urogenitalen Systems vorhanden sind [14]. Von einem Bevölkerungsanteil zwischen 0,05% bis 1,7% geht die Free & Equal Initiative der Vereinten Nationen aus [15, 16]. Lange Zeit wurden intergeschlechtliche Kinder nach der Geburt operiert, um sie einem Geschlecht anzupassen, so dass deren Bevölkerungsanteil bisher wahrscheinlich unterschätzt wird (erst seit 2021 sind medizinisch nicht notwendige Operationen an einwilligungsunfähigen Kindern mit Varianten der Geschlechtsmerkmale verboten). Zwar weisen die groben Schätzungen darauf hin, dass minorisierte Geschlechtergruppen nur einen kleinen Bevölkerungsanteil ausmachen. Dies rechtfertigt jedoch nicht deren systematischen Ausschluss von Gesundheitsstudien. Im Sinne des Public-Health-Auftrages sollte also die gesundheitliche Lage der Gesamtbevölkerung in ihrer Vielfalt erfasst, bewertet und Handlungsempfehlungen daraus abgeleitet werden [17, 18].

Die gesundheitliche Lage von trans- und intergeschlechtlichen sowie genderdiversen Bevölkerungsgruppen ist durch besondere gesellschaftliche Herausforderungen geprägt (z. B. Diskriminierungen, zwei- und cisgeschlechtliche Norm) und weist besonderen Handlungsbedarf auf [11]. Bisher gibt es lediglich wenige Informationen über die gesundheitliche Lage dieser Bevölkerungsgruppen und diese kommen meist aus dem angloamerikanischen Sprachraum, sodass eine Übertragbarkeit der Kennzahlen auf den deutschen Kontext nur eingeschränkt möglich ist. Abgesehen von einem bestehenden Forschungsbedarf gewinnt die Frage der geschlechtlichen Diversität durch das 2018 geänderte Personenstandsgesetz an politischer Aktualität. Seither ist es intergeschlechtlichen Menschen möglich, bei ihrem Geschlechtseintrag neben „weiblich“ oder „männlich“ auch „divers“ anzugeben oder die Angabe offen zu lassen (letzteres seit 2013). Auch um der geänderten Gesetzeslage gerecht zu werden, bedarf es also in sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Studien einer Veränderung der Geschlechtsabfrage.

Mit einer geänderten Geschlechtsabfrage sollen eine internationale Anschlussfähigkeit hergestellt, Datenlücken geschlossen und die gesundheitliche Chancengleichheit von minorisierten Geschlechtergruppen gefördert werden. Dabei scheint es vordergründig die einfachste Lösung zu sein, die Antwortkategorie „divers“ zu ergänzen. Diese soll intergeschlechtlichen Menschen eine Sichtbarkeit geben. Die Kategorie „divers“ ist aber eine amtlich eingeführte Sammelkategorie, die keine Differenzierungen und damit keine Abbildung geschlechtlicher Vielfalt (z. B. transgeschlechtliche, agender und nicht-binäre Menschen) erlaubt. Denn nicht alle in Frage kommenden Personen

GEDA 2019/2020-EHIS

Fünfte Folgerhebung der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Ziele: Bereitstellung zuverlässiger Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland, mit Möglichkeit zum europäischen Vergleich

Studiendesign: Telefonische Querschnitterhebung

Grundgesamtheit: Deutschsprachige Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten, die über Festnetz oder Mobilfunk erreichbar sind

Stichprobenziehung: Zufallsstichprobe von Festnetz- und Mobilfunknummern (Dual-Frame-Verfahren) aus dem Stichprobensystem des ADM (Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e. V.)

Stichprobenumfang: 23.001 Teilnehmende

Datenerhebungszeitraum: April 2019 bis September 2020

GEDA-Erhebungswellen:

- ▶ GEDA 2009
- ▶ GEDA 2010
- ▶ GEDA 2012
- ▶ GEDA 2014/2015-EHIS
- ▶ GEDA 2019/2020-EHIS

Mehr Informationen unter www.geda-studie.de

identifizieren sich mit dieser Kategorie oder sie besitzen möglicherweise auch einen weiblichen oder männlichen Geschlechtseintrag und können sich daher nicht mit dieser amtlichen Kategorie identifizieren. Darüber hinaus ändern ebenso transgeschlechtliche und genderdiverse Menschen ihren Personenstand in „divers“. Um im wissenschaftlichen Sinne Geschlecht möglichst akkurat zu erfassen, sollte sich demnach die Erhebung der geschlechtlichen Diversität nicht auf die Einführung der Antwortkategorie „divers“ beschränken.

Im Jahr 2019 startete im Robert Koch-Institut (RKI) eine bevölkerungsrepräsentative Gesundheitsbefragung mit einer geänderten, zweistufigen Geschlechtsabfrage. Im vorliegenden Artikel werden die Ziele, das Vorgehen und die Erfahrungen mit der Operationalisierung von Geschlecht in der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) des RKI beschrieben. Zunächst wird die Erfassung von geschlechtlicher Diversität in Deutschland und international schlaglichtartig skizziert. Anschließend werden das Erhebungsinstrument, mit dem Geschlecht in GEDA 2019/2020-EHIS erfasst wurde, und die Stichprobe nach Geschlecht sowie nach soziodemografischen Angaben beschrieben. Wie das Erhebungsinstrument von den Interviewenden eingeschätzt wurde und von welchen Erfahrungen sie in der Erhebung berichten, wird im dann folgenden Abschnitt dargelegt. Abschließend werden die Ergebnisse zusammengefasst sowie Schlussfolgerungen und Herausforderungen formuliert.

2. Die Erfassung von geschlechtlicher Diversität in Deutschland und international

Das Spektrum der geschlechtlichen Vielfalt wird in Deutschland in der amtlichen Statistik und in bevölkerungsrepräsentativen Erhebungen bislang wenig bis gar nicht abgebildet. In vielen Surveys wird entweder nicht differenziert, ob sich die Geschlechtsabfrage auf bio-medizinische Merkmale, den Personenstand oder die Identität bezieht. Darüber hinaus wird das Geschlecht häufig durch eine Einschätzung der interviewenden Person erfasst, anstatt es direkt zu erfragen. Das ist auch in Haushaltsbefragungen der Fall, bei denen eine Person über die anderen Haushaltsmitglieder Auskunft gibt [19].

2.1 Internationale Beispiele guter Praxis

International gibt es bereits Beispiele für die Erhebung geschlechtlicher Diversität und einige Länder waren hier wegweisend, dazu zählt Australien. Von der australischen Menschenrechtskommission wurde im Jahr 2009 empfohlen, dass in Fällen, in denen es notwendig ist, das Geschlecht von Personen zu erfassen, eine weitere Option neben „weiblich“ oder „männlich“ vorgesehen werden soll [20]. 2015 folgten staatliche Richtlinien, die transgeschlechtliche und genderdiverse Menschen sichtbar machen und anerkennen sollen. Darüber hinaus regeln diese die Berücksichtigung der Geschlechterdiversität bei der Erhebung von Geschlecht durch staatliche Einrichtungen (z. B. statistische Datenerhebungen durch Ministerien oder in Behörden) [21]. Das Australische Büro für Statistik erfasst seitdem sowohl das biologische Geschlecht („sex“) als auch

geschlechtliche Identität („gender“) mit zwei separaten Fragen und bietet für beide drei Antwortmöglichkeiten an („Male“, „Female“, „Other, please specify ...“) [22].

Kanada ist ebenfalls eines der ersten Länder, in dem sowohl „sex“ als auch „gender“ jenseits der Zwei- und Cisgeschlechtlichkeit erhoben wurde [23]. Dies wird auch seit 2018 in den statistischen Standards berücksichtigt, in denen kein konkretes Erhebungsinstrument für Geschlecht formuliert wird, sondern das Verständnis von Geschlecht dargelegt wird: Danach bezieht sich die biologische Geschlechterdimension auf das bei der Geburt zugewiesene Geschlecht (sex at birth) mit den Kategorien „Male“, „Female“ und „Intersex“ [24]. „Gender“ bezieht sich dabei auf das Geschlecht, mit dem sich eine Person identifiziert (gender identity) und/oder auf das Geschlecht, das eine Person in ihrem täglichen Leben öffentlich zum Ausdruck bringt (gender expression), unabhängig von der geschlechtlichen Identität, mit den Kategorien: „Man“, „Woman“, „Non-binary person“ [25]. Auch wird anerkannt, dass sich manche Menschen nicht mit einem bestimmten Geschlecht identifizieren und dass sich „gender“ im Sinne von geschlechtlicher Identität und/oder geschlechtlichem Ausdruck im Laufe des Lebens ändern kann. Für einige Sozialerhebungen ist geplant, einzig die Frage nach „gender“ zu stellen, während andere weiterhin den zweistufigen Ansatz der Geschlechtsabfrage verfolgen (Geburtsgeschlecht und „gender“) [26].

Stellvertretend für Empfehlungen aus der Wissenschaft seien hier die Beispiele für die Erhebung geschlechtlicher Diversität in bevölkerungsbasierten Studien der „Gender Identity in U. S. Surveillance Group“ (GenIUSS Group) von 2014 genannt [27]. Für Befragungen der

Allgemeinbevölkerung empfehlen diese zur Erfassung von transgeschlechtlichen Personen und weiteren minorisierten Geschlechtergruppen eine zweistufige Abfrage: Die selbstberichtete Erfassung des bei Geburt zugewiesenen Geschlechts („Male“, „Female“) und die aktuelle geschlechtliche Identität („Male“, „Female“, „Transgender“, „Do not identify as female, male, or transgender“).

Eine Evaluation von unterschiedlichen zweistufigen Erhebungsinstrumenten zu Geschlecht, die in den USA und Kanada in bevölkerungsrepräsentativen Studien eingesetzt werden, problematisiert bei der Erfragung der geschlechtlichen Identität die Antwortoption „transgender“, da sich Personen nicht zwangsläufig als transgeschlechtlich identifizieren [28]. Empfohlen wird eine zwei bis dreistufige Abfrage bei der zunächst nach dem Geschlecht gefragt werden sollte, welches in die Geburtsurkunde eingetragen wurde („Male“, „Female“), und anschließend nach der gegenwärtigen geschlechtlichen Identität („Male“, „Female“, „Indigenous or other cultural gender minority identity (e. g. two-spirit)“, „Something else (e. g. gender fluid, non-binary)“). Eine dritte (Filter-)Frage sollte gestellt werden, wenn die Befragten bei der geschlechtlichen Identität eine andere Geschlechteroption gewählt haben als in ihrer Geburtsurkunde eingetragen ist. Diese erfragt das Geschlecht, welches im alltäglichen Leben gelebt wird („Male“, „Female“, „Sometimes male, sometimes female“, „Something other than male or female“). Die Übertragbarkeit und die allgemeine Verständlichkeit im deutschen Kontext ist jedoch eingeschränkt. Dennoch liefert die Evaluation wichtige Hinweise für die Entwicklung und Reflexion des hier vorgestellten Erhebungsinstruments.

2.2 Entwicklungen in Deutschland

In Deutschland gibt es sowohl von öffentlich-rechtlichen Institutionen als auch von Seiten der Wissenschaft Bemühungen zur differenzierten Erfassung geschlechtlicher Diversität. So hat die Antidiskriminierungsstelle des Bundes – eine nach der Einführung des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) im Jahr 2006 eingerichtete Stelle – im Jahr 2018 eine Expertise zum Thema Diskriminierung in sozialwissenschaftlichen Wiederholungsbefragungen in Deutschland in Auftrag gegeben (z. B. im Mikrozensus und im Sozio-oekonomischen Panel) [19]. Dabei standen die durch das AGG geschützten Kategorien Geschlecht, ethnische Herkunft/rassifizierende Zuschreibung, Religion/Weltanschauung, Behinderung/Beeinträchtigung, Lebensalter und sexuelle Orientierung im Fokus. Die Expertise gibt neben der Bestandsaufnahme auch Empfehlungen für eine Weiterentwicklung in Wiederholungsbefragungen. Danach soll die Frage nach der geschlechtlichen Identität durch eine Frage mit mindestens vier Antwortmöglichkeiten abgedeckt werden: „Welche der folgenden Bezeichnungen zur Beschreibung des Geschlechts trifft auf Sie zu?“ (Antwortmöglichkeiten: „Weiblich“, „Männlich“, „Transmann“, „Transfrau“, „Trans* (z. B. transgender, transident, transgeschlechtlich, transsexuell)“, „Inter* (z. B. intergeschlechtlich, intersex, zwischengeschlechtlich)“, „Anders, und zwar...“, „Ich lehne für mich persönlich eine Einordnung in Geschlechtskategorien ab“). Die dritte bis sechste Antwortkategorie werden als optional angesehen oder sie können als weitere Differenzierung der Kategorie „Anders, und zwar...“ vorgegeben werden. Anschließend sollte nach dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht gefragt werden. Dies sollte durch Selbstauskunft erfasst werden.

Seit den 1970er-Jahren liegen in unregelmäßigen Abständen Empfehlungen zur Erhebung zentraler soziodemografischer Merkmale in Befragungen vor (sog. Demographische Standards) [28]. Ziel ist es, die soziostrukturellen Erhebungsmerkmale in Bevölkerungsumfragen zu vereinheitlichen, um eine größere Vergleichbarkeit zwischen einzelnen Surveys zu ermöglichen. Allerdings gibt es aktuell keine abgestimmten Minimalanforderungen an Standarditems und Standardvariablen, wie die zum Geschlecht.

Seit 2020 hat das Konsortium für die Sozial-, Bildungs-, Verhaltens- und Wirtschaftswissenschaften (KonsortSWD) die Aufgabe, die Forschungsdateninfrastruktur in Deutschland weiter zu entwickeln und zu harmonisieren. Dabei wird auch die Erhebung von Geschlecht in Umfragestudien thematisiert. Dazu wurde ein aktueller Überblick über die Erhebung soziodemografischer Variablen in großen deutschen Studien erarbeitet und die Herausforderungen einer Harmonisierung beschrieben [29]. Für die Erhebung von Geschlecht wird das Fazit gezogen, dass seit der Einführung des Geschlechtseintrags „divers“ zwar zunehmend die geschlechtliche Diversität in den verschiedenen Erhebungsinstrumenten berücksichtigt wird, durch die Vielfalt der Erhebungskonzepte jedoch weniger Vergleichbarkeit möglich ist. Die Erhebung der geschlechtlichen Identität wird als sinnvolle Ergänzung angesehen, auch wenn dieses Merkmal (noch) nicht zu den demografischen Standardvariablen gehört.

Als eine der ersten bundesweit repräsentativen Untersuchungen hat die Studie Gesundheit und Sexualität in Deutschland (GeSID) die Empfehlungen der GenIUSS Group [27] aufgegriffen und alle Teilnehmenden nach ihrem

Im Sinne von Public Health sollte die gesundheitliche Lage der Gesamtbevölkerung in ihrer Vielfalt erfasst, bewertet und Handlungsempfehlungen daraus abgeleitet werden.

bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht („Männlich“, „Weiblich“) und nach ihrer subjektiven Geschlechtszugehörigkeit zum Befragungszeitpunkt („Männlich“, „Weiblich“, „Trans*/Transsexuell“, „Weder weiblich, männlich noch trans*/transsexuell, sondern“) gefragt [30].

Im Personenfragebogen des Sozio-oekonomischen Panel (SOEP) der Stichprobe Q (LGB) wurde 2019 eine zweistufige Geschlechtsabfrage eingesetzt, welche zunächst nach dem bei Geburt in die Geburtsurkunde eingetragenen Geschlecht fragt („Männlich“, „Weiblich“) und anschließend nach der geschlechtlichen Selbstzuordnung („Männlich“, „Weiblich“, „Transgeschlechtlich“) [31]. Inzwischen ist seit 2022 im Personenfragebogen des SOEP eine angepasste zweistufige Abfrage im Einsatz. Die Frage nach der geschlechtlichen Identität enthält nun neben „Männlich“ und „Weiblich“ eine offene Antwortoption „Weiteres, hier nicht aufgelistetes Geschlecht und zwar:“.

In einem vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten interdisziplinären Verbundprojekt wird aktuell eine Toolbox zur Operationalisierung von geschlechtlicher Vielfalt in der Forschung zu Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention entwickelt (Laufzeit 05/2020 bis 06/2023) (DIVERGesTOOL). Ziel ist es, einen allgemein nutzbaren Fragenkomplex für die Erfassung von Geschlecht in epidemiologischen Gesundheitsstudien zu entwickeln und zusätzlich Instrumente zur Berücksichtigung bestimmter Studienpopulationen und Fragestellungen anzubieten. Dies soll ermöglichen beziehungsweise erleichtern, die verschiedenen Dimensionen von Geschlecht sowie deren Komplexität, Verwobenheit und wechselseitige Beeinflussung in die Gesundheitsforschung zu integrieren.

3. Die Operationalisierung von Geschlecht

Die Erfassung von Geschlecht in der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) soll verschiedene Anforderungen erfüllen: Erstens wird eine theoretisch fundierte Definition von Geschlecht herangezogen und im Erhebungsinstrument operationalisiert. Zweitens baut die Geschlechtsabfrage auf Erfahrungen mit international bereits etablierten Erhebungsinstrumenten auf. Drittens bleibt eine binäre Auswertungsoption bestehen, um eine Kontinuität zu bisherigen Erhebungen zu wahren und eine Gewichtung entsprechend der Daten des Statistischen Bundesamtes zu ermöglichen [3, 11].

Aufbauend auf internationalen Erfahrungen wurde ein Erhebungsinstrument entwickelt, das in einer zweistufigen Abfrage die biologische und die soziale Dimension von Geschlecht wie folgt operationalisiert:

Welches Geschlecht wurde bei Ihrer Geburt in Ihre Geburtsurkunde eingetragen?

1. Männlich
2. Weiblich

Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?

1. Männlich
2. Weiblich
3. Oder einem anderen, und zwar: ...

Als Grundlage für die biologische Geschlechterdimension wurde die bio-medizinische Geschlechtszuweisung herangezogen, die bei Geburt in die Geburtsurkunde eingetragen wurde. Dieser Eintrag beruht auf einer medizinischen

Die Erhebung der geschlechtlichen Diversität sollte sich nicht auf die Einführung der Antwortkategorie „divers“ beschränken.

Klassifikation anhand der äußerlich sichtbaren Geschlechtsorgane und berücksichtigt keine weiteren geschlechtlich relevanten biologischen Aspekte. Der Geschlechtseintrag kann sich also vom biologischen Geschlecht unterscheiden, da eine mögliche Intergeschlechtlichkeit nicht oder erst im Lebensverlauf festgestellt wird oder diese zwar bei der Geburt festgestellt wurde, jedoch kein anderer Geschlechtseintrag als „weiblich“ oder „männlich“ möglich war beziehungsweise eine andere Eintragung nicht gewählt wurde. Da die GEDA-Erhebung Menschen ab 15 Jahren einbezieht, war der letzte Aspekt nicht relevant (erst seit 2013 kann der Geschlechtseintrag offen gelassen werden beziehungsweise erst seit 2018 ist „divers“ als Geschlechtseintrag möglich). Die Operationalisierung der biologischen Dimension von Geschlecht schreibt in diesem Sinne eine amtliche Fehlzuschreibung von intergeschlechtlichen Menschen fort. Dennoch wurde diese Abfrage gewählt, um eine binäre Antwortkategorie beizubehalten und damit die Gewichtung der Variable entsprechend der Daten des Statistischen Bundesamtes zu ermöglichen.

Da sich eine Person nicht oder nicht vollständig mit dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht identifizieren muss, wurde in einem zweiten Schritt die geschlechtliche Identität als Aspekt der sozialen Dimension von Geschlecht erfasst. Eine Person kann sich mit keinem oder einem anderen Geschlecht identifizieren, als ihr bei Geburt zugewiesen wurde. Neben „weiblich“ und „männlich“ wurde eine dritte, offene Antwortoption bereitgestellt. Zwar wurde die Formulierung „oder (bitte ausführen):“ statt „oder einem anderen, und zwar:“ diskutiert, um ein Othering, das heißt eine Besondere von weiteren geschlechtlichen Identitäten zu vermeiden. Diese Variante wurde jedoch verworfen, um eine bes-

sere Verständlichkeit in der mündlichen Abfrage und Einheitlichkeit mit anderen Erhebungsinstrumenten zu erreichen.

Über die Kombination beider Fragen können cis- und transgeschlechtliche sowie genderdiverse Menschen identifiziert werden. Wird bei der Geburt beispielsweise „männlich“ und bei der geschlechtlichen Identität „weiblich“ angegeben, so wird die befragte Person als transgeschlechtliche Frau eingeordnet. Dies entspricht nicht zwangsläufig der Selbstbezeichnung einer konkreten Person, sondern ist eine Kategorisierung, um eine statistische Auswertung vornehmen zu können. Eine weitere Fehlzuschreibung kann in dieser Kategorisierung enthalten sein, da in die Geburtsurkunde von erwachsenen intergeschlechtlichen Personen „weiblich“ beziehungsweise „männlich“ eingetragen wurde und sie so als transgeschlechtlich beschrieben werden, wenn sie sich gegengeschlechtlich identifizieren. Intergeschlechtliche Menschen können auch in der cisgeschlechtlichen Gruppe sein, wenn sie sich mit dem Geschlecht identifizieren, das ihnen bei Geburt zugewiesen wurde oder in der genderdiversen Gruppe, wenn sie sich nicht als weiblich oder männlich identifizieren. Insbesondere in Bezug auf intergeschlechtliche Menschen erweist sich das Erhebungsinstrument als zu undifferenziert. Wurde bei der Frage nach der geschlechtlichen Identität in der dritten Antwortoption eine Selbstbezeichnung wie beispielsweise „nicht-binär“ gewählt, wurde dieser Eintrag der Kategorie „genderdivers“ zugeordnet. Es handelt sich bei der Kategorie „genderdivers“ also nicht mehr um eine Selbstbeschreibung der jeweiligen Person, sondern um eine Gruppierung von sehr unterschiedlichen geschlechtlichen Selbstbezeichnungen. Diese Gruppierung wurde gewählt, um eine statistisch relevante Größe erreichen zu können.

Das eingesetzte Erhebungsinstrument ermöglicht es den Befragten, sich jenseits der zwei- und cisgeschlechtlichen Norm zu verorten und erkennt damit die geschlechtliche Diversität an.

4. Stichprobenbeschreibung

Die statistischen Auswertungen im vorliegenden Beitrag dienen allein der Beschreibung der Stichprobenszusammensetzung nach dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht und der geschlechtlichen Identität nach Einführung der neuen zweistufigen Geschlechtsabfrage. Weiter differenziert wird diese Darstellung nach Alter und weiteren sozioökonomischen und sozialen Merkmalen (Bildungs- und Erwerbsstatus, Äquivalenzeinkommen, feste Partnerschaft, Familienstand) [33, 34]. Inhaltliche Aussagen zu verschiedenen Geschlechtergruppen werden nicht gemacht. Daher wurden alle Auswertungen ohne Stichprobengewichtung durchgeführt. Die Methodik der Studie GEDA 2019/2020-EHIS ist ausführlich an anderer Stelle bereits beschrieben [33].

An der Studie GEDA 2019/2020-EHIS haben insgesamt 23.001 Befragte teilgenommen. Die Responserate betrug nach den Standards der American Association for Public Opinion Research (AAPOR) 21,6 % [33]. Von diesen wurden 52,65 % bei Geburt als „weiblich“ und 47,35 % als „männlich“ eingetragen. 52,30 % der Befragten identifizierten sich mit ihrem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht als „weiblich“. Diese Personen können als cisgeschlechtliche Frauen beschrieben werden. 46,94 % der Befragten gelten als cisgeschlechtliche Männer. Es haben 0,62 % der Befragten Angaben gemacht, die darauf schließen lassen, dass sie nicht cisgeschlechtlich sind. Unter diesen haben sich 0,13 % weder der Gruppe der Männer noch der Gruppe der Frauen zugeordnet und werden in der Studie als „genderdiverse“ Personen bezeichnet. 0,49 % identifizieren sich als Frauen beziehungsweise Männer, obgleich ihnen bei Geburt ein anderes weibliches oder männliches Geschlecht zugewie-

sen wurde. Diese Befragten werden in der Studie als transgeschlechtliche Personen bezeichnet. Darunter sind 0,18 % transgeschlechtliche Männer (männliche Identität und bei der Geburt weibliches Geschlecht zugewiesen), 0,31 % sind transgeschlechtliche Frauen (weibliche Identität und bei der Geburt männliches Geschlecht zugewiesen). Im Gegensatz zur Erhebung des bei Geburt zugewiesenen Geschlechts gibt es bei der Erhebung der geschlechtlichen Identität einige wenige fehlende Angaben („weiß nicht“ oder „keine Angabe“). Auf die Gesamtstichprobe bezogen sind dies 33 Befragte (0,14 %) (Tabelle 1). Erstmals eingesetzt wurde das Instrument zur zweistufigen Erhebung von Geschlecht in der fast zeitgleich am RKI durchgeführten „Studie zu Kopf-, Rücken- und Nackenschmerzen in Deutschland (2019/2020)“ mit vergleichbarer Methodik aber deutlich kleinerer Fallzahl [35]. Die ermittelten Anteile von cisgeschlechtlichen, genderdiversen und transgeschlechtlichen Personen sowie der Anteil fehlender Werte ist fast identisch (Annex Tabelle 1).

Die Stichprobenszusammensetzung von cis- und transgeschlechtlichen sowie genderdiversen Personen weist teilweise ausgeprägte Unterschiede auf. Bezüglich der Altersverteilung unterscheiden sich die Teilstichproben cis- und transgeschlechtlicher Frauen nur wenig voneinander. Transgeschlechtliche Männer weisen einen höheren Anteil jüngerer Personen auf als cisgeschlechtliche Männer. Vor allem genderdiverse Befragte sind deutlich jünger als die Allgemeinbevölkerung. Etwa 51,7 % der betreffenden Personen sind zwischen 18 und 39 Jahre alt, in der Gesamtstichprobe sind es nur 20,9 %. Tendenziell weisen transgeschlechtliche und genderdiverse Menschen in der Erhebung häufiger einen niedrigen Bildungsabschluss und ein geringeres

Tabelle 1
Geschlechtseintrag bei Geburt und geschlechtliche Identität in absoluten Zahlen und in der Gesamtstichprobe (n=23.001)
Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

Geburts-geschlecht	Geschlechtliche Identität					Gesamt
	Weiblich	Männlich	Genderdivers	Keine Angabe ¹	Weiß nicht ¹	
Absolute Zahlen						
Weiblich	12.030	42	19	16	4	12.111
Männlich	71	10.796	10	8	5	10.890
Gesamt	12.101	10.838	29	24	9	23.001
Anteile in % an der Gesamtstichprobe						
Weiblich	52,30	0,18	0,08	0,07	0,02	52,65
Männlich	0,31	46,94	0,04	0,03	0,02	47,35
Gesamt	52,59	47,11	0,13	0,10	0,04	100,00

¹ Antwort auf die Frage nach der geschlechtlichen Identität

cisgeschlechtliche Menschen

transgeschlechtliche Menschen

genderdiverse Menschen

Tabelle 2
Geschlechtergruppen nach soziodemografischen Faktoren, Anteile in % (cisgeschlechtliche Frauen n=12.030, cisgeschlechtliche Männer n=10.796, transgeschlechtliche Frauen n=71, transgeschlechtliche Männer n=42, genderdiverse Menschen n=29)
Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS [33]

	Weiblich (cis)	Weiblich (trans)	Männlich (cis)	Männlich (trans)	Genderdivers	Gesamt
Altersgruppe						
18–39 Jahre	18,31	19,12	23,78	30,95	51,72	20,93
40–59 Jahre	28,17	27,94	33,00	30,95	24,14	34,02
≥ 60 Jahre	53,52	52,94	43,22	38,10	24,14	45,05
Bildung						
Untere Bildungsgruppe	8,19	12,68	5,65	23,81	17,24	7,05
Mittlere Bildungsgruppe	48,54	46,48	35,14	45,24	27,59	42,20
Obere Bildungsgruppe	43,27	40,85	59,21	30,95	55,17	50,75
Erwerbsstatus						
Erwerbstätig	50,40	37,14	56,62	50,00	44,83	53,27
Nicht erwerbstätig	49,60	62,86	43,38	50,00	55,17	46,73
Äquivalenzeinkommen						
1. Quintil	13,41	26,76	10,79	26,83	41,38	12,28
2.–4. Quintil	61,44	60,56	54,93	43,90	41,38	58,33
5. Quintil	25,15	12,68	34,28	29,27	17,24	29,39
Feste Partnerschaft						
Ja	64,68	60,56	73,18	59,52	46,43	68,63
Nein	35,32	39,44	26,82	40,48	53,57	31,37
Familienstand						
Ledig	20,64	32,39	28,59	28,57	64,29	24,48
Verheiratet	52,04	46,48	57,60	42,86	17,86	54,57
Verwitwet	15,96	5,63	6,06	16,67	14,29	11,27
Geschieden	11,37	15,49	7,76	11,90	3,57	9,68

Insgesamt betrachtet, hat sich die zweistufige Geschlechtsabfrage als funktional und gut durchführbar erwiesen.

Einkommen auf als cisgeschlechtliche Menschen. Der Zusammenhang mit der Bildung ist bei transgeschlechtlichen Männern, jener mit dem Einkommen bei genderdiversen Personen besonders ausgeprägt. Besonders transgeschlechtliche Frauen sind seltener erwerbstätig als cisgeschlechtliche Frauen aber auch genderdiverse Personen sind anteilig seltener erwerbstätig im Vergleich zur Gesamtstichprobe. Hinsichtlich einer festen Partnerschaft finden sich zwischen cis- und transgeschlechtlichen Frauen keine ausgeprägten Unterschiede. Dagegen leben transgeschlechtliche Männer seltener in Partnerschaft als cisgeschlechtliche Männer. Am geringsten ist der Anteil von Befragten in fester Partnerschaft unter genderdiversen Personen. Insbesondere genderdiverse Personen haben häufiger einen ledigen Familienstand. Genderdiverse Menschen sind zu 61,1% ledig und zu 19,4% verheiratet im Unterschied zu 24,5% Lediger und 54,6% Verheirateter in der Gesamtstichprobe. Aber auch transgeschlechtliche Frauen und Männer sind seltener verheiratet und etwas häufiger geschieden als cisgeschlechtliche Frauen und Männer (Tabelle 2). Die beschriebenen Unterschiede lassen sich aufgrund der Stichprobengröße nicht verallgemeinern und sind vermutlich in Teilen auch auf das jüngere Alter der transgeschlechtlichen und genderdiversen Teilstichproben zurückzuführen.

5. Befragung der Interviewenden

Um die Akzeptanz der zweiteiligen Geschlechtsabfrage zu erheben, wurde im November 2020 eine Prozessdatenanalyse zur Erfassung von Interviewabbruchraten sowie eine schriftliche Befragung von Personen, die in GEDA

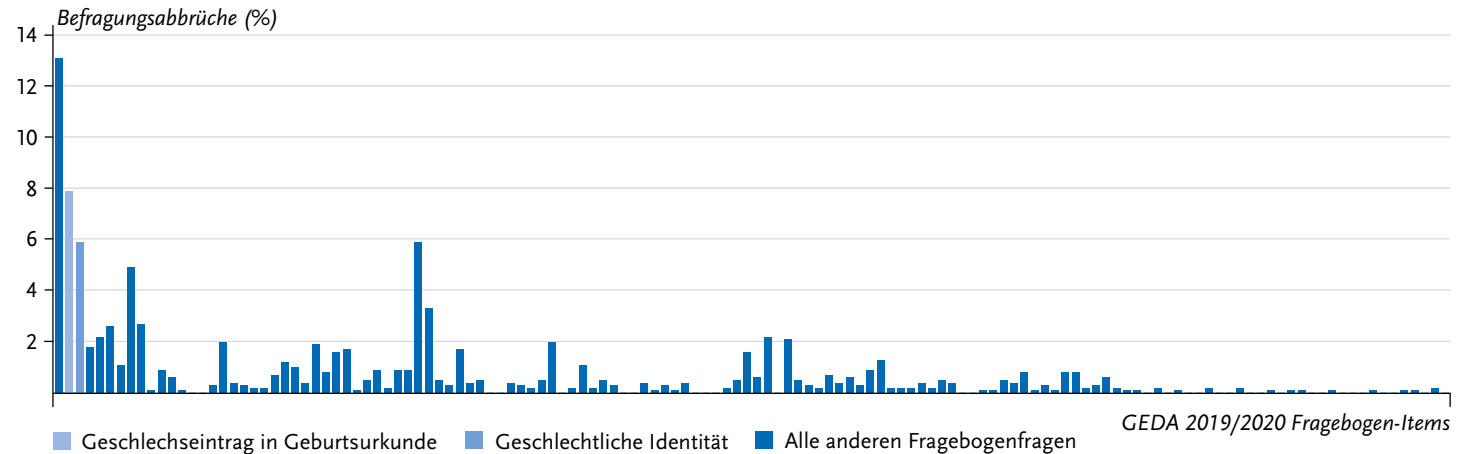
2019/2020-EHIS Interviews durchgeführt haben, vorgenommen. Der Fragebogen wurde im November 2020 an die 90 Interviewenden versandt. 42 Interviewende (46,7%) nahmen bis Ende November an der Befragung teil. Die befragten 42 Interviewenden haben ca. 7.000 der insgesamt 23.124 GEDA-Interviews durchgeführt. Die schriftlichen Angaben der Interviewenden wurden quantitativ mit deskriptiver Statistik und über eine zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring [36] mit einer Quantifizierung der Kategorien ausgewertet. Ausgewählte Zitate werden beispielhaft dargestellt (Tabelle 3).

5.1 Abbruchraten und berichtete Reaktionen der Interviewten

Für die Prozessdatenanalyse wurde der GEDA-Datensatz aufbereitet und dann mit dem Statistik-Programm STATA Version 17.0 analysiert. Die Auswertungen umfassten dabei deskriptive Häufigkeitsauszählungen der Befragungsabbrüche durch die Interviewten beim letzten telefonischen Interview-Kontakt.

Insgesamt kam es zu 1.056 Interviewabbrüchen durch die befragten Personen. In Relation zur Gesamtzahl der für GEDA 2019/2020-EHIS geführten vollständigen Interviews ist die Anzahl der Abbrüche durch die Interviewten sehr gering. 13,8% der Interviewabbrüche durch die Befragten traten bei der zweistufigen Geschlechtsabfrage auf. Dies entspricht 83 Abbrüchen nach der Frage nach dem bei Geburt eingetragenen Geschlecht und 62 Abbrüchen nach der Frage nach der geschlechtlichen Identität. Bei diesen Abbrüchen handelt es sich um endgültige Abbrüche, nach denen auch durch weitere Anrufversuche kein Interview

Abbildung 1
Befragungsabbrüche durch die Interviewten
differenziert nach den Fragen des gesamten
GEDA 2019/2020-EHIS Fragebogens (n=1.056
Abbrüche durch die befragten Personen)
 Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS



mit der befragten Person mehr zustande kam. Betrachtet man die Abbruchraten im Überblick des Gesamtfragebogens, zeigt sich, dass der Beginn des Fragebogens durch viele Interviewabbrüche geprägt ist. Somit ist auch die Geschlechtsabfrage, die direkt nach der Einwilligung zur Teilnahme als zweite und dritte Frage im Fragebogen folgt, durch viele Abbrüche gekennzeichnet (*Abbildung 1*). Demnach lassen sich die hohen Abbruchzahlen bei der Geschlechtsabfrage nicht ausschließlich auf ihren Inhalt, sondern auch auf ihre Positionen am Beginn des Fragebogens zurückführen.

Die Interviewenden beschrieben unterschiedliche Reaktionen der Befragten auf die Abfrage des bei Geburt eingetragenen Geschlechts und der geschlechtlichen Identität. Wie häufig Irritationen beziehungsweise Akzeptanz der Abfrage pro Interviewer*in auftraten, lässt sich nicht rekonstruieren. Während auf die Frage nach dem bei Geburt eingetragenen Geschlecht von 26 Interviewenden neutrale und akzeptierende und von acht Interviewenden ablehnende Reaktionen berichtet wurden (*Tabelle 3, Zitat 1, 2*), waren

es bei der Abfrage der geschlechtlichen Identität 14 Interviewende, die neutrale und akzeptierende und 29, die ablehnende Reaktionen berichteten (*Zitat 3*). Vier Interviewende berichteten, dass jüngere Befragte und fünf Interviewende, dass Frauen mehr Akzeptanz und weniger irritierte Reaktionen auf die Geschlechtsabfrage zeigten (*Zitat 4*). Für ältere Befragte wurden von 19 Interviewenden verärgerte und irritierte Reaktionen, Skepsis sowie Interviewabbrüche geschildert (*Zitat 5*). Dies wurde von fünf Interviewenden insbesondere für ältere Männer im Unterschied zu älteren Frauen berichtet (*Zitat 6*).

Verständnisprobleme bei den Befragten geben neun Interviewende für die Frage nach dem bei Geburt eingetragenen Geschlecht an und 25 Interviewende für die Frage nach der geschlechtlichen Identität. Interviewende berichteten insbesondere für den Begriff „Geburtsurkunde“ von Verständnisproblemen bei Befragten, die sie als „nicht-deutscher Herkunft“ wahrnahmen und bei jüngeren Personen (*Zitate 7, 8*). Bei der Frage nach der geschlechtlichen Identität schilderten neun Interviewende, dass es

Tabelle 3
Ausgewählte Zitate aus der schriftlichen
Befragung der Interviewenden
 Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

Weitere Diskussionen mit Vertreter*innen von trans-, intergeschlechtlichen und genderdiversen Menschen sind hilfreich, um die Abfrage so weiterzuentwickeln, dass sie den Bedürfnissen großer Gesundheitsstudien wie auch minorisierten Geschlechtergruppen genügen.

Zu den Reaktionen der Interviewten

- 1: „Normalerweise problemlose Beantwortung.“ (I 20)
- 2: „Einer hat gleich gesagt so nicht und hat aufgelegt – Ansonsten gab es keine bestimmten Reaktionen.“ (I 26)
- 3: „Die Teilnehmer reagierten überwiegend verärgert, verständnislos und teilweise auch aggressiv. Viele Interviews wurden an dieser Stelle durch Auflegen der TN beendet.“ (I 3)
- 4: „Frauen hatten mehr Humor und Verständnis als Männer.“ (I 35)
- 5: „Mehr Skepsis bei den Älteren. ‚Das ist so ein modernes Thema.‘“ (I 20)
- 6: „Eher ältere Männer, die sich durch die Frage nach ihrem sozialen Geschlecht tendenziell irritiert fühlten (evtl. in ihrer Männlichkeit in Frage gestellt).“ (I 16)

Zu Verständnisproblemen

- 7: „Menschen nichtdeutscher Herkunft wussten oft mit ‚Geburtsurkunde‘ nichts anzufangen.“ (I 13)
- 8: „Vor allem jüngere Personen, die vermutlich ihre Geburtsurkunde noch nie benötigten. Antwort: weiß nicht.“ (I 34)
- 9: „Manche haben sogar angefangen über ihre Sexualität zu sprechen wie z. B.: ‚Wie? Ich bin nicht schwul!‘“ (I 39)
- 10: „Einige haben die Zugehörigkeit mit der Hingezogenheit zu einem Geschlecht verwechselt.“ (I 12)

Zur Einstellung der Interviewenden selbst

- 11: „Was soll die Frage (Anm.: Gemeint ist die Frage nach dem Geschlecht) – merkt man doch.“ (I 24)
- 12: „Frage ‚als überflüssig‘ erachtet, da Geschlecht an Stimme erkennbar.“ (I 10)
- 13: „Vielleicht irritiert, weil das Geschlecht über den Schwedenschlüssel bereits feststand.“ (I 41)
- 14: „Habe nach der Frage nach dem biologischen Geschlecht den Satz eingefügt ‚dann gibt es eine ergänzende Frage‘.“ (I 31)

I = Interviewende Person

Anmerkung der Redaktion: Die Rechtschreibung der schriftlichen Zitate wurde angepasst und die Abkürzungen ausgeschrieben.

wahrscheinlich aufgrund der Formulierung der Frage nach der „Zugehörigkeit zu einem Geschlecht“ zu einer Verwechslung mit der sexuellen Orientierung kam (Zitate 9, 10). Fünf Interviewende berichteten, dass sie weitere Erklärungen und Wiederholungen der Frage nach der geschlechtlichen Identität einfügten (Zitat 11).

5.2 Einstellung der Interviewenden

18 Interviewende schilderten eine neutrale Einstellung bezüglich der Durchführung der Geschlechtsabfrage. Tendenzuell erachten die Interviewenden die Frage nach der geschlechtlichen Identität als wesentlich weniger sinnvoll als die Frage nach dem bei Geburt eingetragenen Geschlecht. Diese Einschätzung korrelierte mit einem höheren Alter der Interviewenden ($p=0,007$). Ein Zusammenhang, der für die Frage nach dem Geschlechtseintrag bei Geburt nicht zu sehen war ($p=0,850$). Sieben von 42 Interviewenden war es unangenehm, diese Fragen zu stellen, weil die Geschlechtsabfrage den Befragten redundant erscheinen könnte. Hintergrund ist, dass das Geschlecht der Befragten mittels des **Schwedenschlüssels** (Verfahren zur Zufallsauswahl von Befragungspersonen in Haushalten mit mehreren Personen) zuvor bereits erfragt wurde oder weil das Geschlecht aus Sicht der Befragten bereits an der Stimme erkennbar sein sollte (Tabelle 3, Zitate 11, 12, 13). Einzelne Interviewende berichteten, dass sie von der vorgegebenen Standardisierung des Fragebogens abwichen, um keine weiteren Erklärungen der Geschlechtsabfrage geben zu müssen (Zitat 14).

6. Diskussion und Ausblick

Ziel des vorliegenden Beitrages war es, die Einführung einer neuen zweistufigen Geschlechtsabfrage in der Studie GEDA 2019/2020-EHIS des RKI zu beschreiben, die zwischen dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht und der geschlechtlichen Identität unterscheidet. Zudem wurde den Befragten hinsichtlich der geschlechtlichen Identität eine offene Antwortmöglichkeit bereitgestellt. Insgesamt betrachtet, hat sich die zweistufige Geschlechtsabfrage als funktional und gut durchführbar erwiesen. Im Ergebnis können von 23.001 Befragten 22.826 Personen als cisgeschlechtlich, 113 Personen als transgeschlechtlich und 29 Personen als genderdivers eingeordnet werden. 33 Befragte wiesen fehlende Angaben hinsichtlich der geschlechtlichen Identität auf. In einer weiteren Studie des RKI mit einem vergleichbaren Vorgehen waren die Anteile sehr ähnlich. Dies spricht für eine hohe Verlässlichkeit beziehungsweise Reliabilität des Messinstruments.

In Relation zur Gesamtzahl der geführten Interviews ist die Zahl der abgebrochenen Interviews nach der zweistufigen Geschlechtsabfrage sehr gering und die Befragung der Interviewenden zeigt insgesamt eine hohe Akzeptanz dieser Abfrage bei den Interviewenden und den Befragten. Die Interviewenden berichteten, dass jüngere Befragte und Frauen mehr Akzeptanz und weniger irritierte Reaktionen als andere Gruppen auf die Frage nach der geschlechtlichen Identität zeigten. Verständnisprobleme wurden bei jüngeren Befragten und Menschen mit vermutetem Migrationshintergrund hinsichtlich des Begriffs „Geburtsurkunde“ berichtet. Weiterhin wurde die Frage nach der geschlechtlichen Identität vereinzelt mit sexueller Orientierung ver-

wechselt. Schulungsbedarf für die Interviewenden zeigte sich zum Hintergrund und den Zielen der Geschlechtsabfrage sowie deren Standardisierung. Zudem sollten weitere Erläuterungen in den Fragebogen integriert werden.

Hinderlich für die Geschlechtsabfrage – insbesondere für nicht-binäre Personen – ist der angewendete „Schwedenschlüssel“ für die Auswahl der Befragten. Dieser enthält eine binäre Geschlechtsabfrage und wird von den Interviewenden vor der eigentlichen Befragung eingesetzt, um die zu interviewende Person innerhalb des Haushalts zu identifizieren. Künftig wäre vor diesem Hintergrund zu prüfen, ob eine Variante des Schwedenschlüssels zum Einsatz kommen kann, bei der auf die Erhebung des Geschlechts verzichtet wird.

Bei Betrachtung der Stichprobenzusammensetzung nach soziodemografischen Merkmalen fallen einige Unterschiede auf. So sind insbesondere genderdiverse Personen jünger als cis- und transgeschlechtliche Befragte. Darüber hinaus sind transgeschlechtliche und genderdiverse Personen häufiger nicht erwerbstätig, weisen häufiger eine geringere Bildung und ein geringeres Einkommen auf, leben seltener in festen Partnerschaften und sind häufiger ledig und seltener verheiratet. Die Befunde zur Stichprobenzusammensetzung sind aber mit Vorsicht zu interpretieren. So kann zum Beispiel eine geringe Bildung zum großen Teil mit einem jüngeren Lebensalter in den betreffenden Gruppen und einer noch nicht beendeten Berufsausbildung erklärt werden. Eine robustere Bewertung solcher Zusammenhänge sollte auf Basis größerer Stichproben zum Beispiel mit Hilfe gepoolter Erhebungswellen vorgenommen werden. Weiterhin sind eigene Studien zur Gesundheit von minorisierten Geschlechtergruppen sinnvoll, die von Community-Mitgliedern co-konzipiert, durchgeführt und begleitet werden sollten.

Das eingesetzte Erhebungsinstrument ermöglicht es den Befragten, sich jenseits der zwei- und cisgeschlechtlichen Norm zu verorten und erkennt damit die Diversität geschlechtlicher Identitäten an. Einschränkend ist zu bemerken, dass sich intergeschlechtliche Menschen in der hier verwendeten Abfrage mit dem Indikator des bei Geburt eingetragenen Geschlechts nicht entsprechend ihrer bio-medizinischen definierten Merkmale zuordnen können. Zwar kann seit 2013 der Geschlechtseintrag offengelassen und seit 2018 mit „divers“ angegeben werden. Da dies jedoch lange Zeit gar nicht möglich war, müsste in Befragungen zur Erfassung von Intergeschlechtlichkeit eine eigene Frage eingefügt oder ein anderer Indikator für die Operationalisierung der biologischen Dimension von Geschlecht herangezogen werden.

Des Weiteren werden sehr unterschiedliche Geschlechtergruppen in der Kategorie „genderdivers“ zusammengefasst. Diese gerät somit zur Sammelkategorie, die Unterschiede auch aufgrund der geringen Fallzahl nicht mehr sichtbar machen kann. Außerdem kann die Codierung der offenen Antwortkategorie und die auf unterschiedlichen Angaben bei der zweistufigen Geschlechtsabfrage beruhende Zuordnung der Befragten als transgeschlechtlich problematisch sein, da hier Fremd- und insbesondere bei intergeschlechtlichen Menschen Fehlzuschreibungen stattfinden. Diese Problematik sollte insbesondere mit Community-Mitgliedern diskutiert werden.

In den sowohl aktuell als auch zukünftig durchgeführten und publizierten GEDA-Auswertungen wird die geschlechtliche Identität als binäre Variable herangezogen (weiblich/männlich), sodass trans- und cisgeschlechtliche Menschen zusammen ausgewertet werden. Gender-

diverse Menschen werden aufgrund der geringen Fallzahl nicht gesondert ausgewiesen, bleiben jedoch in der Kategorie aller Befragter insgesamt enthalten. Durch dieses Vorgehen soll die geschlechtliche Identität von transgeschlechtlichen Personen anerkannt werden. Neben einer möglichen Fehlzuschreibung des Geschlechts ist jedoch problematisch, dass dieses Vorgehen nicht mehr sichtbar machen kann, dass trans- im Vergleich zu cisgeschlechtlichen Menschen sehr unterschiedliche gesundheitliche Chancen haben [11].

Eine offene Frage ist, wie unterschiedliche Fragen zu geschlechtlichen körperlichen Unterschieden eingesetzt werden können, wenn Studienteilnehmende nicht cisgeschlechtlich eingeordnet werden. Geschlecht dient in diesem Zusammenhang als Filtervariable. Den Befragten sollte freigestellt werden, welchen Fragebogen sie ausfüllen wollen. Um verletzende Erfahrungen durch unsensiblen Sprachgebrauch für diese Studienteilnehmenden zu vermeiden, wäre es angebracht, neben Erhebungsinstrumenten für Frauen und Männer auch welche für weitere Geschlechtergruppen anzubieten.

Die vorliegenden Daten zeigen, dass auch Menschen an Befragungsstudien teilnehmen, bei denen das bei Geburt zugewiesene Geschlecht und die geschlechtliche Identität nicht übereinstimmen. Diese sollten in Befragungen die Möglichkeit erhalten, ihr Geschlecht auszudrücken, wodurch sich perspektivisch auch die Möglichkeiten zur Erforschung des Zusammenhangs zwischen geschlechtlicher Vielfalt und Gesundheit verbessern. Um eine bessere Akzeptanz zu erreichen und verletzende Erfahrungen zu minimieren (Dysphorie), sind partizipative Studien zur Weiterentwicklung des Erhebungsinstruments wünschenswert. So kann

die Frage nach dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht als verletzend erfahren werden [37]. Bei Anpassungen muss aber auch die Allgemeinverständlichkeit und Akzeptanz des Erhebungsinstruments sichergestellt werden. Wertvolle Hinweise für die Weiterentwicklung und Harmonisierung der Geschlechtsabfrage können zudem vom Projekt DIVERGes-TOOL, von Studien zur Gesundheit von trans- und intergeschlechtlichen sowie nicht-binären Menschen (TASG, InTra-Health) ausgehen. Die hier berichteten Erfahrungen mit der geänderten Geschlechtsabfrage sollen damit einen Beitrag zur Debatte um die verstärkte Berücksichtigung der geschlechtlichen Vielfalt in Gesundheitsstudien liefern. Dies schließt die behutsame Weiterentwicklung der eingesetzten Instrumente auf Basis dieser und zukünftiger Erfahrungen ein.

Korrespondenzadresse

Dr. Kathleen Pöge
Robert Koch-Institut
Abteilung für Infektionsepidemiologie
Seestr. 10
13353 Berlin
E-Mail: Poegel@rki.de

Zitierweise

Pöge K, Rommel A, Starker A, Prütz F, Tolksdorf K et al. (2022)
Erhebung geschlechtlicher Diversität in der Studie
GEDA 2019/2020-EHIS – Ziele, Vorgehen und Erfahrungen.
J Health Monit 7(2): 52–71.
DOI 10.25646/9957

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter:
www.rki.de/journalhealthmonitoring-en

Datenschutz und Ethik

GEDA 2019/2020-EHIS unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-Daten-

schutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Die Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat die Studie unter ethischen Gesichtspunkten geprüft und der Durchführung des Studienvorhabens zugestimmt (Antragsnummer EA2/070/19). Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre mündliche Einwilligung (informed consent).

Förderungshinweis

Die GEDA-Studie wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Döring N (2013) Zur Operationalisierung von Geschlecht im Fragebogen: Probleme und Lösungsansätze aus Sicht von Mess-, Umfrage-, Gender- und Queer-Theorie. GENDER (2):94–113
2. Krieger N (2003) Genders, sexes, and health: what are the connections – and why does it matter? International Journal of Epidemiology 32(4):652–657
3. Krieger N (2005) Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. Journal Epidemiol Community Health (59):350–355
4. Springer KW, Mager Stellman J, Jordan-Young RM (2012) Beyond a catalogue of differences: A theoretical frame and good practice guidelines for researching sex/gender in human health. Social Science & Medicine 74(11):1817–1824
5. Crenshaw K (1989) Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. University of Chicago Legal Forum 1989(1):139–167

6. Pöge K, Rommel A, Mena E et al. (2019) AdvanceGender – Verbundprojekt für eine geschlechtersensible und intersektionale Forschung und Gesundheitsberichterstattung. Bundesgesundheitsbl 62(1):102–107
7. Einstein G (2012) Measuring biological sex. In: Oliffe JL, Greaves L (Hrsg) Designing and Conducting Gender, Sex, and Health Research. Sage, Los Angeles, S. 85–101
8. Johnson JL, Repta R (2012) Sex and Gender. Beyond the binaries. In: Oliffe JL, Greaves L (Hrsg) Designing and Conducting Gender, Sex, and Health Research. Sage, Los Angeles, S. 17–37
9. Bolte G, David M, Dębiak M et al. (2018) Integration von Geschlecht in die Forschung zu umweltbezogener Gesundheit. Ergebnisse des interdisziplinären Forschungsnetzwerks Geschlecht – Umwelt – Gesundheit (GeUmGe-NET). Bundesgesundheitsbl 61(6):737–746
10. Wagenknecht P (2007) Was ist Heteronormativität? Zu Geschichte und Gehalt des Begriffs. In: Hartmann J, Klesse C, Wagenknecht P et al. (Hrsg) Heteronormativität Empirische Studien zu Geschlecht, Sexualität und Macht. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 17–34
11. Pöge K, Dennert G, Koppe U et al. (2020) Die gesundheitliche Situation von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. J Health Monit 5(S1):2–30
12. Arcelus J, Bouman WP, Van Den Noortgate W et al. (2015) Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. European Psychiatry 30(6):807–815
13. Bundesamt für Justiz (2022) Zusammenstellung der Geschäftsübersichten der Amtsgerichte 1995 bis 2020. https://www.bundesjustizamt.de/DE/SharedDocs/Publikationen/Justizstatistik/Geschaeftsentwicklung_Amtsgerichte.pdf;jsessionid=03AA13E646A5B84608D39B33A774A33E.2_cid377?__blob=publicationFile&v=12 (Stand: 21.03.2022)
14. Hauck L, Richter-Appelt H, Schweizer K (2019) Zum Problem der Häufigkeitsbestimmung von Intergeschlechtlichkeit und Varianten der Geschlechtsentwicklung: Eine Übersichtsarbeit. Z Sex-Forsch 32(02):80–89
15. UN Free & Equal (Hrsg) (2018) Fact Sheet Intersex.
16. van Lisdonk J (2014) Living with intersex/DSD: An exploratory study of the social situation of persons with intersex/DSD. Netherlands Institute for Social Research, The Hague
17. Rommel A, Pöge K, Krause L et al. (2019) Geschlecht und Gesundheit in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Konzepte und neue Herausforderungen. Public Health Forum 27(2):98–102
18. Kurth B, Saß AC, Ziese T (2020) Gesundheitsberichterstattung. In: Razum O, Kolip P (Hrsg) Handbuch Gesundheitswissenschaften. Beltz Juventa, Weinheim Basel
19. Baumann AL, Egenberger V, Supik L (2018) Erhebung von Antidiskriminierungsdaten in repräsentativen Wiederholungsbefragungen. Bestandsaufnahme und Entwicklungsmöglichkeiten. Antidiskriminierungsstelle des Bundes, Berlin
20. Australian Human Rights Commission (2009) Sex Files: The legal recognition of sex in documents and government records. https://humanrights.gov.au/sites/default/files/document/publication/SFR_2009_Web.pdf (Stand: 10.03.2022)
21. Australian Attorney-General's Department (2015) Australian Government Guidelines on the Recognition of Sex and Gender. <https://www.ag.gov.au/RightsAndProtections/HumanRights/Pages/Australian-Government-Guidelines-on-the-Recognition-of-Sex-and-Gender.aspx> (Stand: 10.03.2022)
22. Australian Bureau of Statistics (2016) Standard for Sex and Gender Variables. <http://www.abs.gov.au/ausstats%5Cabs@.nsf/o/90A4657973B17E99CA257F4C00170BFE?OpenDocument> (Stand: 10.03.2022)
23. Government of Canada (2018) Modernizing the Government of Canada's Sex and Gender Information Practices: summary report. <https://www.canada.ca/en/treasury-board-secretariat/corporate/reports/summary-modernizing-info-sex-gender.html> (Stand: 23.03.2022)
24. Statistics Canada (2018) Sex at birth of person – statistical standard. <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Var.pl?Function=DEC&id=24101> (Stand: 10.03.2022)
25. Statistics Canada (2018) Gender of person – statistical standard. <http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Var.pl?Function=DEC&id=410445> (Stand: 10.03.2022)
26. The Bureau of the Conference of European Statisticians (2019) In-depth review of measurement of gender identity. https://unece.org/DAM/stats/documents/ece/ces/2019/ECE_CES_2019_19-G1910227E.pdf (Stand: 10.03.2022)
27. GenIUSS Group (2014) Best Practices for Asking Questions to Identify Transgender and Other Gender Minority Respondents on Population-Based Surveys. J.L. Herman (Hrsg) CA: The Williams, Los Angeles

28. Beckmann K, Glemser A, Heckel C et al. (2016) Demographische Standards: eine gemeinsame Empfehlung des ADM, Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e. V., der Arbeitsgemeinschaft Sozialwissenschaftlicher Institute e. V. (ASI) und des Statistischen Bundesamtes. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

29. Schneider S, Ortman V, Diaco A et al. (2022) Die Erhebung soziodemographischer Variablen in großen deutschen Umfragen. KonsortSWD

30. Muschalik C, Otten M, Breuer J et al. (2021) Erfassung und Operationalisierung des Merkmals „Geschlecht“ in repräsentativen Bevölkerungstichproben: Herausforderungen und Implikationen am Beispiel der GeSiD-Studie. Bundesgesundheitsbl 4(11):1364–1371

31. Public K (2020) SOEP-Core – 2019: Personenfragebogen, Stichprobe Q (LGB) SOEP Survey Papers 929: Series A. DIW/SOEP, Berlin

32. Güldenring A, Sauer A (2017) Trans* inklusiv...? Geschlechtsidentitäten in Medizin Recht und Gesellschaft. In: Diehl E (Hrsg) Teilhabe für alle? Lebensrealitäten zwischen Diskriminierung und Partizipation. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, S. 231–257

33. Allen J, Born S, Damerow S et al. (2021) Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) – Hintergrund und Methodik. J Health Monit 6(3):72–87

34. Lampert T, Kroll LE, Müters S et al. (2013) Messung des sozio-ökonomischen Status in der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). Bundesgesundheitsbl 56(1):131–143

35. Porst M, Wengler A, Leddin J et al. (2020) Migräne und Spannungskopfschmerz in Deutschland. Prävalenz und Erkrankungsschwere im Rahmen der Krankheitslast-Studie BURDEN 2020. J Health Monit 5(S6):1–26

36. Mayring P (2010) Qualitative Inhaltsanalyse. In: May G, Mruck K (Hrsg) Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 602

37. Puckett J, Brown N, Dunn T et al. (2020) Perspectives from Transgender and Gender Diverse People on How to Ask About Gender. LGBT Health 7(6):305–311

Annex Tabelle 1

Geburtsgeschlecht und Geschlechtsidentität in absoluten Zahlen und in Geschlecht der Gesamtstichprobe (n= 5.009)
 Quelle: Studie zu Kopf-, Rücken- und Nackenschmerzen in Deutschland (2019/2020)

Geburtsgeschlecht	Geschlechtliche Identität					Gesamt
	Weiblich	Männlich	Genderdivers	Keine Angabe ¹	Weiß nicht ¹	
Absolute Zahlen						
Weiblich	2.615	11	5	3	0	2.634
Männlich	15	2.354	4	1	1	2.375
Gesamt	2.630	2.365	9	4	1	5.009
Anteile in % an der Gesamtstichprobe						
Weiblich	52,21	0,22	0,10	0,06	0,00	52,59
Männlich	0,30	47,00	0,08	0,02	0,02	47,41
Gesamt	52,51	47,22	0,18	0,08	0,02	100,00

¹ Antwort auf die Frage nach der geschlechtlichen Identität

cisgeschlechtliche Menschen

transgeschlechtliche Menschen

genderdiverse Menschen

Impressum

Journal of Health Monitoring

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter, Dr. Franziska Prütz,
Dr. Martina Rabenberg, Dr. Alexander Rommel, Dr. Livia Ryl,
Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz

Kerstin Möllerke, Alexander Krönke

ISSN 2511-2708

Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung 4.0
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit