

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg  
Fakultät Wirtschaft und Soziales  
Department Soziale Arbeit

# **Zwischen Pathologisierung und Normvariante** **zur Situation von Trans\*menschen in Deutschland**

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 26.01.2017  
Vorgelegt von: Lange, Mareike  
Matrikel-Nr.:   
Adresse:   


Betreuender Prüfer: Herr Prof. Dr. Gunter Groen  
Zweiter Prüfer: Herr Prof. Dr. Georg Schürgers



# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	2
2. Terminologie.....	3
2.1 Begrifflichkeiten zum Thema Trans*.....	3
2.2 Ein Phänomen – viele Namen.....	5
3. Zwischen pathologischem Phänomen und Normvariante.....	7
3.1 Psychologische Entwicklungen zur Pathologisierung von Trans*.....	8
3.2 Gesellschaftskritische Aspekte.....	12
3.3 Neurobiologische Forschungen zur Geschlechtsidentität.....	13
3.4 Kritische Stellungnahme.....	14
4. Aktuelle Situation von Trans*menschen.....	15
4.1 Diagnostik – von Geschlechtsidentitätsstörung zu Geschlechtsdysphorie.....	15
4.2 Recht und medizinische Behandlung – der strukturelle Geschlechtswechsel.....	17
4.2.1 Gesetzliche Regelungen – Das Transsexuellengesetz.....	18
4.2.2 Medizinische Regelungen – Behandlungsleitlinien und Begutachtungsanleitung.....	19
4.3 Untersuchungen zu Diskriminierung und Gesundheit von Trans*menschen.....	24
4.4 Exkurs: Sonderstellung minderjähriger Trans*menschen.....	28
5. Auf dem Weg zur Normvariante – mögliche Vorbilder und Ansätze für Verbesserungen.....	32
5.1 Internationale Prinzipien und Standards.....	32
5.1.1 Standards of Care.....	33
5.1.2 Die Yogyakarta-Prinzipien.....	35
5.1.3 Die Altdorfer Empfehlungen.....	37
5.1.4 Die Stuttgarter Erklärung.....	40
5.2 Beispielhafte Projekte.....	41
5.2.1 Aufklärung durch Lambda und Soorum.....	42
5.2.2 Direkte Hilfe durch „Queer Leben“.....	43
5.3 Offene Handlungsbedarfe und mögliche Ansätze für die Soziale Arbeit.....	44
6. Ausblick.....	47
Literaturverzeichnis.....	49



### ***Vorbemerkung zur verwendeten Sprache***

Da es bis zum jetzigen Zeitpunkt keinen von allen akzeptierten Begriff für das seitens der Medizin oftmals als Transsexualität bezeichnete Phänomen gibt, wird in dieser Arbeit die Schreibweise Trans\* oder auch trans\* (und auch Inter\*, inter\*) verwendet. Der Stern \* ist dabei als Platzhalter für alle entsprechenden Wortendungen (beispielsweise Transidentität, transgeschlechtlich) zu sehen. Zudem soll so der Raum zwischen den Polen Mann/männlich und Frau/weiblich aufgezeigt werden und somit auch Menschen einbeziehen, die sich nicht oder nicht eindeutig einem der Pole geschlechtlich zuordnen können oder wollen.

# 1. Einleitung

Durch die aktuellen Debatten über neue Lehrpläne zur Sexualerziehung wird sexuelle und geschlechtliche Vielfalt vermehrt in der breiten Öffentlichkeit thematisiert und durch Prominente, die sich medienwirksam outen, auch Trans\* zu einem bekannteren Begriff. Dabei mangelt es oftmals an weiterem Wissen über das Phänomen. Als Trans\* wird die innere Gewissheit eines Menschen bezeichnet, nicht mit dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinzustimmen. Trans\* ist dabei nur eines von vielen Phänomenen der sexuellen und geschlechtlichen Vielfalt. Allerdings gilt Trans\* im Gegensatz zur Homo- und Bisexualität nach wie vor als psychische Störung und die Betroffenen werden in der Folge pathologisiert, also als psychisch krank eingestuft. Somit ist Trans\* aus mehreren Gründen ein wichtiges Thema für die Soziale Arbeit – allgemein im Bereich der gendersensiblen Pädagogik, in sexualpädagogischer Aufklärungsarbeit und konkret in der Arbeit mit betroffenen Menschen. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich daher mit der Frage nach der aktuellen Situation von Trans\*menschen in Deutschland. Dabei liegt der Fokus auf der Diskussion über Trans\* und den Umgang damit aus verschiedenen Perspektiven.

Natürlich sind auch weitere Phänomene der sexuellen und geschlechtlichen Vielfalt, wie beispielsweise die Intersexualität\*, relevante Themen. Eine fundierte Beschäftigung mit der gesamten Vielfalt und der Situation in den unterschiedlichen Ländern würde allerdings den vorgegebenen Rahmen dieser Arbeit überschreiten.

Bestimmte Begriffe und Abgrenzungen spielen bei dieser Thematik und für das Verständnis der Arbeit eine wichtige Rolle. Daher ist den folgenden Kapiteln eines zur Terminologie vorangestellt, das diese verdeutlicht und auf sprachliche Veränderungen eingeht. Weiterhin kann die aktuelle Situation schwer nachvollzogen werden, wenn die Ausgangslage unbekannt ist. Hier ist besonders die psychologische Entwicklung relevant, durch die das Phänomen Trans\* pathologisiert wurde. Diesen Entwicklungen widmet sich das dritte Kapitel, um dann im vierten Kapitel auf die aktuelle Situation von Trans\*menschen einzugehen. Hierzu wird die aktuelle Rechtslage ebenso skizziert wie die vorgegebene Behandlung durch Mediziner\*innen und Krankenkasse. Ferner werden aktuelle Forschungen herangezogen, die sich neben gesundheitlichen Aspekten mit der von Trans\*menschen oftmals alltäglich erlebten Diskriminierung beschäftigen. Im fünften Kapitel werden ausgehend von der im vorherigen Kapitel dargestellten Situation mögliche Veränderungen und offene Bedarfe diskutiert. Zu diesem Zweck werden einige internationale Handlungsleitlinien und Vorschläge herangezogen und auf einen möglichen Vorbildcharakter für Deutschland hin untersucht. Auch werden Projekte vorgestellt, die bereits an einer Veränderung der Situation für Trans\*menschen arbeiten. Zum Ende des Kapitels werden schließlich noch offene Bedarfe und mögliche Handlungsfelder für die Soziale Arbeit thematisiert. Den Abschluss der Arbeit bildet ein

Ausblick basierend auf der herausgearbeiteten aktuellen Situation und den thematisierten offenen Bedarfen.

## 2. Terminologie

Beschäftigt man sich mit dem Phänomen Trans\*, so werden einem vermehrt bestimmte Begriffe zu den Themenbereichen Geschlecht und Identität begegnen, deren Bedeutungen sich nicht immer eindeutig erschließen; oder aber es wird eine Bedeutung angenommen, die nicht der Realität von Trans\*menschen entspricht. Zudem scheint es viele Termini für ein und dasselbe Phänomen zu geben. Um die Klärung beider Punkte geht es in diesem Kapitel. Unter 2.1 werden die relevanten Begriffe um das Thema Trans\* kurz verdeutlicht und unter 2.2 wird dargestellt, welche Termini aktuell genutzt werden, um das Phänomen Trans\* zu beschreiben. Es wird gezeigt, dass es zwar einige Überschneidungen in der Bedeutung gibt, es sich aber selten um gänzlich deckungsgleiche Begriffe handelt. Da ein wichtiger Punkt in der Diskussion zu und um Trans\* die Definitionshoheit ist, liegt der Fokus im zweiten Teil darauf, wer aus welchem Kontext heraus die jeweiligen Termini verwendet. Auf einen ausführlichen historischen Exkurs zur Terminologie wird an dieser Stelle zugunsten der inzwischen vorhandenen und genutzten Vielfalt der Termini, die für eine Betrachtung der aktuellen Situation deutlich wichtiger sind, verzichtet.

### 2.1 Begrifflichkeiten zum Thema Trans\*

Im Folgenden werden für dieses Thema sehr relevante Begriffe erklärt und voneinander abgegrenzt. Genauigkeit bei der Begriffswahl ist besonders wichtig, da aus ungenauen oder falsch genutzten Bezeichnungen oft Missverständnisse, Fehlinterpretationen oder gar Diskriminierungen entstehen können. Orientierungspunkt ist im Kern immer die Selbstbezeichnung eines Menschen. Hervorgehoben sind die Begriffe, die im weiteren Verlauf der vorliegenden Arbeit zentrale Rollen einnehmen.

Die **sexuelle Orientierung** wird als Fähigkeit eines Menschen verstanden, sich emotional und sexuell zu einer oder mehreren Personen hingezogen zu fühlen und mit ihnen sexuelle Beziehungen zu führen. (Vgl. Hirschfeld-Eddy-Stiftung 2008, 13) Fühlen sich gleichgeschlechtliche Menschen zueinander hingezogen wird von Homosexualität, bei gegengeschlechtlichen Personen von Heterosexualität gesprochen. Fühlt sich eine Person zu Männern und Frauen hingezogen, bezeichnet sie sich meist als bisexuell; spielt das Geschlecht hingegen gar keine Rolle wird gemeinhin von Pansexualität gesprochen. Keinerlei sexuelle Anziehung wird als Asexualität bezeichnet. Bei der sexuellen Orientierung geht es folglich immer um die sexuelle Anziehung einer Person bezogen auf andere. (Ebd.)

Der Begriff **Geschlechtsidentität** hingegen meint das innere Gefühl der Zugehörigkeit zu einem sozialen Geschlecht, unabhängig von dem körperlichen Geschlecht (sex) eines Menschen. (Vgl. ebd.) Das bei der Geburt zugewiesene Geschlecht wird oftmals als biologisches Geschlecht oder **Geburtsgeschlecht** bezeichnet; das empfundene Geschlecht hingegen als Geschlechtsidentität. Das soziale Geschlecht (**gender**) meint die Geschlechterrollen, die von einer Kultur an ein Geschlecht gekoppelt und bei der Ausübung dieses Geschlechts in der Regel erwartet werden. Stimmen Geburtsgeschlecht und Geschlechtsidentität überein, so spricht man von **Cis**-Menschen. Bei **Trans\***menschen hingegen weichen das Geburtsgeschlecht und die Geschlechtsidentität voneinander ab. Anders als bei der sexuellen Orientierung geht es hier nur um das Individuum an sich und seine eigene Wahrnehmung von sich selbst:

Ihre *Geschlechtsidentität* hängt allein von ihrem geschlechtlichen Zugehörigkeitsempfinden ab und kann dem nach außen sichtbaren *Geschlechtsausdruck* widersprechen. Meist wird jedoch versucht, das geschlechtliche Empfinden auch nach außen darzustellen und zu leben. (Sauer 2015, 121)

Der Begriff **Geschlechtsausdruck** bezeichnet unter anderem Sprache, Kleidung und Verhaltensweisen, die nach außen für andere erkennbar sind. Der Geschlechtsausdruck kann mit dem Geburtsgeschlecht und/oder der Geschlechtsidentität übereinstimmen, muss es jedoch nicht. Beispielsweise nutzen sogenannte Crossdresser hauptsächlich die Kleidung des Gegengeschlechts, um sich als dieses darzustellen, ohne sich dabei dauerhaft mit diesem Geschlecht zu identifizieren. In diesem Zusammenhang stehen die Termini maskulin, feminin und androgyn, die unter anderem die Ausprägung des Geschlechtsausdrucks beschreiben können. Dieser Aspekt bezieht sich also weitestgehend auf aktiv steuerbare Elemente, die ein Individuum nutzen kann, um sich für die Außenwelt einem bestimmten Geschlecht zugehörig zu präsentieren bzw. sich davon abzugrenzen. Im Kontext mit Trans\* wird meistens das zur Geschlechtsidentität passende biologische Geschlecht angestrebt. Zum Thema Geschlechtsausdruck wird oft der Begriff **Passing** genutzt. Damit ist gemeint, wie gut ein Trans\*mensch mit der angestrebten Rolle auch für andere erkennbar übereinstimmt. Problematisch anzumerken ist, dass nicht alle Mittel des Geschlechtsausdrucks individuell gewählt werden können. Primäre und sekundäre Merkmale eines Geschlechts, wie auch Körper- und Gesichtsbehaarung und die Stimme, kann ein Mensch nicht ohne Zuhilfenahme von Hormonen oder operativen Eingriffen dem anderen biologischen Geschlecht anpassen. Der Prozess der Angleichung an die Geschlechtsidentität wird **Transition** genannt. (Vgl. Rauchfleisch 2016, 43) Häufig werden hierbei nur die medizinischen Maßnahmen mitgedacht. Tatsächlich umfasst die Transition aber auch juristische und alltagspraktische Maßnahmen, wie beispielsweise die Änderung des Vornamens sowie der Verzicht auf bisherige Verhaltensweisen und das Hinzufügen neuer.

Ein heutzutage relativ bekannter Begriff ist **Coming-Out**. Als Coming-Out wird die Offenbarung der eigenen sexuellen Orientierung oder auch der geschlechtlichen Identität bezeichnet. Dabei be-

zieht sich das innere Coming-Out auf den innerpsychischen Prozess, bei dem einer Person ihre sexuelle Orientierung oder auch Geschlechtsidentität bewusst wird und sie sich damit auseinandersetzt. Das äußere Coming-Out bezieht sich darauf diese Erkenntnis auch mit anderen Menschen zu teilen. Ein Zwangouting ist folglich die Bekanntgabe einer (manchmal auch fälschlicherweise vermuteten) sexuellen Orientierung oder auch geschlechtlichen Identität einer anderen Person gegen deren Willen. Da unsere Gesellschaft **heteronormativ** geprägt ist, also annimmt, es gäbe nur die zwei Geschlechter Mann und Frau, die sich auf heterosexuelle Weise gegenseitig begehren, wird der Begriff des Coming-Out in der Regel nur in Bezug auf nicht-heterosexuelle, trans\* oder inter\* Personen verwendet, obwohl natürlich auch das Bewusstwerden der eigenen Heterosexualität und des Cis-Seins ebenfalls als Coming-Out bezeichnet werden könnte. (Vgl. DJI 2015, 9)

Abschließend soll nochmals festgehalten werden, dass Trans\* im Bereich der geschlechtlichen Identität anzusiedeln ist und nicht im Bereich der sexuellen Orientierung. Ein Trans\*mensch kann sich ebenso als homosexuell, heterosexuell oder anderes definieren, wie jeder Cis-Mensch. Weiterhin lässt der Geschlechtsausdruck eines Menschen nicht zwangsläufig auf sein biologisches oder empfundenes Geschlecht oder auf seine sexuelle Orientierung schließen. Es ist wichtig, sich der heteronormativen Sicht, aus der heraus die meisten Menschen ihre Umwelt einordnen, bewusst zu sein und diese zu hinterfragen, wenn ein offener und respektvoller Umgang mit Menschen abseits heteronormativer Vorstellungen gelingen soll.

## **2.2 Ein Phänomen – viele Namen**

Transsexualität ist der wohl bekannteste Terminus, der sich Anfang des 20. Jahrhunderts in der medizinischen Fachliteratur etabliert hat und auch heute noch genutzt wird. Besonders seitens der Medizin, Psychologie und Rechtswissenschaften wird bis heute in der Fachliteratur in erster Linie von Transsexualität gesprochen. Alternativ ist auch der Begriff Transsexualismus bekannt, der allerdings zunehmend weniger Verwendung findet. Die erste Arbeit zu diesem Thema wurde noch unter dem Namen Transvestitismus von dem Sexualforscher und Mediziner Hirschfeld veröffentlicht. (Vgl. Sigusch 1979, 249) Dass die ersten beiden Termini vor allem seitens der Medizin bis heute genutzt werden, erklärt sich anhand des für den außerangloamerikanischen Raum geltenden Klassifikationssystems ICD (International Classification of Diseases and Related Health Problems). Hier sind unter den Störungen der Geschlechtsidentität seit 1975 und bis heute unter F 64.0 die Begriffe Transsexualismus und transsexuelle Identität zu finden sind. Die Diagnose ist dort wie folgt formuliert:

Es besteht der Wunsch, als Angehöriger des anderen anatomischen Geschlechts zu leben und anerkannt zu werden. Dieser geht meist mit dem Gefühl des Unbehagens oder der Nichtzugehörigkeit zum eigenen Geschlecht einher. Es besteht der Wunsch nach hormoneller und chirurgi-

scher Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht anzugleichen. (Dilling et al 2011, 294)

Weiterhin muss die transsexuelle Identität seit mindestens zwei Jahren bestehen, nicht durch psychische Störungen bedingt sein und eine Intersexualität darf nicht vorliegen. (Vgl. ebd.) Da es sich um den Bereich der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen handelt, liegt die Definitionshoheit eindeutig bei den behandelnden Mediziner\*innen oder auch Psychologen\*innen, die mittels Diagnostik eine transsexuelle Identität feststellen können – obwohl per Definition der Wunsch der betroffenen Person das ausschlaggebende Kriterium und der\*die Diagnostiker\*in somit auf die Selbstzuschreibung des\*der Klient\*in angewiesen ist.

Ähnlich verhält es sich im rechtswissenschaftlichen Bereich. In einer Analyse von Adamietz und Remus (2015) wurde dieser auf die genutzten Begriffe und einen Bedeutungswandel hin untersucht. Sie stellten fest, dass seitens des Gesetzgebers lediglich innerhalb des Transsexuellengesetzes (TSG), verabschiedet im Jahr 1981 (siehe 4.2.1), konkrete Begriffe, nämlich Transsexualismus und transsexuelle Prägung, genutzt werden und die Definitionshoheit zwei Sachverständigen übertragen wird. Zwar ist, wie nach ICD-10, das Zugehörigkeitsempfinden der jeweiligen Person maßgeblich, jedoch entscheiden letztlich die Gutachten der Sachverständigen darüber, ob die Person als transsexuell definiert werden kann. (Vgl. Adamietz und Remus 2015, 13) Ein leichter Bedeutungswandel ließ sich allerdings in der Rechtsprechung durch das Bundesverfassungsgericht (BverfG) ausmachen, da dies in einem Beschluss entschied, es sei für eine Personenstandsänderung keine Genitaloperation notwendig als Beweis für die eigene Transsexualität. Der Bedeutungswandel liegt hier in dem Zugeständnis, die Person könne auch ohne eine angleichende Operation glaubhaft transsexuell sein. (Vgl. ebd. 16) Vormalig war der Wunsch nach einer entsprechenden Operation wichtiges Kriterium im TSG für die Anerkennung einer transsexuellen Prägung. (Siehe hierzu auch 4.2.1) In Literatur, die sich speziell mit der Thematik Trans\* auseinandersetzt, fanden Adamietz und Remus einen deutlich stärkeren Begriffswandel. Begriffe wie transsexuell und Geschlechtsumwandlung werden vermieden und immer mehr durch Angleichungsoperation, transgender, Transgeschlechtlichkeit, Transidentität und Trans\* ersetzt. (Vgl. ebd. 17f)

Letzteres konnte de Silva (2015) teils auch innerhalb der deutschen Trans\*-Bewegungen feststellen. Hier macht er zwei große Strömungen aus, die sich hauptsächlich durch die Geschlechterdiskurse unterscheiden lassen, auf denen sie und die von ihnen verwendeten Begriffe basieren. Die erste Strömung ist dabei orientiert an „queer-theoretischen Perspektiven auf Zweigeschlechtlichkeit, Geschlecht und Sexualität“ (de Silva 2015, 26) und nutzt vornehmlich die Begriffe Transidentität, transgender, transgeschlechtlich oder auch Trans\*. Diese Kategorien sind nicht als geschlossen anzusehen; vielmehr verweisen die jeweiligen Trans\*-Organisationen darauf, diese als Oberbegriffe anzusehen, unter denen sich all jene Menschen finden können, die sich nicht eindeutig ihrem Ge-

burts-geschlecht zuordnen können oder wollen. Der Begriff Transsexualität hingegen wird als pathologisierend abgelehnt. (Vgl. ebd. 26f) Durch die Ablehnung des Begriffs Transsexualität soll zudem darauf hingewiesen werden, dass kein direkter Zusammenhang mit einer sexuellen Neigung besteht. Generell liegt die Definitionshoheit hier klar beim Individuum, das selbst definiert, ob es trans\* ist. Trans\* lässt sich in diesen Diskursen oftmals als Dachbegriff ausmachen, wohingegen transgender die soziale Rolle (gender) und transident die Identität gegenüber dem biologischen Geschlecht bewusst betonen.

Die Aktion Transsexualität und Menschenrechte e.V. (ATME e.V.) vertritt nach de Silva die zweite Strömung, die sich auf die neuro-endokrinologische Annahme stützt, Trans\* sei im Gehirn bereits fest verankert und somit angeboren (weiter hierzu unter 3.3). Diese Strömung nutzt den Terminus Transsexualität, verweist aber dennoch darauf, dass eine Fremdbestimmung und pathologische Auslegung des Terminus strikt abgelehnt wird. (Vgl. ebd. 27f) Da ATME e.V. aber von einer angeborenen Transsexualität ausgeht, lehnt sie die Begriffe der anderen Strömung ab; der Begriff Identität würde oftmals mit einem werden oder haben in Verbindung gebracht, es gehe bei Transsexualität aber um ein sein. (Vgl. ATME e.V. 2013, 7)

Festzuhalten ist, dass sich kein Konsens für einen Oberbegriff abzeichnet. Vielmehr entwickeln sich immer mehr Selbstzuschreibungen, welche vereinzelt (s.o.) auch von der Fachliteratur übernommen werden. Ein Konsens seitens aller Trans\*-Organisationen ist dennoch deutlich zu erkennen: Sie lehnen Fremdzuschreibungen ab und distanzieren sich von einer Pathologisierung. Vereinzelt findet sich diese Position auch schon in der Fachliteratur wieder. Ob sie sich auch im rechtswissenschaftlichen Bereich durchsetzt, bleibt abzuwarten. Trotz der deutlichen Ablehnung durch die Trans\*-Organisationen ist die offizielle Definitionshoheit durch das TSG und analog die ICD-10 bisher fremdbestimmt geregelt. Der Frage, wie sich diese pathologische Einordnung entwickelte, die Grundlage dieser Fremdbestimmung ist, wird daher im folgenden Kapitel nachgegangen.

### **3. Zwischen pathologischem Phänomen und Normvariante**

Nachdem im vorherigen Kapitel die Terminologie des Themas behandelt wurde, wird in diesem Kapitel der zweite wichtige Hintergrund herausgearbeitet, nämlich welche Entstehungstheorien es zu Trans\* gibt, wie es zu einer pathologischen Sicht, Fremdbestimmung und in der Folge zu ersten kritischen Positionen und einer Sicht von Trans\* als Normvariante kam. Ein zentraler Punkt dabei ist Trans\* als Diagnose einer psychischen Krankheit. Diagnosen psychischer Krankheiten sind nicht zwangsläufig als allgemeingültig, sondern immer auch in ihrem gesellschaftlichen und zeitlichen Kontext zu sehen. Ein Beispiel dafür ist die seit langem aufgehobene Diagnose der Drapetomanie aus dem Jahr 1851, die nur versklavte Menschen mit schwarzer Hautfarbe betraf und sich durch den

Wunsch äußerte, frei zu sein. (Vgl. Frankenstein 2011) Spätestens seit dem Ende und der strafrechtlichen Verfolgung von Sklaverei wirkt diese Diagnose absurd. Dennoch ist sie ein gutes Beispiel dafür, wie wichtig auch die Betrachtung der Begleitumstände für eine Diagnose ist. Daher und da der Aspekt der Diagnose besonders wichtig für die aktuelle Situation ist, wird sich der Entwicklung in der Psychologie hin zur Pathologisierung von Trans\* und erster Kritik unter 3.1 ausführlicher gewidmet. Die aktuelle Diskussion wird aber nicht nur aus medizinischer Sicht, sondern auch unter gesellschaftskritischen Aspekten geführt. Welche Ansichten dieser Kritik zugrunde liegen, wird unter 3.2 skizziert. Weiterhin beschäftigt sich die neurobiologische Forschung ebenfalls mit der Frage, wodurch es zu einer trans\* Entwicklung kommt und eröffnet mit ihren Thesen neue Ansätze für die Diskussion. Die aktuellen Befunde dieser Forschungen sind unter 3.3 zusammengefasst. Am Ende dieses Kapitels wurden somit die wichtigsten Grundlagen vermittelt, um folgend die aktuelle Situation von Trans\*menschen und die Diskussion über den Umgang mit Trans\* differenziert verstehen und betrachten zu können.

### **3.1 Psychologische Entwicklungen zur Pathologisierung von Trans\***

Als eine der bekanntesten psychologischen Richtungen ist die Psychoanalyse, begründet durch Sigmund Freud, zu nennen. Sie befasst sich in erster Linie mit bewussten und unbewussten Vorgängen der menschlichen Psyche, so auch mit der Identitätsentwicklung. Der Fokus der meisten psychoanalytischen Theorien und Forschungen liegt auf der frühen Kindheit. Als Ausnahme ist hier Erik H. Erikson zu nennen. Er beschäftigte sich zwar auch intensiv mit der kindlichen Entwicklung, entwarf dann aber ein auf Freuds Theorie basierendes Modell der Identitätsentwicklung mit zusätzlicher sozialer Dimension, das sich auf die ganze Lebensspanne bezieht. (Vgl. Trautner 1978, 269) Eriksons Modell der psychosozialen Krisen geht davon aus, dass das Leben eines jeden Menschen geprägt ist von bestimmten Stadien, die wiederum bestimmte Themen und Krisen enthalten. Um eine gesunde Identität zu entwickeln und beizubehalten ist es notwendig, die Krisen erfolgreich zu überwinden und als Lösung oder Kompromiss zu integrieren. (Vgl. Erikson 1966, 149) Die persönliche Identität, deren Bestandteil auch die Geschlechtsidentität ist, ist nach Erikson bedingt durch die „unmittelbare Wahrnehmung der eigenen Gleichheit und Kontinuität in der Zeit, und der damit verbundenen Wahrnehmung, daß auch andere diese Gleichheit und Kontinuität erkennen“ (ebd. 18). Erikson erwähnt in seinen Arbeiten konkret keine Trans\*menschen. Dennoch lässt sich aus diesem Ansatz heraus für Trans\*menschen ableiten, dass es für sie (zumindest vor einer Transition) unmöglich ist, eine gesunde Identität zu entwickeln, da ihre Eigenwahrnehmung nicht mit der anderer übereinstimmt; ebenso wie der eigene Körper nicht mit der eigenen Wahrnehmung übereinstimmt. Eine pathologische Einordnung ist aus dieser Sicht die logische Konsequenz.

Eriksons Modell ist allerdings zu vage, um wirklich überprüfbar zu sein. Erwähnenswert ist sein Ansatz dennoch, da sowohl die Psychoanalyse als auch dieses Modell weitere Ansätze beeinflusst haben beziehungsweise auf ihnen aufgebaut wurde. Speziell Eriksons Modell ist durch seine Verständlichkeit auch heute noch populär. (Vgl. Rothgang und Bach 2015, 87/96) Basierend auf den Erkenntnissen der Psychoanalyse wurde der Fokus in der Folge vermehrt auf die (früh-)kindliche Entwicklung gelegt und es entstanden viele weitere theoretische Ansätze, die sich unter anderem auch konkreter mit der Entwicklung der Geschlechtsidentität beschäftigten.

Einer davon ist der bis heute kritisch diskutierte lerntheoretische Ansatz von John Money, der als einer der ersten davon ausging, Geschlechtsidentität sei ausschließlich sozial konstruiert. Seiner Auffassung nach bilde sich die Kerngeschlechtsidentität im Regelfall bis spätestens zur Mitte des dritten Lebensjahres durch soziale Interaktion; parallel mit dem Selbstkonzept, welches das Kind durch das Sprachverständnis entwickle. Von den Modellen Vater und Mutter ausgehend würde sich das Kind mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil identifizieren und sich zu dem gegengeschlechtlichen Elternteil komplementär verhalten. Dies sei allerdings nur möglich, wenn die Modelle in ihren Rollen für das Kind klar voneinander zu unterscheiden seien. Andernfalls könne es zu einer Störung oder Ambivalenz der Geschlechtsidentität kommen. (Vgl. Money 1975) Das im Laufe der Entwicklung auftretende geschlechtstypische Verhalten wird bei Money und auch vielen anderen Vertreter\*innen lerntheoretischer Ansätze mit Bekräftigung und Imitation erklärt: das Kind ahmt das Verhalten des gleichgeschlechtlichen Elternteils nach und wird durch Rückmeldung von seiner Außenwelt in seinem Verhalten bestärkt. Lawrence Kohlberg hingegen sieht die Identifikation mit einem Elternteil oder anderen gleichgeschlechtlichen Modellen vielmehr als Folge eines kognitiven Prozesses, bei dem das Kind erst sein eigenes Geschlecht wahr- und positiv annimmt und sich dann entsprechende Modelle sucht mit denen es enge emotionale Bindungen eingeht. (Vgl. Trautner 1978, 116)

Es gibt noch eine Fülle weiterer psychologischer Entwicklungstheorien. Diese Auswahl zeigt allerdings schon Gemeinsamkeiten, die sich auch bei diversen anderen Theorien finden lassen: die naturalistische Grundannahme zweier deutlich zu unterscheidender Geschlechter und einer Festlegung von Abweichungen als Störungen. Wie nach Eriksons Modell ist Trans\* demnach als Abweichung von der Regel und somit als krankhaft zu bewerten. Auch nach Money ist Trans\* als Normvariante nicht möglich, da keine einheitliche Geschlechtsidentität vorliegt. Zwar ist nach Kohlbergs Ansatz eine trans\* Entwicklung durchaus denkbar, jedoch würde, wie bei Money, von einer ambivalenten Entwicklung ausgegangen: es handelt sich nicht um eine positive Annahme des eigenen Geschlechts (bezogen auf die äußeren Geschlechtsmerkmale), sondern um eine gegengeschlechtliche Identifikation. Unabhängig davon, ob die Ursache einer inkongruenten Geschlechtsidentität in man-

gelhaften Modellen (Money) oder einer eigenen kognitiven Fehlzuordnung gesehen wird, folgt die Einordnung als zu behandelnde Störung. 1965 taucht daher auch die Diagnose Transvestitismus im ICD und seit 1968 im für den angloamerikanischen Raum geltenden Klassifikationssystem DMS (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) auf. In beiden Systemen wird Transvestitismus zur Diagnosegruppe der Sexuellen Deviationen gezählt. (Vgl. Güldenring 2015, 35f)

Trans\* wurde durch diese Klassifizierung eindeutig zum Thema der Psychiatrie gemacht, die sich diesem nun auch vermehrt annahm. In diesem Kontext sind auch die in den 1970er Jahren entstandenen Modelle zu sehen, die versuchen eine trans\* Entwicklung zu erklären. Populäre Modelle dabei waren Trans\* als Schutzmechanismus gegen eine psychotische Dekompensation, als unbewusste psychodynamische Abwehr der eigene Homosexualität oder aber als Variante einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Letztere Diagnose war besonders populär in Kombination mit Trans\*. Sigusch, Reiche und Meyenburg beispielsweise integrierten in ihrem Aufsatz über Transsexualität eigens ein Unterkapitel über die „Borderline-Pathologie“ und diskutierten ausführlich direkte Zusammenhänge. (Vgl. Sigusch 1979, 260ff) In diesem Aufsatz über Transsexualität im Buch „Sexualität und Medizin“ wurden 1979 von Sigusch, Meyenburg und Reiche elf Leitsymptome und die Behandlung von Trans\*menschen beschrieben, an denen sich anschließend die meisten Professionellen orientierten (Vgl. Pfäfflin 1993, 72). In diesen Leitsymptomen werden Trans\*menschen u.a. als vom „Geschlechtswechsel besessen“ mit „dranghaften und suchartigen Charakter“ und ohne „jegliche Krankheitseinsicht“ beschrieben; zudem würden alle „Transsexuellen [...] eine Tendenz zum psychotischen Zusammenbruch unter Streß, in Krisensituationen auf[weisen].“ (Sigusch 1979, 251ff). Besonders drastisch sind die Leitsymptome neun und elf formuliert, die hier in Auszügen wiedergegeben werden:

9. Im ärztlichen Gespräch wirken Transsexuelle khl – distanziert und affektlos, starr, untangierbar und kompromißlos, egozentrisch, demonstrativ und ntigend, dranghaft besessen und eingengt, merkwürdig uniform, normiert, durchtypisiert. [...] Introspektions- und bertragungsfhigkeiten fehlen weitgehend. [...] Bei oft gesten- und floskelreicher Redseligkeit wirkt der Patient stereotyp, monoton, fassadenhaft.

11. Die zwischenmenschlichen Beziehungen Transsexueller sind stark gestört, weil ihnen Einfühlungsvermögen und Bindungsfähigkeit weitgehend fehlen. Transsexuelle neigen dazu, andere Menschen entweder stark zu idealisieren oder stark abzuwerten.[...] (Sigusch 1979, 252)

Dass Annette Güldenring dieser Arbeit unterstellt, dass sie „zwischen Trans\*menschen und der Medizin/Psychiatrie eine tiefe Kluft gerissen hat,“ (Güldenring 2016, 143) ist angesichts des produzierten psychopathologischen und sehr verallgemeinerten Bildes nachvollziehbar. Auch einige andere Professionelle ubten Kritik. Friedemann Pfäfflin beispielsweise, der ab 1978 im Universitätskrankenhaus Eppendorf in Hamburg im Schwerpunkt trans\* Patienten betreute, empfand die Formulierungen als „apodiktisch“, „statisch“ und „ein endgültiges Den-Stab-über-eine-Person-Brechen, ein Ihr-keine-Chance-mehr-geben-Wollen.“ (Pfäfflin 1993, 73) Dennoch bleibt auch Pfäfflin

bei einer pathologischen Sicht auf Trans\* und benennt eine „projektive Identifikation mit dem als mächtiger wahrgenommenen [...] gegengeschlechtlichen Elternteil“ (ebd. 51) als psychoanalytischen Entstehungshintergrund. Eine Lösung sieht er in der angleichenden Operation, da sich die Merkmalprofile der trans\* Patienten nach einer abgeschlossenen Behandlung (gemeint ist an dieser Stelle die chirurgische und hormonelle Behandlung mit psychotherapeutischer Begleitung) kaum von jenen „nicht-transsexueller Vergleichsgruppen“ unterscheiden würden und die Patient\*innen zudem psychisch deutlich stabiler seien als noch vor der Behandlung. (Vgl. ebd. 60f) Verdeutlicht sind Trans\*menschen also aus Pfäfflins Sicht vor einer angleichenden Operation psychisch krank und können erst durch die Operation eine Normalisierung oder auch Heilung erreichen.

Auch wenn Pfäfflin und andere Befürworter angleichender Operationen zu bedenken geben, dass die psychische, soziale und berufliche Situation nach einer operativen Behandlung (so denn gewünscht) deutlich besser ist als vor der Transition (Vgl. ebd. 91) und dieses Verfahren demnach generell unterstützenswert scheint, wird das Phänomen Trans\* weiterhin als ein psychopathologisches eingestuft und psychotherapeutisch zu behandeln versucht. In diesem Kontext zeigt sich, dass der bereits skizzierte Ansatz Moneys, die Geschlechtsidentität sei durch Erziehung generiert, nicht veraltet ist. Aktuell findet er sich in der Praxis wieder, Trans\* bei Kindern wegtherapieren und so eine hormonelle oder gar operative Angleichung vermeiden zu wollen. Diese normalisierende Herangehensweise postuliert in Deutschland unter anderen Heino F.L. Meyer-Bahlburg und empfiehlt den Umgang mit Menschen, die demselben biologischen Geschlecht wie dem des Kindes angehören, damit dieses ein entsprechend typisches Verhalten entwickelt beziehungsweise das des anderen Geschlechts ablegt. (Vgl. Schneider 2014, 189f) Geht man davon aus, dass eine Therapie allein durch die Geschlechtsinkongruenz angebracht sei, um ein Kind zu normalisieren, impliziert dies eindeutig die Ansicht Trans\* sei ein psychopathologisches Phänomen. Valide Daten, die eine Heilung von Trans\* eindeutig als möglich kennzeichnen, liegen bis heute nicht vor und bereits 1979 bemerkten Sigusch, Reiche und Meyenburg (1979) „Versuche, erwachsene transsexuelle Patienten von ihrem Wunsch nach Geschlechtsumwandlung zu befreien, sind praktisch durchweg gescheitert.“ (Ebd. 283)

Ausgehend von dieser Feststellung und der immer umfassender werdenden Erfahrung in der Behandlung von Trans\*menschen wurde das Bild innerhalb der Fachwelt dann auch Anfang der 1990er Jahre differenzierter. Ausgerechnet Sigusch selbst, der ein äußerst pathologisches Bild von Trans\* implementiert hatte, setzte einen Trend zur Entpathologisierung in Gang. 1991 veröffentlichte er zwei Arbeiten, in denen er sich nicht nur mit seinen vorherigen Texten kritisch auseinandersetzte, sondern auch als einer der ersten die Selbstbestimmung von Trans\* positiv thematisiert. (Vgl. GÜldenring 2016, 144) 1995 brachte Sigusch seine veränderte Anschauung mit einem Satz auf

den Punkt: „Das Verrückte am Transsexualismus ist, daß die Transsexuellen nicht verrückt sind.“ (Sigusch 1995, 117) Auch Udo Rauchfleisch, der seit über 40 Jahren Trans\*menschen als Psychotherapeut begleitet und begutachtet, möchte die Pathologisierung beendet wissen:

Nach meiner heutigen Auffassung können wir Transidentität nicht als eine Störung der Geschlechtsidentität betrachten, sondern müssen sie als Normvariante ansehen, die in sich das ganze Spektrum von psychischer Gesundheit bis Krankheit enthält. (Rauchfleisch 2016, 27)

Diese Position vertritt auch der Weltärztebund (WMA), der in einer Stellungnahme 2015 forderte, Trans\* nicht mehr als psychische Krankheit zu behandeln, sondern nur noch den möglicherweise entstehenden Leidensdruck entsprechend zu klassifizieren. Weiterhin lehnt der WMA eine Behandlung, auch eine psychotherapeutische, gegen den Willen der Betroffenen ab und spricht sich strikt gegen Beeinflussung (normalisierende Herangehensweisen) und Diskriminierung von Trans\*menschen aus.

An dieser Stelle und als ein Ausgangspunkt für die weitere Betrachtung sei festgehalten, dass man in Psychologie und Medizin aktuell in erster Linie von zwei Positionen ausgehen kann: Die erste, vertreten beispielsweise durch den WMA und Rauchfleisch, hält Trans\* für eine Normvariante, die eventuell zu einem krankheitswertem Leidensdruck führen kann. Die zweite, zu der unter anderen Pfäfflin zu zählen ist, vertritt eine psychopathologische Sicht. Beide Positionen werden nicht nur innerhalb der Psychologie und Medizin diskutiert. Speziell letztere wurde gesellschaftskritisch aufgegriffen und im Kontext von Geschlechtsnormativität zum Thema gemacht. Die Grundlagen dieser Kritik werden im folgenden Abschnitt erörtert.

### **3.2 Gesellschaftskritische Aspekte**

Die Theorie, Geschlecht könne sozial determiniert sein und sei somit veränderbar, wird auch in den Sozial- und Geisteswissenschaften diskutiert. Sie ist eine der Grundannahmen der Gendertheorie, wird hier aber anders bewertet. Während seitens der Medizin, Biologie und Psychologie hauptsächlich von Zweigeschlechtlichkeit ausgegangen wird, stellt Judith Butler in ihrem Buch „Das Unbehagen der Geschlechter“ (1991) das Modell von zwei festgelegten Geschlechtern komplett infrage. Sie postuliert eine durch das Individuum frei gestaltbare Geschlechtsidentität, sofern es sich von den Mechanismen der Gesellschaft distanzieren könne. Geschlecht sei zudem immer auch als ein Mittel der Macht zu begreifen. (Vgl. ebd.) In diesem Zusammenhang ist auch die Kritik Stefan Hirschauer zu sehen, der die These aufstellt, „daß die Geschlechtszugehörigkeit eine durch und durch soziale Konstruktion ist“ (Hirschauer 1993, 9). In der Folge sieht er auch Trans\* als von der Medizin und Gesellschaft selbst hervorgebrachtes Phänomen: Da zwei deutlich voneinander trennbare Geschlechter postuliert würden, fungiere das Phänomen Trans\* als Machtmittel, um die Menschen, die

nicht in das dichotome Bild passen (wollen), durch operative Eingriffe wieder in die postulierte Zweigeschlechtlichkeit einzufügen. (Vgl. ebd.) Natacha Kennedy spricht gar von einer „cis-geschlechtlichen Ideologie“, die „einen der wesentlichen Mechanismen dar[stellt], mittels dessen sich die Zweigeslechterordnung und potenziell alles, was aus ihr folgt, wie beispielsweise männliche Hegemonie, Misogynie etc. durchsetzt.“ (Kennedy 2014, 327) Konsens aller und Hauptpunkt der Gendertheorie ist, Geschlecht als Konstrukt zu begreifen, dass normierende Effekte hat. Bei der Geburt werden anhand anatomischer Unterschiede Menschen zu Jungen und Mädchen bestimmt und weiterhin entsprechend sozialisiert, also zu Mann oder Frau gemacht; wobei auch die Elemente der Sozialisation, wie einem Geschlecht zugeordnetes Spielzeug, als kulturell und gesellschaftlich konstruiert anzusehen sind. Abweichungen, wie als geschlechtsatypisch identifiziertes Verhalten, werden als solche zumeist negativ bewertet und sanktioniert. Das abweichende Individuum wird durch die Bewertung auf die bestehende Norm hingewiesen, diese so gefestigt und das Individuum zu einer Verhaltensänderung gedrängt, um nicht den Ausschluss aus der Gesellschaft fürchten zu müssen. Durch eine Anpassung an die konstruierten Geschlechter und Geschlechtsrollen werden diese weiter normiert und reproduziert.

Dies ist in erster Linie eine Gesellschaftskritik, die vorherrschende Geschlechterrollen und Machtverhältnisse aufzeigt und aufbrechen will. Trans\* wird zu einem zentralen Thema, da betroffene Menschen die feste Zweigeschlechtlichkeit infrage stellen, indem sie sich dem ihnen zugeschrieben Geschlecht nicht zugehörig fühlen. Gleichzeitig bestätigen sie das System, wenn sie sich durch eine Anpassung doch wieder der Zweigeschlechtlichkeit unterordnen. Letzteres ist ein Vorwurf, der teils seitens Gendertheorie und der Trans\*-Organisationen zu hören ist. Es wird dazu aufgerufen sich den gesellschaftlich determinierten Geschlechterrollen und -erwartungen zu entziehen und sich seine Geschlechtsidentität selbst zu kreieren. (Vgl. Alex 2012, Born 2016) Gemäß den lerntheoretischen Ansätzen wäre dies denkbar, wenn auch durch die vorhandene Struktur (siehe 4.2), Gesellschaft und Kultur erschwert, die (bisher) eine geschlechtsfreie Identitätsfindung durch die vorherrschende Heteronormativität kaum ermöglicht. Allerdings gehen diese Ansätze davon aus, dass biologische Faktoren keine bzw. eine deutlich untergeordnete Rolle bei der Entwicklung spielen. Der Frage, ob Geschlecht und Geschlechtsidentität nicht bereits vor der Geburt durch hormonelle und neuronale Vorgänge bestimmt werden und eine bewusst selbst kreierte Geschlechtsidentität somit unmöglich wäre, geht die neurobiologische Forschung nach. Welche Befunde bisher vorliegen und welche Thesen von diesen abzuleiten sind, wird im folgenden Abschnitt aufgezeigt.

### 3.3 Neurobiologische Forschungen zur Geschlechtsidentität

Nach neurobiologischen Ursachen für Trans\* wird seit inzwischen gut fünf Jahrzehnten gesucht. Nachdem Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Gehirnen ausgemacht wurden, ist die grundlegende Vermutung, dass bei Trans\*menschen das Gehirn jeweils dem Geschlechtsidentität und nicht dem Geburtsgeschlecht ähnele. Auf der genetischen Ebene wurden im Laufe der Jahre einige Zwillingsforschungen durchgeführt, die eine Vererbung von Trans\* vermuten lassen. Die Ergebnisse konnten aber nicht valide überprüft werden und waren zu unterschiedlich, um aus ihnen konkrete Schlussfolgerungen ableiten zu können. Tierexperimente legen allerdings nahe, dass die zu großem Teil durch Gene beeinflusste Sexualdeterminierung (Ausbildung der Genitalorgane) in den ersten zwei Schwangerschaftsmonaten stattfindet, aber erst in der zweiten Schwangerschaftshälfte die hauptsächlich durch Hormone gesteuerte Ausdifferenzierung der Hirnstrukturen beginnt. So konnte bei der Untersuchung von Mäusen festgestellt werden, dass sich bei deutlich weiblichen entwickelnden Genitalorganen die Hirnstruktur auch in eine männliche Richtung entwickeln kann. (Vgl. Nieder et al. 2011, 204f) Auf der neuroendokrinen Ebene, also der Verknüpfung des Hormonsystems mit dem Nervensystem, konnte nachgewiesen werden, dass bestimmte Stoffe (vor allem das Sexualhormon Androgen) schon während der Schwangerschaft die Hirnentwicklung stark beeinflussen können und bei bestimmten Konstellationen Mädchen oft männliche und Jungen weibliche Verhaltensweisen zeigen, die durch elterliches Verhalten offenbar nicht (stark) beeinflussbar sind. Eindeutige Rückschlüsse auf eine trans\* Entwicklung gibt es in diesem Zusammenhang bisher nicht; vielmehr wird hauptsächlich das Geburtsgeschlecht angenommen. (Vgl. ebd. 208f) Neurostrukturelle und neurofunktionelle Befunde aus verschiedenen Studien deutet vermehrt darauf hin, dass die Gehirne von Trans\*menschen nicht unbedingt dem Geschlechtsidentität ähneln, sondern vielmehr eine Kategorie zwischen den typisch männlichen und weiblichen Hirnen bilden. Problematisch ist, dass durch sehr unterschiedliche Methoden und Variablen die Studien untereinander kaum vergleichbar sind. Manche Ergebnisse lassen vermuten, dass auch die sexuelle Orientierung relevant für die Auswertung und in der Hirnstruktur abzulesen ist. Zudem ist bekannt, dass Sexualhormone nicht nur pränatal, sondern über die ganze Lebensspanne hinweg einen Einfluss auf die Hirnstruktur haben können und einige Trans\*menschen die Einnahme von Hormonen außerhalb des Behandlungsplans verschweigen. (Vgl. ebd. 216f)

Angesichts aller untersuchten Befunde zur Sexualdifferenzierung kommen Nieder et al. zu dem Schluss, dass die bisherigen Ergebnisse ein binäres Geschlechtermodell nicht mehr zulassen und „transsexuelle Entwicklungen als ein multifaktoriell moderiertes Geschehen betrachtet werden [müssen], bei denen biologische, psychologische und soziale Faktoren ein jeweils einzigartiges, mehrfach determiniertes Zusammenspiel bewirken.“ (Ebd. 218)

### **3.4 Kritische Stellungnahme**

Eine eindeutige Antwort auf die Frage, wie sich Trans\* entwickelt, gibt es bisher nicht und es ist fraglich, ob es jemals eine geben wird. Es ist aber ein Fakt, dass Menschen existieren, die sich nicht mit dem ihnen bei der Geburt anhand der primären äußeren Geschlechtsorgane zugewiesenen Geschlecht identifizieren können. Manche empfinden sich dem Gegengeschlecht zugehörig, manche sehen sich zwischen den Polen Mann und Frau und wieder andere entziehen sich einer Kategorisierung ganz. Da, wie Rauchfleisch bemerkt, Trans\*menschen nach dem Prozess des inneren Coming-Out in der Regel ebenso sicher ihre Geschlechtsidentität vertreten wie jeder Cis-Mensch, sollte Trans\* als Normvariante angesehen und Betroffene entsprechend nicht weiter psychopathologisiert werden. Vielmehr erscheint es angebracht die bestehenden Strukturen der Lebensrealität von Trans\*menschen anzugleichen und heteronormative Sichtweisen zu hinterfragen. Aus dieser Position heraus wird im folgenden Kapitel die aktuelle Situation von Trans\*menschen in Deutschland kritisch betrachtet und es werden problematische Aspekte und Handlungsbedarfe aufgezeigt.

## **4. Aktuelle Situation von Trans\*menschen**

Im vorherigen Kapitel wurde beschrieben, wie sich die Haltung zum Thema Trans\* in verschiedenen Bereichen entwickelt hat und welche Positionen vertreten werden. Dieses Vorwissen ist nötig um die aktuelle Situation von Trans\*menschen einordnen zu können. Es wird aufgezeigt, wie sehr die Diagnostik (4.1), Behandlung und Recht (4.2) nach wie vor auf dem psychopathologischen Blickwinkel, der unter 3.1 dargestellt wurde, beruhen. Da diese Bereiche natürlich nur den strukturellen Rahmen für Trans\*menschen bilden, werden unter 4.3 Ergebnisse aus aktuellen Untersuchungen zu Diskriminierung und Gesundheit von Trans\*menschen zusammengetragen. Da sich die Situation von minderjährigen Trans\*menschen teilweise von der Situation erwachsener unterscheidet, befasst sich unter 4.4 ein Exkurs mit ihrer Sonderstellung. Abschließend werden unter 4.5 internationale Empfehlungen und Vorgaben für die Gesundheit und Versorgung von Trans\*menschen skizziert und geprüft, in welchem Umfang diese in Deutschland bereits implementiert wurden.

### **4.1 Diagnostik – von Geschlechtsidentitätsstörung zu Geschlechtsdysphorie**

Wie bereits unter 3.1 erwähnt, werden (psychische) Erkrankungen in diagnostischen Systemen klassifiziert. Hintergrund ist das Bemühen, Störungen möglichst ohne subjektive Bewertung messbar zu machen. Besonders relevant sind die Klassifikationssysteme im Zusammenhang mit medizinischen Leistungen durch das Gesundheitssystem, da die Diagnoseschlüssel in Deutschland auch zur Abrechnung mit den Krankenkassen dienen. Im angloamerikanischen Raum wird das DMS genutzt, welches sich auf psychische Verhaltensstörungen beschränkt, von der American Psychiatric Asso-

ciation (APA) herausgegeben wird und seit 2013 in der 5. Auflage vorliegt. Außerhalb des anglo-amerikanischen Raums, somit auch für Deutschland, ist die ICD bindend. Die ICD wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben, liegt aktuell in der 10. Auflage, Version 2016 vor und umfasst, im Gegensatz zum DSM, neben psychischen auch somatische Erkrankungen. (Vgl. Güldenring 2015, 34) Im ICD-10 findet sich Transsexualismus unter dem Diagnoseschlüssel F64.0 im Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ unter den „Störungen der Geschlechtsidentität“ und unter 64.2 separat die „Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters“. (Dilling 2011, 294f) Bei dieser Diagnose ist Trans\* an sich als psychopathologische Störung klassifiziert, was folglich auch Trans\*menschen als psychisch krank einordnet. Anders ist dies im DSM: hier wurde die Diagnose „Geschlechtsidentittsstrungen“ im Jahr 2013 mit der Veröffentlichung des DSM-V zu „Geschlechtsdysphorie“ geändert. Damit wird nicht mehr der Trans\*mensch und sein Trans\*sein als Störung verstanden, sondern nur noch das Leiden unter der Geschlechtsinkongruenz. (Vgl. Güldenring 2015, 35) Diese Veränderung ist in mehrfacher Hinsicht ein Novum. Nicht nur werden Trans\*menschen beziehungsweise ihre Entwicklung nicht mehr per se als krank eingestuft: Die Diagnose Geschlechtsdysphorie kann auch auf andere Menschen angewendet werden, die sich nicht mit dem ihnen zugeschriebenen Geschlecht identifizieren können und darunter leiden, sich aber nicht (eindeutig) als trans\* verstehen (zum Beispiel geschlechtlich fließend). Vorteilhaft ist ebenso, dass der Leidensdruck in der Regel durch Behandlung beseitigt und die Diagnose somit aufgehoben werden kann, die Pathologisierung also nicht ein Leben lang festgeschrieben ist. Allerdings ist der Leidensdruck als Symptom dennoch problematisch. Einerseits, weil es sich um ein subjektives und individuelles Empfinden handelt, welches von Außenstehenden (Mediziner\*innen, Psycholog\*innen) bewertet werden soll. Andererseits, weil ihm folgende medizinische Leistungen (Hormonbehandlung, Operationen) an ein vorhandenes oder zumindest deutlich zu befrchtetes Leiden gekoppelt sind. Die größte Kritik an dieser Diagnose ist allerdings, dass der Leidensdruck als psychopathologische Störung verstanden wird und damit die betroffenen Menschen nach wie vor von Psychopathologisierung betroffen sind. (Vgl. Haupt 2011, 2)

In den nach aller Voraussicht 2018 erscheinenden ICD-11 wird ebenfalls eine veränderte Diagnose erwartet. In der Beta-Version ist im Kapitel V „Conditions related to sexual health“ unter 5A40 von „Gender incongruence“ die Rede. Definiert wird diese wie folgt:

„Gender Incongruence of Adolescence and Adulthood is characterized by a marked and persists incongruence between an individual’s experienced gender and the assigned sex, which often leads to a desire to 'transition', in order to live and be accepted as a person of the experienced gender, through hormonal treatment, surgery or other health care services to make the individual’s body align, as much as desired and to the extent possible, with the experienced gender.“ (WHO 2016)

Entscheidend ist hier weniger die Diagnose an sich, als vielmehr ihre Verortung. Wie bereits erwähnt findet sich Transsexualismus bisher unter den Störungen der Psyche und des Verhaltens. Durch die Schaffung eines neuen Kapitels (conditions related to sexual health) in den ICD-11 und einer dortigen Verortung der Geschlechtsinkongruenz wird diese künftig nicht mehr als Störung der Psyche oder des Verhaltens klassifiziert, eine Psychopathologisierung könnte also beendet werden. Auch die Veränderung von „Geschlechtsidentitätsstörung“ zu „Geschlechtsinkongruenz“ kann als weniger pathologisierend gewertet werden. Geschlechtsinkongruenz als eine geschlechtliche Nichtübereinstimmung kann zudem, wie die Geschlechtsdysphorie, auch auf andere Menschen angewendet werden. Bereits 2011 forderte das Europäische Parlament in einer Resolution die WHO dazu auf, „Störungen der Geschlechtsidentität von der Liste der psychischen und Verhaltensstörungen zu streichen und in den Verhandlungen über die 11. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-11) eine nicht pathologisierende Neueinstufung sicherzustellen.“ (Europäisches Parlament 2013) Der Voraussicht nach wird zumindest ein Teil der Forderung, die Streichung von der Liste der psychischen und Verhaltensstörungen, umgesetzt. Wird allerdings auch hier der Leidensdruck wieder ausschlaggebendes Kriterium für weitere Behandlungen und als psychopathologische Störung eingestuft, so würde lediglich eine Verschiebung stattfinden und die Forderung nach einer nicht pathologischen Neueinstufung wäre nicht erfüllt. Wie die Diagnose letzten Endes tatsächlich aussieht und wie sie umgesetzt wird, bleibt abzuwarten.

Ein anderer Aspekt ist die Finanzierung verschiedener Behandlungen, die oftmals mit Trans\* einhergehen. Eingangs wurde bereits auf die Rolle der ICD für die Krankenkasse hingewiesen. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass die Krankenkasse vor Erbringung von Leistungen immer auch eine ärztliche Diagnose fordert und es daher aus Sicht von Trans\*-Organisationen nicht wünschenswert ist, dass Trans\* gänzlich als Diagnose verschwindet, solange sich aus den Diagnosen auch die Kostenübernahme durch die Krankenkasse ableitet. (Vgl. Sauer 2014) Wie stark die Diagnostik und die Leistungserbringung miteinander verbunden sind und weshalb auch Wechselwirkungen mit der Gesetzgebung zu beachten sind, wird im folgenden Abschnitt thematisiert.

## **4.2 Recht und medizinische Behandlung – der strukturelle Geschlechtswechsel**

Seit 1980 gilt das „Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen“ (Transsexuellengesetz – TSG). Eine Entscheidung des Bundesgerichtshofes sicherte 1987 die Zuständigkeit der Krankenkasse für angleichende Maßnahmen. (Vgl. Pfäfflin 1993, 10) 1997 folgten „Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen“, die von der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung publiziert wurden, um Mindestanforderungen zu sichern, und 2009 eine „Begutachtungsanleitung“ vom Medizinischen Dienst des

Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) zur Sicherung eines einheitlichen Vorgehens. Alle Schriften sollen die Rechte von Trans\*menschen sichern beziehungsweise ihnen eine gute und einheitliche Behandlung garantieren. Da die psychopathologische Diagnose Transsexualismus aber bereits seit 1965 besteht, ist es naheliegend, dass sich Gesetzgebung, Behandlungsleitlinien und Begutachtungsanleitung an ihr orientiert haben und ein ähnliches Bild verkörpern. Inwieweit die aktuelle Situation von Trans\*menschen bei Rechtsprechung und medizinischer Behandlung der noch gültigen Diagnose oder bereits dem Aspekt der Normvariante folgt, wird im folgenden anhand exemplarischer Ausschnitte der Texte dargestellt.

#### **4.2.1 Gesetzliche Regelungen – Das Transsexuellengesetz**

Das 1980 verabschiedete und seit dem 1. Januar 1981 geltende TSG regelt, unter welchen Bedingungen eine Person ihren Vornamen (sogenannte „kleine Lösung“) und ihren Geschlechtszugehörigkeit (sogenannte „große Lösung“) ändern kann. Die wichtigsten Bedingungen sind in §1 Abs. 1 und 2 TSG festgehalten, wonach die betreffende Person seit mindesten drei Jahren „unter dem Zwang“ stehen muss, „ihren Vorstellungen entsprechend zu leben“ und sich dieses „Zugehörigkeitsempfinden zum anderen Geschlecht“ mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht ändern wird. Wie schon unter 2.2 angesprochen, wird durch den Gesetzgeber die Definitionshoheit, ob es sich bei einem Menschen um eine Trans\*-Person handelt, zwei unabhängigen Gutachter\*innen übertragen. Gemäß §4 Abs. 3 TSG müssen diese „auf Grund ihrer Ausbildung und ihrer beruflichen Erfahrung mit den besonderen Problemen des Transsexualismus ausreichend vertraut“ sein. Eine konkretere Definition ihrer Eignung findet sich nicht. Dennoch werden häufig Gutachter\*innen mit psychologisch-therapeutischen bzw. psychiatrischen Kenntnissen vom Gericht benannt. Ihnen obliegt es, die Erfüllung des §1 Abs. 1 und 2 TSG zu prüfen und die Ergebnisse in ihren Gutachten darzulegen. Wenn beide Gutachten für die Trans\*-Person positiv ausfallen, ihr also das Trans\*sein und seine Dauerhaftigkeit bestätigen, kann das Gericht einer Änderung des Vornamens und der Geschlechtszugehörigkeit zulassen. In der Regel geschieht dies auch. Es sei jedoch angemerkt, dass die endgültige Entscheidung beim Gericht liegt, also auch trotz positiver Gutachten negativ ausfallen kann oder das Gericht sich auch über negative Gutachten hinwegsetzen könnte. Nach rechtsgültiger Änderung geschützt werden sollen Trans\*menschen durch §5 des TSG, der eine Offenbarung des ehemaligen Namens verbietet (eine Ausnahme bildet öffentliches oder rechtliches Interesse). Die Änderung des Vornamens ist aber nicht zwangsweise als dauerhaft zu betrachten. Gemäß §7 Abs.1 TSG wird die Änderung unwirksam, wenn „bei einem nach Ablauf von dreihundert Tagen nach Rechtskraft der Entscheidung geborenen Kind die Abstammung von dem Antragsteller anerkannt oder gerichtlich festgestellt wird“. Besteht bereits eine Ehe, so gilt diese gemäß §16 Abs. 2 als aufgelöst, sobald die Änderung der Geschlechtszugehörigkeit rechtswirksam wird. Wichtig anzumer-

ken ist an dieser Stelle noch, dass die Kosten für das Verfahren und somit auch für die geforderten Gutachten von der Antrag stellenden Person zu zahlen sind. Sofern diese nicht Prozesskostenbeihilfe erhält muss also vor Antragstellung auch dieser Punkt bedacht werden.

Die Formulierung „unter Zwang [...] ihren Vorstellungen entsprechend zu leben“ deutet stark auf die psychopathologische Sicht der Diagnostik hin, aus der heraus dieses Gesetz 1980 verabschiedet wurde. Ebenso sind weitere Anforderungen, die inzwischen gestrichen wurden, klar als diskriminierend einzustufen: gemäß §8 Abs. 3 und 4 wurde auch eine dauerhafte Unfruchtbarkeit und eine genitalangleichende Operation verlangt. Der Bundesgerichtshof entschied 2011, dass diese Artikel dem Grundgesetz (Artikel 1, Abs. 1 und Art. 2 Abs. 1, 2) widersprechen, weshalb sie bis zum Inkrafttreten neuer Regelungen keine Anwendung mehr finden dürfen. Diese Entscheidung ist ebenso auf die Behandlungsstrukturen anzuwenden, die sich neben der Diagnostik auch deutlich am TSG orientieren (siehe 4.2.2).

Bei der Fachtagung zur rechtlichen Situation von Trans\* und intergeschlechtlichen Menschen in Deutschland und Europa der Antidiskriminierungsstelle des Bundes (ADS), die im Oktober 2015 stattfand, wurde festgehalten, dass das TSG umfassender Reformierung bedarf. Während in vielen anderen Ländern inzwischen rechtlich deutlich nachgebessert wurde, habe Deutschland dieses in letzter Zeit vernachlässigt. Silvan Agius, internationaler Experte für die Rechte von LGBTIQ (englische Abkürzung für lesbische, schwule, bisexuelle, trans\*, inter und queere Menschen), wies auf eine Wechselwirkung zwischen politischen Maßnahmen, Gesetzgebung und Diskriminierung hin. Demnach könnten Länder, die positive Maßnahmen für Trans\*menschen umgesetzt hätten, positive Trends hin zu weniger Diskriminierung verzeichnen, wohingegen in Ländern mit weniger positiven Maßnahmen Trans\*menschen sich zweieinhalb Mal häufiger nicht am Arbeitsplatz outen würden. (Vgl. ADS 2015, 7) Als vordringliches Thema wurde innerhalb einer Podiumsdiskussion zur Diskriminierung von Trans\* und intergeschlechtlichen Menschen im deutschen Recht das Personenstandsrecht heraus gestellt. Die Rechtsanwältin Maria-Sabine Augstein beanstandete, dass die Verfahren nach TSG deutlich zu lange dauern würden und teilweise entwürdigend seien. So berichtete auch Mari Günther, die die Beratungsstelle Queer Leben leitet, dass die langen und diskriminierenden Verfahren des TSG betroffene Menschen stark belasten und folglich ihre psychische Gesundheit gefährden würden. (Vgl. ebd. 15) Neben einer Überarbeitung des TSG wurde in diesem Kontext bei der Fachtagung auch eine Überarbeitung der Behandlungsleitlinien des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) gefordert, die sich stark auf das TSG beziehen und somit ebenfalls als diskriminierend eingestuft werden. Bevor die aktuell noch geltenden medizinischen Regelungen im folgenden Abschnitt thematisiert werden, muss festgehalten werden, dass das TSG in seiner aktuellen Form ein hohes Potenzial für diskriminierendes Verhalten gegenüber

Trans\*menschen aufweist. Auch wenn von vielen Seiten bereits eine Reform gefordert wird (siehe 5.1), ist seitens der Gesetzgebung aktuell noch keine umfassende Reform vorgesehen.

#### **4.2.2 Medizinische Regelungen – Behandlungsleitlinien und Begutachtungsanleitung**

In Folge des TSG wurden 1997 die „Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen“ von der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung publiziert, um Mindestanforderungen für Diagnostik, psychotherapeutische und somatische Behandlung sowie der Begutachtung nach §1 und §8 TSG (Vornamens- und Personenstandsänderung) zu sichern. Ein von der psychologischen Entwicklung und Diagnostik geprägter psychopathologischer Blick und eine Fremdbestimmung über Trans\*menschen wird bereits eingangs deutlich, wenn davon gesprochen wird, dass „die Heftigkeit des Geschlechtsumwandlungswunsches und die Selbstdiagnose allein [...] nicht als zuverlässige Indikation für das Vorliegen einer Transsexualität gewertet werden [können].“ (Becker et al. 1997, 2) Zudem wird im Kapitel zur Diagnostik darauf hingewiesen, dass sich die Kriterien an denen des ICD-10 und des DSM-IV orientieren. Folglich muss eine dauerhafte gegengeschlechtliche Identifikation, ein „anhaltendes Unbehagen hinsichtlich der biologischen Geschlechtszugehörigkeit“ und ein „klinisch relevanter Leidensdruck“ vorliegen, um die Diagnose Transsexualität stellen zu können. (Vgl. ebd. 3) Erwähnenswert ist weiterhin ein Punkt, der unter den Standards der Differentialdiagnostik erwähnt wird: „Schwierigkeiten mit der geschlechtlichen Identität, die aus der Ablehnung einer homosexuellen Orientierung resultieren“(ebd. 4). Unter 2.1 wurde bereits darauf hingewiesen, dass eine Abgrenzung zwischen Geschlechtsidentität und sexueller Orientierung besonders wichtig ist, da es sich um zwei getrennte Bereiche handelt, aber oft eine Korrelation unterstellt wird. Auch in den differentialdiagnostischen Standards wird die Ansicht deutlich, dass ein direkter Zusammenhang zwischen Trans\* und verdrängter Homosexualität bestehe. Valide Daten für eine solche Vermutung liegen hingegen nicht vor. Vielmehr haben viele Trans\*menschen keine Probleme damit ihre Identität und ihr Verlangen voneinander zu unterscheiden. (Vgl. Schneider 2014, 185) Zudem hat die Trans Mental Health Study bei einer Befragung ein sehr breites Spektrum an sexuellen Orientierungen feststellen können, wobei sich mit 27% die meisten Menschen als bisexuell definierten (Vgl. McNeil et al. 2012, 11). Auch angesichts der Tatsache, dass es Trans\*menschen gibt, die sich zu Menschen des Geschlechtsidentitäts hingezogen fühlen und sich somit als homosexuell begreifen, vor der Transition von außen aber meist als heterosexuell wahrgenommen werden, erscheint dieser Punkt in der Differentialdiagnostik als schwer nachvollziehbar.

Speziell für die Begutachtung nach §1 TSG wird darauf hingewiesen, dass die Vornamensänderung missbraucht werden könnte, um damit eine spätere Operation einfacher bewilligen zu lassen, und der\*die Gutachter\*in sich dessen bewusst sein sollte. Um ein ausführliches Gutachten schreiben zu können, wird Gutachter\*innen weiterhin nahe gelegt, sich im Zweifelsfall zusätzliche Informatio-

nen durch „Angaben wichtiger Bezugspersonen“ zu beschaffen. (Vgl. Becker et al. 1997, 12) Es wird demnach per se ein möglicher Missbrauch unterstellt und die Aussage des Trans\*menschen über sich selbst als nicht ausreichend eindeutig in Betracht gezogen.

Diese Behandlungsleitlinien formulieren auch die Bedingungen, unter denen Trans\*menschen aus medizinischer Sicht eine weiterführende somatische Behandlung erhalten können. Als besonders relevant wird eine Psychotherapie bzw. psychotherapeutische Begleitung erachtet, die auch den sogenannten Alltagstest umfasst. Der Alltagstest meint das dauerhafte Erproben des Lebens in der gewünschten Geschlechtsrolle. Die Trans\*-Person soll folglich ihren Geschlechtsausdruck dem angestrebten Geschlecht anpassen, bevor sie Zugang zu weiteren Behandlungen erreichen kann. Frequenz und Dauer der Psychotherapie sind nicht festgelegt, sondern sollen individuell bestimmt werden. Allerdings wird im Zusammenhang mit der hormonelle Behandlung davon gesprochen, dass Therapeut\*in und Patient\*in sich seit mindestens einem Jahr kennen und „das Leben in der gewünschten Geschlechtsrolle mindestens ein Jahr kontinuierlich erprobt“ (ebd. 7) wurde; bezüglich der geschlechtsangleichenden Operation („Transformationsoperation“) werden jeweils mindestens eineinhalb Jahre Therapie und ein halbes Jahr hormonelle Behandlung vorausgesetzt. (Vgl. ebd.) Für eine solche Operation ist laut Standards zudem eine gutachterliche Stellungnahme notwendig, in der nicht nur alle diagnostischen und differentialdiagnostischen Punkte genau dargestellt werden müssen, sondern auch der\*die Patient\*in „in Erscheinungsbild, Verhalten, Erleben und Persönlichkeit charakterisiert“ (ebd. 8) werden soll, um die bisher vorhandene Anpassung an das Geschlechtsidentität zu beurteilen. Diese Forderung ist insofern zu kritisieren, da der Geschlechtsausdruck etwas sehr individuelles ist und sich die Trans\*-Person in diesem Punkt gezwungen sehen kann, sich dem anzupassen, was der\*die Gutachter\*in als männlich bzw. weiblich begreift.

Die 2009 vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) publizierte „Begutachtungsanleitung“ für „Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität“ ähnelt inhaltlich den „Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen“ von der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung. Es wird sich allerdings auf die Begutachtung für angleichende Maßnahmen seitens des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen beschränkt, um einerseits die Finanzierung durch die Krankenkasse abzuklären und andererseits eine Qualitätssicherung und Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Dabei wird auf die einzelnen medizinischen Behandlungsschritte inhaltlich konkreter eingegangen. Während unter anderem im Vorwort steht, dass Transsexualität erst durch den klinisch relevanten Leidensdruck zu einer „krankheitswürdigen Störung bzw. zu einer behandlungsbedürftigen Erkrankung“ (MDS 2009, 3) wird, was der Definition im DSM-5 entsprechen würde, wird in der Einleitung bereits wieder auf Trans\* als „anerkanntes Störungsbild“ (ebd. 6) verwiesen. Da im folgenden Kapitel auch von einem „Krankheitsbild“ die

Rede ist, muss auch hier von einer psychopathologischen Sicht ausgegangen werden. Neben den diagnostischen Kriterien, wie sie in den ICD-10 und den Behandlungsleitlinien stehen, wird in diesem Kapitel weiter differenziert und davon ausgegangen, dass es sich nicht um Transsexualität handeln würde, wenn „der Wunsch nach langfristiger Geschlechtsumwandlung oder chirurgischer Korrektur“ (ebd.) nicht bestehen würde. In diesem Fall sei stattdessen die Diagnose „Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen“ zu stellen. (Vgl. ebd.) Menschen mit dieser Diagnose wollen per Definition durch das Tragen gegengeschlechtlicher Kleidung zeitweilig das Leben im anderen Geschlecht erfahren, ohne jedoch sich mit diesem dauerhaft zu identifizieren. An dieser Stelle sind wirtschaftliche Hintergründe zu bedenken, da nach einem Urteil des Bundessozialgerichts die Krankenkasse nur dann die Kosten für eine angleichende Operation zu tragen habe, wenn trotz Psychotherapie ein krankheitswertiger Leidensdruck verbleibt. (Vgl. ebd. 12) Die Diagnose Transsexualismus kann also eine angleichende Operation indizieren, die dann über die Krankenkasse finanziert würde. Wird diese Diagnose gar nicht erst gestellt beziehungsweise stattdessen Transvestitismus diagnostiziert, so können auch keine folgenden Maßnahmen bei der Krankenkasse beantragt werden. Aus finanzieller Sicht ist es somit im Sinne der Kasse, eine entsprechende Diagnose zu umgehen beziehungsweise eine sehr starre Diagnostik vorzuschreiben. Von dieser zusätzlichen Hürde abgesehen, schreibt die Begutachtungsanleitung des MDS den gleichen Weg mit den gleichen Voraussetzungen und Anforderungen vor, wie die Behandlungsleitlinien: erst Psychotherapie beziehungsweise psychotherapeutische Begleitung für die Dauer von mindestens einem Jahr, in dem auch der Alltagstest stattfinden soll, bis der\*die Psychiater\*in/Psychotherapeut\*in eine Hormonbehandlung indizieren und ansetzen kann. Für chirurgische Eingriffe muss die Trans\*-Person mindestens 18 Monate in psychotherapeutischer Behandlung sein sowie das Leben in der gewünschten Geschlechtsrolle erprobt haben (Alltagstest) und sich seit mindestens sechs Monaten eine gegengeschlechtliche Hormonbehandlung unterzogen haben. (Vgl. ebd. 18ff) Im Fall von Trans\* müssen alle Leistungen durch eine Begutachtung des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) bewilligt werden. Diese Begutachtung kann per Aktenlage oder persönlich erfolgen. Letztere wird hauptsächlich dann angezeigt, wenn die Unterlagen keine Übersicht über den Leidensdruck und die damit verbundene Indikation zur Behandlung ermöglichen. (Vgl. ebd. 38) Im ersten Fall sind die betroffenen Menschen darauf angewiesen, dass ihr\*e Behandler\*in eine möglichst ausführliche und vollständige Akte anfertigt und einen nicht durch Psychotherapie zu lindern den Leidensdruck mit Krankheitswert nachvollziehbar diagnostiziert, da der MDS angleichende Maßnahmen als „Ultima ratio“ (ebd.) nach vergeblicher Therapie versteht. Allerdings müssen andere Begleiterkrankungen, speziell psychische, ausgeschlossen worden sein oder zumindest weitestgehend gelindert. Diese sind andernfalls als klare Ausschlusskriterien zu verstehen. (Vgl. ebd. 8f) Die in der Begutachtungsanleitung vertretene Sicht auf Trans\* entspricht somit deutlich wieder der ei-

ner psychopathologischen Störung, die es per Psychotherapie und nur nach Scheitern dieser per somatischer Behandlung zu heilen gilt. Weitere Hilfsmittel und Maßnahmen, wie Perücken, eine Penis-Hoden-Epithese (meist aus Gummi gefertigte Plastik der äußeren männlichen Genitalien, die in der Hose getragen wird), Epilation, Kehlkopfkorrekturen und Stimmtraining sind zusätzlich und meist erst nach allen anderen Maßnahmen zu beantragen, werden aber nicht per se bewilligt, sondern immer als Einzelfall gewertet und auf den unbedingten Bedarf hin geprüft. (Vgl. ebd. 20f) Kosmetische Maßnahmen, wie beispielsweise eine Nasenkorrektur, werden von der Krankenkasse nicht übernommen und müssen von den Trans\*menschen bei Bedarf privat realisiert werden. (Vgl. ebd. 14)

Die Anlehnung der Behandlungsleitlinien und der Begutachtungsanleitung an die psychopathologische Sicht und das TSG geht aus den Formulierungen und Anforderungen deutlich hervor. Das bestätigt auch die Verortung der Deutungshoheit weg vom Individuum hin zu Gutachter\*innen, die über die Geschlechtsidentität beziehungsweise eine Störung dieser entscheiden und somit als Türsteher für gewünschte rechtliche und medizinische Maßnahmen und Leistungen durch die Krankenkasse fungieren. Bemerkenswert ist zudem, dass in vielen Krankenhäusern die Behandlung noch immer in forensischen oder diesen angeschlossenen Abteilungen angeboten wird, obwohl bereits Sigmund, Meyenburg und Reiche 1979 feststellten, dass keine deutliche Verbindung zwischen Trans\* und krimineller Delinquenz bestehen würde. (Ebd. 250) Dennoch ist beispielsweise auch das noch junge im Universitätsklinikum Eppendorf in Hamburg befindliche Transgender-Forschungszentrum an das Institut für Sexualforschung und forensische Psychiatrie angegliedert. Zwar ist dies im historischen Kontext der Sexualforschung zu sehen, jedoch wäre eine (räumliche und fachliche) Distanzierung von der Forensik inzwischen durchaus möglich. Wie unter 4.3 dargestellt wird, müssen Trans\*menschen aktuell noch oftmals mit Diskriminierung rechnen. Eine Verortung nah an der Forensik ist in diesem Kontext als kontraproduktiv anzusehen.

So weist auch Timo Nieder, Leiter der Spezialambulanz für sexuelle Gesundheit und Transgender-Versorgung im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, innerhalb des Panels zur Sensibilisierung von Mediziner\*innen für Trans\* bei der Fachtagung der ADS zur rechtlichen Situation von Trans\* und intergeschlechtlichen Menschen in Deutschland und Europa im Oktober 2015 auf einen pathologischen und ablehnenden Umgang gegenüber Trans\*menschen in medizinischer und therapeutischer Praxis hin. Nieder spricht sich daher für eine Veränderung der fremdbestimmenden Behandlungs- und Kassenpraxis hin zur Selbstbestimmung der Patient\*innen aus. (Vgl. ADS 2015, 30f) Weiterhin wurde innerhalb der Diskussion herausgearbeitet, dass ein Verhaltenskodex und ausreichende Aufklärung zum Thema Trans\* für Mediziner\*innen und andere Behandelnde fehle beziehungsweise sich Mediziner\*innen zu wenig mit der Thematik auseinandersetzen würden. Die

Hürden, die durch die Behandlungsleitlinien entstehen und so den (zeitnahen) Zugang zu Hormonen verstellen, führten nur dazu, dass die Betroffenen sich genötigt fühlten, auf andere, notfalls illegale Märkte zurückzugreifen. (Vgl. ebd. 32f) Abschließend zeigt sich deutlich, dass die Behandlungsvorgaben klar diskriminierende Elemente aufweisen und einem psychopathologischen Bild von Trans\* folgen. Kritik und Überarbeitung erscheinen unter diesem Aspekt mehr als angebracht.

### **4.3 Untersuchungen zu Diskriminierung und Gesundheit von Trans\*menschen**

Bei einer Betrachtung der aktuellen Situation von Trans\*menschen können Gesetze und Behandlungsstrukturen natürlich nur einen strukturell vorgegebenen Rahmen bilden. Rückschlüsse auf die tatsächliche Lebenssituation betroffener Menschen geben sie nicht. Mehr Aufschluss können Umfragen und Studien, die mit und teils von Trans\*menschen selbst durchgeführt wurden, geben. Die Anzahl an repräsentativen Untersuchungen ist leider sehr begrenzt. Durch Änderungen in der jungen Vergangenheit, wie beispielsweise die Behandlungsmöglichkeiten Trans\*jugendlicher, können ältere Untersuchungen nicht mehr auf die aktuelle Situation angewendet werden. (Vgl. Kleiner 2015, 33) Speziell im Bereich der pädagogischen Geschlechterforschung finden sich eher heteronormative Untersuchungen, die bereits homosexuelle Menschen eher als Ausnahme betrachten. Trans\*menschen werden häufig gar nicht bedacht oder als ebenfalls vorkommende Subjekte vergessen. (Vgl. ebd. 28) Wenn die Untersuchung der Lebenswelt von Trans\*menschen dennoch eine Rolle spielt, sehen sich die Forschenden mit dem Problem der Erreichbarkeit konfrontiert. Einerseits versperrt das Vokabular selbst den Zugang (mehr dazu unter 5.2), denn wer die eingangs behandelten Begrifflichkeiten nicht kennt, wird auch im Internet weitere Informationen nicht oder nur schwer erhalten können. Via Internet durchgeführte Befragungen haben zudem den Nachteil, dass Menschen, die aus unterschiedlichen Gründen das Internet nicht nutzen können, automatisch von einer Befragung ausgeschlossen sind. Andererseits werden oftmals nur die Personen befragt, die sich in einer therapeutischen Behandlung oder zumindest in Selbsthilfegruppen befinden. Dadurch können sie auf Hilfen zurückgreifen, die anderen (nicht geouteten) Menschen selten offen stehen, was demnach die Ergebnisse bezüglich der aktuellen Lebenssituation entsprechend verändern kann. (Vgl. Fuchs et al. 2012 / McNeil et al. 2012 / ATME e.V. 2016)

Dennoch wurden in den letzten Jahren einige Befragungen und Studien zu Diskriminierung, Gesundheit und allgemeiner Lebenssituation von Trans\*menschen durchgeführt. Nur am Rande soll hier die Trans Mental Health Study von 2012 erwähnt werden, da sie nur innerhalb Schottlands durchgeführt wurde und sich auf das dortige Behandlungssystem bezieht. Sie ist allerdings die bislang größte Studie zur gesundheitlichen Situation von Trans\*menschen, von der sich einige Ergebnisse verallgemeinern und somit auch auf Deutschland übertragen lassen. So wird bei den Ergebnis-

sen deutlich, dass die Befragten vor ihrer Transition deutlich mehr zu Depressionen bis hin zu Suizidgedanken neigen als nach einer Transition. Über 60% gaben an, dass selbstverletzendes Verhalten nach der Transition deutlich seltener vorkam. Die Ziele bei der Transition als solches fallen allerdings recht unterschiedlich aus. Ein Penoidaufbau aus eigener Haut wird beispielsweise von 60% der Befragten abgelehnt. Insgesamt gaben 85% der Befragten an, dass sie seit Beginn der Hormonbehandlung zufriedener mit ihrem Körper seien und 82% bestätigten seitdem eine größere Zufriedenheit in ihrem gesamten Leben. Nur 2% seien im Nachhinein weniger zufrieden mit sich und ihrem Leben. (Vgl. McNeil et al. 2012) Diese Zahlen beziehen sich weitestgehend nur auf die Veränderungen, die sich durch eine Transition ergeben. Angesichts der hohen Zufriedenheit und der sich deutlich bessernden psychischen Verfassung (sofern denn vorher Probleme bestanden), erscheint eine Transition durchaus sinnvoll. Im Umkehrschluss kann eine Ablehnung einer solchen als potentiell Risiko für die psychische Gesundheit bewertet werden.

Ähnliche Ergebnisse erhielten auch Fuchs et al. innerhalb ihrer „Studie zur Lebenssituation von Transsexuellen in Nordrhein-Westfalen“, die 2012 durch den LSVD (Lesben- und Schwulenverband in Deutschland) veröffentlicht wurde. Für die Studie wurden 30 Interviews geführt und 68 Fragebögen ausgewertet. Insgesamt wurden 98 Menschen erfasst, was ausgehend von den seit 1999 im Bundesland durchgeführten Verfahren nach dem TSG etwa 3% der in NRW lebenden Trans\*menschen entspricht. (Vgl. Fuchs et al. 2012, 25) Wie bei der Trans Mental Health Study auch zeigte sich ein breites Spektrum an sexuellen Orientierungen. Weiterhin bestätigt die Studie in NRW die Zahlen in Schottland hinsichtlich depressiver, selbstverletzender und suizidaler Tendenzen, die nach einer Transition deutlich abnehmen. (Vgl. ebd. 46f) Dass definitiv nicht bei allen Trans\*menschen auch der Wunsch nach einer angleichenden Operation der Geschlechtsorgane vorhanden ist, zeigt sich durch den starken Anstieg (48% bei den Trans\*männern, 53% bei den Trans\*frauen) positiver gerichtlicher Beschlüsse nach TSG, seitdem für die Personenstandsänderung eine solche Operation nicht mehr notwendig ist. (Vgl. ebd. 36)

Neben den Fragen zu den Veränderungen durch eine Transition, geht diese Studie darüber hinaus auch auf die generelle Lebenssituation und konkreter auf die unterschiedlichen Lebensbereiche ein. So wurde unter anderem das eigene Verständnis von Trans\* thematisiert. Hierbei zeigte sich, dass sich 50% der Teilnehmenden bereits im Alter von 10 bis 12 Jahren sicher waren trans\* zu sein und 66,7% der Trans\*männer und 73,2% der Trans\*frauen das Phänomen Trans\* nicht als psychische Störung wahrnehmen. (Vgl. ebd. 34f) In diesem Kontext ist es logisch, dass 44% der Trans\*männer und 46% der Trans\*frauen das Prozedere der zwei psychologischen Gutachten für eine Vornamensänderung für unnötig halten. Für 30% der Trans\*männer und 34% der Trans\*frauen ist das ganze Verfahren denn auch zu langwierig und wird als psychisch belastend wahrgenommen. Die Erfah-

rungen direkt vor Gericht sind unterschiedlich. Teils wird von einem respektvollen Umgang berichtet, teils auch von Nicht-Anerkennung des Geschlechts und Nutzung des abgelehnten Pronomens durch die Richter\*innen. (Vgl. ebd. 74) Hingegen werden bei der „Begutachtung“ öfter Situationen beschrieben, die als grenzüberschreitend wahrgenommen werden und auch nicht durch den MDS vorgegeben sind (beispielsweise körperliche Untersuchungen und Fragen nach persönlichen Sexualpraktiken). Äußerst kritisch zu sehen ist die auch an diesem Punkt mangelnde Akzeptanz der geschlechtlichen Identität: Obwohl die Gutachten vorliegende Transsexualität bestätigten, wurde bei 44% der Trans\*männer und 21% der Trans\*frauen selbst in der gutachterlichen Stellungnahme das falsche Pronomen und die falsche Anrede benutzt. (Vgl. ebd. 75) Dabei wird die Existenz von Bewertungskriterien von den Betroffenen an sich nicht infrage gestellt. Vielmehr wird kritisiert, dass die Kriterien der Krankenkassen sowie der Maßnahmenkatalog und das recht starre Prozedere nicht den Bedürfnissen der Trans\*menschen entsprechen und hier deutlich nachgebessert werden müsse. Weiterhin würden Entscheide über Maßnahmen deutlich zu sehr von der Bewertung der einzelnen Sachbearbeiter\*innen abhängen, die oftmals ein stereotypes Geschlechtsverhalten erwarten würden. Dies sei laut den Befragten besonders bei den Maßnahmen der Fall, die kein Gutachten benötigen. Hier komme es mehr auf das Wissen über Trans\* an, welches oftmals nicht ausreichend vorhanden sei, was wiederum zu Ablehnung der Kostenübernahme führe. (Vgl. ebd. 91) Da ein gutes Passing aber wichtig für die gesellschaftliche Akzeptanz und das eigene Wohlbefinden ist und entsprechende Maßnahmen nicht von allen Trans\*menschen selbst finanzierbar sind, kann eine Ablehnung auch hier wieder das Potenzial für die Entstehung oder Verschlimmerung psychischer Probleme haben. Weiterhin wird die Verpflichtung zur Therapie kritisiert, da sich einerseits die meisten Trans\*menschen bereits seit langem mit ihrem Trans\*sein beschäftigen und die Beantragung von medizinischen Maßnahmen somit oft als konsequenter nächster Schritt zu sehen ist und es andererseits viel Zeit in Anspruch nimmt eine\*n geeignete\*n Therapeut\*in zu finden (hinzu kommen die meist langen Wartezeiten für einen Therapieplatz). Diese Struktur zieht den Weg der Transition zeitlich deutlich in die Länge und stellt eine zusätzliche Belastung für Trans\*menschen dar. (Vgl. ebd. 92)

Weiterhin stellen Fuchs et al. fest, dass verwaltungstechnische Probleme und das Umschreiben von Papieren und persönlichen Unterlagen zu psychischem Druck und ungewollten Outings führen können. So werden beispielsweise Personen, die zwar ihren Vornamen aber (noch) nicht ihren Personenstand haben ändern lassen, von Behörden oftmals mit dem Pronomen ihres alten Vornamens angeschrieben. Auch die Umschreibung wichtiger Papiere (beispielsweise Zeugnissen und Beurteilungen) oder auch alltäglichen Gebrauchsgegenständen wie einer EC-Karte ist selten unproblematisch, meist zeit- und oft auch kostenintensiv. Letzteres behindert Trans\*menschen vor allem in alltäglichen (Einkauf mit EC-Karte kann jederzeit zu einem Zwangsoutings führen) und beruflichen (Unterlagen für Bewerbungen) Lebensbereichen und kann somit zu sozialem Rückzug und Abstieg füh-

ren. (Vgl. ebd. 14) Mit nahezu allen Bereichen verwoben zu sein scheint ein Mangel an Wissen und Informationen über Trans\*, der weitere Probleme für Trans\*menschen nach sich zieht. Fuchs et al. bemängeln in ihrer Studie bereits das fehlende Wissen über die Existenz von Trans\*, aber auch die fehlende Schulung von Mitarbeiter\*innen in Verwaltungen, Gesundheitswesen und pädagogischen Einrichtungen. Hier bestehe ein deutlicher Bedarf zur Verbesserung um das Phänomen Trans\* als solches sichtbarer zu machen, Trans\*menschen besser zu unterstützen und gegen Transphobie vorzugehen. (Vgl. ebd. 17) Denn diskriminierendes Verhalten gegenüber Trans\* stellt in jedem Lebensbereich eine zusätzliche Belastung für die Betroffenen dar.

Speziell zum Thema Diskriminierung führte ATME e.V. von Ende November 2015 bis Anfang Februar 2016 online eine Umfrage durch, an der insgesamt 202 Trans\*menschen teilnahmen. Diese ergab, dass bereits drei Viertel der Befragten auch innerhalb der LSBTIQ-Community Diskriminierungen erlebt haben, was sich in erster Linie in Form von Ignoranz und Umdeuten der geschlechtlichen Identität äußerte. (Vgl. ATME e.V. 2016, 19) Somit ist nicht davon auszugehen, dass Trans\*menschen sich innerhalb der Community definitiv sicher und geschützt fühlen können, sondern auch hier mit Fremdbestimmung und Vorurteilen rechnen müssen. Von Politik und Medien sehen sich die Befragten ebenfalls nicht unterstützt, empfinden sich vielmehr als deutlich unterrepräsentiert oder gar ignoriert. (Vgl. ebd. 22/45) Deutlich kritisiert wird von den Teilnehmenden, dass sie bei politischen Prozessen kaum eingebunden seien, wobei sich bisher nur knapp ein Drittel der Befragten hilfeschend an die Antidiskriminierungsstelle des Bundes wandte. (Vgl. ebd. 53f) In der Umfrage wurde weiterhin abgefragt, wen die Trans\*menschen als besonders hilfreich in ihrem Leben in Bezug auf ihr Trans\*-Sein erlebt hätten. Am hilfreichsten wurden mit 35% der\*die Lebenspartner\*in empfunden, gefolgt vom Freundeskreis mit 30%. (Vgl. ebd. 11) Auch im medizinischen Bereich gaben die Betroffenen an, Unterstützung erfahren zu haben. Weitestgehend positiv wurden Endokrinolog\*innen empfunden. Der Medizinische Dienst (MDK) hingegen von 30% als gar nicht unterstützend wahrgenommen. Bei der Frage nach der Unterstützung durch Psychotherapeut\*innen reicht das Antwortspektrum von keiner bis hin zu sehr deutlich wahrgenommener Unterstützung. (Vgl. ebd. 33f) Den Teilnehmenden stand es frei, sich auch offen in Kommentaren zu den jeweiligen Fragen zu äußern. Besonders auffällig ist hier eine harsche Kritik an den Professionellen (Medizin, Psychologie, Recht), da diese sich teilweise weigern würden das von der Trans\*-Person bevorzugte Pronomen zu verwenden und somit das Geschlechtsidentität nicht anerkennen. Zudem wird von versuchter „Umpolung“ während der Therapie und Fehlbehandlung im Krankenhaus durch mangelhafte Aufklärung berichtet. (Vgl. ebd. 37) Bezüglich einer Verbesserung der medizinischen Versorgung und Diagnostik schlugen viele Teilnehmenden vor, die Diagnose nicht mehr unter den psychischen Störungen, sondern im Bereich der körperlichen Diagnosen einzuordnen. Auch wurde vorgeschlagen, den Weg der Transition individueller zu gestalten, Psychotherapie optional und

nicht obligatorisch anzusetzen und sich deutlich stärker an die Menschenrechte zu halten. (Vgl. ebd. 43) Aus der Umfrage leitet ATME e.V. einen deutlichen Handlungsbedarf für Politik (Reform des Antidiskriminierungsgesetzes, Integration internationaler Menschenrechtsabkommen in das deutsche Gesetz), Medienschaffende (Verzicht auf Fremdzuschreibungen, Aufklärung) und den Bereich der medizinisch-psychologischen Behandlung (verbindliche ethische Standards) ab. Im gesetzlichen Kontext wird dies durch die Evaluation des Antidiskriminierungsgesetzes (AGG) im August 2016 bestätigt. So wird angemerkt, dass für Trans\*menschen eine „rechtliche Unsicherheit bei der Zuordnung zu der Kategorie Geschlecht“ (Büro für Recht und Wissenschaft GbR 2016, 26) bleiben würde, was unter anderem an mangelndem Wissen von Anwält\*innen und Richter\*innen liege. Zudem sei unklar, wer nach AGG als trans\* zu definieren sei, weshalb „die Begriffe Geschlechtsidentität, Geschlechtsausdruck und Geschlechtsmerkmale explizit in das AGG“ (ebd. 27f) aufgenommen werden sollten. Bei der Evaluation kommen die Autor\*innen zu dem Schluss, dass für Rechtsanwält\*innen und Richter\*innen ein „deutlicher Klarstellungs- und Fortbildungsbedarf konstatiert werden“ (ebd. 28) kann.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es an Aufklärung über Trans\* mangelt (was Fehlbehandlungen und diskriminierendes Verhalten begünstigt), Trans\*menschen besonders unter der Nicht-Anerkennung ihrer Geschlechtsidentität leiden, lange Wartezeiten durch TSG oder auch aktuelle medizinische und therapeutische Prozedere ihre psychische Gesundheit gefährden können oder im Umkehrschluss Anerkennung und Transition die Lebenssituation und das Wohlbefinden von Trans\*menschen in der Regel deutlich verbessern. In diesem Kontext erscheinen die bestehenden Gesetze und Behandlungsleitlinien überholt. So wird auch bei der Fachtagung zur rechtlichen Situation von Trans\*menschen festgestellt, dass die Fremdbestimmung ein Ende haben müsse und man Trans\*menschen deutlich stärker in die Entwicklungen mit einbeziehen müsse. Denn: „Trans\*[...]-Personen wissen offensichtlich, was sie brauchen, was ihnen hilft, wo Diskriminierung ist und wo sie beendet werden muss.“ (ADS 2015, 16)

#### **4.4 Exkurs: Sonderstellung minderjähriger Trans\*menschen**

Die Situation von minderjährigen Trans\*menschen verdient eine gesonderte Betrachtung, da diese vor Erreichen der Volljährigkeit per se von Fremdbestimmung betroffen sind, die beim Thema Trans\* als weiteres potenzielles Hindernis mitgedacht werden muss. Der Mangel an repräsentativen Untersuchungen wird bei trans\* Kindern und Jugendlichen noch deutlicher als bei den Erwachsenen. Befragungen und Beobachtungen im Kontext Schule sind oftmals heteronormativ, also zweigeschlechtlich mit heterosexuellem Begehren. Somit stellen bereits bi- und homosexuelle Jugendliche eine Ausnahme dar, sofern eine solche überhaupt einkalkuliert wird. Selbst heteronormativitätskriti-

sche Studien untersuchten bislang tendenziell die Jugendlichen, die zur geltenden Geschlechtsordnung passen. Die wenigen Untersuchungen zur Lebenswelt minderjähriger Trans\*menschen finden daher meist in Zusammenarbeit mit spezifischen Jugendzentren und Beratungsstellen statt, wodurch Prozesse wie beispielsweise das innere Coming-Out oftmals nur rückblickend erfragt und nicht empirisch beobachtet werden können. (Vgl. Kleiner 2015, 28f) Die bisherigen Untersuchungen beziehen sich weiterhin nicht explizit auf trans\*, sondern auch auf bi- und homosexuelle Jugendliche. Da sich Trans\*-Jugendliche faktisch mit mehr Problemen konfrontiert sehen als nicht-heterosexuelle Cis-Jugendliche (beispielsweise medizinische Maßnahmen zur Geschlechtsangleichung) ist fraglich, inwieweit eine Umfrage, die thematisch breiter aufgestellt ist, die Situation von Trans\*-Jugendlichen wirklich ausführlich erfassen kann. Jüngere Kinder werden bei den bisherigen Untersuchungen gar nicht bedacht. Gründe hierfür können nur vermutet werden. Einerseits ist eine heteronormative Perspektive als Grund denkbar, die eine trans\* oder inter\* Entwicklung im Kindesalter nicht mitdenkt. Andererseits ist sicher die Fokussierung auf sexuelles Begehren, das sich im Regelfall erst im Jugendalter zeigt, ein Grund sich bei den Untersuchungen auf die Befragung Jugendlicher zu beschränken. Die unter 4.3 bereits genannten Untersuchungsergebnisse lassen sich natürlich bedingt auch auf Trans\*-Jugendliche beziehen. Es gilt allerdings zu bedenken, dass die Pubertät eine besonders unsichere Zeit im Leben eines Menschen darstellt. So zeigen allgemeine Untersuchungen zur Lebenswelt Jugendlicher und spezieller von jugendlichen LSBTIQ, dass in der schulischen Interaktion oftmals non-konforme Verhaltensweisen deutlicher abgewertet werden und sich betroffene Jugendliche somit einem enormen Konformitätsdruck ausgesetzt sehen. Die Jugendlichen, die sich besonders gut den geltenden Normen und Verhaltensweisen anpassen beziehungsweise anpassen können, sind auch besonders „verletzungsmächtig“ und die Jugendlichen, die sich weniger anpassen können, wollen oder von anderen als non-konform dargestellt werden, besonders verletzbar. (Vgl. ebd. 31)

Das bestätigt auch die erste deutschlandweite LSBT\* Jugendstudie „Coming out – und dann...?!“ des Deutschen Jugendinstituts (DJI). Im Sommer 2014 wurden in einer Onlinebefragung über 5000 Jugendliche im Alter von 14 bis 27 Jahren, die sich selbst als LSBT\* definieren, zu ihren Coming-Out-Verläufen und den damit verbundenen Erfahrungen befragt. Insgesamt konnten 5037 Fragebögen und 40 qualitative Interviews, davon zehn mit trans\* Jugendlichen, ausgewertet werden. (Vgl. DJI 2015, 10) Da in der Umfrage der Fokus auf dem Coming-Out liegt und viele Teilnehmenden die Fragen rückblickend beantwortet haben, lassen sich die Ergebnisse teilweise auf Minderjährige übertragen. Dies gilt unter anderem für die oben bereits erwähnten Repressalien in der Schule. Diese spiegeln sich besonders im Bereich Sport wider, wo sich die Jugendlichen kaum der binären, geschlechtlichen Zuordnung entziehen können. (Vgl. ebd. 23) Trans\*-Jugendliche, die (schon) optisch nicht den klassischen Rollenbildern entsprechen, erleben oft Mobbing, weshalb viele aus Angst ein

Outing in der Schule vermeiden. Von denen LSBT\* Jugendlichen, die sich dennoch geoutet haben, gaben 54,8% an, Diskriminierung durch Beschimpfungen und Beleidigungen erfahren zu haben. Die Gruppe der 14- bis 17-Jährigen erlebt diese Zeit, unabhängig von einem Outing, als deutlich belastender als Ältere. (Vgl. ebd. 22) Folglich sind die Ängste vor einem Outing in der Schule nicht unbegründet. Immerhin die Hälfte der Teilnehmenden hat zwar Unterstützung durch die Haltung von Lehrenden erfahren, jedoch wird allgemein festgestellt, dass das Thema LSBT\* an Schulen nahezu nicht auftaucht und wenn, dann äußerst selten wertfrei dargestellt wird. (Vgl. ebd. 21) Auffällig ist generell der Unterschied zwischen dem inneren und dem äußeren Coming-Out bei trans\* Jugendlichen im Vergleich mit cis-geschlechtlichen nicht-heterosexuellen Jugendlichen. Während bei Letzteren der Zeitraum zwischen innerem und äußerem Coming-Out im Schnitt 1,7 Jahre bei jungen Frauen und 2,9 Jahre bei jungen Männer beträgt, ist der Abstand mit im Schnitt 6,8 Jahren bei Trans\*-Mädchen/-Frauen und 4,1 Jahren bei Trans\*-Jungen/-Männern deutlich höher. Gründe für diesen Unterschied werden nicht angegeben, lassen sich aber in der wachsenden Akzeptanz gegenüber anderen sexuellen Orientierungen vermuten, während das Thema Trans\* noch nicht den gleichen Stellenwert in der Gesellschaft erlangt hat. Der Hauptgrund, der zum Coming-Out führt, deckt sich hingegen wieder: etwa 50% gaben an, dass sie (endlich) mit jemanden über ihre Gefühle reden wollten. Die Unsicherheit, die mit der als anders wahrgenommenen sexuellen Orientierung oder auch geschlechtlichen Identität einher geht, wird von den Jugendlichen als besonders belastend empfunden und das Coming-Out dient folglich in erster Linie der eigenen Entlastung. Zudem erhoffen sich die Jugendlichen Unterstützung. Im Fall von trans\* Jugendlichen wird ein wichtiger Punkt benannt, der für cis-geschlechtliche Jugendliche keine Rolle spielt: 24% gaben an sich zum ersten mal geoutet zu haben, weil sie ihre Transition beginnen wollten. (Vgl. ebd. 15f)

Dieser Punkt weist auf einen Bereich hin, in dem sich die Situation der trans\* Jugendlichen deutlich von der trans\* Erwachsener unterscheidet: der Zeitdruck für eine Hormonbehandlung durch das Einsetzen der Pubertät. Aus diagnostischer Sicht (siehe 4.1) unterscheidet sich das Bild noch kaum und ist im ICD-10 als „Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters“ unter F.64.2 zu finden. Im Vergleich zur Diagnose F64.0 „Transsexualismus“ wird deutlicher auf die Ablehnung des Geburtsgeschlechts hingewiesen. (Vgl. Dilling 2011, 295) Der Entwurf für die ICD-11 sieht bisher weiterhin eine Differenzierung zwischen minderjährigen und erwachsenen Trans\*menschen vor. Ob dies auch endgültig so bleiben wird, ist abzuwarten. In der Praxis wird weder im Gesetz, noch in medizinischen Leitlinien ein konkreter Zeitpunkt benannt, ab dem hormonelle und chirurgische Maßnahmen angewendet werden dürfen oder sollen. Es wird auf eine Prüfung des Einzelfalls hingewiesen, was angesichts der durchaus individuellen Entwicklungsverläufe von Trans\*menschen sinnvoll erscheint. (Vgl. Bager und Göttsche 2015, 130) Langzeitstudien zu Hormonbehandlungen bei trans\* Minderjährigen gibt es bisher kaum, da diese noch nicht lange praktiziert werden.

Ein deutlicher Vorteil einer Hormonbehandlung zu Beginn der Pubertät ist die Möglichkeit, pubertäre Veränderungen wie den Stimmbruch oder die Brustentwicklung aufzuhalten. Nach Abschluss der Pubertät können diese Veränderungen andernfalls nicht oder nur durch chirurgische Eingriffe wieder rückgängig gemacht werden. Da der Beginn der Pubertät für Trans\*menschen oft als extrem belastend empfunden wird, führt eine frühzeitige Behandlung zudem zu einer psychischen Entlastung der Jugendlichen. (Vgl. Wüsthof 2014, 205) Allerdings wird von vielen Fachleuten infrage gestellt, inwieweit Kinder und Jugendliche eine so weitreichende und auch weitestgehend irreversible Entscheidung für ihr ganzes Leben so früh treffen können. Der pädiatrische Endokrinologe Achim Wüsthof, der seit 2005 im Endokrinologikum Hamburg trans\* Jugendliche begleitet, konnte feststellen, dass die Entscheidung oft durchaus schon im Alter von 10 bis 13 Jahren zu fallen scheint: „Wenn die Pubertät beginnt, findet entweder eine Versöhnung mit dem biologischen Geschlecht statt oder die Ablehnung nimmt dramatisch zu.“ (Wüsthof 2014, 208) In letzterem Fall spricht sich Wüsthof für einen zeitnahen Behandlungsbeginn aus, um den Jugendlichen eine altersgemäße Pubertät parallel zu ihren Altersgenossen zu ermöglichen, was auch das Risiko für einen sozialen Ausschluss mindern würde. (Vgl. ebd.) Wüsthof gibt in diesem Kontext auch zu bedenken, dass eine Nicht-Intervention aus Angst die Betroffenen psychologisch negativ beeinflussen kann und somit nie eine Option sein sollte. (Vgl. ebd.)

Hier wird denn auch ein weiterer Punkt angesprochen, in dem sich die Situation von minderjährigen deutlich von der erwachsener Trans\*menschen unterscheidet: sie sind in vielen Punkten auf die Unterstützung ihrer Erziehungsberechtigten angewiesen. Im Fall von medizinischen Heilbehandlungen, worunter eine Hormonbehandlung zu zählen wäre, können minderjährige Personen allein ihre Zustimmung geben, sofern die jeweiligen Ärzt\*innen sie zu einer solchen Entscheidung in der Lage sehen. Den Behandlungsvertrag mit dem Krankenhaus können Minderjährige aber nur mit der Einwilligung der Erziehungsberechtigten abschließen. (Vgl. Bager und Göttsche 2015, 131) Bei Verfahren nach dem TSG ist die Lage nicht ganz eindeutig. Vor Vollendung des siebten Lebensjahres gelten Kinder als geschäftsunfähig, weshalb ihre gesetzlichen Vertreter (in der Regel die Erziehungsberechtigten) für sie ein Verfahren zur Vornamens- oder auch Personenstandsänderung führen müssten. Inwiefern Jugendliche zwischen dem siebten und 18. Lebensjahr eigenständig ein solches Verfahren führen dürfen, geht aus den aktuellen Gesetzen nicht eindeutig hervor. (Vgl. ebd. 132)

Da langwierige Prozesse in Medizin und Recht für Kinder und Jugendliche oft deutlich belastender sind als für Erwachsene, werden der enorme Zeitaufwand und die diversen bürokratischen Hürden von Fachleuten hier besonders kritisiert. Auch, da speziell bei der Hormonbehandlung zeitnahes Handeln andernfalls später definitiv notwendige Operationen verhindern kann. Weiterhin wird in diesem Kontext wieder der Mangel an Wissen über Trans\* beklagt, da dadurch beispielsweise ihre

Kinder unterstützende Eltern allein gelassen oder gar diskriminiert würden. (Vgl. ADS 2015, 33) Natürlich können Kinder und Jugendliche, die von ihren Erziehungsberechtigten oder von anderen Stellen nicht in dem Maße unterstützt werden, wie sie es benötigen, sich an das Jugendamt wenden. Dieses kann im Zweifelsfall die Entscheidung anstelle der Erziehungsberechtigten treffen. Jedoch muss bedacht werden, dass besonders jüngeren Kindern und Jugendlichen diese Möglichkeit oft nicht bekannt ist. In jedem Fall bedeutet mangelnde Unterstützung ein Mehr an Aufwand in zeitlicher und bürokratischer Hinsicht. Insofern muss die fehlende Volljährigkeit und die nahende oder schon beginnende Pubertät und der damit verbundene Zeitdruck bei minderjährigen Trans\*menschen als zusätzliche Problemdimension mitgedacht werden.

## **5. Auf dem Weg zur Normvariante – mögliche Vorbilder und Ansätze für Verbesserungen**

Es ist in den vorherigen Kapitel deutlich geworden, dass sich Trans\*menschen einerseits auch heute noch in vielen Lebensbereichen mit einer (psycho-)pathologischen und ablehnenden Sicht auf ihr Trans\*-Sein konfrontiert sehen und oftmals Erfahrungen mit Diskriminierung machen müssen, sich die Sicht andererseits aber auch zu einer Normvariante hin ändert und die bestehenden Strukturen immer mehr kritisiert werden – so auch die in Deutschland bestehenden Gesetze und Richtlinien, die sich kaum an der Lebensrealität der Betroffenen orientieren. In diesem Kapitel werden internationale Prinzipien und Standards vorgestellt, die sich für Trans\*menschen einsetzen und es wird geprüft, inwiefern deren Ansätze auch für die Situation in Deutschland eine Verbesserung darstellen würden. Anschließend werden Projekte aus Deutschland vorgestellt, die sich bereits aktiv für eine Verbesserung einsetzen sowie einige Ansätze, die aufzeigen, wie weitere Hilfen und Projekte aussehen könnten. Abschließend werden die offene Handlungsbedarfe zusammengetragen und daraus resultierende mögliche Ansätze für die Soziale Arbeit diskutiert.

### **5.1 Internationale Prinzipien und Standards**

Neben der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen, die unter Artikel 2 die Diskriminierung unter anderem aufgrund des Geschlechts verbietet und unter Artikel 7 den Schutz durch das Gesetz vor Diskriminierung sichert, ist auch im Deutschen Grundgesetz unter Artikel 3 eine Benachteiligung des Geschlechts wegen verboten. Seit 2006 gilt in Deutschland zusätzlich das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG), in dem die Geschlechtsidentität als Bestandteil der Kategorie „Geschlecht“ mitgedacht wird, sodass im Prinzip auch Trans\*menschen gegen Diskriminierung in diesem Kontext vorgehen können. Allerdings fordert die Antidiskriminierungsstelle des Bundes hier eine deutliche Nachbesserung indem Geschlechtsidentität, Geschlechtsaus-

druck und Geschlechtsmerkmale fest in den §1 AGG aufgenommen werden sollen, um den Schutz für Trans\*menschen nicht nur mitzudenken, sondern eindeutig zu formulieren. (Vgl. ADS 2015, 31) Diese Forderungen sind allerdings nicht neu und auch nicht die einzigen. Wie unter 4.1 bereits kurz angesprochen, forderte das Europäische Parlament bereits 2011 in einer Resolution eine nicht-pathologisierende Diagnose von Trans\* und verurteilte massiv die Einordnung als psychische Krankheit. Weiterhin werden in dieser Resolution auf die Menschenrechtsverletzungen aufgrund von sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität hingewiesen und die Mitgliedstaaten werden dazu aufgefordert, umfassend gegen Homophobie, Transphobie und Diskriminierung vorzugehen. (Vgl. Europäisches Parlament 2013) Neben den in dieser Resolution deutlich gemachten Kritikpunkten und Forderungen, die sich ebenfalls an Deutschland richten, finden sich auf internationaler Ebene weitere Veröffentlichungen von Standards, Prinzipien und Richtlinien, die sich für Trans\*menschen einsetzen. Drei besonders relevante werden vorgestellt und dahingehend diskutiert, ob sie als Vorbild genutzt werden können beziehungsweise inwieweit Deutschland bereits ähnliche Standards und Prinzipien implementiert hat. Ergänzt wird dieser Abschnitt durch die Stuttgarter Erklärung, die sich als erste deutsche Veröffentlichung dieser Art ebenfalls für deutliche Veränderungen im Umgang mit und bei der Behandlung von Trans\*menschen einsetzt und sich dabei teilweise auf die vorangestellten Texte bezieht.

### **5.1.1 Standards of Care**

Bereits mit Beginn der Behandlung von Trans\*menschen wurde 1979 eine der ersten Richtlinien entworfen, die Standards of Care (SOC). Diese liegen aktuell in der siebten Fassung vor und werden von der World Professional Association for Transgender Health (WPATH) erstellt. Auch die SOC standen und stehen immer wieder einmal in der Kritik. Allerdings hat es im Laufe der Zeit einige Veränderungen gegeben und die Neuerungen der aktuellen Version werden von Trans\*-Organisationen wie dem Trans-Ident e.V. weitestgehend positiv bewertet. (Vgl. Trans-Ident e.V.)

Die SOC richten sich in erster Linie an das Fachpersonal, das direkt oder auch indirekt in die Behandlung von Trans\*menschen eingebunden ist, weshalb ein Vergleich mit den in Deutschland angewendeten medizinischen Richtlinien (siehe 4.2.2) naheliegt. Bei diesem Vergleich wird schnell deutlich, dass die SOC 7 die individuelle Situation der Trans\*menschen stärker im Blick haben und versucht wird Diskriminierung zu vermeiden. So wird hier nicht mehr von Transsexuellen sondern von Menschen mit Geschlechtsdysphorie gesprochen, was sicherlich auch auf die Veränderungen innerhalb der Diagnostik zurückzuführen ist. (Vgl. WPATH 2012, 2) Dieser Umgang mit Trans\* findet sich auch in den Grundprinzipien wieder, in denen ein respektvoller Umgang, Sachverständnis, eine auf die Bedürfnisse der Betroffenen angepasste und kontinuierliche Betreuung und Unterstützung im sozialen Umfeld beschrieben sind, was auch in Umgebungen mit weniger Ressourcen

möglich sei. (Vgl. ebd. 5) Hervorzuheben ist weiterhin die Forderung nach Entpsychopathologisierung von Geschlechtsnichtkonformität, die bereits 2010 von WPATH gestellt wurde. Die SOC 7 empfehlen in diesem Kontext zwar auch therapeutische Ansätze, um den Betroffenen bei der Findung der eigenen Geschlechtsidentität zu helfen, schreiben diese jedoch nicht fest vor. Es wird darauf hingewiesen, dass „Anzahl und Art der vorgenommenen Behandlungsschritte sowie die Reihenfolge, in der sie stattfinden, [...] individuell unterschiedliche sein [können]“ (ebd. 12) und die Psychotherapie als ein möglicher Schritt neben der Hormontherapie und chirurgischen Interventionen und nicht als ein festes Zugangskriterium für weitere Behandlungen zu sehen ist. Im Zusammenhang mit der Behandlung von Kindern und Jugendlichen wird zudem deutlich darauf hingewiesen, dass Behandlungsmethoden, die auf eine Änderung der Geschlechtsidentität hin zum Geburtsgeschlecht abzielen, „nicht mehr als ethisch vertretbar angesehen“ (ebd. 20) werden können.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die fachliche Kompetenz der Behandelnden. Wird seitens des MDS bei einer Begutachtung lediglich nicht genauer spezifiziertes „umfangreiches Fachwissen“ (MDS 2009, 26) verlangt, so werden in den SOC 7 konkrete Minimalanforderungen gefordert, die neben allgemeiner fachlicher Kompetenz auch themenspezifische Fachkompetenz und laufende Fortbildungen zur Geschlechtsdysphorie beinhalten. (Vgl. WPATH 2012, 28) Speziell im Hinblick auf hormonelle Behandlungen wird auf zügige Behandlung hingewiesen. (Vgl. ebd. 32) Ein entsprechender Hinweis ist in den deutschen Richtlinien bisher nicht zu finden, obwohl eine zeitnahe Hormonbehandlung besonders bei Kindern und Jugendlichen durch die nahende oder gar bereits einsetzende Pubertät deutlich angezeigt wäre (siehe 4.4). Konkrete Ausschlusskriterien werden in den SOC 7 nicht benannt. Auch psychische Begleiterkrankungen stellen, anders als in den deutschen Richtlinien, kein unüberbrückbares Hindernis dar. Im Idealfall sollen sie zwar möglichst vor Beginn der Transition behandelt werden, können aber alternativ auch parallel mitbehandelt werden. Ausschlaggebend ist nur die Fähigkeit zur Einwilligung für die mit der Transition verbundenen medizinischen Maßnahmen. (Vgl. ebd. 31)

In der Bewilligung und Umsetzung von eben diesen medizinischen Maßnahmen unterscheiden sich die SOC 7 ebenfalls deutlich von der in Deutschland gängigen Praxis: Nicht nur ist eine Psychotherapie keine feste Voraussetzung, auch werden Stimm- und Kommunikationstherapie und auch kosmetische Maßnahmen als ebenso wichtig und individuell notwendig anerkannt wie ästhetische Chirurgie. Es wird in diesen Fällen darauf verwiesen, dass die Situation von Trans\*- und Cis-Menschen nicht vergleichbar ist und beispielsweise „eine operative Nasenverkleinerung radikale und dauerhafte Auswirkungen auf deren Lebensqualität haben“ (ebd. 70) kann und somit auch eher zu bewilligen sei.

Der sogenannte Alltagstest spielt in den SOC 7 eine untergeordnete Rolle. Während in Deutschland das Leben über die Dauer von 12 Monaten in der Geschlechtsrolle, die mit der Geschlechtsidentität übereinstimmt, notwendige Voraussetzung für den Beginn der Hormonbehandlung (und damit natürlich auch für alle Schritte, die derzeit erst nach einer Hormonbehandlung möglich sind) ist, wird dies in den SOC 7 nur für die genitalangleichenden Operationen verlangt. (Vgl. ebd. 73) Da vorher jedoch bereits Hormonbehandlungen, Brustoperationen und kosmetische Eingriffe möglich sind, stellt das Leben in der angestrebten Geschlechtsrolle eine weniger große Hürde dar und ist nicht unbedingt, wie oftmals in Deutschland, mit einem Zwangsouting gleichzusetzen.

Zwar wird darauf hingewiesen, dass die SOC 7 natürlich den „lokalen Gegebenheiten“ (ebd. 3) angepasst werden müssten, allerdings bezieht sich dies in erster Linie auf Kulturen, in denen eine massivere Stigmatisierung von geschlechtsnichtkonformen Menschen herrscht. Westeuropa wird vielmehr als eine der Quellen der SOC 7 verstanden. (Vgl. ebd.) In diesem Kontext ist es verwunderlich, dass die genannten Punkte in den deutschen Richtlinien bisher so nicht zu finden sind. Eine individuellere Behandlung, die sich mehr an der Lebensrealität der Betroffenen orientiert sowie deutlichere Ansprüche an das betreuende Personal erscheinen notwendig und machbar. Dennoch werden auch die SOC 7 nicht von allen Seiten positiv für Trans\* ausgelegt. Speziell der Sozialpsychiatrische Dienst Uri, der die unter 5.1.3 vorgestellten Altdorfer Empfehlungen mitentwickelte, kritisiert die Orientierung an der Diagnose aus dem DSM-V und dem damit verbundenen psychopathologisch diagnostizierbaren Leidensdruck sowie den noch immer vorhandenen Alltagstest. Daher seien die SOC 7 nicht als menschenrechtskonform einzustufen. (Vgl. SPD Uri 2011, 3) Diese Kritik erscheint bezüglich der Diagnose als gerechtfertigt. Von dieser abgesehen ist das vorgeschlagene Vorgehen in den SOC 7 bei der Behandlung von Trans\*menschen in vielen Punkten deutlich besser als es innerhalb der deutschen Richtlinien der Fall ist. Somit können die SOC 7 durchaus zur Orientierung für Veränderungen innerhalb des Behandlungssystems dienen, sofern die vereinzelt kritisierten Punkte nicht ebenfalls übernommen werden.

### **5.1.2 Die Yogyakarta-Prinzipien**

Die Yogyakarta-Prinzipien wurden 2006 auf einer Konferenz im indonesischen Yogyakarta von internationalen Menschenrechtsexpert\*innen entwickelt und sollen die Anwendung der Menschenrechte hinsichtlich sexueller Orientierung und geschlechtlicher Identität verdeutlichen, da auf Menschenrechtsverletzungen in diesen Punkten bisher nicht ausreichend reagiert würde. (Vgl. Hirschfeld-Eddy-Stiftung 2008, 12) Wie im Eingang zu diesem Kapitel bereits erwähnt, können einige Artikel der Menschenrechte durchaus auch sehr direkt für Trans\*menschen ausgelegt werden. Die Yogyakarta-Prinzipien ergänzen alle Prinzipien mit Empfehlungen für die Staaten und weisen so auf vorhandene Defizite hin. Obwohl kein Punkt irrelevant ist, sollen hier nur die für die Thematik die-

ser Arbeit besonders relevanten Punkte benannt werden. Einige dieser Prinzipien widersprechen ganz klar der in Deutschland noch gängigen Praxis. Hierzu ist das dritte Prinzip zu zählen, welches das Recht auf Anerkennung vor dem Gesetz beinhaltet und darauf verweist, dass niemand für die rechtliche Anerkennung seiner geschlechtlichen Identität gezwungen werden darf, sich medizinischen Maßnahmen zu unterziehen und auch kein rechtlicher Stand (beispielsweise Elternschaft) die Anerkennung der geschlechtlichen Identität verhindern kann. (Vgl. ebd. 16f) Weiterhin wird in den Empfehlungen an die Staaten explizit darauf hingewiesen, dass diese dafür zu sorgen haben, „dass diese Verfahren effizient, gerecht und nichtdiskriminierend sind und die Würde und Privatsphäre der betroffenen Personen achten“ (ebd. 17). Das TSG beinhaltete in der Vergangenheit einige Punkte, die diesem Prinzip klar widersprachen und auch heute sind die Verfahren oftmals noch langwierig, umständlich und viele Betroffene berichten von Diskriminierungen (siehe 4.3). In diesem Zusammenhang ist auch das sechste Prinzip zu nennen, welches das Recht auf Schutz der Privatsphäre festhält und für LGBT-Menschen nochmals präzisiert: „Das Recht auf Schutz der Privatsphäre schließt auch die Freiheit ein, Informationen über die eigene sexuelle Orientierung oder geschlechtliche Identität preiszugeben oder nicht[...]“ (ebd. 19). Hier steht das TSG im Weg, solange nicht auch eine Personenstandsänderung erfolgt ist. Wurde nur der Vorname geändert, verbietet das Gesetz zwar die Offenbarung des alten Namens (siehe 4.2.1), jedoch ist die Verwendung des zum neuen Namen passenden Pronomens nicht zwingend und kann somit bei Nutzung des falschen Pronomens (beispielsweise bei an die Person gerichteten Briefen) zu einem ungewollten Outing führen. Weiterhin ist der Alltagstest unter diesem Prinzip definitiv nicht akzeptabel, da die Betroffenen quasi genötigt werden sich in ihrem Umfeld zu outen um weitere medizinische Behandlungen erhalten zu können.

Auf gesundheitliche und medizinische Aspekte beziehen sich weiterhin die Prinzipien siebzehn („Recht auf das höchstmögliche Maß an Gesundheit“) und achtzehn („Recht auf Schutz vor medizinischer Misshandlung“), die auch die diskriminierungsfreie und kompetente Behandlung beziehungsweise deren Förderung und den Schutz vor aufgezwungenen Maßnahmen betonen und sich deutlich gegen normalisierende und unterdrückende Praktiken aussprechen. (Vgl. ebd. 27f) Im Zusammenhang mit dem Alltagstest ist hier besonders die Empfehlung an die Staaten zu nennen, alle Praktiken, die „aufgrund von kulturell oder anderweitig begründeter Klischees über Verhaltensweisen, das körperliche Erscheinungsbild oder empfundene geschlechtsspezifische Normen“ (ebd. 29) agieren, zu unterlassen und zu verhindern. Da beim Alltagstest Außenstehende darüber entscheiden, ob sich die betreffende Person dem angestrebten Geschlecht entsprechend verhält, muss hier leider oftmals von einer normierenden Sicht und Position ausgegangen werden. Dem Zwang, sich der Sicht der prüfenden Außenstehenden (beispielsweise Gutachter\*innen) auf das jeweilige Geschlecht anzugleichen, widerspricht auch das Prinzip neunzehn, welches das Recht auf Meinungs- und Äu-

Berungsfreiheit auch auf den „Ausdruck der Identität oder der Persönlichkeit unter anderem durch Sprache, Verhalten, Kleidung“ (ebd. 29) ausdehnt.

Neben den Prinzipien sind die Empfehlungen an die Staaten und damit auch an Deutschland äußerst erwähnenswert, da sie nur bedingt Umsetzung finden. Abgesehen von den bereits aufgezählten Punkten betreffen diese oftmals Schritte, die für ein allgemein diskriminierungsfreies und aufgeklärtes Klima sorgen sollen und somit nicht nur Trans\*menschen zugutekommen würden. So wird bereits im ersten Prinzip, das die uneingeschränkte Gültigkeit der Menschenrechte für alle Menschen festschreibt, auf durchzuführende Bildungs- und Aufklärungskampagnen hingewiesen. Auch zum zweiten Prinzip werden Programme gefordert „zur Bekämpfung von Vorurteilen oder diskriminierenden Haltungen oder Verhaltensweisen [...], die mit der Vorstellung zusammenhängen, eine bestimmte sexuelle Orientierung oder geschlechtliche Identität [...] sei anderen überlegen bzw. unterlegen.“ (Ebd. 16) Auch im Zusammenhang mit persönlicher Sicherheit werden unter dem Prinzip fünf Sensibilisierungskampagnen gefordert, die sowohl „an die Allgemeinheit sowie an tatsächliche und potenzielle Gewalttäter“ gerichtet sein sollen und Gewalttaten aufgrund von Vorurteilen möglichst bekämpfen sollen. Hier zeigen sich in Deutschland gute Ansätze. Durch das AGG und die Antidiskriminierungsstelle wurde eine Instanz geschaffen, die sich explizit mit Diskriminierung und deren Verhinderung auseinandersetzt. Da die Antidiskriminierungsstelle auch offene Bedarfe und mangelhafte Aufklärung konstatiert, wird hier immer wieder nachgearbeitet. Das Thema Trans\* ist dabei oftmals noch unterrepräsentiert. Inwieweit sich dies in der Zukunft ändern wird, bleibt abzuwarten. Des Weiteren haben einige Bundesländer bereits neue Bildungspläne verabschiedet oder planen solche, in denen die Themen sexuelle und geschlechtliche Vielfalt vermehrt thematisiert werden. Es gibt zwar durchaus auch Parteien und Gruppierungen, die sich gegen eine breitere Aufklärung aussprechen. Jedoch würde ein Rückschritt an dieser Stelle deutlich gegen geltendes Menschenrecht verstoßen. Da die Bildung in Deutschland weitestgehend den einzelnen Bundesländern überlassen ist, lassen sich hier leider nur schwer allgemeine Aufklärungsprogramme etablieren. Weitere Verbesserungen in diesem Punkt und Nachbesserungen in den anderen gemäß den Yogyakarta-Prinzipien entspräche allerdings auch einer konkreteren Umsetzung der Menschenrechte, was somit in der Folge klare Aufgabe des Staates ist.

### **5.1.3 Die Altdorfer Empfehlungen**

Wie unter 5.1.1 bereits angedeutet, werden die SOC 7 im Vorwort der Altdorfer Empfehlungen vom Sozialpsychiatrischen Dienst (SPD) Uri deutlich kritisiert, da sie nicht menschenrechtskonform seien. Dies galt ebenso für die in der Schweiz geltenden Behandlungsrichtlinie zum Umgang mit Trans\*, welche aber vom Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte aufgehoben wurden. In diesem Kontext ist es nachvollziehbar, dass eines der wichtigsten Ziele bei der Erstellung der Alt-

dorfer Empfehlungen war, diese menschenrechtskonform zu formulieren. Weiterhin soll der „medizinische State of the Art“ repräsentiert werden. Dieser soll das Zunutzemachen der modernen Erkenntnisse verschiedener Disziplinen wie u.a. Psychologie, Neurowissenschaft und psychosoziale Medizin sowie das Verringern von Risiken beim Entfaltungs- und körperlichen Anpassungsprozess, die Aktivierung von Ressourcen und die Absicherung von Begleitung, Betreuung und Behandlung auch auf qualitativer und ökonomischer Ebene durch Case Management beinhalten. (Vgl. Haupt 2011, 3f) Der SPD Uri gründete für die Erarbeitung der Empfehlungen einen multiperspektivischen Arbeitskreis, der von mit der Betreuung von Trans\*menschen vertrauten Professionellen aus den Bereichen Psychotherapie und Logopädie sowie von Mitgliedern der Aktion Menschenrecht und Transsexualität (ATME e.V.) unterstützt wurde. Zudem wurde sich deutlich an den Yogyakarta-Prinzipien und gesundheitsfördernden Beschlüssen wie der Deklaration von Alma Ata und der Ottawa-Charta orientiert. (Vgl. ebd. 7, 15) Hier wird bereits deutlich, dass die Altdorfer Empfehlungen ein breiteres Spektrum zu bedenken versuchen, dabei dennoch recht konkret werden und vor allem auch erstmals selbst betroffene Menschen bei der Entwicklung der Guidelines beteiligen.

Der Arbeitskreis orientiert sich an neurowissenschaftlichen Studien, die eine Sichtweise von Trans\* als „eine biologisch fundierte Variation des Gehirns [...], d.h. als eine (a priori gesunde) Normvariante“ (ebd. 9) nahelegen würden (siehe hierzu auch 3.3) und kritisiert in diesem Kontext auch, dass die Gesundheitsförderung von Trans\*menschen nicht als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden werde, sondern vielmehr als Problem des Individuums. (Vgl. ebd. 16) Die erarbeiteten Empfehlungen stützen sich unter diesem Gesichtspunkt auf die Advocating-Strategie der Ottawa-Charta und Empowermentansätze. Folglich sollen die Akteure\*innen im Prozess der Begleitung von Trans\*menschen sich möglichst auch in der Gesellschaft für diese und gegen Diskriminierung einsetzen, ihnen den Zugang zu allen wesentlichen Informationen und Behandlungen und damit einen selbstbestimmten Umgang mit der eigenen Gesundheit ermöglichen, Ressourcen erarbeiten beziehungsweise erschließen und ihnen auch außerhalb des klinischen Angleichungsprozesses unterstützend und auf Augenhöhe zur Seite stehen. (Vgl. ebd. 19f) Eine Kooperation aller Akteure\*innen ist für den Arbeitskreis dabei unumgänglich. Allerdings wird explizit darauf hingewiesen, dass Psychotherapie nur relevanter Teil des Prozesses ist, wenn psychische Probleme bestehen. Da Trans\* als Normvariante verstanden wird, sollen Hausärzte\*innen erste Ansprechpartner\*innen sein. Dieses Vorgehen habe den zusätzlichen Vorteil, dass die Nähe zum Wohnort oder zur Arbeit gegeben wäre, der\*die Behandler\*in den\*die Klient\*in und seine\*ihre Krankengeschichte kennt und im Idealfall bereits ein Vertrauensverhältnis besteht. (Vgl. ebd. 18) Von der Hausarztpraxis aus könne dann auch das primäre Casemanagement gesteuert werden, bei dem der\*die Behandler\*in in Absprache mit dem\*der Klient\*in zusammen mögliche Schritte bespricht und koordiniert. Ein klinisches Casemanagement könne zusätzlich von Psychiater\*innen und klinischen Psycholog\*innen an-

geboden werden, wenn „reaktive seelische Probleme oder/und (unabhängige) seelische Krankheiten vorliegen.“ (Ebd. 61) Die Gestaltung des Casemanagements orientiert sich in den Altdorfer Empfehlungen an fünf Prinzipien: Nutzenorientierung, Handeln nach Vereinbarung, Fairness, Gesundheitsförderung und Qualitätsmanagement. Unter Nutzenorientierung will die Arbeitsgruppe in diesem Kontext verstanden wissen, dass die Ziele und Zwecke der Klient\*innen in den Fokus gerückt und Hürden beim Zugang zu Information und Behandlung gesenkt werden. Beim Handeln nach Vereinbarung geht es darum, mehr Transparenz in den Prozess zu bringen und die Klienten\*innen nicht nur einzubeziehen, sondern alle Schritte mit ihnen zu vereinbaren. Dieses könne auch vertraglich abgesichert werden. Fairness meint die besondere Situation der Klienten\*innen zu berücksichtigen und ihnen das Recht und die Verantwortung für die eigene Entscheidung zu überlassen. Das Prinzip der Gesundheitsförderung bezieht sich auf die Kooperation der verschiedenen Akteure\*innen, deren Dienstleistungen auf das Wohlbefinden ihrer Klienten\*innen ausgerichtet sein sollen. Das Qualitätsmanagement sieht der Arbeitskreis explizit nicht als Generierung von Standards, sondern fokussiert als Ergebnisqualität den „Outcome an Lebensqualität/Gesundheit/Wohlbefinden“. (Ebd. 62)

Neben dem Casemanagement ist ein weiterer Hauptpunkt der Altdorfer Empfehlungen das Assessment, das die innere und äußere Situation des\*der Klienten\*in ganzheitlich und systematisch erfassen soll. Dies sei kein fester einmaliger Vorgang, da im Verlauf oft neue Probleme auftreten würden und diese entsprechend neu eingeordnet werden müssten. Dies gehe über Diagnostik hinaus, welche die Arbeitsgruppe per se als nicht adäquat für die Betreuung von Trans\*menschen erachtet:

Hier ist keine Störung oder Krankheit zu diagnostizieren, es sind keine Befunde zu erheben und auch keine Klassifikationen von Krankheitszeichen vorzunehmen. Entsprechend sind bei einem ganzheitlichen vorgehenden Assessment jene Fähigkeiten und Stärken, also Gesundheitsaspekte zu fokussieren, die über ein potenziell hohes Risikominderungs- bzw. Risikopräventionspotenzial verfügen. Die kognitiv-emotionale Fixierung auf Störungsmodelle der Transsexualität führt bei Professionalisten eher dazu, dass das Selbstmanagement-/Selbsthilfepotenzial unterschätzt wird. (Ebd. 63f)

So orientiert sich in der Folge auch die Zielvereinbarung für den Prozess an den Wünschen der Klient\*innen, wobei allerdings darauf geachtet werden soll, dass diese realistisch und konkret sind.

Angesichts der bereits beschriebenen Punkte erscheint es nur logisch, dass die Altdorfer Empfehlungen keinerlei Alltags-tests fordern, sondern sie ebenso ablehnt werden wie Mindestzeiträume und ein fixes Mindestalter für somatische Maßnahmen. Natürlich seien vor etwaigen Maßnahmen gesundheitliche Risiken zu bedenken und auszuschließen, aber schematische Festlegungen würden dem Grundgedanken einer ganzheitlichen und individuellen Versorgung widersprechen. (Vgl. ebd.

72) In Bezug auf logopädische Betreuung hingegen gehen die Altdorfer Empfehlungen mit den SoC 7 konform, da sie dieser eine zentrale Rolle beim Entfaltungsprozess zuschreiben. Demzufolge solle logopädische Betreuung nicht nur auf Antrag bewilligt werden, sondern generell Teil der Behandlung von Trans\*menschen sein um diesen den Adaptionprozess zu erleichtern. (Vgl. ebd. 73)

Da Transphobie und mangelndes Wissen aber immer ein latentes Hindernis seien, müssten sich Betreuer\*innen mit dieser Thematik auseinandersetzen und es gelte „in Gesundheitseinrichtungen und Kompetenznetzwerken einen strengen Antidiskriminierungskodex zu beschliessen sowie dessen Einhaltung konsequent und kontinuierlich zu monitoren und auch durchzusetzen.“ (Ebd. 24) Zudem wird bei jedem Punkt des Prozesses darauf hingewiesen, dass die Akteur\*innen umfassend geschult sein sollten, um ihr Klientel auch nichtdiskriminierend und anerkennend behandeln und begleiten zu können.

Abschließend betrachtet wurde mit den Altdorfer Empfehlungen ein Konzept entworfen, welches sich von der herkömmlichen Hierarchie, Trans\* als Thema der Psychiatrie, verabschiedet hat und einem ganzheitlichen Ansatz zu folgen versucht. Die Trans\*menschen, ihre Wünsche und Ängste stehen nicht nur im Fokus, sondern entscheiden weitestgehend den Lauf des Behandlungsprozesses, der nicht erst im Krankenhaus beginnen oder dort enden muss. Durch ein alles koordinierendes Casemanagement können die einzelnen Behandlungsbereiche besser überblickt und Ressourcen und auch Schwierigkeiten aus dem Sozialraum der Klienten\*innen mitbedacht werden.

#### **5.1.4 Die Stuttgarter Erklärung**

Wie eingangs angedeutet ist die Stuttgarter Erklärung angelehnt an die Altdorfer Empfehlungen und die bislang einzige deutsche Erklärung dieser Art. Die Erklärung wurde 2015 von einer Gruppe Ärzt\*innen, Psychotherapeut\*innen, Menschenrechtler\*innen und betroffenen Menschen verfasst und möchte „ethische und menschenrechtliche Aspekte des respektvollen Umgangs im Bereich Medizin, Psychotherapie, Beratung und Begleitung mit transsexuellen [...] Menschen aufzeigen“. (ATME e.V. 2015, 6) Wie auch in einigen der vorab thematisierten Schriften wird in der Stuttgarter Erklärung Bezug zu den Allgemeinen Menschenrechten genommen und auf deren mangelhafte Umsetzung bei der Behandlung von Trans\*menschen hingewiesen. Ein besonderer Fokus liegt natürlich auf dem Geschlecht eines Menschen, welches nur das Individuum selbst bestimmen könne und welches dann auch entsprechend von der Umwelt anzunehmen sei: „Eine Nichtanerkennung des Geschlechts, als welches sich ein Mensch begreift, kommt einer Entmenschlichung und Aberkennung seiner Würde gleich“ (ebd. 15). In diesem Kontext sollten Hilfesuchende von den Helfenden auch immer mit dem Vornamen und in dem Geschlecht angesprochen werden, wie sie sich selbst begreifen. Ein respektvoller Umgang auf Augenhöhe ist auch hier deutliche Voraussetzung. (Vgl.

ebd. 16) Weiterhin werden die aktuell geltenden Bestimmungen und Behandlungen von Trans\*menschen kritisiert und es wird darauf hingewiesen, dass jedweder Zwang zu Behandlung oder Therapie Vertrauen und gemeinsames Arbeiten unmöglich macht. Insofern sollten die Klient\*innen in Rücksprache mit den jeweiligen Professionellen auch selbst entscheiden können, ob und wenn welche Schritte in welcher Reihenfolge gegangen werden sollen. (Vgl. ebd. 17f) Wie in den Altdorfer Empfehlungen wird in der Stuttgarter Erklärung auf Fristen verzichtet. Diese würden Leiden nur verlängern und seien unethisch. Ob und wie lange medizinische oder auch therapeutische Betreuung notwendig sei, solle allein der\*die Klient\*in mit dem\*der Betreuenden entscheiden und nicht die Krankenkasse oder andere Externe, da hier kein Vertrauensverhältnis bestünde. (Vgl. ebd. 19) Die Krankenkasse könne zudem nicht weiterhin entscheiden welche Leiden behandlungswürdig seien und welche nicht, da dieses eine „Diskriminierung auf Grund der Art des Leidens“ (ebd. 20) darstelle. Vielmehr seien die Kosten zu übernehmen, die „für eine dauerhafte Zufriedenheit und Leidensminderung sorgen“ (ebd. 21), da dies langfristig kostengünstiger sei. In diesem Kontext ist auch die Forderung nach besserer dezentraler Versorgung zu sehen, durch die lange Wartezeiten und ein hoher Zeitaufwand ebenso verhindert werden sollen wie ein daraus resultierendes Leiden und mögliche Diskriminierung. (Vgl. ebd. 22)

Ein neuer Punkt in der Stuttgarter Erklärung im Vergleich zu den vorgenannten Schriften ist die Forderung nach anonymen, unabhängigen, kostengünstigen und niedrigschwelligen Beratungsstellen, die über mögliche Schritte, Angebote und Leistungen nicht nur Betroffene sondern auch andere Fachkräfte informieren. Dies soll aber vor allem Betroffene selbst befähigen, passende Angebote zu finden. (Vgl. ebd. 23f)

Abschließend weist die Stuttgarter Erklärung noch auf die „Geltung für alle Menschen“ (ebd. 24) hin, da das Recht auf ein möglichst hohes Maß auf Gesundheit und Zufriedenheit allen Menschen zustehe. In diesem Kontext wird kurz auf die Sonderstellung von Kindern und Jugendlichen eingegangen, denen ebenfalls anonyme und unabhängige Beratung zugänglich gemacht werden sollte, für die sie nicht die Erlaubnis ihres Vormunds brauchen. (Vgl. ebd. 25)

Mit nur 27 Seiten ist die Stuttgarter Erklärung deutlich kürzer gehalten als alle anderen thematisierten Forderungen und Empfehlungen. Daher ist es nicht verwunderlich, dass sie in den einzelnen Punkten nicht besonders konkret wird. Als relevanteste Forderung ist die Anerkennung der Selbstbezeichnung eines Menschen zu nennen, da sie an vielen Stellen durchscheint und ein direkter Bezug zur Würde des Menschen hergestellt wird. Die Kritik am Ist-Zustand wird zwar deutlich, es fehlt aber oft an Änderungsvorschlägen. Mehr Bezug zur tatsächlichen Praxis und konzeptuelle Vorschläge, wie sie in den Altdorfer Empfehlungen zu finden sind, wären wünschenswert und eine bessere Grundlage für mögliche Veränderungen.

## **5.2 Beispielhafte Projekte**

Wie im vorherigen Abschnitt dargelegt, bieten internationale Kritik, Arbeitsansätze aus anderen Ländern und auch die nationale Stuttgarter Erklärung deutliche Orientierungshilfen, in welchen Bereichen und auch auf welche Art es die Gesamtsituation von Trans\*menschen in Deutschland zu verbessern gilt. Hierbei geht es allerdings oftmals um Strukturen im Bereich der rechtlichen und medizinischen Behandlung und Begleitung. Die Lebenswelt von Trans\*menschen umfasst aber selbstverständlich noch viele weitere Bereiche. In diesem Abschnitt werden daher exemplarisch drei Projekte vorgestellt, die sich auf lokaler Ebene engagieren und andere Schwerpunkte setzen. Unter 5.2.1 finden sich zwei Projekte, die über sexuelle und geschlechtliche Vielfalt aufklären und unter 5.2.2 das Projekt „Queer Leben“, das sich explizit an betroffene Menschen richtet.

### **5.2.1 Aufklärung durch Lambda und Soorum**

Ein alle Lebensbereiche durchdringender Punkt ist die mangelhafte Aufklärung über das Thema Trans\* an sich, wodurch sich betroffene Menschen immer wieder erklären müssen und sich selten akzeptiert fühlen (siehe 4.3 und 4.4). Speziell in der Schule werden stereotype und diskriminierende Vorstellungen von Geschlecht und Sexualität oftmals reproduziert und Abweichungen abgewertet. (Vgl. Kleiner 2015, 31) Auch mangelt es nicht nur generell an Aufklärung in diesem Bereich. Trans\*Kindern und Jugendlichen selbst fehlt manchmal gar das Vokabular, um die eigene Entwicklung benennen zu können, weshalb sie sich oftmals in der existierenden Sprache nicht wiederfinden. Zwar existieren inzwischen sehr viele Informationen im Internet, doch ohne die entsprechenden Schlüsselworte ist der Zugang deutlich erschwert. (Vgl. Kleiner 2015, 38 und Kennedy 2014, 334)

An diesem Punkt greifen die Projekte Soorum und Lambda, die sich der Aufklärung über sexuelle Orientierung, geschlechtliche und sexuelle Vielfalt verschrieben haben. Das Jugendprojekt Lambda wurde 1990 gegründet, ist inzwischen in sechs Landesverbänden organisiert und damit beinahe in ganz Deutschland vertreten. Lambda vertritt die Rechte von LSBT in Öffentlichkeit und Politik, möchte aber in erster Linie jugendliche LSBT in ihrem Selbstfindungsprozess unterstützen und auch in schwierigen Situationen helfend zur Seite stehen. Zwar wird das Projekt vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert, die meiste Arbeit wird aber durch ehrenamtlich engagierte Jugendliche und junge Erwachsene getätigt. Kernstück von Lambda ist die Aufklärung über LSBT-Lebensweisen, zu deren Zweck Auszubildende in Unternehmen und Multiplikator\*innen aus diversen Arbeitsfelder geschult werden. Weiterhin setzt sich Lambda dafür ein, dass diese Aufklärung fester Bestandteil der schulischen Lehrpläne wird. (Vgl. Lambda 2012)

Das Projekt Soorum hingegen agiert nur in Hamburg und kooperiert seit 2012 im Rahmen eines Kooperationsprojekts mit dem Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung (LI) und drei

ausgewählten Schulen der Stadt. Neben den Kooperationsschulen nehmen vereinzelt aber auch immer wieder andere Schulen, Seminargruppen der Hamburger Hochschulen und Ausbildungsklassen verschiedener Berufsschulen das Aufklärungsangebot oder auch die Weiterbildung von Multiplikator\*innen durch das Projekt in Anspruch. Allerdings liegt der Fokus des Peerprojektes bei der Aufklärung von Schüler\*innen ab der 9. Klasse auf den Themen sexuelle Orientierung sowie geschlechtliche und sexuelle Vielfalt. Die ehrenamtlichen Jugendlichen, die für diese Aufklärung intern geschult werden, sind zumeist selbst schwul, lesbisch, bisexuell, trans\*, inter\* oder definieren sich wieder anders. Heterosexuelle cis-geschlechtliche Jugendliche gehören allerdings ebenso zum Team. Ziel ist aber nicht nur, die das Projekt aufsuchenden Gruppen über LSBT-Lebensweisen aufzuklären, sondern auch Berührungsängste abzubauen, auf offene Fragen einzugehen und insbesondere für das Thema und die Situation betroffener Menschen zu sensibilisieren. Die im März 2014 veröffentlichten Erfahrungsberichte sind durchweg positiv: Schüler\*innen wie auch Lehrer\*innen berichten von einem reflektierteren Umgang mit dem Thema sexuelle und geschlechtliche Diversität. Diskriminierendes Verhalten werde bewusster als solches wahrgenommen und in diesem Kontext auch zeitnah thematisiert. (Vgl. Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung 2014)

Die Aufklärungsarbeit beider Projekte kann nicht nur helfen, die Jugendlichen zu sensibilisieren, in der Folge diskriminierendes Verhalten zu minimieren und somit ein angenehmeres Klima für Trans\*jugendliche zu schaffen, sondern durch das Aufzeigen der diversen Lebenswelten und des dazugehörigen Vokabulars (siehe 2.1) können unsichere Jugendliche auch in ihrem Selbstfindungsprozess unterstützt werden. Unabhängig davon wie sich die Jugendlichen letztlich selbst definieren, wird ihnen durch die Arbeit dieser Projekte einerseits aufgezeigt, welche Lebenswelten existieren und andererseits, dass diese nicht besser oder schlechter sind als Heterosexualität und Cis-Geschlechtlichkeit.

### **5.2.2 Direkte Hilfe durch „Queer Leben“**

Das Projekt „Queer Leben“ in Berlin engagiert sich zwar auch für Aufklärung und setzt sich für die Rechte von Trans\*menschen ein, legt den Fokus aber auf die direkte Hilfe für die Betroffenen. Die Betroffenen sind in diesem Fall nicht nur die Trans\*menschen, sondern auch deren Angehörige. Das Projekt vereint Jugendhilfe und Eingliederungshilfe und kann auf diesem Wege eine vorher nicht dagewesene längerfristige intensive Begleitung für Trans\*menschen aller Altersstufen anbieten. (Vgl. Steinkemper 2014, 157) Zwar spricht das Projekt in erster Linie Trans\* an, möchte sich aber nicht in einer Schublade wissen und hat deshalb auch den Projektnamen entsprechend gewählt:

Gerade im Umgang mit Kindern und Jugendlichen ist es ja immer möglich, dass Kinder ein geschlechtsrollenabweichendes Verhalten zeigen, aber das auch irgendwann wieder einstellen. Dann hätten diese ja gleich wieder rausfliegen müssen, wenn wir sagen, wir sind nur trans. Des-

wegen ging es darum, ein möglichst breit gefächertes Angebot zu haben, um einen großen Personenkreis einzuladen und die Menschen nicht gleich auf eine bestimmte Diagnose festzulegen, denn Transsexualität ist ja noch eine Diagnose. (Steinkemper 2015, 158)

Diese offene Sicht auf die Thematik ist handlungsleitend bei der Arbeit von „Queer Leben“. Die Menschen, die in das Projekt kommen, müssen sich nicht fest definieren, sondern können sich in einem geschützten Rahmen ausprobieren. Sofern sie sich dann als Trans\* verstehen, helfen die Mitarbeitenden bei allen weiteren Schritten inklusive der Outingplanung und bieten mit Informationen, Unterstützung und Begleitung klassisches Casemanagement. Eltern können sich ebenso über die möglichen Schritte informieren wie ihre Kinder oder auch ältere Menschen und deren Angehörige. Für den Fall, dass Jugendlichen durch das Outing massive Probleme mit der Familie entstehen, bietet das Projekt Jugendwohnungen an. (Ebd. 164)

Im Gegensatz zu den Projekten unter 5.2.1 arbeiten die Menschen bei „Queer Leben“ weitestgehend hauptamtlich und haben zumeist eine sozialpädagogische Ausbildung. Zudem haben viele Mitarbeitende selbst einen trans\* oder queeren Hintergrund. Mari Günther, die das Projekt aufgebaut hat, hält diesen Umstand für einen der wichtigsten Aspekte der Arbeit, da sie „die Sprache derer sprechen, die trans sind oder sich queer beschreiben. Wir kennen deren Lebensrealitäten und Notwendigkeiten. Und auf der anderen Seite kennen wir auch die Sprache der Mediziner\*innen und sind auch da ein Übersetzungsbüro.“ (Ebd. 164f) Da sich besonders Trans\*menschen über lange Zeit und auch heute noch oftmals mit Fremdbestimmung konfrontiert sehen, sei es zudem ein wichtiges Zeichen, bei solchen und ähnlichen Projekten Trans\*menschen selbst im Team zu haben oder zumindest maßgeblich an der Gestaltung zu beteiligen. (Vgl. ebd. 166)

Rückblick nehmend auf die Altdorfer Empfehlungen setzt das Projekt „Queer Leben“ in Rahmen der aktuellen gesetzlichen Möglichkeiten um, was dort als von den Hausärzt\*innen anzubietendes Casemanagement beschrieben wird. Auch im Hinblick auf die Problematik der Fremdbestimmung ist das Projekt als vorbildlich einzustufen, da Trans\*menschen aktiv an der Projektgründung und weiteren Umsetzung beteiligt sind. Da Professionelle der Sozialen Arbeit oder auch der Sozialpädagogik in sozialpädagogischen Fragen ebenso bewandert sind wie in sozialrechtlichen, kann angenommen werden, dass sie für das Casemanagement bei Trans\*menschen auch besser geeignet sind als reguläre Hausarztpraxen.

### **5.3 Offene Handlungsbedarfe und mögliche Ansätze für die Soziale Arbeit**

Wie die vorherigen Kapitel zeigen, wird der Ist-Zustand für Trans\*menschen zwar allmählich besser, kann aber definitiv noch nicht als gut bezeichnet und auch noch lange nicht mit der Lebenssituation von heterosexuellen Cis-Menschen verglichen werden. Daher werden hier die offenen

Handlungsbedarfe konkretisiert zusammengetragen und es wird thematisiert, was speziell Professionelle der Sozialen Arbeit tun können, um Trans\*menschen noch besser zu unterstützen und Trans\* als Normvariante weiter zu festigen.

Die Entwicklung von den Anfängen der Psychopathologisierung von Trans\* bis zu aktuellen Projekten zeigt, dass zwar immer mehr in Bewegung, aber dennoch viel zu tun ist. Der Anstoß, Trans\* als Normvariante und nicht mehr als krankhaft zu begreifen, ist in der Medizin und Psychologie getan (siehe Kapitel 3 und 4.1). Ebenso wird eine Überarbeitung des TSG deutlich gefordert (siehe 4.2.1) und wird vermutlich auch in nicht all zu ferner Zukunft umgesetzt. Da sowohl bei den ICD-11 als auch beim TSG zeitnahe Änderungen in Aussicht sind, bleibt abzuwarten, wie diese konkret aussehen. Wünschenswert wäre eine Orientierung an den Yogyakarta-Prinzipien (siehe 5.1.2) insofern, als die neuen Einordnungen und Gesetze sich möglichst an den allgemeinen Menschenrechten orientieren, somit keinen diskriminierenden und pathologisierenden Charakter mehr aufweisen und Trans\* klar als Normvariante begreifen. Bei der Reform des TSG ist zusätzlich zu bedenken, dass die Finanzierbarkeit gegeben sein muss und nicht als zusätzliche Barriere fungiert.

Weiterhin müssen die Behandlungsleitlinien der Krankenkassen deutlich reformiert werden. Wie bereits im 4. Kapitel zur aktuellen Situation erörtert, entsprechen die Vorgaben nicht nur nicht der Lebensrealität von Trans\*menschen, sie sind auch an mehreren Punkten klar diskriminierend. Gleiches gilt für die Begutachtungsanleitung. So weist auch die Antidiskriminierungsstelle des Bundes in einer Untersuchung darauf hin, dass hier neue Regelungen notwendig seien, die vor allem auch das Wissen von Experten\*innen einbeziehen und einen partizipativen Charakter aufweisen. Zudem sollten Maßnahmen, die Trans\*menschen ein diskriminierungsfreies Leben ermöglichen (zum Beispiel Korrektur des Adamsapfels oder auch Penisplastiken), generell in den Leistungskatalog der Krankenkassen mit aufgenommen und dabei auch nicht mit zusätzlichen Hürden versehen werden. (Vgl. Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2015, 33) Rauchfleisch kommt zu ähnlichen Schlüssen, bezieht sich aber noch stärker auf den Umgang mit Trans\* aus medizinischer und therapeutischer Sicht. Seine Handlungsaufforderung ist klar:

- Trans\* als Normvariante begreifen
- Trans\*menschen via Fachleuten alles nötige Wissen an die Hand geben, um ihnen selbstverantwortliche und durchdachte Entscheidungen zur Transition zu ermöglichen
- Ziele und Vorgehen bei der Transition sollen die Betroffenen selbst bestimmen können
- es soll keine Begutachtungen, keine Alltagstest und vergleichbare Forderungen mehr geben
- kein Zwang zur Therapie, aber das Angebot einer Begleitung ermöglichen

(Vgl. Rauchfleisch 2016, 206f) Damit sind die wesentlichsten Aspekte, wie sie auch in den Yoga-karta-Prinzipien und den Altdorfer Empfehlungen auftauchen, deutlich gemacht. Der Bedarf für diese Veränderungen geht aus den vorherigen Kapiteln deutlich hervor. Allerdings obliegen Veränderungen hier in erster Linie den Professionen Medizin, Psychologie und den Rechtswissenschaften. Soziale Arbeit kann sich öffentlich für Änderungen einsetzen und bestehende Probleme und Schwierigkeiten thematisieren, nicht aber aktiv die Veränderung einleiten.

Neben den strukturellen Handlungsbedarfen, die vor allem durch die Gesetzgebung gedeckt werden müssen, bestehen allerdings auch die Bedarfe des alltäglichen Lebens von Trans\*menschen. Hier fehlt es an Anlaufstellen, die beraten, informieren und die Klient\*innen gegebenenfalls auch begleiten können. Das Projekt „Queer Leben“ ist als Ausnahme zu nennen, die allerdings nur regional für Berlin zuständig ist und somit nicht im Ansatz den Bedarf an Betreuung und Begleitung decken kann, der vorhanden ist. Spätestens durch eine größere räumliche Entfernung ist eine gute Begleitung kaum noch zu gewährleisten. Diesen Mangel benennt auch die Stuttgarter Erklärung und fordert daher niedrigschwellige Beratungsstellen (siehe 5.1.4). Beratungsbedarfe könnten durchaus durch die Soziale Arbeit gedeckt werden, die durch ihre Kenntnis von sozialrechtlichen und sozialpädagogischen Thematiken für solche Aufträge geeignet ist. Mehr noch: Das in den Altdorfer Empfehlungen angedachte Casemanagement ist ein klassischer Bereich Sozialer Arbeit und könnte somit auch in Bezug auf die Begleitung von Trans\*menschen durch sie besetzt werden.

Der aber auch an dieser Stelle alles durchdringende Punkt ist die Aufklärung. Bislang findet nur wenig Aufklärung über das Thema Trans\* statt. Und dies gilt nicht nur für die schulische Aufklärung, sondern auch für die Ausbildung von Fachkräften und Professionellen aus sozialen Bereichen. Pilotprojekte wie in Hamburg (siehe 5.2.1) sind eine Seltenheit. Hier sind somit zwei Bedarfe festzustellen: einerseits die Aufklärung der Gesellschaft an sich und andererseits Aufklärung der Fachkräfte. Somit muss das Thema Aufklärung generell stärker eingebettet werden. Die SoC 7 und auch die Altdorfer Empfehlung schlagen vor, Fachkräfte für das Thema Trans\* zu sensibilisieren und zu schulen. Projekte wie Soorum und Lambda bieten bereits die Ausbildung von Multiplikator\*innen an. Zudem sollte in der jeweiligen Ausbildung der Fachkräfte bereits das Thema geschlechtliche und sexuelle Vielfalt nicht nur am Rande thematisiert werden. So schlägt auch das Deutsche Jugendinstitut e.V. vor, Fortbildungen und Lehrinhalte in entsprechenden Berufsfelder und Studiengängen zu intensivieren und verpflichtend zu implementieren. Dadurch können Fachkräfte für das Thema sensibilisiert werden und verfügen auch über das nötige Wissen, um wiederum in den jeweiligen Einrichtungen aufzuklären, gegen diskriminierendes Verhalten vorzugehen und Vielfalt zu fördern. (Vgl. Deutsches Jugendinstitut e.V. 2015, 31f) Da Professionelle der Sozialen Arbeit in diversen Bereichen agieren und mit Menschen jeden Alters arbeiten, können und sollten sie sich auch

auf verschiedensten Ebenen um Aufklärung und ein diskriminierungsfreies Umfeld bemühen. In diesem Kontext ist ein deutlicher Bedarf an mehr Aufklärungsprojekten zu konstatieren, die in Betrieben, allgemeinen und berufsbildenden Schulen, Universitäten, im Bereich von Freizeitangeboten und allen weiteren Betätigungsfeldern, in denen die Arbeit mit Menschen ein deutlich relevantes Thema ist, selbst aufklären oder auch Multiplikator\*innen ausbilden können. Für Fachkräfte, die direkt in die Begleitung und Betreuung von Trans\*menschen eingebunden sind, sollte zudem Sensibilität und Wissen über sexuelle und geschlechtliche Diversität selbstverständlich sein und durch regelmäßige Fortbildungen auch sichergestellt werden. Hauptsächlich ehrenamtlich agierende Projekte können allein nicht den Aufklärungsbedarf decken, der sich auftut, wenn vielfältigeres Ausleben von Geschlecht und Identität künftig möglich sein soll.

## **6. Ausblick**

Seit der ersten psychopathologischen Diagnose für Trans\*menschen hat sich bereits Vieles getan. Die Terminologie hat sich im Laufe der Jahre verändert und bewegt sich weiter auf immer mehr Differenzierungen zu, wobei der Fokus auf der selbstbestimmten Definition liegt und sich klar gegen Fremdbestimmung stellt. So tritt auch das Thema Trans\* selbst immer mehr aus dem Schatten, wird zunehmend weniger tabuisiert und findet sich in Aufklärungsprojekten wieder, die sich für eine Anerkennung von Diversität einsetzen. Parallel sollen Gesetze und medizinische Vorgaben verändert werden und sich mehr der Lebensrealität der Menschen anpassen. Das Coming-Out geschieht früher und zunehmend mit weniger Angst, da auch die Behandlung immer offener wird, sich der Lebensrealität der Klient\*innen nicht mehr verschließt und somit auch bereits Kinder und Jugendliche in ihren Wünschen ernst nimmt.

Dennoch finden sich nach wie vor auch „Umerziehungsversuche“ und Diskriminierung, oftmals aufgrund von Unwissenheit und Berührungängsten. Selbst Fachkräfte wissen oft nicht mit Trans\*menschen umzugehen, weil ihnen die Kenntnisse fehlen. Alles in allem ist die aktuelle Situation von Trans\*menschen in Deutschland zwar besser, als sie es in der Vergangenheit war, aber sie könnte sich noch deutlich verbessern. Mit anstehender Novellierung des TSG kann ein guter Grundstein gelegt werden, wenn Trans\* nicht mehr als Abnormität sondern als Normvariante behandelt wird und den Betroffenen deutlich weniger Steine in den Weg gelegt werden, bis sie ihren Vornamen und ihre Geschlechtszugehörigkeit angleichen können. Die Gerichtsurteile in den vergangenen Jahren, durch die bereits einige Paragraphen des TSG für ungültig erklärt wurden, lassen hier zumindest auf eine solche Veränderung hoffen.

Ähnliches gilt für die medizinische und psychotherapeutische Behandlung, die durch die Yogyakarta-Prinzipien und zuletzt auch von der WHO selbst als nicht menschenrechtskonform kritisiert wur-

de. Schon jetzt orientieren sich diverse Fachleute wie der Psychotherapeut Udo Rauchfleisch oder auch der Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin Achim Wüsthof nicht mehr an der alten Praxis, sondern plädieren für Trans\* als Normvariante und einen zeitnahen Behandlungsbeginn. Daher ist anzunehmen, dass neue Behandlungsleitlinien nicht nur die Menschenrechte beachten, sondern zudem auch partizipativer und lebensnaher gestaltet sein werden. Da bis zum Abschluss dieser Arbeit keine eindeutige Aussage der Krankenkassen zu einem veränderten Vorgehen in der Zukunft vorliegt, ist hier nur davon auszugehen, dass sich die Vorgaben der Krankenkassen zumindest an denen des TSG und der ICD-11 orientieren, wie es auch in der Vergangenheit schon der Fall war.

Ein gänzlich unklarer Bereich ist der der Aufklärung. Zwar gibt es Bundesländer, in denen sexuelle und geschlechtliche Vielfalt zumindest teilweise in den Lehrplänen auftauchen, doch eine Regelung für alle Länder, geschweige denn weitere Bereiche außerhalb der allgemeinbildenden Schulen, gibt es bisher nicht und ist auch nicht in Sicht. Da die genannten Aufklärungsprojekte jeweils schon seit langer Zeit Bestand haben und sich zunehmend weiterentwickeln, ist hier zumindest kein Abriss der Arbeit zu befürchten. Wenn nicht auch Fachkräfte, die in sozialen Bereichen arbeiten, entsprechend geschult und sensibilisiert werden, ist eine breitere Aufklärung und damit eine Bekämpfung von Diskriminierung allerdings nur schwer vorstellbar oder zumindest nur schleichend möglich. Aufgrund der Forderungen der Antidiskriminierungsstelle des Bundes und einiger anderer Institutionen und Gruppen nach mehr Aufklärung besteht aber zumindest die Wahrscheinlichkeit, dass der Aufklärung über sexuelle und geschlechtliche Vielfalt künftig mehr Aufmerksamkeit zukommt und sich so langfristig auch die Situation von Trans\*menschen in Deutschland weiterhin verbessert.

## Literaturverzeichnis

- Adamietz, Laura / Remus, Juana** (2015): Begrifflichkeiten und Bedeutungswandel von Trans- und Intergeschlechtlichkeit in der Rechtswissenschaft, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.)(2015): Geschlechtliche Vielfalt. Begrifflichkeiten, Definitionen und disziplinäre Zugänge zu Trans- und Intergeschlechtlichkeit, Begleitforschung zur Interministeriellen Arbeitsgruppe Inter- & Transsexualität, online unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/PdfAnlagen/Geschlechtliche-Vielfalt,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, S.13-19 (Zugriff: 11.01.2017)
- Alex, Anne** (Hg.)(2012): Stop Trans\*-Pathologisierung 2012, Berliner Beiträge zu einer internationalen Kampagne, Neu-Ulm: AG SPAK
- Antidiskriminierungsstelle des Bundes** (2015): Die rechtliche Situation von Trans\* und intergeschlechtlichen Menschen in Deutschland und Europa. Dokumentation der Fachtagung der Antidiskriminierungsstelle des Bundes, Berlin: online unter: [http://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/Dokumentationen/Dokumentation\\_Fachtagung\\_Geschlecht.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](http://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/Dokumentationen/Dokumentation_Fachtagung_Geschlecht.pdf?__blob=publicationFile&v=2) (Zugriff: 11.01.2017)
- ATME e.V.** (2015): Stuttgarter Erklärung. Alternative Behandlungsempfehlungen bei geschlechtlichen Normvariationen, online unter: <http://die-erklaerung.de> (Zugriff: 11.01.2017)
- ATME e.V.** (2013): Menschenrechtsbericht 2013, Ludwigsburg: online unter: [http://www.atme-ev.de/images/Menschenrechtstexte/2013/menschenrechtsbericht2013\\_webversion\\_2.pdf](http://www.atme-ev.de/images/Menschenrechtstexte/2013/menschenrechtsbericht2013_webversion_2.pdf) (Zugriff: 11.01.2017)
- Bager, Katharina / Götttsche, Lena** (2015): Kinder, Eltern, Staat. Rechtliche Konflikte im Zusammenhang mit minderjährigen Inter\*- und Trans\*Personen, in: Schmidt, Friederike / Schondelmayer, Anne-Christin/Schröder, Ute B. (Hg.)(2015): Selbstbestimmung und Anerkennung sexueller und geschlechtlicher Vielfalt. Lebenswirklichkeiten, Forschungsergebnisse und Bildungsbausteine, Wiesbaden: Springer, S.119-141
- Becker, Sophinette** [u.a.] (1997): Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen der Deutschen Gesellschaft für Sexualwissenschaft, in: Zeitschrift für Sexualforschung 10, S.147-156
- Born, Jaqueline** (2016): Free Gender. Ein autobiographisch gefärbter Essay von Jaqueline Born, in: Rauchfleisch, Udo (2016): Transsexualität – Transidentität. Begutachtung Begleitung Therapie, 5.unveränderte Aufl. Göttingen: Vadenhoeck & Ruprecht, S.179-194

- Butler, Judith** (1991): Das Unbehagen der Geschlechter, Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Büro für Recht und Wissenschaft GbR** (2016): Evaluation des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes, online unter: [http://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/AGG/AGG\\_Evaluation.html](http://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/AGG/AGG_Evaluation.html)(Zugriff:11.01.2017)
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** (Hg.)(2015): Geschlechtliche Vielfalt. Begrifflichkeiten, Definitionen und disziplinäre Zugänge zu Trans- und Intergeschlechtlichkeit, Begleitforschung zur Interministeriellen Arbeitsgruppe Inter- & Transsexualität, online unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/ GeschlechtlicheVielfalt,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (Zugriff: 11.01.2017)
- de Silva, Adrian** (2015): Bewegungssoziologische Analyse der Begrifflichkeiten der deutschen Trans\*-Bewegung, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2015): Geschlechtliche Vielfalt. Begrifflichkeiten, Definitionen und disziplinäre Zugänge zu Trans- und Intergeschlechtlichkeit, Begleitforschung zur Interministeriellen Arbeitsgruppe Inter- & Transsexualität, online unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/PdfAnlagen/GeschlechtlicheVielfalt,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> S. 25-30 (Zugriff: 11.01.2017)
- Deutsches Jugendinstitut e.V.** (2015): Coming out – und dann...?! Ein DJI-Forschungsprojekt zur Lebenssituation von lesbischen, schwulen, bisexuellen und trans\* Jugendlichen und jungen Erwachsenen, München: Druckfrei Aigner
- Dilling, H. / Mombour, W. / Schmidt, M.H.** (Hg.)(2011): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F) Klinisch-diagnostische Leitlinien, 8.überarbeitete Aufl. Bern: Hans Huber
- Europäisches Parlament** (2013): Entschließung des Europäischen Parlaments vom 28. September 2011 zu Menschenrechten, sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität im Rahmen der Vereinten Nationen, online unter: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&reference=P7-TA-2011-0427&format=XML&language=DE> (Zugriff: 11.01.2017)
- Erikson, Erik H.** (1966): Identität und Lebenszyklus. Drei Aufsätze, Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Frankenstein, Skadi** (2011): Das Schweigen der Transsexuellen. Online unter: <https://www.heise.de/tp/features/Das-Schweigen-der-Transsexuellen-3391563.html> (Zugriff: 25.01.2017)
- Fuchs, Wiebke** [u.a.] (2012): Studie zur Lebenssituation von Transsexuellen in NRW, Köln: LSVD
- Güldenring, Annette** (2016): Eine andere Sicht über Trans\*, in: Rauchfleisch, Udo (2016): Transsexualität – Transidentität. Begutachtung Begleitung Therapie, 5.unveränderte Aufl. Göttingen: Vadenhoeck & Ruprecht, S.130-178

- Güldenring, Annette** (2015): Zur Rolle der Medizin und aktuellen Trans\*-Transgesundheitsversorgung in Deutschland, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.)(2015): Geschlechtliche Vielfalt. Begrifflichkeiten, Definitionen und disziplinäre Zugänge zu Trans- und Intergeschlechtlichkeit, Begleitforschung zur Interministeriellen Arbeitsgruppe Inter- & Transsexualität, online unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Geschlechtliche-Vielfalt,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> S. 31-40 (Zugriff: 11.01.2017)
- Haupt, Horst-Jörg** (2011): Transsexualität. Grundlegende neurowissenschaftlich-medizinische, menschenrechtskonforme Positionsbestimmung und daraus abzuleitende Empfehlungen für die Begleitung, Betreuung und Therapie transsexueller Menschen, Altdorfer Empfehlungen, Finale Version 1.0, Altdorf: Sozialpsychiatrischer Dienst Kanton Uri
- Hirschfeld-Eddy-Stiftung** (Hg.)(2008): Die Yogyakarta-Prinzipien. Prinzipien zur Anwendung der Menschenrechte in Bezug auf die sexuelle Orientierung und geschlechtliche Identität, online unter: [http://www.hirschfeld-eddy-stiftung.de/fileadmin/images/schriftenreihe/yogyakarta-principles\\_de.pdf](http://www.hirschfeld-eddy-stiftung.de/fileadmin/images/schriftenreihe/yogyakarta-principles_de.pdf) (Zugriff: 11.01.2017)
- Hirschauer, Stefan** (2015): Die soziale Konstruktion der Transsexualität, 5.Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Jugendnetzwerk Lambda e.V.** (2012): Jugendnetzwerk Lambda. Erfurt: Online unter: <http://www.lambda-online.de> (Zugriff: 11.01.2017)
- Kennedy, Natacha** (2014): Gefangene der Lexika. Kulturelle Cis-Geschlechtlichkeit und Trans\*-Kinder, in: Schneider, Erik / Baltes-Löhr, Christel (Hg.)(2015): Normierte Kinder. Effekte der Geschlechternormativität auf Kindheit und Adolszenz, 2.Aufl. Bielefeld: transcript, S.321-338
- Kleiner, Bettina** (2015): subjekt bildung heteronormativität. Rekonstruktion schulischer Differenzerfahrungen lesbischer, schwuler, bisexueller und Trans\*Jugendlicher, Opladen, Berlin, Toronto: Barbara Budrich
- Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung** (Hg.)(2014): Sexualerziehung. Sekundarstufe 1, Erfahrungsberichte und Strategien für Schulen, Hamburg: Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.** (Hg.)(2009): Grundlagen der Begutachtung. Begutachtungsanleitung, Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität, Essen, online unter: [https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen\\_GKV/07\\_RL\\_Transsex\\_2009.pdf](https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/07_RL_Transsex_2009.pdf) (Zugriff: 11.01.2017)

- McNeil, Jay** [u.a.] (2012): Trans Mental Health and Emotional Wellbeing Study 2012, online unter: [http://www.scottishtrans.org/wp-content/uploads/2013/03/trans\\_mh\\_study.pdf](http://www.scottishtrans.org/wp-content/uploads/2013/03/trans_mh_study.pdf)  
(Zugriff: 11.01.2017)
- Money, John / Tucker, Patricia** (1975): Sexual signatures on being a man or a woman. Boston: Little Brown & Co.
- Nieder, Timo / Jordan, Kirsten / Richter-Appelt, Hertha** (2011): Zur Neurobiologie transsexueller Entwicklungen. Eine Diskussion der Befunde zu Sexualdifferenzierung, zu geschlechtsatypischen Verhaltensweisen und zur Geschlechtsidentität, in: Zeitschrift für Sexualforschung, Nr.24, S.199-227
- Pfäfflin, Friedemann** (1993): Transsexualität. Beiträge zur Psychopathologie, Psychodynamik und Verlauf, Stuttgart: Ferdinand Enke
- Rothgang, Georg-Wilhelm / Bach, Johannes** (2015): Psychologie in der Sozialen Arbeit. Entwicklungspsychologie, 3.Aufl. Stuttgart: Kohlhammer
- Rauchfleisch, Udo** (2016): Transsexualität – Transidentität. Begutachtung Begleitung Therapie, 5.unveränderte Aufl. Göttingen: Vadenhoeck & Ruprecht
- Sauer, Arn** (2015): Transdisziplinäre Zusammenfassung und Würdigung des Forschungsstandes, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.)(2015): Geschlechtliche Vielfalt. Begrifflichkeiten, Definitionen und disziplinäre Zugänge zu Trans- und Intergeschlechtlichkeit, Begleitforschung zur Interministeriellen Arbeitsgruppe Inter- & Transsexualität, online unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/GeschlechtlicheVielfalt,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> S.119-12 (Zugriff: 11.01.2017)
- Sauer, Arn** (2014): Geschlechtsdysphorisch? Geschlechtsinkongruent? Warten auf die Entpsychopathologisierung von Trans\* im ICD-11 und was das DSM-5 damit zu tun hat, online unter: [http://www.transinterqueer.org/wp-content/uploads/Sauer\\_Entpsychopath-ICD11+DSM-V\\_2014.pdf](http://www.transinterqueer.org/wp-content/uploads/Sauer_Entpsychopath-ICD11+DSM-V_2014.pdf) (Zugriff: 11.01.2017)
- Schmechtel, Corinna** (2010): Psychiatrie und Geschlechtersysteme. Geschlechtsidentität und Psychiatrie, in: Alex, Anne (Hg.)(2012): Stop Trans\*-Pathologisierung 2012. Berliner Beiträge zu einer internationalen Kampagne, Neu-Ulm: AG SPAK, S.29-35
- Schneider, Erik** (2014): Trans\*-Kinder zwischen Definitionsmacht und Selbstbestimmung, in: Schneider, Erik / Baltes-Löhr, Christel (Hg.)(2015): Normierte Kinder. Effekte der Geschlechternormativität auf Kindheit und Adolozenz, 2.Aufl. Bielefeld: transcript, S.181-203
- Sigusch, Volkmar** (1995): Geschlechtswechsel, Hamburg: Rotbuch

- Sigusch, Volkmar / Meyenburg, Bernd / Reiche, Reimut** (1979): Transsexualität, in: Sigusch, Volkmar (Hg.)(1979): Sexualität und Medizin. Arbeiten aus der Abteilung für Sexualwissenschaft des Klinikums der Universität Frankfurt am Main, Köln: Kiepenheuer und Witsch
- Steinkemper, Klaus** (2014): Einblicke ins Trainingslager für geschlechtliche Identitäten. Klaus Steinkemper im Gespräch mit Mari Günther über Queer Leben. In: Schmidt, Friderike / Schondelmayer, Anne-Christin / Schröder, Ute B. (Hg.)(2014): Selbstbestimmung und Anerkennung sexueller und geschlechtlicher Vielfalt. Lebenswirklichkeiten, Forschungsergebnisse und Bildungsbausteine, Wiesbaden:Springer VS
- Trans-Ident e.V.** (o.J.): Standards of Care. Version 7, online unter: <http://www.trans-ident.de/informationen/162-standards-of-care-version-7> (Zugriff: 11.01.2017)
- Trautner, Hanns Martin** (1978): Lehrbuch der Entwicklungspsychologie. Band 1, Göttingen: Hogrefe
- Verein trans-evidence** (Hg.)(2014): Drei Jahre Altdorfer Empfehlungen. Eine Bilanz, Gersau: Verein trans-evidence
- Voß, Heinz-Jürgen** (2014): Zur Geschlechterdetermination. Gene und DNA sagen eben nicht die Entwicklung eines Genitaltraktes voraus, in: Schneider, Erik / Baltes-Löhr, Christel (Hg.) (2015): Normierte Kinder. Effekte der Geschlechternormativität auf Kindheit und Adolszenz, 2.Aufl. Bielefeld: transcript, S.149-167
- World Medical Association** (2016): ICD-11 Beta Draft. Joint Linearization for Mortality and Morbidity Statistics, online unter: <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f90875286?view=H3> (Zugriff: 11.01.2017)
- World Medical Association** (2015): WMA Statement on Transgender People, online unter: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/t13/> (Zugriff: 11.01.2017)
- World Professional Association for Transgender Health** (2012): Standards of Care. Versorgungsempfehlungen für die Gesundheit von transsexuellen, transgender und geschlechtsnicht konformen Personen, 7.Fassung, online unter: [http://www.wpath.org/site\\_page.cfm?pk\\_association\\_webpage\\_menu=1351&pk\\_association\\_webpage=4381](http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1351&pk_association_webpage=4381) (Zugriff: 11.01.2017)
- Wüsthof, Achim** (2014): Hormonbehandlung transsexueller Jugendlicher, in: Schneider, Erik / Baltes-Löhr, Christel (Hg.)(2015): Normierte Kinder. Effekte der Geschlechternormativität auf Kindheit und Adolszenz, 2.Aufl. Bielefeld: transcript, S.205-212

## Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den 26.01.2017