

Alexander Naß, Silvia Rentzsch,
Johanna Rödenbeck, Monika Deinbeck,
Melanie Hartmann (Hg.)

Empowerment und Selbstwirksamkeit von trans* und intergeschlechtlichen Menschen

Geschlechtliche Vielfalt (er)leben · Band II



Psychosozial-Verlag

Alexander Naß, Silvia Rentzsch, Johanna Rödenbeck,
Monika Deinbeck, Melanie Hartmann (Hg.)
Empowerment und Selbstwirksamkeit
von trans* und intergeschlechtlichen Menschen

Die Reihe »Angewandte Sexualwissenschaft« sucht den Dialog: Sie ist interdisziplinär angelegt und zielt insbesondere auf die Verbindung von Theorie und Praxis. Vertreter_innen aus wissenschaftlichen Institutionen und aus Praxisprojekten wie Beratungsstellen und Selbstorganisationen kommen auf Augenhöhe miteinander ins Gespräch. Auf diese Weise sollen die bisher oft langwierigen Transferprozesse verringert werden, durch die praktische Erfahrungen erst spät in wissenschaftlichen Institutionen Eingang finden. Gleichzeitig kann die Wissenschaft so zur Fundierung und Kontextualisierung neuer Konzepte beitragen.

Der Reihe liegt ein positives Verständnis von Sexualität zugrunde. Der Fokus liegt auf der Frage, wie ein selbstbestimmter und wertschätzender Umgang mit Geschlecht und Sexualität in der Gesellschaft gefördert werden kann. Sexualität wird dabei in ihrer Eingebundenheit in gesellschaftliche Zusammenhänge betrachtet: In der modernen bürgerlichen Gesellschaft ist sie ein Lebensbereich, in dem sich Geschlechter-, Klassen- und rassistische Verhältnisse sowie weltanschauliche Vorgaben – oft konflikthaft – verschränken. Zugleich erfolgen hier Aushandlungen über die offene und Vielfalt akzeptierende Fortentwicklung der Gesellschaft.

BAND 18

ANGEWANDTE SEXUALWISSENSCHAFT

Herausgegeben von Ulrike Busch, Harald Stumpe,

Heinz-Jürgen Voß und Konrad Weller

Institut für Angewandte Sexualwissenschaft

an der Hochschule Merseburg

Alexander Naß, Silvia Rentzsch, Johanna Rödenbeck,
Monika Deinbeck, Melanie Hartmann (Hg.)

Empowerment und Selbstwirksamkeit von trans* und intergeschlechtlichen Menschen

Geschlechtliche Vielfalt (er)leben – Band II

Mit Beiträgen von Till Amelung, Alexander Hahne,
Jonas Hamm, Michaela Katzer, Ants Kiel, Judith Linde-Kleiner,
Erik Meyer, Arn T. Sauer, Kerstin Schumann, K* Stern,
Ilka C. Weiß und Simon Zobel

Mit einem Grußwort von Anne-Marie Keding

Psychosozial-Verlag

Die Open-Access-Publikation wurde durch eine Förderung des Bundesministerium für Bildung und Forschung ermöglicht.

Dieses Werk ist lizenziert unter der Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 DE Lizenz (CC BY-NC-ND 3.0 DE). Diese Lizenz erlaubt die private Nutzung und unveränderte Weitergabe, verbietet jedoch die Bearbeitung und kommerzielle Nutzung.

Weitere Informationen finden Sie unter:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/de/>



Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z. B. Schaubilder, Abbildungen, Fotos und Textauszüge erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Originalausgabe

© 2019 Psychosozial-Verlag, Gießen

E-Mail: info@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlagabbildung: Grafik von Joshua Röbisch, 2019

Umschlaggestaltung & Innenlayout nach Entwürfen von Hanspeter Ludwig, Wetzlar

Satz: metiTEC-Software, me-ti GmbH, Berlin

ISBN 978-3-8379-2859-4 (Print)

ISBN 978-3-8379-7458-4 (E-Book-PDF)

ISSN 2367-2420 (Print)

<https://doi.org/10.30820/9783837974584>

Inhalt

Grußwort	7
Vorwort	9
Einblicke in die Trans*-Beratung Praxis, Haltung, Reflexion <i>Jonas Hamm & K* Stern</i>	15
Geschlechtliche Vielfalt in der Beratung und Bildungsarbeit Ein Praxisbericht aus Sachsen-Anhalt <i>Ants Kiel</i>	33
Trans* als Thema in der sachsen-anhaltischen Kinder- und Jugendhilfe Chronologie eines gelungenen Weges <i>Kerstin Schumann & Judith Linde-Kleiner</i>	47
Umgang mit Trans* in der Pflege <i>Ilka Christin Weiß</i>	63
Mehr Gesundheit für trans* Menschen – wo ist Handlungsbedarf? <i>Till Randolph Amelung</i>	81
Trans*Körper*Wahrnehmung. Auf die Haltung kommt es an! Projektbeispiel eines Posters mit Begleitheft zur ganzheitlichen Vor- und Nachbereitung einer Mastektomie <i>Alexander Hahne & K* Stern</i>	91

Mehr Akzeptanz! – Wünsche und Empfehlungen junger trans* Menschen in Bezug auf ihre Lebenssituation	107
<i>Erik Meyer & Arn T. Sauer</i>	
Sexuelle Grenzverletzungen – (k)ein Thema im Kontext von Intersexualität und Transsexualität?	127
<i>Michaela Katzer</i>	
Von Menschen und inter* Mäusen	143
Herausforderung Biotechnologie – Ein Essay	
<i>Simon Zobel</i>	

Grußwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

2017 ist ein einschneidendes Jahr für den gesamten LSBTTI-Bereich. Die Ehe für homosexuelle Paare ist in der Praxis angekommen. Das Gesetz tritt am 1. Oktober in Kraft, ein wichtiger Schritt für die Gleichstellung ist erreicht.

Neben diesem geschichtsträchtigen Signal vom Bundestag haben wir in Sachsen-Anhalt ebenfalls Zeichen gesetzt, indem wir zahlreiche Veranstaltungen auf dem Gebiet durchgeführt und begleitet haben. Große Beachtung fand beispielsweise die Wanderausstellung »Trans* in der Arbeitswelt«, die am 22. September 2017 im Landtag Sachsen-Anhalt eröffnet wurde und zugleich als Auftakt für den Kongress »Geschlechtliche Vielfalt (er)leben« gilt.

Noch immer erleben trans* und intergeschlechtliche Menschen vielfältige Formen der Diskriminierung. Aktuelle Studien zeigen, dass diese Diskriminierungen sich auch im Arbeitsalltag niederschlagen. Vermehrte Kündigungen, soziale Ausgrenzungen oder Verweigerung von Aufstiegschancen sind nur einige Beispiele der Benachteiligungen. Auch sind die Arbeitslosenraten und der Anteil an Erwerbsunfähigkeit laut internationalen Untersuchungen nach wie vor sehr hoch. Somit werden trans* Personen in hohem Maße strukturell benachteiligt – ein Umstand, der für mich als Gleichstellungsministerin des Landes Sachsen-Anhalt höchst bedenklich erscheint.

Ein wesentliches Anliegen der Zukunft stellt der Ausbau der medizinischen Versorgung dar. Erfreulicherweise werden in Mitteldeutschland bereits Angebote für trans* Personen vorgehalten. Ich bin froh, dass die Gruppe in zunehmendem Maße in den Fokus der Öffentlichkeit rückt.

Gleichwohl kann der aktuelle Zustand noch nicht befriedigen: Die medizini-

sche und psychosoziale Versorgung im ländlichen Raum ist nach wie vor verbesserungsbedürftig. Hier gibt es noch Nachholbedarf. Deshalb sind unterstützende Anlaufstellen, die neben einer Koordinierungsfunktion geeignete Beratungen, Aufklärungsarbeit und medizinische Versorgung anbieten, wünschenswert.

Geschlechtliche Vielfalt (er)leben: Ein Motto, das gegenwärtig einen Aufwärtstrend erlebt, da viele gesellschaftliche Wandlungsprozesse erfolgen und der Blick auf das Themenfeld »diversity« gelenkt wird. Dieser Kongressband legt die Vielschichtigkeit offen. Die hier präsentierten Forschungsergebnisse und Denkansätze sollen einen Beitrag leisten, die Öffentlichkeit für das Thema geschlechtliche Vielfalt zu sensibilisieren.

Ich danke den Autorinnen und Autoren, die mit diesem Kongressband Licht in die Vielfalt der Thematik gebracht haben.

Anne-Marie Keding
Ministerin für Justiz und Gleichstellung des Landes Sachsen-Anhalt

Vorwort

Liebe Leser*innen,

die meisten Menschen – vielleicht bisher auch Sie – gehen unhinterfragt davon aus, dass es nur zwei Geschlechter – nämlich Männer und Frauen – gibt. Völlig selbstverständlich wird angenommen, dass Menschen eindeutig an ihren körperlichen Merkmalen einzuordnen seien und dass dies von Natur aus gegeben sei. Daraus folgt, dass Jungen und Mädchen unterschiedliche Eigenschaften und Fähigkeiten zugeschrieben und in den allermeisten Gesellschaften unterschiedlich erzogen werden. Wir erwarten vor dem Hintergrund dessen, was wir täglich meinen beobachten zu können, dass Geschlecht eindeutig zu sein hat. Doch unsere Erwartungen sind zu hoch: Etwa eine von 2.000 geborenen Personen ist trans*, empfindet also das ihr bei der Geburt zugewiesene Geschlecht als nicht stimmig mit ihrem Sein. Allein für Mitteldeutschland ergibt sich statistisch eine Zahl von ca. 4.000 Menschen, die trotz scheinbarer körperlicher Eindeutigkeit nicht korrekt erkannt werden (Deutsch, 2016). Intersexualität – die geschlechtliche Uneindeutigkeit, für die die Medizin körperliche Ursachen finden kann – wird deutschlandweit bei etwa 1.700 Kindern pro Jahr diagnostiziert (Klöppel, 2016).

Noch immer haben trans* Menschen unnötige und erniedrigende Hürden zu überwinden, um ihren Vornamen und ihren Personenstand oder auch ihren Körper an ihr geschlechtliches Sein anpassen zu dürfen. Sie müssen sich auf der Basis einer Diagnosenummer aus dem psychiatrischen Bereich zwangsbegutachten lassen und den Gutachter*innen »beweisen«, dass sie Männer oder Frauen »sind« – eine Praxis, die Tür und Tor für die Geschlechterstereotype der Begutachtenden eröffnet. Steht die Diagnose dann nach demütigender Begutachtung fest, müssen die trans* Personen oft noch jahrelang mit ihrer Krankenkasse ringen,

um die für diese Diagnose *notwendigen* Leistungen *tatsächlich* zu erhalten – ein Zustand, den einige in einer sehr labilen Phase des sozialen Umbruches nicht bewältigen können. Die Suizidrate wird gerade in dieser Phase als deutlich erhöht eingeschätzt.

Was trans* Menschen nur mit viel Engagement bei der Beweisführung in Bezug auf ihr inneres Sein ermöglicht wird, wird intergeschlechtlichen Kindern und deren Eltern auch heute noch in den meisten Fällen aufgezwungen. Ohne Einwilligungsfähigkeit des Neugeborenen und gegenüber verunsicherten oder gar nicht informierten Eltern werden – auf der angeblichen Grundlage der Sorge um die Gesundheit des Kindes – medizinisch nicht notwendige Operationen an den inneren und äußeren Geschlechtsorganen vorgenommen, die im weiteren Lebensverlauf den Geschädigten erst tatsächliche physische Schmerzen und Einschränkungen sowie psychisches Leid bescheren. Diese genitalzuweisenden Operationen stellen einen nicht rechtfertigbaren Eingriff in das Menschenrecht der körperlichen Unversehrtheit – ähnlich dem Sterilisationsverbot für Minderjährige – dar. Zusätzlich wirkt das Schweigen der Ärzt*innen und der Eltern auf die Kinder häufig schwer traumatisierend, da mit diesem Schweigen ein grundsätzliches Vertrauen zu ihren Bezugspersonen für immer gebrochen wird. Die Politik bleibt ihrer Aufgabe des Schutzes gegenüber diesen Menschen seit Jahrzehnten fern und überlässt die Deutungshoheit alleinig der Medizin. Diese wiederum agiert streng nach willkürlich gesetzten Normwerten und schürt gegenüber den Eltern Ängste vermehrt auftretender Krebserkrankungen, wenn das Kind nicht operiert würde. Für diese prognostizierte Folge gibt es jedoch keinerlei statistische Belege, da passende Studien in repräsentativer Form nie vorlagen. Zugleich wird den Eltern bereits im Vorfeld die Schuld für spätere Komplikationen zugesprochen, sollten sie einer Operation nicht zustimmen. Somit wird fachliche Kompetenz zugunsten der Hybris ein »Halbgott in Weiß« zu sein deutlich überschritten.

Zugleich ist die Vielfältigkeit, mit der die Natur den starren Normwerten der Medizin immer wieder die Realität vor Augen führt, umso größer, je genauer man hinschaut. Man muss es nur wollen.

Neben den bereits beschriebenen Szenarien besteht für trans* und intergeschlechtliche Menschen in einigen Ländern zusätzliches Gefährdungspotenzial durch einen deutlichen Anstieg körperlicher Übergriffe. Wurden im Jahr 2009 weltweit 95 Morde an trans* Personen verzeichnet, stieg diese Zahl 2016 auf 325 an (TGEU, 2017).

Das Buch in Ihren Händen will für die Situation von trans* und intergeschlechtlichen Menschen sensibilisieren und versteht sich als gedankliches Ar-

beitsbuch. Es werden in diesem Band jedoch nicht die Repressalien von außen in den Blick genommen, sondern vielmehr werden gesellschaftliche Schwachstellen aufgezeigt. Ebenso wird aufgezeigt, wie trans* und intergeschlechtliche Menschen diesen Schwachstellen durch Empowerment(strukturen) entgegentreten und auf welche Weise sie in den letzten Jahren positive Selbstwirksamkeit erfahren haben.

Wir freuen uns, dass Sie zu diesem Magdeburger Tagungsband gegriffen haben und wünschen Ihnen ein erkenntnisreiches Lesevergnügen. Gern dürfen Sie die gewonnenen Einblicke mit anderen Menschen in Ihrer Umgebung teilen und auf diese Weise mehr Verständnis in die Welt tragen.

*Silvia Rentzsch und Alexander Naß
im Namen des gesamten Vorstandes
von Trans-Inter-Aktiv in Mitteldeutschland e. V.*

Weiterführende Informationen zu Trans* und Intergeschlechtlichkeit können Sie hier erhalten:

- rechtliche Regelungen zu Vornamens- und Personenstandsänderung: Transsexuellengesetz (TSG) (BMJV, 1980)
- bisherige und in Überarbeitung befindliche Behandlungsstandards: Richtlinie zur Behandlung und Begutachtung für Transsexuelle (Becker, 1997)
- neue Behandlungsleitlinie, die unter Mitwirkung von Selbstvertretungsgruppen entwickelt wurde (DGU et al., 2016)
- Entscheidung zur Abschaffung des Operationszwanges zur Erreichung eines anderen Personenstandes durch das Bundesverfassungsgericht (BVerfG, 2011)
- nationale und internationale Interessenverbände, die sich auf europäischer Ebene und bei den Vereinten Nationen für Menschenrechte und Nicht-Diskriminierung von Personen unterschiedlicher Geschlechter einsetzen: Bundesvereinigung Trans* (BVT*), Verein Intersexuelle Menschen (VIM), Deutsches Institut für Menschenrechte (DIMR) und verschiedene Netzwerke auf nationaler Ebene wie Transgender Europe (TGEU), International Intersex Organisation (IIO), International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (ILGA), Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (FRA)
- Yogyakarta-Prinzipien: 29 Artikel, die deutlich machen, dass es keiner neuen Konventionen zum Schutz vor Diskriminierung bedarf, sondern aufzeigen, wie Staaten auf Basis der bestehenden Grundrechte auf Gleichbehandlung vor dem Gesetz das Recht auf Leben, persönliche Sicherheit

- sowie den Schutz der Privatsphäre konsequent umsetzen und einhalten können (ILGA, 2017)
- Urteil des BAG, das feststellte, dass Trans* und Inter im allgemeinen Gleichstellungsgesetz (AGG) sowohl unter dem Merkmal sexuelle Identität als auch unter Geschlecht berücksichtigt werden müsse: BAG v. 21.02.1991 – 2AZR 449/90, EuGH v. 30.04.1996 – C-13/94 (Moritz, 2017)
 - Untersuchung unter Hebammen/Entbindungspflegern, Ärzt*innen und Standesbeamten zur Kenntnis über die bisherige Möglichkeit den Geschlechtseintrag bei Geburt offen zu lassen (DIMR, 2016)
 - Studien zu Unterstützungswünschen von trans* und intergeschlechtlichen Kindern und Jugendlichen (DIMR, 2016) und zur Situation auf dem Arbeitsmarkt (ADS, 2010)

Literatur

- ADS – Antidiskriminierungsstelle des Bundes (Hrsg.). (2010). Benachteiligung von Trans*-Personen, insbesondere im Arbeitsleben. http://www.transinterqueer.org/download/Publikationen/benachteiligung_von_trans_personen_insbesondere_im_arbeitsleben.pdf (07.09.2018).
- Becker, S., Bosinski, H. A. G., Clement, U., Eicher, W., Goerlich, T. M., Hartmann, U., Kockott, G., Langer, D., Preuss, W. F., Schmidt, G., Springer, A. & Wille, R. (1997). Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen. Standards der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft. <http://www.sexualmedizin-kiel.info/ANL15.pdf> (07.09.2018).
- BMJV – Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (Hrsg.). (1980). Transsexuellengesetz vom 10. September 1980 (BGBl. I S. 1654), das zuletzt durch Artikel 2 Absatz 3 des Gesetzes vom 20. Juli 2017 (BGBl. I S. 2787) geändert worden ist. <https://www.gesetze-im-internet.de/tsg/TSG.pdf> (07.09.2018).
- BVerfG – Bundesverfassungsgericht (Hrsg.). (2011). Beschluss des Ersten Senats vom 11. Januar 2011 – 1 BvR 3295/07 – Rn. (1–82). https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2011/01/rs20110111_1bvr329507.html (07.09.2018).
- Deutsch, M. (2016). Making it Count. Improving Estimates of the Size of Transgender and Gender Nonconforming Populations. *LGBT Health*, 3(3), 181–185.
- DGU – Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V., DGKCH – Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V. & DGKED – Deutsche Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie e.V. (Hrsg.). (2016). S2k-Leitlinie Varianten der Geschlechtsentwicklung. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/174-0011_S2k_Geschlechtsentwicklung-Varianten_2016-08_01.pdf (07.09.2018).
- DIMR – Deutsches Institut für Menschenrechte e. V. (Hrsg.). (2016). Gutachten: Geschlechtervielfalt im Recht. Status quo und Entwicklung von Regelungsmodellen zur Anerkennung und zum Schutz von Geschlechtervielfalt. Begleitmaterial zur Interministeriellen

- Arbeitsgruppe Inter- & Transsexualität – Band 8. Berlin. <https://www.bmfsfj.de/blob/114066/8a02a557eab695bf7179ff2e92d0ab28/imag-band-8-geschlechervielfalt-im-recht-data.pdf> (07.09.2018).
- ILGA – International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (Hrsg.) (2017). State-Sponsored Homophobia. A World Survey Of Sexual Orientation Laws: Criminalisation, Protection And Recognition. 12th Edition. https://ilga.org/downloads/2017/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2017_WEB.pdf (07.09.2018).
- Klöppel, U. (2016). Zur Aktualität kosmetischer Operationen »uneindeutiger« Genitalien im Kindesalter. https://www.gender.hu-berlin.de/de/publikationen/gender-bulletins/bulletin-texte/texte-42/kloepfel-2016_zur-aktualitaet-kosmetischer-genitaloperationen (07.09.2018).
- Moritz, K. (2017). § 123 BGB Rn. 50 In M. Herberger, M. Martinek, H. Rüßmann, S. Weth & M. Würdinger (Hrsg.), *juris Praxiskommentar BGB*. 8. Aufl. Juris: Saarbrücken.
- TGEU – Transgender Europe (2017). Trans Day of Remembrance (TDoR) 2017. Press Release. <https://transrespect.org/en/tmm-update-trans-day-remembrance-2017/> (07.09.2018).

Einblicke in die Trans*-Beratung

Praxis, Haltung, Reflexion

Jonas Hamm & K Stern*

Mit diesem Beitrag melden sich zwei Berater_innen zu Wort, die Peer-to-Peer-Beratung mit einem professionellen Hintergrund für trans* Personen¹, ihre An- und Zugehörigen sowie Fachpersonen anbieten.

Wir vereinen verschiedene Erfahrungshintergründe aus unterschiedlichen Settings in drei deutschen Großstädten. Wir kennen Beratung unter ehrenamtlichen, nebenberuflichen und hauptberuflichen Bedingungen, von Ultrakurzzeitinterventionen (Beratungsgespräche von 20 bis 30 Minuten Dauer in offener Sprechstunde einmal im Monat) bis hin zu der Möglichkeit, Beratungsreihen anzubieten und bei Bedarf in ambulante Hilfen nach SGB XII überleiten zu können.

Im Laufe der Jahre haben wir etwa 950 Personen beraten und begleitet, davon zwei Drittel bis drei Viertel trans* Personen sowie ein Viertel bis ein Drittel cis Angehörige, Eltern, Partner_innen, Kinder sowie Fachpersonal (Sozialarbeiter_innen, Therapeut_innen, Lehrer_innen etc.).

Zu Trans*-Beratung ist bisher im deutschsprachigen Raum noch wenig publiziert worden. Die erste Publikation kam von Fritz (2013). Fritz berichtet aus langjähriger Beratungserfahrung und schreibt als cis Person für andere cis Personen. Der Artikel fokussiert auf Haltung, insbesondere darauf, wie cis Beratende ihre eigenen verinnerlichten cis-normativen Einstellungen erkennen und bearbeiten können, um für trans* Ratsuchende ein Gegenüber zu werden, dem sie sich öffnen können (ebd.).

1 Wir orientieren uns an der Sprachregelung der Bundesvereinigung Trans* und verwenden »trans*« als Adjektiv, um Personen zu beschreiben, aber substantivisch, wenn es um Strukturen geht, in denen es um Trans* geht. Bsp.: *trans* Frau* aber *Trans*-Organisation*. Gleichmaßen verwenden wir Trans* als Oberbegriff, der das gesamte Spektrum von nicht-binären bis transsexuellen Identitäten beschreiben soll.

Im Jahr 2015 folgten Artikel von Günther (2015) und Meyer (2015). Günther positioniert sich selbst als trans* Person, führt jedoch nur wenig aus, wie diese Positionierung das Beratungsgeschehen beeinflusst, da auch sie mehrheitlich ein cisgeschlechtliches Publikum adressiert. Auch Günther fokussiert auf Haltung und gibt darüber hinaus pragmatische Tipps und Einsichten in die beraterrische und therapeutische Arbeit mit trans* Klient_innen. Meyer (2015) stellt das Konzept der trans*-affirmativen Beratung vor und beleuchtet die verschiedenen fachlichen Einflüsse von Gay Counselling bis zur Kritischen Psychologie, aus denen sich sein Ansatz bzw. seine Haltung speist.

Später folgte Schirmer (2017) mit einer theoretisch geprägten Ausarbeitung zur Eignung systemischer Ansätze für die Trans*-Beratung, in die auch seine_ihre eigenen Erfahrungen als Peer-Berater_in einfließen. Weiterhin wurde die erste Studie über Trans*-Beratung im deutschsprachigen Raum veröffentlicht: Focks und Kolleg_innen (2017) haben eine community-basierte Beratungsstelle für inter* und trans* Personen ein Jahr lang begleitet und ihre Arbeit qualitativ wie quantitativ beforscht. Dabei wurde der Aspekt der community-basierten Beratung (sprich: der Peer-Aspekt) gesondert untersucht und ausgewertet (Egener et al., 2017).

Darüber hinaus gibt es noch verschiedene weitere Publikationen im weiter gefassten Themenbereich, wie das *Policy Paper Beratung* der Bundesvereinigung Trans (BVT*, 2017), den Ratgeber *Intersektionale Beratung von/zu Trans* und Inter** (TIS, 2016) sowie einen Beratungsleitfaden des pro familia Bundesverbands (2016).

Mit diesem Beitrag wollen wir Interessierten praktische Einblicke in unsere Arbeit geben. Der Beitrag richtet sich sowohl an trans* Personen, die über einen Einstieg in die Peer-Beratung nachdenken, als auch an cis Personen, die fachlich mit dem Thema in Berührung kommen. Obgleich manche der beschriebenen Interventionen sich explizit auf ein Peer-Setting beziehen, sind auch viele Anregungen enthalten, die für jede_n Berater_in im Kontakt mit trans* Personen hilfreich sind. Wir beleuchten Aspekte von Fachlichkeit und Haltung und wie wir diese Hintergründe konkret in die Beratung überführen. Dabei stellen wir schlaglichtartige Einblicke in unsere Beratungspraxis zur Verfügung. Abschließend reflektieren wir über Bedarfe zur Qualitätssicherung von Trans*-Beratung.

Einblicke in Beratungspraxis und Haltung

In Kürze lassen sich unsere Beratungshaltung und -ansätze mit folgenden Schlagworten zusammenfassen: ein vielfältiges Verständnis von Geschlecht, Peer-Bera-

tung, professionalisiertes Setting und fachlicher Hintergrund, personenzentriertes Arbeiten, Körperorientierung, individuelle Lösungsfokussierung, Affirmation und Bedingungslosigkeit, Verantwortung belassen und empowern, queere Interpretationen, Ressourcenorientierung, aktivistische Beratung und kritische Transparenz.

Vielfältiges Verständnis von Geschlecht

In unseren Beratungen verdeutlichen wir, dass wir ein breites Verständnis von Geschlecht haben und alle Verortungen und Nicht-Verortungen im Geschlechtersystem gleichermaßen anerkennen.

Konkret bedeutet das zum Beispiel, traditionell gefasste Identitäten mit einem allumfassenden Transitionsbegehren (»Ich bin eine Frau im Körper eines Mannes und ich will >alles< tun um meinen Körper anzugleichen«) als individuellen Weg genauso zu unterstützen wie weit gefasste Suchbewegungen jenseits der Geschlechterbinarität von Menschen, die sich als genderqueere oder nicht-binäre trans* Person verstehen und schrittweise für sich prüfen, ob und wie sie ihre Körper ihrem Geschlechtsempfinden anpassen (vgl. auch Schirmer, 2017, S. 133).

In der Beratung kann die Arbeit mit dem Modell der »Genderbread Person« hilfreich sein (www.genderbread.org). Das Modell unterscheidet die menschliche Geschlechtlichkeit anschaulich in körperliche Merkmale und Anatomie, Geschlechtsidentität, Ausdrucksformen von Geschlechtlichkeit, Begehren und sexuelle Orientierung und erleichtert es Ratsuchenden ihr Transitionsbegehren konkreter zu benennen und zu differenzieren.

Darüber hinaus arbeiten wir mit einem nicht-pathologischen Bild von geschlechtlicher Vielfalt. Trans* zu sein ist für uns kein Ausdruck einer psychischen Störung, keine Abweichung von der Norm und darum auch nicht erklärungsbedürftig. Wir fragen niemals nach dem »Warum« – ob diese Vernachlässigung oder jenes Trauma in der Kindheit eine Transgeschlechtlichkeit ausgelöst haben könne –, so wie heute keine ernstzunehmenden Fachpersonen mehr fragen, wo Homosexualität herkomme. Sie ist da (vgl. Günther, 2015, S. 114; Schirmer, 2017, S. 135f.). Stattdessen arbeiten wir mit einem Menschenrechtsmodell. Die eigene Geschlechtsidentität auszuleben gehört in den Bereich der Persönlichkeitsrechte. Aus dieser Perspektive speist sich unsere Haltung, daraus leitet sich der Standard ab, den trans* Personen berechtigterweise von der Gesellschaft erwarten dürfen. Was dies konkret angewandt auf die Bereiche von Medizin und Recht, zwei Hauptthemen in der Beratung, bedeuten kann, haben zum Beispiel Hamm und Sauer (2014) und die Bundesvereinigung Trans* (BVT*, 2017) herausgearbeitet.

Peer-Beratung

In unserer Arbeit erleben wir es als gewinnbringend für das Beratungsgeschehen, dass wir als Berater_innen selbst trans* Personen sind bzw. von unseren Ratsuchenden als trans* – also als Peers – erlebt und wahrgenommen werden. Dieser Eindruck wird inzwischen auch durch erste Forschung untermauert. In der Begleitforschung zur Beratungsstelle Queer Leben (Focks et al., 2017) wurden die Nutzer_innen der Beratung im quantitativen Teil gefragt, ob es für sie wichtig war, dass ihre Berater_innen selbst trans* oder intergeschlechtlich waren und wenn ja, warum. Dies wurde von 82 Prozent mit »Ja« beantwortet (ebd., S. 2). Die Antworten auf die weitergehende Frage »Warum?« wurden von einer studentischen Projektforschungsgruppe gesondert ausgewertet und analysiert (Egener et al., 2017). Egener und Kolleg_innen arbeiteten dabei fünf Kategorien heraus:

- *fachliche Kompetenz*: Das (Erfahrungs-)Wissen der Berater_innen wird als lebensnah, relevant und glaubwürdig empfunden und als vertrauenswürdig als andere Informationen (ebd., S. 46ff.).
- *Empathie*: Ratsuchende fühlen sich verstanden und gehen, anders als bei cis Beratern, aufgrund der ähnlichen Lebenserfahrung auch davon aus, verstanden zu werden. Egener und Kolleg_innen verwenden hier das Schlagwort »Empathie statt Sympathie« (ebd., S. 49).
- *Beratungsbeziehung*: Das Wissen, einer Person mit ähnlicher Lebenserfahrung gegenüberzusitzen, schafft Vertrauen, Identifikation und ein Gefühl der Sicherheit bei den Ratsuchenden. Dies ermöglicht einen schnellen Aufbau der Beratungsbeziehung (ebd., S. 49f.).
- *Ermutigung und Vorbildfunktion*: Der_die Beraterin wird zum Vorbild bzw. Beweis für die Lebbarkeit von Transgeschlechtlichkeit: »Wenn er*sie das geschafft hat, dann schaff ich das auch« (ebd., S. 51).
- *Empowerment und politische Ebene*: Für Ratsuchende entsteht das Gefühl, nicht alleine zu sein und eine Community zu finden, was Gefühlen von Isolation und Machtlosigkeit entgegenwirkt (ebd., S. 52).

Die besondere Wirksamkeit der Beratung im Peer-Setting lässt sich beispielhaft wie folgt verdeutlichen:

In vielen Beratungsverläufen gibt es zu Beginn ein Moment, in dem die ratsuchende Person Zweifel äußert, »ob sie wirklich trans* sei«, Druck empfindet, noch keine für sie stimmige Bezeichnung für das eigene geschlechtliche Erleben gefunden zu haben, oder Sorgen äußert, dass An- und Zugehörige, Begleittherapeut_innen oder Gutachter_innen ihre Geschlechtsidentität nicht anerkennen

könnten, dass sie eventuell »nicht trans* genug« oder »zu alt« zum Transitionieren sei. Oftmals steht hier noch eine innere Erlaubnis aus, das eigene, individuelle Geschlechtszugehörigkeitsempfinden voll zu bejahen.

An dieser Stelle bietet sich folgende Intervention an: Der_Die Berater_in nimmt einen intensiven Augenkontakt mit der ratsuchenden Person auf und formuliert sinngemäß eine Variante der folgenden Sätze: »Wer *du* bist, das weißt und fühlst nur *du allein*, in deinem Kopf und in deinem Herzen. Das kann dir niemand von außen vorgeben und auch kein Mensch nehmen! Das weißt und fühlst nur *du*. Und es ist nie zu spät sich auf den Weg zu machen!«.

Wir erfahren in unseren Beratungen regelmäßig diese Momente, die sich in ihrer menschlichen Verbindung intim und fast »magisch« anfühlen und zuweilen Gefühle von tiefer Rührung und Gänsehaut bei beiden Beteiligten hervorrufen. Die meisten Ratsuchenden sind von diesem Peer-Feedback bewegt, fühlen sich zumindest etwas sicherer, bestärkt und autonomer auf ihrem eigenen Weg. Und eventuell anwesende An- und Zugehörige oder Betreuende reagieren regelmäßig mit Ehrfurcht vor der »tiefen, inneren Wahrheit« von Geschlechtszugehörigkeitsempfinden.

Professionalisiertes Setting und fachlicher Hintergrund

Bei aller Wirkmächtigkeit, die dem Peer-Aspekt innewohnt, ist es uns wichtig, eine deutliche Abgrenzung von professionalisierter Peer-Beratung zu klassischer Peer-to-Peer-Unterstützung, zum Beispiel Selbsthilfe, zu treffen. Denn Beratung ist nicht gleich Selbsthilfe. In der Beratung haben Klient_innen ein professionelles, fachlich qualifiziertes Gegenüber und es handelt sich um eine asymmetrische Beziehung. Wenn Klient_innen zu uns in die Beratung kommen, bringen wir zwar unsere Person mit all ihren Hintergründen in das Gespräch ein, es geht dabei aber nicht um uns. Der_die Klient_in profitiert von dem Peer-Aspekt der Beratung, ohne wie in der Selbsthilfe selbst Unterstützung zu leisten, ohne selbst *Peer* sein zu müssen. Als trans* Berater_innen stellen wir ausgewählte, wohlüberlegte Ausschnitte aus unserer Biografie zur Verfügung, um Vorbild und Projektionsfläche sein zu können. Die wichtigste Voraussetzung hierfür ist, die eigene Trans*-Biografie reflektiert und dabei auch vergangene Verletzungen verarbeitet zu haben (Günther, 2017; Focks et al., 2017). Ein Aspekt davon ist, dass sich für Peer-Berater_innen die Grenze von privat und persönlich verschiebt. Einige Teile unserer Biografien, wie die eigene Transgeschlechtlichkeit, sind jetzt noch eine persönliche Information, aber keine private mehr. Wichtig hierbei ist, diese Ent-

scheidung(en) bewusst zu treffen und sorgfältig auszuwählen, welche Ausschnitte der eigenen Biografie wir Klient_innen zur Verfügung stellen – und welche nicht.

Oder wie Dr. Tom, ein zeitreisender Psychotherapeut in der Serie *Being Erica*, es einmal formuliert hat: »Lektion eins: Du bist dein Klient. Lektion zwei: Du bist nicht dein Klient.«

Unsere Beratungsansätze speisen sich vor allem aus den Strömungen der systemischen Sichtweisen, der personenzentrierten Gesprächsführung und aus körperorientierten Psychotherapieformen.

Personenzentriertes Arbeiten

Die personenzentrierte Gesprächsführung mit ihrer bedingungslosen Wertschätzung und Akzeptanz von Identitäten, Suchbewegungen und Lösungsansätzen erleichtert uns mit ihrem folgenden, empathisch spiegelnden Gesprächsstil besonders den Bindungsaufbau und die Auftragsklärung zu Anfang der Beratung(sreihe). Sie eignet sich für uns darüber hinaus besonders bei Themen wie Selbstklärung der Geschlechtsidentität und Erkunden von Ambivalenzen rund um ein Coming-out. Für die ratsuchende Person klärt sich viel auf ihre eigene, organisch zu ihr passende Weise und die beratende Person bleibt mit Interventionen und eigenen Bewertungen im Hintergrund.

Körperorientierung

Das Beratungssetting ist traditionell als Ort des Sprechens angelegt. Gleichzeitig ist Trans*-Sein eine ur-körperliche Angelegenheit, verbunden mit mehr oder weniger starken, bewussten oder aus dem Bewusstsein ausgeblendeten Empfindungen und Gefühlen. Ein rein »verkopftes« Sprechen über das Körpererleben von Trans* ist oftmals nicht ausreichend. Dann erweitern wir das primär kopf- und gedankenorientierte Sprechen um die Perspektive bewusster Körperlichkeit.

Wir spiegeln besonders bereits gegangene Schritte und Ressourcen der Person, offensichtliche und ausgesprochene genauso wie für uns sich noch verdeckt mit im Felde befindende. Dabei fokussieren wir vor allem anhand der Körpersprache auf positive, die Person ziehende Gefühle und Empfindungen: Wo liegt Freude an der eigenen Körperlichkeit, aktuell oder in der Zukunft? Wo zieht es die Person hin? Wo sind Lust oder Zufriedenheit bereits jetzt im Körperausdruck zu spüren oder zu erahnen? Dies trägt als indirekte Intervention zur inneren Er-

laubnis bei, sich im eigenen Körper und in der eigenen Identität wohlfühlen zu dürfen, hilft bei der Entscheidungsfindung für den eigenen (Trans*-)Weg und vermittelt »Trans*-Normalität«.

Die indirekte Intervention lässt sich ausbauen zu direkten Fragen nach Körpererleben: *Wo genau im Körper* spürt die Person beispielsweise die Gewissheit und Erleichterung, von der im Gespräch die Rede war? Der Zugang zu diesem Körpererleben kann im nächsten Schritt ausgebaut werden, zum Beispiel zu einem »inneren Kompass« oder »Gefühlsbarometer«, der/das im Alltag der ratsuchenden Person zum Wegweiser für Entscheidungen werden kann; oder als verankerte, beruhigende oder stärkende Körperressource für eine Phase in der individuellen Transition, bis ein gewünschter körperlicher Zielzustand (endlich) erreicht ist. Ein Beispiel:

Eine nicht-binäre Person, minderjährig, weiblich zugewiesen, leidet massiv unter seinen_ihren Brüsten. Selbst wenn er_sie sofort aktiv mit der Suche nach einem Therapieplatz beginnt, ist regelmäßige kompetente Unterstützung mehrere Wochen bis Monate und eine dauerhafte Abhilfe (Mastektomie) noch mehrere Jahre entfernt. Die Person braucht Methoden zur Stabilisierung, auch um selbstverletzendem Verhalten vorzubeugen.

In der Beratung suchen wir nach der letzten Erinnerung, mit der er_sie ein gutes Körpergefühl verbindet. Er_sie nennt eine Faschings- oder Geburtstagsfeier in der Grundschule, kurz vor Einsetzen der körperlichen Pubertät, auf der er_sie als Pirat mit freiem Oberkörper verkleidet war. Wir explorieren das Körpergefühl, die Lust und Freude an einem glatten und flachen Brustprofil, das die Person für sich mit positivem Geschlechterleben verbindet, laden die Person ein, in das Körpergefühl hineinzutauchen. Im Anschluss suchen wir nach einer Geste, die den Piraten repräsentiert, um das Körpergefühl zu verankern und bei Bedarf wieder abrufen zu können. Wir vereinbaren, dass er_sie die Fotos von dieser Feier wiederfindet und ein Bild des Piraten von nun an im Geldbeutel als weiteren Anker bei sich trägt.

Als Berater_innen können wir darüber hinaus die Resonanz in unserem eigenen Körper und bei uns auftretende Gefühle und Empfindungen bewusst als Beratungsinstrument nutzen. Oftmals kommt es vor, dass Ratsuchende den Zugang zu eigenen Empfindungen blockiert oder gar innerlich abgeschnitten haben. Was wir für unser Gegenüber stellvertretend fühlen, versuchen wir zu explizieren und damit der ratsuchenden Person zur Verfügung stellen, wieder »fühlbar zu machen«.

Regelmäßige Beispiele sind auftretende Verärgerung oder Wut über Ungerechtigkeit im Zugang zu Versorgungsmaßnahmen, Traurigkeit und Hilflosigkeit

angesichts familiärer Diskriminierung, Scham und Schuld bis hin zu internalisierter Trans*-Feindlichkeit dem eigenen Identitätserleben gegenüber. Aber auch (zaghafte) Freude, Stolz und Glück über Körperveränderungen, positive Resonanz des Umfeldes auf die geschlechtliche Selbstbeschreibung und vieles mehr.

Wenn wir Abgeschnittenes und Vergessenes unterstützen wieder ins Bewusste zu kommen, ist es wichtig, insbesondere bei negativ erlebten Gefühlen und Empfindungen auf die Grenze bzw. den Übergang von einem Beraterischen in ein therapeutisches Setting zu achten. Wichtig ist, keine Emotionen freizusetzen, die den Rahmen des Beratungssettings sprengen. Die Faustregel für den_in die Berater_in: Löse möglichst nichts aus, was du nicht halten kannst!

Da diese Grenzen schnell erreicht sind, können körpertherapeutische Interventionen wie Erdungs- und Abgrenzungsübungen, Atem- und Achtsamkeitsübungen nur begrenzt und gelegentlich eingesetzt werden. Für intensivere körpertherapeutische Arbeit mit Entladungstechniken, Fantasiereisen, massagetherapeutischen Elementen sowie Rollenspielen ist ein Verweis auf entsprechende community-basierte Angebote sinnvoll (für einen Überblick zu körpertherapeutischen Richtungen, Grundlagen und Interventionen vgl. Thielen, 2014, S. 113f.).

Individuelle Lösungsfokussierung

In unserer Arbeit machen wir die Erfahrung, dass jeder Trans*-Weg auf seine Weise individuell und komplex ist, bisher keine Transition der anderen eins zu eins geglichen hat und es daher für jede Person individueller Lösungen bedarf: Eine Transition ist kein standardisiertes Abziehbild, das einfach kopiert und aufgeklebt werden kann.

Wir legen daher großen Wert auf eine gründliche Auftragsklärung zu Beginn der Beratung, in der wir versuchen die individuellen »Knackpunkte« und Besonderheiten der jeweiligen Transition zu erfassen. Diese berücksichtigen wir dann als Bausteine beim Finden der individuellen Lösung.

Angesichts der oftmals sehr begrenzten Beratungszeit, der Komplexität von Lebenssituationen und der oftmals hohen psychischen Belastung der Ratsuchenden, liegt die Krux in einer möglichst zügigen Auftragsklärung, damit ausreichend Restzeit zur Verfügung steht, um Lösungsräume zu explorieren. Wir versuchen hier die Zeit des Sprechens über das Problem zu minimieren und möglichst frühzeitig im Gespräch die Lösung in den Mittelpunkt zu stellen (vgl. auch Schirmer, 2017, S. 136).

Stets den Wunsch nach vereinfachten Transitions Umständen anerkennend versuchen wir Wünsche, Ziele, Ressourcen der Person zu fokussieren, heben hervor und bestärken, was schon (ansatzweise) gut funktioniert, und finden gemeinsam mit den Ratsuchenden heraus, wie sie in *kleinen* Schritten mehr von dem tun können, was ihnen hilft.

Gerade in Ultrakurzzeit-Beratungssettings einer offenen Beratungssprechzeit hilft uns dieses lösungsfokussierte Vorgehen ungemein.

Affirmation und Bedingungslosigkeit

Grundpfeiler unserer Haltung ist, affirmativ zu arbeiten und die geschlechtliche Selbstbeschreibung von Klient_innen bedingungslos anzuerkennen (vgl. Günther, 2015; Meyer, 2015). Das mag manchen Menschen banal und anderen revolutionär erscheinen, ist jedoch essenzielle Grundlage, um eine funktionierende Beratungsbeziehung aufzubauen. Günther beschreibt es sehr treffend mit den Worten: »[Ich kann] mit einem Menschen, der sich als Frau erlebt, darüber reden, welche Art von Frau sie ist oder sein wird und wie viel Weiblichkeit dazu gehört, aber nicht darüber, ob sie denn ein Mann wäre« (Günther, 2015, S. 117).

In der Praxis fängt es damit an, im Erstgespräch nach dem gewünschten Namen und Pronomen zu fragen und diese zu verwenden. Das kann auch bedeuten, eine Person mit »Anna« und »er« anzusprechen. Insbesondere wenn eine Person noch keinen passenden Namen für sich gefunden hat oder dieser noch nicht aussprechbar ist, kann es auch bedeuten, vorerst einen alten oder unpassenden Namen zu verwenden und freundlich zu signalisieren, für neue Namen offen zu sein – oder auch zu Beginn der nächsten Sitzung noch einmal nachzufragen. Es kann auch bedeuten, für eine Weile ohne Namen zu arbeiten oder gemeinsam verschiedene Namen über verschiedene Sitzungen auszuprobieren.

Bedingungslose Akzeptanz bedeutet auch, eigene Zweifel gegebenenfalls hintanzustellen und den gewählten Weg einer Person zu unterstützen, auch wenn er unnötig schwer erscheint. Es bedeutet freilich nicht, dass wir nicht auf alternative Wege hinweisen und Informationen dazu anbieten können.

Ein Beispiel: Natürlich kann ich mit einem trans* Mann, der im Erstgespräch erklärt, er wolle unbedingt eine Phalloplastik haben, dabei aber recht uninformiert scheint, auch über Alternativen sprechen, wie Epithesen, Metadoioplastiken, Packer oder keines von allem. Das ist aber erst möglich, wenn er die Gewissheit hat, dass ich ihn unterstützen werde und er seinen Wunsch nach einer Phalloplastik gegenüber seiner_m Berater_in nicht verteidigen muss. Dann erst

kann er den »Blumenstrauß« an Möglichkeiten betrachten und ich wiederum kann darauf vertrauen, dass er diesen Blumenstrauß mit Neugierde betrachten und für sich die passendste Option auswählen wird. Unsere Beratung zielt auf eine informierte Entscheidungsfähigkeit ab.

Anzuerkennen und als Peer-Berater_in mit auszuhalten, dass die Selbstfindung und das Navigieren auf dem eigenen Trans*-Weg kräftezehrend sein können, wird von den Ratsuchenden meistens als erleichternd empfunden und angenommen. Viele Ratsuchende sind erstaunt, dass sie in der Beratung nicht mit uns um Anerkennung kämpfen müssen.

Die wichtigste »Intervention« in unserer Arbeit ist die Selbstverständlichkeit, mit der wir unseren Klient_innen begegnen. Wir bieten ihnen die Erfahrung an, dass da ein Gegenüber sitzt, das auf die elementarste Enthüllung ihres Lebens, die vielleicht jahrzehntelang mit Angst besetzt war, mit Ruhe und Gelassenheit reagiert. Eine Person, die die zur Verfügung stehenden Optionen durchspricht, als ginge es um nichts Ungewöhnlicheres als das nächste Urlaubsziel. Und genau das ist für uns als Berater_innen auch der Fall. Normalisierung ist ein wichtiger Teil von Entpathologisierung. Dabei handelt es sich nicht mehr um ein bewusstes Tun, sondern um verinnerlichte Haltung und Routine.

Verantwortung belassen und empowern

Als Gegenentwurf zu einem medizinischen System, das trans* Personen die Fähigkeit abspricht, sich selbst zu definieren oder selbstbestimmt über körperverändernde Maßnahmen zu entscheiden, lassen wir in der Beratung die Verantwortung bei unseren Klient_innen oder geben sie auch aktiv zurück (vgl. auch Meyer, 2015, S. 78). So verweigern wir regelmäßig eine Antwort, wenn Klient_innen uns fragen: »Bin ich trans*?« Die Antwort lautet immer ungefähr so: »Das kann ich dir nicht sagen. Das kannst du nur selbst herausfinden. Aber ich kann dich gerne in dem Prozess begleiten und mit dir gemeinsam Fragen stellen.« Manchmal bietet sich auch ein Reframing an: »Wir arbeiten mit einem weit gefassten Trans*-Begriff. Wenn du dich mit deinem körperlichen Geschlecht nicht richtig anfreunden kannst, dann kannst du dich als trans* bezeichnen. Die Frage, die ich viel interessanter finde ist: ›Was möchtest du damit machen?«

Damit bewegen wir das Gespräch weg von der belastenden Ebene der großen Worte und gehen ins pragmatische Arbeiten. In der Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten (Name, Pronomen, Hormone, sozialer Rollenwechsel, Epilation, Operationen, rechtliche Schritte etc.) lassen sich (vorläufige) Wünsche und Zie-

le oft erstaunlich schnell klären, sodass sich die Frage »Bin ich trans*?« oft von selbst erledigt. Nebenbei wird ein binäres Konstrukt von Transsexualität aufgebrochen, in dem es nur zwei Möglichkeiten gibt (ganz oder gar nicht) und Raum geschaffen für ein pluralistisches Verständnis von Geschlecht.

Weiteres Empowerment liegt darin, Verantwortung und Entscheidungen immer wieder an die Klient_innen zurückzugeben – und sei es nur in kleinen Dingen: welchen Terminvorschlag eine Person annimmt, ob sie dieses oder jenes Infomaterial mitnehmen möchte, ob sie anruft oder eine Mail schreibt usw.

Queere Interpretationen

In unserer Arbeit helfen uns auch eine queere Haltung und Perspektive (vgl. Günther, 2015). Wir begreifen Trans* nicht als Störung, aber als häufig tabuisiertes Thema, das Minority Stress auslösen und – insbesondere, wenn verdrängt – auch andere psychische Begleitsymptome hervorrufen kann. Ein Fallbeispiel:

In die Beratung kommt eine Person im Rentenalter, männlich zugewiesen, langzeiterkrank mit einer langen »Psychiatriekarriere«. Sie berichtet, sie sei manisch depressiv und in ihren manischen Phasen kaufe sie Frauenkleider, gehe damit auf die Straße und in ihren depressiven Phasen beseitige sie die Kleidung wieder. Nun habe ihr Psychiater ihr empfohlen, in unsere Beratung zu kommen. Wir arbeiten im Gespräch heraus, dass sie auch in ihren nicht-manischen Phasen gerne Frauenkleidung tragen würde, das jedoch nie ausgelebt hat. Nur in den manischen Phasen »bricht es aus ihr heraus«, weil sie sich dann nicht mehr um gesellschaftliche Konventionen schert. Ihre Familie schätzt sie als unterstützend ein, sie würden auch einen »Rollenwechsel« mittragen, wenn es ihr dadurch besser ginge. Wir vereinbaren den Versuch, auch in einer nicht-manischen Phase weiblichere Kleidung in der Öffentlichkeit auszuprobieren. Beim nächsten Gespräch einen Monat später berichtet sie, ihre Krankheit habe sich stabilisiert und es gehe ihr besser als sonst. Sie zeigt uns stolz ihre roten Pumps, die sie in der Zwischenzeit gekauft hat und nun regelmäßig trägt.

An diesem Beispiel lässt sich verdeutlichen, wie eine queere Perspektive uns in der Beratungsarbeit hilft. Aus einer cis-normativen Perspektive blicken wir auf einen psychisch kranken Mann, der in wahnhaften/krisenhaften Verfassungen einen temporären Geschlechtsumwandlungswunsch entwickelt. In der offiziellen »Begutachtungsanleitung« der Krankenkassen wird das als *Transvestitismus*

oder *fetischistischer Transvestitismus* bezeichnet und gilt als Ausschlussdiagnose für Transgeschlechtlichkeit (MDS, 2009, S. 9). Und genau diese Perspektive hat dazu geführt, dass die Person jahrzehntelang immer wieder stationär psychiatrisch untergebracht werden musste.

Wir hingegen sehen eine Person, wahrscheinlich eine trans* Frau, die Begleitsymptome entwickelt hat. Ihre Wünsche und Impulse waren den Großteil ihrer Lebenszeit nicht lebbar und mussten weggeschlossen werden. Die manischen Phasen, in denen sie dennoch hervorgebrochen sind, dienten als Ventil. In dem Moment, da sie anfängt, ihre Wünsche auch in nicht-manischen Phasen umzusetzen, sinkt der Druck und die manischen Phasen reduzieren sich. Mit diesem Reframing ergibt ihre Situation Sinn. In dem Moment, in dem wir Räume aufmachen, sie willkommen heißen, ermuntern/ermutigen, entdramatisieren und sie einladen sich auszuprobieren, stabilisiert sich diese Person. Manchmal ist »Schuhe kaufen« eine machtvolle Intervention.

Ressourcenorientierung

In unseren Beratungen begegnen uns oft mehrfach belastete Ratsuchende. Viele kommen mit depressiven Episoden und/oder (sozialen) Ängsten im Gepäck in die Beratungsstelle. Die eigene Unsicherheit und Verzweiflung sind oftmals groß, der Selbstwert ist gering.

Wir suchen in *jedem* Beratungsgespräch nach Ressourcen der ratsuchenden Person – zur Bestärkung ihrer selbst und zur Unterstützung. Wir betonen bereits gewonnene Sicherheiten, bereits gegangene Schritte, gewonnene Verbündete auf dem Weg. Alles im Sinne Louise Reddemanns, »die Schale des Glücks so aufzufüllen, dass sie ein Gegengewicht bilden kann zur Schale des Unglücks« (Reddemann, 2001, S. 33).

Selbst wenn es scheinbar kaum positive Dinge zu finden gibt, so bleibt immer noch diese Feststellung: Die wichtigsten Schritte sind bereits gegangen, die Person muss sich nicht aufraffen und loslaufen, denn sie hat es bereits geschafft, Trans* für sich und vor mir als Thema zu benennen, hat einen Termin in der Beratungsstelle gemacht und ist tatsächlich seit ___ Minuten mit mir im Gespräch darüber. Sie befindet sich schon längst auf ihrem eigenen Weg. An dieser Stelle stimmen uns die meisten Ratsuchenden zu und reagieren mit einem kleinen erleichterten Lächeln.

Viele Ratsuchende leben im sozialen Rückzug und haben in ihrem Umfeld wenige bis keine Vertrauenspersonen, mit denen sie (gern) über ihr Trans*-Sein

sprechen (können). Als Peer-Berater_innen werden wir, wenn der Bindungsaufbau gelingt, schnell zu einer solchen Vertrauensperson. Es kommt vor, dass Ratsuchende an dieser Stelle das professionelle Peer-Setting mit einem Freundschaftsangebot verwechseln. Wir arbeiten gegen den sozialen Rückzug und ermuntern die Ratsuchenden, sich aktiv Hilfe zu holen, offene und hilfsbereite Menschen in ihrem Umfeld aufzuspüren und »zu sich ins Boot zu holen«, zuweilen ganz konkrete Unterstützung im Alltag zu erfragen. Auch hier gibt es eine Möglichkeit, selbst wenn die Person sozial isoliert lebt: Wir empfehlen den Besuch einer örtlichen Selbsthilfegruppe oder von einem Seminar für trans* Menschen, um Kontakt mit anderen trans* Menschen aufzunehmen und vielleicht zum ersten Mal im Leben die Erfahrung zu machen in einer Gruppe nicht »Freak« oder Außenseiter_in zu sein.

In manchen Fällen ist sogar ein Reframing des gesamten Trans*-Weges möglich: den eigenen Trans*-Weg als kraftgebende Ressource zu sehen, nach dem Motto »Wenn ich das Trans*-Sein geschafft habe, dann schaff ich ____ auch!« (Hahne & Stern, 2017, S. 11). Denn für viele Ratsuchende ist mit dem Erreichen ersehnter somatischer Maßnahmen und einer Vornamens- und Personenstandsänderung ihr Trans*-Weg gefühlt beendet. Wo es passend erscheint, öffnen wir den Blick für die Zeit danach. Hahne und Stern formulieren es in einer Broschüre an trans* Menschen feierlich:

»Du hast einen Weg hinter dir, auf dem du für dich selbst hingeschaut hast, wie die Dinge sind. Vielleicht hast du dich und deine Bedürfnisse gegen inneren und/oder äußeren Widerstand durchgesetzt. Du bist vielleicht durch Zeiten des Zweifels, der Ohnmacht und der Krise gegangen. Du bist für dich eingestanden, vor dir selbst und vor anderen. Wow. Was heißt das für dich und andere (krasse) Entscheidungen in deinem Leben? Wie bist du jetzt in der Welt? Wo willst du noch du selbst sein? Wo kannst du sonst noch für dich einstehen, hinaus in die Welt gehen und das umsetzen, was du machen willst oder worauf du Lust hast? Was steht für dich an bei Wahl_Familie, Ausbildung und Beruf, Freizeit, Beziehung, Sexualität? Was steht für dich als Nächstes an in deinem Leben?« (Hahne & Stern, 2017, S. 11)

Aktivistische Beratung

Aktivistisch zu beraten bedeutet für uns zum Beispiel mit unserer Kenntnis des Systems individuelle Schlupflöcher zum Wohle der Klient_innen zu finden. Beispielsweise kann das bedeuten über Hals-Nasen-Ohren-Ärzt_innen schneller eine

Heilmittelverordnung über Logopädie zu erwirken, statt lange Wartezeiten für einen Termin bei einer Trans*-Behandler_in auszuhalten.

Darüber hinaus heißt es auch für uns Feedback zu unseren Verweisen an örtliche Trans*-Behandler_innen einzufordern, um einen kritischen Beitrag für alle nachfolgenden Beratungen zu leisten (und wenigstens etwas wirksam zu sein).

Wir weisen Ratsuchende auch darauf hin, dass es Interessensverbände für trans* Menschen gibt, informieren über jeweils aktuelle aktivistische Strömungen und ermuntern Ratsuchende sich in der Community zu engagieren, zum Beispiel gemeinsam für Trans*-Rechte wirksam zu sein.

Kritische Transparenz geben

Um den Ratsuchenden Vertrauen zu ermöglichen, gehört zu unserer Beratungshaltung auch, dass wir uns den Ratsuchenden gegenüber möglichst früh aktiv positionieren, beispielsweise zum aktuellen Trans*-Versorgungssystem und zu Normen und politischen Strömungen innerhalb und außerhalb der Trans*-Community.

Wenn angemessen, stellen wir unseren Ratsuchenden zum Beispiel historische Hintergründe zum bestehenden medizinischen Transitionssystem zur Verfügung und beleuchten aus kritischer Distanz die Begutachtungsanleitung (MDS, 2009) oder das Verfahren zur Vornamens- und Personenstandsänderung nach dem Transsexuellengesetz (TSG). Wir thematisieren Ausnahmen und zeigen kreative Möglichkeiten des Umgangs mit den gegebenen Strukturen auf. Darüber hinaus informieren wir über aktuelle Entwicklungen im medizinischen, rechtlichen oder politischen Bereich (vgl. Hamm, 2017).

Denn auch wir Peer-Berater_innen werden zu Beginn der Beratung von den Ratsuchenden auf unsere Haltung getestet. So kommt es öfters vor, dass sich Ratsuchende mit einem stereotypen Trans*-Narrativ vorstellen, aus Sorge bestimmte geschlechtliche Normen erfüllen zu müssen. Diese Ratsuchenden legen erst im Beratungsverlauf ihre eigentlichen, von ihnen selbst vor dem Hintergrund der vermeintlichen Norm als ungewöhnlich wahrgenommenen, individuellen Wünsche offen. Konkret kann sich das ausdrücken in einem leichten Zögern, einem prüfenden Blick oder in der Aussage, dass eine bestimmte somatische Maßnahme heute nicht angestrebt würde oder definitiv später – je nachdem, welche Norm die ratsuchende Person auf uns Berater_innen projiziert (ebd.). Daher formulieren wir in unserem Eröffnungsteil der Beratung Sätze wie »... und an Themen in der bunten, weiten Trans*-Welt ist mir nichts fremd oder unangenehm. Alles,

was an Themen hier von dir besprochen werden möchte, ist herzlich willkommen!«

Vergleichbar mit Phänomenen in therapeutischen Settings werden auch wir oft mit einem ersten Testthema auf unsere Haltung geprüft, bevor das wirkliche Beratungsanliegen zutage kommt. Und so manches Mal blitzt das eigentliche Thema kurz vor Ende der Beratungsstunde auf, wenn sicher ist, dass die restliche Zeit nicht mehr ausreicht, um es zu besprechen. Hier reichen wir den Ratsuchenden die Hand und bieten einen Folgetermin an.

Qualität im Spannungsfeld zwischen Anspruch und Ressourcenmangel

In unserer Arbeit bemühen wir uns um angemessene Qualitätssicherung; durch regelmäßige Super- und Intervision in der Beratungsstelle, Vernetzung in die Versorgungslandschaft vor Ort und durch überregionalen Austausch mit anderen Beratungsstellen und Trans*-Netzwerken.

Letzterer ist besonders hilfreich, weil sich oftmals erst auf diese Weise regionale Besonderheiten des Transitionssystems vor Ort aufdecken lassen. Die Erfahrung zeigt, dass eine Vorgehensweise, die in der einen Stadt gang und gäbe ist, in einer anderen oft als »unfachlich bis regelwidrig« betrachtet wird und umgekehrt. Gerade in komplexen, hochverdichteten oder seltenen Fällen sind kollegiale Fachanfragen und Fallberatung zwischen Beratungsstellen und Beratern wichtig und hilfreich, zum Beispiel bei Themen wie Transition in der Bundeswehr oder im Strafvollzug, Mehrfachdiskriminierung oder im Kontext von Migration, Flucht und Asyl.

Gleichermaßen wichtig ist die Vernetzung innerhalb der Versorgungslandschaft vor Ort: regelmäßiger Austausch mit Psychotherapeut_innen die Begleittherapie anbieten, Gutachter_innen, Ärzt_innen für die endokrinologische Versorgung, Chirurg_innen, Logopäd_innen und anderen. In einigen deutschen Großstädten gibt es interdisziplinäre Qualitätszirkel mit Beteiligung von Trans*-Berater_innen bzw. Zirkel, die von Trans*-Berater_innen mitbegründet wurden. An anderen Qualitätszirkeln nehmen örtliche Trans*-Berater_innen (noch?) nicht teil. Der persönliche Austausch und die Beziehungspflege mit relevanten Versorger_innen vor Ort ist oft sehr hilfreich, weil Trans*-Berater_innen damit eine Brückenfunktion zwischen Versorgungssystem und Community einnehmen (vgl. Focks et al., 2017, S. 4). So können wir einerseits im Zweifelsfall schnelle Hilfe für komplexe Anliegen organisieren und andererseits kontinuierlich

lich sensibilisierend in das Versorgungssystem hineinwirken. Außerdem bitten wir unsere Ratsuchenden explizit um Rückmeldung zu den Versorgungserfahrungen, die sie machen, und speisen dieses Wissen wieder in unsere Expertise und Verweise ein.

Oft ist es in der alltäglichen Beratungsarbeit schwierig dem eigenen Qualitätsanspruch gerecht zu werden. Denn die drei Settings in den drei Städten, in denen wir arbeiten, haben eine Gemeinsamkeit: Die Angebote sind deutlich überlastet. Die Wartezeiten für ein Erstgespräch liegen in der Regel zwischen vier bis sechs Wochen, Wiederholungstermine können meist nur alle vier Wochen angeboten werden. Oftmals fehlen zeitliche (und finanzielle) Ressourcen für umfangreiche Qualitätssicherung in Form von trans*-spezifischen Supervisionen. Für diesen Mangel sehen wir mehrere Ursachen:

Erstens ist Trans*-Beratung als eigenes Feld noch relativ neu und es werden bisher nur einige wenige Pilotprojekte finanziell gefördert. Nach Schätzungen der Bundesvereinigung Trans* (BVT*, 2018) beträgt die Summe aller bezahlten Stellen für Trans*-Beratung in Deutschland nicht mehr als sechs Vollzeitstellen, während der Bedarf auf eine Stelle pro eine Million Einwohner, also etwa 80 Vollzeitstellen beziffert wird (ebd.).

Zweitens ist Trans*-Beratung in aller Regel komplexer als beispielsweise Beratung zu schwul-lesbischen Fragestellungen. In der Trans*-Beratung kommen Fragestellungen der sexuellen Orientierung oftmals zu Fragestellungen der geschlechtlichen Identität hinzu – neben fachlichen Fragestellungen zum Transitionssystem, dessen allgemeinen und spezifischen Regeln, Verquickungen von Recht und Medizin und natürlich den regionalen Anbieter_innen vor Ort sowie deren ganz spezieller Auslegung der theoretisch allgemeingültigen Regeln. Meistens liegt bei den Ratsuchenden eine psychische Belastung vor, sodass oft Stabilisierungsmaßnahmen zur Fachberatung hinzukommen und in Einzelfällen auch eine akute Krisenintervention notwendig ist. Selbst bei psychisch weniger belasteten und gut informierten Ratsuchenden, ist eine Beratung zu Transitionsanliegen in aller Regel nicht innerhalb von Einzelterminen zu bewerkstelligen.

Drittens ist die »Regelstruktur«, also fest etablierte Beratungsstellen zu allgemeineren Themenbereichen, in der Regel nur unzureichend auf trans* Ratsuchende sensibilisiert, was dazu führt, dass diese dort (unabsichtlich) diskriminierendes Verhalten erfahren: Viele trans* Personen gehen (zu Recht) davon aus, in einer nicht-spezialisierten Beratungsstelle nicht in ihrer geschlechtlichen Identität respektiert zu werden (BVT*, 2017, S. 17f.). Das schafft ein großes Misstrauen gegenüber der regulären Versorgungslandschaft und sorgt dafür, dass die trans*-spezifische Stelle zur allumfassenden psychosozialen Beratungsstelle wird: für

Sucht, Familie, Erziehung, Behinderung, Therapie, Flucht, rechtlichen Fragen etc. (vgl. Schirmer, 2017, S. 136f.).

Dies führt zu einer absoluten strukturellen Überforderung der trans*-spezifischen Strukturen. Dagegen bräuchte es einerseits den kontinuierlichen Ausbau von Trans*-Beratungseinrichtungen und Qualitätssicherung und andererseits die flächendeckende Sensibilisierung der regulären Versorgungslandschaft: damit beispielsweise ein trans* Mann, der schwanger werden möchte, ohne Angst vor Diskriminierung in eine Schwangerschaftsberatungsstelle gehen kann, anstatt die Thematik mit einer_m unzureichend über Schwangerschaften informierten Trans*-Berater_in zu erörtern; damit Trans*-Berater_innen guten Gewissens an die Regelstrukturen verweisen können, statt selbst in die Überforderung zu gehen; d. Damit trans* Personen den gleichen Zugang zur psychosozialen Versorgung haben wie die restlichen 82 Millionen Menschen in Deutschland auch.

Literatur

- BVT* – Bundesvereinigung Trans* (2016). *Policy Paper Recht. Paradigmenwechsel. Zum Reformbedarf des Rechts in Bezug auf Trans**. Berlin: Eigenverlag.
- BVT* – Bundesvereinigung Trans* (2017). *Policy Paper Beratung. Trans*Beratung. Zum Reformbedarf der Beratung in Bezug auf Trans**. Berlin: Eigenverlag.
- BVT* – Bundesvereinigung Trans* (2018). Situation of trans* people in Germany. 3rd cycle Universal Periodic Review. Germany UPR 2018 – Advocacy Sheet. https://www.bv-trans.de/wp-content/uploads/2018/04/BVT_2018_UPR_Advocacy-Sheet-2.pdf (10.05.2018).
- Egener, K., Kempe, J. & Rewald, S. (2017). Der Ansatz der community-basierten Beratung. In Schwulenberatung Berlin (Hrsg.), *Ich fühlte mich verstanden und das ist alles, was zählt* (S. 46–52). Berlin: Eigenverlag.
- Focks, P., Nachtigall, A., Egener, K., Kempe, J. & Rewald, S. (2017). Wissenschaftliche Begleitforschung zum Pilotprojekt »Inter* und Trans* Beratung QUEER LEBEN«. In Schwulenberatung Berlin (Hrsg.) *Ich fühlte mich verstanden und das ist alles, was zählt* (S. 6–64). Berlin: Eigenverlag.
- Fritz, V. (2013). Infrage gestellt. Dekonstruktive Aspekte psychosozialer Beratung und Therapie von Menschen mit einer Trans*identitätsthematik. *Gestalttherapie*, 27(1), 135–147
- Günther, M. (2015). Psychotherapeutische und beratende Arbeit mit Trans*Menschen. Erfahrung, Haltung, Hoffnung. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 47(1), 113–124.
- Günther, M. (2017). Perspektivenwechsel in der community-basierten Beratung. In Schwulenberatung Berlin (Hrsg.) *Ich fühlte mich verstanden und das ist alles, was zählt* (S. 64–65). Berlin: Eigenverlag.
- Hahne, A. & Stern, K. (2017). Trans*Körper*Wahrnehmung – Ressourcen rund um die Mastektomie. Begleitheft zum Poster Trans*Körper*Wahrnehmung – Körperübungen vor/nach deiner Mastektomie. Hamburg: Eigenverlag.

- Hamm, J. A. (2017). Kritische Transparenz als Element der Beziehungsgestaltung. In Schwulenberatung Berlin (Hrsg.) *Ich fühlte mich verstanden und das ist alles, was zählt* (S. 62–63). Berlin: Eigenverlag.
- Hamm, J. A. & Sauer, A. T. (2014). Perspektivenwechsel. Vorschläge für eine menschenrechts- und bedürfnisorientierte Trans*-Gesundheitsversorgung. *Zeitschrift für Sexu-alforschung*, 27(1), 4–30.
- MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (Hrsg.). (2009). *Grundlagen der Begutachtung. Begutachtungsanleitung. Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität*. Essen: Eigenverlag
- Meyer, E. (2015). Trans*affirmative Beratung. *Psychosozial*, 38(2), 71–86
- Pro familia Bundesverband (2016). *Psychosoziale Beratung von inter* und trans* Personen und ihren Angehörigen. Ein Leitfaden*. Frankfurt a. M.: Eigenverlag.
- Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schirmer, U. (2017). Trans*Beratung im systemischen Kontext. *Kontext*, 48(2), 124–139.
- Thielen, M. (2014). Körperpsychotherapie heute. Theorie – Praxis – Anwendungsgebiete. In Eberwein, W. & Thielen, M. (Hrsg.), *Humanistische Psychotherapie. Theorien, Methoden, Wirksamkeit* (S. 113–133). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- TIS – Netzwerk Trans*-Inter*-Sektionalität (Hrsg.). (2016). *Intersektionale Beratung von/zu Trans* und Inter. Ein Ratgeber zu Transgeschlechtlichkeit, Intergeschlechtlichkeit und Mehrfachdiskriminierung*. Berlin: Eigenverlag.

Die Autor_innen

Jonas Hamm ist systemischer Berater, Geschlechter- und Sexualwissenschaftler (letzteres erst 2019) und arbeitet seit 2013 in der Beratung mit trans* Personen und ihren Angehörigen, zuerst als Ehrenamtler in Bremen und seit 2015 hauptamtlich in Berlin.

K Stern* ist Heilpraktiker*in für Psychotherapie, Körpertherapeut*in, gibt Workshops, Seminare und Fortbildungen zu den Themen Trans*, Körper und Sexualität und arbeitet seit 2016 in der Beratung mit trans* Personen und ihren Angehörigen in Beratungsstellen in Hamburg sowie in Bremen.

Geschlechtliche Vielfalt in der Beratung und Bildungsarbeit

Ein Praxisbericht aus Sachsen-Anhalt

Ants Kiel

Vorwort

Mit der Profilierung zum Fachzentrum für geschlechtlich-sexuelle Identität im Jahr 2011 rückte für das Begegnungs- und Beratungs-Zentrum (BBZ) »lebensart« e. V.¹ in Halle (Saale) die geschlechtliche Vielfalt noch mehr in den Fokus der Angebote und Aktivitäten. Unsere professionellen Schwerpunkte waren bis dahin die Bildungsarbeit und Beratung zu sexuellen Orientierungen und nicht-heterosexuellen Lebensweisen. Seit dem Jahr 2011 bietet das BBZ »lebensart« e. V. Beratung für trans- und intergeschlechtliche Menschen und weitere Zielgruppen an. Der Beitrag legt nach einer Einführung in geschlechtliche Vielfalt Themen dar, die dabei im Mittelpunkt stehen, und klärt auf, was »Lotsen durch die Transition« bedeutet. Zudem werden unsere Gruppen vorgestellt sowie die Profilierung der Beratungs- und Unterstützungsangebote erläutert. Im dritten Teil des Beitrages steht die Bildungs- und Aufklärungsarbeit des BBZ »lebensart« e. V. zu geschlechtlicher Vielfalt für verschiedene Zielgruppen im Fokus. Nach einer Einführung in die Ziele und Rahmenbedingungen werden die Inhalte und Methoden sowie die Erfahrungen bei unseren Bildungsveranstaltungen dargelegt.

Einführung in geschlechtliche Vielfalt

Um transparent zu machen, auf welche thematischen Grundlagen und fachlichen Positionen wir uns beziehen, werden im Folgenden Informationen zu den Ebenen

1 Aktuelle Informationen: www.bbz-lebensart.de

geschlechtlich-sexueller Vielfalt vorgestellt, die wir im Zuge unserer langjährigen Arbeit in dieser Zusammenstellung entwickelten. Geschlechtliche und sexuelle Vielfalt lässt sich in fünf grundlegende Komponenten kategorisieren:

- *biologisch-körperliches Geschlecht*: Gesamtheit der körperlichen Merkmale anhand derer eine geschlechtliche Zuordnung stattfindet: Chromosomen, Hormone, Keimdrüsen, innere und äußere Geschlechtsorgane, sekundäre Geschlechtsmerkmale (z. B. Körperbehaarung oder Brustwachstum)
- *seelisches Geschlecht*: das empfundene, innerlich erlebte Geschlecht eines Menschen
- *soziales Geschlecht*: Verhaltens- und Ausdrucksweisen, die Geschlechtern zugeschrieben sowie Rollenerwartungen, die an einen Menschen aufgrund dessen (zugeordneten bzw. wahrgenommenen) Geschlechts gestellt werden
- *sexuelle Orientierung*: Auf welches Geschlecht richtet sich das sexuelle und emotional-romantische Begehren eines Menschen? (Hetero-, Bi-, Pan- und Homosexualität, Asexualität)
- *sexuelle Vorlieben*: Präferenzen, die zentral für die Sexualität eines Menschen sind

Der Begriff »Identität« wird in Bezug auf diese Ebenen von uns im einfachen Sinne verwendet: Wie bin ich, was bin ich, wer bin ich? Dinge, die im Leben eines Menschen gleich bleiben und eine Konstante darstellen, darf jemand mit Begriffen kategorisieren – er muss dies aber nicht, da es auch Entwicklungen und Veränderungen in vielen Bereichen des persönlichen Lebens geben kann.

Inter- und transgeschlechtliche Menschen sind, bedingt durch gesellschaftliche Normen, in unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen weiterhin massiven Benachteiligungen und Diskriminierungen ausgesetzt. Sie können ihre geschlechtliche Entwicklung und Identität oft nicht selbstbestimmt und ohne Angst leben. Mangelnde Aufklärung zum Beispiel in Bildungseinrichtungen behindert zudem bislang ihre Anerkennung.

Unter dem Mantel der Tabuisierung und gesellschaftlichen Normierungen von Geschlecht sind Intersexuelle unsichtbar gemacht worden und ihnen ist zum Teil schweres Leid an Körper und Seele zugefügt worden. Von der Medizin wurden diese Varianten des biologischen Geschlechts schon vor langer Zeit zur »Störung« erklärt. Intersexuelle waren und sind häufig im frühen Kindesalter geschlechtsverändernden Eingriffen ohne medizinische Notwendigkeit ausgesetzt. Ein gesetzliches Verbot solcher medizinischen Eingriffe an intergeschlechtlichen Kindern ist in Deutschland bislang nicht umgesetzt. Nicht lebens- oder gesundheitsnotwendige medizinische Eingriffe ohne informierte Einwilligung nehmen

intergeschlechtlichen Menschen das Recht, über ihren Körper, ihre Geschlechtlichkeit und Sexualität selbst zu bestimmen. Zudem ist Intergeschlechtlichkeit aufgrund der Zwei-Geschlechter-Norm in vielen gesellschaftlichen Bereichen bislang stark tabuisiert.

Erst in den letzten Jahren sind vor allem durch die Bemühungen der Organisationen von Intersexuellen und die Stellungnahme des Deutschen Ethikrates im Jahre 2012 Entwicklungen in Richtung entstigmatisierender Aufklärung, akzeptierender Beratung, menschenrechtskonformer Maßnahmen in Medizin und der Anerkennung im Recht in Gang gekommen. Die seit 2016 gültige kindermedizinische Leitlinie »Varianten der Geschlechtsentwicklung« und das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 10.10.2017 zur Neuregelung des Personenstandsrechts sowie die im Dezember 2018 erfolgte Einführung des Geschlechtseintrages »divers« sind Meilensteine für Selbstbestimmung und Anerkennung intergeschlechtlicher Menschen.

Ob es in naher Zukunft zu weitgehenden Vereinfachungen im Personenstandsrecht kommt, von denen auch nicht-binäre Personen (die sich weder als Mann noch als Frau empfinden und identifizieren) profitieren würden, ist derzeit offen. Die Ergänzung des Personenstandsgesetzes 2018 könnte ein Türöffner sein.

Für transgeschlechtliche Menschen ist der Zugang zu Maßnahmen der medizinisch-körperlichen und rechtlichen Geschlechtsangleichung mit hohen Hürden verbunden. Als zäh erweist sich in Deutschland auch die Änderung von Richtlinien und Gesetzen, die trans* Menschen nicht als krank einordnen sowie einen selbstbestimmten und niedrigschwiligen Zugang zur Transition gewährleisten. Immerhin hat die WHO im Entwurf des ICD-11 transgeschlechtliche Menschen nicht mehr als seelisch gestört eingestuft. Im neuen Abschnitt »Conditions related to sexual health« wird unter »Gender incongruence« die ausgeprägte und beständige Nichtübereinstimmung zwischen dem erlebten und dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht als die Gesundheit gefährdend eingeordnet (WHO, 2018). Allerdings soll das ICD-11 erst 2022 in Kraft treten.

Dagegen scheint das Transsexuellengesetz (TSG), welches die Vornamens- und Personenstandsänderung regelt, trotz »Löchern« (durch Urteile des Bundesverfassungsgerichts) in Stein gemeißelt. Betroffene empfinden das teure und langwierige gerichtliche Verfahren mit zweifacher Begutachtung häufig als Demütigung und unzumutbare Fremdbestimmung. Aktuelle Gutachten im Auftrag der Bundesregierung kommen zu dem Ergebnis, dass das TSG nicht den grund- und menschenrechtlichen Standards entspricht, und schlagen weitgehende gesetzliche Vereinfachungen vor. Allerdings hat das Bundesverfassungsgericht 2017

die Begutachtungspraxis für zumutbar erklärt. Zudem erleben trans* Personen in besonderem Maße gesellschaftliche Diskriminierung und Gewalt, sei es in der Familie, am Arbeitsplatz oder in Alltagssituationen. Noch immer ist das Coming-out als transgeschlechtlich ein schwieriger Prozess, der oft mit Ängsten vor Zurückweisung verbunden ist.

Das soziale Geschlecht meint zum einen das, was unabhängig von biologischen Gegebenheiten als feminin/weiblich oder maskulin/männlich wahrgenommen wird: Figur, Kleidung, Frisur, Körperschmuck, Verhaltensweisen, Sprach- und Umgangsformen, Tätigkeiten, Berufe. Geschlechterrollen spielen in allen Kulturen eine wichtige Rolle, sind aber nicht überall gleich definiert. Das soziale Geschlecht ist nicht »naturgegeben«, sondern ein kulturelles Produkt und beinhaltet zudem, wie Menschen ihr geschlechtliches Selbstverständnis ausdrücken.

Männer haben in Deutschland gegenüber Frauen eine im Durchschnitt um vier bis fünf Jahre geringere Lebenserwartung (Statistisches Bundesamt, 2018). Der Blick in einige Erziehungsinstanzen oder auch Fernsehkanäle und die Spielwarenabteilung mancher Geschäfte verweist Kinder schon frühzeitig in geschlechtergetrennte Sparten. Traditionelle Geschlechterrollen, ihre Bindung an das biologische Geschlecht und damit verbundene Erwartungen engen Menschen in ihren Erlebnis- und Entwicklungsmöglichkeiten ein.

Aus der Lebenssituation von inter- und transgeschlechtlichen sowie nicht-binären Menschen, der mangelnden Aufklärung und Anerkennung in der Bevölkerung zu geschlechtlicher Vielfalt sowie aktuellen gesellschaftspolitischen Entwicklungen ergibt sich der Bedarf an Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung sowie Bildung und Aufklärung.

Beratung und Unterstützung zu geschlechtlicher Vielfalt

Zu Fragen und Problemen rund um die geschlechtlich-sexuelle Identität bietet das BBZ »lebensart« e. V. persönliche, telefonische und E-Mail-Beratung an. Diese richtet sich insbesondere an homo- und bisexuelle, trans- und intergeschlechtliche Menschen sowie an Eltern, weitere Zugehörige, Schulen, Einrichtungen und Behörden. Als Standards für die Beratungen gelten Schweigepflicht und Vertraulichkeit. Wir nehmen uns Zeit für die Ratsuchenden und orientieren uns an einem nicht-direktiven, systemischen Beratungsansatz. Durchgeführt wird die Beratung von qualifiziertem Fachpersonal (Diplom-Pädagoge, Teilnahme an vielen Fortbildungen zu geschlechtlicher Vielfalt), welches selbst einen persönlichen Bezug zu geschlechtlich-sexueller Vielfalt hat und sich dadurch besser in die Lebenssitua-

tion der Ratsuchenden hineinversetzen kann. Unsere systemische Fachberatung möchte Selbstbestimmung und Selbstermächtigung der Ratsuchenden fördern. Sie umfasst medizinische, rechtliche und psychosoziale Aspekte.

Die Schwerpunkte unserer Beratungsangebote zu geschlechtlicher Vielfalt sind:

- Menschen, die sich zu Geschlecht und Geschlechtsidentität informieren und austauschen wollen
- Intergeschlechtlichkeit (Selbstfindung, medizinische Eingriffe, Lebenssituation, psychosoziale Probleme, Reaktionen des Umfeldes und Umgang damit, Diskriminierung)
- Transgeschlechtlichkeit, nicht-binäre Geschlechtsidentität, Transvestitismus (Selbstfindung, Lebenssituation, psychosoziale Probleme, Reaktionen des Umfeldes und Umgang damit, Diskriminierung, rechtliche und medizinische Vorgaben und Möglichkeiten im Rahmen der Transition)

Dies sind Themenbereiche, die andere Beratungsstellen in Sachsen-Anhalt aufgrund fehlender Kompetenzen und Kapazitäten sowie anderer Schwerpunkte nicht oder nur peripher anbieten. Seit 2016 ist eine deutliche Zunahme der Beratungsnachfragen zu verzeichnen. Man findet unser Angebot gut im Internet und wir werden inzwischen häufig weiterempfohlen. Es fanden insgesamt 103 Beratungen im Jahr 2016 und 105 Beratungen im Jahr 2017 gegenüber 73 im Jahr 2015 statt. Insbesondere die Zahl der Beratungen zum Thema Transgeschlechtlichkeit ist in den letzten drei Jahren deutlich angestiegen. Drei von vier Beratungen haben die Geschlechtsidentität als Hauptthema. Als einzige Fachorganisation in Sachsen-Anhalt bieten wir vor Ort eine »Lotsen«- sowie psychosoziale Beratung an.

Als »Lotsen durch die Transition« klären wir über die Möglichkeiten und Wege, aber auch die Hürden der medizinisch-körperlichen und rechtlichen Geschlechtsangleichung auf und bieten weitere Formen der Unterstützung (Ansprechpersonen, Gruppen, Internet, Materialien, Bücher) an. Wir verfügen seit vielen Jahren über eine Adressen-Übersicht mit Gutachtern, psychotherapeutischen und medizinischen Einrichtungen in Mitteldeutschland, Selbsthilfegruppen in Halle und Leipzig sowie bundesweiten Fachorganisationen. Die Mehrheit der Ratsuchenden nutzt unsere Beratung einmalig, um für sich Schneisen im Dickicht der Transition zu schlagen. Einige transgeschlechtliche Menschen nutzen aber auch das Angebot der psychosozialen Begleitung.

Neben der professionellen Beratung gibt es im BBZ »lebensart« e. V. drei Gruppen, die sich insbesondere mit geschlechtlicher Vielfalt beschäftigen. Die

Jugendgruppe Queerulanten ist explizit offen für inter- und transgeschlechtliche sowie nicht-binäre Jugendliche und junge Erwachsene. Sie bietet ihnen einen Schutzraum und Treff von Gleichaltrigen – vom Spieleabend über Themenabende bis zu öffentlichen Aktivitäten wie beim CSD. Die Inter*- und Trans*-Gruppe, die sich seit 2015 trifft, lädt Menschen aller Altersgruppen einmal im Monat in die Begegnungsstätte ein, um sich zu Fragen und Problemen rund um die eigene Geschlechtsidentität, die Transition und darüber hinaus auszutauschen. Seit Mitte 2018 ist die Teilnahme vor allem von transgeschlechtlichen Menschen in der Gruppe im Ansteigen. Die Zahl der Teilnehmenden liegt inzwischen konstant bei über zehn Personen. Bei den Treffen werden Tipps und Empfehlungen zur Geschlechtsangleichung ausgetauscht und man stärkt sich gegenseitig in schwierigen Zeiten. Die gegenseitige Unterstützung und das Entstehen von Freundschaftsnetzwerken stärken signifikant das Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl der Teilnehmenden.

Bei den Cross-Dreams-Halle treffen sich Transvestiten und Cross-Dresser (TV/CD), um in einem geschützten Rahmen den anderen Geschlechterpol auszuleben und gemeinsam mit anderen TV/CD eine gute Zeit zu haben. Bei dieser Gruppe liegt die Zahl der Teilnehmenden schon seit Jahren bei über zehn Personen.

Aktuell haben wir unser Beratungsangebot weiter ergänzt. Die Leiterin unserer Trans*/Inter*-Gruppe hat 2018 die Ausbildung als Trans*-Beraterin über den Trans-Inter-Aktiv in Mitteldeutschland e.V. erfolgreich abgeschlossen. In Kooperation mit dieser Organisation bieten wir eine Peer-Beratung von und für transgeschlechtliche Menschen in Halle (Saale) an. Sie umfasst eine E-Mail-Beratung, an die sich eine telefonische und persönliche Beratung anschließen kann.

Seit 2015 haben sich auch mehrere Eltern an uns gewandt, um eine persönliche Beratung nach der Offenbarung des Kindes zur Transgeschlechtlichkeit wahrzunehmen. Zudem ist an uns die Nachfrage nach einem Stammtisch von Eltern transgeschlechtlicher Kinder herangetragen worden. Sobald sich unsere sehr enge personelle Situation entspannt hat, werden wir uns diesem Anliegen widmen.

Bildungsarbeit zu geschlechtlicher Vielfalt

Mit unseren Bildungsangeboten soll ein wesentlicher Beitrag zur Förderung von Toleranz und Akzeptanz der Vielfalt geschlechtlich-sexueller Identitäten und verschiedener Lebens- und Familienformen geleistet werden. Zudem sollen Im-

pulse gesetzt werden, Inter-, Trans- und Homophobie sowie der Diskriminierung in Bezug auf die geschlechtlich-sexuelle Identität vorzubeugen bzw. sie abzubauen. Des Weiteren möchten wir Hilfen bei der Identitätsfindung von LSBTI geben.

Unsere Bildungsarbeit leistet zudem Beiträge zur politischen Bildung, indem auf den Diversity-Ansatz, die Geschlechtsidentität und sexuelle Orientierung als Menschenrecht, die rechtliche und soziale Situation in Geschichte und Gegenwart in der Bundesrepublik sowie in anderen Ländern der Welt eingegangen wird. Die Bildungsarbeit ist darüber hinaus ein sexualpädagogisches Praxisangebot. Durch die sensible und altersgemäße Thematisierung der Vielfalt in Beziehungen, Liebe und Sexualität wird die Sexualerziehung in Schulen, bei Bildungsträgern und Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe ergänzt.

Bei den Ursachen für Inter-, Trans- und Homophobie sowie daraus resultierenden Diskriminierungen sind vor allem Unkenntnis, traditionelle Geschlechterrollen und fehlender Kontakt zu offen lebenden LSBTI diejenigen Faktoren, an denen schulexterne Bildungsangebote ansetzen. Bei den Veranstaltungen wird Wissen zu verschiedenen Komponenten geschlechtlich-sexueller Identität vermittelt sowie dafür sensibilisiert, dass die herkömmlichen Geschlechterrollen und ein rigides Zwei-Geschlechter-System Menschen in ihrer Entfaltung und Entwicklung einengen. Zudem sollen Klischees infrage gestellt und ein Überprüfen von Vorurteilen befördert werden. Die Offenbarung unserer eigenen geschlechtlich-sexuellen Identität und die authentische Beantwortung von (auch persönlichen) Fragen ist konzeptioneller Bestandteil unserer Bildungsangebote vor allem für junge Menschen.

Das Schulgesetz von Sachsen-Anhalt (Bildungsministerium Sachsen-Anhalt, 2013) und weitere Rahmenvorgaben wie die »Leitsätze für Diversität in der Kinder- und Jugendhilfe Sachsen-Anhalts« (Landesjugendhilfeausschuss Sachsen-Anhalt, 2016) bieten eine sichere Grundlage zur Thematisierung geschlechtlicher Vielfalt. Im Runderlass des Kultusministeriums Sachsen-Anhalt »Sexualerziehung an den allgemeinbildenden und berufsbildenden Schulen« (Bildungsministerium Sachsen-Anhalt, 2015) heißt es im Abschnitt »Inhalte und Themen schulischer Sexualerziehung«:

»Im Rahmen umfassender Sexualerziehung müssen insbesondere psychosoziale Phänomene, wie Zuwendung, Zärtlichkeit, Partnerschaft und Liebe, behandelt werden. Dabei sollen die verschiedenen Formen des Zusammenlebens, ebenso wie die verschiedenen sexuellen Identitäten, behandelt werden. [...] Gesellschaftliche Leitvorstellungen, wie zum Beispiel Geschlechterrollen, sind kritisch zu analysieren. [...]

Die schulische Sexualerziehung dient der Ausbildung und Förderung von Toleranz, Offenheit und Respekt vor den Lebensentwürfen aller Menschen, unabhängig von ihrer sexuellen Orientierung. Es ist wichtig, verschieden- und gleichgeschlechtliche Lebensentwürfe in ihrer Vielzahl darzustellen und altersgemäß zu vermitteln. Schulische Sexualerziehung leistet damit einen Beitrag zum Abbau von Homo- und Transphobie und zur Beseitigung der Diskriminierung von homo- und biseuellen, trans- und intergeschlechtlichen Menschen. Schule soll über die Vielfalt von Geschlecht und Geschlechtsidentität sowie deren Gleichwertigkeit aufklären. Schülerinnen und Schüler sollen sich mit Geschlechterrollen, ihrer Bindung an biologische Gegebenheiten und den damit verbundenen Erwartungen und Gestaltungsspielräumen bezüglich ihren Erlebnis- und Entwicklungsmöglichkeiten (unter anderem in Bezug auf Sexualität, soziale Beziehungen, Berufs- und Partnerwahl) auseinandersetzen.«

Die Lehrpläne für die einzelnen Fächer, welche für die Unterrichtsgestaltung wie auch Schulbucherstellung bedeutend sind, bieten bezüglich geschlechtlicher Vielfalt dagegen ein enttäuschendes Bild. Lediglich in Sozialkunde für Gymnasien ist ein Bezug verankert. Wir haben das Bildungsministerium und weitere Institutionen auf Landesebene bereits auf diese Leerstellen aufmerksam gemacht.

Seit 1991 leistet das BBZ »lebensart« e. V. Bildungs- und Aufklärungsarbeit. Während in den 1990er Jahren das Themenfeld »Sexuelle Orientierungen« und die achte bis zehnte Klassen Schwerpunkt waren, wurden seit 2011 geschlechtliche Vielfalt wie auch weitere Zielgruppen in das Angebot aufgenommen und die Arbeit wurde professionalisiert. Ein Gesamtkonzept wie auch themen- und zielgruppenspezifische Konzepte entstanden. Die Veranstaltungskonzepte werden den Schulen und Einrichtungen vor unserem Einsatz zur Verfügung gestellt.

Es werden für Kinder (ab zehn Jahre), Jugendliche und Erwachsene sowie Multiplikator*innen Veranstaltungen (ab 90 Minuten) zu »Geschlechtlich-sexueller Identität – Vielfalt der Lebensweisen« angeboten:

- zu den fünf grundlegenden Komponenten: biologisches Geschlecht; seelisches Geschlecht; soziales Geschlecht; sexuelle Vorlieben; sexuelle Orientierungen
- zu Inter- und Transgeschlechtlichkeit: Grundlagen und aktuelle Entwicklungen; Inter- und Transphobie/Diskriminierung; Lebenssituation/Rechte von inter- und transgeschlechtlichen Menschen
- zu Geschlechterrollen: Grundlagen und Inputs; Selbstreflexion
- zu sexuellen Orientierungen: Grundlagen und aktuelle Entwicklungen; Homophobie/Diskriminierung; rechtliche Situationen in Deutschland

und weltweit; Homosexuellenverfolgung und Emanzipationsbewegung in der deutschen Geschichte; Regenbogenfamilien; Lebenswelten von homo- und bisexuellen Menschen; Selbstreflexion

Seit 2011 bieten wir zudem ein sexualpädagogisches Basisangebot zu den Themen »Sexualität und Beziehungen (Grundlagen; Selbstbestimmung und Verantwortung; Aspekte: Pubertät, Körper, Gefühle, Liebe, Kommunikation, Lust, sexuelle Praktiken, Grenzverletzungen, Verhütung etc.)« sowie zu »Sexuell übertragbare Infektionen (Übertragungswege, Symptome, Behandlung und Schutzmöglichkeiten)« an, welches knapp ein Fünftel unserer Veranstaltungen umfasst.

Unsere Erfahrungen und Kompetenzen sind auch in Bezug auf die Zielgruppen inzwischen sehr breit gefächert. Geschlechtliche Vielfalt thematisieren wir nicht nur an Schulen oder bei Bildungsträgern. Veranstaltungen fanden in den letzten Jahren auch in der Behindertenhilfe, in Kinder- und Jugendheimen, bei der Altenpflege- und Erzieher*innen-Ausbildung, bei Fachtagen und Unternehmen sowie innerhalb von Parteien und Fraktionen statt.

Unsere Bildungsarbeit verfügt über eigene Standards und orientiert sich an den Qualitätsstandards verschiedener Netzwerke. Die Mitarbeitenden qualifizieren sich regelmäßig. Von den Mitarbeitenden wird zudem ein erweitertes Führungszeugnis eingeholt. Das BBZ »lebensart« e. V. ist:

- Kooperationspartner auf lokaler und Landesebene im Netzwerk »Schule ohne Rassismus – Schule mit Courage«
- Mitglied bei Queere Bildung e. V. – Bundesverband für Bildungs- und Aufklärungsarbeit im Bereich sexuelle und geschlechtliche Vielfalt
- Mitglied im Koordinierungskreis HIV/STI-Prävention und Sexualpädagogik Halle und Saalekreis.

Eine gute Kooperation gibt es zudem mit dem Kompetenzzentrum geschlechtergerechte Kinder- und Jugendhilfe Sachsen-Anhalt e. V., welches seit einigen Jahren fachliche Angebote zu geschlechtlicher Vielfalt unterbreitet.

In den letzten Jahren konnte die Anzahl der Veranstaltungen kontinuierlich gesteigert werden. Besonders im südlichen Sachsen-Anhalt greifen inzwischen viele Schulen jedes Schuljahr auf unsere Angebote zurück. Während Schulen im Saalekreis aufgrund einer Förderung des Landkreises die Bildungsangebote kostenfrei nutzen können, nehmen wir vor allem von Ganztagschulen Zuwendungen über einen Fond des Bildungsministeriums für schulexterne Fachleute ein.

Jahr	Veranstaltungen gesamt	Veranstaltungen mit Kindern, Ju- gendlichen, Erwachsenen	Veranstaltungen mit beruflichen Multiplikator*innen
2009	15	14	1
2010	30	27	3
2011	71	64	7
2012	71	53	18
2013	73	64	9
2014	102	93	9
2015	110	94	16
2016	105	99	6
2017	102	95	7
2018	113	100	13

Tab. 1: Bildungsarbeit des BBZ »lebensart« e. V.

Auch die vom BBZ »lebensart« e. V. 2014/2015 eingesetzten Evaluationsbögen belegen eine positive Resonanz und die Realisierung der Ziele. An einigen Stellen haben wir methodische Änderungen vorgenommen, um die Angebote passgerecht zu machen. Einen Einblick in einen 90-Minuten-Workshop gibt ein Auszug aus einem Beitrag, der in unserem Magazin *homo sum* (Kiel, 2018) veröffentlicht wurde:

»Es ist noch früh am Morgen des 24. April 2018, der Bus ist pünktlich in Wolfen und die Berufsbildende Schule Anhalt-Bitterfeld zügigen Schrittes erreicht. In einem Raum sind bereits die Tische beiseitegestellt und ein Stuhlkreis um die Tafel gebildet. Nach einer kurzen Vorbereitung kann es 7.30 Uhr losgehen. Thema des 90-Minuten-Workshops mit 22 jungen Leuten: Geschlechtlich-sexuelle Identität.

Nach der Vorstellung der Referierenden, des Ablaufs und der Regeln geht es zügig zur Sache. Unsere Einstiegsübung, die wir sowohl bei kurzen Veranstaltungen wie auch Projekttagen einsetzen, heißt: Ich oder Ich nicht. Bei ca. 12 Fragen soll sich im Raum eindeutig positioniert werden, wobei möglichst Ruhe sein und die Wahrheit ausgedrückt werden soll. Zur Not darf aber auch gelogen werden. Wir fragen zum Beispiel: Wer hat früher mit Puppen gespielt? Wer hat früher mit Autos gespielt? Wer hat schon mal jemand als Schwuchtel bezeichnet? Für wen ist die Farbe Rosa eine Frauenfarbe? Wer würde mal für einen Tag das Geschlecht wechseln wollen? Wer kennt persönlich einen Menschen, der trans* ist? Danach erfolgt eine kurze Reflexion zu den Fragen und besonders dazu, wie man sich in der Mehrheit bzw. Minderheit gefühlt hat.

Bei 90 Minuten geht es gleich in ein strukturiertes Tafelbild, an dem die Komponenten geschlechtlich-sexueller Identität bereits vermerkt sind. Nach der Klärung der Worte Identität (Wer, was, wie bin ich?) und sexuell (aus lat./engl. übersetzt: Geschlecht) geht es rein in die erste Ebene von Geschlecht. Wir fragen die Teilnehmenden, welche Faktoren bei der Herausbildung des biologisch-körperlichen Geschlechts entscheidend sind – und merken häufig, dass über intergeschlechtliche Menschen noch wenig bekannt ist. Über Bilder von Hanne Gaby Odiele, die sich Anfang 2017 als intergeschlechtlich offenbart hat, klären wir auf, dass an gesunden Kindern ohne medizinische Notwendigkeit bislang geschlechtsverändernde Eingriffe ohne informierte Einwilligung vorgenommen wurden und sie diese Eingriffe später zum Teil kritisch bis traumatisch empfinden. Wir informieren kurz über die Stellungnahme des Deutschen Ethikrates zu Intersexualität und fragen in die Runde, was das Bundesverfassungsgericht im Oktober 2017 entschieden hat. Es geht uns um Enttabuisierung von körperlicher Zwischengeschlechtlichkeit und um das Recht auf Selbstbestimmung. Über weitere aktuelle Entwicklungen wird informiert und Fragen der Teilnehmenden beantwortet.

Bei der seelischen Ebene von Geschlecht steigen wir auch mit Begriffsklärungen ein: cisgeschlechtlich, nicht-binär und transgeschlechtlich. Anhand von Bildern von Balian Buschbaum und Caitlyn Jenner (vor und nach der Geschlechtsangleichung) erklären wir die Möglichkeiten und Wege aber auch Hürden bei der Transition. Hierzu kommen häufig noch Fragen. Wenn wir die Hürden bei der Vornamens- und Personenstandsänderung erläutern, erhalten wir oft spontan Zustimmung dazu, dass dies in Deutschland ein sehr fremdbestimmtes Verfahren über das eigene geschlechtliche Selbstverständnis ist. Es schließen sich Fragen zu Trans-Kindern, Pubertätsblocker und Diskriminierungen an.

Das soziale Geschlecht thematisieren wir bei kurzen Veranstaltungen mit zwei kurzen Inputs. Warum leben Frauen im Durchschnitt vier bis fünf Jahre länger? Wir sammeln in der Runde Belege, die diesen Fakt begründen und sprechen dabei auch zum Teil tabuisierte Themen an. Beim Zeigen von Prospekten aus der Kinderspielzeug-Werbung erfragen wir die Wirkung traditioneller Geschlechterrollen und zeigen mit einem Beispiel auf, wie eine klischeefreie Werbung möglich ist.

[...] Last but not least kommt nun der authentische Ansatz zum Tragen – die Teamer*innen offenbaren (außer den sexuellen Vorlieben) ihre geschlechtlich-sexuelle Identität. In der Runde am 24.4. nahm ich mir etwas Zeit für die Erläuterung meiner Geschlechterrolle, um danach die Frage zu meiner sexuellen Orientierung zu stellen. Heterosexuell oder bisexuell wurde geschätzt – die Wahrheit war dann für einige der jungen Männer doch überraschend, weil man >es mir gar nicht ansieht<. Und schon waren wir mitten in einer Frage-Antwort-Runde, die mit dem Thema

persönlich erlebter, massiver verbaler Diskriminierung (mit dem Wort »Schwuchtel«) ausklang.

Wenn ich Veranstaltungen durchführe, erläutere ich abschließend kurz mein Lebensmotto (Leben und leben lassen) und sage, dass ich als Fachberater und Bildungsarbeiter im BBZ ›lebensart‹ erreichbar bin. Und wenn wie an jenem Tag zum Schluss fast alle jungen Leute von sich aus spontan Beifall klatschen, merke ich: Trotz begrenzter Zeit ist das Ziel erreicht – mehr Wissen und Sensibilisierung – Impulse für eine Gesellschaft, die Vielfalt anerkennt und in der Diskriminierung zurückgedrängt wird.«

Eine Ethik-Lehrerin der Berufsschule Anhalt-Bitterfeld schrieb nach zwölf Veranstaltungen im Schuljahr 2016/17 in einer persönlichen Mitteilung an uns:

»Das Angebot des Vereins hilft sehr gut bei der Weiterführung des Unterrichts. Alltägliche Diskriminierung wird den Schülern intensiv bewusst. Die Art und Weise der Workshops spricht die Azubis an und lässt sie intensiver nachdenken und öffnet sie in ihrer Position.«

Bei Projekttagen kommen je nach Alter und Zeit weitere Methoden zum Einsatz:

- Brainstorming zu Begriffen bzw. ABC der Liebe und Sexualität
- Grabbelsack (gefüllt mit verschiedenen Gegenständen zu Liebe und Sexualität sowie geschlechtlich-sexueller Vielfalt)
- Kurzfilme wie *Hermes & Aphrodite* bzw. Filmausschnitte zu Intergeschlechtlichkeit
- Übung zu Geschlechterrollen
- Memory zu Begriffen geschlechtlich-sexueller Vielfalt und Quiz zu sexuellen Orientierungen
- Übungen »Gleiche Liebe« sowie »Und wann ist es Liebe?« (hetero- und homosexuelle Paare)
- Übung »Eine WhatsApp-Nachricht beantworten« (Homosexualität von Freund*in)

Bei Projektwochen, die etwa alle zwei Jahre stattfinden, haben wir folgende Projekte bereits durchgeführt:

- Befragung/Interviews an der Schule oder auf der Straße zu Einstellungen und Kenntnissen zu geschlechtlich-sexueller Identität
- Erstellung eines Radiobeitrages in Kooperation mit einem lokalen Bürgerradio

- Projektgruppen zur Darstellung geschlechtlich-sexueller Identität in Medien
- Projektgruppen zur Situation von LSBTI in verschiedenen Ländern und Kontinenten

Literatur

- Bildungsministerium Sachsen-Anhalt (2013). Schulgesetz des Landes Sachsen-Anhalt (SchulG LSA). https://www.bildung-lsa.de/schule/schulrecht/ausgewaehlte_gesetze__verordnungen_und_erlasse/schulgesetz.html (15.03.2019).
- Bildungsministerium Sachsen-Anhalt (2015). Sexualerziehung an den allgemeinbildenden und berufsbildenden Schulen des Landes Sachsen-Anhalt. RdErl. des MK vom 15.04.2015 – 26-82113. https://www.bildung-lsa.de/schule/schulrecht/ausgewaehlte_gesetze__verordnungen_und_erlasse/sicherheit_gesundheitsschutz.html#art10229 (15.03.2019).
- Kiel, A. (2018). Junge Menschen und geschlechtlich-sexuelle Vielfalt. *homo sum – Quartalsblatt für geschlechtliche und sexuelle Vielfalt*, 25(2), 8–9.
- Landesjugendhilfeausschuss Sachsen-Anhalt (2016). Leitsätze für Diversität in der Kinder- und Jugendhilfe Sachsen-Anhalts. Empfehlung des Landesjugendhilfeausschusses. https://lvwa.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/LVWA/LVWA/Dokumente/5_famgesjugvers/501/LJHA/Leitsaetze_Diversitaet_15.02.2016.pdf (31.07.2018).
- Statistisches Bundesamt (2018). Sterbetafeln 2014/2016. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Sterbefaelle/Sterbefaelle.html> (15.03.2019).
- WHO – World Health Organization (2018). International Classification of Diseases 11th Revision, A-Version. <https://icd.who.int/> (31.07.2018).

Der Autor

Ants Kiel (geboren 1966) war nach Schulbesuchen in Halle (Saale) mit Abitur-Abschluss und einem Studium an der Offiziershochschule der Nationalen Volksarmee als Offizier für Rückwärtige Dienste tätig und reichte im April 1989 ein Gesuch zur Entlassung aus der NVA ein. Nach journalistischen Tätigkeiten 1989/90 bei der Betriebszeitung der Leuna-Werke studierte er von 1990 bis 1995 an der Pädagogischen Hochschule bzw. Martin-Luther-Universität Halle Erziehungswissenschaften im Schwerpunkt Sozialpädagogik und schloss das Studium als Diplom-Pädagoge ab.

Ants Kiel besuchte seit Januar 1987 den Arbeitskreis Homosexualität bei der Evangelischen Stadtmission Halle und war 1990 Mitgründer sowie im ersten Vorstand des BBZ »lebensart« e.V. Er ist seit Anfang der 1990er Jahre sexual- und vielfaltspädagogisch sowie queer-politisch aktiv und seit 2009 als Mitarbeiter des Fachzentrums für geschlechtlich-sexuelle Identität beim BBZ »lebensart« e.V. angestellt. Seit Dezember 2018 ist Ants Kiel als Landeskordinator Sachsen-Anhalt Süd für LSBTI-Belange tätig.

Trans* als Thema in der sachsen-anhaltischen Kinder- und Jugendhilfe

Chronologie eines gelungenen Weges

Kerstin Schumann & Judith Linde-Kleiner

Im folgenden Beitrag werden wir am Beispiel des Bundeslandes Sachsen-Anhalt aufzeigen, dass es wichtig ist, Praxisforschungen und Teilstudien in der Kinder- und Jugendhilfe durchzuführen, um mit daraus abgeleiteten Handlungsempfehlungen jugend- und gleichstellungspolitische Prozesse beeinflussen zu können. Vorgestellt werden darüber hinaus einige Erkenntnisse der Praxisforschung »unsicher.klar.selbstbestimmt« sowie der Fachkräfte- und Elternbefragung im Themenfeld »Lesbisch, Schwul, Trans*« (LST*) der Landeshauptstadt Magdeburg. Es folgt ein kurzer Einblick in zwei konkrete Maßnahmen für die Praxis. Dadurch soll deutlich gemacht werden, dass sich auch kleine Schritte und leise Töne auf langen Wegen lohnen.

Warum wir uns als Verein der Kinder- und Jugendhilfe diesem Thema widmen

Das Kompetenzzentrum geschlechtergerechte Kinder- und Jugendhilfe (KgKJH) ist eine fachpolitische Servicestelle, die gleichstellungspolitische Diskurse in allen Bereichen der Kinder- und Jugendhilfe sowie in der Kinder- und Jugendpolitik Sachsen-Anhalts voranbringen möchte und Fachkräfte für einen geschlechtergerechten Umgang mit Mädchen* und Jungen* sensibilisiert und qualifiziert. Nachdem die Tätigkeit des Vereins über Jahre hinweg durch die dominierenden Fachbereiche Mädchenarbeit und Jungenarbeit stark binär geprägt war, beschloss die Mitgliederversammlung im Jahr 2012 weitere Dimensionen von Geschlechtlichkeit in den Blick zu nehmen. Befragt wurden Fachkräfte und Eltern in diversen Arbeitsrunden und Gremien.

Es begannen Kooperationen mit nationalen und internationalen Interessenvertreter*innen und es wurde im wissenschaftlichen Raum recherchiert und diskutiert. Letztendlich ergab sich die Schlussfolgerung, dass es eine Leerstelle in der institutionellen und (jugend-)politischen Wahrnehmung von Trans* und Inter* als geschlechtliches Identitäts- und Lebensmodell im Bundesland gibt.

»Sichtbar werden trans- und intergeschlechtliche Kinder und Jugendliche zumeist erst, wenn sie beim Versuch eines selbstbestimmten Lebens an Grenzen stoßen und die diskriminierende Wirkung dieser zumeist gesellschaftlichen Hürden evident wird« (Kassebaum, 2013, S. 1).

Nach einem ersten Fachaustausch im Sozialministerium im Jahr 2013, an dem 101 Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe, Eltern, Politiker*innen und Interessenvertreter*innen teilnahmen und auf dem aus den verschiedenen Perspektiven klare Bedarfe signalisiert wurden, wurde das Selbstverständnis der Vereinstätigkeit des KgKJH um den Aspekt der Geschlechtervielfalt erweitert. Festgeschrieben und veröffentlicht wurde dies als Grundlage für die fachinhaltliche und konzeptionelle Arbeit des Vereins unter anderem in den Positionen und Verordnungen.

»Es bedarf also einer differenzierten Aufarbeitung der spezifischen Lebenslagen und Bedürfnisse von Menschen, die sich als LSBTI verstehen, um der Komplexität des Themenfeldes gerecht zu werden und das Fortschreiben von bestehenden Diskriminierungen möglichst zu verhindern. Grundlage für die Praxis bieten diversitätsbewusste pädagogische Ansätze, die in den Gendertrainings selbstverständlich mit thematisiert werden müssen« (Schumann, 2013, S. 3).

Die Geschäftsstelle des KgKJH erhielt daraufhin eine Vielzahl an Beratungs- und Fortbildungsanfragen aus der Elementarbildung, der Jugendarbeit, aus Heimen und Schulen. Darüber hinaus wurde, vor allem im politischen Kontext, immer wieder nach der quantitativen Bedeutsamkeit der Themen gefragt. Um qualifizierter auf die diversen Anfragen reagieren zu können und den gleichstellungs- sowie jugendpolitischen Diskurs voranzubringen, entschied sich das KgKJH dazu, im Jahr 2014 das Thema Trans* und insbesondere die Lebenssituation von trans* Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt genauer anzuschauen. Es wurde die Praxisforschung »unsicher.klar.selbstbestimmt« konzipiert.

Einblick in die Praxisforschung »unsicher.klar.selbstbestimmt«

Ein fünfköpfiges Forschungsteam aus Studierenden unterschiedlicher Universitäten forschte unter unserer Leitung zu der Forschungsfrage: »Was brauchen transidente Kinder und Jugendliche im Land Sachsen-Anhalt, um hier gut leben zu können?«. Dieser Frage sollte anhand einer qualitativen Praxisforschung nachgegangen werden, für die teilstrukturierte Interviews mit narrativen Aspekten mit trans* Teenagern, deren Eltern und jungen Erwachsenen geführt wurden. Ein zentraler Aspekt war dabei, die Menschen selbst zu Wort kommen zu lassen, anstatt über sie zu forschen und letztendlich Empfehlungen zu geben, die an der Lebensrealität der Menschen selbst vorbeigehen. An der Studie beteiligt haben sich vier Familien (vier Mütter, zwei Väter, drei trans* Teenager) und vier junge trans* Erwachsene. Die relative Unsichtbarkeit von trans* Menschen außerhalb von Großstädten gestaltete das Auffinden von Interviewpartner*innen schwierig und bei den Interviews mit den jungen trans* Erwachsenen wurde der Raum deshalb von Sachsen-Anhalt auf Mitteldeutschland ausgeweitet. Umso erfreuter waren wir, als sich auf eine Anzeige im General-Anzeiger eine 80-jährige Frau, deren trans* Tochter mit Mitte 50 weit über unsere Grenze der Jugendhilfe von 27 Jahren hinausging, bei uns meldete. Wir interviewten sie, um die Studie informell mit Erfahrungen einer Mutter aus den 1970er und 1980er Jahren zu ergänzen. Auch wenn das Sample auf den ersten Blick gering erscheint, so eröffnen die Erkenntnisse doch einen wichtigen Einblick in die Lebensrealität von trans* Kindern und ihren Familien.

Im Mittelpunkt der Studie standen die Fragen: Was könnte trans* Kindern und Jugendlichen helfen, um in ihrem Identitätsgeschlecht gut und selbstbestimmt leben zu können? Wo sehen sie Veränderungsbedarf? Wo liegen Ansatzpunkte in sozialer Arbeit, Kinder- und Jugendhilfe und Schule? Was sind Aufträge an die (Kinder- und Jugend-)Politik?

Im folgenden Abschnitt werden zentrale Ergebnisse der Studie dargelegt. Es wird dabei unterschieden zwischen den Ergebnissen der Interviews mit den Familien und den Ergebnissen aus den Interviews mit den jungen trans* Erwachsenen.

Es wurde deutlich, dass sich vor allem die Übergänge zwischen Institutionen herausfordernd gestalteten. Dies war weniger beim Übergang vom Kindergarten in die Grundschule der Fall als beim Übergang von der Grundschule in die weiterführende Schule. In der Kindergarten- und Grundschulzeit konnten die Kinder frei von der Frage nach eindeutiger Geschlechtszugehörigkeit aufwachsen. Diese Frage wurde allerdings beim Eintritt in die weiterführende Schule sehr wichtig.

Die Eltern beschreiben ein Ohnmachtsgefühl dabei, ihre Kinder schützen zu wollen. Die angesprochenen Lehrer*innen handelten reaktiv immer dann, wenn sie wieder angefragt wurden, nicht aber von sich aus proaktiv, was auf Unsicherheiten mit dem Thema Trans* schließen lässt. Die Familien fühlten sich aufgrund mangelnder Beratungsangebote und schlecht informierter Ärzt*innen alleingelassen, wenngleich sie ihren Weg in die Großstädte und dort zu Expert*innen fanden. So wurde deutlich, dass in Sachsen-Anhalt informierte Pädagog*innen und Ärzt*innen sowie entsprechende Beratungsangebote fehlten.

Etwas andere Ergebnisse lieferten die Interviews mit den jungen trans* Erwachsenen, die oftmals nicht auf unterstützende Familien zurückgreifen konnten, wie es bei den trans* Kindern in der Studie der Fall gewesen ist. Hier lässt sich vermuten, dass ein unterstützendes privates Umfeld einer der zentralen Punkte ist, um transidente Menschen von Anfang an gut zu begleiten. Unter dem Stichpunkt »Erkennen des eigenen Andersseins und Kritik an der Norm« berichteten alle von Mobbing Erfahrungen in der Schule. Außerdem bewegte sie die Diskrepanz zwischen dem Wunsch der Gruppe anzugehören und dies nicht innerhalb des zugewiesenen Geschlechts tun zu wollen. Die Folgen waren lange Zeiten der Einsamkeit und Ausgrenzung und infolgedessen wiederum Depressionen.

»Weil wenn man wirklich keine Ahnung hat, dann dümpelt man vor sich hin, immer im Kreis. Es wird immer schlimmer, aber man kann nichts ändern, also ist auch irgendwann kein Selbstbewusstsein mehr da. [...] Da gibt man sich dann halt hin, weil man ist ein Mädchen, also ist man ein Mädchen und dann ist gut« (Zitat aus dem Interview mit E., Z. 1265–1272).

Unter »Hoffnung auf Anonymität, Gleichgesinnte und Klarheit« wurde der Wunsch nach Anerkennung von Geschlechtervielfalt deutlich und gleichzeitig der persönliche Wunsch nach eindeutiger Einsortierung und die Hoffnung auf Verstärkung dieser Klarheit nach den Operationen. Im Verlauf der Interviews entstand an dieser Stelle der Eindruck, dass der gesellschaftliche Druck nach eindeutiger Einordnung sehr groß war und enorm auf den jungen trans* Erwachsenen lastete.

»Also ich freue mich wirklich darauf, dass ich irgendwann mal den Kerl ausleben kann, der ich schon immer war« (Zitat aus dem Interview mit F., Z. 1058–1059).

Nach den Zeiten der Depression und Einsamkeit entwickelten alle Interviewten einen Drang nach Selbstbestimmung durch eigene Aktivität. Mit dem Erkennen

des vermeintlichen »Andersseins« folgten Recherchen und die Erkenntnis trans* zu sein. Die jungen trans* Erwachsenen beschränkten daraufhin ihre Wege zu sich selbst, auch wenn diese durch äußerliche Fremdbestimmung immer wieder erschwert wurden.

»Das steckt in einem drinne. Wann das nun [...] in einem ausbricht, kann man nicht sagen. [...] Und es ist keine Krankheit, man kann nix dafür, dass man so ist. Genauso, wie, äh, bei der Transsexualität, das steckt in einem drinne, so als ob man schwul oder lesbisch wär'. Das kann man nicht ändern, es ist so« (Zitat aus dem Interview mit I, Z. 1521–1529).

Die jungen trans* Erwachsenen sprachen in den Interviews an, wie wichtig die Thematisierung von Trans* in der Gesellschaft als Schlüssel für die Anerkennung transidenter Menschen sei. Sie richteten den Blick dabei auf die oft zurückweisenden Reaktionen innerhalb ihrer eigenen Familien, auf ihre Ausgrenzungserfahrungen aufgrund von Unwissenheit und Unsicherheit anderer. Die große Hoffnung ist, dass das Thema Trans* in Bildungsprogramme aufgenommen wird, sodass eine flächendeckende Sensibilisierung möglich wäre. Die jungen trans* Erwachsenen fühlten Verantwortung für die nächste Generation, der sie es durch aktuelles gesellschaftliches Engagement gerne leichter machen wollten.

»Wir müssen der nächsten Generation zeigen, wie's gut geht und dann kommt das auch uns zugute. Hoffen wir« (Zitat aus dem Interview mit F, Z. 2457–2458).

Im Fazit kann festgestellt werden, dass die jungen trans* Erwachsenen auf ihren Wegen alle an ähnliche Stationen kamen: von der eigenen *Unsicherheit* zur *Klarheit* über das eigene Sein durch die Präsenz von Trans* an irgendeiner Stelle in ihrem Leben bis hin zur *selbstbestimmten* Verfügung über das eigene Leben und den eigenen Körper.

Aus den Ergebnissen der Studie wurden Empfehlungen für Politik, Jugendhilfe und Schule ermittelt. Neben dem konsequenten Mitdenken von trans* Personen und der Impulssetzung in den Medien wurden auch die Umsetzung von Aktionsplänen und die Sensibilisierung von Fachkräften dringend empfohlen. Auf diesen Ergebnissen wurde in der Folge auf regionaler Ebene aufgebaut. Im Frühjahr 2015 wurden die Ergebnisse der Fachöffentlichkeit im Rahmen einer Tagung vorgestellt und gleichzeitig wurde das Fachbuch zur Studie herausgegeben.

Durch diese Praxisforschung und die diversen Vorstellungen und Diskussionen der Ergebnisse in Jugendhilfeeinrichtungen, Mädchenarbeitskreisen, Abgeordnetengesprächen, Gremien oder Bibliotheksgesprächen gelang dem KgKJH mit dem Thema Trans* in der sachsen-anhaltischen Kinder- und Jugendhilfe der Durchbruch. Das jugend- und gleichstellungspolitische Interesse und vor allem das Verständnis für die Belange transidenter Kinder und Jugendlicher stiegen.

Besonders beeindruckt schien die Gleichstellungsbeauftragte der Landeshauptstadt Magdeburg. Sie diskutierte dieses Thema im Stadtrat, erwirkte einen Stadtratsbeschluss und vergab den Auftrag, im Jahr 2015 eine Befragung von Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe und Eltern zur Situation von lesbischen, schwulen und transgener Kindern und Jugendlichen durchzuführen.

»Der Oberbürgermeister wird beauftragt, in 2014 eine Befragung von Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe zur Situation von lesbischen, schwulen und transgener Kindern, Jugendlichen und Eltern in der LH Magdeburg (nach dem Vorbild der Studie der LH München) durchzuführen und deren Ergebnisse dem Stadtrat und der Bevölkerung der LH Magdeburg in geeigneter Form bekannt zu machen« (Landeshauptstadt Magdeburg, 2013).

Ergebnisse der Befragung von Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe und Eltern zur Situation von LST*-Kindern und Jugendlichen in der Landeshauptstadt Magdeburg

Erfasst werden sollten Einstellungen, vorhandenes Wissen und die subjektive Einschätzung der Situation von lesbischen, schwulen und transgener Kindern und Jugendlichen in der Landeshauptstadt in Bezug auf die Hilfe- und Beratungsstruktur, Vorurteile bei Dritten und notwendige Sensibilisierungs- und Antidiskriminierungsmaßnahmen.

In Anlehnung an die Fachkräftebefragung der Stadt München aus dem Jahr 2010 wurden zwei Fragebögen mit 17 Fragen und Unterfragen für Fachkräfte (Befragungszeitraum: 28. April bis 20. Mai 2015) bzw. neun Fragen mit Unterfragen (Befragungszeitraum: 13. Mai bis 10. Juli 2015) entwickelt. Die Bögen endeten jeweils mit einem Freitextfeld, um den Befragten die Möglichkeit zu geben, weitere ihnen wichtige Themen und Aspekte zu benennen.

Eine wesentliche Erkenntnis war, dass Fachkräfte und Eltern die Situation von LST*-Kindern und -Jugendlichen in der Stadt als belastet einschätzten.

»Deutlich wird eine eher negative Einschätzung der Situation der LST*-Jugendlichen. Diese zieht sich durch alle Bereiche, ein Outing sei in der Gleichaltrigengruppe nicht problemlos möglich, in der Familie und Schule gebe es wenig Halt und die gesellschaftliche Anerkennung sei niedrig. Frauen schätzen die Situation der Jugendlichen kritischer ein als Männer. Die Situation von Transgenderpersonen wird generell negativer eingeschätzt als die von Schwulen und Lesben« (Schumann & Wöhler, 2015, S. 11).

Interessant sind an dieser Stelle vergleichende Detailbetrachtungen der Antworten der Fachkräfte und Eltern. Fachkräfte vermuteten zum Beispiel mehrheitlich (60 Prozent), dass Homosexualität in den Familien nicht oder eher nicht problemlos akzeptiert wird. Dagegen gab eine hohe Anzahl Magdeburger Eltern an, ihr Kind zu unterstützen, wenn es sich als homosexuell oder trans* outen würde. Gleichzeitig verdeutlichten die Eltern, dass sie ihr Kind bitten würden, sich nur innerhalb der Familie zu outen, da sie es außerhalb nicht ausreichend schützen könnten (vgl. ebd., S. 12, 36).

Den Antworten der befragten Fachkräfte war zu entnehmen, dass sie meinen, dass Kinder und Jugendliche in den jeweiligen Arbeitsbereichen offen auftreten könnten. Doch tun sie es und werden sie durch die Mitarbeitenden sensibel wahrgenommen? Sowohl Fachkräfte der Kinder- und Jugendeinrichtungen als auch der Verwaltung schätzen zu einem nicht geringen Teil ein, dass betroffene Kinder und Jugendliche offen in ihrem Arbeitsbereich auftreten. Lesbischen Mädchen scheint dies, nach Einschätzung der Fachkräfte, leichter zu fallen als transgener Menschen. Gleichzeitig konnte den Antworten entnommen werden, dass insbesondere Mitarbeiter*innen in der Verwaltung keine dieser Jugendlichen persönlich kennen oder im professionellen Kontext wahrgenommen haben. Es zeigte sich, dass im Bereich der Jugendarbeit deutlich mehr offen auftretende LST*-Jugendliche im eigenen Arbeitsbereich bekannt sind als in der Verwaltung. Fachkräfte aus der Kinder- und Jugendarbeit berichten zu 56 Prozent von lesbischen Mädchen, zu 62 Prozent von schwulen Jungen und zu acht Prozent von transgener Jugendlichen im eigenen Arbeitsbereich. Auch sie verdeutlichten gleichzeitig, dass sie es Kindern und Jugendlichen zum großen Teil gar nicht raten würden, sich zu outen (vgl. ebd., S. 14).

»Interessant ist, dass die Offenheit von LST*- Jugendlichen stark individualisiert wird. Die Mehrheit der Antwortenden meint, dass die Betroffenen Angst oder Scham hätten und sich deshalb nicht mit ihrer Geschlechteridentität oder sexuellen Orientierung offenbaren. Nur 30 Prozent vermuten andere, vermutlich auch

strukturell bedingte Gründe. Dass eine Ursache darin liegen könnte, dass die Einrichtung nicht als diskriminierungsfreier Akzeptanzraum erkannt wird, vermutet nur ein Viertel der Fachkräfte« (ebd., S. 25).

Dies alles hat natürlich Einfluss auf den Teufelskreis der Unsichtbarkeit Betroffener. LST*-Kinder und Jugendliche zeigen sich, aus Angst vor Diskriminierung, im öffentlichen Raum nicht offen. Fachkräfte nehmen sie somit nicht wahr und können dies auch nicht tun. Dadurch entsteht für sie der Eindruck, dass LST* kein Thema für ihre Einrichtungen ist. Schlussfolgernd werden dann keine an die Öffentlichkeit gerichteten oder konzeptionell verankerten Maßnahmen getroffen. Dies wiederum kann dazu führen, dass sich LST*-Kinder und Jugendliche nicht angesprochen fühlen, die Einrichtung nicht besuchen und sich, falls sie Angebote der Einrichtungen nutzen, dann nicht outen. Es ist davon auszugehen, dass LST*-Kinder und -Jugendliche oftmals unsichtbar bleiben, wenn sie sich nicht selbst als LST* markieren. Somit ist es wahrscheinlich, dass es in Magdeburg viel mehr LST*-Kinder und -Jugendliche gibt als Eltern und Fachkräfte vermuten. Ohne die Möglichkeit eines offenen Auftretens von LST*-Kindern und -Jugendlichen scheinen ihnen wertvolle Lebensbereiche verschlossen zu bleiben (vgl. Kugler & Nordt, 2015, S. 208).

Die Fachkräfte und Eltern wurden in der Befragung auch nach Veränderungswünschen und Bedarfen befragt. Festgestellt wurde unter anderem ein fehlender Fachaustausch in der Kinder- und Jugendhilfepraxis. Formuliert wurden durch die Fachkräfte Wünsche nach Fortbildungen, Sensibilisierungsveranstaltungen, Materialien und Antidiskriminierungsrichtlinien.

»Der Fortbildungsbedarf, der von 53 Prozent der Fachkräfte gesehen wird, kann als recht stark bewertet werden. Dies verstärkt sich im Themenkomplex 17, in dem 76 Prozent angeben, dass fachliche Fortbildungen für die Fachkraft als auch das Team hilfreich sind. Spezifisches Fachwissen im Themenbereich scheint gefragt« (Schumann & Wöhler, 2015, S. 27).

»Hilfreich fänden drei Viertel der Fachkräfte Aufklärungsangebote für LST*-Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern, die bisher nicht vorhanden zu sein scheinen. Auch für eine klare Antidiskriminierungshaltung (87%) wird sich ausgesprochen« (ebd., S. 28).

»Eine hilfreiche Unterstützungsmöglichkeit sieht eine deutliche Mehrheit der Antwortgeber_innen (81%) in der Ermöglichung niedrigschwelliger Informati-

onsmöglichkeiten für LST*-Jugendliche. Diese scheint zurzeit nicht vorhanden (85%)« (ebd., S. 30).

Der Bedarf der Eltern liegt in niedrigschwelligen Informations- und Aufklärungsangeboten, die in Institutionen der Bildung (Kindertagesstätte und Schule) sowie in der Kinder- und Jugendhilfe verankert sein sollten. Darüber hinaus erhoffen sie sich fachlich qualifizierte Beratungsangebote in der Stadt.

»Die antwortgebenden Eltern skizzieren einen hohen Bedarf an diversen Maßnahmen und in unterschiedlichen Feldern, um für die Themen sexuelle Orientierung und Geschlechtervielfalt zu sensibilisieren, aufzuklären und Anlaufpunkte zu schaffen. Besonders deutlich wird dies bei der Forderung nach Aufklärungsangeboten für Kinder, Jugendliche und Eltern. Antidiskriminierungsrichtlinien, die nach Einschätzung der Fachkräfte kaum oder nicht vorhanden sind, werden für die Bereiche Schule und Kinder- und Jugendhilfe gewünscht. Auch der Wunsch nach der Verankerung der Themen sexuelle Orientierung und Geschlechteridentität im Schulalltag, außerhalb des Biologieunterrichtes, ist eine klare Konsequenz aus der vorherigen elterlichen Negativeinschätzung des Umgangs mit dem Thema in der Schule« (ebd., S. 40).

Die Erkenntnisse und Empfehlungen dieser Onlinebefragung und der nachfolgende Diskussionsprozess in der Stadt können als Grundlage des städtischen »Aktionsplans für Geschlechtervielfalt und gegen Homophobie in der Landeshauptstadt Magdeburg« gesehen werden. Dieser Aktionsplan wurde am 14.09.2017 durch die Landeshauptstadt veröffentlicht. Er schreibt konkrete Maßnahmen in den vier Handlungsfeldern Aufklärungs- und Bildungsangebote, Beratungs- und Unterstützungsangebote, Öffentlichkeitsarbeit und Netzwerkarbeit fest. In ihnen wurden auch die Wünsche der befragten Eltern und Fachkräfte aufgegriffen (vgl. Landeshauptstadt Magdeburg, 2017). Die Umsetzung der einzelnen Maßnahmen geschieht gemeinsam mit Vereinen und Initiativen der Community.

Verknüpfung mit dem Aktionsplan LSBTTI im Bundesland

Die bundespolitische Diskussion, angestoßen durch den Deutschen Ethikrat, und das ständige Einfordern eines Aktionsplans durch den Lesben- und Schwulenpolitischen Runden Tisch (LSpRT) führten im Dezember 2015 dazu, dass das Land Sachsen-Anhalt das »Aktionsprogramm für die Akzeptanz von Lesben,

Schwulen, Bisexuellen, Transgender, Transsexuellen und intergeschlechtlichen Menschen (LSBTTI)« im Landtag beschloss. Genau wie im städtischen Aktionsplan Magdeburgs wurde sich auch in diesem Aktionsplan zur Begründung unter anderem auf die Erkenntnisse der Praxisforschung »unsicher.klar.selbstbestimmt« und der Fachkräftebefragung der Landeshauptstadt bezogen; dies besonders im Handlungsfeld »Bildung und Aufklärung«, in dem zum Beispiel Empfehlungen und Maßnahmen für die Bereiche Kindertagesstätten und Schulen sowie die Kinder- und Jugendhilfe gegeben werden (vgl. Ministerium für Justiz und Gleichstellung, 2015).

Die Tätigkeit des KgKJH ist im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe verortet. Daher an dieser Stelle ein Blick auf die im Aktionsplan des Landes festgeschriebenen Zielperspektiven für die Bereiche Kindertagesstätten und Kinder- und Jugendhilfe:

»Mitarbeiter_innen der Elementarbildung in Sachsen-Anhalt sind sensibilisiert für den Umgang mit LSBTTI, vor allem im Hinblick auf gendervariante, transgender, transsexuelle und intergeschlechtliche Kinder sowie Regenbogenfamilien. In Kindertageseinrichtungen wird ein geschlechterreflektierender Ansatz angewandt, der diese Vielfalt berücksichtigt« (Ministerium für Justiz und Gleichstellung, 2015, S. 11).

»Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe sind für das Thema sensibilisiert (Fortbildungen, Leitbilder) und signalisieren dies für Kinder und Jugendliche sowie deren Angehörigen nach außen (Informationsmaterial, Antidiskriminierungsrichtlinien). LSBTTI wird als Themenpunkt im Kinder- und Jugendbericht der Landesregierung aufgenommen. Die Bedürfnisse von LSBTTI-Kindern und -Jugendlichen in Bezug auf die Kinder- und Jugendhilfe-Einrichtungen im Lande werden ermittelt, um langfristig ein Konzept entwickeln zu können. Parallel dazu findet ein Austausch mit den Kinder- und Jugendhilfe-Einrichtungen im Lande statt« (ebd., S. 19).

Diese Zielperspektiven und die festgeschriebenen Maßnahmen decken sich zum großen Teil mit den Erkenntnissen und Handlungsempfehlungen beider Forschungen des KgKJH. Das Ministerium für Justiz und Gleichstellung des Landes Sachsen-Anhalt sowie die Landeshauptstadt Magdeburg schienen von der Expertise, die sich das KgKJH seit 2012 im Themenfeld LSBTTI erarbeitet hat, überzeugt. So gewann der Verein die Ausschreibung für den Medienkoffer »Geschlechtervielfalt« und konnte unter anderem in den Jahren 2017 und 2018 die

im Aktionsplan der Landeshauptstadt Magdeburg aufgeführten Fortbildungen umsetzen (vgl. Landeshauptstadt Magdeburg, 2017, S. 3).

Blick in die Praxis: Umsetzung des Projektes Medienkoffer »Geschlechtervielfalt« für Sachsen-Anhalt und Qualifizierung der Mitarbeiter*innen für die Stadt Magdeburg

Im Aktionsprogramm LSBTTI wurde durch den Landtag die »Bereitstellung von drei Methodenköffern für die Sensibilisierung zu Rollenzuschreibungen, Geschlechtervielfalt und Familienmodellen an Kitas und Grundschulen« beschlossen (Ministerium für Justiz und Gleichstellung, 2015, S. 12). Im Spätherbst 2017 schrieb das zuständige Ministerium einen Ideenwettbewerb aus, den das KgKJH gewonnen hat. Da der Koffer schon vor seiner Erstellung medial und landespolitisch hoch emotional diskutiert wurde, hat sich das KgKJH für ein dreistufiges Vorgehen entschieden. Im Zentrum der ersten Phase, die von Januar bis März 2018 lief, standen die Konzeption und Erstellung des Medienkoffers und des dazugehörigen Handbuches, das die Materialien beschreibt, aber auch Methoden und weiterführende Tipps beinhaltet. Eine wesentliche Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Medienauswahl war die im Vorfeld bundesweit angelegte Vorrecherche zu vorhandenen Vielfaltsköffern. Die anschließende Diskussion der Ideen, Medien und Methoden für den Koffer in einer Expert*innenrunde mit Vertreter*innen aus Wissenschaft, Kindertageseinrichtungen und Grundschulen, anderen Bereichen der Kinder- und Jugendhilfe sowie den drei flankierenden Landesministerien trug zur Sensibilisierung und Ermöglichung eines interdisziplinären fachlichen Diskurses bei. Abschließend erfolgte die Vorstellung des fertigen Koffers und des geplanten Vorgehens in den Landtagsfraktionen sowie im Landesjugendhilfeausschuss des Bundeslandes. Alle Fraktionen wurden dazu angeschrieben, zur Vorstellung kam es in den Koalitionsfraktionen (CDU, SPD, Bündnis 90/Die Grünen) und in einer Oppositionsfraktion (Die Linke). In diesem Kontext nicht reagiert hat die Fraktion der AfD. Diese Fraktion erstellte im Mai 2018 eine kleine Anfrage an die Landesregierung (https://padoka.landtag.sachsen-anhalt.de/files/drs/wp7/dkl_anfr/k1687akl.pdf) und versuchte damit polarisierend in den Prozess einzugreifen, ohne das direkte Gespräch zu suchen oder den Inhalt des Koffers zu kennen.

In der zweiten Phase lagen die Schwerpunkte in der Information der (Fach-)Öffentlichkeit und in der Sensibilisierung der Landkreise und kreisfreien Städte. Unter

anderem wurden zwei Kick-off-Veranstaltungen an Hochschulen im Norden und im Süden des Bundeslandes durchgeführt. Zum 1. April 2018 konnte eine Referentin für den Koffer angestellt werden, die dann Fortbildungsmodulare für die Praxis (für Erzieher*innen, Lehrer*innen, Hortner*innen, aber auch Eltern) entwickelte, bevor sie als Schwerpunkt der dritten Phase Kindertagesstätten, Schulen, Horte und andere Institutionen mit dem Koffer besuchte und das Material sowie Methoden in Teamsitzungen vorstellte, Fachkräfte qualifizierte und Eltern sensibilisierte.

Ausgeschrieben wurden für das Bundesland zwei Medienkoffer, orientiert an den drei inhaltlichen Aspekten Rollenzuschreibungen, Geschlechtervielfalt und Familienmodelle für die Altersspanne drei bis elf Jahre. In der Materialrecherche konnte festgestellt werden, dass es nicht sinnvoll ist, für die Grundschulen und Kindertagesstätten die gleichen Materialien zu verwenden, da die Altersspanne zu groß ist. Daher wurden zwei alternative Varianten für die Kita und die Grundschule bzw. den Hort konzipiert. Das Methodenbuch, das dem Koffer beiliegt, ist allerdings immer das gleiche und beschreibt die in beiden Koffervarianten zu findenden Materialien (vgl. KgKJH, 2018). In jedem Koffer befinden sich 19 bzw. 20 Kinderbücher und vier Spiele, aufgeteilt in die drei geforderten Themenbereiche, eine Regenbogenfahne, Stofftiere und je zwei Fachbücher. Im Grundschulkoffer sind darüber hinaus drei DVDs mit Spielfilmen und eine Feedback-Box enthalten. Bewusst außen vor gelassen wurde in der Konzeption des Koffers der Bereich der Sexualpädagogik. An dieser Stelle verweist das KgKJH auf die bundesweit erhältliche und durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) konzipierte Kindergartenbox »Entdecken, schauen, fühlen!« (vgl. BZgA, 2017).

Die Medienkoffer »Geschlechtervielfalt« und die damit verbundenen Qualifizierungen sind, besonders im Bereich der Kindertagesstätten, stark nachgefragt und die Koffer sind durchgängig verliehen. Rückmeldungen ergaben, dass es den Fachkräften kaum bewusst war, welche Geschlechtervielfalten es gibt und wie frühzeitig für eine Akzeptanz dieser Vielfalten geworben werden kann. Dankbar werden die Materialien als Ergänzung zu vorhandenen Büchern und Spielen in den Einrichtungen angenommen. Das KgKJH recherchiert weiterhin nach empfehlenswerten Materialien und Methoden für diverse Altersgruppen und veröffentlicht diese auf der Webseite vielfalt-erfahrenswert.de.

Für die Landeshauptstadt Magdeburg konnte das KgKJH in den Jahren 2017 und 2018 Fortbildungen mit dem Titel »Qualifizierung für Fachkräfte der Verwaltung und der Kinder- und Jugendarbeit, der Erziehungshilfe und der Schulsozialarbeit: Lebenssituation von LSBTI* Kindern und Jugendlichen sowie jungen Erwachsenen in der Landeshauptstadt Magdeburg – (k)ein Thema im Arbeitskontext?« durchführen.

An den jeweils zwei Fortbildungstagen im Jahr 2017 nahmen 18 Fachkräfte im Alter von 19 bis 60 Jahren aus den kommunalen Arbeitsbereichen Sozialamt, Jugendamt, Gesundheitsamt, Personalservice sowie Kinder- und Jugendfreizeiteinrichtungen teil. Nach einem thematischen Einstieg und Begriffsklärungen im Themenfeld Geschlechtervielfalt folgten am ersten Fortbildungstag die Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse der Fachkräfte- und Elternbefragung sowie der gelenkte Blick in das eigene Arbeitsfeld. Intensiv wurde darüber diskutiert, wo es möglich ist, sich im eigenen Arbeitsfeld für dieses Thema zu öffnen und was dafür gebraucht wird. Die Teilnehmer*innen wünschten sich am Ende des Tages Unterstützung durch die Landeshauptstadt, zum Beispiel:

- durch einen Leitfaden, der ihnen hilft, an die jeweils richtigen Stellen weiterzuvermitteln
- durch Fortbildung und Sensibilisierung in den eigenen Ämtern (Inhouse)
- durch die Verankerung des Begriffes »Queer« als dritte Möglichkeit in der Jugendhilfeplanung
- durch Informationen zum Umgang mit LSBTTI*-Menschen mit Migrationserfahrungen und deren Familien
- durch die Erhöhung der Methodenkompetenz im Umgang mit LSBTTI*-Menschen sowie deren Gegner*innen

Am zweiten Fortbildungstag standen nach der Begriffserinnerung die Lebenssituationen von LSBTTI*-Menschen in Magdeburg und der Aktionsplan der Landeshauptstadt im Mittelpunkt. Herausgestellt wurde, dass dem Aktionsplan für Geschlechtervielfalt und gegen Homophobie der Landeshauptstadt große Chancen eingeräumt werden, wenn er denn in der öffentlichen Verwaltung und darüber hinaus bekannter gemacht werden würde. Die geplante Fortschreibung wurde begrüßt und die Teilnehmer*innen formulierten aus ihren Arbeitsfeldern heraus konkrete Ideen für die praktische Umsetzung. So verdeutlichten sie, dass die bisher beschriebenen Informations- und Fortbildungsveranstaltungen im Folgeturnus erneut angeboten werden sollten. Darüber hinaus plädierten sie für eine Erweiterung der Zielgruppen auf Ausbildungsstätten für Erzieher*innen, Hochschulen und Universitäten sowie Kindergärten und die Ermöglichung eines einfacheren Zugangs zu Informationen für Eltern und Familien. Über konkrete Projekte sollten Schulen motiviert werden, sich im Biologie- und Ethikunterricht den Vielfaltsthemen zu widmen. Angeregt wurde eine Information an Hebammen und Frauenärzt*innen in Bezug auf die selbstverständliche Vorstellung des dritten Geschlechts im Umgang mit Schwangeren bzw. potenziell Schwangeren. Es entstand die Idee eines eher informellen Austausches über das Angebot ei-

nes themenbezogenen Stammtischs für Fachkräfte. Festgehalten wurde durch die Teilnehmer*innen, dass auch weiterhin die besondere Situation queerer Geflüchteter eine Rolle spielen muss. In der Stadt fehlt ein Wohnprojekt, das sich explizit an diese Menschen richtet und auf das die Mitarbeiter*innen der Ämter verweisen können. Ähnlich wurde die Situation auf dem Gebiet der psychologischen Beratung und Begutachtung transidenter Menschen eingeschätzt. Die Teilnehmer*innen wünschen sich außerdem eine Erweiterung der bisher benannten Zielgruppen um Kinder und Jugendliche. Hier sollten mobile Beratungsangebote greifen, die zum einen in der Streetwork und zum anderen in Kindertagesstätten und in der Schulsozialarbeit unterstützend wirken könnten. Sehnsüchtig erwartet wird die angekündigte Broschüre über LSBTTI*-freundliche Magdeburger Angebote, Ansprechpersonen und Institutionen. Die Teilnehmer*innen wünschten sich den schnelleren Erhalt themenbezogener Informationen. Dafür sollten der E-Mail-Verteiler der Stadtangestellten, das Intranet und die Webseite der Landeshauptstadt Magdeburg genutzt werden. Abschließend formulierten die Teilnehmer*innen den Wunsch nach einem stärkeren Austausch mit Menschen aus der Community, um Fragen schneller professionell klären zu können. So sei es eher möglich, vorhandene Ressourcen zu finden und zu nutzen.

Die beiden hier vorgestellten Praxismodelle Medienkoffer und Qualifizierungsreihe verdeutlichen, dass es einen Bedarf in der Kinder- und Jugendhilfepraxis und darüber hinaus für diese Themen gibt. Sichtbar wurde, dass Berührungsängste durch einfache Sensibilisierungsmaßnahmen abgebaut werden können. Den Anstoß zu diesen Sensibilisierungsmaßnahmen bildeten unter anderem die vorgestellten regional verorteten Studien.

Fazit und Ausblick

Eigentlich hört sich alles so an, als könnte sich das KgKJH schulterklopfend zurücklehnen. Doch dem ist nicht so. Es ist viel gelungen in Sachsen-Anhalt, aber die gesellschaftliche Realität zeigt klar, dass noch viel zu tun ist. In Vorbereitung einer Veranstaltung gab es kürzlich ein Telefonat mit der Mutter eines trans* Mädchens, um sie für ein Podium zu gewinnen. Sie hat mit der Begründung abgesagt, dass sie ihre 17-jährige Tochter schützen und nicht zwangsouten möchte, da diese nun an einer Schule angekommen sei, in der niemand etwas von ihrem Trans*-Sein ahne. Mutter und Tochter haben Angst vor Mobbing. Die Mutter berichtete von negativen Erfahrungen mit Schulen und Therapeut*innen, von hohen Kosten und weiten Fahrten. Noch immer wissen Kinder und Jugendliche,

Eltern und Fachkräfte aus Jugendhilfe und Schule nicht wirklich, an wen sie sich wenden sollen. Die Geschäftsstelle des KgKJH fungiert dann als Erstberatung und vermittelt an ihr bekannte Beratungsstellen, die im Bundesland nur spärlich vorhanden sind.

LSBTTIQ*-Kinder und -Jugendliche brauchen weiterhin eine besondere Lobbyarbeit, da sie immer noch als zahlenmäßig kleine Randgruppe verstanden und somit übersehen werden. Vor dem Hintergrund des Zwei-Geschlechter-Modells ist für sie ein unbeschwertes Aufwachsen nur schwer möglich. Der Leidensdruck wächst mit zunehmender Stigmatisierung. Dies bedeutet neue Herausforderungen für die Kinder- und Jugendhilfe. In Gesprächen mit Politik und Verwaltung nützt es, ganz konkrete Zahlen, Fakten und Erlebnisberichte aus dem kommunalen Nahbereich anzubringen und zu verdeutlichen, dass es um Geschlechtervielfalt und um die Abschaffung struktureller Benachteiligung qua Geschlecht gehen muss. Wichtig ist es, gleichzeitig neue Netzwerkpartner*innen zu erschließen, die LSBTTIQ*-Community mitzunehmen und Selbsthilfeinitiativen zu unterstützen. Doch dabei darf es nicht bleiben! Es bedarf einer geförderten Struktur, die es ermöglicht, dass die Belange von LSBTTIQ*-Menschen in jeder Beratungs-, Unterrichts-, Jugendhilfe- und politischen Praxis mitgedacht werden.

Fachkräfte in der Kinder- und Jugendhilfe sowie in der Schule benötigen ganz konkrete Tipps für die Praxis. Diese gilt es aufzubereiten und ihnen zur Verfügung zu stellen. Der Medienkoffer »Geschlechtervielfalt in Einrichtungen der Elementarbildung, Grundschulen und Horten« und auch die Webseite www.vielfalt-erfahrenswert.de sind ein erster Schritt. So kann es gelingen, dem Wunsch einer Interviewpartnerin gerecht zu werden:

»Wie gesagt, da müsste halt wirklich, meiner Meinung nach, überall mal wenigstens ein Stein reingeworfen werden, dass sich betroffene Kinder festhalten können«
(Zitat aus dem Interview mit G., Z. 1367–1368).

Literatur

- BZgA (2017). Kindergartenbox »Entdecken, schauen, fühlen!«. <https://www.bzga.de/info/materialien/suchergebnisse/informationflyer-kindergartenbox-entdecken-schauen-fuehlen/> (07.03.2019).
- Kassebaum, S. (2013). *Trans* und Inter*. Empfehlungen zur Verbesserung der Lebenswirklichkeit von trans- und intergeschlechtlichen Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt*. Magdeburg: KgKJH.

- KgKJH (2018). Methodenbuch zum Medienkoffer »Geschlechtervielfalt in Einrichtungen der frühkindlichen Bildung, in Grundschulen und Horten«. <https://www.geschlechtergerechtejugendhilfe.de/medienkoffer/> (29.05.2018).
- Kugler, T. & Nordt, S. (2015). Geschlechtliche und sexuelle Vielfalt als Themen der Kinder- und Jugendhilfe. In F. Schmidt, A. Schondelmayer & U. Schröder (Hrsg.), *Selbstbestimmung und Anerkennung sexueller und geschlechtlicher Vielfalt. Lebenswirklichkeiten, Forschungsergebnisse und Bildungsbausteine* (S. 207–222). Wiesbaden: Springer VS.
- Landeshauptstadt Magdeburg (2013). Niederschrift der Stadtratssitzung – SR/064(V)/13, TOP 6.4. Sitzung vom 06.06.2013, Protokoll 14.06.2013. https://ratsinfo.magdeburg.de/si0040.asp?__cjahr=2013&__cmonat=6&__canz=1&__cselect=0 (08.03.2019).
- Landeshauptstadt Magdeburg (2017). Aktionsplan für Geschlechtervielfalt und gegen Homophobie in der Landeshauptstadt Magdeburg. http://ratsinfo.magdeburg.de/vo0050.asp?__kvonr=225926 (22.03.2018).
- Ministerium für Justiz und Gleichstellung des Landes Sachsen-Anhalt (2015). *Aktionsprogramm für die Akzeptanz von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Transgendern, Transsexuellen und intergeschlechtlichen Menschen (LSBTTL) in Sachsen-Anhalt*. Magdeburg: Ministerium für Justiz und Gleichstellung des Landes Sachsen-Anhalt Leitstelle für Frauen- und Gleichstellungspolitik.
- Schumann, K. (2013). *Positionen und Verortungen*. Magdeburg: KgKJH.
- Schumann, K. & Linde-Kleiner, J. (Hrsg.). (2014). *unsicher.klar.selbstbestimmt. Wege von Trans*-Kindern, *Jugendlichen und jungen*Erwachsenen in Sachsen-Anhalt*. Magdeburg: KgKJH.
- Schumann, K. & Wöhler, S. (2015). Auswertung der Befragungen von Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe und Eltern zur Situation von lesbischen, schwulen und transgener Kindern und Jugendlichen in der Landeshauptstadt Magdeburg 2015. http://www.geschlechtergerechtejugendhilfe.de/wp-content/uploads/2015/09/Auswertung_der_Befragung_von_Fachkraeften_und_Eltern_Magdeburg.pdf (22.03.2018).

Die Autorinnen

Judith Linde-Kleiner hat Erziehungswissenschaften und Sprachen in Leipzig studiert. Im Anschluss arbeitete sie in unterschiedlichen Projekten zu Vielfalt und Diversität und unterrichtet inzwischen an der PARITÄTISCHEN Fachschule für Sozialpädagogik in Aschersleben mit den Schwerpunkten Vielfalt und Partizipation und engagiert sich auch ehrenamtlich für diese Themen.

Kerstin Schumann, Dr., Jg. 1968, ist Geschäftsführerin des Kompetenzzentrum geschlechtergerechte Kinder- und Jugendhilfe Sachsen-Anhalt e. V., Mitglied im Beirat für ein geschlechtergerechtes Sachsen-Anhalt des Ministeriums für Justiz und Gleichstellung Sachsen-Anhalt und im Landesjugendhilfeausschuss Sachsen-Anhalt (LJHA).

Umgang mit Trans* in der Pflege

Ilka Christin Weiß

Vorbemerkung

In der Pflege hat sich trotz aller Veränderungen in der Gesellschaft immer noch kein unvoreingenommener Umgang mit Geschlecht und Sexualität entwickelt. Trotz eines hohen Anspruchs an eine »ganzheitliche Versorgung« der Patient*innen, ist nicht klar, was das beinhaltet.

Pflegekräfte sollen kompetent sein und sich in andere Menschen einfühlen können. Sie sollen die Wünsche der Patient*innen erfüllen und den Anforderungen der Ärzt*innenschaft und anderer Berufsgruppen gerecht werden.

Das Modell der Lebensaktivitäten (LA) von Roper, Logan und Tierney (2009) hat sich als grundlegendes Arbeitsinstrument in der Pflege etabliert. Als eine Lebensaktivität benennen sie »Seine Geschlechtlichkeit leben« – in früheren Ausgaben bei Roper, Logan und Tierney: »Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten« (Roper et al., 2002, S. 58f.). Varianten dieses Modells finden sich zum Beispiel bei Schewior-Popp, Sitzmann und Ulrich (2012) und Krohwinkel (2013). Bei Schewior-Popp, Sitzmann und Ulrich (2012) ist ein kurzer Erklärungsansatz zu Transsexualität und Transvestitismus enthalten. Alle weiteren Formen von Trans* tauchen nicht auf.

Ein Ansatz zum Umgang mit Trans* in der ambulanten oder klinischen Versorgung, zur Lebenssituation oder zu Transitionsphasen fehlen vollständig. Pflegende lernen während ihrer Ausbildung entweder nichts zu diesem Thema oder sind nur am Rande davon berührt. Dementsprechend stellt sich die Situation von Trans* dar, die einer ambulanten oder stationären Behandlung bedürfen. Neben den elektiven Eingriffen ist hier die Notfallversorgung von besonderer Bedeutung und muss dringend in den Fokus der Pflege (und der Medizin) gerückt

werden, weil immer mehr Trans* ohne körperliche Angleichung leben werden, seitdem das Bundesverfassungsgericht 2011 das biologische vom juristischen Geschlecht getrennt hat.

In diesem Beitrag wird anhand von eigenem und fremdem Erleben die Situation von Trans* bei geplanten und bei Notfallbehandlungen dargestellt. Auf den dringend notwendigen Reformbedarf sowohl in der Ausbildung als auch in der Fortbildung von Pflegekräften aller Fachrichtungen wird ebenso eingegangen.

Meine Motivation, mich mit diesem Thema auseinanderzusetzen

Die Motivation, mich mit dem Thema Trans* und Pflege auseinanderzusetzen, entstand im Dezember 2015 auf einem Vernetzungstreffen des Projekts »Akzeptanz für Vielfalt – Gegen Homo-, Trans*- und Inter*Feindlichkeit« in der Akademie Waldschlösschen in Gleichen bei Göttingen. Bis dahin hatte ich schon einige Jahre als trans* Frau gelebt, mich aber für ein unauffälliges Leben als Frau entschieden. Eine Freund*in lud mich zu diesem Vernetzungstreffen ein und ich änderte meine bis dahin gültige Meinung, irgendwann wäre ich mit meiner Transition fertig und damit auch mit dem Thema Trans* »durch«. Mir wurde klar, wie wichtig die Sichtbarkeit von Trans* nicht nur werden würde, sondern bereits war. Und da ich selber trans* bin und als Krankenschwester nicht nur die professionelle Seite der beruflich Pflegenden kannte, sondern auch die Seite der Patient*innen, war mir klar, dass das zu meinem Thema, wenn nicht sogar zu einem Lebensthema werden würde. Während meiner Transition war ich aus gesundheitlichen Gründen mehrfach gezwungen, Krankenhausbehandlung in Anspruch zu nehmen, die nicht in Zusammenhang mit Trans* stand. Ich war total verunsichert, wie ich als Trans* behandelt werden würde und wie ich mich in dieser Situation verhalten sollte. Wie würden die beruflich Pflegenden und die Ärzte auf mich reagieren? In was für einem Zimmer würden sie mich unterbringen? Wie würden sie mich ansprechen? Ein Mensch mit einem Körper, dessen Zuweisungsgeschlecht/Hebammengeschlecht – so bezeichnen Stalla & Auer (2015, S. 21) die Geschlechtsfestlegung nach Genitalbefund – als männlich definiert wurde, das (noch) nicht weiblich »genug« aussah, um auch als weiblich zu gelten. In der Pflege gab es dafür noch kein Verständnis. Wie würde man in der Verwaltung des Krankenhauses damit umgehen? Fragen über Fragen – und meine eigene Verunsicherung nahm nicht ab. Wie konnte ich mich darauf vorbereiten? Und wie könnte ich bei beruflich Pflegenden das Verständnis für die Lebenssitua-

tion von Trans* fördern, oder zumindest erst einmal darauf aufmerksam machen? Beruflich Pflegende lernen ein starres binär-geschlechtlich orientiertes Modell vom Menschen, auf das ich noch später eingehen werde.

Trans – trans* – Trans*

Viele Betroffene lehnen die in der ICD-10-GM unter F64.0 genannte Diagnose »Transsexualismus« generell ab. Diese lautet wie folgt:

»Der Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden. Dieser geht meist mit Unbehagen oder dem Gefühl der Nichtzugehörigkeit zum eigenen anatomischen Geschlecht einher. Es besteht der Wunsch nach chirurgischer und hormoneller Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht soweit wie möglich anzugleichen.«

Die Gründe dafür sind vielfältig. Im Vordergrund steht die Psychopathologisierung betroffener Menschen und die Erkenntnis, dass Trans* eine Selbsterklärung ist. Das Geschlecht eines Menschen kann von außen nicht bestimmt werden. Jeder Mensch hat das Recht, das eigene Geschlecht selbst zu definieren ohne gesellschaftliche, staatliche oder kirchliche Eingriffe. Zudem gibt es eine Vielzahl von geschlechtlichen (Nicht-)Verortungen, die in dem oben genannten Modell nicht einbezogen sind.

Ich persönlich fasse den Begriff Trans* sehr weit gespannt auf, auch wenn ich weiß, dass es generell schwierig ist, die ganze Spannbreite von Trans* zu erfassen oder auch nicht zu erfassen. Vielleicht tue ich dem einen oder anderen Menschen damit unrecht. Ich bitte schon jetzt um Entschuldigung. Meine eigene Definition von Trans* lautet daher: Trans* (-sexuell, -geschlechtlich, -ident, -vestit, Transgender o. a.) umfasst alle menschlichen Lebensformen und/oder Identitäten, die sich dauerhaft oder zeitweise mit einem oder mehreren anderen (auch wechselnden) als dem bei der Geburt zugewiesenen oder mit keinem Geschlecht identifizieren können oder wollen. Geschlechtsangleichende Maßnahmen (modisch, kosmetisch, medikamentös, operativ oder andere) werden vorgenommen oder nicht vorgenommen. Die Definition der ICD-10-GM lässt dabei nur zu, sich mit dem »weiblichen« oder dem »männlichen« Geschlecht zu identifizieren. Viele Menschen definieren aber selber eine Vielzahl von Selbstidentitäten und geschlechtlichen (Nicht-)Verortungen, und empfinden sich zum Beispiel als gender-queer, als a-gender, als beides oder als weder-noch oder als nicht-binär.

S-3-Leitlinienentwurf der AWMF (März 2017)

Dieser Entwurf trägt den Namen »Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung«. In der Fassung vom März 2017 (Nieder et al., 2017, S. 1) findet der Begriff Transsexualität keine Verwendung mehr, was den Forderungen von Betroffenenorganisationen entspricht, weil sich viele trans* Menschen mit diesem Begriff nicht identifizieren, und weil Transsexualität auch nicht als Krankheit im Sinne der ICD-10-GM aufgefasst wird. Im Text heißt es:

»Trans* berücksichtigt sowohl Menschen, die eindeutig als Mann oder Frau leben als auch non-binäre Personen, die sich weder männlich noch weiblich identifizieren (z. B. genderqueer, agender). Darüber hinaus impliziert der Begriff Trans* nicht automatisch den Wunsch, sich mit Sexualhormonen oder weiteren Maßnahmen (Epilation, Logopädie, etc.) behandeln zu lassen, schließt ihn allerdings auch nicht aus« (ebd.).

Neu wird der Begriff der Geschlechtsinkongruenz in die Leitlinie eingefügt. Dort heißt es:

»Als gemeinsamer Nenner liegt den verschiedenen Begriffen die Diskrepanz zwischen Geschlechtsidentität bzw. (empfundene)m Geschlecht bzw. empfundener Geschlechtszugehörigkeit und körperlichen Geschlechtsmerkmalen zugrunde, die sogenannte Geschlechtsinkongruenz (GIK)« (ebd.).

Hinzu tritt auch der Begriff der Geschlechtsdysphorie: »Leidet eine Person fort-dauernd unter dieser Diskrepanz und/oder der häufig als falsch empfundenen Wahrnehmung des eigenen Geschlechts durch Andere, kann von Geschlechtsdysphorie (GD) gesprochen werden« (Nieder et al., 2017, S. 1). Endlich setzt die Wissenschaft damit um, was von Betroffenen schon lange gefordert wurde. Trans* bedeutet nicht: »Wenn du kein Mann sein willst, musst du eine Frau sein (oder werden) bzw. andersherum: Wenn du keine Frau sein willst, musst ein Mann sein (oder werden).« Wir lösen uns damit endlich von diesem einen (Teil-)Aspekt von Trans*, der Transsexualität, die bisher die Vorstellung von körperlichem Geschlecht und Identität in der oben beschriebenen Weise dominierte. Viele trans* Personen sehen in ihrer Körperlichkeit nämlich kein Problem und vereinbaren den Körper auch mit ihrer Geschlechtsidentität, wollen folglich auch keine körperlichen oder anderen Veränderungen an sich vornehmen. Es ist jetzt

Aufgabe sowohl von einzelnen trans* Personen als auch von Betroffenenorganisationen, dieses (nicht ganz so) neue Bild in die Öffentlichkeit zu transportieren und den Menschen dieses erweiterte Bild von Trans* zu vermitteln. Da wir (fast) alle im binären Geschlechtermodell sozialisiert wurden und diesem Modell sehr verhaftet sind, wird es für die nächsten Jahre eine Mammutaufgabe werden, die viel Sichtbarkeit von Trans*, aber auch Mut erfordern wird.

Die Lebenssituation von Trans* und das Gesundheitswesen

Trans* Personen werden nach wie vor als krank angesehen, wozu die Auffassungen des Gesundheitswesens und die Gesetzeslage seit Einführung des Transsexuellengesetzes im Jahr 1980 in erheblichem Maße beigetragen haben. Mittlerweile gibt eine Reihe von Studien (vgl. ADS, 2010), die die Lebenssituation von Trans* in Deutschland und Europa untersucht haben. Nach wie vor besteht bei dem Wunsch nach körperlichen Veränderungen durch Medikamente und/oder Operationen der Zwang, sich einer Psychotherapie zu unterziehen und einen sogenannten Alltagsstest durchzuführen. Entscheidungen über körperliche Veränderungen liegen bei der begutachtenden Person und nicht bei der betroffenen Person, weil sie ohne Gutachten darüber alleine nicht bestimmen darf. In Deutschland sind sowohl das körperverändernde Verfahren als auch die Vornamens- und Personenstandsänderung ein langwieriges, zum Teil sogar diskriminierendes Verfahren, das eine zusätzliche hohe psychische Belastung mit sich bringt. Zudem fallen zwischengeschlechtliche Lebensweisen aus der »amtlichen« Diagnose »Transsexualismus« gänzlich heraus und können das Verfahren gar nicht in Anspruch nehmen.

Trans* Personen unterliegen zudem in der Arbeitswelt einer hohen Gefahr diskriminiert zu werden und erzwungene Kündigungen sind keine Seltenheit. Ich beobachte gerade selbst einen Fall, in dem ein privater Arbeitgeber einer trans* Frau mit Kündigung drohte, falls sie es nicht sein lassen würde, am Arbeitsplatz »ihr Ding« durchzuziehen. Trans* Personen werden damit geradezu in Existenzängste hineingetrieben.

Im Gesundheitswesen lehnen private Krankenversicherungen die Aufnahme von trans* Personen teilweise gänzlich ab, genau wie die Kostenübernahme für medizinisch körperverändernde Leistungen. Diese Leistungsverweigerungen betreffen aber auch die gesetzlichen Krankenversicherungen. Alternativ ziehen diese die Kostenübernahmeentscheidungen in unzumutbare Längen, obwohl das Patientenrecht Gegenteiliges bestimmt. Zum Teil scheinen diese Vorschriften bei den Kassen noch gar nicht angekommen zu sein. Es gibt aber nicht nur die negativen

Fälle, es gibt auch die guten – aber anscheinend immer noch in zu geringer Zahl, denn sonst bräuchten darüber keine Studien angefertigt werden.

Trans* Personen wechseln häufig ihre Ärzt*innen, weil sie diskriminiert werden, oder nehmen Arztbesuche aus Angst vor Ablehnung oder Diskriminierung erst gar nicht wahr. Auch wichtige Vorsorgeuntersuchungen unterbleiben unter Umständen aus den genannten Gründen.

Ambulant wie auch im stationären Bereich fällt auf, dass häufig die Anrede mit dem gewählten Namen verweigert, die Benutzung der Toilette des Identitätsgeschlechts untersagt und trans* Personen zwangsisoliert oder bei Krankenhausbehandlung gar mit anderen Menschen ihres Zuweisungsgeschlechts zusammengelegt werden. Ich konnte in der Beratungsarbeit für meine Selbsthilfegruppe Trans*Net OHZ selbst mehrfach erleben, welche Konflikte das in trans* Personen auslöst. In einem Fall geschah dies sogar in einer psychiatrischen Einrichtung, die vorgab, sich mit Trans* auszukennen. Die Folgen dieser Behandlung stellen sich mit Depressionen, Ängsten und Phobien, Panikattacken, Suchtproblemen, Schlaflosigkeit, Vereinzelung und am schlimmsten mit Suizidgedanken und Suizidversuchen ein (ADS, 2010).

Was lehrt uns die Pflegewissenschaft über Trans* und Geschlecht?

Ein weitverbreitetes pflegetheoretisches Modell ist das Modell der Lebensaktivitäten (LA) (Roper et al., 2002). Eine der zwölf Lebensaktivitäten ist die LA »Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten«. Zur Thematik von Geschlecht/Sexualität findet sich Folgendes: »Da die grundlegende Körperstruktur von Jungen und Mädchen schon bei der Geburt eindeutige Unterschiede aufweist, kann die Bestimmung des Geschlechts eines Babys sofort erfolgen« (Roper et al., 2002, S. 58f.). Weiter heißt es:

»Männer und Frauen haben unweigerlich verschiedene Stile bei der Wahl ihrer Kleidung. Traditionellerweise nehmen Männer und Frauen unterschiedliche Rollen ein, sowohl zu Hause als auch in der Gesellschaft [...], wobei in vielen Teilen der Welt, die seit langem etablierten Unterschiede zwischen den Geschlechtern mehr und mehr verschwinden« (ebd., S. 59).

Nach so viel tradiertem Rollenverständnis kommt doch noch ein kleiner Lichtblick. Man denkt schon, Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern Mann

und Frau gibt es nicht und dieses Rollenverständnis kann doch nur aus dem frühen 19. Jahrhundert oder davor stammen. Doch dann kommt es noch einmal ziemlich dick: »[...] nach und nach beginnt jeder Mensch, die Erwartungen der Gesellschaft zu erlernen, wie sich Männer und Frauen verhalten sollen und wie Sexualität ausgedrückt werden kann, sei es privat oder in der Öffentlichkeit« (ebd.) Ich fühle mich bei so viel tradiertem Rollenverständnis tatsächlich in das 19. Jahrhundert zurückversetzt, doch es wird noch besser: »Jeder Mensch ist ein sexuelles Wesen und besitzt eine sexuelle Identität. Das heißt, es gibt eine Wahrnehmung des Ich als Junge oder Mädchen, später als Mann oder Frau« (ebd.). Kann es sein, dass hier doch noch ein Einsehen kommt? Ich sehe es nicht so, denn nun folgt ein Vierzeiler zu Transsexualität:

»Nur wenige Menschen erleben, manchmal sogar schon als Kind, die Situation, in das sexuelle Gegenteil ihrer tatsächlichen Körperstruktur hineingeboren zu sein. Transsexualität weist als zentrales Merkmal eine gegensätzliche geschlechtliche Identität auf. Der transsexuelle Mensch kleidet und verhält sich nicht nur wie eine Person des anderen Geschlechts, sondern er möchte sich häufig auch operieren und behandeln lassen, damit sein Körper dem des anderen Geschlechts ähnelt, obwohl dies nicht immer möglich ist« (ebd., S. 61).

In der führenden deutschen Pflegeliteratur hat sich diese Definition und Ansicht überwiegend gehalten. Im neuen Werk des Thieme Verlags *I care Krankheitslehre* (2015) wird Transsexualismus direkt als Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgeführt, genau wie in der ICD-10-GM. Was mich sehr ärgert, ist, dass direkt darunter Pädophilie aufgeführt ist und weitere sexuelle Präferenzen folgen, denen Störungscharakter bescheinigt wird. Hier wurde schlichtweg und ohne Nachzudenken abgeschrieben und der Verlag hat sich keinerlei Gedanken über die Lebenssituation von trans* Personen gemacht. Wie sollen junge Menschen, die sich in der Pflegeausbildung befinden ein Bild von trans* Personen machen, wenn Trans* in der Pflege kein Thema ist? Zudem werden tradierte und völlig überholte Rollenverständnisse vermittelt, die nicht zu einem selbstbewussten Berufsverständnis führen, denn das Rollenverständnis von Roper et. al. beruht wohl eher auf der Auffassung vom Mann als Arzt und der Frau als Schwester und damit auch auf einem überholten Berufsverständnis. Roper et al. änderten auch in späteren Ausgaben ihre Vorstellungen nicht.

Die Lehrpläne der Krankenpflegeschulen sehen ähnlich verwaist aus, was das Thema Trans* anbelangt. Jede Krankenpflegeschule kann im Rahmen der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege

einen eigenen Lehrplan erstellen, der keinerlei Kontrolle durch die Landesschulbehörden unterliegt. Beispielhaft nenne ich hier den Lehrplan einer Krankenpflegeschule, die aber nicht genannt werden möchte. In deren Lehrplan steht unter Pflege von Frauen in der Gynäkologie der Lernbereich Sexualmedizin mit insgesamt 44 Stunden. Die Themen beziehen sich aber ausschließlich auf die Pflege von Frauen in der Gynäkologie und Geburtshilfe und körperliche Erkrankungen wie Tumore, Störungen des hormonellen Zyklus oder zum Beispiel urologische Erkrankungen. Ich kenne ja nicht alle Lehrpläne aller Krankenpflegeschulen in Deutschland, aber in denen, die mir bekannt sind, ist Trans* kein Thema.

Welche Verwirrungs- und Konfliktpotenziale zwischen Trans* und Pflegenden gibt es?

Da Pflegende, wie wir gesehen haben, in ihrem Beruf in der Regel binär-geschlechtlich sozialisiert werden und zudem keinen Zugang zu einer LSBTT*I*Q*-Community haben, ist entweder nur sehr rudimentäres oder gar kein Wissen über Trans* und deren Lebenssituation vorhanden. Entsprechend unsicher ist der Umgang mit Trans*, vor allem, wenn es sich dabei noch um einen Erstkontakt handeln sollte. Orientierung finden Pflegende dann im Verhalten der Ärzt*innenschaft, die in der Hierarchie der Kliniken vielfach immer noch »über« den Pflegenden angesiedelt ist. Dementsprechend schwer ist es, gegen diskriminierendes Verhalten seitens der Ärzt*innenschaft gegenzuhalten. Konfliktpotenziale entstehen meistens schon in der Wunschanrede.

Noch problematischer ist die Situation für Trans* ohne körperverändernde Therapie oder ohne geänderten Vornamen bzw. Personenstand. Pflegende sind auf eine solche Situation nicht vorbereitet und so kommt es sogar in operativen Abteilungen, in denen geschlechtsangleichende Operationen vorgenommen werden, zu distanziertem Verhalten gegenüber Trans*. Die äußere Erscheinung, die Kleidung, sekundäre Geschlechtsmerkmale, der Wunsch nach Unterbringung in einem Zimmer mit Menschen des eigenen Identitätsgeschlechts oder die Stimme, die nicht zum Hebammen- bzw. Zuweisungsgeschlecht passt, all das bietet viel Potenzial für Missverständnisse, aber auch für Diskriminierungen. Die Situationen habe ich vielfach von Gruppenmitgliedern der Selbsthilfegruppe Trans*Net OHZ wie auch der Selbsthilfegruppe Transsexuelle Menschen in Bremen erfahren, aber auch am eigenen Leibe erlebt. Ich will hier vier exemplarische Situationen schildern.

Eigenbeispiel 1: Mai 2014 – Stationäre Behandlung in einer Klinik in Oldenburg¹

Ich befand mich am Anfang meiner Transition und musste wegen eines Dünndarmtumors, der endoskopisch entfernt werden sollte, stationär aufgenommen werden. Ich ging vor der Behandlung davon aus, nur ambulant behandelt werden zu müssen, aber die Klinik bestand wegen der nicht ganz einfachen Entfernung des Tumors auf einer stationären Aufnahme, vor der ich weniger wegen des Tumors, sondern mehr wegen meiner Situation Angst hatte. Ich lebte erst seit Januar 2014 sowohl privat als auch dienstlich als Frau. Davor hatte ich bereits privat als Frau gelebt und ich will niemals mehr in die vorherige Rolle (zurück-)schlüpfen, nur weil ich Angst davor hatte, wie man in der Klinik mit mir umgehen würde. Auch empfand ich mein Passing als noch nicht gut genug. Ich selber nahm mich in einer merkwürdigen Zwischensituation wahr und meine Personaldokumente hatte ich auch noch nicht ändern lassen. Die Fragen, die mir durch den Kopf gingen, waren folgende: Wie werde ich untergebracht? Mit welchen anderen Menschen wird die Klinik mich zusammenlegen, wenn ich mit der auf meine männliche Existenz ausgestellten Gesundheitskarte vorstellig werde? Außerdem würde die Einweisung durch meinen Arzt unweigerlich ein Kreuzchen bei »M«, also beim männlichen Geschlecht, aufweisen. Das könnte ich auf keinen Fall so hinnehmen. Ich war eine Frau und wollte mit Frauen auf einem Zimmer liegen. Aber würden meine vermeintlichen Mitpatientinnen mich akzeptieren oder eher gegen mich rebellieren? Würde mein Geschlecht als weiblich gelesen werden? Wie würden die Pflegenden und Ärzt*innen mich dann ansprechen? Ich war in höchstem Grade verunsichert, zumal ich dazu anmerken muss, dass ich damals noch überhaupt keinerlei Trans*-Community-Erfahrung hatte und mir niemals in den Sinn gekommen wäre, ich könnte auch alles so lassen und keinerlei Veränderungen an mir vornehmen und könnte dennoch Frau sein, so wie ich es war und sein wollte. Das habe ich erst später mit zunehmender Erfahrung gelernt. Aber zu dem damaligen Zeitpunkt wäre das für mich persönlich in keiner Weise infrage gekommen. Ich musste also etwas tun, um als Frau noch »besser« zu

1 Ich verwende im Folgenden ganz bewusst Eigenbeispiele, weil ich damit zeigen will, dass ich Situationen wie die genannten aus eigenem Erleben kenne und damit in der Lage bin, nachzuempfinden, wie sich andere Betroffene in ähnlichen Lebenslagen fühlen. Gleichzeitig möchte ich anderen Menschen Mut machen, sich auch in der Phase der Transition um ihre Gesundheit zu kümmern und diese aus Angst vor Diskriminierung nicht zu vernachlässigen.

werden, den anderen zu beweisen, dass ich wirklich Frau war. Ich hatte dann auch noch ein wenig Glück dabei und alles wendete sich zum Guten, denn auf meine Nachfrage stellte mir meine Krankenkasse ohne zu Zögern eine neue Karte auf meinen weiblichen Namen aus, mit der ich in der Klinik vorstellig werden konnte. Weil ich mir mit meinem Passing unsicher war, rief ich zudem in der Verwaltung der Klinik an und erklärte der Mitarbeiter*in, dass ich mich gerade in der geschlechtsangleichenden Therapie von Mann zu Frau befand, aber dringend stationärer Behandlung bedurfte und sogar schon über einen Aufnahmetermin verfügte. Ich besäße auch eine Krankenkassenkarte, die mich als Frau auswies. Ich wollte aber auf gar keinen Fall in ein Zimmer mit Männern gelegt werden, dann würde ich die Klinik sofort wieder verlassen oder vorher in Bremen in einem anderen Krankenhaus anfragen. Ohne zu zögern wurde mir – zu meiner Überraschung und gleichzeitig auch Freude – erklärt, dass das für die Klinik kein Problem sei. Die würde das hinbekommen. Also ließ ich mich an meinem Termin aufnehmen und wurde dann alleine in ein Zweibettzimmer gelegt und blieb auch die ganzen fünf Tage dort isoliert. Die Behandlung durch die Pflegenden, die Ärzt*innenschaft, das Reinigungspersonal, die Verwaltung und alle anderen, denen ich begegnet bin, war großartig. Es gab keine Vorbehalte oder Diskriminierungen. Ich fühlte mich gut aufgehoben.

Zwei Situationen sind mir noch in besonderer Erinnerung geblieben. Bei der Aufnahmeuntersuchung durch die Stationsärzt*in zog ich mich das erste Mal als Frau vor einer Frau aus, da sie mich abhören wollte. Ich zog meine Bluse aus und stand im BH vor ihr. Diese Situation hat mich eigenartig berührt. Die Ärzt*in war sehr respektvoll und zugewandt. Das hat sehr gutgetan. Alle behandelten mich als Frau und sprachen mich auch immer mit Frau Weiß an. Alle Unterlagen liefen auf meinen neuen Namen.

Die zweite Situation betrifft eine Auszubildende zur Gesundheits- und Krankenpfleger*in. Sie stellte mir direkt die Frage, ob sie mich etwas fragen dürfe, weil sie schon von Transsexualität gehört habe, und wir plauderten eine Viertelstunde miteinander, bis sie anmerkte, dass nicht oft Patient*innen so bevorzugt würden wie ich im Moment. Diese Bemerkung fand ich interessant und auf meine Nachfrage hin, was sie damit meine, antwortete sie, die Bevorzugung liege darin, dass das Bett neben mir (ich lag alleine in einem Zweibettzimmer) die ganze Zeit wegen mir blockiert werden würde. Patient*innen, Pflegepersonal und im Allgemeinen wahrscheinlich die ganze Bevölkerung empfinden es als ein Privileg im Krankenhaus in einem Einzelzimmer oder alleine in einem Zimmer zu liegen. Besonders unter Pflegepersonal ist diese Wahrnehmung weitverbreitet. Sie hat auch, das räume ich

ein, eine gewisse Berechtigung, worauf ich in dieser Arbeit aber nicht weiter eingehen möchte. Ohne ihre Bemerkung zu kommentieren, antwortete ich ihr, die Kliniken und vor allem die großen Häuser müssten sich darauf einstellen, dass immer mehr Menschen wie ich Krankenhausbehandlung in Anspruch nehmen würden, weil immer mehr Menschen, die trans* sind, frei leben werden und auch dazu stehen würden, trans* zu sein. Die Kliniken müssten sich darauf vorbereiten. Damit endete unser Dialog und auch mein Klinikaufenthalt.

Eigenbeispiel 2: Juli 2015 – Stationäre Behandlung in einer Klinik in Bremen

In der Zwischenzeit hatte ich die Vornamens- und Personenstandsänderung erfolgreich hinter mich gebracht und hatte alle Personaldokumente geändert. Ich wartete auf die Kostenzusage für die geschlechtsangleichende Operation, da erhielt ich wieder eine schlechte Nachricht. Diesmal war es Lungenkrebs und ich sollte in Bremen im Lungenzentrum operiert werden. Damit hatte ich natürlich nicht gerechnet. Wieder eine Klinikbehandlung, diesmal offiziell als Frau, aber dennoch spürte ich wieder Ängste und Unsicherheiten. Wie sollte ich diesmal mit der Situation umgehen? Ich bin immer möglichst offen mit meinem Trans*-Sein umgegangen und stellte fest, dass das bei den Menschen, denen ich begegnete, gut ankam. Ausnahmen bestätigten dabei die Regel. Aber mir fehlte sozusagen noch die geschlechtsangleichende Operation, die in meinem Gefühl eine wichtige Rolle spielte. Ich hatte eine ziemlich lange und schwere Operation vor mir. Ich würde mindestens eine Nacht auf der Intensivstation verbringen müssen und ich würde intraoperativ einen Blasenkatheter gelegt bekommen. Unvorbereitet würden das Pflegepersonal und die Ärzt*innschaft mich vielleicht verlachen, mich dann nicht als Frau ansehen, mich vielleicht verhöhnen oder sogar im Operationsaal während der Operation über mich lästern. Zudem kam der Schock einer erneuten Krebsdiagnose. Die Welt ist damit aus den Angeln gehoben und wenn ein Mensch dann vielleicht noch wegen Trans* verhöhnt oder diskriminiert wird, dann sind Suizidgedanken nicht weit.

Also meldete ich mich auch diesmal wieder vor der Aufnahme bei der Verwaltung als trans* an, informierte darüber, dass ich mich in der angleichenden Therapie von Mann zu Frau befand. Auch bei der Aufnahme informierte ich gleich meinen Arzt und die Pflegenden. Hier kommt eine gewisse Eigenheit

der Bremer*innen und des Lebensgefühls in Bremen zutage. Diese unglaubliche Toleranz, individuelle Eigenschaften oder auch die individuelle Situation anderer Menschen ohne Weiteres zu akzeptieren. Ich war ja nun auch noch eine Kolleg*in und in Bremen ist man immer gleich beim Du. Es ist eher seltsam, wenn gesiezt wird. Ich kam wie in Oldenburg in ein Zweibettzimmer, in dem ich alleine lag. Die Station hat das total gut gemeint und war sicher fest davon überzeugt, mir einen richtig großen Gefallen getan zu haben. Ich bin mir bewusst, dass diese Handlungsweise von anderen Menschen der Trans*-Community anders beurteilt wird, nämlich als Zwangsisolation. Ich empfand das nicht so. Ich möchte in diesem Beitrag auch eine Lanze für die Pflegenden brechen, die auf solche Situationen nicht vorbereitet sind, aber versuchen das Beste daraus zu machen. Auch für die Klinik ist das mit richtig hohen Kosten verbunden. Ein Bett eine Woche lang in einer so hochspezialisierten Abteilung nicht zu belegen bedeutet hohe Einnahmeverluste. Insgesamt verlief der Klinikaufenthalt sehr gut. Es gab keinerlei Komplikationen oder Vorbehalte gegen mich als Trans*. Da ich geheilt war, wurde ich allerdings auch am fünften postoperativen Tag entlassen, aber das sicher nicht, weil ich trans* war – oder doch? Eine Kolleg*in sagte zu mir, ich sei ja geheilt und die Klinik bräuchte die Betten bzw. andere Menschen, die ja auch krank waren, benötigten die Betten.

Fremdbeispiel 1: April 2017 – Stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Klinik in Bremen²

Im April 2017 erhielt ich vom Sozialdienst einer psychiatrischen Klinik in Bremen einen Anruf. Ein Klient befinde sich stationär in der Klinik. Er sei transsexuell. Er sei suizidal, verletze sich selbst und wolle mit der Selbsthilfe Kontakt aufnehmen. Wir verabredeten uns für den nächsten Tag. Ich freute mich über den Anruf, weil ich im Sommer 2016 mit einer Gruppe Gleichgesinnter auf dem Gelände der Klinik an einem Tag der offenen Tür teilgenommen hatte und ich auch mit dem Klinikchef über das Thema sprach

-
- 2 Die betroffene trans* Frau hat mir ihr Einverständnis zur Schilderung ihres Falls erteilt. Sie ist sich bewusst, dass möglicherweise keine vollständige Anonymität ihrer Person gewährleistet werden kann. Da sie aber auch öffentlich transgeschlechtlich lebt und anderen mit ihrem Beispiel helfen will, ist dies von ihr voll und ganz akzeptiert.

und er mir versicherte, dass sie Erfahrung mit Transsexuellen hätten, da diese des Öfteren in der Traumatherapie seien. Ich bat ihn, klinikintern auf unser Beratungsangebot hinzuweisen, was er mir zusagte. Dementsprechend dachte ich, die Klinik sei mit den Bedarfen von Trans* vertraut. Doch im Gespräch erfuhr ich leider das genaue Gegenteil. Es wird jetzt wirklich schwierig diesen Fall zu beschreiben, weil jedes Wort falsch sein kann. Der Klient wurde mir mit einem männlichen Namen vorgestellt und die Sozialarbeiter*in sprach immer von »ihm«. Ich versuchte vorsichtig die Situation der Person vor mir zu erkunden. Ich stellte ganz einfache Fragen nach dem Namen und dem Befinden und fand heraus, dass vor mir eine trans* Frau saß – für mich keine ungewöhnliche Erkenntnis, da ich mich immer ganz nach der Selbsterklärung der betroffenen Person richte. Das Äußerliche hätte ich als eher »weiblich« zugeordnet, was aber keine Bedeutung haben musste. Mit der Selbsterklärung der Klient*in kam dem Äußerlichen aber eine Bedeutung zu, denn ich konnte durch das Hemd deutlich Brustansätze sehen. Und jetzt wurde es wirklich schlimm, weil die Klient*in mir erklärte, sie liege mit zwei Männern in einem Dreibettzimmer und die Stationsleitung habe ihr verboten sich »weiblich« zu kleiden. Sie sei hier, weil das Leben für sie unerträglich schwer sei und sie sich immer wieder selbst verletzen würde. Das war ein Schock. Die Klinik war nicht in der Lage auf die Bedarfe einer trans* Frau einzugehen, im Gegenteil verschlimmerte sie die Situation der Klient*in noch. Nicht nur wurde sie komplett misgondert, sondern sie wurde, nur weil sie noch keine Vornamens- und Personenstandsänderung hatte, mit anderen Klienten des Gegengeschlechts in ein Zimmer gelegt, obwohl sie sich bereits seit drei Jahren in der Hormonersatztherapie befand, die den Körper deutlich verweiblichte. Schließlich wird ihr auch noch das Tragen der eigenen Kleidung verboten. Ich war, milde gesagt, entsetzt. Ich erklärte der Sozialarbeiter*in, dass das schlichtweg nicht akzeptabel sei. Auch hätte ihre Klient*in einen Anspruch darauf, mit ihrem Wunschnamen angesprochen zu werden. Sie möchte bitte mit der Station klären, dass ihre Klient*in in einem Zimmer mit Frauen oder in einem Einzelzimmer untergebracht wird, dass sie mit ihrem Wunschnamen angesprochen werden soll und sie ihre eigene Kleidung tragen kann. Und das am besten noch heute, denn was hier gerade passiere, verschlimmere die Lage ihrer Klient*in ja noch erheblich. Sie werde geradezu in den Suizid getrieben. Die Sozialarbeiter*in hatte vollstes Verständnis für die Lage ihrer Klient*in und ich war froh, dass sie mich angerufen hatte. Am Abend erhielt ich von der Klient*in bereits die Nachricht, dass alles in dem Sinne wie besprochen erledigt wurde. Sie liege sogar in einem Einzelzimmer.

Fremdbeispiel 2: Stationäre Notfallbehandlung

Neander (2014) beschreibt den Fall eines trans* Mannes namens Maik Meier, der nach einem Verkehrsunfall in eine Notaufnahme eingeliefert, dort entkleidet und somit als Frau eingeordnet wurde. Nach der Operation kam er in ein Zimmer mit Frauen und erlebte ab da die schlimmsten Formen von Beleidigungen, Herabwürdigungen und Diskriminierungen. Mit Sätzen wie: »Was ist denn das hier für ein Spinner«, (Neander, 2014, S. 16), »Scheint ne kleine Transe zu sein«, (ebd.), »Typischer Fall von Vollmeise«, (ebd., S. 17), »Bin mal gespannt, was die Tussi für eine Stimme hat«, (ebd.) und »Schau mal, das ist unser Herr Meier, ein Spinner, ist doch eindeutig eine Frau« (ebd.) raubten die Klinikmitarbeiter*innen Maik den Lebensmut. Trotz mehrfacher Intervention der Mutter legte sich das Verhalten nicht. Schließlich war er so verzweifelt und kraftlos, dass er sich gegen ausdrücklichen ärztlichen Rat selbst aus der Klinik entließ. Im Mai 2012 nahm sich Maik Meier das Leben. In seinem Abschiedsbrief notierte er: »Ich kann die erlebten Demütigungen und Verletzungen, die ich in der Klinik nach der Notaufnahme erleben musste, nicht verarbeiten. Sie haben meine Identität, mein Ich-Sein getötet« (ebd., S. 127). Soweit diese traurige Bilanz, wie eine trans* Person in den Suizid getrieben wurde. Neander zieht das Fazit: »Und so bleibt letztendlich das Problem der Praxis: Wie würden Patient*innen reagieren, wenn eine trans* Person mit im Zimmer wäre« (ebd., S. 21).

Wenn ein Mensch meine Beratung in Anspruch nimmt und vorhat sich zu outen, um dann endlich im Identitätsgeschlecht leben zu können, sage ich immer, man muss extrem stark sein, um das zu tun, und man braucht unbedingt Menschen, die einen dabei unterstützen.

Meine Frage wäre: Wie schaffen wir es, der Pflege und der Gesellschaft zu vermitteln, dass die Geschlechtsidentität unabhängig vom äußeren Erscheinungsbild ist? Gerade in der Pflege scheint es sehr auf die Äußerlichkeiten anzukommen und das Denken ist im binären Geschlechtersystem verhaftet.

Basics für eine trans*-sensible Pflege

Im Folgenden stelle ich acht Basics für eine trans*-sensible Pflege vor, die der Pflege als Leitmotive im Umgang mit Trans* dienen sollen. Diese Basics können durch eigene Vorschläge ergänzt werden. Mein Ziel ist es, zwölf Basics zu entwickeln, die dann neben den zwölf Lebensaktivitäten nach Roper, Logan und Tierney stehen könnten. Für Pflegende wäre das eine gute Gedankenstütze.

1. generell respektvoller Umgang mit Trans*
2. Respektieren der Selbst-Identifikation/des Identitätsgeschlechts
3. Anrede mit dem Wunschnamen
4. Zusammenlegung mit anderen Patient*innen des Identitätsgeschlechts
5. Benutzung der Toilette des Identitätsgeschlechts
6. Achtsamkeit beim Entkleiden
7. Bougieren der Neo-Vagina kann eine Pflegehandlung werden
8. Umgang mit Klitorispenoid oder Penoidaufbau kann eine Pflegehandlung werden

Aus- und Fortbildung in trans*-sensibler Pflege

Trans*-sensible Pflege muss genauso wie zum Beispiel Transkulturelle Pflege mit einer angemessenen Stundenzahl in die Pflegeausbildung eingebettet werden, und zwar auf Basis der Ausbildungs- und Prüfungsordnung und nicht auf freiwilliger Basis der einzelnen Curricula der Pflegeschulen.

In der jetzigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 10.11.2003 heißt es in Anlage 1 unter Punkt 5:

»Pflegehandeln personenbezogen ausrichten.

Die Schülerinnen und Schüler sind zu befähigen,

- in ihrem Pflegehandeln insbesondere *das Selbstbestimmungsrecht und die individuelle Situation* der zu pflegenden Person zu berücksichtigen,
- in ihr Pflegehandeln das *soziale Umfeld* von zu pflegenden Personen einzubeziehen, ethnische, interkulturelle, religiöse und *andere gruppenspezifische Aspekte sowie ethische Grundfragen* zu beachten« (BMJV, 2003, S. 11).

Trans* betrifft das Selbstbestimmungsrecht der Person, die individuelle Situation der Person, das soziale Umfeld, den gruppenspezifischen Aspekt und ethische Grundfragen. Ich kann nur fragen: Warum findet das Thema keinen Einzug in die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung und die Lehrpläne der Pflegeschulen?

Ebenso ist das Thema nicht in den pflegespezifischen Fachzeitschriften oder der Pflegeliteratur vertreten oder wird schlecht und vereinfacht dargestellt. Das Thema muss Bestandteil in der Fortbildung für Pflegenden werden, weil Pflegenden darauf vorbereitet werden sollten, wie sie mit Trans* umgehen sollten, denn

immer mehr Trans* lassen sich ihr Leben nicht länger durch gesellschaftliche Zwänge verbieten und wollen auch ihre Gesundheit nicht aus Angst vor Diskriminierung vernachlässigen müssen.

Schlusswort

Somit möchte ich mich der Stellungnahme der Bundesvereinigung Trans* e. V. anschließen, die da lautet: »Um die Diskriminierung von trans* Menschen in der allgemeinen Gesundheitsversorgung zu beenden, müssen zeitnah Aus- und Fortbildungsprogramme für alle medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Berufe entwickelt und implementiert werden« (BVT*, 2017, S. 7). Ergänzend möchte ich hinzufügen: Und das am besten getreu dem Motto »nicht ohne uns über uns«, sondern von Trans* selbst.

Literatur

- ADS – Antidiskriminierungsstelle des Bundes (Hrsg.). (2010). Benachteiligung von Trans* Personen, insbesondere im Arbeitsleben. http://www.transinterqueer.org/download/Publikationen/benachteiligung_von_trans_personen_insbesondere_im_arbeitsleben.pdf (03.07.2018).
- BMJV – Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (Hrsg.) (2003). Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 10.11.2003. Zuletzt geändert durch Art. 33 G v. 18.4.2016. https://www.gesetze-im-internet.de/krpflaprv_2004/KrPflAPrV.pdf (03.07.2018).
- BVT* – Bundesvereinigung Trans* (Hrsg.). (2017). Policy Paper Gesundheit des Bundesverbandes Trans*. Trans*-Gesundheitsversorgung. Forderungen an die medizinischen Instanzen und an die Politik. <https://www.bmfsfj.de/blob/120620/0c5e19af792f13569e13407bf0bbf825/trans-gesundheitsversorgung-bv-trans-data.pdf> (03.07.2018).
- Krohwinkel, M. (2013). *Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs. Forschung, Theorie und Praxis*. Bern: Verlag Hans Huber, Hofgrefe AG.
- Neander, K.-D. (2014). *»Sich als Mann oder Frau fühlen ...«. Zum Umgang mit Geschlecht und Sexualität in der Pflege*. Brake: Prodos Verlag.
- Nieder et al. (2017). AWMF-Leitlinienentwicklung: Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung. Hrsg. v. DGfS – Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-0011_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-02.pdf (14.03.2019).
- Roper, N., Logan, W. & Tierney, A. (2002). *Das Roper-Logan-Tierney-Modell. Basierend auf den Lebensaktivitäten (LA)*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

- Roper, N., Logan, W. & Tierney, A. (2009). *Das Roper-Logan-Tierney-Modell. Basierend auf den Lebensaktivitäten (LA)*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Schewior-Popp, S., Sitzmann, F. & Ullrich, L. (2012). *Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegende in der Ausbildung*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Stalla, G. & Auer, M. (Hrsg.). (2015). *Therapieleitfaden Transsexualität*. Bremen: UNI-MED Verlag.
- Verlagsteam. (2015). *I Care Krankheitslehre*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Die Autorin

Ilka Christin Weiß, geb. 1963 als Holger Torsten Weiß. 1984 Studium der Rechtswissenschaften und der Psychologie ohne Abschluss. Ausbildung zur Krankenschwester von 1986 bis 1989 mit Abschluss Krankenschwester. Weiterbildungen zur Praxisanleiter*in und Pflegedienstleitung einer Station. Seit August 1998 tätig als Fortbildungsbeauftragte und als Lehrkraft für Pflege in der Gesundheitsschule des Kreiskrankenhauses Osterholz in Osterholz-Scharmbeck. 2013 erfolgte der Entschluss öffentlich als trans* Frau zu leben. 2014 offizielle Vornamens- und Personenstandsänderung. 2016 Ausbildung zur Berater*in für transgeschlechtliche Menschen, Gruppenleiter*in von zwei Selbsthilfegruppen und des Netzwerks Trans*NET OHZ. Vorständler*in im Queeren Netzwerk Niedersachsen und im Landesverband für transgeschlechtliche Selbstbestimmung Niedersachsen. Fachbuch- sowie Ratgeberautorin. Veröffentlichungen in Fachzeitschriften und Magazinen zum Thema Trans*.

Mehr Gesundheit für trans* Menschen – wo ist Handlungsbedarf?

Till Randolph Amelung

Gesundheit und Gesundheitsversorgung von trans* Menschen fokussiert sich in Deutschland sehr stark auf Fragestellungen rund um geschlechtsangleichende Maßnahmen und den Zugang zu ihnen. Der Handlungsbedarf zur Verbesserung wurde von politischen Interessensvertretungen sowie der Sozialwissenschaft und aus der Sexualforschung bereits ausführlich herausgearbeitet und ist in mehreren Publikationen dokumentiert (z. B. BVT*, 2016; Sauer et al., 2016; Hamm & Sauer, 2014; Nieder et al., 2013; Rauchfleisch, 2014; Seikowski, 2016; Alex, 2012; ATME, 2015). Daher will der vorliegende Beitrag dieser Thematik keinen großen Platz einräumen. Im Fokus dieses Beitrags soll vielmehr die Frage stehen, welche Auswirkungen die sozialen Bedingungen auf die Gesundheit haben, in denen trans* Menschen in dieser Gesellschaft leben. Bislang unterbelichtet ist, welche gesundheitlichen Auswirkungen sogenannter Minority Stress auf trans* Menschen hat (BVT*, 2016; Sauer et al., 2016). Deutlichere Hinweise gibt es dagegen für ein erhöhtes Maß an auftretenden Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen, die in einschlägigen Befragungen für Deutschland dokumentiert sind (ADS, 2017; Fuchs et al., 2012; LesMigraS, 2012; Plötz & Zacharias, 2015; Ohms & Schacher, 2017). Mit dem Abbau von Diskriminierungen durch Sensibilisierung von in medizinischen Berufen Tätigen sind die Handlungsfelder für die Schaffung von gesundheitsförderlichen Verhältnissen für trans* Menschen noch nicht erschöpft. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass sich nicht ausnahmslos jeder trans* Mensch gesundheitlich belastet erlebt oder gar unter Diskriminierungen leidet. Es ist vielmehr im Sinne moderner Gesundheitsförderung zu fragen, was zur Erhaltung der Gesundheit beiträgt. Daher soll auch ein kritischer Blick auf die Risiken dessen geworfen werden, Gruppen ausschließlich als Problem oder Defizit wahrzunehmen.

Gesundheitsverständnisse und -begriffe in Medizin und Gesundheitsförderung

Der Gesundheitsbegriff in Medizin und Gesundheitsförderung ist längst darüber hinaus, Gesundheit lediglich als Abwesenheit von Krankheit zu begreifen. In der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die 1946 in der Verfassung der WHO verankert wurde, heißt es: »Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen«. Sich für die Gesundheit von Menschen einzusetzen, ist daher nicht nur auf kurative Tätigkeiten wie in den Medizinberufen beschränkt, sondern umfasst auch Prävention und Gesundheitsförderung, die sich individuell und strukturell darum bemühen, die Entstehung von Krankheiten zu vermeiden, und dafür sorgen, dass Menschen eine möglichst lange Zeit gesund bleiben.

Während die Medizin und Prävention auch heute noch eher defizitorientiert arbeiten, ist Gesundheitsförderung in erster Linie ressourcenorientiert ausgerichtet. Die Werte, denen sich Gesundheitsförderung verpflichtet sieht, sind in der Ottawa-Charta von 1986 festgehalten. Die Ottawa-Charta richtet ihren Blick darauf, welche Bedingungen auf die Gesundheit einwirken: Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Jede Verbesserung des Gesundheitszustandes ist zwangsläufig fest an diese Grundvoraussetzungen gebunden (Habermann-Horstmeier, 2017, S. 28).

In diesem Sinne sieht die Ottawa-Charta folgende Handlungsfelder als essenziell für die Förderung von Gesundheit an: Interessen vertreten, befähigen und ermöglichen, vermitteln und vernetzen, eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln, gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen, gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen, persönliche Kompetenzen entwickeln, Gesundheitsdienste neu orientieren (ebd., S. 28f.).

In dieser Auflistung wird deutlich, dass der Grundgedanke der Ottawa-Charta systemisch geprägt ist und dabei sowohl Individuen als auch Strukturen in den Blick nimmt. Ebenso wesentlich ist Partizipation als Leitprinzip (ebd.).

Die Prinzipien der Ottawa-Charta sind auch für Akteure in den Feldern Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland leitend, jedoch schlägt sich dies nicht immer ausreichend in der Praxis nieder. So kritisiert Thomas Altgeld am Beispiel Männergesundheit, dass nach wie vor ein defizitorientierter

Blick handlungsleitend ist. Gruppen, ihre Verhaltensweisen und Handlungsfelder werden in erster Linie über Probleme in den Blick genommen und kaum in ihren Stärken gewürdigt (Altgeld, 2017). Auch die partizipative Einbindung von Adressat*innen präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen ist noch ausbaufähig – viel zu oft bleibt unklar, ob die Maßnahmen die anvisierte Zielgruppe überhaupt ansprechen können. Speziell in der Suchtprävention mit Männern als Zielgruppe kritisiert Altgeld, dass die sehr bekannte Präventionskampagne »Alkohol – Kenn Dein Limit« mit ihren Botschaften an den Grundhaltungen vieler Jungen und Männer vorbeizieht (ebd.). Geschlechtliche Vielfalt in Bezug auf Trans* und Inter* ist in gängigen Themen und Praxisfeldern der Gesundheitsförderung bislang kaum berücksichtigt worden. Es gilt jedoch, die Schwächen, die teilweise in der geschlechtsspezifischen Zielgruppenansprache für Männer und Frauen gemacht werden, bei Trans* und Inter* nicht zu reproduzieren. Vor allem aber muss Partizipation ernst genommen und der Forderung von Interessensvertretungen entsprochen werden, diese bei allen Belangen von Beginn an mit einzubeziehen (Hamm & Sauer, 2014; Sauer et al., 2016; BVT*, 2016).

Trans* und Gesundheit

Gesundheit von trans* Menschen beinhaltet mehrere Ebenen: Zum einen benötigen sie, sofern sie geschlechtsangleichende medizinische Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen, Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen mit konkretem Wissen auf diesem Feld. Zum anderen können sie jedoch auch wegen nicht trans*-spezifischen Angelegenheiten medizinische Leistungen benötigen. Nicht zuletzt sind sie als nach wie vor stigmatisierte Personengruppe in dieser Gesellschaft vielen belastenden Einflüssen ausgesetzt, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken können.

Wie bereits in der Einleitung angedeutet, ist in Deutschland bisher hauptsächlich die Frage des Zugangs zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen das dominante Thema im Feld Gesundheit. Dies zeigt, wie essenziell dieser Bereich für viele trans* Menschen ist. Gerade Hormontherapien und operative Eingriffe werden von vielen als Linderung der Körperdysphorie erlebt. Jedoch ist der Zugang zu diesen Behandlungen mit Hürden verbunden. Bislang muss noch über einen Zeitraum von mindestens 18 Monaten regelmäßig ein*e Psychotherapeut*in aufgesucht werden. Anschließend muss bescheinigt werden, dass die Diagnose »F64.0 – Störung der Geschlechtsidentität« vorliegt. Insbesondere diese beiden Bedingungen sind es, die viele trans* Menschen als stigmatisierend

und diskriminierend empfinden (Alex, 2012; Nieder et al., 2013; ATME, 2015; Sauer et al., 2016; BVT*, 2016; Seikowski, 2016). Viele von ihnen haben ihre Bedürfnisse bereits geklärt und würden gern direkt zu den Ärzt*innen gehen, die die gewünschten Maßnahmen einleiten bzw. durchführen können. Die Psychotherapie mit den oft starr angewandten Fristen sehen viele trans* Menschen als nicht sinnvolle und Leid vergrößernde Verzögerung (BVT*, 2016; Seikowski, 2016; ATME, 2015). Zudem empfinden sie die Klassifikation als psychische Störung sowohl als Stigmatisierung als auch unpassend, da der Kern der Probleme weniger in der Psyche als vielmehr im Körperlichen liegt. Diesem Umstand werden die bisherigen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung und die Begutachtungsleitlinien des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse kaum gerecht. Die 1997 von der DGfS entwickelten Leitlinien zur Begutachtung und Behandlung von trans* Menschen fokussieren sehr darauf, für somatische Behandlungen geeignete Patient*innen zu ermitteln (Becker et al., 1997). Individuelle Bedürfnisse nehmen diese Leitlinien zu wenig in den Blick. Außerdem sind sie sehr von einer heteronormativen Zweigeschlechtlichkeit geprägt (Nieder et al., 2013; Sauer et al., 2016). Seit 2012 werden neue Behandlungsleitlinien nach den Kriterien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) erarbeitet, die zum Zeitpunkt der Arbeit an diesem Text noch nicht in Kraft getreten waren. Die Ziele der neuen Leitlinien sind eine Anpassung der Diagnostik und Behandlung an den zeitgenössischen Stand in Wissenschaft und Medizin mit hoher Evidenzbasierung. Außerdem sollen die Mängel der Leitlinien von 1997 abgestellt werden, um eine bedürfnisorientierte Behandlung zu ermöglichen. Die AWMF-Leitlinien beziehen sich zudem auf neue Entwicklungen in international gebräuchlichen Klassifikations- und Diagnostikhandbüchern der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der American Psychiatric Association (APA). Die APA hat eine Veränderung der Bezeichnung weg von Störungen der Geschlechtsidentität hin zu Gender Dysphoria vorgenommen, die WHO hat in der elften Version ihres Klassifikationssystems ICD gar die bisher mit F64.0 codierte Diagnose Transsexualismus einer neu geschaffenen Kategorie »Sexual Related Health« zugeordnet und die Diagnose »Gender Incongruence« genannt. Letzteres wird voraussichtlich 2022 in Kraft treten (BVT*, 2018; WHO, 2018). Wie sich die Neuerungen auswirken und welche Schlüsse sich für die deutschen Krankenversicherungen im Hinblick auf Kostenübernahme von geschlechtsangleichenden Behandlungsmaßnahmen ergeben, bleibt abzuwarten.

Auch jenseits der Frage des Zugangs zu geschlechtsangleichenden Behandlungsschritten birgt der Kontakt zu Leistungserbringern im Bereich der Gesund-

heitsversorgung für viele trans* Menschen Probleme. In mehreren empirischen Studien wurde deutlich, dass gerade im Gesundheitssystem viele diskriminierende Erfahrungen gemacht werden. Auch in Deutschland berichteten befragte trans* Personen in mehreren Studien von Diskriminierungen im Gesundheitswesen (Fuchs et al., 2012; LesMigraS, 2012; Plötz & Zacharias, 2015; Ohms & Schacher, 2017; ADS, 2017). Die Auswertung einer bundesweit angelegten Befragung zu Diskriminierungserfahrungen der Antidiskriminierungsstelle des Bundes (ADS) machte sichtbar, dass trans* Menschen in überproportionalem Maß Diskriminierungen in Arzt- und Psychotherapiepraxen erlebt haben (ADS, 2017). Die erfahrene Diskriminierung lag Angaben in der Studie zufolge vor allem im Bereich der Nichtberücksichtigung persönlicher Lebensumstände (ebd.). Auch von sogenannter »positiver« Diskriminierung wird berichtet. Plötz und Zacharias (2015) beschreiben in der Auswertung der für die Kampagne für sexuelle und geschlechtliche Vielfalt des Landes Niedersachsen durchgeführten qualitativen Interviews, dass es ebenso als Diskriminierung empfunden wurde, im Krankenhaus aufgrund des Trans*-Seins in einem Einzelzimmer untergebracht zu werden (ebd.). Bereits erfahrene oder befürchtete Diskriminierungen stellen für viele trans* Menschen eine Hürde hinsichtlich der selbstverständlichen Inanspruchnahme von medizinischen Versorgungsleistungen dar. Die Erfahrung, diskriminiert und stigmatisiert zu werden, führt oft zu negativen Erwartungshaltungen und Ängsten, die wiederum in Vermeidungsverhalten münden können. Daraus resultieren Risiken für die Gesundheit, weil mögliche behandlungsbedürftige Erkrankungen erst verhältnismäßig spät behandelt werden.

Diskriminierungserfahrungen und Ängste vor diesen hemmen nicht nur den Zugang zu Gesundheitsversorgung, sondern sind an sich Gesundheitsrisiken, wie die Forschung um Minority Stress verdeutlicht, die in Deutschland explizit für Trans* noch unterbelichtet ist. Der Begriff Minority Stress wurde insbesondere vom US-amerikanischen Psychologen Ilan Meyer geprägt und bezeichnet die gesundheitlichen Folgen von Stressoren, die vor allem durch das Erleben von gesellschaftlicher Marginalisierung hervorgerufen werden (Sander, 2016; Sauer et al., 2016). International betrachtet wird dem Thema außerhalb Deutschlands zwar etwas mehr Aufmerksamkeit zuteil, jedoch sind die Auswirkungen von Marginalisierung auf die Gesundheit von trans* Menschen auch in der internationalen Forschung noch zu wenig berücksichtigt (BVT*, 2016; Sauer et al., 2016; Sauer & Güldenring, 2017). Eine Forschungsarbeit, die den internationalen Forschungsstand zu gesundheitlichen Herausforderungen von trans* Menschen bündelt, wurde von Reisner et al. (2016) in der renommierten Zeitschrift »Lancet« veröffentlicht. Die Autor*innen zeigen, welche Schwerpunkte in der Forschung zu Ge-

sundheit von trans* Menschen dominieren: Am häufigsten wird zur psychischen Gesundheit von trans* Menschen geforscht, danach folgen die Themenfelder »sexuelle und reproduktive Gesundheit«, »Drogengebrauch«, »Gewalterfahrungen«, »Stigmatisierung«, »allgemeiner Gesundheitszustand« (Reisner et al., 2016). Es wird deutlich, dass trans* Menschen als vulnerable Gruppe gelten, die aufgrund der sozialen Rahmenbedingungen erhebliche Schwierigkeiten hat, Bedingungen für ein Leben in Sicherheit, Wohlstand und Gesundheit zu erhalten. Gleichzeitig bedarf es einer intensiveren Forschung und die Berücksichtigung der Gruppe der trans* Menschen in der epidemiologischen und Public-Health-Forschung (ebd., Sauer et al., 2016; Sauer & Güldenring, 2017).

Wohlmeinende Stigmatisierung

Der Begriff des Minority Stress ist jedoch nicht unumstritten in seiner Aussagekraft. Der Sexualwissenschaftler Martin Dannecker weist, vornehmlich bezogen auf schwule Männer, nachdrücklich darauf hin, dass dieser Begriff eine Häufung von gesundheitlichen Problemen in marginalisierten Gruppen erklären kann, jedoch nicht, weshalb die Differenz innerhalb dieser Gruppen diesbezüglich erheblich ausfällt. Die entsprechenden Studien lassen sich auch so lesen, dass es einer Mehrheit gelingt, keine gesundheitlichen Probleme zu entwickeln (Dannecker, 2018). Dannecker plädiert deshalb dafür, die Frage zu stellen, welche biografischen Faktoren jeweils dazu führen, dass die einen gesundheitliche Probleme entwickeln und die anderen nicht, obwohl sie sozial derselben marginalisierten Gruppe zugehörig sind. Er kritisiert auch, dass das Minority-Stress-Modell die bewusste Identifikation bzw. das Zugehörigkeitserleben als Faktor für die Wirksamkeit voraussetzt. Im Gegensatz dazu, so Dannecker, teilen viele Schwule und auch Lesben die Erfahrung, dass sie bereits in früher Kindheit Erfahrungen des Andersseins gemacht haben, bevor sie ein gleichgeschlechtliches Begehren überhaupt bewusst wahrnehmen und artikulieren konnten. Nicht selten resultierten die frühen Konflikte aus der Abweichung von traditionellen Geschlechterrollenerwartungen des Umfelds. Diese Erfahrung ist auch Teil vieler trans* Biografien. Die Weichen für das Erleben des eigenen Andersseins und der persönlichen Bewältigung werden mit hoher Wahrscheinlichkeit auch für trans* Menschen schon sehr früh gestellt. Daher ist Dannecker hier beizupflichten, dass die Frage nicht außer Acht gelassen werden darf, welche Rahmenbedingungen schon von Kindesbeinen an förderlich für die weitere Entwicklung sind und welche mit hoher Wahrscheinlichkeit gesundheitliche Risiken begünstigen.

Auch der Begriff der Vulnerabilität sollte mit höchster Vorsicht verwendet werden. Die Sozialwissenschaftlerin Hella von Unger sieht im Vulnerabilitätsbegriff die Gefahr, dass er auch bei besten Absichten in letzter Konsequenz stigmatisierend wirkt, zumal dieser Begriff in unterschiedlichen Handlungsfeldern auch jeweils anders verwendet wird (von Unger, 2018). Die WHO definiert Vulnerabilität als »Ausmaß, in dem eine Bevölkerung, ein Individuum oder eine Organisation nicht in der Lage ist, die Auswirkungen einer Katastrophe zu antizipieren, zu bewältigen und sich von ihnen zu erholen« (WHO, zit. n. von Unger, 2018). In der Medizin, so von Unger weiter, wird mit dem Begriff die Anfälligkeit für Erkrankungen gemeint. In Bereich Public Health geht es beim Vulnerabilitätsbegriff hingegen um die Gesundheitschancen von Personengruppen, die durch strukturelle Rahmenbedingungen negativ sind. Die Differenzen bestehen also darin, ob in erster Linie strukturelle Rahmenbedingungen oder individuelle Faktoren die Definition setzen. Mit dem Vulnerabilitätsbegriff soll Handlungsbedarf, bezogen auf eine Gruppe, vermittelt werden, die ihre Situation nicht alleine ändern kann. Von Unger kritisiert am Vulnerabilitätsbegriff, dass er in erster Linie defizitorientiert wirkt und die Ressourcen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken können, vernachlässigt werden. Dies kann wiederum zu Stigmatisierungen führen – gerade in einem Gesundheitssystem, welches immer noch zu oft defizitorientiert denkt und handelt.

Wenn Trans* in erster Linie als vulnerable Gruppe mit vielerlei gesundheitlichen Belastungen und erhöhten Risiken für solche wahrgenommen wird, kann das auch negative Folgen für Individuen haben, die keine unerwünschten gesundheitlichen Folgen aufgrund ihres Trans*-Seins erworben haben. Einordnungen als Gruppe mit erhöhten gesundheitlichen Risiken lassen sich nicht nur auf erwünschte Konsequenzen, wie erhöhte politische Aufmerksamkeit und Bemühungen um Verbesserung der gesellschaftlichen Situation begrenzen. Im negativen Sinne kann dies ebenfalls Auswirkungen beispielsweise auf Bewertungen der Leistungsfähigkeit haben und damit die Berufswahl bzw. -ausübung einschränken. Auch kann dies weiterhin verunmöglichen, dass trans* Menschen eine Berufsunfähigkeitsversicherung abschließen können, wenn Trans* bereits dokumentiert ist.

Handlungsfelder für mehr Trans*-Gesundheit

Trotz der vorher beschriebenen Fallstricke um die Deklaration einer Gruppe als vulnerabel besteht dringender Handlungsbedarf, um die Situation von trans* Menschen gerade auch im Hinblick auf ihre Gesundheitschancen zu verbessern.

Insbesondere muss der Zugang zu Dienstleistungen des Gesundheitssystems ohne Befürchtungen vor Diskriminierungen gewährleistet sein. Hierfür wird allerdings vorausgesetzt, dass alle Akteur*innen im Gesundheitswesen ausreichend im Bereich geschlechtliche Vielfalt sensibilisiert sind, wie es gerade auch Interessensvertretungen fordern (BVT*, 2016). Sichergestellt werden könnte dies durch die verbindliche Aufnahme einer solchen Sensibilisierung in die Curricula aller Gesundheitsberufe.

Auch der Zugang zu geschlechtsangleichenden Behandlungsmöglichkeiten sollte in einer Weise möglich sein, die Individuen nicht durch lange Wartezeiten sowie Stigmatisierung zusätzlich psychisch belastet. Auch Neuregelungen müssen sich daran messen lassen, wie gut sie einen entstigmatisierenden Umgang mit Trans* fördern können. Zudem sollten viele Leistungen in Wohnortnähe und ohne lange Wartezeiten ermöglicht werden können. Darüber hinaus sind Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -steigerung im Bereich der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten für geschlechtsangleichende Schritte unumgänglich (ATME, 2015; BVT*, 2016).

Ebenso zentral ist es, nicht nur Stigmatisierungs- und Diskriminierungsrisiken im Gesundheitswesen selbst zu beseitigen, sondern dies gerade auch gesamtgesellschaftlich in allen Lebensbereichen als Ziel zu setzen. Wenn geschlechtliche Vielfalt in allen Lebenswelten eine Selbstverständlichkeit ist, reduzieren sich Quellen von Stigmatisierung und Diskriminierung erheblich. Wir müssen ein gesellschaftliches Klima herbeiführen, in dem, mit dem Philosophen Richard Sennett gesprochen, jede*r an anderen Menschen auch das akzeptiert, was man nicht versteht (Sennet, 2004, zit. n. Altgeld, 2017).

Hierfür müssen die Prinzipien der Ottawa-Charta ernst genommen werden, indem Konzepte und Vorstellungen für die Gestaltung gesundheitsförderlicher Bedingungen für trans* Menschen mit ihrer Beteiligung entwickelt werden. Zudem muss sich die Public-Health-Forschung stärker für trans* Menschen interessieren.

In diesem Sinne bleibt zu hoffen, dass alle maßgeblichen Stakeholder alle notwendigen Anstrengungen unternehmen, um gesundheitliche Chancengleichheit auch für trans* Menschen herzustellen und dauerhaft zu gewährleisten.

Literatur

ADS – Antidiskriminierungsstelle des Bundes. (2017). Diskriminierung in Deutschland – Dritter Gemeinsamer Bericht der Antidiskriminierungsstelle des Bundes und der in ihrem Zuständigkeitsbereich betroffenen Beauftragten der Bundesregierung und des Deutschen Bundestages. Berlin.

- Alex, A. (Hrsg.). (2012). *Stop Trans*-Pathologisierung. Berliner Beiträge für eine internationale Kampagne*. Ulm: AG Spak.
- Altgeld, T. (2017). Immer schön tüchtig süchtig? – Männer, Männerrollen und Sucht. In LWL Koordinierungsstelle Sucht (Hrsg.), *Wenn Frauen Männer behandeln – eine (auch) transkulturelle Betrachtung der Suchthilfe* [Forum Sucht, Bd. 49] (S. 27–35).
- ATME – Aktion Transsexualität und Menschenrecht e.V. (2015). Stuttgarter Erklärung. Alternative Behandlungsempfehlung bei geschlechtlichen Normvariationen. Stuttgart. <http://die-erklaerung.de/> (12.08.2018).
- Becker, S., Bosinski, H. A. G., Clement, U., Eicher, W., Goerlich, T. M., Hartmann, U., Kockott, G., Langer, D., Preuss, W. F., Schmidt, G., Springer, A. & Wille, R. (1997). Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 10, 147–156.
- BVT* – Bundesvereinigung Trans* (2016). *Policy Paper Gesundheit des Bundesverband Trans*. Trans*-Gesundheitsversorgung. Forderungen an die medizinischen Instanzen und an die Politik*. Berlin: Eigenverlag.
- BVT* – Bundesvereinigung Trans* (2018). BVT* begrüßt ICD 11 der WHO: Verbesserung der Transgendergesundheitsversorgung in Aussicht. Pressemitteilung vom 19.06.2018. <https://www.bv-trans.de/bvt-begruesst-icd-11-der-who-verbesserung-der-transgendergesundheitsversorgung-in-aussicht/> (20.08.2018).
- Dannecker, M. (2018). Von der Diktatur der Gesundheit zur Gesundheit für alle. Vortrag für die Tagung (Mehr) Gesundheit in schwulen Lebenswelten am 7. April in Hannover. <http://www.gesundheit-nds.de/images/pdfs/vortrag/Vortrag-Martin-Dannecker-07-04-2018.pdf> (20.08.2018).
- Fuchs, W., Ghattas, D. C. & Widmann, C. (2012). Studie zur Lebenssituation von Transsexuellen in Nordrhein-Westfalen. https://www.lsvd.de/fileadmin/pics/Dokumente/TSG/Studie_NRW.pdf (20.08.2018).
- Habermann-Horstmeier, L. (2017). *Gesundheitsförderung und Prävention. Kompakte Einführung und Prüfungsvorbereitung für alle interdisziplinären Studienfächer*. Bern: Hogrefe.
- Hamm, J. & Sauer, A. T. (2014). Perspektivenwechsel: Vorschläge für eine menschenrechts- und bedürfnisorientierte Trans*-Gesundheitsversorgung. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 27(1), 4–30.
- LesMigraS. (2012). »... nicht so greifbar und doch real« Eine quantitative und qualitative Studie zu Gewalt- und (Mehrfach-)Diskriminierungserfahrungen von lesbischen, bisexuellen Frauen und Trans* in Deutschland. http://www.lesmigras.de/tl_files/lesbenberatung-berlin/Gewalt%20%28Dokus,Aufsaeetze...%29/Dokumentation%20Studie%20web_sicher.pdf (20.08.2018).
- Nieder, T. O., Briken, P. & Richter-Appelt, H. (2013). Transgender, Transsexualität und Geschlechtsdysphorie: Aktuelle Entwicklungen in Diagnostik und Therapie. *PSYCH up2date*, 7, 373–389.
- Ohms, C. & Schacher, U. (2017). »Seit diesem Tag lebe ich mein Leben« – Die Lebenssituation von Trans* in Hessen unter besonderer Berücksichtigung der Stadt Frankfurt/M. https://broken-rainbow.de/wp-content/uploads/2012/04/Forschungsbericht_Trans-in-Hessen_2017.pdf (20.08.2018).

- Plötz, K. & Zacharias, C. (2015). Abschlussbericht zur Entwicklung der Kampagne »Gemeinsam für Vielfalt in Niedersachsen«. Hannover: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.
- Rauchfleisch, U. (2014). *Transsexualität – Transidentität. Begutachtung, Begleitung, Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Reisner, S.L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., Holland, C.E., Max, R. & Baral, S.D. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: a review. *The Lancet*, 388(10042), 412–436. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)00684-X
- Sander, D. (2016). Bewegung für Gesundheit! Was beeinflusst die Gesundheitsprofile sexueller Minderheiten und was muss getan werden? In P. l'Amour LaLove (Hrsg.), *Selbsthass und Emanzipation. Das Andere in der heterosexuellen Normalität* (S. 205–218). Berlin: Querverlag.
- Sauer, A., Güldenring, A. & Tuidler, E. (2016). Queering Trans* Gesundheit: Auf dem Weg zu einer individualisierten, menschenrechtskonformen Gesundheitsversorgung. In P. Kolip & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich* (S. 420–432). Bern: Hogrefe-Verlag.
- Sauer, A. & Güldenring, A. (2017). Die Gesundheitsversorgung für Trans*-Männlichkeiten. Stand, Bedarfe, Empfehlungen. In Stiftung Männergesundheit (Hrsg.), *Sexualität von Männern. Dritter Deutscher Männergesundheitsbericht* (S. 239–252). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Seikowski, K. (2016). Die Problematik der Psychopathologisierung von Transsexualität. In G. Schreiber (Hrsg.), *Transsexualität in Theologie und Neurowissenschaften. Ergebnisse, Kontroversen, Perspektiven* (S. 295–309). Berlin: De Gruyter.
- Sennett, R. (2004). *Respekt im Zeitalter der Ungleichheit*. Berlin: Berliner Taschenbuch Verlag.
- Unger, H.v. (2018). Vulnerabilität – ein ambivalentes Konzept. *Impulse für Gesundheitsförderung*, 99, 6.
- WHO – World Health Organisation (2018). ICD-11: Classifying disease to map the way we live and die. <http://www.who.int/health-topics/international-classification-of-diseases> (20.08.2018).

Der Autor

Till Amelung hat Geschlechterforschung und Geschichtswissenschaften an der Georg-August-Universität in Göttingen studiert, er ist Autor und Referent. Seine Interessens- und Tätigkeitsschwerpunkte liegen in folgenden Bereichen: Gender und Gesundheit, HIV-Prävention, LGBTI und Behinderung, Gleichstellung, feministische Theorie, Diversity- und Intersektionalitätstheorie, qualitative Sozialforschung.

Trans*Körper*Wahrnehmung. Auf die Haltung kommt es an!

Projektbeispiel eines Posters mit Begleitheft zur ganzheitlichen Vor- und Nachbereitung einer Mastektomie

Alexander Hahne & K Stern*

Dieser Beitrag ist geschrieben von zwei trans* Menschen, die mit einem professionellen Hintergrund Körperarbeit für trans*¹ und nicht-trans* Menschen anbieten. Wir geben Seminare und Workshops zu den Themen Trans*, Körper und Sexualität. Wir vereinen in unserer Arbeit vor allem Ansätze aus Bewegungs- und Körpertherapie. In unsere Arbeit fließen ebenfalls unsere Erfahrungen aus der Trans*-Community, anderen Selbsthilfe-Bewegungen sowie der professionellen Trans*-Beratung ein.

Mit diesem Beitrag wollen wir Interessierten praktische Einblicke in eines unserer Projekte geben. Der Beitrag richtet sich sowohl an trans* Personen, die Peer-Material für andere trans* Menschen erstellen möchten, als auch an Menschen, die die Erstellung solcher Materialien beispielsweise finanziell und logistisch unterstützen möchten.

Zum Thema Mastektomie gibt es bislang im deutschsprachigen Raum wenig veröffentlichtes Material. Als bundesweit erhältliche Broschüren sind uns bekannt:

- aus dem Jahr 2012 die Broschüre »Trans*Patienteninformation Mastektomie. Zur Unterstützung und für einen guten Verlauf«, herausgegeben vom Magnus-Hirschfeld-Centrum, Hamburg: Die Broschüre stellt ausführlich verschiedene Operationsmethoden vergleichend vor und gibt Hilfestellung zur Wundheilung.

1 Wir orientieren uns an der Sprachregelung der Bundesvereinigung Trans* und verwenden »trans*« als Adjektiv um Personen zu beschreiben, aber substantivisch, wenn es um Strukturen geht, in denen es um Trans* geht. Bsp.: *trans* Frau* aber *Trans*-Organisation*. Gleichmaßen verwenden wir Trans* als Oberbegriff, der das gesamte Spektrum von nicht-binären bis transsexuellen Identitäten beschreiben soll.

- aus dem Jahr 2016 die Broschüre »Trans**Rat.* Informationen für Trans*-menschen. Wundheilung und Narben« von der Trans*Beratung Nord e. V., Hamburg: Diese Broschüre gibt Einblicke in die Themen Wundheilung und Narbenbildung.

Mit unserem Poster und Begleitheft verkleinern wir eine Lücke im bisherigen Angebot mit einer ganzheitlichen sowie körper- und gefühlsorientierten Sicht auf den Operationsprozess und die anschließende Wundheilung. Weiterhin denken wir Nichtbinarität konsequent mit bzw. fokussieren uns auf alle Menschen, die sich mit einer Mastektomie auseinandersetzen. Wir regen dazu an, die eigenen Handlungsspielräume in Bezug zum eigenen Körper zu erweitern.

In diesem Beitrag beleuchten wir anhand des Projektbeispiels, wie sich eine ganzheitliche Herangehensweise und Haltung konkret in die Materialien überführen lassen. Abschließend reflektieren wir kurz über die Entstehung und das Feedback sowie über zukünftige Bedarfe.

Projektskizze

Als freies Projekt haben wir ein Poster mit Begleitheft zur Vor- und Nachbereitung einer Mastektomie entwickelt: Das doppelseitige DIN-A2-Poster enthält auf der Vorder- und Rückseite jeweils ein Programm von Körperübungen, die mobilisieren und/oder die Körperwahrnehmung fördern. Manche Übungen wirken körperlich belebend oder öffnend, andere ausgleichend oder beruhigend. Sie tragen zur Verbindung aller Körperbereiche bei und sind angepasst auf den jeweiligen körperlichen Zustand vor und nach der Mastektomie.

Das Begleitheft im DIN-A5-Format bietet weiterführende Informationen und Anregungen für den persönlichen Umgang mit dem körperlichen Veränderungsprozess. Es stellt Fragen und Übungen zur inneren Bewegung bereit, um die eigene Mastektomie individuell vorbereiten und anschließend den Wundheilungsprozess nachbereiten und verarbeiten zu können: Was macht das alles mit mir? Was spüre und fühle ich dabei? Wie kann ich dafür sorgen, dass es mir vor, während und nach der Operation gut geht?

Sowohl das Poster als auch das Begleitheft sind zweisprachig auf Deutsch und Englisch verfasst. Die zielgruppengerechte Sprache und Gestaltung standen dabei im Vordergrund. Die Zielgruppe des Posters und Begleithefts sind alle Menschen, die sich damit auseinandersetzen, ob sie sich für eine Brust-Transformation hin zu einem flachen Brustprofil entscheiden. Die Geschlechtsidentität ist dabei un-

erheblich, es sind alle Identitäten angesprochen, die diese Fragestellung für sich haben – egal ob trans* männlich, trans*, trans, transgender, transident, transsexuell, queer, genderqueer, genderfluid, Frau mit flacher Brust, weder-noch, nicht-binär, agender oder noch ganz anders.²

Motivation und Bedarfe

Wir haben das Mastektomie-Poster mit Begleitheft auf der Basis eines ganzheitlichen Ansatzes als Ergänzung zur gängigen medizinischen Versorgung, psychotherapeutischen Begleitung und aktuellen (Trans*-)Beratungsangeboten entwickelt. Warum? *Wir möchten trans* Menschen einen sensiblen Weg zurück ins Fühlen anbieten.*

Es ist noch immer Standard, dass die »Behandlung« von trans* Menschen durch das Nachdenken und Sprechen über das eigene Trans*-Sein erfolgt statt über das direkte Spüren und Erleben des eigenen Körpers. Gängige Begleittherapie ist fast immer ausschließlich Gesprächstherapie, Angebote aus der Selbsthilfe sind es überwiegend auch. Die Grenzen des Settings sind in einer Trans*-Beratungsstelle für die Durchführung körperorientierter Interventionen ebenfalls schnell erreicht (für eine ausführlichere Betrachtung siehe Hamm & Stern, 2019, S. 20).

Wir geben bundesweit Seminare für trans* und nicht-trans* Menschen zu den Themen Trans*, Körper und Sexualität, unter anderem an der Akademie Waldschlösschen. In diesem Themenbereich gibt es bislang im deutschsprachigen Raum wenige Peer-basierte, professionelle Angebote. Zu unseren Seminaren reisen sogar Menschen aus der Schweiz und aus Österreich an, mit dem Bedarf den eigenen Körper in trans*-sensiblen Kontext zu spüren und sich diesem konstruktiv anzunähern. Die Seminare waren bislang ausgebucht, mit Warteliste.

Der Bedarf an Körpererfahrungsseminaren und Orten, an denen sich möglichst diskriminierungsarm entspannt werden kann, zeigt sich deutlich. Die bisher existierenden Angebote decken den Bedarf nicht. Um daher vielen Menschen die Möglichkeit zu geben, sich auf angeleitete Weise dem eigenen Körper annähern zu können, haben wir Material für zu Hause entwickelt. Das Material kann auch von Beratungsstellen ausgegeben oder dort ausgelegt werden.

2 Wir haben ein breites Verständnis von Geschlecht und erkennen alle Verortungen und Nicht-Verortungen im Geschlechtersystem gleichermaßen an. In diesem Text verwenden wir trans* als Oberbegriff für alle nicht-cis Identitäten, um unsere Zielgruppe mit einem kurzen Wort zu beschreiben.

Wir möchten Menschen unterstützen sich körperlich wohler zu fühlen, auch wenn ihr aktueller Oberkörper (noch) nicht ihrem Wunsch entspricht: Viele Menschen mit dem Wunsch nach Veränderungen im Brustbereich spüren sich nicht mehr, blenden Körperregionen aus oder verhärten innerlich und äußerlich in Körperhaltungen. Es kann zu einem extrem unergonomischen Umgang mit dem eigenen Körper kommen: Haltungsschäden, Bewegungseinschränkungen oder Gewebeschäden durch Binder sind mögliche Folgen.

Durch das Abbinden des Brustbereiches, um einen flachen Oberkörper zu erhalten, ist oftmals die Atmung limitiert, erschwert und eingeschränkt. Oftmals nehmen die Kompressionsmaterial tragenden Personen dies in Kauf und tauschen Engegefühl gegen freie Atmung und damit Zugang zu Gefühlserleben. Das Bewegen des eigenen Körpers wird oftmals als unangenehm empfunden, vor allem wenn sich unerwünschtes Gewebe mit bewegt.

Wir möchten Menschen unterstützen, eine Haltung zur eigenen Geschlechtsidentität und Körperlichkeit sowie zum normativen trans Männlichkeitsnarrativ zu finden:* In der Trans*-Community wird beim Thema »Mastektomie« viel über technische Operationsdetails, Fotos von OP-Ergebnissen und Tipps für den Umgang mit Krankenkassen, zur Wundversorgung und Narbenbehandlung gesprochen. Das finden wir wichtig und hilfreich. Aus unserer Perspektive ist es allerdings darüber hinaus notwendig, den Blick zu erweitern und das Thema ganzheitlicher zu betrachten. Vor allem halten wir es für hilfreich, den eigenen Körper zu befragen, wertschätzend zu behandeln und ihn als Ressource zu nutzen.

Bei vielen Gesprächen in der Community und in der Trans*-Beratung, vor allem rund ums Trans*-männlich-Sein, hören wir leider noch oft von einem trans*-normativen Narrativ, bestehend aus folgendem Programm:

- Schritt 1: Hormonbehandlung mit Testosteron
- Schritt 2: Mastektomie
- Schritt 3: Ovarektomie und Hysterektomie
- Schritt 4: genitalangleichende Operation

Am Ende des Behandlungsprogrammes sei die Person »fertig« und ein »richtiger Mann«. Dieser normative Ansatz mit einer vermeintlichen Checkliste, um vom »falschen Körper« in den »richtigen Körper« zu gelangen, lässt sich sicherlich als historisch gewachsen einordnen und begründen und er findet sich unter anderem in den »Begutachtungs-Richtlinien« des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen von 2009 wieder (vgl. MDS, 2009). Wir bedauern, diesem sich hartnäckig haltenden trans*-normativem Narrativ in der Community im-

mer noch zu begegnen. Wir erfahren, dass es viele Menschen unter erheblichen Druck setzt, einer Geschlechternorm zu entsprechen, die im schlimmsten Falle nicht ihrem eigenen Bild von sich entspricht. Bei allem Respekt und Verständnis für Wünsche nach operativer Veränderung regen wir in unserer Arbeit stets an sich auf die Suche zu machen nach individueller Ausgestaltung der eigenen Geschlechtsidentität.

Wir möchten Strategien anbieten, um eigenem Ohnmachtserleben zu begegnen (bspw. einen Umgang mit Wartezeiten zu finden) und eigene Handlungsspielräume zu erweitern: Für manche Menschen sind die Entscheidung und der Weg zur Operation leicht, für andere erscheint der Weg deutlich undurchsichtiger und steiniger: auszuhaltende Wartezeiten (auf Begleittherapieplätze, Indikationsschreiben, Krankenkassenzusagen, Ergebnisse von Widerspruchsverfahren, Warten auf freie OP-Plätze), die Suche nach Unterstützung, Vorstellungen und Erwartungen rund um das Operationsergebnis, die Operation selbst und die direkte Nachsorge sowie der Umgang mit potenziellen Krisen nach der Operation – all dies gilt es zu bewältigen.

Der operative Weg scheint in den Trans*-Diskursen meistens entweder nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, mit Ende der reinen Wundversorgung, mit Ende der Krankschreibung oder eventuell erfolgreicher Narbenbehandlung beendet zu sein. Die ganzheitliche Nachsorge und vor allem die Integration des operierten Körperbereiches erscheinen uns noch nicht ausreichend in den Blick genommen, genauso wenig wie die Auswirkungen der Entscheidung zur Operation auf den ganzen Menschen.

Zudem erfahren wir immer wieder von hohen Erwartungen an die Operationsergebnisse. In die Operationen wird große Hoffnung gesetzt, dass das eigene Leben danach endlich besser und erfüllter wird. Für manche Menschen sind »angleichende« Operationen der Schlüssel zu einem erfüllteren Leben. Es kann jedoch auch zu Krisen nach der Operation bzw. den Operationen kommen, wenn sich diese Hoffnung nicht erfüllt.

Unsere Haltung und Ansätze

Unsere Haltung und unsere Ansätze, sowohl bei unseren Workshops und Seminaren als auch bei der Erstellung von Peer-Material, lassen sich überblicksartig wie folgt zusammenfassen:

Wir haben ein *breites Verständnis von Geschlecht* und erkennen alle Verortungen und Nicht-Verortungen im Geschlechtersystem gleichermaßen an. Wir

bemühen uns entsprechende geschlechtsneutrale oder -sensible Bezeichnungen für Körperteile oder -bereiche, Körperphänomene und Bewegungen zu finden.

Wir arbeiten im *Peer-Setting*, das heißt, wir machen unsere eigenen trans* Hintergründe sichtbar und nutzen unsere eigene Community-Erfahrung für unsere Arbeit (zur besonderen Bedeutung des Peer-Ansatzes siehe Egner et al., 2017).

Wir bieten auf zweifachem Weg *professionalisierte Unterstützung*: Wir grenzen uns erstens ab von klassischer Peer-to-Peer-Unterstützung, zum Beispiel Selbsthilfe – auf die Unterschiede gehen Hamm & Stern (2019, S. 15ff.) ein – und zweitens wenden wir existierende professionelle Methoden und fachliche Hintergründe aus der Bewegungs- und Körpertherapie in der Arbeit mit trans* und gender-non-konformen Menschen an. Wir überführen auch bereits funktionierende und etablierte Selbsthilfekonzepte in trans* Kontexte und bereiten sie zugänglich auf.

Wir arbeiten durch *direktes Körpererleben* und die *Fokussierung auf Gefühle*, sodass der jeweilige Mensch (mehr oder weitere) Möglichkeiten bekommt die eigene Körperwahrnehmung zu skalieren: Wie nehme ich meinen Körper wahr? Wie fühle ich mich dabei? Wovon möchte ich mehr? Wovon möchte ich weniger? Denn Trans*-Sein ist eine ur-körperliche Angelegenheit, verbunden mit mehr oder weniger starken, bewussten oder aus dem Bewusstsein ausgeblendeten Empfindungen und Gefühlen. Ein rein »verkopft« Sprechen über das Körpererleben von Trans* ist oftmals genauso wenig ausreichend wie bei nicht-trans* Personen.

Wir arbeiten *personenzentriert*, das heißt mit bedingungsloser Wertschätzung und Akzeptanz für Identitäten mit ihren Suchbewegungen, Grenzen und Lösungsansätzen. Wir sind überzeugt, dass sich für jeden Menschen zeigt, »was dran ist«, wenn der für die Person passende Zeitpunkt gekommen ist und die Person dafür bereit ist. Für weitere Beleuchtung des Themas siehe Günther (2015), Meyer (2015) sowie Hamm & Stern (2019).

Empowernd zu arbeiten liegt uns am Herzen. Dazu gehört für uns Reflexionsfragen anzubieten, aber die Verantwortung bei unserem Gegenüber zu belassen. Wir bestärken Menschen regelmäßig darin sich den eigenen Körper (wieder) anzueignen – sei es für Transitionsbelange oder bei der Entscheidung eine Körperübung (nicht oder anders) zu machen.

Stets den Wunsch nach vereinfachten Umständen anerkennend versuchen wir gemeinsam mit unserem Gegenüber herauszufinden, wie es in kleinen Schritten *Richtung Lösung* gehen kann. Mehr von dem zu tun, was hilft, im Sinne einer kreativen Erweiterung von Handlungsspielräumen.

Es ist uns wichtig, so *niederschwellig und inklusiv* wie möglich zu agieren. Für uns bedeutet das konkret zum Beispiel, dass alle Inhalte möglichst trans*-sensibel aufbereitet sind. Das heißt, wir berücksichtigen bei der Auswahl der Übungen zum Beispiel mögliches dysphorisches Körpererleben und verwenden eine von weitestgehend geschlechtsunabhängigen Bezeichnungen und Beschreibungen geprägte Sprache. Die meisten Übungen können unbegleitet ausprobiert werden.

Ein wichtiger letzter Baustein unserer Haltung ist die *Ressourcenorientierung*: Viele unserer Seminarteilnehmenden und aus der Zielgruppe unseres Peer-Materials leben im sozialen Rückzug und haben in ihrem Umfeld wenige bis keine Vertrauenspersonen, mit denen sie entspannt über ihr Inneres sprechen oder körperlich sein können. Viele haben in ihrem Leben noch keine oder nur sehr wenige gute Erfahrungen in Gruppen gemacht. Wir arbeiten gegen den sozialen Rückzug und ermuntern unsere Gegenüber, sich auf die trans* Gruppe des Seminars einzulassen und sich aktiv Hilfe zu holen.

Gerade wegen der strukturellen Diskriminierung und des Minderheitenstress vieler aus unserer Zielgruppe legen wir Wert auf Ressourcenorientierung im Sinne Louise Reddemanns, »die Schale des Glücks so aufzufüllen, dass sie ein Gegengewicht bilden kann zur Schale des Unglücks« (Reddemann, 2001, S. 33). Wir laden dazu ein, bereits gewonnene Sicherheiten, bereits gegangene Schritte und positive Erlebnisse zu sehen und sich daran zu erfreuen. Viele unserer Seminarteilnehmenden fühlen, dass ihr trans* Weg mit dem Erreichen einer Vornamens- und Personenstandsänderung oder lang ersehnter somatischer Maßnahmen beendet ist. Wir bieten auch ein Reframing dieses gesamten trans* Weges an und öffnen den Blick für die Zeit danach: den eigenen trans* Weg als kraftgebende Ressource zu sehen, nach dem Motto »Wenn ich das Trans*-Sein geschafft habe, dann schaffe ich ... auch!«

Details zum Poster und zur Broschüre

Um möglichst niederschwellig zugänglich zu sein, haben wir das Poster und die Broschüre zweisprachig auf Deutsch und Englisch erstellt und möglichst umgangssprachlich formuliert. Letzteres verstärkt zudem den Peer-Kontakt auf Augenhöhe.

Neben Informationen aus der Community stellen wir überwiegend Reflektionsfragen zur Verfügung, die die Verantwortung für den Umgang damit bei der lesenden Person belässt. Alle Inhalte sind möglichst trans*-sensibel aufberei-

tet, das heißt, wir berücksichtigen bei der Auswahl der Übungen zum Beispiel mögliches dysphorisches Körpererleben und verwenden eine Sprache, die von weitestgehend geschlechtsunabhängigen Bezeichnungen und Beschreibungen geprägt ist.

Broschüre und Poster werden als ein zusammengehöriges Paket verteilt und die Mitnahme ist kostenlos. Die erste Auflage verteilten wir persönlich möglichst breit in unseren privaten und beruflichen Netzwerken, auf Trans*-Konferenzen, über Trans*-Selbsthilfestrukturen, Trans*-Behandler*innen und über Trans*-Beratungsstellen. Gegen Rückporto versenden wir auch an alle Privatpersonen, sodass auch Menschen ohne Zugang zu Trans*-Beratungsstellen ein Exemplar erhalten können.

Das Material wurde unter einer Creative-Commons-Lizenz erstellt, vom Typ »Namensnennung – nicht-kommerziell – Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International zugänglich«.

Methodisch verwenden wir Elemente aus Bewegungstherapie und Körpertherapie: Atem-, Erdungs- und Achtsamkeitsübungen, Übungen aus dem Body-Mind-Centering und dem medizinischen Fitnessstraining.

Von der Haltung zum konkreten Poster

Das Poster ist unterteilt in Vorder- und Rückseite, wobei die Vorderseite Körperübungen für die Zeit *vor* der Mastektomie und die Rückseite Übungen für die Zeit *nach* der Operation zeigt.

Das Format ist DIN A2 und kann zum Beispiel bequem an die Außenseite oder Innenseite eines Schrankes geklebt werden. Für die Durchführung der Übungen ist kein besonderer Ort erforderlich und es wird kein Equipment benötigt, das nicht allgemein in einem Haushalt vorhanden ist.

Die elf niederschweligen Übungen sind den oben genannten Bereichen entnommen und speziell für die Zielgruppe aufbereitet. Grundsätzlich sind alle Übungen alltagstauglich und kurz gehalten. Kriterien waren zudem, dass sie sich nicht wie Sport anfühlen, damit es Menschen ohne Sportererfahrung leichter fällt sie auszuprobieren, und dass sie *sicher genug* sind, damit sie ohne Vorerfahrung und Kenntnisse ausprobiert werden können und möglichst kaum Verletzungspotenzial vorhanden ist. Dennoch gibt es den Hinweis im Zweifelsfall ärztlichen Rat einzuholen.

Die ausgewählten Übungen fördern ein aktives An- und Entspannen des Körpers. Die Wirkungen sind belebend oder öffnend bzw. ausgleichend oder be-

ruhigend. Darüber hinaus wird die Atmung wahrgenommen und die Verbindung aller Körperbereiche und Extremitäten gefördert.

Die »Vorher«-Seite des Posters beinhaltet vor allem Übungen zum Mobilisieren der Wirbelsäule und des Brustkorbes. Warum? Wenn Menschen Kompressionswesten bzw. Binder tragen, kommt es häufig zu Verspannungen im Bereich des Brustkorbes. Die gerade Körperhaltung im Sinne einer geraden Wirbelsäule wird durch das regelmäßige Tragen eines Binders unterstrichen, bei gleichzeitigem Verspannen der Schultern und Versteifung der Körperhaltung. Trans*-sensible Aufbereitung der Übungen bedeutete hier, dass zum Beispiel keine Übungen enthalten sind, bei denen der Körper geschüttelt wird. Eventuell unerwünschtes Gewebe wird so nicht weiter bewegt, der Fokus wird eher auf die Gelenkmobilisation gelegt.

Auf der »Nachher«-Seite sind Übungen zusammengestellt, die vor allem die Körperwahrnehmung fördern: Nach Operationen ist bei einigen Menschen ein Gefühl der körperlichen Entfremdung präsent. Sie haben den Eindruck, dass einige Körperteile nicht mehr zusammenhängen oder es Sprünge im vorherigen kontinuierlichen Verlauf der Haut gibt. Wenn zum Beispiel die Brustwarze versetzt wird, kann der Körper noch die Erinnerung haben, dass sie an einer anderen Stelle des Körpers sitzt. Wenn größere Hautmengen entfernt wurden und es eine Hautnaht gibt, kann das Empfinden zum Beispiel bei dem Darüberstreichen mit der Hand unterbrochen sein oder sogar springen. Einige Menschen tragen auch nach der Operation für mehrere Wochen eine Kompressionsweste, ähnlich – aber weniger stark abschnürend – wie ein Binder. Dies kann eine Erinnerung an das vorherige Engegefühl durch den Binder hervorrufen. Die zusammengestellten Übungen sind sowohl bei größeren als auch bei kleineren Operationsnarben und in Kombination mit der Hysterektomie geeignet.

Von der Haltung zur konkreten Broschüre

Das zweisprachige Begleitheft besteht aus 20 Seiten im DIN-A5-Format. Der Inhalt orientiert sich am Zeitverlauf von der Entscheidungsfindung über die etwaige Operation bis zum Ausblick auf den nächsten Schritt im Leben und unterteilt sich in folgende Kapitel: Über diese Broschüre und das Poster; Vom Aushalten und Unterstützung finden; Vorstellungen und Erwartungen; Und dann geht es los; Umgang mit Krisen nach der Operation; Mein trans* Weg als Ressource.

VORHER Trans***Körper*Wahrnehmung – Körperübungen** **vor** der Mastektomie
BEFORE Trans***Body*Awareness – Exercises** **before** your top surgery

#1 LOCKERE WIRBELSÄULE
FLUID SPIRE
 Du bist ein lebendiges Wesen, das heißt, deine Knochen und Muskeln dehnen sich. Durch diese Flexibilität, können sie sich dehnen und umformen. Durch diese Flexibilität, können sie sich dehnen und umformen. Durch diese Flexibilität, können sie sich dehnen und umformen.
 You are a living being, that means your bones and muscles are flexible. Through this flexibility, they can stretch and adapt. Through this flexibility, they can stretch and adapt.

#2 LAST VON MEINEN SCHULTERN LOSWERDEN
GETTING RID OF THE LOAD FROM MY SHOULDERS
 Du wirst deine Brust mit dem Gewicht deiner Brust belasten. Durch diese Flexibilität, können sie sich dehnen und umformen. Durch diese Flexibilität, können sie sich dehnen und umformen.
 You will carry your chest with the weight of your chest. Through this flexibility, they can stretch and adapt. Through this flexibility, they can stretch and adapt.

#3 BELEBENDE KÖRPERSPIRALE
STIMULATING BODY SPIRAL
 Die Spirale auf dem Rücken, stimuliert die Muskeln. Durch diese Flexibilität, können sie sich dehnen und umformen. Durch diese Flexibilität, können sie sich dehnen und umformen.
 The spiral on your back, stimulates the muscles. Through this flexibility, they can stretch and adapt. Through this flexibility, they can stretch and adapt.

#4 MEINEN BRUSTKORB ÖFFNEN
OPENING MY RIB CAGE
 Die Rippen sind wie ein Gefäßnetzwerk. Durch diese Flexibilität, können sie sich dehnen und umformen. Durch diese Flexibilität, können sie sich dehnen und umformen.
 The ribs are like a network of vessels. Through this flexibility, they can stretch and adapt. Through this flexibility, they can stretch and adapt.

#5 DIE ENTSPANNTE ROLLE
RELAXING ROLL
 Für diese Übung brauchst du eine große Handfläche. Durch diese Flexibilität, können sie sich dehnen und umformen. Durch diese Flexibilität, können sie sich dehnen und umformen.
 For this exercise you need a large flat surface. Through this flexibility, they can stretch and adapt. Through this flexibility, they can stretch and adapt.

#6 MEINEN KÖRPER BELEBEN
REVITALIZING MY BODY
 Jede Zelle in deinem Körper, hat eine Aufgabe. Durch diese Flexibilität, können sie sich dehnen und umformen. Durch diese Flexibilität, können sie sich dehnen und umformen.
 Every cell in your body, has a task. Through this flexibility, they can stretch and adapt. Through this flexibility, they can stretch and adapt.

Hinweis: Diese Übungen sind nicht als Ersatz für eine professionelle Physiotherapie zu verstehen. Bei Fragen oder Unklarheiten, bitte dich an einen professionellen Physiotherapeuten wenden.
 Note: These exercises are not a substitute for professional physiotherapy. In case of questions or uncertainties, please contact a professional physiotherapist.

Warnung: Bitte achte auf deine Atmung während der Übungen. Eine gute Atmung ist entscheidend für die Durchblutung der Muskeln. Bei Schmerzen oder Unwohlsein, bitte die Übungen sofort abbrechen.
 Warning: Please pay attention to your breathing during the exercises. Good breathing is essential for the blood flow to the muscles. In case of pain or discomfort, please stop the exercises immediately.

Abb. 1: Vorderseite des Posters mit Körperübungen für die Zeit vor der Mastektomie

Wir greifen im Folgenden beispielhaft einige Punkte pro Kapitel heraus, an denen deutlich wird, wie wir zentrale Punkte unserer Haltung in das Material überfüh-

#3 BELEBENDE KÖRPERSPIRALE STIMULATING BODY SPIRAL



Du liegst auf dem Rücken, hast deine Knie angewinkelt und die Füße aufgestellt. Dein gesamter Rücken liegt auf dem Boden. Deine Arme sind links und rechts vom Körper ausgestreckt. Jetzt kippst du langsam deine beiden Knie zur einen Seite. Deine beiden Schultern bleiben dabei auf dem Boden. Dein Kopf blickt in die andere Richtung, als deine Knie zeigen. Komme nach einer Weile wieder zur Ausgangsposition zurück und kippe deine beiden Knie zur anderen Seite. **Jede Seite 3 Mal, für 10 Atemzüge verweilen.**



Lie down on your back, bend your knees and place your feet on the floor. Your whole back touches the ground. Your arms are stretched out horizontally to your left and right. Now, gently lower both of your knees to one side. Look in the opposite direction of your knees. Both of your shoulders remain on the ground. After a while move your knees back into the starting position and gently lower your knees to the other side. **3 times each side, lingering for 10 breaths.**

Abb. 2: Beispiel einer Körperübung für die Zeit vor der Mastektomie

ren: Bereits im Vorwort sprechen wir beispielsweise positiv von einer »Brust-Transformations-Operation (Mastektomie) hin zu einem flachen Brustprofil« (Hahne & Stern, 2017, S. 4). Schon an dieser Stelle zeigt sich einerseits unser wertschätzender Blick auf den Umwandlungsaspekt der Operation und andererseits verwenden wir dadurch Wörter, die explizit alle Geschlechtsidentitäten inkludieren.

Im Kapitel »Vom Aushalten und Unterstützung finden« arbeiten wir gegen den sozialen Rückzug und machen konkrete Andockvorschläge:

»Viele Menschen aus der trans* Community berichten, dass es ihnen guttut, wenn sie zusätzlich zu den Sitzungen einer Psychotherapie mit anderen Menschen über das Aushalten und ihre Gefühle dazu sprechen. Sei es mit Partner*innen, Freund*innen, in einer Selbsthilfegruppe, oder bei einem Termin in einer trans* Beratungsstelle. Die Wartezeit wird dadurch nicht kürzer, vielleicht ist der Schmerz nach einem sol-

chen Gespräch auch noch genauso intensiv wie vorher. Viele sagen allerdings, dass es ihnen besser geht, wenn sie sich mitteilen und mit anderen darüber sprechen können« (ebd., S. 6).

An dieser Stelle starten wir auch den Versuch die Selbstfürsorge der lesenden Person zu aktivieren:

»Mein Körper fühlt sich noch nicht so an, wie ich es mir wünsche. Aber auch der heutige Tag ist Teil meiner Lebenszeit – dann kann ich ihn auch für mich nutzen und gucken, was ich mir selbst Gutes tun kann. Welche *eine* Sache tut mir heute gut? Was gönne ich mir *heute*?« (ebd., S. 6f.)

Zum Umgang mit Wartezeiten und Ohnmachtsgefühlen bieten wir an, die konkreten Übungen des Posters zu benutzen, um sich in der Zwischenzeit selbst Gutes zu tun. Als weitere Ideen, um selbst den eigenen Handlungsspielraum zu erweitern, stellen wir das Prinzip des 24-Stunden-Plans aus dem Selbsthilfekontext der Alcoholics Anonymous vor (ebd., S. 6f.) sowie die Übung des Bohnensammelns für jedes gute Erlebnis des Tages aus der Achtsamkeitsbewegung (ebd., S. 7).

Im Kapitel »Vorstellungen und Erwartungen« stellen wir unserer Zielgruppe vielfältige Fragen zur Verfügung, mit denen sie ihre Entscheidungen rund um die Operation reflektieren können. Durch die Art der Fragestellung ist unter anderem impliziert, dass

- die eintretende Realität nicht mit den Hoffnungen und Wünschen übereinstimmen muss und gleichzeitig jede einzelne Person für sich irgendeinen Gestaltungs- und Handlungsspielraum hat, zum Beispiel: »Wie viel Zeit möchtest du dir lassen oder nehmen, um dich von der Operation zu erholen? [...] Wie gehst du damit um, wenn du Informationen erfährst, die deinen Wunschkonzeptionen nicht entsprechen? Mit wem kannst du über Wünsche, Sehnsüchte und Enttäuschungen sprechen? [...] Wer kann dir welche Form von Unterstützung geben?« (ebd., S. 8)
- es einen selbst gestalteten und bewussten Übergang geben kann: »Was glaubst du wird kommen und was gehen? Wovon willst du dich verabschieden, was neu willkommen heißen?« (ebd., S. 8)
- Gefühle rund um die Operation vielfältig sein können und dürfen.

Wir stellen lediglich Fragen und überlassen das Finden von Antworten der Person selbst, anknüpfend an das »informed consent«, denn die Verantwortung

liegt selbstverständlich bei der Person selbst: »Es ist ja dein Körper: wofür entscheidest *du* dich?« (ebd., S. 8)

Im Kapitel »Und dann geht es los« thematisieren wir mögliche Unsicherheiten, Zweifel und Ambivalenzen vor dem Schritt ins Unbekannte der Veränderung – und »normalisieren« bzw. »erlauben« sie dadurch. Auch im Zweifeln kann die Operation die richtige Entscheidung sein:

»Der Operations-Tag rückt näher. Vielleicht freust du dich, vielleicht meldet sich die Besorgnis, ob du die richtige Entscheidung für dich getroffen hast, vielleicht meldet sich nichts, oder erst kurz vorher, wenn >es ernst wird«. Das alles kann sein, dein Körper meldet sich mit dem, was er braucht, vielleicht kannst du dem folgen. Eine solche Operation ist trotz sorgfältigem Abwägen im Vorfeld ein Schritt ins Unbekannte. Es gibt kein schrittweises Ausprobieren und du weißt erst im Nachhinein, wie es sich dann tatsächlich anfühlt« (Hahne & Stern, 2017, S. 9).

Wir laden ein, den Abschied bewusst zu spüren und anzugehen, zum Beispiel mit einem Ritual, damit die Seele und gegebenenfalls auch Beziehungspersonen den Geschehnissen folgen können. Wie auch immer, auch hier bleibt die Verantwortung für die Entscheidung bei der Person selbst.

»Manche Menschen haben das Bedürfnis vor ihrer Operation bewusst mit einem Ritual Abschied zu nehmen von dem Körperbereich, der gehen wird, der chirurgisch verändert wird. Manchmal ist es auch der Wunsch von Partner*innen, Abschied nehmen zu dürfen von einem Körperteil, der geht. Manche halten einen Moment inne, andere machen zum Beispiel ein Abschiedsfoto oder einen Gipsabdruck vom Brustkorb vor der Operation. Entscheide du, wie du Abschied nehmen möchtest, was für dich gut ist« (ebd., S. 9).

Im weiteren Teil berücksichtigen wir, dass viele trans* Personen, die wir kennen, nicht gelernt haben, sich ihre Bedürfnisse zuzumuten, und Autonomie mit Autarkie verwechseln. Wir stellen daher Ressourcen-aktivierende Fragen zur Selbstfürsorge für die Zeit im Krankenhaus und besonders zur Entlassung mit Übergang in der häuslichen Umgebung. Implizit normalisieren wir und ermutigen unsere Zielgruppe dazu Hilfe zu erfragen und sie anzunehmen, zum Beispiel: »Soll dich wer ins Krankenhaus bringen? Kann dich wer bei deiner Entlassung abholen, deinen Koffer tragen und mit dir zuhause die ersten, notwendigen Dinge regeln?« (ebd., S. 9)

Das Kapitel »Umgang mit Krisen nach der Operation« fokussiert einen Zustand, den wir in der trans* Community oftmals hören: »Ich hatte mich so gefreut und dachte, nach der Operation ist alles ok ...«. Die Zeit nach der Operation kann anders aussehen, denn es gibt einen Unterschied zwischen »*körperlich gesund sein* und sich *körperlich-psychisch-seelisch heil* fühlen. Vielleicht gab es auch >heimliche Wünsche<, dass mit der Operation sich die anderen Lebensthemen mit in Wohlgefallen auflösen« (ebd., S. 10).

Wir normalisieren diesen Aspekt und laden ein im Hier und Jetzt eigene Gefühle zuzulassen und mit dem zu gehen, was der Körper äußert. Und wir laden erneut ein, sich mit dem, was ist, anderen Menschen zuzumuten und im besten Fall die Erfahrung zu machen (aus)gehalten zu werden. Wir formulieren es so:

»Vielleicht kommt statt einem Gefühl von Erleichterung, >endlich die neue Brust zu habe<«, Traurigkeit oder Bedauern, den Schritt nicht viel früher gegangen zu sein. Oder es kommt Wut oder Traurigkeit, dass die Operation wegen vieler Hindernisse für dich gefühlt erst spät stattfinden konnte. Mit wem kannst du diese Gefühle teilen?« (Hahne & Stern, 2017, S. 10)

Das Abschlusskapitel »Mein Trans*Weg als Ressource« haben wir als Reframing des gesamten Trans*-Seins geschrieben. Wir möchten das Positive und Kraftvolle eines trans* Weges in den Blick nehmen und den Blick auf Trans*-Sein mit all den Hürden und Windungen des eigenen Weges als Ressource richten. Wir kennen bisher wenig Diskussionen darüber, wir wollen diesen Blick fördern. Im Begleitheft formulieren wir das bewusst feierlich:

»Wenn ich das trans* Sein geschafft habe, dann schaff ich _____ auch!« Sprechen trans* Menschen mit anderen Menschen, innerhalb und außerhalb der trans* Community, ausreichend über das Positive und Kraftvolle ihres trans* Weges? Wie ist das für dich? Wir haben Lust darüber zu sprechen, wie der eigene trans* Weg als Ressource genutzt werden kann, denn:

Du hast einen Weg hinter dir, auf dem du für dich selbst hingeschaut hast, wie die Dinge sind. Vielleicht hast du dich und deine Bedürfnisse gegen inneren und/oder äußeren Widerstand durchgesetzt. Du bist vielleicht durch Zeiten des Zweifels, der Ohnmacht und der Krise gegangen. Du bist für dich eingestanden, vor dir selbst und vor anderen. Wow. Was heißt das für dich und andere (krasse) Entscheidungen in deinem Leben? Wie bist du jetzt in der Welt? Wo willst du noch du selbst sein? Wo kannst du sonst noch für dich eintreten, hinaus in die

Welt gehen und das umsetzen, was du machen willst oder worauf du Lust hast? Was steht für dich an bei Wahl_Familie, Ausbildung und Beruf, Freizeit, Beziehung, Sexualität? Was steht für dich als Nächstes an in deinem Leben?« (ebd., S. 11)

Reflexion: Entstehung, Feedback und weitere Bedarfe

Wir haben uns entschieden das Projekt ehrenamtlich durchzuführen, denn die Umsetzung des Posters und der Broschüre war vor allem eine Herzenssache. Die von uns gestellten Projektanträge sind auch auf Nachfrage ohne Angabe von Gründen abgelehnt worden. Wir standen für Texte, Übersetzungen, Fotos, Gestaltung und Layout vor einem klassischen »Projekt ohne Ressourcen«. Wir haben daher Bekannte und Freund*innen eingespannt uns zu unterstützen. Die Druckkosten wurden durch eine zweckgebundene Privatspende und von Trans*Recht e. V. in Bremen getragen.

Während der Entstehung und nach Veröffentlichung des Materials haben wir durchweg positives Feedback erhalten. Die erste Auflage war in kurzer Zeit vergriffen. Eine umfangreiche Evaluation des Projektes ist im Zuge einer Neuauflage geplant – unter Voraussetzung einer Finanzierung des Vorhabens.

Zu guter Letzt

Neben der der medizinischen Versorgung braucht es aus unserer Sicht und Erfahrung für bedarfsgerechte, ganzheitliche und inklusive Versorgung und Begleitung von trans* Menschen in der »Regelstruktur« das Folgende:

- mehr von trans* Personen erstelltes Peer-Material zur ganzheitlichen Information
- mehr professionelle Angebote von Menschen, die Querschnittsthemen wie zum Beispiel trans* und Körperarbeit zusammenbringen können
- mehr Angebote und Material mit einer klaren Haltung, wie wir sie oben skizziert haben

Und letztlich braucht es dafür einfach zu erreichende Förderstrukturen und eine verstetigte Finanzierung der Angebote – damit mehr Menschen das Positive und Kraftvolle eines trans* Weges leben können.

Literatur

- Egener, K., Kempe, J. & Rewald, S. (2017). Der Ansatz der community-basierten Beratung. In Schwulenberatung Berlin (Hrsg.), *Ich fühlte mich verstanden und das ist alles, was zählt* (S. 46–52). Berlin: Eigenverlag.
- Günther, M. (2015). Psychotherapeutische und beratende Arbeit mit Trans* Menschen. Erfahrung, Haltung, Hoffnung. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 47(1), 113–124.
- Hahne, A. & Stern, K. (2017). *Trans*Körper*Wahrnehmung – Ressourcen rund um die Mastektomie. Begleitheft zum Poster Trans*Körper*Wahrnehmung – Körperübungen vor/nach deiner Mastektomie*. Hamburg: Eigenverlag.
- Hamm, J. & Stern, K. (2019). Einblicke in die Trans*-Beratung – Praxis, Haltung, Reflexion. In A. Naß, S. Rentzsch, J. Rödenbeck, M. Deinbeck & M. Hartmann (Hrsg.), *Empowerment und Selbstwirksamkeit von trans* und intergeschlechtlichen Menschen. Geschlechtliche Vielfalt (er)leben – Band II* (S. 15–32). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Magnus-Hirschfeld-Centrum, UHA e. V. (Hrsg.). (2012). *Trans*Patienteninformation Mastektomie. Zur Unterstützung und für einen guten Verlauf*. Hamburg: Eigenverlag.
- MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (Hrsg.). (2009). *Grundlagen der Begutachtung. Begutachtungsanleitung. Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität*. Essen: Eigenverlag.
- Meyer, E. (2015). Trans*affirmative Beratung. *Psychosozial*, 38(2), 71–86.
- Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Trans*Beratung Nord e. V. (Hrsg.). (2016). *Trans*Rat. Informationen für Trans*menschen. Wundheilung und Narben*. Hamburg: Eigenverlag.

Die Autor_innen

Alexander Hahne arbeitet im Bereich sexuelle Bildung, als Leiter von Workshops rund um die Themen Körpererfahrung und Bewegung und als Trainer für trans*-spezifische Sensibilisierungsarbeit zum Beispiel bei der Deutschen AIDS-Hilfe; medizinischer Fitnesstrainer, langjährige Erfahrung und Fortbildung in Tanz und kreativen Ausdrucksformen (u. a. Ballett, New Dance, Kontaktimprovisation, Butoh, Body-Mind-Centering, Kickboxen, Mixed Martial Arts, Playfight_Queerfight).

K* Stern ist Heilpraktiker*in für Psychotherapie, Körpertherapeut*in und arbeitet in der Trans*-Beratung in Hamburg und Bremen. K*s Leidenschaft sind Workshops, Seminare und Fortbildungen für Trans*-Menschen, An- und Zugehörige, Fachkräfte und Gruppen zu den Themen Trans*, Körper und Sexualität, u. a. an der Akademie Waldschlösschen.

Mehr Akzeptanz! – Wünsche und Empfehlungen junger trans* Menschen in Bezug auf ihre Lebenssituation

Erik Meyer & Arn T. Sauer

Nach einer kurzen Bezugnahme auf die derzeit noch schwierige Lebenssituation insbesondere junger trans* Menschen unter der Bedingung gesellschaftlicher Diskriminierung und eines restriktiven Versorgungssystems soll auf Konzepte wie Empowerment und Partizipation verwiesen werden, die eine Veränderung der Verhältnisse zum Nutzen der davon betroffenen Menschen zum Ziel haben. Der vorliegende Beitrag fokussiert auf die ausführliche Darstellung der von den Teilnehmenden einer partizipativen Studie mit jungen trans* Personen (Sauer & Meyer, 2016) formulierten »Wünsche und Bedürfnisse«, die im Studienbericht nur in Form eines Forderungskatalogs Platz fanden: was getan werden müsste, um die Situation für trans* Menschen zu verbessern.¹

Die Lebenssituation von (jungen) trans* Menschen

Als trans* Personen werden Menschen bezeichnet, die sich nicht bzw. nicht vollständig oder zeitweise nicht ihrem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht zuordnen können bzw. wollen. Dies sind zum Beispiel transsexuell, transgeschlechtlich, transident, transgender, weder-noch, non-binär, gender-queer, agender/nicht-geschlechtlich identifizierte Menschen und viele andere mehr

1 Die Studie entstand unter Mitarbeit der Studienteilnehmenden Anna, Charly, Chris, Conner, Hans, Jack, Joshua, Julien, Kijell, Kiwi, Leopold, Max, Moritz, Robert und Severin (anonymisiert mit selbst gewählten Namen), wofür wir uns an dieser Stelle nochmals herzlich bedanken wollen. Der Forschungsbericht ist im Internet frei verfügbar unter <https://www.bv-trans.de/portfolio-item/wie-ein-gruenes-schaf/> (30.07.2018).

(Meyer, 2015a). Viele trans* Menschen identifizieren sich (mehr oder weniger) eindeutig mit einem anderen als ihrem Geburtsgeschlecht, sich als queer bezeichnende Menschen lehnen Kategorien der Geschlechtsidentität bzw. der sexuellen Orientierung ab. Alle trans* Menschen müssen mit den gesellschaftlichen Bedingungen des binär ausgerichteten, heteronormativen Geschlechtersystems zurechtkommen (Meyer, 2015a, 2015b). Dabei referiert Heteronormativität (Warner, 1991) auf die Annahme einer »natürlichen« Verknüpfung körperlicher Merkmale von Geschlecht, Geschlechtsidentität und Geschlechtsrollenverhalten (entweder »männlich« *oder* »weiblich«) mit sexueller Orientierung (bezogen auf das jeweils *andere* Geschlecht). Trans* Menschen weichen von diesen Vorgaben ab, weshalb ihnen im Rahmen von Cissexismus (Serano, 2007) häufig »Nachahmung« unterstellt und die eigene Legitimation abgesprochen wird, was letztlich in unterschiedliche Formen expliziter und subtiler Diskriminierung mündet. Diejenigen trans* Menschen, die eine rechtliche und/oder medizinische Transition in ein anderes als das Geburtsgeschlecht anstreben, müssen sich in ein »Hilfe-System« mit psychisch belastenden, »komplizierten institutionellen und strukturellen Bedingungen« (Sauer & Meyer, in Vorb.; vgl. Neander, in Vorb.) begeben. Dabei sind sie abhängig von den teilweise individuell und willkürlich handelnden Fachleuten. Wenn diesen das Wissen und die Sensibilität bezüglich der Lebenslagen und Bedürfnisse von trans* Personen fehlt, führt dies wiederum zu zusätzlichen diskriminierenden und invalidierenden Erfahrungen der betreffenden Hilfesuchenden (Sauer & Meyer, 2016).

Von diesen Schwierigkeiten sind in besonderer Weise junge trans* Menschen betroffen.² Minderjährige trans* Personen sind auf die Zustimmung ihrer Sorgeberechtigten, junge volljährige Trans* meistens auf die Kooperation der Institutionen des Bildungssystems angewiesen und sind dann häufig finanziell von ihren Familien abhängig. Bisher werden junge trans* Menschen in ihrem Wissen über sich selbst üblicherweise wenig gehört und kaum erst genommen. In den letzten Jahren sind jedoch über das Internet bzw. soziale Medien und durch lokale Angebote der LSBTIQ*-Community (LSBTIQ* steht für lesbisch, schwul, bisexuell, trans*, inter(sexuell) und queer) auch für junge Trans* zunehmend Begegnungs- und Austauschmöglichkeiten entstanden.

2 Bezogen auf das deutsche Jugendrecht (§ 7 SGB VIII) gelten unter 14-Jährige als Kinder, 14- bis 18-Jährige als Jugendliche, 18- bis 21-Jährige als junge Volljährige und unter 27-Jährige als junge Menschen.

Etwas anders machen: Empowerment und partizipative Forschung

Etwa seit den 1970er Jahren gibt es auf breiter Ebene Bestrebungen, gesellschaftliche Veränderungen zur Überwindung von Benachteiligungen verschiedener Bevölkerungsgruppen zu erreichen. In diesem Zusammenhang hat sich das Konzept des »Empowerment« (Rappaport, 1995) etabliert, auf das die Ankündigung zum Kongress »Geschlechtliche Vielfalt (er)leben« im September 2017 Bezug nimmt. Herriger (2014, S. 8) definiert Empowerment als »Anstiften zur (Wieder-)Aneignung von Selbstbestimmung über die Umstände des eigenen Lebens«. Dabei geht es darum, auch mit Mitteln der (Gemeinde-)Psychologie und der Sozialen Arbeit, auf individueller und kollektiver Ebene Ressourcen freizusetzen und Partizipation zu ermöglichen. Ähnliche Ziele verfolgt aus einer anderen Richtung die Selbsthilfebewegung, deren entscheidendes Qualitätsmerkmal die »Selbstbetroffenheit« (Moeller, 1978, S. 79) ist: »Die Betroffenen wissen es in der Regel am besten. Not und Tat sind aus einem Guß« (ebd., S. 75). Der Begriff der »Experten in eigener Sache« aus der amerikanischen Behindertenrechtsbewegung der 1980er Jahre schließt daran an: Indem Menschen mit persönlichem Erfahrungswissen Expert_innenschaft zugeschrieben wird, wird versucht, eine gewisse Augenhöhe mit professionell Tätigen aus dem Sozial- und Gesundheitswesen herzustellen.

Tendenzen von Partnerschaftlichkeit und Empowerment gab und gibt es auch im Bereich der Forschung. Die partizipative Forschung ging aus der amerikanischen »Action Research« (Lewin, 1946) hervor. Sie will, im Gegensatz zu der im Sinne von »Objektivität« sonst üblichen Haltung der Nichteinmischung der Forschenden, »die soziale Wirklichkeit partnerschaftlich erforschen und beeinflussen« (Unger, 2014, S. 1), und zwar nach den eigenen Interessen der in der Regel von sozialer Benachteiligung betroffenen Forschungsteilnehmenden.

Eine solche Gruppe stellen auch trans* Menschen dar, insbesondere junge Trans*, bei denen sich zwei Diskriminierungsformen intersektional (Crenshaw, 1989) überschneiden – Diskriminierung aufgrund ihres Trans*-Seins *und* Diskriminierung aufgrund ihres (jungen) Alters –, sodass sich an dieser »Kreuzung« eine spezifische Form von Diskriminierung ergibt. Zur Erforschung gerade ihrer Lebenslagen kann ein solcher partizipativer Ansatz hilfreich sein, um der auch durch die beschriebenen strukturell und institutionell bedingten Schwierigkeiten erlebten Ent-Mächtigung etwas entgegenzusetzen. Im Folgenden wird ein solches Projekt beschrieben.

Die Studie »Wie ein grünes Schaf in einer weißen Herde«

Seit 2013 finden auf Initiative einiger deutscher Trans*-Aktivist_innen und mit Unterstützung der Akademie Waldschlösschen (Rheinhausen bei Göttingen) unter dem Namen Trans*Aktiv jährlich bundesweite Vernetzungstreffen von Aktivist_innen unterschiedlicher Organisationen und Gruppen der Trans*-Community statt. Noch vor der Gründung des Bundesverband Trans* (BVT*, seit 2017 eingetragen als Bundesvereinigung Trans* e. V.), der daraus hervorging, gelang es der Koordinationsgruppe des Netzwerks zusammen mit dem queeren Jugendnetzwerk Lambda e. V. ein Empowerment-Projekt für jugendliche und junge erwachsene trans* Menschen zu starten.³ 2015 konnten in vier deutschen Städten (Essen, Berlin, Hamburg und Chemnitz) im Rahmen des »TRANS* – JA UND?!« benannten Projektes die ersten Medien-Empowerment-Workshops für junge trans* Personen im Alter von 14 bis 26 Jahren durchgeführt werden. Im Sinne des Empowerment-Gedankens sollte der Zugang zur Teilnahme an den Workshops niedrigschwellig sein: Die Werbung war in jugendgerechter Sprache verfasst, die Teilnahme kostenfrei, Fahrtkostenzuschuss und kostenfreie Übernachtung konnten beantragt werden, die Veranstaltungsräume waren rollstuhlgerecht. Die Workshop-Leitenden waren dreisprachig (Deutsch, Englisch, Gebärdensprache) und trans* bzw. queer positioniert. Im Rahmen der Workshops produzierten die Teilnehmenden beispielsweise Spoken-Word-Performances oder Trickfilme über ihre Lebenssituationen. Ein Teil der Workshop-Ergebnisse wurde auf der Homepage des Projekts (www.transjaund.de) allen Interessierten zur Verfügung gestellt. Im Anschluss an die Workshops konnten die Teilnehmenden zusätzlich an dem begleitenden Forschungsprojekt (Sauer & Meyer, 2016) teilnehmen.

Als erste Studie zu trans* Jugendlichen in Deutschland nach dem partizipativen Ansatz (community-based participatory research, Meyer & Sauer, in Vorb.; Minkler & Wallerstein, 2008) wurde das Forschungsprojekt von Aktivist_innen aus der Trans*-Community im Umfeld des BVT* konzipiert und in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit den jungen befragten Trans* durchgeführt. Ziel der Studie war neben dem Empowerment der Teilnehmenden die Stärkung anderer (junger) Trans* sowie darüber hinaus mit den Ergebnissen einen kleinen Beitrag zur Verbesserung der Lebenslagen junger trans* Menschen in Deutschland zu leisten. Es fanden drei leitfadengestützte Fokusgruppen-In-

3 Gefördert durch das Programm »Demokratie leben!« des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).

Interviews mit insgesamt 15 Personen im Alter von 14 bis 26 (im Durchschnitt 20) Jahren statt. 14 Teilnehmenden war bei der Geburt das weibliche, einer Person das männliche Geschlecht zugewiesen worden. In den Interviews hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit, sich als Expert_innen in eigener Sache inhaltlich über ihr Selbstverständnis und ihre Lebenssituation zu äußern und ihren Unterstützungsbedarf seitens der Gesellschaft und deren Institutionen zu benennen. Die Transkripte wurden in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet. Daraus ergab sich ein Codesystem mit 25 Kategorien und 833 einzelnen Codierungen. Dabei wurden manche Textstellen mehrfach codiert, um auch unterschiedliche Bedeutungen von Aussagen berücksichtigen zu können, sodass möglichst wenig Information verloren gehen konnte. Die Ergebnisse sind den Teilnehmenden im Sinne des partizipativen Studiendesigns zur Korrektur und Reinterpretation vorgelegt worden. Dabei erhielt ihre Einschätzung Vorrang vor der Interpretation der Autor_innen, um einen möglichst hohen Grad an Kontrolle durch die Forschungsteilnehmenden zu erreichen (Egener, 2018). Um die Studieninhalte der Community und weiteren Interessierten zugänglich zu machen, wurde der Forschungsbericht in alltagsverständlicher Sprache verfasst und kostenfrei im Internet veröffentlicht.

Ergebnisse: Junge trans* Menschen beschreiben ihre Bedürfnisse

Die Interviewteilnehmenden beschrieben ihre Lebenssituationen und Bedürfnisse als trans* Menschen sehr differenziert. Dabei formulierten sie teilweise allgemeine, teilweise auch sehr konkrete Unterstützungswünsche an die Gesellschaft. An dieser Stelle sind ihre Wünsche und Empfehlungen (basierend auf dem gleichnamigen Code), die im Forschungsbericht aus Kapazitätsgründen nur in Form eines Forderungskatalogs wiedergegeben werden konnten, mit den entsprechenden Zitaten ausführlicher dargestellt:

Grundsätzlich wünschten sich die Interviewten einen offenen, selbstverständlichen und akzeptierenden Umgang mit dem Thema Trans* und, dass mehr Information dazu in der Gesellschaft und insbesondere bei professionell Helfenden verfügbar sein sollten:

»Allgemein in der Gesellschaft, dass das Thema einfach offener behandelt wird, dass die Leute wissen, womit sie's zu tun haben [...] und das wär' halt enorm wich-

tig, dass gerade Leute in sozialen Berufen aufgeklärt sind über dieses Thema [...], dass es irgendwann nicht mehr nötig sein würde, sich zu outen, sondern dass alles halt einfach akzeptiert ist« (Anna, 22 Jahre).

Die Zuordnung zu einem (bestimmten) Geschlecht sollte unwichtiger werden: »Dass Geschlecht unwichtiger wird« (Joshua, 26 Jahre) und dass auch nicht-binäre Identitäten mehr Akzeptanz finden: »[Denn,] wenn man diese Grenzen mehr auflöst, dann wird auch mehr Akzeptanz für alles, was sich dazwischen bewegt, entstehen« (Chris, 18 Jahre). Des Weiteren hielten sie besondere Unterstützung und Entstigmatisierung von Trans* mit Erfahrung von Mehrfachdiskriminierung (z. B. aufgrund von Hautfarbe, körperlicher oder psychischer Einschränkung) für erforderlich:

»Ich bin generell [...] gegen Stigmatisierung von psychologisch kranken Menschen, die auch trans* sind. [...] Menschen mit Mehrfachdiskriminierungen müssen mehr unterstützt werden, also Menschen, die psychologische Probleme haben, Menschen, die körperliche Probleme haben, Menschen, die andere Hautfarben haben, woanders herkommen« (Leopold, 19 Jahre).

In Bezug auf ihre *Alltagsbewältigung* war den Befragten die Verwendung des von ihnen gewünschten Pronomens durch ihr Umfeld in besonderer Weise wichtig. So antwortete Chris (18 Jahre) auf die Frage, was noch weiterhelfen würde, die eigene Identität bzw. den Geschlechtsausdruck akzeptierter leben zu können schlicht und einfach: »Pronomen«. Dieser Wunsch betraf auch nicht-binäre Pronomen, also »Pronomen, die weder männlich noch weiblich sind« (Conner, 18 Jahre). Des Weiteren wünschten die jungen trans* Menschen, dass auf Dokumenten (z. B. Fahrkarten), Formularen (z. B. Anmeldung zum Studium, Internet-Bestellungen) und Fragebögen keine Angabe von Geschlecht erfolgen sollte. Joshua (26 Jahre) beschrieb das Problem folgendermaßen:

»Warum ist es für den Busfahrer wichtig, wenn ich ihm die Karte vors Gesicht halte, dass da ein ›W‹ draufsteht? [...]. Also, ich hab' irgendwie das Gefühl, dass viele Dinge so geschlechtergebunden sind. Dinge, die mit dem Geschlecht eigentlich gar nichts zu tun haben. Bei Fragebögen zum Beispiel fängt's ja schon an: Man muss ankreuzen, oder wenn man irgendwas im Internet bestellt, muss man die Anrede auswählen, oder wenn man sich irgendwo anmeldet, irgendwas beantragt, ebenfalls. Dass man einfach vielleicht, wenn man die Anrede weglassen könnte, wär' das ja schon ein Fortschritt!«

Charly (20 Jahre) führte weiter aus:

»Zum Beispiel, ich hab' mich eingeschrieben bei der Uni als ›Frau‹, weil ich keine Möglichkeit hatte, das anders zu bestätigen. Die wollten Daten von mir haben, die Geburtsurkunde und so, und da konnte ich halt noch nicht mit aufwarten. Da hätte ich mir am liebsten ›neutral‹ angekreuzt, einfach weil, das wär' die einzige Möglichkeit gewesen, das zu umgehen und gleichzeitig mich nicht wieder ›Frau‹ nennen müssen.«

Im Schriftverkehr sollte grundsätzlich die geschlechtsneutrale Anrede mit Vor- und Nachnamen verwendet werden, wie Robert (26 Jahre) vorschlug: »Ich find das grade sowieso unnötig, dass dann da zum Beispiel steht: ›Frau Helga Müller‹. Man könnte ja auch einfach nur den Brief an ›Helga Müller‹ adressieren«. Bei Schulen und anderen öffentlichen Gebäude regten die Befragten die reguläre Einrichtung von »Unisex-Toiletten« (Chris, 18 Jahre; Conner, 18 Jahre) an: »Dass es in öffentlichen Gebäuden einfach nur Toiletten gibt, die abschließbare Kabinen beinhalten und dann steht da ›Toilette‹ drauf und das war's« (Chris, 18 Jahre), sowie ebenfalls von geschlechtsneutralen, bzw. gemischten Umkleiden wie zum Beispiel eine »Großraumumkleide, die nannte sich dann ›Familienumkleide« (Chris, 18 Jahre).

Um die oft schwierigen *strukturellen Bedingungen* der Transition, Begutachtung und Psychotherapie zu verbessern, wünschten sich die Befragten die Verkürzung und »Vereinfachung aller formalen Prozeduren« (Leopold, 19 Jahre) der Vornamens- und Personenstandsänderung (z.B. nach formloser Bescheinigung durch eine_n Psycholog_in oder gänzliche Abschaffung des rechtlichen Begutachtungsverfahrens), wie Robert (26 Jahre) vorschlägt:

»In anderen Ländern funktioniert's! Also, in Österreich ist das so, du kannst [...] mit 'nem Rezept vom Psychologen, auf dem die Diagnose festgestellt ist, zum Bezirksamt gehen und sagen: ›Ich hätt' gern 'nen neuen Namen!‹, und dann bekommst du, wenn du Glück hast, in zehn Minuten, wenn du Pech hast, in sechs Wochen 'ne neue Geburtsurkunde für, ich weiß nicht, 10 Euro«.

Für sinnvoll wurde auch die Ausstellung vorläufiger Bescheinigungen über die Namensänderung gehalten: »Dass man zum Beispiel, wenn man den Vorgang eingeleitet hat, schon mal so'n Schrieb kriegt: ›Änderung wird vorgenommen‹« (Charly, 20 Jahre). Gefordert wurde auch eine Entbürokratisierung der körperlichen Geschlechtsanpassung, ein vereinfachter Zugang zu Hormonen und

Operationen: »Aber es kommen ja viele so mit dem Thema Therapie und Kostenübernahme, Hormone oder OPs in Berührung. Und da muss sich aber sehr viel verbessern find ich, weil ich dieses ganze Bürokratie-Ding, also das find ich so schlimm« (Julien, 18 Jahre). Allerdings war für einige die Beibehaltung eines (vereinfachten) Begutachtungsverfahrens für medizinische Leistungen durchaus denkbar: »Dafür brauchen die eben 'nen Gutachter, in Anführungsstrichen, für Hormone. Aber ich mein', so'n Begutachtungsprozess ist ja auch nicht unbedingt schlecht. Aber, die Namensänderung eben darf nicht so lange dauern – einfach unzumutbar!« (Robert, 26 Jahre). Unbedingt sollte die Kostenübernahme medizinischer Leistungen durch die Krankenkassen sichergestellt werden, wofür sogar eine Pathologisierung durch die Diagnose »Transexualismus« in Kauf genommen würde, wie Charly (20 Jahre) ausführt:

»Ja, aber ich lass mich aber auch lieber als krank abstempeln und die, meine Behandlungen, die ich mir sonst nicht leisten könnte, als dann [in der] Theorie die Freiheit zu haben, dass es nicht mehr als Krankheit angesehen wird, dafür kann ich mir das nicht leisten und lebe viel länger unter dem Druck, als ich eigentlich müsste.«

Eine gesellschaftliche Benachteiligung sollte jedoch vermieden werden, indem »die [Pathologisierung] halt nicht auf gesellschaftlicher Ebene passiert, sondern wirklich nur auf'm Papier« (Robert, 26 Jahre). Die Befragten hielten auch einen vereinfachten Zugang zu Psychotherapie für erforderlich, wobei das Abhängigkeitsverhältnis durch Trennung der Psychotherapie vom Begutachtungsverfahren verhindert werden sollte: »Es ist aber wichtig, dass dieses Abhängigkeitsgefälle aus dem Therapeutenverhältnis genommen wird. Das sehe ich als Problem« (Robert, 26 Jahre). Für erforderlich hielten sie Weiterbildung von Psychotherapeut_innen zum Thema Trans*, »[dass] Therapeuten, die nicht im Thema sind, auch Informationen bekommen und erfahren, wie das laufen kann« (Joshua, 26 Jahre). Dazu gehörte auch ein differenzierterer Blick auf Sexualitäten, »dass die Psychologen mehr auf die Sexualität eingehen« (Chris, 18 Jahre), denn »Identität wird nicht ernst genommen, wenn man sich als schwul oder so outet. Dann bist du einfach 'ne Frau, die Männer mag« (Leopold, 19 Jahre). Sie forderten auch Qualitätssicherung bei Psychotherapeut_innen und Gutachter_innen: »Dass man da nicht jeden [...] Gutachter zulässt, der sich >Sexualtherapeut< nennt« Robert (26 Jahre) sowie verbesserte Feldkompetenz durch Kontakt zur Trans*-Community: »Wenn halt einfach die Leute, die da entscheiden, sich mal mit *uns* auseinandersetzen, sich mit *uns* in Kontakt begeben, und einfach auch mal ins [queerer Treff] kommen [...], dass das schon ziemlich viel bringen würde«

(Jack, 20 Jahre). Für wesentlich hielten sie auch Respekt gegenüber der Selbstzuschreibung der Klient_innen:

»Dass Psychologen, dass es irgendwie allgemein oder [bei] Kinderpsychologen 'ne ziemliche Krankheit ist, die Patienten nicht ernst zu nehmen. [...] Trotzdem muss man den doch im Gespräch zumindest ernst nehmen und man muss darauf eingehen, was der Patient zu sagen hat« (Chris, 18 Jahre).

In Bezug auf die *Gesundheitsversorgung* verlangten die Interviewten die unbürokratische Verwendung des gewünschten Namens und Pronomens bereits vor Inkrafttreten der Namensänderung, zum Beispiel in ärztlichen Praxen: »Bei Ärzten im Wartezimmer ist das Problem, [...] dann steht bei der Krankenkassenskarte nun mal noch ›Frau‹ oder ... eingetragen, und dass sich dann echt Menschen querstellen und nicht akzeptieren« (Joshua, 26 Jahre). Des Weiteren hielten sie Weiterbildung von Kinder- und Hausärzt_innen zum Thema und eine unterstützende Haltung und Aufklärung von Eltern bezüglich einer möglichen Transidentität ihrer Kinder für relevant: »Dass die Hausärzte über sowas aufgeklärt sind, dass die vielleicht den Eltern so'n klein bisschen Tipps geben können, oder vielleicht die Kinder auch ansprechen sollen« (Kijell, 22 Jahre). Darüber hinaus wünschten sie »bessere OP-Ergebnisse« (Kijell, 22 Jahre).

Als wichtiger Bereich wurde das *Bildungssystem* genannt: »Also, Schule muss akzeptierender werden!« (Leopold, 19 Jahre). Dabei dachten die jungen trans* Menschen deutlich über ihre eigene Lebenssituation hinaus, indem sie die Sensibilisierung bereits ab dem Kindergartenalter forderten, um Akzeptanz in der Gesellschaft zu fördern und Diskriminierung nachhaltig entgegenzuwirken: »Also, wenn man schon im Kindergarten anfängt, Kinder zu sensibilisieren, für Rassismus, für Sexismus, für Homophobie, für Transphobie, dann ist doch die Tendenz, dass [sie] am Ende, wenn sie erwachsen sind, viel offener sind und andere Leute eben nicht diskriminieren« (Julien, 18 Jahre), auch in Bezug auf Intersektionalität: »Wie sieht die Situation von Minderheiten innerhalb von Minderheiten quasi aus? Also, dass Mehrfachdiskriminierung auch angesprochen wird« (Chris, 18 Jahre). Sie wünschten sich Aufklärung zum Thema Trans* sowie zu nicht-binären Identitäten und zu intersexuellen Menschen ab dem Grundschulalter: »Dass beim Aufklärungsunterricht, dass da auch alle Sexualitäten benannt werden, gleich von Anfang an in der Grundschule« (Conner, 18 Jahre).

»Wenn man das von Kind auf gelernt hat in der Schule: ›Aha, es gibt Menschen, die sind anders‹, dann wächst so'n Mensch auf und sieht jemanden, der ist anders,

und sagt: >Okay, der ist jetzt nicht mehr männlich oder weiblich, der ist jetzt – anders! Auch okay.< Oder non-binär, oder drittes Geschlecht, intersexuell, ich seh' da vor allem die Bildung in der Pflicht, was zu tun« (Chris, 18 Jahre).

Die Befragten wünschten sich auch, dass Genderthemen verpflichtend in den Lehrplan aufgenommen werden sollten, zum Beispiel über die reguläre Teilnahme der Schulen an Bildungs- und Antidiskriminierungsprojekten zu geschlechtlichen Identitäten und sexuellen Orientierungen wie zum Beispiel »SchLAU«⁴: »Was ich halt auch für wichtig halte, ist, dass Konzepte ausgearbeitet werden, für die Bildung« (Chris, 18 Jahre), »und >SchLAU< sollte Pflicht für Schulen werden« (Robert, 26 Jahre). Sowohl Lehrenden als auch Schüler_innen sollten Informationen zum Thema Trans* zur Verfügung gestellt werden, explizit wurde hier als positives Beispiel die Informationsbroschüre »Akzeptrans*« (Robert, 26 Jahre) des Jugendnetzwerks Lambda Bayern (2015) genannt. Gewünscht wurden auch Fortbildungsveranstaltungen für Erzieher_innen (ab dem Kindergartenalter), Lehrer_innen, Lehrende an Universitäten und Arbeitgeber_innen zum Thema Trans* und zu Mehrfachdiskriminierung: »Also, die Lehrer sollten wissen, dass es sowas gibt. Nicht [dass sie] dann da so stehen, als hätten sie gerade 'nen Auto über den Himmel fliegen sehen« (Charly, 20 Jahre). »Und dass die Lehrer so Fort- oder Weiterbildungen, oder was auch immer, bekommen, sodass man nicht alles erklären muss. Letztendlich irgendwann, dass wir so weit sind, dass trans* und lesbisch und schwul und alles sich nicht mehr outen muss« (Jack, 20 Jahre). »Für Arbeitgeber, für Professoren, für Lehrer, dass die weitergebildet werden« (Chris, 18 Jahre), »auch für Kindergartenmenschen, bitte« (Conner, 18 Jahre). Darüber hinaus wurden auch mehr Fortbildungen für Lehrer_innen zu anderen Problemen von Kindern und Jugendlichen als erforderlich angesehen:

»Auch Dinge, so andere normale Probleme, die Jugendliche so haben [...], auch Todesfälle innerhalb der Familie, irgendwie soziale Probleme, Magersucht, selbstverletzendes Verhalten, irgendwelche psychischen [Probleme]. Lehrer sind oft gar nicht dafür ausgebildet, mit sowas umzugehen [...]. Also man sollte da 'zig Fortbildungen organisieren« (Robert, 26 Jahre).

In Bildungseinrichtungen sollte der gewünschte Name bereits vor Inkrafttreten der Namensänderung unbürokratisch verwendet werden: »Gerade bei Schulen

4 Kontakt: z.B. SchLAU Niedersachsen: schlau-nds.de, SchLAU NRW: www.schlau.nrw, SchLAU RLP: schlau-rlp.de

und Unis, dass man zumindest mit Klassen und den Anwesenheitslisten mit neuem Namen geführt werden kann. Auch wenn man die Änderung noch nicht offiziell durch hat« (Robert, 26 Jahre), auch, um ein ungewünschtes Outen von trans* Personen zu vermeiden:

»Immer am Anfang vom Schuljahr wird dann die Klassenliste laut vorgelesen und gefragt, wer da ist und dann, wenn dann irgendwie [etwas] unstimmig ist oder wenn der falsche Name drauf ist, das ist dann direkt 'ne Outing-Situation, die vielleicht nicht jede Person will« (Leopold, 19 Jahre).

Von Ihren *Familien* wünschten sich die jungen Trans* Respekt, »mehr Akzeptanz« (Conner, 18 Jahre) und aktive Unterstützung: »Ich fänd' das noch schön, wenn die Familie ja auch wüsste, wie viel man selbst durchmacht und dass sie eben nicht nur erwarten [...], sondern auch auf mich zukommen« (Severin, 21 Jahre). »Das muss vielmehr als Gewinn für Familien auch gesehen werden, finde ich. Das es halt ein Gewinn ist, wenn sich jemand outet« (Chris, 18 Jahre). Außerdem erhofften sie Vertrauen in ihre Selbsteinschätzung ihrer Transidentität: »Irgendwie Vertrauen von den Eltern in die Kinder« (Severin, 21 Jahre) und die konsequente Verwendung des gewünschten Namens und Pronomens: »Ich find's nicht normal, dass [...] die Eltern und die Geschwister [...], dass die halt immer wieder irgendwie >sie< rausrutschen lassen« (Kijell, 22 Jahre). Die Befragten sahen einen deutlichen Bedarf an weiteren Unterstützungs- und Informationsangeboten für Eltern von trans* Personen und anderen Familienmitgliedern: »Das ist auch gut, wenn Eltern sich besser untereinander organisieren, also, es sollte mehr Elterngruppen geben, mehr Unterstützung für Eltern und Angehörige« (Robert, 26 Jahre) oder eine Online-Bibliothek: »Es müsste irgendwie so 'ne Bibliothek für Eltern geben. So 'ne Online-Sammlung mit interessanten Dokumenten für Eltern, die auch trans*positiv sind« (Chris, 18 Jahre), insbesondere für Familien mit Migrationshintergrund:

»Ich wünsche mir, es gäbe auch Unterstützung für Eltern, die nach Deutschland emigriert sind, [...]. Weil, es gibt manchmal halt so Vorurteile. Wenn jemand in einem anderen Land ist, dann wendet man sich eher an die Leute, die 'ne ähnliche Kultur haben wie man selber. [...] Von dieser Seite aus Unterstützung zu bekommen, das wär' einfach unglaublich hilfreich für mich gewesen« (Leopold, 19 Jahre).

Die Eltern sollten auch in die psychotherapeutische Begleittherapie eingebunden werden: »Vielleicht hilft das, wenn man d[en] Eltern [...] 'ne Pflicht gibt, dass

die Eltern in der Begleittherapie vielleicht irgendwie ein, zwei Stunden mal dabei sind« (Kijell, 22 Jahre), »Ich wünsch' mir, dass mein Vater mal mit 'nem Psychologen, der tatsächlich von transidenten Menschen Ahnung hat, redet« (Chris, 18 Jahre).

Von ihren *Freund_innen* forderten die Befragten die Verwendung ihres gewünschten Namens und Pronomens ein: »Ich wünsche mir eigentlich von ihnen einfach nur männliche Pronomen und männliche Namen von Anfang an zu benutzen« (Chris, 18 Jahre), sowie Diskretion bezüglich ihres früheren Vornamens bzw. der früheren Identität:

»Wenn die Leute sich von früher kennen, ich würd' denen einfach sagen, so: »Auch wenn du mich bei meinem weiblichen Vornamen kennst, das ist noch immer noch kein Partywitz, den du Leuten erzählen kannst! Du sollst mich nicht so ansprechen vor anderen Leuten, weil es unglaublich unangenehm ist auch für mich.« (Leopold, 19 Jahre).

In Bezug auf die *schwul-lesbische und Trans*-Community* wünschten sich die jungen Interviewten Maßnahmen gegen Diskriminierung von trans* Personen durch Lesben und Schwule in LSBT*-Zentren und -Gruppen: »Ich finde auch zum Beispiel in LGBT*-Plätzen, Jugendzentren, Gruppen und so, da muss viel mehr passieren vonseiten von Lesben und Schwulen, die doch für sehr viel Akzeptanz gekämpft haben und dann gegen uns auf einmal diskriminieren« (Leopold, 19 Jahre). In sozialen Netzwerken von und für Trans* im Internet sollte Konformitätsdruck vermieden werden:

»Schade, wie stark man da beeinflusst wird und wie stark man auch sozial unter Druck gesetzt wird in diesen Foren [...] ein extremer Wettbewerb. [...] Gerade da ist die Chance, dass Jugendliche da in der Richtung bestärkt werden und [man] guckt, dass die nicht allzu abhängig gemacht [werden] oder sich nicht allzu abhängig machen von solchen sozialen Netzwerken« (Robert, 26 Jahre).

Vorgeschlagen wurde die Einrichtung eines »Buddy-Systems« für trans* Menschen am Anfang ihrer Transition:

»Ich denke, viele trans* Menschen brauchen besonders am Anfang, wo sie sich noch selber finden und irgendwie in diesen ganzen Dschungeln zurechtfinden müssen, irgendwie so 'ne Art Supportsystem. [...] Es gibt so Leute, die nehmen sich ihre freie Zeit und erklären Dir so Sachen, zeigen Dir Sachen, wo du hingehen kannst und

so, und sind halt für dich da als Ansprechperson, und das sind halt aber nicht irgendwie so Psychologen oder so, sondern Menschen, die selber so sind wie du. Und sowas fände ich einfach mega-toll. Wenn es irgendwie so 'ne Art >Buddy-System< gäbe für trans* Menschen« (Leopold, 19 Jahre).

Im Bereich *Medien und Freizeitgestaltung* wünschten sich die Befragten positive und diverse sichtbare trans* Vorbilder. Als Beispiele nannten sie Internet-Blogs, YouTube-Channels sowie Dokumentationen und Serien im Fernsehen (z. B. die amerikanische Serie *The L Word*):

»Was einem auch viel helfen würde, gerade wenn man so in dieser Findungsphase ist: Wenn man Vorbilder hat. Also irgendwie Leute in den Medien oder wenn man irgendwelche Blogs findet, denen man folgt, oder YouTube Channels, die man ganz, ganz toll findet und wo man sagt: >Au ja, die Person spricht mir gerade aus der Seele.< [...] Aber ich würde mir halt wünschen, dass es das auch innerhalb von richtig großen Medien, zum Beispiel im Fernsehen, dass es da mehr Diversity gibt. [...] Es wäre einfach cool, wenn man weiß, du musst nur den Fernseher anschalten und dann finde ich auch was, was irgendwie *mich* repräsentiert. [...] Und sonst sehe ich im Fernsehen oft nur, also wenn es halt um trans* Personen geht, sind es nur die, die diesen klassischen Klischee-Weg irgendwie gehen, was eine falsche Darstellungsweise ist, weil es wirklich nicht alle machen. [...] Es wird halt immer einfach so ein einseitiges Bild gezeigt. Es werden immer die gleichen Fragen gestellt zu irgendwelchen Coming-out-Sachen, aber es geht nicht wirklich ins Detail« (Julien, 18 Jahre).

»Also, bevor ich Anna kennengelernt habe [...], hab' ich mich zum Beispiel mit Max aus *L Word* identifiziert. Und da ist mir bewusst geworden, dass ich trans* bin [...]. Die könnten das mal wieder neu auflegen oder was Deutsches bringen oder keine Ahnung« (Kiwi, 19 Jahre).

Die Interviewten rieten dazu, bewusst trans*freundliche und genderneutrale Freizeitmöglichkeiten aufzusuchen: »Trans*-Leute, macht Cosplay⁵!« (Severin, 21 Jahre).

Für *Wissenschaft und Forschung*, die trans* Menschen unterstützt, formulierten die Befragten eine Reihe unterschiedlicher Anregungen: So schlug Julien (18 Jahre) vor, Möglichkeiten der Entbürokratisierung in Bezug auf therapeuti-

5 An japanische Mangas angelehnte Kostüm- bzw. Rollenspiele.

sche Unterstützung und Kostenübernahme medizinischer Leistungen für Trans* durch die Krankenkassen zu erforschen: »Da muss sich aber sehr viel verbessern, find' ich, [mit] diesem ganzen Bürokratie-Ding, also das find' ich so schlimm.« Erforscht werden sollte zum Beispiel die Häufigkeit und Art von Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen von Trans*, auch um mögliche Gefahren besser einschätzen und Schutzstrategien erarbeiten zu können:

»Aber da ist 'ne sehr sensible Frage [...], wie das mit Gewalterfahrungen aussieht [...]. Vielleicht wär's dann auch mal interessant zu wissen, wie viel Prozent oder wie viele der Befragten sind nicht nur dumm angemacht oder angegafft worden oder wurden irgendwie beleidigt, sondern [...] haben sich vielleicht sogar schon mal in Lebensgefahr befunden, weil Leute ihnen aufgelauert haben und sie überfallen haben« (Julien, 18 Jahre).

Die Forschung sollte sich auch mit Unterstützungsmöglichkeiten von trans* Menschen und ihren Erfahrungen mit Mehrfachdiskriminierung befassen:

»Menschen mit Mehrfachdiskriminierungen müssen mehr unterstützt werden, also Menschen, die psychologische Probleme haben, Menschen, die körperliche Probleme haben, Menschen, die andere Hautfarben haben, woanders herkommen⁶ [...], besonders auch Gruppen, die so diskriminiert werden, da muss viel mehr verstärkt Unterstützung sein« (Leopold, 19 Jahre).

sowie mit der Erarbeitung von Bildungskonzepten gegen Diskriminierung:

»Dass Konzepte ausgearbeitet werden, für die Bildung mal eben auch. Dass darüber informiert wird, dass dabei auch gleichzeitig nicht Minderheiten runterfallen hinten, dass [...] das Bildungskonzept, was die Forschung aufstellen könnte, eben halt auch darauf eingeht: Wie sieht die Situation von Minderheiten innerhalb von Minderheiten quasi aus? Also, dass Mehrfachdiskriminierung auch angesprochen wird [...]. Es wird zwar halt immer gesagt, wir müssen da irgendwie mehr investieren in die Bildung – aber was genau muss gemacht werden? Was kann man zum Beispiel in Schulen veranstalten für Sachen? Was kann man, welche Art von Weiterbildung sind für Arbeitgeber geeignet? Dass man langsam anfängt da zu forschen, was, wie können wir auf andere Leute mit dem Thema zugehen? Das halte ich halt für sehr

6 Wie oben erwähnt, wurden aus methodischen Gründen manche Textstellen mehrfach codiert, da sie Aussagen zu verschiedenen Aspekten machen.

wichtig. Es lohnt halt nicht, die ganzen Informationen über uns zu sammeln, wenn man damit hinterher nichts tun kann« (Chris, 18 Jahre).

Als Forschungsfrage wurden auch Zusammenhänge zwischen familiären Konflikten und der Unterbringung in Einrichtungen der Jugendhilfe bzw. Obdachlosigkeit bei jungen Trans* genannt:

»Das kenne ich auch so von Einigen, dass sie erzählt haben, dass sie schon mal in Einrichtungen gewohnt haben, weil sie nicht mehr zu Hause bei der Familie wohnen bleiben durften oder konnten oder dass man abhauen wollte [...]. in den USA ist das so, dass viele Queere vor allem von Obdachlosigkeit betroffen sind. Vielleicht auch dazu fragen. Das könnte man mit der Familie verbinden, zum Beispiel wie oft man abgehauen ist oder wie oft man auf der Straße leben musste oder halt in 'ner Wohngruppe« (Julien, 18 Jahre),

bzw. mögliche Zusammenhänge von Gewalterfahrungen und späteren Transitionswünschen:

»Bei mir wurden zwei Therapieanträge abgelehnt, weil es halt für die Therapeuten ganz klar war, aufgrund von was in der Vergangenheit oder in der Kindheit an Übergriffen war, dass damit zusammenhängt, dass ich jetzt 'nen anderen Körper haben möchte. Sodass man halt irgendwie ... [...], du willst halt einfach einen anderen Körper, damit das, was passiert ist vergessen wird. Aber ich wüsste jetzt nicht, wie ich das als Frage formulieren würde für die nächste Forschung« (Jack, 20 Jahre).

Forschungsprojekte sollten sich auch mit der Sexualität und den diversen sexuellen Orientierungen von trans* Menschen beschäftigen, um stereotype Annahmen und Vorurteile abzubauen: »Dass die Psychologen mehr auf die Sexualität eingehen, auch das ernst nehmen irgendwie, wär' schon schön!« (Chris, 18 Jahre). Zudem sollten Wege des Zugangs zum Thema Trans* – »dass gefragt werden sollte, wie man das erste Mal auf das Thema Trans* gekommen ist« (Anna, 22 Jahre) – und die Rolle unterschiedlicher Medien in Bezug auf Informationen (z. B. soziale Netzwerke im Internet) erforscht werden: »Was ich persönlich interessant fand, war dieses Mediending, Erfahrung mit Medien und auch soziale Medien« (Kiwi, 19 Jahre).

Als *speziellen Unterstützungsbedarf von jungen trans* Menschen* formulierten die Teilnehmenden die Einrichtung und Finanzierung queerer Jugendtreffs oder Jugendgruppen:

»Was mir am meisten geholfen hat auf dem Trans*-Weg, dann ist das definitiv das [queerer Treff], wo ich halt das erste Mal wirklich gleichgesinnte Leute getroffen hab, wo man hingehen konnte, wo man akzeptiert wurde, wie man ist und wo's halt trotzdem kein Thema war [...]. Und es ist halt echt toll, dass es sowas gibt und es muss auf jeden Fall auch weiter gefördert werden, dass es solche Einrichtungen gibt, wo auch Jugendliche hingehen können« (Anna, 22 Jahre),

mit sowohl möglichst inklusiven trans*offenen als auch trans*spezifischen Angeboten mindestens einmal wöchentlich in jeder größeren Stadt:

»Ich würde mir wünschen, dass es möglichst in jeder Stadt eine queere Gruppe gibt, ne queere Jugendgruppe. Also die muss ja nicht immer ausschließlich für Trans* sein, aber einfach für alle Menschen, die queer sind und wo Inter-Menschen willkommen sind, wo trans* Menschen willkommen sind [...]. Also, dass man möglichst inklusiv ist, das fände ich total wichtig« (Julien, 18 Jahre).

»Dass man irgendwie sagt, ein Abend ist nur für Trans* und alle, die sich da irgendwie sehen« (Jack, 20 Jahre). »Und letztendlich hilft mir auch viel, dass ich weiß, es gibt Orte wie das [queerer Treff] wo man hin gehen kann. Wo natürlich ziemlich viel Angebot da ist, aber wo man ziemlich merkt, es gibt einmal die Woche so einen Treff« (Jack, 20 Jahre). Darüber hinaus hielten die Interviewten »mehr Fördergelder für Freizeitfahrten« (Robert, 26 Jahre) und finanzielle Förderung anderer empowernder Angebote für junge Trans* für erforderlich: »Deshalb bin ich auch der Meinung, dass da ordentlich was reingebuttert werden sollte in solche Jugendangebote« (Kiwi, 19 Jahre).

Schlussfolgerung: Was getan werden muss

Letztendlich lassen sich die Ergebnisse der Studie mit einem Wort zusammenfassen: »Akzeptanz«, wie es der Interviewteilnehmer Charly (20 Jahre) auf den Punkt brachte. Es geht darum, die Menschen als Expert_innen in ihrer eigenen Sache ernst zu nehmen und zu akzeptieren, ohne ihre Kompetenz zu hinterfragen, ihnen zuzuhören und dementsprechend zu handeln. Auf individueller Ebene ist diese Forderung an die einzelnen professionellen Akteur_innen aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich gerichtet, denen abgefordert wird, sich in Bezug auf Trans* zu informieren und fortzubilden, um sich trans* Personen gegenüber professionell und unterstützend verhalten zu können (IPsyNet, 2018;

Wolf & Meyer, 2017). Die Forderung zu Handeln zielte auch auf die Gesundheits- und Rechtssysteme, wo dringend strukturelle Verbesserungen erforderlich sind (Adamietz, 2016; Sauer et al., 2015). Auch wenn die seit vielen Jahren angemahnte Reform bzw. Abschaffung des »Transsexuellengesetzes« (TSG) von 1980 immer noch aussteht, ist erfreulicherweise seit Kurzem mit der Änderung des Personenstandsgesetzes durch den Deutschen Bundestag am 13.12.2018 (Deutscher Bundestag, 2018) für intersexuelle Menschen niederschwellig ein dritter Geschlechtseintrages »divers« möglich. Diese Möglichkeit wurde ebenfalls bereits vereinzelt von trans* Menschen genutzt (Alexander, 2019), die bisher vor Abschluss einer aufwändigen und teuren Vornamens- und Personenstandsänderung bezüglich einer unbürokratischen Verwendung des gewünschten Vornamens und Pronomens auf den »Goodwill« der jeweiligen Institution angewiesen waren.⁷ Trans*inklusive, bauliche Lösungen für Orte wie öffentliche Toiletten, Sportstätten usw. sind ebenso erforderlich. In Bezug auf die Gesundheitsversorgung ist die Perspektive für (erwachsene) trans* Menschen in Deutschland durch die neue »S3-Leitlinie zur Behandlung der Geschlechtsdysphorie« (DGfS et al., 2019) und das für 2022 angekündigte Erscheinen der neuen Ausgabe des internationalen medizinischen Klassifikationssystem ICD-11 (WHO, 2018) in Deutschland, in der »Geschlechtsinkongruenz« nicht mehr als psychische Erkrankung aufgefasst wird, als vorsichtig optimistisch einzuschätzen. Es ist zu hoffen, dass sich bei der laufenden Leitlinienerstellung für trans* Kinder und Jugendliche das Vertrauen in die geschlechtliche Selbstbestimmungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen, das unsere und weitere aktuelle Studien nahelegen (Krell & Oldemeier, 2015; Sauer & Meyer, 2016; Schumann & Linde-Kleiner, 2014), durchsetzt.

Literatur

- Adamietz, L. (2016). Rechtliche Anerkennung von Transgeschlechtlichkeit und Anti-Diskriminierung auf nationaler Ebene – Zur Situation in Deutschland. In G. Schreiber (Hrsg.), *Transsexualität in Theologie und Neurowissenschaften: Ergebnisse, Kontroversen, Perspektiven* (S. 357–372). Berlin, Boston: De Gruyter.
- Alexander, K. (2019). Transgender: Dank dieser Gesetzeslücke gelang es Laura leicht, ihren Namen zu ändern. <https://ze.tt/dank-gesetzesluecke-ueberraschend-leicht-ich-bin-jetzt-auch-vor-dem-staat-laura/> (27.03.2019).

7 Dabei hat sich seit vielen Jahren der »Ergänzungsausweis« der Deutschen Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität (dgti) e. V. (dgti, 2018) als sehr unterstützend erwiesen.

- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex. A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine. *The University of Chicago Legal Forum* 1989, 139–167.
- Deutscher Bundestag (2018). Bundestag erlaubt im Geburtenregister die Bezeichnung »divers«. <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2018/kw41-de-geburtenregister-570762> (27.03.2019).
- DGfS – Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung, Nieder, T. & Strauß, B. (2019). *Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung*. Berlin: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001l_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-02.pdf (27.03.2019).
- dgti – Deutsche Gesellschaft für Intersexualität und Transidentität e.V. (2018). Der neue Ergänzungsausweis der dgti. <https://dgti.org/ergaenzungsausweis.html> (19.08.2018).
- Egener, K. (2018). *Practices of Community Control in Community-Based Participatory Research: User/Survivor Perspectives*. Unveröffentlichte Masterarbeit, Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin.
- Herriger, N. (2014). *Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*. 5., erw. u. akt. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- IPsyNet (2018). IPsyNet Statement on LGBTIQ+ Concerns. <http://www.apa.org/ipsynet/advocacy/policy/statement-commitment.aspx> (05.08.2018).
- Jugendnetzwerk Lambda Bayern e.V. (Hrsg.). *Akzeptrans*. Arbeitshilfe für den Umgang mit transsexuellen Schüler_innen*. 2. Aufl. München.
- Krell, C. & Oldemeier, K. (2015). *Coming-out – und dann ...?!* München: Deutsches Jugendinstitut (DJI).
- Lewin, K. (1946). Action Research and Minority Problems. *Journal of Social Issues*, 2(4), 34–46.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* 12., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Meyer, E. (2015a). Trans*affirmative Beratung. *psychosozial*, 38(2), 71–85.
- Meyer, E. (2015b). Trans*beratung als »dritte Säule« in der Versorgung transidenter Menschen? In W. Driemeyer, B. Gedrose, A. Hoyer & L. Rustige (Hrsg.), *Grenzverschiebungen. Perspektiven einer jungen Sexualwissenschaft* (S. 201–216). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Meyer, E. & Sauer, A. (in Vorb.). »Wie ein grünes Schaf ...« – Partizipative Forschung mit jungen Trans*-Menschen zu ihren Lebenslagen. In A. Brensell & A. Lutz-Kluge (Hrsg.), *Partizipative Forschung in Gender Kontexten*. Leverkusen-Opladen: Budrich.
- Minkler, M. & Wallerstein, N. (Hrsg.). (2008). *Community-Based Participatory Research for Health: From Process to Outcomes*. London: John Wiley and Sons Ltd.
- Moeller, L.M. (1978). *Selbsthilfegruppen*. Reinbek: Rowohlt.
- Neander, K.-D. (in Vorb.). »Strukturell-organisatorische Diskriminierung von Trans Menschen durch Kostenträger?« In M. N. Appenroth & M. d. M. Castro Varela (Hrsg.), *Trans & Care. Trans Personen zwischen Fürsorge und Versorgung*. Bielefeld: transcript.
- Rappaport, J. (1995). Empowerment Meets Narrative: Listening to Stories and Creating Stories. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 795–808.
- Sauer, A., Güldenring, A. & Tuider, E. (2015). Queering Trans*-Gesundheit: Auf dem Weg zu einer individualisierten, menschenrechtskonformen Gesundheitsversorgung. In P. Ko-

- lip & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich* (S. 420–432). Bern: Hogrefe.
- Sauer, A. & Meyer, E. (2016). *Wie ein grünes Schaf in einer weißen Herde. Lebenssituationen und Bedarfe von jungen Trans*-Menschen in Deutschland*. Berlin: Jugendnetzwerk Lambda e.V./Bundesverband Trans. <https://www.bv-trans.de/portfolio-item/wie-ein-gruenes-schaf/> (30.07.2018).
- Sauer, A. & Meyer, E. (in Vorb.). Komplizierte Strukturen und der »Faktor Mensch«: Erfahrungen und Ressourcen junger trans Menschen im Umgang mit dem Gesundheitssystem. In M. N. Appenroth & M. d. M. Castro Varela (Hrsg.), *Trans & Care. Trans Personen zwischen Fürsorge und Versorgung*. Bielefeld: transcript.
- Schumann, K. & Linde-Kleiner, J. (2014). *unsicher.klar.selbstbestimmt. Wege von Trans*Kindern, *Jugendlichen und jungen *Erwachsenen in Sachsen-Anhalt*. Magdeburg: Kompetenzzentrum geschlechtergerechte Kinder- und Jugendhilfe Sachsen-Anhalt e.V.
- Serano, J. (2007). *Whipping Girl: A Transsexual Woman on Sexism and the Scapegoating of Femininity*. Berkeley: Seal Press.
- Unger, H. von (2014). *Partizipative Forschung. Einführung in die Forschungspraxis*. Wiesbaden: Springer.
- Warner, M. (1991). Introduction: Fear of a Queer Planet. *Social Text*, 29, 3–17.
- WHO – World Health Organisation/Weltgesundheitsorganisation (2018). International Classification of Diseases 11th Revision. Geneva: World Health Organisation. <https://icd.who.int/> (30.07.2018).
- Wolf, G. & Meyer, E. (2017). Sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität – (k)ein Thema in der Psychotherapie? *Psychotherapeutenjournal*, 16(2), 130–139.

Die Autoren

Erik Meyer, Dipl.-Psychologe, Sexualwissenschaftler und Systemischer Berater; Engagement sowie Forschung/Lehre im Bereich LSBTIQ+ und Psychologie; Beratung von Menschen aller Altersgruppen mit Fragen zu Geschlecht und Identität bei Trans*beratung Nord e.V., Hamburg; Beratungskonzept »Trans*affirmative Beratung« (in *psychosozial*, 140[2015], 71–86).

Arn Sauer, Dr. phil., Promotion in transdisziplinären Geschlechterstudien, M. A. in Geschichtswissenschaften und Politologie, Berlin. Ehrenamtliches Engagement in der Bundesvereinigung Trans* (BVT*) und bei TransInterQueer e.V. (TriQ); erste deutsche Studie zur Benachteiligung von trans* Personen insbesondere im Arbeitsleben mit Jannik Franzen (Antidiskriminierungsstelle des Bundes, 2010).

Sexuelle Grenzverletzungen – (k)ein Thema im Kontext von Intersexualität und Transsexualität?

Michaela Katzer

Vorbemerkungen

Zwar wurden von der Gesamtbevölkerung nur relativ wenige Menschen wegen Intersexualität oder wegen Transsexualität behandelt, dennoch zeigen verschiedene Veröffentlichungen und Schilderungen ein erhöhtes Risiko auf, sexuelle Grenzverletzungen zu erleiden. Die jeweiligen Parallelen und Überschneidungen mit Erfahrungen sexuellen Missbrauchs wurden zwar schon in den 1990er Jahren (Alexander, 1997; Zucker & Kuksis, 1990) erwähnt, im klinischen wie akademischen Diskurs jedoch tendenziell vernachlässigt. Ein ähnlich gelagerter, an die dortige Zielgruppe angepasster Artikel (Katzer & Voß, 2018) erschien zwischenzeitlich im *Handbuch Sexualisierte Gewalt und pädagogische Kontexte* (Retkowski et al., 2018). Die Abhandlung von Intersexualität und Transsexualität innerhalb eines Beitrages folgt pragmatischen Erwägungen, zumal einige Umstände und Abläufe durchaus vergleichbar sind. Die Beschreibungen beruhen teils auf Veröffentlichungen, teils auf anonymisierten Schilderungen.

Rahmenbedingungen

Intersexualität ist ein Oberbegriff für Varianten der (körperlichen) Geschlechtsentwicklung und umfasst zahlreiche Formen, die verschiedene, bisweilen auch unbekannte Ursachen haben, und die sich untereinander zum Teil erheblich unterscheiden. Manche dieser angeborenen Abweichungen fallen bereits bei der Geburt auf, die meisten aber erst später, insbesondere in der Pubertät. Dieser Umstand sowie divergierende Sichtweisen und Methoden (z. B. Ación, 1997; Gaspari

et al., 2011) erschweren Häufigkeitsschätzungen. Es ist davon auszugehen, dass circa 2% der Bevölkerung (Blackless et al., 2000) intersexuell sind, wobei dies in nur etwa einem Viertel dieser Fälle bzw. bei etwa 0,5% der Gesamtbevölkerung (Ahmed et al., 2004) bereits bei Geburt auffiel.

Transsexualität bzw. Transsexualismus beschreibt Verhalten, welches auf eine Änderung der körperlichen Geschlechtsmerkmale und der gesellschaftlichen Einordnung abzielt oder wenigstens den Wunsch hierzu ausdrückt. Folglich ist der Begriff unzutreffend, wenn ein derartiges Verhalten noch nicht oder nicht mehr erkennbar ist (Augstein, 1992, S. 255; Kelly, 2005, S. 3). Transsexualität dürfte in der Gesamtbevölkerung bei etwa 1:10.000 (Heath, 2006) aktuell oder in der Vorgeschichte vorliegen.

Sexuelle Grenzverletzung ist ein Oberbegriff für Vorgänge und Umstände, die von Betroffenen als solche erlebt wurden (Enders et al., 2010). Nach juristischer Auffassung ist eine Handlung sexuell, wenn sie das Geschlechtliche im Menschen betrifft (vgl. Fischer, 2014). Dies beinhaltet somit alle Umstände und Vorgänge, die sich auf körperliche Geschlechtsmerkmale oder geschlechtlich gedeutetes Verhalten oder Erleben beziehen.

Übergriffe sind absichtliche sexuelle Grenzverletzungen. Auch wenn sie meist nicht im Detail geplant wurden, sind sie keine bloßen Versehen. Öfters geschehen sie in einer vorbestehenden »Kultur der Grenzverletzungen«. Da sie insbesondere im Wiederholungsfalle das Kindeswohl gefährden, sind sie frühzeitig (z. B. arbeitsrechtlich) zu ahnden, damit die Opfer geschützt werden und zugleich einer weiteren Angewöhnung übergriffigen Verhaltensweisen entgegen gewirkt wird (Enders et al., 2010).

Strafrechtlich relevante Handlungen, die das Geschlechtliche im Menschen betreffen können, beziehen sich neben den Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung (StGB §§ 174–184j) auch auf Straftaten gegen die körperliche Unversehrtheit (StGB §§ 223–231), Verletzung des persönlichen Lebens- und Geheimbereichs (StGB §§ 201–206), Beleidigung (StGB §§ 185–200) sowie einige weitere Straftatbestände (u. a. StGB §§ 235, 238–241).

Sexueller Missbrauch im Allgemeinen

Sexueller Missbrauch ist der derzeit bekannteste Begriff aus dem Themenfeld (UBSKM, 2017), unter anderem hinsichtlich Taten an Kindern, Jugendlichen und Patienten (StGB §§ 176, 182, 174c). Medien thematisierten bis in die 1980er Jahre hinein vorwiegend Fremdtäter wie Peter Kürten (Steiner & Gay, 1957)

oder Jürgen Bartsch (Miller, 1983); auch fiktional, zum Beispiel im Spielfilm *Es geschah am hellichten Tag* (Dürrenmatt et al., 1958). Während Feministinnen seit den 1970er Jahren insbesondere auf Sexualstraftaten von Vätern und Stiefvätern an Mädchen aufmerksam machten (Nelson & Burgmüller, 1978), vertraten einige Sexualforscher und Politiker die abwegige Vorstellung, einvernehmliche Sexualität zwischen Erwachsenen und Kindern sei möglich und sollte entkriminalisiert werden. Ab 1983 gründeten sich die ersten Wildwasser-Vereine gegen sexuelle Gewalt an Mädchen und Frauen, ab 1986 die ersten Zartbitter-Vereine gegen sexuellen Missbrauch bzw. sexualisierte Gewalt ungeachtet des Geschlechts. Dennoch erlangte der Themenkomplex erst 2010 politische Aufmerksamkeit, nachdem Betroffene auf jahrzehntelangen systematischen sexuellen Missbrauch in kirchlichen wie reformpädagogischen Einrichtungen aufmerksam gemacht hatten.

Nach Fegert (2016) kommt sexueller Kindesmissbrauch bei 13,4% der Mädchen und 5,7% der Jungen in Europa vor. Sexueller Missbrauch ereignet sich zu 44% in Familien, zu 28% in Institutionen (u.a. kirchlichen Institutionen, Schulen, Heimen und Vereinen), zu 11% im Umfeld (Bekannte, Freunde und Angehörige außerhalb der Kleinfamilie) und in 17% durch unbekannte Fremdtäter. 80 bis 99% der Täter sind männlich. Streicher-Pehböck und Kollegen (2014) erhoben ein Durchschnittsalter der Täter von 27 bis 30 Jahren; ein Drittel der Täter sei selbst noch minderjährig, nur 10% seien älter als 50 Jahre. Osterheider und Neutze (2015) kommen zu der Einschätzung, dass von der männlichen Gesamtbevölkerung 1,5% Täter sexuellen Kindesmissbrauchs sind. Lediglich erwähnt sei, dass verschiedene Täter-Typologien beschrieben wurden, wobei gewöhnlich zwischen einer Minderzahl an »echten Pädophilen« und einer Mehrzahl an opportunistischen Tätern unterschieden wird (vgl. Berner, 2013, S. 5–7).

Medizinischer Umgang mit Intersexualität

Viele medizinische Untersuchungen und Behandlungen sind ohnehin – ähnlich wie sexueller Missbrauch – mit Angst, Schmerzen und Kontrollverlust verbunden. Bei der Behandlung intersexueller Kinder nach der »optimal gender policy« (Gregor, 2015, S. 57), die im Laufe der 1950er Jahre als Behandlungsroutine etabliert wurde und bis in die 1990er Jahre vorherrschte, wurde zusätzlich gefordert, den präpubertären äußeren Genitalien durch Operationen vor dem 18. Lebensmonat einen typisch weiblichen oder aber einen typisch männlichen äußeren

Anschein zu geben (Money et al., 1955, S. 288–290; Money & Ehrhardt, 1975, S. 28ff.), sie sozusagen durch möglichst frühe Operationen zu normalisieren (vgl. Klöppel, 2010, S. 24) und dabei die betroffene Person von klein auf zu ihrem angeblichen Wohle über Gründe und Absichten im Unklaren zu lassen (vgl. Voß, 2010, S. 223) oder bedarfsweise anzulügen. Auch Eltern wurden oft nicht informiert (Kraus-Kinsky, 2012, S. 162) oder angewiesen, bei der Geheimhaltung mitzuwirken. Die gesamte Vorgehensweise ähnelt erheblich den Handlungsmustern bei sexuellem Kindesmissbrauch, abgesehen von dem Umstand, dass das Behandlungskonzept in Lehrbüchern beschrieben und bei Experten offiziell etabliert wurde (Fröhling, 2003, S. 20f.; Alexander, 1997; Voß, 2012), ferner dass es nicht auf die sexuelle Befriedigung der Akteure abzielte. Insbesondere wiederholte Dehnungen der operierten Scheide wurden als sexualisierte Gewalt bzw. als Vergewaltigungen erlebt (Bauer & Truffer, 2016, S. 147; Kraus-Kinsky, 2012, S. 162; Remus, 2012; Klauda, 2002; Spiewak, 2000; AGGPG, 1998). Die Herbeiführung eines möglichst unauffälligen Anscheines erfolgte ungeachtet späterer Beschwerden, wie Schmerzen, Taubheitsgefühlen, Vernarbungen und Folgeschäden (z. B. Infektionen) (Zwischengeschlecht, 2008; Veith et al., 2011; Deutscher Ethikrat, 2012). Um eine hiervon abweichende Pubertätsentwicklung zu verhindern, erfolgte oft weit früher eine Keimdrüsenentfernung, was spätere Fortpflanzung ausschließt und ab dem Pubertätsalter eine Hormonbehandlung erfordert (vgl. Deutscher Ethikrat, 2012). Generell wurde Eltern (und ggf. Betroffenen) die Seltenheit der konkreten Diagnose oder von Intersexualität allgemein suggeriert, unter anderem zur Steigerung von Abhängigkeit und Dankbarkeit (dass man sich hier kümmert) und um Austausch von Eltern bzw. Betroffenen untereinander zu verhindern oder zu minimieren; dies änderte sich auch nach Gründung von Eltern- bzw. Selbsthilfegruppen nur zögerlich.

Ungeachtet der intendierten Geheimhaltung wurden Patienten, egal welchen Alters, unvorbereitet und wiederholt ärztlichen Kollegen in der Klinik und Studierenden in Vorlesungen vorgeführt, ferner wurden Ganzkörper- und Genitalfotografien angefertigt, auch wenn dies aufgrund psychischer Belastungen merklich traumatisierend für sie war (Völling, 2010, S. 80–83; vgl. Jilg, 2007; Richter-Appelt, 2007).

Seit Ende der 1990er Jahre dominiert die »from gene to gender policy«, die eine Eintragung der nach genetischem Befund »wahrscheinlicheren« Geschlechtsidentität oder wünschenswerteren sexuellen Orientierung und weniger Verschwiegenheit einfordert, wobei weiterhin frühkindliche Operationen empfohlen (vgl. Zabransky, 2013) und in nahezu unveränderter Zahl (Klöppel, 2016) mit entsprechenden Folgeschäden durchgeführt werden.

Individuen, bei denen sich erst später, insbesondere im Pubertätsalter, Intersexualität abzeichnet, bleiben zwar einige der frühen Traumata erspart, aber auch sie erleiden oft Fremdbestimmung und damit Grenzverletzungen, zum Beispiel durch das Aufdrängen von Hormonbehandlungen und Anpassungsoperationen, die als notwendig und alternativlos dargestellt werden; Entscheidungen und Einwilligungen werden Jugendlichen so nahegelegt, dass ihre Antworten eher sozialer Erwünschtheit als eigenem Willen oder Berücksichtigung langfristiger Konsequenzen entspringen, was den Betroffenen oft erst viel später bewusst wird.

Solche übergeholfenen und damit grenzverletzenden Scheinentscheidungen werden indes auch von Betroffenen berichtet, deren Intersexualität schon in früher Kindheit aufgefallen war (vgl. Bastien-Charlebois, 2015).

Maßnahmen zur Prävention oder Beseitigung geschlechtsuntypischen Verhaltens

Geschlechtsuntypische Verhaltensweisen – gemessen an den Erwartungshaltungen des zeitlichen und räumlichen Kontextes – sind an sich ein unspezifisches Phänomen. Sie werden auch ohne Zusammenhang mit Intersexualität oder Transsexualismus retrospektiv von relativ vielen Lesben und Schwulen und manchen heterosexuellen Erwachsenen geschildert.

Eltern intersexueller Kinder wurden nicht selten schon präventiv instruiert, die Kinder eher bis deutlich stereotyp konform zur erfolgten Eintragung aufzuwachsen zu lassen. Behandlungsangebote gegen geschlechtsuntypisches Verhalten entstanden aus Forschungsinteresse und Nachfragen besorgter Eltern. Soweit sich intersexuelle Kinder geschlechtsuntypisch verhielten, galten die Angebote auch ihnen, wobei sie aber in der Minderzahl waren.

Erwünschtes geschlechtstypisches Verhalten wurde belohnt, bedarfsweise auch vorgemacht; unerwünschtes geschlechtsuntypisches Verhalten wurde durch Missachtung oder aversive Reize bestraft. Die Behandlung zielte darauf ab, einem späteren Auftreten von Transsexualismus oder Homosexualität vorzubeugen (Rekers & Lovaas, 1974), ungeachtet der Überlegung, dass geschlechtsuntypisches Verhalten vielleicht nur Vorzeichen, aber nicht Ursache des späteren Verhaltens sein könnte. Ein Patient von Rekers wurde dauerhaft unglücklich über seine homosexuelle Veranlagung und nahm sich mit 38 Jahren das Leben (Cooper, 2011). Das Vorgehen wurde auch durch die Behauptung legitimiert, dass es die Betroffenen dadurch später leichter im Leben haben werden (Money &

Ehrhardt, 1975, S. 28ff; vgl. Richter-Appelt, 2007). Dies geschah in universitären und klinischen Behandlungseinrichtungen und auch in kommunalen Erziehungsberatungsstellen; ferner wurden die Eltern instruiert, wie sie die Konditionierung im häuslichen Umfeld fortsetzen sollten. So wurden beispielsweise als unpassend erachtete Spielzeuge und Kleidungsstücke entfernt und stattdessen geschlechtsrollenkonforme Spielzeuge und Kleidungsstücke angeboten und entsprechende Freizeitgestaltung (z. B. Fußball, Ballett) nahegelegt oder sogar erzwungen (Money & Ehrhardt, 1975, S. 28ff; vgl. Richter-Appelt, 2007; Zinck & Pignatiello, 2015). Widerständige Kinder wurden symbolisch bloßgestellt und verlacht, ihnen wurden zum Beispiel die Haare geschnitten; mitunter wurden an ihnen körperliche Merkmale entblößt und für geschlechtsbestimmend erklärt (vgl. Jilg, 2007). Allerdings wurden die nahegelegten Behandlungen von manchen Familien nur halbherzig und nur für begrenzte Zeit fortgesetzt.

Grenzverletzungen im Kontext von Transsexualität

Viele Jugendliche und junge Erwachsene wurden insbesondere früher nicht ernst genommen, wenn sie medizinische Maßnahmen zur Veränderung ihrer Geschlechtsmerkmale beehrten. Aus der Nicht-Anerkennung ihres Selbstverständnisses erwächst weiterer Leidensdruck (Allex, 2014) bis hin zu Suizidversuchen (vgl. Queer.de, 2010; Council of Europe Publishing, 2011). Um Vornamen und Geschlechtseintrag an das erlebte Geschlecht anzupassen, entstehen den Betroffenen gemäß dem Transsexuellengesetz nicht nur monatelange Wartezeiten und zusätzliche Kosten, viele sehen sich auch der Willkür des Gerichts und der Gutachter ausgeliefert. Bis 2011 (BVerfG, 2011) wurde zur Änderung des Geschlechtseintrages ferner eine geschlechtsanpassende Operation gefordert. Manche sahen diese Forderung ohnehin als Grenzverletzung; viele andere wollten zwar ohnehin solch eine Operation, sahen sich aber zur Erlangung dieser der weiteren Willkür von Gutachtern, Krankenkassen und MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) sowie den Wartezeiten und (Zusatz-)Honorarforderungen von Operateuren ausgesetzt.

Um die Ernsthaftigkeit des Ansinnens zu prüfen, forderten manche Ärzte gar, dass die betroffene Person etwa Geschlechtsverkehr in einer ihr widerstrebenden Rolle ausprobieren und die empfundenen Gefühle hernach schildern sollte. Fremdbestimmung und Machtmissbrauch werden auch in Psychotherapie und Begutachtung ausgeübt (Schicklang, 2014). Nach der entsprechenden Begutachtungsanleitung hat »vor jedweden somatischen Behandlungsmaßnahmen [...] in

jedem Fall eine psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung zu erfolgen« (MDS, 2009, S. 9). Generell ist in vielen Gegenden das psychotherapeutische Angebot ungenügend und mit mehrmonatigen Wartezeiten verbunden. Darüber hinaus lehnen manche Psychotherapeuten trotz Kassenzulassung transsexuelle Patienten generell ab. Viele Betroffene schilderten, dass sie überkommene Geschlechtsstereotype erfüllen und Sichtweisen des Therapeuten akzeptieren und übernehmen sollten; oft ließen sie sich darauf ein, um weitere Zeitverluste und desto größeren Leidensdruck zu vermeiden, oder auch, weil sie nicht die Mittel hatten, längere Fahrtstrecken zurückzulegen. Manche (ehemaligen) Betroffenen schildern weitere vermeidbare Grenzverletzungen bei operationsbedingten stationären Krankenhausaufenthalten und generell bei Arztkontakten, wenn die Vorgeschichte bekannt war oder vermutet wurde.

Von den im Sinne von Transsexualität behandelten Personen ist die Mehrzahl nicht intersexuell, wohl aber eine relevante Minderheit von etwa 40% (Katzer, 2016, S. 95). Dieser Anteil wurde oft unterschätzt; mitunter wurde Betroffenen mit angeborenen Varianten der Geschlechtsentwicklung unterstellt, illegal Hormone beschafft und genommen zu haben.

Erhöhtes Risiko, weitere sexuelle Grenzverletzungen zu erleiden

Viele Kinder und Jugendliche sind nach medizinischen oder verhaltenstherapeutischen Maßnahmen, insbesondere wenn sie über längere Zeit wiederholt wurden, wahrnehmbar schüchterner und isolierter. Diese Kinder und Jugendlichen werden von Tätern bevorzugt ausgewählt, weil es das Risiko vermindert, dass sexueller Missbrauch berichtet wird oder auf andere Weise auffällt. Dann stattfindender Missbrauch wird von den Opfern weniger wahrscheinlich als solcher erkannt, da sie aus ihren Behandlungserfahrungen Grenzverletzungen de facto gewöhnt sind. Sexuelle Erfahrungen mit einem Missbrauchstäter können im Einzelfalle als Anerkennung und Wertschätzung ihrer Geschlechtlichkeit gedeutet werden. Weil viele zum Schweigen bezüglich ihres Geschlechts bzw. Geschlechterlebens erzogen wurden, vertrauen sie sich weniger wahrscheinlich einer Vertrauensperson an.

Bei Klinikterminen hatten einige Betroffene sozusagen »erlernt«, ihre Genitalien auf einfache Aufforderung hin widerstandslos zu entkleiden; dissoziative Phänomene können bei weiterem Missbrauch ausgenutzt werden. Schon Hoepffner und Hesse schilderten einen Fall, in dem ein Nachbar sein Wissen um die

Intersexualität eines Mädchens ausnutzte, um ihm »zu erklären, es könne wegen falscher Hormonproduktion zu einem Zwitter werden. Davor bewahre es nur die Beziehung zu einem erfahrenen Mann, der in ihr weibliche Gefühle wachrufen könne« (Hoepffner & Hesse, 1984, S. 275). Für manche Täter sind abweichende Geschlechtsmerkmale sogar zentral in ihrem Begehren (Lahood, 2012, 17:45–19:15).

Schulkinder und Jugendliche mit geschlechtsuntypischem Verhalten oder erkennbaren Varianten der Geschlechtsentwicklung haben ein höheres Risiko, von Rabauken in ihrem Umfeld geärgert zu werden; diese Grenzverletzungen werden von Aufsichtspersonen oft nicht geahndet oder bisweilen sogar gutgeheißen (Klocke, 2016).

Abwehrmechanismen wie zum Beispiel Dissoziation, Verleugnung und Verdrängung, aber auch Scham und Heimlichkeit verzögern die Suche nach Hilfe oft bis ins Erwachsenenalter (vgl. Richter-Appelt, 2008). Die zuvor im institutionellen Rahmen erlittenen Grenzverletzungen tragen zu dieser Scheu bei, ebenso vorherige Versuche, Hilfe zu erlangen, wenn auf diese inadäquat reagiert wurde. Wegen der eigenen Geschlechtlichkeit oder Vorgeschichte erpressbar zu sein oder bloßgestellt werden zu können, ist eine weitere Angst, auch wegen drohendem weiteren Kontrollverlust.

Missbrauch unter Ausnutzung eines Beratungsverhältnisses nach StGB § 174c trifft auch Erwachsene, zum Beispiel in Selbsthilfegruppen oder Beratungsstellen, wie vertrauliche Schilderungen belegten, wobei die darin erwähnten Missstände zeitnah abgestellt wurden. Im Allgemeinen nicht strafbar, aber ärgerlich ist es, wenn zum Beispiel erwachsene Männer (sogenannte Tranny-Lover) gezielt und wiederholt erotische Beziehungen mit jüngeren Mann-zu-Frau-Transsexuellen eingehen, die eine Anpassungsoperation anstreben, während der Liebhaber dies zu hintertreiben versucht, weil er den vorherigen Zustand bevorzugt, und die Betroffene nach der Operation umgehend verlässt.

Beschränkungen der Hilfsangebote

Viele Beratungs- und Unterstützungsstrukturen sind konventionell vergeschlechtlicht, das heißt, sie richten sich an Mädchen und Frauen, die schon immer als weiblich galten, oder an Jungen und Männer, die schon immer als männlich galten. Betroffene fürchten Ablehnung, wenn sie traumatische Erlebnisse schildern, bei denen untypische Geschlechtsmerkmale oder abweichende Wahrnehmung

durch das damalige Umfeld oder im Kontrast zu heute relevant sind. Manche Menschen und somit auch manche Betroffene können sich generell nicht mit Angeboten identifizieren, die von der Existenz zweier Geschlechter ausgehen, weil sie sich selbst anders einordnen und fürchten, dass ihr Zugehörigkeitsempfinden erneut angezweifelt oder ihnen abgesprochen wird. Bisweilen wurde ihnen von sonst kompetenten Stellen nicht geglaubt, dass sie in Krankenhäusern oder Behandlungseinrichtungen sexuelle Grenzverletzungen erlitten hatten, oder sie wurden um beweiskräftige Belege gebeten, die Krankenhäusern ihnen unter allerlei Vorwänden vorenthalten haben. Respekt gegenüber der Schulmedizin sowie Exotisierung von Intersexualität und Transsexualität durch Massenmedien können zu unreflektierten Vorurteilen gegenüber Hilfesuchenden beitragen.

Empfehlungen für den Umgang mit Betroffenen

Allgemein ist (wie auch sonst) zu fordern, Hilfesuchenden einen Schutzraum zu bieten, wo sie sich anderen anvertrauen können, ohne dass ihre Schilderungen vorab generell infrage gestellt werden. Für die hier thematisierten Betroffenen haben sich Selbsthilfetreffen als geschützte Räume weitgehend bewährt; Vergleichbares zeichnet sich für Peerberatungsangebote ab. Weitere Angebote sollten räumlich und institutionell möglichst von Einrichtungen (also z. B. Krankenhäusern) getrennt sein, die solche sexuellen Grenzverletzungen ausübten oder noch ausüben. Psychotherapie kann hilfreich sein, wobei manche Patienten erst mehrere Sitzungen brauchen, um Vertrauen zu fassen, bevor sie sich dem Gegenüber mit dem prekären Themenkomplex anzuvertrauen wagen; Therapeuten sollten, wenn sie davon »überrascht« werden, ihre Emotionen möglichst zurückstellen und eine offene Haltung beibehalten. Alice Miller kam in den 1980er Jahren zu der Einschätzung, dass die psychoanalytische Theorie und Praxis den ehemaligen Opfern der Kindesmisshandlungen verunmöglicht, diese zu erkennen, was auch heutzutage bedacht werden sollte. Hinsichtlich Arztbesuchen und Klinikkontakten hilft es vielen Betroffenen, eine Vertrauensperson mitzunehmen, nicht zuletzt weil solche Situationen in emotional verstörender Weise unangenehme Erinnerungen wachrufen können, die Betroffenen sich möglicherweise nicht alles merken können und im Sinne erlernten Verhaltens unbedacht ärztlichen Vorschlägen und Suggestivfragen zustimmen. Bis Betroffene ein gewisses Maß an Selbstbestimmung (wieder-)erlangt haben, ist es sicherer, sich gegenüber Befragungen durch Journalisten und Forscher zurückzuhalten; diese Zurück-

haltung sollte von diesen Professionellen wertschätzend akzeptiert werden. Angesichts mitunter knapper Verjährungsfristen scheint es auch geboten, den Rat eines erfahrenen und von Selbsthilfeszusammenhängen empfohlenen Anwaltes einzuholen.

Sexualpädagogische Vorschläge

Bei sexualpädagogischen Unterrichtseinheiten und Maßnahmen sollten pauschalisierende Aussagen vermieden oder soweit relativiert werden, dass Möglichkeitsspielräume aufgezeigt werden, also auch hinsichtlich geschlechtstypischen Veränderungen im Pubertätsalter und geschlechtstypischen Verhaltensweisen. Konzepte vermeintlich »geschlechtshomogener« Gruppenarbeit sind zu Recht in die Kritik geraten, weil sie geschlechtliche Überschneidungs- und Zwischenräume und damit Vielfalt leugnen oder gar verunmöglichen, und weil sie den Betroffenen in ihrem Selbstverständnis und mit ihren Bedürfnissen schaden, die es – auch unerkannt – in jeder Schulkasse geben kann (vgl. Hechler, 2016, S. 175). Seltenheit ist nicht krankhaft oder gestört oder exotisch, was an nicht-sexuellen Beispielen veranschaulicht werden kann, zum Beispiel roten Haaren oder vierblättrigen Kleeblättern. So können alle Schüler lernen, welchen Reichtum und welche Vielfalt die Natur aufweist, auch was Geschlechtsmerkmale betrifft, und dass man niemanden ärgern oder verlachen darf, nur weil diejenige Person anders ist als die anderen, oder andere Vorlieben hat als die meisten Mädchen oder Knaben oder sich selbst anders einordnet, als andere es erwartet hätten. Zu vermeiden sind Zuschreibungen von »Identitäten«, die statisch und einengend wirken und somit Hemmschwellen darstellen. Deswegen sollten Begriffe mit den Vorsilben »inter« oder »trans« nicht überbewertet, aber auf Nachfrage durchaus knapp und nicht-pathologisierend erklärt werden. Keinesfalls sollten einzelne Schüler geoutet oder fremdbestimmt als Beispiele herangezogen werden, weil auch dies eine sexuelle Grenzverletzung darstellen würde. Stattdessen sollten Kinder generell lernen, sich für ihre ungewöhnlichen körperlichen Merkmale oder geschlechtsuntypischen Vorlieben und Verhaltensweisen weder schämen noch erklären zu müssen, sondern altersgemäß über ihren eigenen Körper und ihr eigenes Leben bestimmen zu dürfen. Nachrangig oder auf Nachfrage kann auf medizinische Möglichkeiten hingewiesen werden, wobei zu berücksichtigen ist, dass viele Ärzte weiterhin normative Vorstellungen haben und autoritäre Praktiken gutheißen oder ausüben. Hierauf aufbauend können Aufklärungs- und

Informationsangebote für Erwachsene generell und entsprechend vertiefend auch für Menschen in pädagogischen und medizinischen Berufsfeldern gestaltet werden.

Angrenzende Fragestellungen

Ab 1990 befassten sich mehrere Autoren (z. B. Zucker & Kuksis, 1990; Devor, 1994) mit der Frage, ob Transsexualismus durch erlittenen sexuellen Missbrauch verursacht werden kann. Hierzu lässt sich konstatieren, dass die meisten Missbrauchsoffer nicht transsexuell werden, dass die Mehrzahl der Transsexuellen vorher keinen sexuellen Kindesmissbrauch erlitten hatte, und dass auch bei jenen Transsexuellen, bei denen erlittener Missbrauch als Mitursache plausibel ist – zum Beispiel um nie wieder Opfer zu werden oder um kein Täter zu werden – der transsexuelle Verlauf zumeist nicht therapeutisch abzuwenden ist.

Massenmediale Aufmerksamkeit erlangten Sträflinge, insbesondere Sexualstraftäter, die im Gefängnis eine transsexuelle Behandlung angingen. Bezogen auf die Gesamtheit an Menschen, die eine transsexuelle Behandlung erhielten, sind Sträflinge bislang eine nicht-repräsentative, sehr kleine Minderheit. Allerdings ist zu fordern, dass sexuelle Grenzverletzungen von Gefangenen untereinander unterschiedener geahndet und verhindert werden, unter anderem um dem Anspruch auf Resozialisierung Genüge zu tun (vgl. B.Z., 2010). Die bisweilen formulierte Befürchtung, dass größere Zahlen vorheriger Männer auf vereinfachte Weise einen weiblichen Personenstand erlangen, um desto leichter sexuelle Grenzverletzungen an Frauen und Mädchen zu begehen, hat sich bislang zwar nicht bestätigt, sollte aber ernst genommen werden; sexuelle Grenzverletzungen dürfen nicht übersehen oder geduldet werden.

Wie Klöppel (2010, S. 196) referierte, wurde schon im 18. Jahrhundert angenommen, dass sich Frauen durch eine regelwidrig vergrößerte Klitoris »verleiten lassen, mit ihrem Geschlechte strafbaren Unfug zu treiben«; empfohlen wurde, »das Abschneiden einer widernatürlich vergrößerten Klitoris schon im Kindes- oder Jugendalter vorzunehmen« (Klöppel, 2010, S. 216). Die Legitimation von Operationen durch die Vorstellung, dass atypische Geschlechtsmerkmale unbehandelt ihre Träger zu grenzverletzendem Verhalten verleiten können, setzte sich abgeschwächt bis ins 20. Jahrhundert fort; wurde aber dann durch die Begründung ersetzt, dass eine vergrößerte Klitoris »von den Betroffenen als beschämend empfunden werde« (ebd., S. 316f.).

Rezessive Enzymdefekte, die homozygot manche intersexuellen Geschlechtsentwicklungen hervorrufen, wurden in Stammbäumen mit Ehen unter Blutsverwandten beobachtet; dennoch ist es nicht hilfreich, Eltern intersexueller Kinder – inspiriert von belletristischen Texten (z. B. Eugenides, 2003) – speditiv nach Inzest oder inzestuösem Missbrauch zu befragen, da dies zu Kontaktabbrüchen führen kann.

Literatur

- Acien, P. (1997). Incidence of Müllerian defects in fertile and infertile women. *Human Reproduction*, 12(7), 1372–1376.
- AGGPG – Arbeitsgruppe gegen Gewalt in der Pädiatrie und Gynäkologie (1998). Vernichtung intersexueller Menschen in westlichen Kulturen. Flugblatt. <http://blog.zwischengeschlecht.info/pages/%22Vernichtung-intersexueller-Menschen-in-westlichen-Kulturen%22-Flugblatt-AGGPG-%281998%29> (10.11.2016).
- Ahmed, S. F., Dobbie, R., Finlayson, A. R., Gilbert, J., Youngson, G., Chalmers, J. & Stone, D. (2004). Prevalence of hypospadias and other genital anomalies among singleton births 1988–1997 in Scotland. *Archives of Disease in Childhood, Fetal and Neonatal Edition*, 89(2), F149–F151.
- Alexander, T. (1997). Der medizinische Umgang mit Intersexuellen Kindern: Eine Analogie zum sexuellen Kindesmissbrauch. <http://blog.zwischengeschlecht.info/pages/Intersex-Analogie-Kindesmissbrauch-Tamara-Alexander-1997> (06.05.2016).
- Allex, A. (Hrsg.). (2014). *Stop Trans*-Pathologisierung. Berliner Positionen zur Internationalen Kampagne*. Neu-Ulm: AG SPAK Bücher.
- Augstein, M. S. (1992). Transsexuelle sind Frauen und Männer. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 5(3), 255–260.
- Bauer, M. & Truffer, D. (2016). Intersex & Selbstbestimmung. In M. Katzer & H.-J. Voß (Hrsg.), *Geschlechtliche, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung* (S. 137–160). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Bastien-Charlebois, J. (2015). My coming out: The lingering intersex taboo. *Montreal Gazette*, 09.08.2015. <http://montrealgazette.com/life/my-coming-out-the-lingering-intersex-taboo> (09.07.2018).
- Berner, W. (2013). Sexueller Missbrauch – Epidemiologie und Phänomenologie. In T. Stompe, W. Laubichler & H. Schanda (Hrsg.), *Sexueller Kindesmissbrauch und Pädophilie*. Berlin: Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Blackless, M., Charuvastra, A., Derrryck, A., Fausto-Sterling, A., Lauzanne, K. & Lee, E. (2000). How sexually dimorphic are we? Review and synthesis. *American Journal of Human Biology*, 12(2): 151–166.
- BVerfG – Bundesverfassungsgericht (2011). BVerfG, Beschluss des Ersten Senats vom 11. Januar 2011 – 1 BvR 3295/07 – Rn. (1–82). http://www.bverfg.de/e/rs20110111_1bvr329507.html (06.05.2016).

- B.Z. (2010). Wie der Rosa Riese in Haft Frauen traf. B.Z. 09.09.2010. <https://www.bz-berlin.de/artikel-archiv/wie-der-rosa-riesen-in-haft-frauen-traf> (29.07.2018).
- Cooper, A. (2011). The »sissy« boy experiment. Uncovering the truth. A documentary by CNN. <https://www.youtube.com/watch?v=Q0IZBL2H4nl> (30.07.2018).
- Council of Europe Publishing (2011). Discrimination on grounds of sexual orientation and gender identity in Europe. Straßburg: Council of Europe Publishing. http://www.coe.int/t/Commissioner/Source/LGBT/LGBTStudy2011_en.pdf (06.05.2016).
- Deutscher Ethikrat (2012). Stellungnahme Intersexualität. https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/DER_StnIntersex_Deu_Online.pdf (15.03.2019).
- Devor, H. (1994). Transsexualism, Dissociation, and Child Abuse: An Initial Discussion Based on Nonclinical Data. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 6(3), 49–72.
- Dürrenmatt, F., Jacoby, H. & Vajda, L. (1958). *Es geschah am hellichten Tag*. [Drehbuch]. Zürich: Praesens-Film AG.
- Enders, U., Kossatz, Y., Kelkel, M. & Eberhardt, B. (2010). Zur Differenzierung zwischen Grenzverletzungen, Übergriffen und strafrechtlich relevanten Formen der Gewalt im pädagogischen Alltag. Köln: Zartbitter. https://www.zartbitter.de/gegen_sexuellen_missbrauch/Fachinformationen/6005_missbrauch_in_der_schule.php (26.07.2018).
- Eugenides, J. (2003). *Middlesex*. Reinbek: Rowohlt.
- Fegert, J.M. (2016). Was ist sexueller Missbrauch, wie häufig und in welchen Kontexten geschieht sexueller Missbrauch? Ulm: DGKJP-Kongress. https://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/default/Kliniken/Kinder-Jugendpsychiatrie/Praesentationen/FE_2016_01_29_Tutzing.pdf (03.07.2018).
- Fischer, T. (2014). *Strafgesetzbuch mit Nebengesetzen*. München: Beck.
- Fröhling, U. (2003). *Leben zwischen den Geschlechtern. Intersexualität – Erfahrungen in einem Tabubereich*. Berlin: Ch. Links.
- Gaspari, L., Paris, F., Jandel, C., Kalfa, N., Orsini, M., Daurès, J.P. & Sultan, C. (2011). Prenatal environmental risk factors for genital malformations in a population of 1442 French male newborns: a nested case-control study. *Human Reproduction*, 26(11), 3155–3162.
- Gregor, A. (2015). *Constructing Intersex: Intergeschlechtlichkeit als soziale Kategorie*. Bielefeld: transcript.
- Heath, R.A. (2006). *The Praeger Handbook of Transsexuality*. Westport: Greenwood Publishing Group.
- Hechler, A. (2016). »Was ist es denn?« Intergeschlechtlichkeit in Bildung, Pädagogik und Sozialer Arbeit. In M. Katzer & H.-J. Voß (Hrsg.), *Geschlechtliche, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung. Praxisorientierte Zugänge* (S. 161–185). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Hoepffner, W. & Hesse, V. (Hrsg.). (1984). *Intersexualität im Kindesalter, Arbeitstagung der AG Pädiatrische Endokrinologie*. Jena: Wissenschaftliche Beiträge der FSU Jena.
- Jilg, M. (Regie). (2007). *Die Katze wäre eher ein Vogel*. [Dokumentarfilm/visuelles Hörstück]. <http://die-katze-ist-kein-vogel.de> (06.05.2016).
- Katzer, M. (2016). Ärztliche Erfahrungen und Empfehlungen hinsichtlich Transsexualismus und Intersexualität. In M. Katzer & H.-J. Voß (Hrsg.), *Geschlechtliche, sexuelle und repro-*

- duktive Selbstbestimmung. Praxisorientierte Zugänge* (S. 85–116). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Katzer, M. & Voß, H.-J. (Hrsg.). (2016). *Geschlechtliche, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Katzer, M. & Voß, H.-J. (2018). Sexuelle Grenzverletzungen im Kontext von Intersexualität und Transsexualität. In A. Retkowski, A. Treibel. & E. Tuidler (Hrsg.), *Handbuch Sexualisierte Gewalt und pädagogische Kontexte. Theorie, Forschung, Praxis* (S. 270–278). Weinheim: Beltz Juventa.
- Kelly, D. P. (2005). Transsexualism – the current UK medical and legal standpoint. <https://www.yumpu.com/en/document/view/36208506/transsexualism-the-current-medical-and-legal-standpoint> (15.03.2019).
- Klauda, G. (2002). Krankheitsbilder, Vortrag vom 05.06.2002. <http://blog.zwischengeschlecht.info/pages/Georg-Klauda-%22Krankheitsbilder%22,-Vortrag-vom-5.6.2002> (10.11.2016).
- Klocke, U. (2016). Homophobie und Transphobie in Schulen und Jugendeinrichtungen: Was können pädagogische Fachkräfte tun? Mediathek Vielfalt. http://www.vielfalt-mediathek.de/media/klocke_2016_homophobie_und_transphobie_in_schulen_und_jugendeinrichtungen.pdf (15.03.2019).
- Klöppel, U. (2010). *XX0XY ungelöst: Hermaphroditismus, Sex und Gender in der deutschen Medizin. Eine historische Studie zur Intersexualität*. Bielefeld: transcript.
- Klöppel, U. (2016). Zur Aktualität kosmetischer Operationen »uneindeutiger« Genitalien im Kindesalter. *Bulletin-Texte. Zentrum für transdisziplinäre Geschlechterstudien*, 42. https://www.gender.hu-berlin.de/de/publikationen/gender-bulletins/bulletin-texte/texte-42/kloepfel-2016_zur-aktualitaet-kosmetischer-genitaloperationen (07.07.2018).
- Kraus-Kinsky, E. (2012). Adrenogenitales Syndrom. Persönliches Erleben zwischen eigener Lebensgeschichte und dem Dasein als Ärztin. In K. Schweizer & H. Richter-Appelt (Hrsg.), *Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen* (S. 161–173). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Lahood, G. (Regie). (2012). *Intersexion*. [Dokumentarfilm]. Wellington: Ponsonby Productions Ltd.
- MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2009). Begutachtungsanleitung Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität. Essen: Eigenverlag. https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/07_RL_Transsex_2009.pdf (10.11.2016).
- Miller, A. (1983). *Am Anfang war Erziehung*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Money, J. & Ehrhardt, A. A. (1975). *Männlich – Weiblich: Die Entstehung der Geschlechtsunterschiede*. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch.
- Money, J., Hampson J. G. & Hampson, J. L. (1955). Hermaphroditism: Recommendations concerning assignment of sex, change of sex, and psychologic management. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital, Baltimore*, 97(4), 284–300.
- Nelson, S. & Burgmüller, C. (1978). Das Verbrechen, über das niemand spricht. *Emma*, 2(4), 20–26.
- Osterheider, M. & Neutze, J. (2015). Missbrauch von Kindern und Ätiologie. <https://web.archive.org/web/20181207063817/http://www.mikado-studie.de/index.php/101.htm> (15.03.2019).

- Queer.de (2010). Hohes Selbstmordrisiko bei Transsexuellen. Queer.de, 23.11.2010. http://www.queer.de/detail.php?article_id=13202 (06.05.2016).
- Rekers, G.A. & Lovaas, O.I. (1974). Behavioral treatment of deviant sex-role behaviors in a male child. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 7(2), 173–190.
- Remus, J. (2012). »Beides, keines, intersexuell«? Anmerkungen zur aktuellen Debatte über Intersexualität. *Materialien und Informationen zur Zeit*, 3/2012. <https://web.archive.org/web/20160331001514/http://www.miz-online.de/node/362> (15.03.2019).
- Retkowski, A., Treibel, A. & Tuider, E. (Hrsg.). (2018). *Handbuch Sexualisierte Gewalt und pädagogische Kontexte. Theorie, Forschung, Praxis*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Richter-Appelt, H. (2007). Intersexualität. Störungen der Geschlechtsentwicklung. *Bundesgesundheitsblatt*, 50, 52–61.
- Richter-Appelt, H. (2008). Sexueller Mißbrauch im Kindesalter. In R.B. Schmidt & U. Sielert (Hrsg.), *Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung* (S. 455–464). Weinheim und München: Juventa.
- Schicklang, K. (Regie). (2014). *Der Spalt – Gedankenkontrolle*. [Spielfilm]. Ludwigsburg: Schöne Neue Medien.
- Spiewak, M. (2000). Der Zwang der Geschlechter. *Die Zeit*, 28.09.2000. http://www.zeit.de/2000/40/200040_intersexneu.xml/komplettansicht (10.11.2016).
- Steiner, O. & Gay, W. (1957). *Der Fall Kürten: Sachdarstellung und Betrachtungen*. Hamburg: Kriminalistik.
- Streicher-Pehböck, C. & Winkler-Kirchberger, C. (2014). Sexueller Kindesmissbrauch. Erkennen – Verstehen – Vorbeugen. Linz: Kinder- und Jugendanwaltschaft OÖ. http://www.kija-ooe.at/Mediendateien/Sexueller-Kindesmissbrauch_aktuell.pdf (27.07.2018).
- UBSKM (2017). Definition von sexuellem Missbrauch. <https://beauftragter-missbrauch.de/praevention/was-ist-sexueller-missbrauch/definition-von-sexuellem-missbrauch/> (06.08.2018).
- Veith, L.G., Remus, J., Markard, N., Zalberg, J., Weinhardt, C. & Hahn, L. (2011). Parallelbericht zum 5. Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland. Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe (CAT). http://intersex.schattenbericht.org/public/Schattenbericht_CAT_2011_Intersexuelle_Menschen_e_V.pdf (06.05.2016).
- Völling, C. (2010). *Ich war Mann und Frau. Mein Leben als Intersexuelle*. Köln: Fackelträger.
- Voß, H.-J. (2010). *Making Sex Revisited. Dekonstruktion des Geschlechts aus biologisch-medizinischer Perspektive*. Bielefeld: transcript.
- Voß, H.-J. (2012). *Intersexualität – Intersex: Eine Intervention*. Münster: Unrast-Verlag.
- Zabransky, S. (Hrsg.). (2013). *Proceedingband 2013, 11. Interdisziplinärer SGA-Workshop, 28.6.–29.6.2013*. Homburg: Medizinischer Verlag Siegfried Zabransky.
- Zinck, S. & Pignatiello, A. (2015). External Review of the Gender Identity Clinic of the Child, Youth and Family Services in the Underserved Populations Program at the Centre for Addiction and Mental Health November 26, 2015. Toronto: CAMH-Eigenverlag. http://www.camh.ca/en/hospital/about_camh/newsroom/news_releases_media_advisories_and_backgrounders/current_year/Documents/GIC-Review-26Nov2015.pdf (22.12.2015) [inzwischen durch ein kürzeres Summary ersetzt].
- Zucker, K.J. & Kuksis, M. (1990). Gender dysphoria and sexual abuse: A case report. *Child Abuse & Neglect*, 14(2), 281–283.

Zwischengeschlecht (2008). Lügen, Zwangseingriffe, Schweigegebote: ein Leben aus der Krankenakte. <http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2008/06/12/Beurteilt-zugewiesen-und-verwaltet%3A-ein-Leben-aus-der-Krankenakte-Teil-I> (21.07.2018).

Die Autorin

Michaela Katzer, Fachärztin für Urologie. Nach mehrjähriger klinischer Tätigkeit, unter anderem im Universitätsklinikum Halle und im BG-Klinikum Bergmannstrost Halle ist sie seit 2014 Mitarbeiterin im Projekt »Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexueller Traumatisierung« an der Hochschule Merseburg. Ihre Forschungsschwerpunkte sind unter anderem Intersexualität, Transsexualismus, Sexualität und Behinderung, Vermittlung medizinischer Sachverhalte, Prävention und Intervention bei sexuellen und vergleichbaren Grenzverletzungen.

Von Menschen und inter* Mäusen

Herausforderung Biotechnologie – Ein Essay

Simon Zobel

Einleitung

Im Bereich körpergeschlechtlicher Vielfalt und für Menschen mit angeborenen Variationen der körperlichen Geschlechtsmerkmale hat sich seit dem Jahr 2010 vieles bewegt. Peer-Beratungs- und Selbstorganisationen treten öffentlich und organisiert auf. Sie sind zudem gut vernetzt. Medizinische Fachverbände und klinische Einrichtungen diskutieren vermehrt sensible Fragen der aktiven, mündigen »Patienten« mitbestimmung sowie die kindgerechte partizipative Entscheidungsfindung und die geschlechtliche Selbstbestimmung. Der Gesetzgeber war aufgefordert, eine »positive« dritte Option neben den zwei üblichen Geschlechtseinträgen zu ermöglichen oder den Geschlechtseintrag komplett aus dem Personenstandsrecht zu streichen.

Alles gut im Bereich körpergeschlechtlicher Vielfalt? – Die Diskussion entzieht sich schlichten Antworten. Das haben die letzten Jahre ebenso gezeigt. Authentische Fragen sind nach wie vor erlaubt. Sie sind auch weiterhin wichtig.

Scheinbare soziale Errungenschaften sind politisch immer wieder neu zu verhandeln. Das Bundesverfassungsgericht hatte dem Gesetzgeber bis Ende des Jahres 2018 Zeit gelassen, das Personenstandsrecht dem Beschluss entsprechend zu überarbeiten. Das Bundesverfassungsgericht hatte dem Gesetzgeber freilich nicht vorgeschrieben, wie genau die neue Regelung bis ins letzte Detail zu gestalten sei. Die politische Zerreißprobe darum und der Gestaltungsprozess werden bei Drucklegung dieses Bandes mutmaßlich noch nicht abgeschlossen sein. Die komplette Streichung des Geschlechtseintrages war von Anfang an die mutigere, wenn auch die unwahrscheinlichere, Variante. Sie impliziert einen größeren legislativen Aufwand und suggeriert die »Abschaffung der Geschlechter«. In jedem

Fall zu verhindern wäre die dritte Option als eine Art »Trostpreis auf Rezept« für eine stigmatisierte Minderheit. Ein »Trostpreis auf Rezept«, eine dritte Option nach spezifischen, exkludierenden Diagnoseschlüsseln per ärztlicher Empfehlung ist einfacher umzusetzen. Das ist auch gemütlicher, es stellt geltende geschlechtliche Norm nicht weiter infrage.

Fortschrittliche (europäische) Gesetzgebung zum Schutz von Geschlechter- und Gendervielfalt (Malta Act, 2015) greift für Kinder mit Variationen der körperlichen Geschlechtsmerkmale im klinischen Alltag nach wie vor nur bedingt. Das sei anhand eines prominenten Beispiels erläutert. Auf einer europäischen Fachkonferenz im Jahr 2017 bestätigten denn auch klinisch tätige Experten aus Italien im persönlichen Gespräch, dass manche »Kinder mit Variationen der körperlichen Geschlechtsmerkmale« von der kleinen Insel Malta nicht etwa nach Kliniken im benachbarten Italien sondern direkt nach Spezialkliniken in Großbritannien »verbracht« würden.

Zwar erfuhr die im medizinischen Kontext gebräuchliche DSD-Terminologie (engl.: Disorders of Sex Development, deutsch: Störungen der Geschlechtsentwicklung) in den letzten Jahren selbst eine »kosmetische Schönheitsoperation« in Richtung DSD als *Differences of Sex Development* (deutsch: Unterschiede, Abweichungen der Geschlechtsentwicklung). Trotz der Aufhübschung sind aber in der Diagnostik dieselben Körperbilder gemeint, welche üblicherweise als *Fehlbildungen* angesehen werden.

Zudem haben medizinische Leitlinien von Fachgesellschaften im klinischen Alltag lediglich Empfehlungscharakter. Es gibt bereits – Tendenz zunehmend – einen Wettbewerb der Spezialkliniken in Form von divergierenden therapeutischen Ansätzen und methodischen Angeboten auf bundesweitem und europäischem Niveau. Manche Kliniken empfehlen sich als zurückhaltend und für den Fall »geschlechtszuweisender Maßnahmen« bei Kindern mit Variationen der körperlichen Geschlechtsmerkmale an medizinische Leitlinien haltend. Andere bieten gezielt »geschlechtsvereindeutigende chirurgische Maßnahmen« im Falle von DSD (*Differences of Sex Development*) an.

Für europaweit tätige, gut vernetzte Spezialkliniken stellen dabei auch die verschiedenen europäischen Modelle der Verbindung von gesetzlicher (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV) kein Hindernis dar.

Im üblichen Diskurs um körpergeschlechtliche Vielfalt und Variationen der Geschlechtsmerkmale werden vorwiegend die körperlichen und psychischen Übergriffe durch geschlechtszuweisende oder geschlechtsvereindeutigende chirurgische Maßnahmen sowie endokrinologische Behandlungen thematisiert. Menschenrechts- und Selbstorganisationen fordern einen Operationsstopp bzw.

-aufschub für Kinder mit Variationen der körperlichen Geschlechtsmerkmale im nicht einwilligungsfähigen Alter. Die Organisationen und Vereine sind für mehr Selbstbestimmung, mehr Teilhabe und eine medizinethische Aufarbeitung sowie für Schadensersatzansprüche aktiv. Ein bislang in den Diskursen vielfach und sträflich übersehener Aspekt ist der eines stark wachsenden »Gesundheitsmarktes« und sich rasant entwickelnder Biotechnologien.

Der vorliegende Beitrag wird daher diesen wichtigen und viel zu wenig beachteten Aspekt behandeln. Weiterführende Betrachtungen und Studien sind späteren, anderweitigen Publikationen zu entnehmen. Dieser Beitrag ist eine Einführung in die Thematik mit reflektierenden Betrachtungen in essayistischer Form.

Neue Entwicklungen am »Gesundheitsmarkt« und eine Pluralität der medizinischen Angebote sind wichtige Faktoren, um Menschen Selbstbestimmung oder Selbstversorgung zu ermöglichen. Neue Entwicklungen in Biotechnologie, Pränataldiagnostik und Reproduktionsmedizin sind aber auch geeignet, besondere Anforderungen im Hinblick auf die informierte Patienteneinwilligung (*informed consent*) zu stellen.

In Bezug auf Biotechnologie und Reproduktionsmedizin sind hier alle Merkmale der Tragödie und der Komödie wieder einmal im Sinne einer Tragikomödie bestens miteinander verknüpft.

Herausforderung Biotechnologie

Von der Natur des Natürlichen

Natur- wie Ingenieurwissenschaften gehen heute von vielschichtig-komplexen, systemischen Ansätzen aus. Sie können eine Bereicherung im gesellschaftlichen Diskurs um Geschlechtlichkeit darstellen. Der mehrdimensionale Blick auf lebendige, komplexe Systeme jenseits der alten Paradigmen lohnt sich auch in Bezug auf Geschlechtlichkeit und auf das evolutionäre Abenteuer Mensch.

Die Angst vor einem Universum zu verlieren, welches mit grenzenlosen Möglichkeiten und Variablen ohne »feste Ordnung« ausgestattet ist, und die Angst vor einem selbstbestimmten Leben darin aufzugeben, könnte sich als lohnenswert erweisen.

Ein immer noch aktueller Vertreter neuer Sichtweisen war der vielzitierte Evolutionsbiologe J. B. S. Haldane: »Das Universum ist nicht nur queerer, als wir annehmen, sondern queerer, als wir überhaupt annehmen können« (Haldane, 1928).

Beim Gebrauch des Naturbegriffes oder des Begriffs vom *Natürlichen* ist im Allgemeinen, besonders aber in Bezug auf Menschen, etwas Vorsicht geboten. Die Fähigkeit zu abstrahieren, die umfassende Nutzung von Werkzeugen und Technik – auch die künstlerische Befähigung – sowie die aktive Gestaltung des Lebensraums gehören unmittelbar zur menschlichen Evolution. Werkzeuggebrauch kommt auch im Tierreich, vor allem bei Gliederfüßern und Wirbeltieren – besonders bei Vögeln und Affen – vor. Die Werkzeuge des Menschen sind aber in der Regel für ihren Gebrauch besonders zugerichtet (Becker, 1993). Auch Zoopharmakognosie – die Selbstmedikation im Tierreich – ist weiter verbreitet als bislang angenommen (Huffman, 2003). Eine plausible Abbildung von allen Szenarien der Medizinevolution dürfte Zoopharmakognosie allein aber nicht bereitstellen. Gleichwohl dürften biologische Annahmen allein kein geeignetes Instrument zur Betrachtung kultureller Szenarien der Menschwerdung darstellen.

Der Naturbegriff oder das *Natürliche* als Symbol kann zudem hermeneutisch beliebig daherkommen. Es wird je nach Bedarf von progressiven oder konservativen Argumentationslagern gleichermaßen bemüht.

Naturwissenschaften dürfen – und sollen – kulturelle Mythen und sich selbst jedoch permanent herausfordern. Versteinerte, liebgeordnete Paradigmen dürfen Leben nicht im Wege stehen. Naturwissenschaften sollten Leben nicht eingrenzen. Aktuelle Antworten aus den Lebenswissenschaften sind aber wichtige Impulse. Sie können Empowerment befördern, indem fremdbestimmte (biologische) Definitionen und tradierte Ausschlüsse hinterfragt werden. Diese können sich durch selbstbestimmte, dynamischere Variablen ersetzen lassen. Reproduktive Selbstbestimmung wirft auch völlig neue ethische Fragestellungen auf. Es lässt ein immenses Potenzial an möglichem, auch rechtlichem Konfliktstoff erahnen.

Leben selbst ist – im besten und spannendsten Sinne des Wortes – magischer als jeder Mythos, Mystery-Thriller oder jedes Wunder. Leben hat seine eigene Magie: die Magie der komplexen Realität.

Diese mag verwundern und erstaunen. Sie kann manchmal auch verunsichernd daherkommen. Lebendig wird es durch das Individuum.

Von Menschen und Mäusen

Immer wieder geistern Schlagzeilen die Rote Biotechnologie und Geschlecht betreffend durch die Medienlandschaft. Rote Biotechnologie, auch medizinische Biotechnologie genannt, umfasst die Bereiche der Biotechnologie, die medizini-

sche Anwendungen zum Ziel haben. Die Farbe Rot symbolisiert dabei das Blut, stellvertretend für den gesamten menschlichen Organismus.

Da werden adulte Stammzellen, die im erwachsenen Menschen vorkommen, zu einem bestimmten Zelltyp umgewandelt und vermehrt, unter anderem zu Eizellen bzw. Spermazellen, ungeachtet des sonstigen geschlechtlichen Phäno- oder Genotyps. Medien berichteten zum Beispiel, dass es japanischen Forschern bei Mäusen erstmals gelungen sei, Stammzellen zu Eizellen heranreifen zu lassen (Hayashi et al., 2016). Mit solcher Technologie ließen sich Reproduktion und Elternwunsch völlig revolutionieren oder sogar völlig unabhängig von der sexuellen Orientierung und der geschlechtlichen Identität gestalten.

Immer eine Schlagzeile wert sind auch Gentherapie oder Genbearbeitungstechnologien (Genome Editing), die es erlauben, genetisches Material an bestimmten Stellen im Genom hinzuzufügen, zu entfernen oder zu verändern. Eine neue Methode ist bekannt als CRISPR/Cas9. Die Abkürzung steht für »clustered regularly interspaced short palindromic repeats«, also kurze palindromische Wiederholungssequenzen. Bei der einfachsten Variante injiziert man RNA in die Zelle, die ein Protein namens Cas9 und eine jeweilige Erkennungssequenz codiert. Eine eingängige Erläuterung zur Funktionsweise von CRISPR/Cas9 für Laien und Nicht-Naturwissenschaftler bietet folgender Internetartikel:

»Wie funktioniert CRISPR/Cas9? [...] Ursprung des Gene Editing ist die Erkenntnis, dass die Cas-Proteine jede beliebige DNA zerschneiden, sofern man ihnen die passende Erkennungs-RNA mitgibt. Mehr macht CRISPR/Cas9 nicht. Nach dem Schnitt verlässt man sich auf die natürlichen Reparaturmechanismen der Zelle, die nun von selbst zum Tragen kommen« (Fischer, 2017).

Es handelt sich um andere Zellen als Ei- und Spermazellen. Die Veränderungen betreffen dann in der Folge unter anderem nur bestimmte Gewebe und würden nicht von einer Generation zur nächsten weitergegeben.

Mäuse sind dem Menschen genetisch nahe, weshalb sie auch in der transgenetischen Forschung gern eingesetzt werden. Aufsehen erregte das Forschungsteam um Veyrunes am Institut des Sciences de l'évolution/CNRS, Montpellier (Veyrunes et al., 2010). Bei den fruchtbaren »weiblichen« Mäusen der afrikanischen, freilebenden Mäusepopulation *Mus minutoides* wurde zu 75 bis 100 Prozent ein sogenannter XY-Karyotyp (männlich determiniert) festgestellt. Die »weiblichen« Mäuse sind genetisch »männlich«. Aus derzeitiger Sicht der Medizin handelt es sich daher um eine DSD-Störung der Geschlechtsentwicklung – vormals XY-Geschlechtsumkehr, nunmehr XY-Gonadendysgenese genannt.

Ähnliches existiert auch beim Menschen. Auf dem 8. Berliner Symposium für Kinder- und Jugendgynäkologie wurde am 19. April 2013 eine *Fallbeschreibung* mit sogenannter kompletter Androgenresistenz (CAIS) mit Persistenz (dauerhafter Beschaffenheit) von Müllerstrukturen wie Uterus und Eierstöcken sowie Regelblutung (Lehmann-Kannt, 2013) auf der Basis von 46,XY und SRY-positiv (»chromosomal männlich«) vorgestellt. Eine Frau mit »männlicher« Genetik oder ein Mann mit »völlig weiblicher« körpergeschlechtlicher Entwicklung? (vgl. Zobel, 2014, 2016)

Die Architektur von geschlechtskörperlichen Strukturen ist vielzähligen Variablen unterworfen, die besonders das Gewebe von Eierstock und Hoden betreffen. Erwähnt seien die SOX-Genfamilie (Prior & Walter, 1996) oder die Aromatase-Gentranskription (Ghosh et al., 2009; Pannetier et al., 2006). Bei Säugetieren ist zwar der vom Y-Chromosom codierte Transkriptionsfaktor SRY in der Regel verantwortlich für die Ausbildung der indifferenten, pluripotenten Keimdrüsenanlagen zu Hoden statt zu Eierstöcken, allerdings kann Hodendifferenzierung auch in seiner Abwesenheit stattfinden. Ein einzelner Faktor, der Transkriptionsregulator FOXL2, ist erforderlich, um die Transdifferenzierung eines ausgebildeten Eierstocks zum Hoden zu verhindern. Die Induktion von FOXL2 kann anscheinend zur sofortigen Hochregulation von hodenspezifischen Genen einschließlich des SRY-kritischen Zielgens SOX9 führen. Übereinstimmend erfolgte die Umprogrammierung der Granulosa- und Thekazelllinien (Eierstock) zu Sertoli und Leydigzelllinien (Hoden) vergleichbar denen von »männlichen« Geschwistern. Die Zellen veränderten also aus sich heraus ihre »weibliche« in eine »männliche« Funktionsweise. Die Ergebnisse der Forschung an Mäusen zeigten auch, dass die Erhaltung des ovariellen Typus (der Eierstöcke) ein lebenslanger aktiver Prozess ist. Der »weibliche« Funktionsmodus wäre also kein passives Standardprogramm neben einem »männlichen aktiven Spezialprogramm« wie vormals lange angenommen (Uhlenhaut et al., 2009).

Bei einigen genetisch »weiblich systematisierten« 46,XX-Menschen mit Hodendeterminierung ist eine SRY-Translokation auf das X-Chromosom beobachtet worden. Allerdings sind nach Untersuchungen die meisten Individuen mit dem »weiblichen« Karyotyp 46,XX als SRY-negativ befunden worden. Damit ist kein bekanntes hodendifferenzierendes, als männlich systematisiertes Gen vorhanden. In den meisten Fällen wird zudem eine typische ovarielle Funktion (auch Menstruation) beobachtet.

Der sogenannte »weibliche« 46,XX-Karyotyp soll bei 60 bis 70 Prozent der Keimdrüsenentwicklung von Ovotestis – den sogenannten *echten Zwittern* – auf-

treten (University of Babylon, 2011; Guerra et al., 1998; Güitrón et al., 1998). Die Ausbildung der Keimdrüsen zu Eierstöcken, Hoden oder Mischformen (Ovotestis) ist nicht monokausal von als weiblich oder männlich attribuierten Karyotypen abhängig bzw. der als männlich attribuierte XY-Karyotyp ist evolutionsbiologisch »jünger« als das Auftreten von »männlichen« spermien erzeugenden Funktionsweisen.

FISH-ing Gene

In Bezug auf Biotechnologien wie CRISPR/Cas9 mag die öffentliche Diskussion manchmal einen interessanten bis hin zu amüsanten Charakter haben. Im Bereich von Geschlecht ist der selbstbestimmt maßgeschneiderte Designerkörper Zukunftsmusik. Wahrscheinlich ist es, dass es den selbstbestimmt maßgeschneiderten Designerkörper per Gentechnik nie geben wird. Aus den Forschungsergebnissen der Bio- und Gentechnologie ergibt sich hier kein wirklich praktischer Nutzen. Die Erwartungen an Ergebnisse zur Beeinflussung komplexer molekulargenetischer Systeme wie das der Geschlechtsdifferenzierung dürften sich als überzogen erweisen.

Die Wissenschaft arbeitet noch daran festzustellen, ob diese Ansätze für den Einsatz an Menschen zum Zweck der Heilung und Vorsorge überhaupt sicher und effektiv bzw. genau genug sind (Fischer, 2017).

Der fremdbestimmt chirurgisch verordnete Standardkörper ist für Menschen mit angeborenen Variationen der körperlichen Geschlechtsmerkmale in vielen Bereichen und vielen Ländern allerdings immer noch Gegenwart.

Im Fall von angeborenen Variationen der körperlichen Geschlechtsmerkmale wird sich der im Gewand der Heilung fremdbestimmt verordnete Musterkörper per Gentechnologie vermutlich als weder wirklich praktikabel noch für Heilung effektiv oder kosteneffizient erweisen. In diesem Zusammenhang stellt sich aber die Verhinderung von Nicht-Standardkörpern per Bio- und Gentechnologie die gegenwärtige wie zukünftige Situation betreffend anders dar.

Es sei hier angemerkt, dass genetische Präimplantationsdiagnostik (PID oder PIDD) zunächst nur als Ergänzung zur assistierten Reproduktionstechnologie begann. Genetisches Präimplantations-Screening (PGS) bezeichnet Verfahren, die nicht nach einer bestimmten Krankheit suchen, sondern eben PID-Techniken verwenden, um Embryonen mit einem sogenannten Risiko zu identifizieren.

Molekulargenetische Analyse per PCR-basierten Methoden (Polymerase-Kettenreaktion) findet allgemein Anwendung bei der Suche nach monogeneti-

schen Störungen, die durch einen Defekt in einem einzelnen Gen (= *mono-gen*) hervorgerufen werden.

FISH bezieht sich auf die Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung, eine effektive Reihe von Techniken, die Forscher verwenden, um die Positionen von Genen auf Chromosomen zu identifizieren. M-FISH identifiziert alle Chromosomen oder Chromosomenarme auf einmal, während M-BAND die verschiedenen Regionen eines einzelnen Chromosoms identifiziert.

Transkriptom- und Genexpressionsanalysen haben mittlerweile sogar die genetische Transkriptionsaktivität – die Analyse der Codierung bzw. Nicht-Codierung – zum Ziel. Dabei erfolgt entweder Konzentration auf eine Teilmenge relevanter Zielgene und Transkriptome oder auf Profilierung von Tausenden von Genen gleichzeitig, um ein globales Bild der Zellfunktion zu erstellen. Genexpressionsanalysen können einen »Schnappschuss« von aktiv exprimierten Genen und Transkriptomen unter verschiedenen Bedingungen liefern. Die Transkriptomanalyse durch RNA-Sequenzierung (RNA-Seq) ermöglicht die Untersuchung eines Transkriptoms mit unübertroffener Auflösung.

Einheitliche Bestimmungen zum Schutz von Embryonen gibt es weder auf EU-Ebene noch in Bezug auf Schutz und Forschung auf internationaler Ebene, wobei der Technologietransfer keine Grenzen kennt – selbst zwischen Ländern mit relativ rigiden Schutzbestimmungen wie Deutschland und solchen Ländern, welche über keine maßgeblichen bzw. stringenten Schutzbestimmungen verfügen. Einige nationale Behörden, sogar die britische Behörde für menschliche Befruchtung und Embryologie (UK Human Fertilization and Embryology Authority), führen Listen von Konditionen, für die PID zulässig ist, einschließlich der meisten intersexuellen Konditionen laut DSD-Terminologie wie 5-Alpha-Reduktase-Mangel, Androgen-Insensivitätssyndrom, kongenitale Nebennierenhyperplasie (CAH/AGS), 46,XY-Geschlechtssumkehr bzw. 46,XY-Gonadendysgenesie oder Gonadenmosaik.

Dabei ist es unerheblich, ob diese »Konditionen« nun *Disorders of Sex Development* (Störungen der Geschlechtsentwicklung) oder *Differences of Sex Development* (Unterschiede der Geschlechtsentwicklung) genannt werden.

Fazit

Es fehlt nicht nur die längst überfällige Thematisierung der Bedeutung von Biotechnologie und Pränataldiagnostik für Menschen mit angeborenen Variationen der körperlichen Geschlechtsmerkmale. Die personenstandsrechtliche Debatte

um die dritte Option und Diskussionen in »LGBTTIQ-Nischen« reichen nicht aus.

Es fehlen für die meisten medizinischen Indikationen entsprechende Beratungsangebote. Die ethisch legitimierten Ansprüche von Eltern und »Patienten« bleiben unerfüllt. Es fehlen Strukturen, die eine nachhaltige Entwicklung, Evaluation und Implementierung hochwertiger Entscheidungshilfen und Beratungsangebote ermöglichen.

Leben, das bedeutet komplexe Realität, komplexe Wechselwirkungen und Potenzialitäten. Leben selbst mag magischer als jeder Mythos, Mystery-Thriller oder jedes Wunder sein. Damit Bio- und Gentechnologie für manche Menschen bzw. Kinder mit angeborenen Variationen der körperlichen Geschlechtsmerkmale aber nicht zum »Crime Mystery« wird, darf die notwendige Thematisierung nicht weiter ausbleiben.

Literatur

- Becker, P.R. (1993). *Werkzeuggebrauch im Tierreich*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Fischer, L. (2017). Wie funktioniert CRISPR/Cas9? Die 5 wichtigsten Fragen zu CRISPR/Cas9. <https://www.spektrum.de/wissen/wie-funktioniert-crispr-cas9/1441060> (18.07.2018).
- Ghosh, D., Griswold, J., Erman, M. & Pangborn, W. (2009). Structural basis for androgen specificity and oestrogen synthesis in human aromatase. *Nature*, *457*, 219–223.
- Guerra jr., G., Palandi de Mello, M., Assumpcao, J. G., Morcillo, A. M., de Lemos Marini, S. H. V., Silva, R. B. P. E., Marques-de-Faria, A. P. & Marciel-Guerra, A. T. (1998). True Hermaphroditism in the Southeastern Region of Brazil: A Different Cytogenetic and Gonadal Profile. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, *11*(4), 519–524.
- Güitrón, A., Forsbach, G., González, J. M., Garza, J. G., Vásquez, J. & Espinoza, G. (1998). True hermaphroditism with bilateral ovotestis. *Ginecología y obstetricia de México*, *66*, 21–30.
- Haldane, J. B. S. (1928). *Possible Worlds and Other Essays*. London: Harper and Brothers.
- Haldane, J. B. S. & Dronamraju, K. R. (1963). Book Reviews. *Journal of Genetics*, *58*, 450–464.
- Hayashi, K., Hikabe, O., Hamazaki, N., Nagamatsu, G., Shimamoto, S. & Hamada, N. (2016). Oocyte production from mouse pluripotent stem cells in culture. Department of Stem Cell Biology and Medicine, Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University, Japan (October 19, 2016). DOI: 10.1038/protex.2016.065
- Huffman, M. A. (2003). Animal self-medication and ethno-medicine: exploration and exploitation of the medicinal properties of plants. *Proc Nutr Soc.*, *62*(2), 371–381.
- Lehmann-Kannt, S. (2013). Komplette Androgenresistenz (CAIS) mit Persistenz von Müllerstrukturen und Menses. Vortrag auf dem 8. Berliner Symposium für Kinder- und Jugendgynäkologie. http://www.kindergynaekologie.de/fileadmin/user_upload/8_berlin_symp_2013.pdf (18.07.2018).

- Malta Act – Preca, M.-L. Coleiro (2015). ACT No. XI of 2015. Act for the recognition and registration of the gender of a person and to regulate the effects of such a change, as well as the recognition and protection of the sex characteristics of a person. <http://justiceservices.gov.mt/DownloadDocument.aspx?app=lp&itemid=26805&l=1> (18.07.2018).
- Pannetier, M., Fabre, S., Batista, F., Kocer, A., Renault, L., Jolivet, G., Mandon-Pépin, B., Cotinot, C., Veitia, R. & Palihoux, E. (2006). FOXL2 activates P450 aromatase gene transcription: towards a better characterization of the early steps of mammalian ovarian development. *Journal of Molecular Endocrinology*, 36,,399–413.
- Prior, H. M. & Walter, M. A. (1996). SOX genes: architects of development. *Molecular Medicine*, 4, 405–412.
- Uhlenhaut, N. H., Jakob, S., Anlag, K., Eisenberger, T., Sekido, R., Kress, J., Treier, A. C., Klugmann, C., Klasen, C., Holter, N. I., Riethmacher, D., Schütz, G., Cooney, A. J., Lovell-Badge, R. & Treier, M. (2009). Somatic sex reprogramming of adult ovaries to testes by FOXL2 ablation. *Cell*, 139(6), 1130–1142.
- UK Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA). PGD conditions licensed by the HFEA. UK Government independent regulator overseeing fertility treatment and research. Next Review date: 14 May 2020. <https://www.hfea.gov.uk/pgd-conditions/> (18.07.2018).
- University of Babylon, Iraq. College of Medicine (2011). Ovotestis. http://www.uobabylon.edu.iq/uobcoleges/fileshare/articles/201142142_3_939.pdf (18.07.2018).
- Veyrunes, F., Chevret, P., Catalan, J., Castiglia, R., Watson, J., Dobigny, G., Robinson, T. J. & Britton-Davidian, J. (2010). A novel sex determination system in a close relative of the house mouse. *Proceedings of the Royal Society B*, 277(1684), 1049–1059.
- Zobel, S. (2014). Intergeschlechtlichkeiten – eigene Realitäten, eigene Normen. In E. Schneider & C. Baltes-Löhr (Hrsg.), *Normierte Kinder. Effekte der Geschlechternormativität auf Kindheit und Adoleszenz* (S. 227–247). Bielefeld: transcript.
- Zobel, S. (2016). Intering of bodies and die Konsequenzen: Naturwissenschaften, Medizinethik, persönliche Rechte im Spannungsfeld. In M. Schochow, S. Gehrman & F. Steger (Hrsg.), *Inter* und Trans*identitäten : Ethische, soziale und juristische Aspekte* (S. 81–101). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Der Autor

Simon Zobel, Diplom-Ingenieur Lebenswissenschaften, ist langjähriger Referent, Autor und Advokat für körperliche Integrität. Er studierte Biologie und Ingenieurwesen an der Universität von Paris, Frankreich, hat angewandte Wissenschaften in Paris gelehrt sowie in Frankreich und Deutschland als Ingenieur gearbeitet. Fokus sind Grenz- und Konfliktbereiche von (sozialen) Mythenologien und Naturwissenschaften. Das besondere wissenschaftliche wie persönliche Interesse gilt dem Thema Geschlecht und körpergeschlechtliche Varianten.



Alexander Naß, Silvia Rentzsch, Johanna Rödenbeck, Monika Deinbeck (Hg.)

Geschlechtliche Vielfalt (er)leben **Trans*- und Intergeschlechtlichkeit in Kindheit, Adoleszenz und** **jungem Erwachsenenalter**



2016 · 149 Seiten · Broschur
ISBN 978-3-8379-2597-5

Mit der Thematik Trans*- und Intergeschlechtlichkeit im Kindes- und jungen Erwachsenenalter beschäftigen sich die Autor*innen des vorliegenden Buches aus interdisziplinärer und multidimensionaler Perspektive. Die Beiträge sollen insbesondere pädagogischem und psychologischem Fachpersonal eine Handreichung beim Umgang mit inter- und trans*geschlechtlichen Kindern und Jugendlichen sein und unter anderem dabei helfen, deren spezifische Bedürfnisse, Interessen und Gefühlslagen besser zu verstehen.

Über aktuelle Wandlungsprozesse und Forschungsergebnisse aus diesem Bereich informieren Vertreter*innen aus Psychologie, Soziologie, Biologie und Rechtswissenschaft. Sie alle streben eine differenzierte Informiertheit der Leser*innen an, um den wertschätzenden Umgang mit inter- und trans*geschlechtlichen Personen weiter zu fördern.

Mit Beiträgen von Ulrich Klocke, Emily Laing, Alexander Naß, Eike Richter, Kurt Seikowski, Heinz-Jürgen Voß und Simon Zobel

Heinz-Jürgen Voß (Hg.)

Die Idee der Homosexualität musikalisieren Zur Aktualität von Guy Hocquenghem



2018 · 128 Seiten · Broschur
ISBN 978-3-8379-2783-2

Guy Hocquenghems Essay *Das homosexuelle Verlangen* kann »als erstes Beispiel für das gelten, was heute Queer Theory heißt«, schrieb Douglas Crimp im Klappentext einer US-amerikanischen Neuausgabe dieses Buches. Der französische Aktivist und Theoretiker, Journalist und Romancier prägte in den 1970er und

1980er Jahren die Geschichte der radikalen Schwulenbewegung nicht nur seines Landes, sondern auch der alten Bundesrepublik mit.

Während das Interesse an Hocquenghem in Frankreich und den USA wieder wächst, wird er im deutschsprachigen Raum heute kaum noch rezipiert. Doch die Lektüre lohnt sich, denn sie bietet Perspektiven, sexuelle Orientierung nicht starr, sondern »offen« und prozesshaft zu denken – eben »musikalisch«: Auch ein Ton tritt nur in Erscheinung, wenn er seine ganze Amplitude ausschöpft. 2018, fünfzig Jahre nach der sogenannten sexuellen Revolution und zum 30. Todestag von Guy Hocquenghem, unternehmen es die Autoren, aktuelle identitäts- und rassistuskritische queere Positionen mit diesem Denker in Diskussion zu bringen.

Mit Beiträgen von Guy Hocquenghem (übersetzt von Salih Alexander Wolter), Rüdiger Lautmann, Norbert Reck und Heinz-Jürgen Voß



Nach wie vor stehen trans* und intergeschlechtliche Menschen in ihrem Lebensalltag vor vielfältigen Formen der Ausgrenzung und Diskriminierung. In den vergangenen Jahren haben sie es jedoch geschafft, Empowerment-Strukturen zu initiieren, die es ihnen ermöglicht haben, in unterschiedlichen Gremien und Initiativen aktiv zu werden und diese mit ihrer Sichtweise zu bereichern, in denen zuvor nur über sie gesprochen und entschieden wurde. Auch die Politik beginnt langsam Impulse aufzunehmen.

Zu den gesellschaftlichen Wandlungsprozessen bieten die Autor*innen

detaillierte Informationen über neue (Peer-)Beratungsstrukturen, Handlungsbedarfe in Kinder- und Jugendhilfe, Erfordernisse in Medizin und Pflege, aber auch Diskussionen gesellschaftlicher und biologischer Aspekte von Intergeschlechtlichkeit und Berichte über Empfehlungen junger trans* Menschen in Bezug auf ihre Lebenssituation.

Mit Beiträgen von T. Amelung, A. Hahne, J. Hamm, M. Katzer, A. Kiel, J. Linde-Kleiner, E. Meyer, A. T. Sauer, K. Schumann, K* Stern, I. C. Weiß und S. Zobel

Alexander Naß, Dipl.-Soz., promoviert zu Partnerschaftskonstellationen und Körperdysphorien von trans* Menschen und ist stellvertretender Vorstandsvorsitzender bei »Trans-Inter-Aktiv in Mitteldeutschland e.V.« (TIAM e.V.).

Silvia Rentzsch hat im Jahr 2010 die »SHG Trans – Identität Zwickau« gegründet. Sie ist Vorsitzende des Vereins TIAM e.V.

Johanna Rödenbeck, Dipl.-Ing., ist Geschäftsführerin einer Maschinenbau-firma und engagiert sich als **Vorstandsmitglied** bei TIAM e.V.

Monika Deinbeck arbeitet als freiberufliche IT-Trainerin und Software-Entwicklerin. Sie ist stellvertretende Vorstandsvorsitzende von TIAM e.V.

Melanie Hartmann ist gelernte Zerspanungstechnikerin, **Vorstandsmitglied** bei TIAM e.V. und leitet die Arbeitsgruppe **Peer-Beratung**.

