

Transsexualität

Maurice Robert Reifegerste

veröffentlicht unter den socialnet Materialien

Publikationsdatum: 29.09.2015

URL: <http://www.socialnet.de/materialien/26409.php>

Transsexualität

Bachelorarbeit zur Abschlussprüfung
an der Hochschule Darmstadt,
Fachbereich Gesellschaftswissenschaften und Soziale Arbeit

vorgelegt von:

Maurice Robert Reifegerste

Matrikel-Nr.: 731764

Erstreferentin: Prof. Dr. Angelika Groterath

Zweitreferentin: Prof. Dr. Lisa Niederreiter

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Fakten zum Thema Trans*	5
2.1 Ein Phänomen - viele Namen	5
2.2 Was macht einen Trans*menschen aus?	7
2.3 Trans* in anderen Kulturkreisen	7
2.4 Ursachen von Trans*	8
2.5 Epidemiologie	9
2.6 Geschichtliche Entwicklung des Phänomen Trans*	11
3. Die medizinische Sichtweise auf Trans*	15
3.1 Diagnostik	15
3.1.1 Die Diagnoseschlüssel	15
3.1.1.1 Der ICD	15
3.1.1.2 Der DSM	17
3.1.2 Trans* in der Diagnostik	18
3.2 Der Behandlungsablauf	19
3.2.1 Die diagnostische Phase	21
3.2.2 Der 'Alltagstest'	21
3.2.3 Körpermedizinische Maßnahmen	22
3.2.3.1 Die Hormonbehandlung	22
3.2.3.2 Chirurgische Behandlungsmaßnahmen	23
3.2.3.3 Angebote weiterer somatischer Fächer	26
3.2.4 Psychotherapeutische Maßnahmen	26
3.2.5 Die Vornamens- und Personenstandsänderung	27
3.2.6 Die Nachbetreuung	27
4. Rechtliche Aspekte	29
4.1 Trans*gesetzgebung im Laufe der Zeit	29
4.2 Internationale und nationale Gesetzgebung	29
4.2.1 Internationale Gesetzgebung	29
4.2.2 Nationale Gesetzgebung	30
4.2.2.1 Die rechtliche Situation In Deutschland, Österreich	

und der Schweiz	30
4.2.2.2 Das deutsche Transsexuellengesetz (TSG)	31
4.2.2.3 Grundgesetz (GG), Allgemeines Gleichbehandlungs- gesetz (AGG) und Sozialgesetzgebung in Deutschland	33
4.3 Rechtlicher Umgang mit Geschlechtervielfalt	34
5. Trans*menschen und ihre Umwelt	35
5.1 Allgemeine Problemfelder während des Transitionsprozesses	35
5.1.1 Die Bedeutung des sozialen Umfelds	35
5.1.2 Der Coming-out-Prozess	35
5.1.3 Die familiären und partnerschaftlichen Beziehungen	36
5.1.4 Erwartungen an das eigene Trans*sein	39
5.1.5 Berufsleben und Finanzen	40
5.2 Being Trans in the European Union	41
5.3 Diskriminierung	43
5.4 Formen und Ursachen der Diskriminierung von Trans*menschen ...	44
5.5 Gesellschaftliche Potentiale der Trans*thematik	46
6. Hilfen für Betroffene	47
6.1 Hilfen der Professionellen	47
6.2 Selbsthilfe der Betroffenen	49
6.2.1 Die Rolle der Selbsthilfegruppen	49
6.2.2 Die emanzipatorische Arbeit	51
6.2.3 Kooperationen	52
6.3 Trans*organisationen	53
6.4 Die Rolle der Sozialen Arbeit im Umgang mit Trans*	55
7. Fazit	58
Literaturverzeichnis	64

1. Einleitung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem Phänomen, das den meisten Menschen unter dem Begriff der Transsexualität bzw. des Transsexualismus bekannt ist. Vor allem in den letzten Jahrzehnten ist seine Betrachtungsweise jedoch einem starken Wandel ausgesetzt gewesen und mit diesem haben sich auch die dafür verwendeten Begrifflichkeiten geändert. Zwar wird in der Medizin teilweise immer noch von Transsexualität bzw. Transsexualismus gesprochen (so lautet die Diagnose im aktuellen ICD), teilweise wird als Begrifflichkeit jedoch schon die mittlerweile modernere Bezeichnung der Geschlechtsdysphorie benutzt (wie in der aktuellen Version des DSM). Und dies ist nur die medizinische Betrachtungsweise eines Phänomens, das so einer gewissen Pathologisierung unterworfen ist, die den davon betroffenen Menschen selbst widerstrebt. Diese verfügen über diverse eigene Begriffe für ihre Veranlagung. Am geläufigsten dürfte hier die Bezeichnung Transgender bzw. Transgenderperson sein. Die Tendenz geht jedoch teilweise dahin, 'Gender' bzw. 'Genderperson' gänzlich fallen zu lassen und einfach nur von Trans* zu sprechen. Das Sternchen steht hierbei als Platzhalter für all die möglichen Bezeichnungen, die Betroffene sich selbst oder die Umwelt ihnen zu geben vermögen. Zudem fasst Trans* den Personenkreis sehr weit, so dass sich alle von dem Phänomen Betroffenen in dieser Bezeichnung wiederfinden können (Rauchfleisch 2014, 14-27). Um dieser Aktualität und Komplexität Rechnung zu tragen und einer Pathologisierung der Betroffenen entgegen zu wirken, möchte ich im Folgenden statt der Bezeichnung Transsexualität/ Transsexuelle den Begriff Trans* bzw. Trans*person/ -mensch und nur im medizinischen Kontext die dort gleichrangigen geläufigen Bezeichnungen Transsexualität und Geschlechtsdysphorie verwenden.

Da es "die transsexuelle Persönlichkeit nicht gibt", wie es Udo Rauchfleisch formuliert, sondern das Trans*erleben nur eine Facette eines vielschichtigen und individuellen Charakters darstellt, ist es zum einen wichtig, Trans* einer Stigmatisierung zu entziehen und sich zum anderen darüber bewusst zu sein, dass Trans*empfinden für jeden einzelnen Trans*menschen zu einem gewissen Teil auch etwas anderes bedeuten kann. Allen Trans* gemein ist das Gefühl des

Unbehagens im Geburtsgeschlecht bzw. des Empfinden, nicht völlig dem eigenen biologischen Geschlecht anzugehören und der Wunsch, jenseits dessen die eigene Identität zu finden und soziale Rolle einzunehmen. Zumeist bedeutet dies den Wunsch, in der Rolle des Gegengeschlechts leben zu können und in dieser von der Gesellschaft anerkannt zu werden. Bei den meisten Trans*menschen besteht zudem das Bedürfnis nach einer optischen körperlichen Angleichung an das Wunschgeschlecht. Viele greifen hierfür zu medizinischen Behandlungsmaßnahmen bei den darauf spezialisierten Fachdisziplinen, aber bei weitem nicht alle unterziehen sich hormonellen oder chirurgischen Eingriffen. (Rauchfleisch 2014, 7 ff.)

Diverse Aspekte sind mit der Thematik Trans* verknüpft. Sie besitzt u.a. eine ethische, eine medizinische, eine rechtliche und eine psychosoziale Komponente. Zudem hat sich gerade in den letzten Jahrzehnten sehr viel für Trans*menschen geändert. Erst seit neuerer Zeit ist Trans* in das öffentliche Bewusstsein der westlichen Gesellschaften gerückt und nach jahrelanger Ausgrenzung von Trans* und Leugnung oder Ächtung des Phänomens haben es Trans*menschen geschafft bzw. sind noch dabei, für die eigenen Rechte und gesellschaftliche Toleranz, vor allem auch echte Akzeptanz, zu kämpfen (Güldenring 2014, 138 f., 142-153). Aufgrund der Aktualität des Themas und der stetigen Neuerungen in rechtlicher, medizinischer und gesellschaftlicher Hinsicht besteht noch ein Mangel an aktueller Fachliteratur. Gerade auch in Bezug auf die Rolle der Sozialen Arbeit in der Arbeit mit Trans*menschen, die für diese ein bisher relativ unerschlossenes Klientel darstellen, existiert so gut wie keine spezifische Literatur. Die vorliegende Arbeit möchte daher einen Überblick bieten über das weite Feld von Trans*(sexualität) und dabei seine wichtigsten Aspekte kurz anreißen. Daher ist es ihr nicht immer möglich, einzelne Themenbereiche bis ins Detail auszuarbeiten, da dies den vorgegebenen Seitenumfang bei weitem sprengen würde.

Kapitel 2 beschäftigt sich mit allgemeinen Fakten zum Thema Trans*. Es geht ein auf wichtige Definitionen und Selbstverortungen der Betroffenen, greift auf, was es bedeutet, Trans* zu sein, beschäftigt sich mit der Frage nach den Ursachen von Transsexualität/ Geschlechtsdysphorie, geht ein auf epidemiologische Beobachtungen und gibt einen kurzen Überblick über die geschichtliche Entwicklung des Phänomens.

Kapitel 3 behandelt die medizinischen Aspekte der Transsexualität/ Geschlechtsdysphorie. Es beschäftigt sich mit der Diagnostik und beschreibt die Verortung in den gängigen Diagnoseschlüsseln. Im Anschluss werden der Transitionsprozess und die einzelnen dort möglichen Schritte genauer erläutert.

Kapitel 4 befasst sich mit den rechtlichen Aspekten, die sich auf das Thema Trans* beziehen. Der Fokus liegt hierbei auf der deutschen Gesetzgebung; aber auch der rechtliche Umgang mit Trans*personen in anderen Ländern wird aufgegriffen.

Kapitel 5 beschreibt die Situation von Trans*menschen im Kontakt mit der sie umgebenden Umwelt. Es geht ein auf deren Reaktionen und den Konsequenzen, die sich hieraus für Trans* ergeben. Auch die Alltagsprobleme, die sich im Laufe des Transitionsprozesses ergeben, werden erörtert. Zudem werden gesellschaftliche Norm- und Wertevorstellungen kritisch unter die Lupe genommen.

Kapitel 6 beschäftigt sich mit den Hilfen, die Betroffene in Anspruch nehmen können. Dabei werden professionelle Angebote als auch Möglichkeiten der Selbsthilfe genauer beleuchtet. Einige Trans*organisationen werden exemplarisch vorgestellt und die Rolle der Sozialen Arbeit im Kontext Trans* erläutert.

Zum Schluss folgt ein kurzes Fazit mit einer Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse und einer kritischen Auseinandersetzung.

Gerade in einer Arbeit, die sich der Genderthematik annimmt, sollte der Einhaltung einer gendergerechten Schreibweise eine wichtige Bedeutung zukommen, um nicht eine Geschlechtsgruppe durch Nicht-Erwähnung auszuklammern. Bei der Thematik Trans*(sexualität) erweist sich dies insofern als schwierig, als hier deutlich wird, dass es in Wirklichkeit viel mehr als die beiden gängigen Geschlechterschubladen 'männlich' und 'weiblich' gibt, sondern auch ein vielfältiges 'Dazwischen' existiert. Als Möglichkeit, auch diejenigen zu erfassen, die ihre Identität jenseits der Geschlechterbinarität ansiedeln, erscheinen mir die Varianten des 'Gender-Gap' und des 'Gender-Sternchens' am besten geeignet. Sowohl Lücke (Gap) als auch Sternchen fungieren hierbei als Platzhalter für all das, was zwischen 'männlich' und 'weiblich' liegen bzw. darüber hinausgehen könnte. Es existieren zudem geschlechtsneutrale Personalpronomina, deren Durchsetzung im allgemeinen Sprachgebrauch sicherlich eine interessante und fortschrittliche Alternative wäre. Jedoch ist deren Anwendung gewöhnungsbedürftig. Um die bessere Lesbarkeit zu gewährleisten, soll daher auf diese verzichtet werden und im Folgenden nun der 'Gender-Gap' Verwendung finden.

2. Fakten zum Thema Trans*

2.1 Ein Phänomen - viele Namen

Das Phänomen Trans* ist einem steten Wandel unterworfen. Auch dessen Bezeichnung änderte sich wiederholt im Laufe der letzten Jahre. Heute existiert eine Vielzahl von Begriffen, die versuchen, dem Phänomen einen Namen zu geben. Viele von ihnen existieren parallel nebeneinander. Etliche von ihnen werden mittlerweile bereits wieder als veraltet angesehen und sind von neueren Formen abgelöst worden. Dieser Wandel ist jedoch nicht konsequent umgesetzt worden. So existiert weiterhin viel Unwissen über Trans* und dass das Phänomen unter wechselnden Namen in Erscheinung tritt, trägt zu zusätzlicher Verwirrung bei (Rauchfleisch 2014, 12 ff., 17 ff.).

Zu unterscheiden sind grundsätzlich zwei Sichtweisen: die medizinische und die auf das persönliche Erleben abzielende der betroffenen Personen selbst. Da Trans*, als es in das öffentliche Interesse rückte, von den Medizinern als krankhaft pathologisiert wurde (ansonsten würde es nicht in den Diagnose-schlüsseln auftauchen), wurden medizinische Fachbegriffe zur Beschreibung dieser "Krankheit" gefunden. Die Betroffenen selbst distanzieren sich im Laufe der Zeit mit aufkeimendem Selbstbewusstsein von den Krankheitszuschreibungen der Außenwelt und den dazugehörigen medizinischen Bezeichnungen für ihren Zustand und versuchten, eigene Begriffe hierfür zu finden. Heutzutage existiert eine Fülle von Selbstbezeichnungen/-Verortungen, die beschreiben, als was und wie sich die Betroffenen empfinden (Güldenring 2014, 142-149, 169).

Lange Zeit war das Phänomen – und ist es größtenteils bis heute noch, obwohl eigentlich veraltet – in der Fachwelt und Öffentlichkeit als Transsexualität bekannt. Man sprach und spricht von Transsexualismus. Als "Frau-zu-Mann-Transsexuelle" wurden Personen bezeichnet, deren biologisches Geschlecht weiblich und deren gefühltes/gelebtes Geschlecht männlich war. Umgekehrt wurden biologische Männer, die sich dem weiblichen Geschlecht zugehörig fühlten, als "Mann-zu-Frau-Transsexuelle" bezeichnet. Man muss sich darüber im Klaren sein, dass Transsexualität nichts mit der sexuellen Orientierung/ der Sexualpräferenz zu tun hat. Sie reiht sich demnach nicht ein in die Gruppe der Hetero-, Homo- und Bisexualität, bei denen es sich um die Ausrichtung des

sexuellen Begehrens auf das eigene oder das Gegengeschlecht handelt. Es geht ihr allein um das Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit, das vom biologischen Geschlecht abzuweichen vermag. Daher wurde der Begriff Transsexualität durch den der Transidentität abgelöst, der verdeutlicht, dass es bei dem Phänomen um die Geschlechtsidentität der Betroffenen geht (Rauchfleisch 2014, 12 ff.). Später wurde auch der Begriff Transidentität durch den des Transgender abgelöst, der das zuvor eng gefasste Feld derart erweiterte, dass sich alle Betroffenen in ihm wiederfinden konnten. Während die Bezeichnung Transsexualität zumeist den Wunsch der Angleichung des biologischen an das gefühlte Geschlecht voraussetzte, lässt der Begriff Transgender Raum für alle, die sich mit ihrem Geburtsgeschlecht nicht zu identifizieren vermögen – ganz gleich, ob sie eine medizinische Angleichung anstreben oder nicht – und schafft Möglichkeiten für vielfältige neue (Er-)Lebensformen (Pfäfflin 2014, 56). Heutzutage wird selbst die Endung Gender häufig weggelassen und stattdessen von Trans*Menschen/ Trans*menschen bzw. Trans*Personen/ Trans*personen oder gar einfach nur Trans* gesprochen. Aus "Frau-zu-Mann-Transsexuellen" wurden "Trans*Männer"/ "Trans*männer" und aus "Mann-zu-Frau-Transsexuellen" "Trans*Frauen"/ "Trans*frauen". Die neue Formulierung trägt den Forderungen der Betroffenen Rechnung, die die erlebte Identität in den Vordergrund stellen und sich dem Geburtsgeschlecht nie zugehörig fühlten (Rauchfleisch 12 ff.). Befragt man Betroffene zu ihren Selbstbezeichnungen bzw. ihrer Genderverortung, fallen diese sehr variabel, kreativ und vielfältig aus. Das Ergebnis einer Umfrage unter Teilnehmern einer Trans*tagung 2009 in München beispielsweise, brachte 33 unterschiedliche Genderbezeichnungen zu Tage. Unter den Benennungen fanden sich beispielsweise Bezeichnungen wie 'Biomann', 'eher männlich', 'gender queere Cis Frau', 'ehemals transsexuell', 'Lesbe im Männerkörper' oder 'Intersex' (Güldenring 2014, 169). "Offenbar geht es um 'trans' als 'darüber hinaus'" (ebd. 169). Das Gegenteil zu den Trans*- stellen die Cis-Menschen dar, jener große Teil der Bevölkerung, der sich seinem biologischen (Geburts-) Geschlecht zugehörig fühlt (Rauchfleisch 2014, 14). Zudem muss Trans* von der Intersexualität unterschieden werden, bei der das biologische (Geburts-) Geschlecht nicht eindeutig zuordbar ist (Czollek, Perko, Weinbach 2009, 38). Der Transvestitismus lässt sich als eine der vielen Unterkategorien von

Transgender auffassen und umfasst seinerseits Cross-Dresser, Drag Queens und Drag Kings. Diese zeichnen sich dadurch aus, dass sie kurzzeitig in die Rolle des anderen Geschlechts schlüpfen (Rauchfleisch 2014, 26) oder typische Geschlechtsrollen inszenieren und parodieren (Czollek, Perko, Weinbach 2009, 39).

2.2 Was macht einen Trans*menschen aus?

Udo Rauchfleisch betont, "dass es '*die* transsexuelle Persönlichkeit' nicht gibt" (Rauchfleisch 2014, 7). Der Psychoanalytiker mit jahrzehntelanger Erfahrung im Bereich der Versorgung von Trans*Menschen kommt zu dem Schluss, dass es sich beim Transsexualismus um eine Normvariante und keine pathologische Erkrankung handelt. Zwar kommen auch bei Trans*menschen psychische Erkrankungen vor, die Transsexualität an sich ist jedoch nicht krankhaft. Vielmehr können sich psychische Erkrankungen sekundär aus den durch die Transsexualität bedingten belastenden Lebensumständen ergeben. Jedoch auch andere psychische Erkrankungen seien wie bei jedem Cis Menschen möglich. Trans* sind in ihrer Persönlichkeit so facettenreich wie Cis-Menschen. Die Charaktere und Lebensschicksale sind höchst unterschiedlich. Allen gemeinsam ist, dass sie sich ihrem biologischen, ihrem Geburtsgeschlecht nicht zugehörig fühlen. (ebd. 7 ff.)

2.3 Trans* in anderen Kulturkreisen

Trans* ist kein Phänomen der Moderne, das erst in neuerer Zeit entstanden ist und auch kein Phänomen des westlichen Kulturkreises. Zwar ist das Thema erst in den letzten Jahrzehnten mehr und mehr in den Fokus des öffentlichen Interesses gerückt (Krege 2014, 137). Es ist jedoch als sicher anzunehmen, dass es schon immer Trans* gegeben hat und in dies in allen Erscheinungsformen (Born 2014, 184). Wir wissen, dass in anderen Kulturkreisen Menschen in der uns heute als Trans* bekannten Art und Weise ihren festen Platz hatten (Rauchfleisch 2014, 15) – auch zu Zeiten, in denen Trans* in der westlichen Gesellschaft öffentlich weithin unbekannt war und als Perversion angesehen wurde (Wilhelm 2007, 7). In den meisten dieser Kulturkreise hatten Trans* einen

Sonderstatus. Dieser war nicht immer positiv belegt. Es gab jedoch, wie wir wissen, auch Gesellschaften, in denen Trans* Wertschätzung und Respekt entgegen gebracht wurde, wie beispielsweise den Two-Spirit-Peoples der indigenen Urbevölkerung des nordamerikanischen Kontinents. In manchen Kulturen ist der Geschlechtsrollenwechsel sogar sehr verbreitet, beispielsweise bei den indischen Hijra mit ihrer meist nicht eindeutig zuordbaren Geschlechtsidentität, den Katoy in Thailand, den Fakaleiti aus Tonga oder den mexikanischen Berdachen der Zuni, die fest in das religiöse und kulturelle Leben mit eingebunden sind (Rauchfleisch 2014, 15).

2.4 Ursachen von Trans*

Die Ursachen für das Phänomen Trans* sind nach wie vor ungeklärt. Zwar gibt es viele Hypothesen, die jedoch nicht verifiziert werden konnten. Daher bleiben alle Erklärungsversuche spekulativ.

Ein Grundsatzproblem bleibt die Fragestellung, ob es sich bei Trans* um eine krankhafte Form der Geschlechtsidentität handelt oder um eine non-pathologische Normvariante. Heutzutage geht die Tendenz der Betrachtungsweise von Trans* in Richtung der Normvariante. Doch war dies nicht immer so. In den 1970ern und 1980ern wurden Trans*personen so gut wie immer Diagnosen anderer psychischer Erkrankungen auferlegt. Besonders häufig wurde bei ihnen eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Oft wurden Trans* dem psychotischen Formenkreis zugeordnet. Man sprach von einem "Wahn, dem anderen Geschlecht anzugehören", was für eine Einordnung im schizophrenen Formenkreis spräche. "So versteht Volkan (2004) den 'Transsexualismus' denn auch als Ausdruck eines 'infantilen psychotischen Selbst'" (ebd. 22). Rauchfleisch gibt zu bedenken, dass die Ähnlichkeit von Trans* mit Wahnerleben tatsächlich nicht gänzlich von der Hand zu weisen sei. Jedoch würde eine derartige Betrachtungsweise weder das Phänomen erklären noch Trans* weiterhelfen, sondern durch eine Pathologisierung den Zugang zu den Betroffenen nur weiter verbauen. Der Auffassung von Trans* als Geschlechtsidentitätsstörung liegt "eine Störung in der Entwicklung der Kerngeschlechtsidentität" (ebd. 23) zugrunde. Mit der Kerngeschlechtsidentität ist im Wesentlichen das Gefühl und Verständnis eines Menschen dafür gemeint,

seinem biologischen Geschlecht nach entweder männlich oder weiblich zu sein.

Als psychodynamische Ursachen hierfür werden folgende Möglichkeiten in Betracht gezogen:

der (oft unbewusste, zum Teil aber direkt ausagierte) Wunsch der Eltern, ein Kind des anderen Geschlechts zu haben; das eher "weibliche" Aussehen und Verhalten der späteren Trans*Frau und das eher "männliche" Aussehen und Verhalten des späteren Trans*Mannes; die (unbewusste) Tendenz eines Elternteils, das Kind dem anderen Geschlecht zuzuweisen, um damit den anderen Elternteil zu verletzen; das Fehlen oder die stark negative Besetzung des gleichgeschlechtlichen Elternteils, wodurch das Kind zur Identifikation mit dem gegengeschlechtlichen Elternteil gedrängt werde; der "Transsexualismus" stelle eine Form der verdrängten, als verpönt erlebten, nicht akzeptierten eigenen Homosexualität dar. (ebd. 24)

Diese psychoanalytischen Erklärungsansätze lassen sich nach Wilhelm in die drei Kategorien "Störungen der Familiendynamik (...) Störungen der Separations- und Individuationsphase (...) (und) Störungen der Ich-Entwicklung" (Wilhelm 2007, 14) einordnen.

Als somatische Ursachen wurden postuliert:

eine hormonelle Beeinflussung des Fötus mit gegengeschlechtlichen Hormonen in der intrauterinen Entwicklung; Störungen in nicht genauer identifizierbaren Arealen des Gehirns und eine Zeitlang vor allem das Y-chromosomal kodierte Genprodukt Histokompatibilitätsantigen Y (H-Y-Antigen), ein Zellmembranglykoprotein. (Rauchfleisch 2014, 24)

Wie bereits erwähnt, bleiben alle bis heute bekannten Erklärungsversuche für das Phänomen Trans* jedoch entweder zu unspezifisch, oder konnten nicht – bzw. nicht gänzlich – bewiesen werden.

Neurowissenschaftler unter Milton Diamond regten in den letzten Jahren an, "die Transidentität als eine Form hirngeschlechtlicher Intersexualität zu verstehen" (ebd. 24).

(Rauchfleisch 2014, 7, 22-25)

2.5 Epidemiologie

Zur Häufigkeit (Prävalenz) des Auftretens von transsexuellen oder allgemein geschlechtsnonkonformen Identitäten liegen keine aussagekräftigen Studien

vor. Allein das Erstellen realistischer Einschätzungen erweist sich als äußerst schwierig (Richter-Appelt/ Nieder 2014, 59). Nicht alle Trans* outen sich. Gründe hierfür können der Wunsch der Betroffenen sein, unentdeckt bleiben zu wollen, ein fehlendes Bewusstsein der Bedeutung der eigenen Empfindungen, sprich der eigenen Transidentität oder ihr Verdrängen (Wilhelm 2007, 15). Daher ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen. Direkt erfassbar sind lediglich die Trans*menschen, die professionelle Hilfe suchen, in Kliniken vorstellig werden und sich in medizinische Behandlung begeben. Die Zahlen der Krankenkassen über durchgeführte Operationen können hier Hinweise geben (Richter-Appelt/ Nieder 2014, 59; Wilhelm 2007, 15). Die Ergebnisse der wenigen bisher durchgeführten wissenschaftlichen Studien zur Prävalenz fallen teilweise sehr unterschiedlich aus (Wilhelm 15). Hier muss bedacht werden, dass auch die Datenerhebungsmethoden sowie die Kriterien zur Festlegung einer Person als transident stark variieren können. Insgesamt wurden 12 Studien überwiegend in europäischen Ländern durchgeführt. Die neuesten zehn liefern Ergebnisse über die Prävalenz in acht unterschiedlichen Ländern. Die Häufigkeit von Trans*frauen/ Mann-zu-Frau-Personen schwankt hierbei zwischen 1:11.900 und 1:45.000, bei Trans*männern/ Frau-zu-Mann-Personen zwischen 1:30.400 bis 1:200.000. Hierbei wird erkennbar, dass Trans*frauen Trans*männer zahlenmäßig bei weitem dominieren. Auf einen Trans*mann kommen so 3 bis 4 Trans*frauen. Jedoch ist zu bedenken, dass die tatsächliche Anzahl an Trans*personen aufgrund der hohen Dunkelziffer weitaus höher liegen muss und auch das tatsächliche Verhältnis von Trans*männern und Trans*frauen von den bisherigen Forschungsergebnissen abweichen könnte. Die Zahl der Trans*Personen, die die Dienste einer Gender Klinik in Anspruch nehmen und sich einer geschlechtsumwandelnden Operation unterziehen, steigt von Jahr zu Jahr stetig an. In Großbritannien ist alle fünf bis sechs Jahre eine Verdoppelung zu verzeichnen, in Kanada hat sich die Anzahl innerhalb der letzten 30 Jahre mehr als verfünffacht (Richter-Appelt/ Nieder 2014, 59 ff.). Ähnliches gilt auch für Deutschland: Unterzogen sich im Jahre 2005 noch 444 Personen einer operativen Umwandlung des Geschlechts, waren es im Jahre 2012 schon 1.124 (statista 2015, Internet).

2.6 Geschichtliche Entwicklung des Phänomen Trans*

Die ersten Erwähnungen eines Phänomens, das später als Transsexualität bezeichnet wurde und in dieser Arbeit unter dem Begriff Trans* Verwendung findet, haben ihren Ursprung im ausgehenden 19. und beginnenden 20. Jahrhundert (Pfäfflin 2008, 312). Die erste operative Geschlechtsangleichung, von der wir wissen, eine Frau-zu-Mann Operation, erfolgte 1912 an einer 21-Jährigen. Diese wurde jedoch erst im Jahr 2018 publik gemacht - vermutlich, da man sich der Legitimation des Unterfangens nicht ganz sicher war (Pfäfflin 2014, 56). Die erste Mann-zu-Frau Operation folgte im Jahre 1920 (Wilhelm 2007, 17). Zu Zeiten der Weimarer Republik wurden in Berlin und Dresden Geschlechtsumwandlungen durchgeführt. Auch in anderen europäischen Ländern wurden zu dieser Zeit solche Operationen praktiziert, in Prag, London und vermutlich auch in Genf. Während des Dritten Reichs waren Geschlechtsumwandlungen nicht mehr möglich. Betroffene wurden als krank angesehen und aus dem öffentlichen Leben fern gehalten. Nach dem Zweiten Weltkrieg begann die Thematik zusehends in das Blickfeld der Öffentlichkeit zu rücken. Hierbei spielten die Medien eine große Rolle. Neben den Printmedien und dem Rundfunk fand jetzt auch das Fernsehen nach und nach seinen Weg in die privaten Haushalte. Allem voran war es die Berichterstattung über den Fall Jorgenson, der das Phänomen populär machte. Jorgenson erhielt im Folgenden viele Zuschriften von ebenfalls Betroffenen, die er an den Mediziner Benjamin weiter verwies. Dessen Praxis, die sich der Behandlung Transsexueller verschrieben hatte, wurde daraufhin weltbekannt. In den USA waren die Nachkriegsjahre jedoch durch eine sehr konservative Haltung gegenüber Trans* geprägt. In der Mc Carthy Ära wurden geschlechtsangleichende hormonelle oder chirurgische Interventionen öffentlich scharf kritisiert. Dementsprechend schwer war es dort für die Betroffenen, Ärzte zu finden, die sich zur Erfüllung ihrer Anliegen bereit erklärten. Viele gingen daher ins Ausland und ließen sich beispielsweise in mexikanischen Hinterhofpraxen behandeln. Die Ergebnisse der ersten Operationen waren nur bedingt zufriedenstellend. Die erste Operationstechnik, die es vermochte, einigermaßen akzeptable Ergebnisse für Mann-zu-Frau-Transsexuelle zu liefern, stammte aus dem marokkanischen Casablanca und wurde vom Gynäkologen Burou entwickelt.

Casablanca entwickelte sich daher zum begehrten Reiseziel vieler Transsexueller. Im Laufe der 1960er Jahre entstanden in den USA die ersten Gender Identity Clinics. Den Anfang machte die in Baltimore gelegene 'Johns Hopkins University School of Medicine'. Aus der prüden Haltung der amerikanischen Gesellschaft heraus resultierte jedoch, dass der Zugang zum Behandlungsprogramm nur für transsexuelle Personen ermöglicht wurde, die einen asexuellen Lebensstil pflegten. Mit den ersten Gender Identity Clinics entwickelten sich auch die ersten Leitlinien zur Behandlung von Transsexuellen, die Standards of Care. Auf diese Weise entstand ein medizinisches Behandlungsmodell, welches in allererster Linie die Chirurgen rechtlich absichern, jedoch auch den Patienten eine gewisse Behandlungsqualität gewährleisten und Scharlatanerie sowie Eingriffen in dubiosen Hinterhofpraxen entgegenwirken sollte. Erste gesetzliche Grundlagen, die Trans* rechtlich absicherten, entstanden 1972 in Schweden. Nach dessen Vorbild trat in Deutschland am 01.01.1981 das Transsexuellengesetz (TSG) in Kraft. Nach heute 34 Jahren besteht hier jedoch dringender Reformbedarf. Manche Gesetzesregelungen wurden in der Zwischenzeit bereits als verfassungswidrig verworfen (Pfäfflin 2014, 56-59). Der Abschnitt 'Rechtliche Aspekte' der vorliegenden Arbeit wird genauer auf die Entwicklungen und Veränderungen im gesetzlichen Bereich eingehen.

Im Jahre 1980 wurde Transsexualität zu einer anerkannten Diagnose, die im DSM-III Verwendung fand. Mit Erscheinen des DSM-IV wurde sie 1994 durch die Diagnose Störung der Geschlechtsidentität ersetzt (Pfäfflin 2008, 312). Seit Inkrafttreten des aktuellen DSM-V wurde diese erneut ersetzt durch die derzeit gültige medizinische Bezeichnung der Geschlechtsdysphorie (Rauchfleisch 2014, 23). Im ICD-10 hat die Diagnose Transsexualität bis heute überlebt (Pfäfflin 2008, 313). Mit Herausgabe des neuen ICD-11 wird jedoch auch hier eine Änderung erwartet (Rauchfleisch 2014, 18). Während die Kosten für geschlechtsangleichende Maßnahmen in den meisten Ländern von den Betroffenen selbst zu tragen sind, können diese seit einem Bundessozialgerichtsurteil in Deutschland seit dem 06.08.1987 von den gesetzlichen und seit einer Entscheidung des Oberlandesgerichts in Köln seit dem 11.04.1994 auch von den privaten Krankenkassen übernommen werden

(Pfäfflin 2014, 58). Erkennbar ist ein Trend, der auf die Entpathologisierung des Phänomen Trans* abzielt (Rauchfleisch 2014, 26 f.). Für die Kostenübernahme der entsprechenden Behandlungsmaßnahmen durch die Versicherungsträger ist eine Diagnose gegenwärtig jedoch noch notwendig (Güldenring 2014, 159).

Transsexualismus bzw. das Adjektiv transsexuell wurde im Jahre 1923 das erste Mal von dem Sexualforscher Magnus Hirschfeld beiläufig erwähnt, der dreizehn Jahre davor auch den Begriff des Transvestiten geprägt hatte (Pfäfflin 2008, 312). Jedoch streiten sich auch David Oliver Cauldwell (1949) und Harry Benjamin (1966) darum, die Urheber der Bezeichnung zu sein. "Bis in die 1970er Jahre war es (...) üblich, von Transvestiten statt von Transsexuellen zu sprechen" (Pfäfflin 2014, 56) . Virginia Prince, eine der großen Wegbereiterinnen der Transvestiten-Bewegung in den USA, machte die Abkürzungen TV für Transvestiten und TS für Transsexuelle populär und verwendete vermutlich als erste den Begriff Transgender, um einen Lebensstil zu beschreiben, der sich von Transvestitismus und Transsexualismus abgrenzt. Später wurde Transgender zum Oberbegriff für alle drei Kategorien (ebd. 56).

Die ersten Quellen, in denen die Thematik Trans* Erwähnung fand, waren vorwiegend narrativer Natur. Daher sind es vor allem (Auto-)Biografien, in denen die Erfahrungen und Erlebensweisen von Trans*Menschen zum Ausdruck gebracht wurden, auch wenn die Autobiografen selbst diese teilweise zur damaligen Zeit noch nicht genau einzuordnen vermochten. Rückblickend erkennen wir aus heutiger Sicht jedoch das Vorhandensein transidenten Erlebens (Pfäfflin 2008, 313).

Ein bekanntes Beispiel hierfür ist die Autobiografie des bereits erwähnten amerikanischen Soldaten George/Christine Jorgenson. Dieser wandte sich Ende der 1940er Jahre an Mediziner, um sich von seinen homosexuellen Neigungen befreien zu lassen. Diese wandten Hormonbehandlungen bei Jorgenson an, die erfolglos blieben. Es folgte die drastische Maßnahme der Kastration. Jorgensons Leiden vergrößerte sich immer mehr. Sein Traum, ein "richtiger Mann" werden zu können, rückte in weite Ferne und er fühlte sich mehr und mehr weiblich, so dass er nach einer Penisamputation verlangte, die dann auch durchgeführt wurde. Zwei Jahre später erfolgte bei ihm die plastisch-chirurgische Erstellung einer Neovagina (ebd. 313 f.).

Ein weiteres und sogar früheres Beispiel ist die Biografie von Einar Wegener, einem dänischen Maler, der sich als Lilli Elbe zu Beginn der 1930er Jahre einer geschlechtsumwandelnden Operation unterzog, die jedoch tödlich endete. Die Ärzte strebten an, aus Wegener eine vollkommene gebärfähige Frau zu machen und verpflanzten ihm/ihr Gebärmutter und Eierstöcke. Der Eingriff misslang (ebd. 313).

3. Die medizinische Sichtweise auf Trans*

3.1 Diagnostik

3.1.1 Die Diagnoseschlüssel

Um Krankheitsbilder übersichtlicher zuordnen zu können, wurden mehrere amtliche Diagnoseschlüssel eingeführt, von denen der DSM und der ICD die in Deutschland gebräuchlichsten sind. Während der ICD vor allem in Europa Anwendung findet (DIMDI 2014, Internet), dominiert in den USA der DSM (American Psychiatric Association 2014, Internet). Ziel dieser beiden Diagnoseschlüssel ist die Gewährleistung einer optimalen Behandlungsqualität, auf Basis von Leitlinien, die stets am aktuellen Stand der Forschung orientiert sind und dementsprechend angepasst werden. DSM und ICD sind in ihrer Kategorisierung und Definition jedoch nicht identisch (Rauchfleisch 2014, 17 ff.).

3.1.1.1 Der ICD

Der ICD ist die 'International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems' oder auf Deutsch 'Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme', die von der Weltgesundheitsorganisation WHO herausgegeben und in regelmäßigen Abständen aktualisiert und überarbeitet wird. Die Bezeichnung der gegenwärtig gebräuchlichen Version ist demnach ICD-10-WHO oder ICD-10-GM für die deutsche Variante (DIMDI, Internet). Die neue elfte Auflage befindet sich derzeit noch in Bearbeitung und soll im Jahre 2017 veröffentlicht werden (WHO, Internet). Der ICD dient nicht nur der Todesursachenverschlüsselung, sondern der Kodierung von Krankheitsbildern generell. Im psychiatrischen Bereich findet eine Adaption Verwendung, der 'ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders – Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines' der WHO oder auf Deutsch die 'Internationale Klassifikation psychischer Störungen' (DIMDI, Internet).

Das, was wir heute unter dem Phänomen Trans* verstehen, wird im ICD-10-WHO unter dem Kapitel V: 'Psychische und Verhaltensstörungen' abgehandelt. Dort wird es den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen untergeordnet,

speziell den Störungen der Geschlechtsidentität und unter dem Kürzel F64.0 und dem Begriff 'Transsexualismus' geführt (ICD-Code, Internet).

Transsexualismus definiert sich nach dem ICD-10 durch den

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. (ebd.)

Für Kinder mit Trans*Erleben besteht eine gesonderte Einordnung unter dem Kürzel F64.2 unter der Bezeichnung 'Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters' und wird definiert wie folgt:

Diese Störung zeigt sich während der frühen Kindheit, immer lange vor der Pubertät. Sie ist durch ein anhaltendes und starkes Unbehagen über das zugefallene Geschlecht gekennzeichnet, zusammen mit dem Wunsch oder der ständigen Beteuerung, zum anderen Geschlecht zu gehören. Es besteht eine andauernde Beschäftigung mit der Kleidung oder den Aktivitäten des anderen Geschlechtes und eine Ablehnung des eigenen Geschlechtes. Die Diagnose erfordert eine tief greifende Störung der normalen Geschlechtsidentität; eine bloße Knabenhaftigkeit bei Mädchen und ein mädchenhaftes Verhalten bei Jungen sind nicht ausreichend. Geschlechtsidentitätsstörungen bei Personen, welche die Pubertät erreicht haben oder gerade erreichen, sind nicht hier, sondern unter F66.- zu klassifizieren. (ebd.)

Interessant hierbei ist, dass die aufgeführten Symptome, die eindeutig ein Trans*erleben kennzeichnen, bei Erreichen der Pubertät nicht in den Transsexualismus in F64.0 übergehen, sondern dann unter der Kategorie F66.- 'Psychische und Verhaltensstörungen in der Verbindung mit sexuellen Orientierung und Entwicklung' weitergeführt werden sollen, was nach Ansicht des Verfassers der vorliegenden Arbeit keinen Sinn ergibt.

Dass Wissenschaft und Öffentlichkeit beginnen, beim Phänomen Trans* von einer Pathologisierung abzurücken und diese als eine Normvariante des Identitätserlebens zu betrachten, ist im aktuellen ICD-10 sicher nicht zu erkennen. Laut aktuellen Entwürfen für den kommenden ICD-11 soll sich hier jedoch für Trans* einiges ändern (Rauchfleisch 2014, 18), wobei eine völlige Entpathologisierung im Prinzip auch ein Ausscheiden aus den Diagnoseschlüsseln zur Folge haben müsste.

3.1.1.2 Der DSM

Der DSM ist das Diagnoseklassifikationssystem, das in den USA standardmäßig für seelische Erkrankungen und psychische Störungen angewandt wird. Jedoch auch in Europa findet es Verwendung. Auch der DSM wird regelmäßig überholt und auf den neuesten Stand gebracht. Die aktuelle Version, der DSM-5, wurde im Mai 2013 veröffentlicht. Die Abkürzung DSM steht für 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders', (auf Deutsch: 'diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen') und wird von der 'American Psychiatric Association' herausgegeben. (American Psychiatric Association 2014, Internet)

Aufgenommen in einen Diagnoseschlüssel wurde Trans* erstmalig im Jahre 1980 im DSM-III unter dem Begriff 'Transsexualismus' (Pfäfflin, Sexualitäten 312). Im DSM-IV wurde dieser bereits wieder aufgegeben und durch die Bezeichnung 'Geschlechtsidentitätsstörung' ersetzt, die in die Kategorie 'Sexuelle und Geschlechtsidentitätsstörungen' fällt. Einer der Umbenennungsgründe war der Wunsch einer Abgrenzung des vom im ICD geforderten Operationswunsches der Betroffenen, der deren Kreis zu klein fasst. Auch wurde durch die Neubenennung verdeutlicht, dass es sich bei Trans* um ein Phänomen der Identität und nicht der sexuellen Orientierung handelt. Für das Vorliegen einer Geschlechtsidentitätsstörung musste eine Identifikation mit dem Gegengeschlecht vorhanden sein, verbunden mit dem Gefühl des Unbehagens mit dem eigenen Geschlecht. Im aktuellen DSM-5 wurde die 'Geschlechtsidentitätsstörung' erneut ersetzt durch den Begriff 'Gender Dysphoria' oder auf Deutsch 'Geschlechtsdysphorie'. Diese leitet sich ab aus einem "Leiden an der Geschlechtsinkongruenz" (Rauchfleisch 2014, 18). 'Genderinkongruenz' meint, dass das gefühlte Geschlecht – die Geschlechtsidentität – nicht mit dem biologischen übereinstimmt. Diese Neuordnung ist ein wertvoller Beitrag für die Entpathologisierung von Trans*, da sie nicht mehr das Geschlechtererleben als krankhaft in den Vordergrund stellt, sondern das daraus resultierende Leiden. (ebd. 14, 18-24)

Eine Geschlechtsdysphorie liegt vor, wenn zwei Kriterien erfüllt sind:

wenn (*Kriterium A*) eine deutliche *Nichtübereinstimmung* zwischen der erlebten und zum Ausdruck gebrachten Geschlechtsidentität und dem zugewiesenen Geschlecht von mindestens 6 Monaten Dauer besteht. Die Nichtübereinstimmung ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet: deutliche Nichtübereinstimmung zwischen der erlebten und zum Ausdruck gebrachten Geschlechtsidentität und den primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmalen (oder im Fall von Jugendlichen: den vorweggenommenen Auswirkungen von sekundären Geschlechtsmerkmalen), den starken Wunsch, sich der sekundären Geschlechtsmerkmale zu entledigen (bei Jugendlichen: Die Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale zu verhindern), den starken Wunsch, die primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale des anderen Geschlechts zu besitzen, den starken Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören, den starken Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechts behandelt zu werden, und die starke Überzeugung, gemäß den für das erlebte Geschlecht typischen Gefühlen zu empfinden und entsprechende Reaktionen zu zeigen. (ebd. 18 f.)

Das Kriterium B verweist darauf, dass der Zustand mit einem klinisch relevanten Leiden oder einer Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verknüpft ist oder der Zustand mit einer deutlich erhöhten Wahrscheinlichkeit verbunden ist, ein solches Leiden bzw. eine solche erhöhte Beeinträchtigung hervorzurufen. (ebd. 19)

3.1.2 Trans in der Diagnostik

Die Diagnostik dient der Erkennung und Einordnung von Erkrankungen oder Beeinträchtigungen. Solange das Phänomen Trans* in der Gruppe der psychischen Erkrankungen rangiert, ist auch dieses diagnostizierbar. Wenn wir beginnen, Trans* als eine Normvariante der Geschlechtsidentität zu betrachten, stellt sich jedoch die Frage nach der Sinnhaftigkeit einer dementsprechenden Diagnostik. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist die Stellung einer Diagnose für Trans* jedoch nach wie vor unumgänglich, wenn es um die Kostenübernahme von geschlechtsangleichenden Behandlungsmaßnahmen durch die Krankenkassen geht. Das Vorliegen einer Erkrankung – und sei es "nur" das Leiden an der eigenen Situation, die aus der Geschlechtsinkongruenz resultiert – zwingt in Deutschland die Krankenkassen zum Handeln. Diese verfügen jedoch über eigene Gutachter, die zusätzlich zu den psychologischen Gutachtern die Bedürftigkeit eines medizinischen Eingriffs an den betroffenen Trans*Menschen überprüfen. Für das Gutachten der Psycholog_innen zur

Feststellung des Vorliegens einer Geschlechtsdysphorie und der Erstellung einer Handlungsindikation für die Mediziner_innen, werden in der Regel die Meinungen zweier voneinander unabhängiger Experten_innen benötigt. Auch ist hierbei die Kontrolle auf mögliche Kontraindikationen wichtig. Kontraindikationen können beispielsweise schwere psychotische Erkrankungen wie das Vorliegen einer Schizophrenie oder eine geistige Unmündigkeit sein. Diese müssen jedoch nicht zwangsweise Ausschlusskriterien sein. Sinnvoll ist es, die Rollen des_der die Transition begleitenden Psychotherapeuten_in und des_der psychologischen Gutachters_in getrennt zu belassen, um das Entstehen eines Vertrauensverhältnisses zwischen Therapeut_in und Klient_in nicht zu gefährden. Letztendlich ist es jedoch so, dass Chirurgen_innen auch ohne Vorliegen eines psychologischen Gutachtens in Deutschland aufgrund eigener Beurteilung und Entscheidung eine Handlungsindikation erstellen und Operation durchführen können, ohne dadurch rechtlich belangt werden zu können. Der Dschungel an Zuständigkeiten macht deutlich, wie komplex, uneinheitlich und verwirrend die Beantragung und Durchführung medizinischer Leistungen und wie groß die Fremdbestimmung für Trans*Menschen ist. Um dem Problem der Fremdbestimmung entgegen zu wirken, regt Rauchfleisch an, die Erstellung einer Diagnose Trans*Menschen künftig selbst zu überlassen. Die Funktion der psychologischen Gutachter_innen läge dann lediglich in der Aufklärung und Beratung sowie der schriftlichen Fixierung und fachlichen Bestätigung des Wunsches nach geschlechtsangleichenden Maßnahmen auf Seiten ihres Klientels. Unter diesen Bedingungen wäre dann auch eine Trennung der Gutachterfunktion unter den psychologischen Experten_innen nicht mehr nötig. (Rauchfleisch 2014, 7 f., 13, 29-32)

3.2 Der Behandlungsablauf

Für die Behandlung von Trans*menschen existieren keine Behandlungsrichtlinien, die allgemein verbindlich wären. Hieraus resultiert ein individuelles Vorgehen der einzelnen Fachleute und Behandlungszentren. Jedoch orientieren sich die meisten von ihnen an den 'Standarts of Care der Harry-Benjamin-Gesellschaft'. Die Individualität des Vorgehens bietet Vor- und Nachteile. Es bietet die Chance eines individuellen Eingehens auf die ganz speziellen

Bedürfnisse jedes einzelnen Trans*, zugleich besteht jedoch auch die Gefahr von willkürlich oktroyierten Forderungen seitens der Fachleute, die den Wünschen ihrer Klient_innen nicht entsprechen und deren Selbstbestimmung außer Kraft setzen. (ebd. 28 ff.)

Die '*Standarts of Care*' (for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-nonconforming People) oder kurz 'SOC' werden von der 'World Professional Association for Transgender Health' (WPATH) herausgegeben und regelmäßig überarbeitet und aktualisiert. Die erste Version der Versorgungsempfehlungen wurde 1979 publiziert. Seit 2011 gilt die derzeit aktuelle siebte Version, von der auch eine deutsche Ausgabe der 'Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung' existiert. Die Versorgungsempfehlungen sind nicht bindend; "(sie) nehmen vielmehr für sich in Anspruch, dazu beizutragen, dass der betreffenden Personengruppe weltweit Versorgung in einer möglichst hohen Qualität angeboten wird (... und) beschreiben Behandlungsansätze, mit denen spezifisches Leiden gelindert werden soll" (Richter-Appelt/ Nieder 2014, 9). Um der Situation in Deutschland mit ihren Besonderheiten gerecht zu werden, befindet sich derzeit eine ergänzende nationale S3-Richtlinie in der Entwicklung. (ebd., 4, 7, 9 f.)

Aufgrund des Fehlens eines verbindlichen Behandlungsschemas und vor allem auch den die Transition betreffenden unterschiedlichen Wünschen von Trans*Menschen verläuft jeder Transitionsprozess individuell. Nicht alle Trans* möchten das gesamte Spektrum eines Behandlungsprogrammes durchlaufen. Beispielsweise verzichten zwischen 43 und 50 Prozent aus diversen Gründen auf operative Maßnahmen. Andere lassen diese nur zum Teil durchführen. Für manche spielt der Erhalt der Zeugungs- bzw. Gebärfähigkeit eine Rolle, bei Trans*männern, die Uterus und Adnexen beibehalten möchten. Es sollte ganz in der Hand des jeweiligen Trans*Menschen liegen, über seine eigene Transition zu bestimmen und zu sagen, welche Schritte er wann und wie gehen möchte und nicht auf die Zugeständnisse der Fachleute angewiesen zu sein oder sich deren Forderungen unterordnen zu müssen (Rauchfleisch 2014, 21, 28 ff., 99-104, 116). Der Transitionsprozess umfasst unter anderem das Coming-Out, das Going-Public, medizinische und psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen. Unter dem Begriff Coming-Out ist bei Trans* die

Aufklärung der Umwelt über die eigene sexuelle Identität zu verstehen (ähnlich wie bei Homosexuellen die Aufklärung der Umwelt über die eigene sexuelle Orientierung). Mit Going-Public ist der öffentliche Geschlechtsrollenwechsel gemeint. Der Trans*Mensch beginnt also, seinem Wunschgeschlecht entsprechend, in der Gesellschaft aufzutreten. Die medizinischen Interventionen helfen dabei, die neue Rolle lebbarer zu gestalten, indem körperliche Merkmale beseitigt werden, die Rückschlüsse auf das biologische Geschlecht zulassen und durch Attribute ersetzt werden, die dem Wunschgeschlecht zugeschrieben werden (Cerwenka 2014 ,116). Medizinische Behandlungsmaßnahmen können endokrinologische, chirurgische, dermatologische, logopädische und weitere Behandlungsmaßnahmen umfassen, die unter einer Zusammenarbeit der beteiligten Akteure_innen in einem multiprofessionellen Team aufeinander abgestimmt sein sollten und in Form eines Case-Managements nach einem interdisziplinären, fächerübergreifenden Behandlungskonzept erfolgen sollten (Rauchfleisch 2014, 99-104)

3.2.1 Die diagnostische Phase

In der diagnostischen Phase erfolgt die Überprüfung des Klientels auf mögliche Risiken und Kontraindikationen betreffs der jeweiligen Behandlungsmaßnahmen. Das psychologische/psychiatrische Gutachten zur Abklärung der Diagnose 'Transsexualität'/ 'Geschlechtsdysphorie' und der Indikationsstellung zur Weiterbehandlung durch die Experten_innen der somatischen Fächer wurde bereits erwähnt. Aber auch deren Vertreter_innen, beispielsweise der Endokrinologie oder der Inneren Medizin, führen Voruntersuchungen durch, in denen das individuelle Risiko jedes_er einzelnen Patienten_in, das im Zuge einer Behandlung besteht, ermittelt wird (ebd. 28-32).

3.2.2 Der 'Alltagstest'

Von vielen Fachleuten und Fachzentren wird derzeit vor der Durchführung von hormonellen oder chirurgischen Behandlungsmaßnahmen die Durchführung eines sogenannten 'Alltagstest' gefordert. Bei diesem muss die jeweilige Person ein bis zwei Jahre in der von ihr präferierten Geschlechtsrolle leben. Beim

Alltagstest "geht es einerseits darum, dass der Transidente für sich selbst 'testet', ob und wie ihm der Wechsel der Geschlechtsrolle möglich ist. Zugleich 'testet' er aber auch seine Umgebung, inwieweit diese in der Lage ist, seinen Rollenwechsel mit zu vollziehen und zu akzeptieren" (ebd. 33). Sowohl Rauchfleisch als auch die Standards of Care empfehlen, dass die Durchführung des Alltagstests für Trans* nicht verpflichtend sein, sondern es diesen freigestellt sein sollte, "ob, wann und in welcher Form sie den Rollenwechsel vollziehen" (ebd., 33).

3.2.3 Körpermedizinische Maßnahmen

3.2.3.1 Die Hormonbehandlung

"Bei einem traditionellen Vorgehen, das nicht dem Trans*menschen selbst die Entscheidung überlässt, sondern in Form von Gutachten und Empfehlungen über ihn bestimmt" (Rauchfleisch 2014, 33), müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein, bevor mit einer Hormontherapie begonnen werden kann:

- a) Die Diagnose 'Transsexualität' muss gesichert sein.
- b) Die 'Transsexualität' muss eine innere Gewissheit erreicht haben und konstant bestehen.
- c) Die transidente Person muss mit entsprechender fachlicher Beratung die Möglichkeiten, Grenzen und Risiken einer Hormonbehandlung realistisch beurteilen können.
- d) Die innere wie äußere (soziale) Lebbarkeit der gewünschten Geschlechtsidentität muss im 'Alltagstest' erfolgreich erprobt worden sein. (ebd. 33 f.)

Die Hormontherapie ist die erste medizinische Maßnahme, die beim Transitionsprozess zum Einsatz kommt. Chirurgische Eingriffe können erst nach der hormonellen Behandlung durchgeführt werden, da sichergestellt sein muss, dass der_die Klient_in mit der Wirkung der Hormone zurecht kommt, da er_sie nach den Maßnahmen der Chirurgen_innen lebenslang auf eine künstliche Hormonvergabe angewiesen sein wird (ebd. 34). Die Wirkung der Hormone kann hierbei sehr unterschiedlich ausfallen und muss daher unter ständiger Kontrolle und Begleitung erfolgen. Die Auswirkungen beziehen sich auf den körperlichen und den emotionalen Bereich (Wilhelm 2007, 19). Manche von ihnen sind umkehrbar, andere jedoch irreversibel. Im körperlichen Bereich führt die Hormoneinnahme bei Trans*Frauen zu einem Brustwachstum, einer Veränderung der Brustdrüsen sowie des Muskelaufbaus und des Fettstoff-

wechsels, bei Trans*Männern zu einer tieferen Stimme (Stimmbruch), verstärktem Muskelzuwachs, Körperbehaarung und Bartwuchs sowie einer möglicherweise Auslichtung des Kopfhaares bis hin zur Glatzenbildung (Rauchfleisch 2014, 110 f.; Wilhelm 2007, 19). Es ist Aufgabe der Endokrinologen_innen, vor der Behandlung, ausführliche körperliche Untersuchungen auf mögliche Risiken und Kontraindikationen durchzuführen, ihre Klienten_innen detailliert zu informieren und die Untersuchungsergebnisse zu besprechen (Rauchfleisch 2014, 109 f.). Die endokrinologischen Maßnahmen bestehen in der Verabreichung von gegengeschlechtlichen Sexualhormonen in Tablettenform, mittels Depotspritzen oder Pflastern bzw. der Suppression der Sexualhormone des biologischen Geschlechts (Wilhelm 2007, 19). Bei Kindern und Jugendlichen bedient man sich bis zur Sicherung einer Diagnose pubertätsunterdrückender Medikamente. Erst dann erfolgt die Verabreichung von gegengeschlechtlichen Hormonen. Die Frage nach dem geeigneten Zeitpunkt für den Beginn einer Hormontherapie bei Jugendlichen ist umstritten. Als Orientierungswert dient das Erreichen des zwölften Lebensjahres für den Beginn der pubertätshemmenden Maßnahmen und das Erreichen des 16. Lebensjahres für den Beginn der Behandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen. Der Behandlungsbeginn wird jedoch individuell dem Entwicklungsstand des Jugendlichen angepasst. Daher können endokrinologische Maßnahmen auch früher erfolgen (Becker/ Möller 2014, 130 f.). In Amsterdam beispielsweise geschieht dies um das 15. Lebensjahr herum (Krege 2014, 140).

3.2.3.2 Chirurgische Behandlungsmaßnahmen

Nicht selten wecken operative Eingriffe an ansonsten gesunden Körpern ethische und moralische Bedenken (Wilhelm 2007, 18). Die Risiken und Möglichkeiten einer Operation in Bezug auf erreichbare Ziele, aber auch Grenzen eines Eingriffes variieren von Person zu Person. Daher sind eine ausgiebige Diagnostik und eine gute Information und Beratung über die Möglichkeiten und Grenzen sowie die Risiken eines Eingriffes durch die ausführenden Operateure_innen, die sich aus Vertretern_innen der Plastischen Chirurgie, der Gynäkologie und der Urologie zusammen setzen können, von Nöten (Rauchfleisch 2014, 34, 112 f.). Die chirurgischen Eingriffe sind

irreversibel und lassen sich nur in bestimmten Fällen durch eine erneute Operation wieder beheben. Laut Wilhelm dauert eine geschlechtsangleichende Operation zwei bis fünf Stunden und macht einen in der Regel zweiwöchigen Krankenhausaufenthalt nötig (Wilhelm 2007, 19). Für das Aufnehmen derartiger operativer Maßnahmen werden von der Chirurgie zumeist zwei voneinander unabhängige psychologische Gutachten angefordert, die das Vorliegen einer Geschlechtsdysphorie bestätigen (Rauchfleisch 2014, 34). Chirurgische Veränderungen beziehen sich vor allem auf den Brust und Genitalbereich (Cerwenka 2014, 116), aber auch eine Operation der Stimmbänder oder des Kehlkopfes oder dermatologische Maßnahmen zur Behandlung des Haarwuchses können dazugehören (Rauchfleisch 2014, 116 ff.). Laut Krege, die selbst über langjährige Erfahrung in den operativen Verfahren der Geschlechtsangleichung bei Trans* und Intersexuellen verfügt, sind die operativen Vorgehensweisen bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen "inzwischen sehr standardisiert". Sie selbst habe ihre Technik über die Jahre kaum verändert (Krege 2014, 138). Nach der Entfernung der männlichen Keimdrüsen (Wilhelm 2007, 20), der Hoden und Nebenhoden sowie einer Penisschaftresektion (Rauchfleisch 2014, 113) wird aus der Penisschafthaut eine Neovagina herausgebildet, aus der Glans penis eine Klitoris (Krege 2014, 139), die in eine neugeschaffene Vulva mit kleinen und großen Labien eingebettet wird, und eine weibliche Harnröhrenmündung geschaffen (Rauchfleisch 2014, 113). Ist nicht genug Penisschafthaut vorhanden, um eine ausreichende Scheidentiefe zu gewährleisten, kann zur zusätzlichen Verlängerung ein Darmsegment oder alternativ ein Hauttransplantat beispielsweise vom Skrotum entnommen werden (Krege 2014, 139). Die Neovagina ist einer biologischen Vagina in Funktion und Optik fast identisch (Wilhelm 2007, 20). Laut einer Evaluation der Behandlungsergebnisse traten nur bei 14 Prozent der Patienten_innen Komplikationen auf, die sich zumeist jedoch auf Nachblutungen, Wundheilungsstörungen und Narbenbildung beschränkten. In einigen Fällen allerdings misslang durch nachträgliche Verengungsprozesse die Erzeugung einer künstlichen Vagina, so dass ein erneuter operativer Eingriff nötig wurde. "In der Operationstechnik bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen haben sich die Ergebnisse über die Jahre deutlich verbessert" (Krege 2014, 139). Nach der Entfernung von Eierstöcken und Gebärmutter ist es heutzutage

gänglich, aus Hautlappen des Unterarmes bei bestmöglichem Erhalt von Blutgefäßen und Nervenbahnen und der Verwendung von Schwellkörperimplantaten (ebd. 139 f.), eine Phalloplastik samt Hodenimplantat zu erstellen. Es gehen jedoch nicht alle Trans*männer diesen Schritt (Rauchfleisch 2014, 115). Trotz Verbesserungen in der Ästhetik bleibt die Sensibilität des Neophallus eingeschränkt (Krege 2014, 140). Dessen Optik und Funktionalität reichen noch nicht an die eines biologischen Penis heran. Geschlechtsverkehr kann möglich sein, ist es jedoch nicht in allen Fällen (Wilhelm 2007, 21). Die Klitoris wird in der Regel erhalten. Häufigste Komplikationen stellen Verengungen der Harnröhre, Fistelbildungen und Durchwanderungen und Infektionen der Schwellkörperimplantate dar (Krege 2014, 140). Weitere generelle Komplikationen stellen Taubheitsgefühle, Schwellungen, Hämatome, Entzündungen, (Phantom-) Schmerzen, Nekrosen, Probleme mit dem Wasserlassen und andere funktionale Einschränkungen dar. Neben den Operationen im Genitalbereich erfolgen auch chirurgische Eingriffe an der Brust, die sich Trans*männer abnehmen lassen und Trans*Frauen durch Implantate vergrößern lassen können (Wilhelm 2007, 20). Bei Trans*männern erfolgt zudem die Erstellung von männlichen Brustwarzen (Rauchfleisch 2014, 115). Für Jugendliche hält Krege das Einsetzen operativer Maßnahmen um das siebzehnte Lebensjahr herum für praktikabel (Krege 2014, 140). Die Ergebnisse geschlechtsangleichender Operationen fallen recht unterschiedlich aus. Während bei manchen Trans* nach erfolgter Behandlung das Ursprungsgeschlecht so gut wie nicht mehr erkennbar ist, bleibt anderen dieses, unabhängig von der Qualität der Operation, ein Leben lang anzusehen (Wilhelm 2007, 18). Generell werden die Behandlungsergebnisse von den meisten Betroffenen jedoch als recht positiv und entlastend angesehen und führen zu einer erhöhten Lebensqualität, wie Evaluationen ergeben haben. Jedoch entscheiden sich, wie erwähnt, nicht alle Trans*personen für operative Maßnahmen, etwa weil sie die Risiken für zu hoch halten, die zu erzielenden Ergebnisse als nicht zufriedenstellend ansehen, sich nicht dem Diktat der Geschlechterdichotomie unterwerfen wollen oder eine Operation aufgrund körperlicher Belastungen, beispielsweise im Alter oder bei bestehenden Krankheiten, nicht in Frage kommt (Wilhelm 2007, 20, 25 f.).

3.2.3.3 Angebote weiterer somatischer Fächer

Darüber hinaus können Klienten_innen Leistungen der Dermatologie, der Phoniatrie bzw. der Logopädie zur Angleichung der sekundären Geschlechtsmerkmale in Anspruch nehmen.

Die Dermatologen_innen sind zuständig für die Beseitigung von Körper- und Gesichtsbehaarung. Unter Umständen wird auch an ein entsprechendes Kosmetikinstitut mit speziell ausgebildeten Kosmetikern_innen weiterverwiesen. In Deutschland stellt die Epilation eine Pflichtleistung der Krankenkassen dar, was einen Fortschritt gegenüber anderen Ländern bedeutet, in denen die Epilation der Trans*frauen noch immer Privatsache ist (Rauchfleisch 2014, 99, 107 f., 111, 116 ff.).

Logopädische Interventionen dienen bei Trans*frauen zur Anhebung der Stimme. Sollten diese Maßnahmen kein zufriedenstellendes Resultat erzielen, bleibt die Möglichkeit einer Verkürzung der Stimmbänder oder einer Kehlkopfoperation durch eine_n Phoniater_in. Eine derartige Operation ist jedoch auch nicht frei von Risiken (Wilhelm 2007, 22). Trans*männer sind nicht von einer logopädischen Behandlung abhängig, da sich durch die Einnahme des männlichen Sexualhormones Testosteron die Stimme automatisch verändert. Der erfolgende Stimmbruch ist irreversibel, weshalb sich umgekehrt bei Trans*frauen durch die Vergabe von Östrogenen keine Änderung der Stimmlage einstellt (ebd. 99, 107 f., 111, 116 ff.).

3.2.4 Psychotherapeutische Maßnahmen

Eine den Transitionsprozess begleitende bzw. vor- und nachbereitende Psychotherapie erweist sich als sinnvoll, um Hilfestellung für Problemlagen zu bieten, die sich direkt oder indirekt aus der Transition heraus ergeben, beispielsweise den Umgang mit auftretenden Komplikationen, Unzufriedenheit mit den Operationsergebnissen, unerwartete Körpergefühle auf der einen Seite oder Rückhalt und Unterstützung durch das soziale Umfeld, Reaktionen der Umwelt, soziale Einbindung, Zwischenmenschlichkeit und Sexualität auf der anderen. In der Psychotherapie geht es nicht nur um die Bewältigung emotionaler Krisen, die sich aus allgegenwärtigen Belastungssituationen ergeben können, sondern auch um Information und Beratung zu den die

Transition betreffenden Themen und eine persönliche Begleitung des Prozesses, auch schon vor der Durchführung der eigentlichen Transition, wenn es um die Frage nach dem Coming-Out, und dem Crossdressing im Zuge des Alltagstestes geht. Auf die möglichen psychosozial belastenden Alltagsbereiche wird im späteren Verlauf der vorliegenden Arbeit im Einzelnen noch ausführlicher eingegangen. Im Idealfall sollte dem Trans*menschen die psychotherapeutische Begleitung nicht aufgezwungen, sondern ihm selbst überlassen werden, ob, wie häufig und wie lange er dieses Angebot für sich in Anspruch nehmen möchte.

Nicht zuletzt sind die Psychologen_innen für die zuvor beschriebene Erstellung von Gutachten und Behandlungsindikationen bezüglich der hormonellen und chirurgischen Interventionen, sowie für die rechtlichen Belange der Vornamens- und Personenstandsänderung und die Kostenübernahme durch die Krankenkassen zuständig. Auch das Ausstellen von Bescheinigungen bzw. Identitätsnachweisen zur Vorlage in öffentlichen Institutionen während des Alltagstests kann zu ihren Aufgaben gehören.

(Rauchfleisch, 99, 104-109)

3.2.5 Die Vornamens- und Personenstandsänderung

Für viele Trans*, die den gesamten Transitionsprozess durchlaufen stellt die Personenstandsänderung den letzten Schritt dar. Seit Januar 2011 ist sie in Deutschland jedoch auch ohne vorherige hormonelle oder chirurgische Interventionen möglich, in Österreich bereits seit 2009 und in der Schweiz in den Kantonen Zürich, Bern und Jura. In allen drei Ländern wird hierfür jedoch nach wie vor ein Sachverständigengutachten gefordert. Die Vornamensänderung war in Deutschland bereits vor 2011 ohne hormonelle oder chirurgische Eingriffe möglich. (ebd. 35, 118 f.)

3.2.6 Die Nachbetreuung

Die körperliche Nachbetreuung zielt ab auf die Kontrolle der medizinischen Behandlungsergebnisse, beispielsweise die Wundheilung.

Die psychotherapeutische Nachbetreuung begleitet Trans* bei der Verarbeitung

belastender Lebenssituationen, die sich entweder direkt aus dem Transitionsprozess oder in der neuen Lebenslage ergeben haben. (ebd. 35 f.)

Heutzutage haben sich beim Vorgehen im Transitionsprozess Routinen entwickelt, die eine höhere Qualität ein schnelleres, effizienteres Vorgehen ermöglichen. Mussten Trans* auf ihrem Weg ins angestrebte Geschlecht früher lange Wartezeiten in Kauf nehmen, da die einzelnen Disziplinen noch nicht aufeinander abgestimmt waren (ebd. 16 f., 28 f.) und nach der Legitimation und Absicherung im Vorgehen gefragt wurde (Pfäfflin 2014, 56, 58), kooperieren heute die beteiligten Fachleute zumeist miteinander und die einzelnen Schritte des Transitionsprozesses sind systematisch aufeinander abgestimmt (Rauchfleisch 2014, 16 f., 28 f.). "Heute lassen sich die Schritte von der psychotherapeutischen Erstvorstellung bis zur Operation in 18 Monaten bewältigen" (Krege 2014, 138).

4. Rechtliche Aspekte

4.1 Trans*gesetzgebung im Laufe der Zeit

Bereits in den 1920er Jahren war es für Trans* durch das Mitwirken des Instituts für Sexualwissenschaft von Magnus Hirschfeld in Berlin in Deutschland möglich, mit behördlicher Genehmigung ihren Vornamen in einen geschlechtsneutralen, beispielsweise Toni oder Alex, umändern zu lassen. Erste gesetzliche Regelungen für Trans* entstanden in den US-Bundesstaaten Illinois (etwa 1961), Arizona (1967) und Louisiana (1968). Das erste europäische Land mit Transsexuellengesetzgebung, die "die zivilrechtlichen Voraussetzungen und Folgen einer Geschlechtsanpassung regelte" (Wilhelm 2007, 24), war Schweden im Jahre 1972. Nach schwedischem Vorbild folgte Deutschland im Jahre 1981 mit seinem 'Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen', dem Transsexuellengesetz TSG. 1982 folgte Italien, 1985 die Niederlande, 1988 die Türkei und 2005 Großbritannien mit dem 'Gender Recognition Act' (ebd. 23 ff.). Mittlerweile verfügen nur noch vier EU-Mitgliedsländer über keine eigene Transsexuellengesetzgebung (Brachthäuser 2014, Internet).

4.2 Internationale und nationale Gesetzgebung

Die Rechte von Trans*menschen werden ganz allgemein durch Menschenrechte und Sozialrechte auf nationaler wie auch internationaler Ebene gestützt. Diese "inkludieren die Würde, Achtung und politisch-rechtliche Gleichheit von Menschen in ihren Verschiedenheiten und enthalten so Gender-, Queer und Diversitykategorien" (Czollek, Perko, Weinbach 2009, 79).

4.2.1 Internationale Gesetzgebung

Die Soziale Arbeit ist eine Menschenrechtsprofession und bezieht sich auf die Zielsetzungen der UN-Menschenrechtskonventionen, die die Grundlage für diverse international anerkannte Rechte darstellen. Die Menschenrechte gelten uneingeschränkt für alle Menschen. Ihre Einhaltung ist ein zu erstrebendes Ideal, für das sich die 'Charta der Vereinten Nationen' einsetzt. Diese haben den

Menschenrechtskatalog mittlerweile durch spezifische Standards für spezielle gesellschaftliche Gruppierungen erweitert – darunter Minderheiten wie Trans*-mensen – zur Beseitigung jedweder Form von Diskriminierung. 'Die Deklaration zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau' (CEDAW) bezieht sich zwar primär auf die Situation von Frauen; in ihrem Kontext können jedoch auch die Themen der sexuellen Identität mit angeführt werden (Czollek, Perko, Weinbach 2009, 79 ff.). Die beteiligten Staaten sind zur Berichterstattung verpflichtet. Sollten die erstrebten Ziele zu wenig forciert und eingehalten werden, kann der politische Handlungsdruck von Seiten der Vereinten Nationen zunehmen. Dass dieser Außendruck auch die deutsche Politik zum Handeln zu animieren vermag, zeigt beispielsweise die Erwähnung der Situation intersexueller Kinder im 'Parallelbericht zur Umsetzung der VN-Antifolterkonvention' von 2011, der letztlich zur Einführung des § 22 Abs. 3, PStG führte. Ähnliche Impulse wären folglich auch für den Bereich der Trans*gesetzgebung möglich (Brachthäuser 2014, Internet).

4.2.2 Nationale Gesetzgebung

4.2.2.1 Die rechtliche Situation in Deutschland, Österreich und der Schweiz

Die rechtliche Situation und die Entwicklung der Trans*gesetzgebung sind in den drei deutschsprachigen Ländern Deutschland, Österreich und der Schweiz relativ ähnlich verlaufen.

In allen drei Ländern – in der Schweiz in den Kantonen Bern, Jura und Zürich – ist die offizielle Änderung des Vornamens und Personenstandes mittlerweile bereits vor der bzw. ohne geschlechtsangleichende Operation möglich. Vorher bestehende gesetzliche Einschränkungen wurden aufgehoben. Gleiches gilt für die Aufrechterhaltung von Ehen von Trans*mensen in den drei Ländern. Ehepartner, von denen einer sich zu einer Personenstandsänderung oder einer geschlechtsangleichenden Operation entschließt, müssen ihre Ehe nun nicht mehr annullieren lassen. In allen drei Ländern sind jedoch weiterhin Gutachten zur Sicherung der Diagnose 'Transsexualität' für die rechtliche Anerkennung der nicht dem Geburtsgeschlecht entsprechendem Identität notwendig, die darauf schließen lassen, "dass sich das Zugehörigkeitsempfinden des Antragstellers

mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr ändern wird" (Rauchfleisch, 40). In der Schweiz ist die Situation für Trans* weniger überschaubar, da jeder Kanton unterschiedlich mit dieser umgeht. (ebd. 35, 37-40, 118 ff.)

4.2.2.2 Das Deutsche Transsexuellengesetz (TSG)

Das am 01.01.1981 in Kraft getretene Deutsche Transsexuellengesetz TSG regelt die rechtlichen Voraussetzungen für eine Vornamens- und Personenstandsänderung und gewährleistet die juristische Anerkennung der vom biologischen Geschlecht abweichenden Identität. Sowohl für eine Vornamensänderung als auch die Personenstandsänderung sind die Gutachten zweier voneinander unabhängigen Sachverständiger zur Feststellung einer Transsexualität bzw. Geschlechtsdysphorie erforderlich. Bei diesen Sachverständigen handelt es sich zumeist um Psychiater_innen bzw. Psychotherapeuten_innen vorwiegend ärztlicher Herkunft (Rauchfleisch 2014, 37-40, 119). Es muss gewährleistet sein, dass die betroffene Person

sich auf Grund ihrer transsexuellen Prägung nicht mehr dem in ihrem Geburtseintrag angegebenen Geschlecht, sondern dem anderen Geschlecht als zugehörig empfindet und seit mindestens drei Jahren unter dem Zwang steht, ihren Vorstellungen entsprechend zu leben (und) mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass sich ihr Zugehörigkeitsempfinden zum anderen Geschlecht nicht mehr ändern wird (...).

(Erster Abschnitt, § 1, TSG)

Weitere Voraussetzungen für eine Personenstandsänderung und die damit verbundene rechtliche Anerkennung der neuen Geschlechtsidentität waren zudem ein Mindestalter von 25 Jahren, Ehelosigkeit sowie der erfolgte Vollzug einer geschlechtsangleichenden Operation inklusive mitbedingter dauerhafter Fortpflanzungsunfähigkeit. Diese Bestimmungen wurden vom Bundesverfassungsgericht mittlerweile jedoch für verfassungswidrig erklärt und sind seitdem aufgehoben: Im Mai 2008 sah dieses die gesetzliche Forderung der Ehelosigkeit als nicht mit dem Grundgesetz vereinbar an (Rauchfleisch 2014, 37-40, 119 f.); am 11.01.2011 folgte der Beschluss, dass eine Personenstandsänderung fortan auch ohne Operation und Fortpflanzungsunfähigkeit möglich ist (Güldenring 2014, 158), da

die in § 8 Abs. 1 Nr. 3 & 4 Transsexuellengesetz geforderte geschlechtsangleichende

Operation und Sterilisation gegen den eigenen Willen des/der 'Transsexuellen' eine nicht gerechtfertigte Verletzung der Grundrechte auf körperliche Unversehrtheit und körperliche Selbstbestimmung (Art. 1 Abs. 1 i.V.m. Art. 2 Abs. 1 GG) darstellt. (ebd. 158)

Anfänglich hatte das TSG einen Vorbildcharakter (ebd. 149). Mittlerweile wird es als überholt angesehen. Seit langem schon wird von Trans*menschen und -Gruppierungen seine Reformierung gefordert, zumal – wie erwähnt – einige Punkte bereits gestrichen worden sind. Von politischer Seite aus ist eine Revision zwar seit Jahren angekündigt, jedoch immer wieder verschoben worden und derzeit noch nicht absehbar (Rauchfleisch 2014, 37). Beispiele für positive gesetzliche Neuregelungen im deutschen TSG könnten die Niederlande, Schweden und Portugal liefern, deren Vorgaben weniger restriktive sind (Brachthäuser 2014, Internet). Pfäfflin "stellt sich die Frage, ob man das Gesetz überhaupt noch braucht, oder ob es nicht genügen würde, dass sich Antragsteller einfach ans Standesamt wenden und dort die Änderung ihres Personenstands beantragen und bekommen würden" (Pfäfflin 2014, 59). Eine Vorreiterrolle nimmt das Land Argentinien ein, das dies bereits praktiziert. Ein einfacher Antrag genügt für einen schnellen und unkomplizierten Wechsel von Vornamen und Geschlechtseintrag. In Argentinien ist die Identität ein Grundrecht, das gesetzlich abgesichert ist. Im Gegensatz zur herkömmlichen meist als bürokratisch absichernd fungierenden Form der Transsexuellengesetzgebung, versteht sich das argentinische 'Ley de Identidad de Género' als Schutzgesetz für die betroffenen Personen. In Deutschland sind wir davon noch weit entfernt. Trotz allgemeinen Verbesserungen stehen Trans*menschen nach wie vor in der Rechtfertigungspflicht ihres Wesens und Empfindens vor dem Staat, befinden sich in einer Bittstellerposition und unterliegen einer das persönlichen Wohl und Akzeptanz betreffenden Fremdbestimmung, die mit dem im Grundgesetz zugesicherten Selbstbestimmungsrecht nur schwer vereinbar sein dürfte. Daher ist die juristische Situation für Trans*personen noch lange nicht als zufrieden-stellend anzusehen (Brachthäuser 2014, Internet). Güldenring spricht hierbei sogar von "Krankheitsfördernde(n) Wirkfaktoren im Transsexuellengesetz" (Güldenring 2014, 159). Hinzu kommt, dass die benötigten Gutachten mit etwa 2.000 Euro recht teuer sind und eine Zugangerschwernis für nicht so wohlhabende Trans*menschen darstellen (Brachthäuser 2014, Internet).

Die gesetzlichen Krankenkassen haben laut Gerichtsurteil aus dem Jahre 1987 die Kosten für geschlechtsangleichende Maßnahmen zu übernehmen. 1994 folgte eine entsprechende Rechtsprechung für die Klienten_innen der privaten Krankenversicherungsträger (Pfäfflin 2014, 58). Jedoch wird auch für die Kostenübernahme durch die Krankenkassen von Trans*personen ein zusätzliches Fachgutachten nach den Begutachtungsrichtlinien des 'Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen', kurz MDS, eingefordert (Güldenring 2014, 159).

4.2.2.3 Grundgesetz (GG), Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG) und Sozialgesetzgebung in Deutschland

Auch auf nationaler Ebene bestehen Gesetze, die sich auf den Schutz der Grund- und Menschenrechte beziehen.

Die Grundrechte werden dementsprechend im *Grundgesetz (GG)* abgesichert. Die Rechtsverbindlichkeit der Grundrechte und die Unantastbarkeit der Menschenwürde, zu deren Schutz der Staat verpflichtet ist, sind beispielsweise in Artikel 1 garantiert. "Im Grundgesetz sind die wesentlichen staatlichen System- und Werteentscheidungen festgelegt. Es steht im Rang über allen anderen deutschen Rechtsnormen" (Czollek, Perko, Weinbach 2009, 81). Artikel 3 garantiert Gleichberechtigung und Schutz vor Diskriminierung:

(1) Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich. (2) Männer und Frauen sind gleichberechtigt. Der Staat fördert die tatsächliche Durchsetzung der Gleichberechtigung von Frauen und Männern und wirkt auf die Beseitigung bestehender Nachteile hin. (3) Niemand darf wegen seines Geschlechtes, seiner Abstammung, seiner 'Rasse', seiner Sprache, seiner Heimat, seines Glaubens, seiner religiösen oder politischen Anschauungen benachteiligt oder bevorzugt werden. Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden. (Artikel 3, GG)

(Czollek, Perko, Weinbach 2009, 81 f.)

Das '*Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz*' AGG, "das sich gegen mittelbare und unmittelbare Diskriminierung sowie Belästigung (...) richtet" (ebd. 94), geht einen Schritt weiter und bezieht Trans*menschen direkt in seine Ausformulierungen mit ein:

Ziel des Gesetzes ist, Benachteiligungen aus Gründen der Rasse oder wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität zu verhindern oder zu beseitigen.

(§ 1, AGG)

Des Weiteren soll die *Sozialgesetzgebung*, festgehalten in den Sozialgesetzbüchern, "zur Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit (...) dazu beitragen, (...) gleiche Voraussetzungen für die freie Entfaltung der Persönlichkeit, insbesondere auch für junge Menschen, zu schaffen" (§ 1 Abs. 1, SGB I).

(Czollek, Perko, Weinbach 2009, 82 f.)

4.3 Rechtlicher Umgang mit Geschlechtervielfalt

Wie die Situation sowohl von Trans* als auch von Intersexuellen deutlich macht, ist die kritische Hinterfragung der Zweigeschlechtlichkeit mit ihrer strikten Unterscheidung zwischen männlichem und weiblichem Geschlecht auch eine Thematik, mit der sich die Justiz auseinandersetzen hat. Neuere Gesetze, wie sie beispielsweise in Ländern wie Belgien, Spanien, Finnland, Österreich oder Großbritannien erlassen worden sind, zeugen vom Trend einer Verlagerung der Festmachung von Geschlechtsidentität von der somatischen auf eine konstruktivistische Ebene, bei der Geschlecht gesellschaftlich determiniert ist. In Australien besteht seit dem 02.04.2014 die Möglichkeit einer alternativen Festlegung des Geschlechtseintrages. Neben den Kategorien 'männlich' und 'weiblich' existiert nun auch eine dritte: 'non-specific'. Am 15.04.2014, also nur wenige Tage später, traf Indien eine ähnliche Entscheidung. Hier wurden 'männlich' und 'weiblich' gar durch zwei neue Kategorien, 'transgender' und 'third sex', ergänzt, was für die dort lebenden Hijras einen großen Fortschritt bedeutet. In Deutschland wird zumindest für intersexuelle Kinder seit dem 01.11.2013 nach PStG §22 Abs.3 auf einen das Geburts-Geschlecht festlegenden Eintrag verzichtet. (Pfäfflin 2014, 59 ff.)

5 Trans*menschen und ihre Umwelt

5.1 Allgemeine Problemfelder während des Transitionsprozesses

5.1.1 Die Bedeutung des sozialen Umfelds

Der sozialen Situation von Trans*menschen kommt eine entscheidende Bedeutung in Bezug auf die Umsetzbarkeit und Bewältigbarkeit des Transitionsprozesses zu. Befindet sich die Trans*person sicher eingebunden in seine soziale Umwelt und verfügt damit über ein gut ausgeprägtes soziales Netz, das ihm Rückhalt, Unterstützung und Sicherheit bietet, ist davon auszugehen, dass der Transitionsprozess besser bewältigt werden kann, als wenn dem nicht der Fall ist. Soziale Stabilität hängt ab von Faktoren wie Persönlichkeit, sozialem Umfeld (,sozialer Herkunft) und Bildungsstand der jeweiligen Person (Rauchfleisch 2014, 64-67).

Im beruflichen Kontext sind somit "ein hoher Bildungsstand, eine solide Ausbildung und eine erfolgreiche berufliche Tätigkeit günstige Bedingungen für die Integration in die neue Rolle" (ebd. 65).

Für Beziehungen, den familiären Bereich und den Freundeskreis gilt:

Je offener und akzeptierender die Umgebung auf die Trans*menschen eingeht, umso mehr fühlt sich der oder die Betreffende getragen. Daraus resultiert nicht nur das Gefühl einer besseren Lebensqualität, sondern das Erleben, sozial unterstützt und akzeptiert zu werden, verleiht den Trans*menschen auch eine größere Resistenz gegenüber Anfeindungen und Diskriminierungen. Hinzu kommt, dass ein tragfähiges soziales Netz in Krisensituationen einen wichtigen protektiven und mitunter geradezu therapeutischen Faktor darstellt. (ebd. 66)

5.1.2 Der Coming-out-Prozess

Eine besondere Phase stellt für so gut wie alle Trans*menschen ihr Coming-out dar. Es handelt sich hierbei zum einen um den Prozess der Wahrnehmung und Akzeptanz der eigenen Identität und zum anderen des Hinaustretens mit dieser in die Öffentlichkeit. Der Begriff 'Coming-out' stammt eigentlich aus der Homosexualitätsforschung, findet jedoch auch für Trans*menschen Verwendung. Anders als die gleichgeschlechtliche Orientierung bei Homosexuellen ist

Trans*personen ihre Trans*identität meist direkt optisch anzusehen, da sie zumeist mit dem Cross-Dressing, also dem Tragen gegengeschlechtlicher Kleidung zur Alltagserprobung der neuen Rolle, einhergeht. Einige Trans* outen sich jedoch auch schon früher. Es existieren diverse Phasenentwicklungsmodelle für ein Trans*-Coming-out. Eine wichtige Frage ist, ob, wann, bei wem und in welcher Form ein Coming-out erfolgen soll. Schließlich führt das Auftreten in der gegengeschlechtlichen Rolle zu Verwirrung und Irritationen im Umfeld. Diese Reaktionen müssen nicht immer negativ sein. Dennoch wird die Trans*person häufig verstärkt im Mittelpunkt des Interesses stehen und die Blicke auf sich ziehen. Mit dieser gehäuften Aufmerksamkeit muss sie erst umzugehen lernen. Eine Gefahr besteht auch darin, dass die Irritationen im negativen Falle transphobe Reaktionen, also feindselige Reaktionen gegenüber Trans*menschen, hervorrufen können, die sich dann in Zurückweisungen und Ausgrenzung, anzüglichen Bemerkungen, Beschimpfungen, Belästigungen bis hin zu tätlichen Angriffen äußern können. Je nach Umfeld können die Reaktionen unterschiedlich ausfallen. Besonders in einem konservativ geprägten Umfeld ist mit erhöhter Intoleranz zu rechnen. Daher lässt sich nicht verallgemeinernd sagen, ob und in welchem Maße ein Outing angebracht ist, sondern der entsprechende Nutzen muss von der betroffenen Person individuell abgeschätzt werden. Während gerade in der Anfangsphase Trans*menschen ihre neue Rolle meist anzusehen ist, wird im Verlaufe der Behandlung das ursprüngliche Geschlecht mehr und mehr in den Hintergrund treten und die Züge des neuen Geschlechts dominanter werden, so dass Irritationen seltener ausfallen und ein Outing vielleicht gar nicht mehr von Nöten ist.

(Rauchfleisch 2014, 67-71)

5.1.3 Die familiären und partnerschaftlichen Beziehungen

Viele Trans*menschen müssen ihre sozialen Beziehungen während ihres Coming-out neu klären. Zu den bedeutendsten sozialen Beziehungen zählen für die meisten Menschen die zu den Eltern, Geschwistern, dem_der Partner_in, eigenen Kindern oder der weiteren Verwandtschaft. Das Coming-out vor diesen ist sowohl für den Trans*menschen selbst als auch für die Familienangehörigen eine Herausforderung und kann eine Belastung darstellen, die das vorherige

Verhältnis in Frage stellen kann. Durch die nähere Verbundenheit zur Trans*person kann deren Offenbarung für diese eine größere emotionale Irritation auslösen, bis hin zum Schock. Allerdings ist bei tiefgehenden Kontakten auch die Verbundenheit und Vertrautheit größer als bei oberflächlichen Bekanntschaften. Daher besteht durchaus die Option, dass Angehörige – gerade Mütter – schon immer etwas ahnten, das transidente Erleben vielleicht sogar unterstützten und die Verbundenheit so groß ist, dass die Krise gemeinsam erfolgreich gemeistert werden kann. Wie die individuelle Reaktion ausfallen mag, ist jedoch nicht immer vorherzusagen. Sie kann vom Wohlwollen bis hin zur Ausgrenzung aus der bestehenden Gemeinschaft reichen. Da die Familienangehörigen oft wichtige Bezugspersonen darstellen, besitzt deren Haltung auf das und Umgang mit dem Trans*empfinden des betroffenen Familienmitgliedes einen großen Wert für dessen erfolgreichen Transitionsprozess, wie in der Bedeutung des sozialen Netzes bereits beschrieben. Die Akzeptanz und Unterstützung der Familienangehörigen ist auch insofern wichtig, als dass diese den Coming-out-Prozess ihres Familienmitgliedes zwangsweise mitbegleiten müssen, wenn sich die Familie gemeinsam in der Öffentlichkeit präsentiert. Auch die Familienangehörigen müssen sich also mit der Thematik Trans* und eventuell bestehenden Vorurteilen auseinandersetzen. Rauffleischs Erfahrungen zufolge können weibliche Familienangehörige meist besser mit der Trans*identität ihres Familienmitgliedes umgehen als männliche.

Für verpartnerte Trans*menschen stellt sich indes die Frage, ob die Ehe nach der Transition fortgeführt oder aufgelöst werden soll. Laut neuer Rechtsprechung muss mittlerweile eine bestehende Ehe in Deutschland für die Anerkennung des neuen Geschlechts nicht mehr geschieden werden. Auch die Ehepartner müssen die Transition und den Coming-out-Prozess mittragen und werden mit hohen Belastungen konfrontiert. Auch die Frage nach der Ausübung der Sexualität spielt hier eine bedeutende Rolle. Viele Ehen werden in Folge dessen geschieden; etliche bleiben jedoch auf Grund der hohen emotionalen Verbundenheit bestehen. Meist bleibt jedoch auch bei einem Auseinandergehen der Partnerschaft der Kontakt erhalten und nicht selten erfahren Trans*menschen durch ihre_n Ex-Partner_in wichtige Unterstützung zur Bewältigung ihrer Transition.

Es wird davon berichtet, dass 50 bis 65 Prozent aller Trans*frauen zu dem Zeitpunkt, an dem sie mit der Transition beginnen, verheiratet sind und ungefähr 70 Prozent von ihnen eigene Kinder haben.

Für Kinder ist die Transition eines ihrer beiden Elternteile besonders schwierig. Je nach Altersphase des Kindes sind die Chancen, diesen Schritt zu verstehen und zu akzeptieren, unterschiedlich stark ausgeprägt. Aus der Sicht des Kindes verliert dieses auf einmal seinen Vater oder seine Mutter und hat stattdessen dann zwei Väter oder Mütter. Sollte ein Trans*mensch mit Kindern ein Outing planen, ist es daher am günstigsten, dieses entweder zu vollziehen, solange sich die Kinder noch im Vorschulalter befinden oder wenn diese bereits volljährig sind. Besonders schwierig für Kinder wird ein Outing während deren Adoleszenz, im pubertären Reifungsprozess, da die Eltern zu diesem Zeitpunkt zwei feste Orientierungsrahmen für die beiden unterschiedlichen sexuellen Identitäten bieten. Durch ein Outing wird die ohnehin schon als schwierig empfundene Orientierungsphase der Teenager zusätzlich erschwert. Möchte sich also ein Trans*mensch mit Kindern outen, ist zu überlegen, ob und wann er diese in den Prozess mit einbezieht. Sollten diese mit einbezogen werden, benötigen sie eine umfassende Aufklärung über die Situation und es ist klar, dass auch sie den Transitionsprozess des Elternteils mehr oder minder öffentlich begleiten und so auch den teils negativen oder zumindest speziellen Reaktionen der Umwelt ausgesetzt sein werden. Daher ist dann eine Aufklärung und Einbeziehung des Umfeldes der Kinder, zum Beispiel in der Schule, von Nöten, um einer dortigen Diskriminierung vorzubeugen. Sollten sich Eltern gegen eine Miteinbeziehung der Kinder entscheiden, ist dieses im Prinzip nur machbar, wenn sich beide Elternteile von einander trennen und das transidente vom nichttransidenten Elternteil und den Kindern räumlich getrennt ein eigenes Leben weiterführt. Praktikabel ist dies jedoch nur bei größeren Distanzen der räumlichen Trennung, da sonst über kurz oder lang das Risiko eines ungewollten Zusammentreffens zu groß bleibt und ein unvorbereitetes "Zwangsoouting" für die Beziehung zwischen Trans*elternteil und Kind sicher verheerend wäre. Letztendlich lässt sich jedoch auch bei der Entscheidung für oder gegen eine Miteinbeziehung der Kinder keine Empfehlung geben. Die Lösung muss individuell vom jeweiligen Fall abhängig gemacht werden. Es muss jedoch betont werden, dass transidente Eltern nicht zwangsweise einen

negativen Einfluss auf die gelingende Entwicklung ihrer Kinder haben und Kinder eines transidenten Elternteiles gedeihlich heranreifen können.

Nicht nur die Frage nach der Aufrechterhaltung einer Ehe oder Partnerschaft kann bei Beginn der Transition aktuell sein. Während des Transitionsprozesses kann es zu neuen Partnerschaften kommen. Diese erfordern von dem_der neuen Partner_in die Bereitschaft, die schwierige Phase mitzubegleiten und unterstützend zu tragen. Der_die Trans*partner_in muss seine_ihre neue Rolle und auch die neue Körperlichkeit, darunter auch die eigene Sexualität – bei weitem nicht alle Trans*menschen leben ihre Sexualität in der neuen Rolle heterosexuell aus – neu entdecken. Es können sich also viele Veränderungen ergeben, die nicht immer vorhersehbar sind. Dies macht junge Beziehungen zerbrechlicher und als Stütze für die jeweilige Trans*person weniger verlässlich als über einen längeren Zeitraum herangewachsene Partnerschaften.

(Rauchfleisch 2014, 71-81)

5.1.4 Erwartungen an das eigene Trans*sein

Nicht alle Erwartungen, die an die neue Geschlechtsrolle gestellt werden, können befriedigt werden. Mögliche Enttäuschungen über als unbefriedigend empfundene Operationsergebnisse oder das fortbestehende Durchschimmern des früheren Geschlechtes können psychische Belastungen verursachen. Viele Trans*menschen setzen sich dem Druck aus, ein möglichst perfektes Passing, also die Anpassung an das neue Geschlecht, erreichen zu müssen. Hinterfragen ließe sich, ob der Wunsch, der hinter diesem Druck steht, von den betreffenden Trans*menschen selbst ausgeht, oder ob diese sich von der Gesellschaft, die in ihrer binären Geschlechterordnung nur Männer und Frauen akzeptiert, dazu drängen lassen. Daher ist eine kritische Auseinandersetzung mit der Frage, was 'männlich' und weiblich' eigentlich bedeutet bzw. in wie weit Geschlechtlichkeit eine soziale Konstruktion darstellt, aus der sich dann gesellschaftlich erwartete Rollenbilder ableiten, wichtig für die Entwicklung einer eigenen Identität. Schließlich geht es beim Thema Trans* um mehr als nur das Tragen gegengeschlechtlicher Kleidung, Frisur und Make-up. Diese Fähigkeit zur Selbstreflektion ist von Trans*mensch zu Trans*mensch jedoch unterschiedlich stark ausgeprägt. Wichtig ist die kritische Auseinandersetzung

mit der Thematik auch in dem Sinne, als dass das biologische Geschlecht nie völlig zu beseitigen ist und bei allen Trans*menschen, vor allem jedoch Trans*frauen, immer Anteile der früheren Geschlechtlichkeit hindurchscheinen werden, so gut die medizinischen Behandlungen auch gewesen sein mögen. Für die Akzeptanz der Diskrepanz zwischen biologischem und sozialem Geschlecht sowie der eigenen Identität ist daher eine lebenslange Trauerarbeit nötig. Ein Phänomen, das auch aus der Homosexualitätsforschung bekannt ist, ist das forcierte Bemühen mancher Trans*personen um möglichst hohe berufliche und soziale Anerkennung zur Kompensation des durch die geschlechtlichen Identität (bei Homosexuellen die sexuelle Orientierung) bedingten gesellschaftlichen "Wertverlustes". Wichtig für Trans*menschen ist, dass sie die negativen Reaktionen ihrer Umwelt nicht verinnerlichen, so dass sich aus der Trans*phobie ihrer Mitmenschen eine internalisierte Trans*phobie entwickelt, bei der sie die negativen Fremdbilder ihrer Umwelt übernehmen, was schließlich zum Selbsthass führen würde. Daher ist die realistische Auseinandersetzung mit sich selbst und der umgebenden Umwelt von großer Bedeutung. (Rauchfleisch 2014, 81-89)

5.1.5 Berufsleben und Finanzen

Im beruflichen Bereich besteht das Problem, das Trans*menschen aufgrund ihres dem Gegengeschlecht entsprechenden Verhalten und Auftreten oft nicht ernst genommen werden bzw. die Trans*identität an sich auf Unverständnis stößt. Die Selbstpräsentation mag auf die Arbeitskollegen_innen unecht oder überzogen wirken. Gerade zur Zeit des Cross-Dressings stoßen viele Trans* auf Vorurteile (Wilhelm 2007, 47-51). Die Art und Ausprägung der Probleme im beruflichen Bereich hängt auch von der Art der ausgeübten Tätigkeit, der jeweiligen Position, der eigenen Qualifikation, der Berufserfahrung und Bewährung im praktizierten Bereich ab (Rauchfleisch 2014, 65). Der Transitionsprozess zieht erhöhte Krankenstände nach sich, die von den Arbeitgebern_innen meist nur ungerne getragen werden. Sollten sich in Folge der Belastungen durch das Trans*sein weitere gesundheitliche Beschwerden einstellen, beispielsweise depressive Erkrankungen, führt dies meist zu weiteren Ausfällen. Für manche Trans* bedeutet dies den Arbeitsplatzverlust

und damit eine Destabilisierung der eventuell eh schon prekären sozialen Situation und Absicherung. Viele Trans*menschen wechseln ohnehin nach erfolgter geschlechtsangleichender Operation den Arbeitgeber, um dort, wo sie niemand kennt, einen Neuanfang zu wagen. Über das Ausmaß der Beeinträchtigungen im beruflichen Bereich liegen wenige bzw. nicht wirklich repräsentative Studien vor, die zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen kommen. So variiert der Anteil der Erwerbstätigen nach erfolgter Transition je nach Studie zwischen 29 und 81 Prozent. Verlässliche Aussagen lassen sich hier nicht treffen (Wilhelm 2007, 47-51). Fest steht jedoch, dass Trans*personen des Öfteren mit erheblichen Problemen im beruflichen Bereich zu kämpfen haben. Unter anderem bestätigt dies eine Umfrage des 'Transgendernetzwerk Schweiz' aus dem Jahre 2012. Etliche bedürfen der beruflichen (Wieder-) Eingliederung (Rauchfleisch 2014, 66). Durch die krankheitsbedingten Ausfälle und den nicht seltenen Arbeitsplatzverlust resultieren auch Probleme finanzieller Art, die durch den kostenintensiven Transitionsprozess weitere Verschärfung erfahren. (Die Kosten für geschlechtsangleichende operative Maßnahmen und Hormontherapie werden von den Kassen übernommen. Die Gutachten kosten jedoch nicht zu unterschätzende Geldbeträge und zusätzliche medizinisch-kosmetische Eingriffe – wie die Behandlungen der Logopäden und Dermatologen sowie weitere Operationen der plastischen Chirurgie mit Schönheitscharakter – sind von den Trans*menschen meist selbst zu tragen) (Wilhelm 2007, 47). Auch der immense organisatorischen Verwaltungsaufwand mit all den bürokratischen Hemmnissen und Widerständen, die es zu überwinden gilt, fordert den Trans*personen in ihrer ohnehin schon emotional belastenden Situation einiges ab (ebd. 46; Güldenring 2014, 157-162).

5.2 Being Trans in the European Union

Zur Situation von LGBT-Personen (Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender People) innerhalb der EU-Mitgliedstaaten liegt eine aktuelle Studie der Agentur der 'Europäischen Union für Grundrechte' vor, die in Form einer Onlineerhebung im Jahre 2012 gestartet und im Dezember 2014 veröffentlicht wurde (Deutsche Aidshilfe 2014, Internet). An dieser beteiligten sich mehr als 93.000 LGBT-Menschen. Rund 6.600 davon waren Transgender Personen. Die

Teilnehmer stammen aus der gesamten EU und haben ein Mindestalter von 18 Jahren (FRA 2014, Internet).

Die Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (FRA) ist damit beauftragt, faktengestützte Grundrechtsberatung für politische Entscheidungsträger in der EU und auf einzelstaatlicher Ebene zur Verfügung zu stellen und damit zu sachkundigeren und gezielteren Debatten und politischen Maßnahmen im Bereich der Grundrechte beizutragen. (ebd.)

Bei der Studie handelt es sich um die größte bisher durchgeführte empirische Erhebung zur Erfassung der Lebenssituation von Trans*menschen innerhalb der EU-Länder, deren Situation unter dem Abschlussbericht 'Being Trans in the European Union' veröffentlicht wurde (European Parliament 2010, 13, Internet). Ziel der Studie war es, vergleichbare Daten über Ausmaß und Arten von Diskriminierung und Gewalt gegenüber LGBT-Personen allgemein zu gewinnen und einen Überblick über deren Schutz und Absicherung durch Politiken und Gesetzgebung in den jeweiligen EU-Ländern zu bieten. Auf diese Weise können die einzelnen Länder miteinander verglichen werden, vor allem auch in Bezug auf die Wirksamkeit der jeweiligen Maßnahmen, und so die effektivsten Vorgehensweisen herausgearbeitet werden, die den anderen EU-Ländern dann als Vorbild dienen können (FRA 2015, Internet).

Ergebnis der Studie in Bezug auf Transgender-Personen ist, dass deren Lebenssituation von EU-Staat zu EU-Staat variiert, bedingt auch durch die unterschiedlichen Anstrengungen von Politik und Gesetzgeber, den Bedürfnissen von Trans*menschen gerecht zu werden (FRA 2014, Internet). FRA-Direktor Morten Kjaerum resümiert:

'Jeder Mensch hat das Recht, er selbst zu sein. Tatsächlich leben jedoch viele Transgender-Personen in Furcht, da die Gesellschaft Transgender-Personen und ihren Bedürfnissen häufig intolerant und ignorant gegenübersteht' (...) 'Unser Bericht zeigt, dass Transgender-Personen deutlich besser in Mitgliedstaaten leben, die ein Problembewusstsein aufweisen und Maßnahmen zum Schutz und zur Unterstützung von Transgender-Personen entwickeln. Die EU und alle Mitgliedstaaten sollten diesen Beispielen folgen, damit alle Transgender-Personen in jeder Situation sie selbst sein können.' (Kjaerum. In: FRA 2014, Internet)

Transgender-Personen sind Viktimisierung, Diskriminierung, Respektlosigkeit und Belästigung ausgesetzt. Sie tragen ein hohes Risiko, Opfer von hassmotivierter Gewalt zu werden (FRA 2014, Internet).

Jede/r Achte der Befragten hatte demnach innerhalb des Jahres vor der Erhebung Gewalt erlebt, jede/r Dritte in den zurückliegenden fünf Jahren hassmotivierte Angriffe und Belästigungen erfahren. Trans-Menschen seien damit doppelt so häufig Opfer von Gewalt wie Lesben, Schwule oder Bisexuelle. (Deutsche Aidshilfe 2014, Internet)

Jedoch wurde nur ein Viertel aller Gewalttaten gemeldet, da das Vertrauen in Polizei und Behörden fehle (ebd.). Ein Drittel der befragten Trans*personen vermeidet es, seine Identität öffentlich auszuleben und ihr optisch Ausdruck zu verleihen, aus Angst, belästigt, bedroht oder angegriffen zu werden. Die Hälfte der Befragten mied aus Furcht öffentliche Plätze. Selbst im häuslichen Umfeld verzichteten fast 20 Prozent auf einen offenen Umgang mit der eigenen sexuellen Identität. Ein Drittel aller befragten Trans*menschen "gab an, bei der Stellensuche oder am Arbeitsplatz diskriminiert worden zu sein" (FRA 2014, Internet). In Deutschland sind es 58 Prozent aller befragten Trans*menschen, die sich bezüglich ihrer Geschlechtsidentität diskriminiert fühlen. Jeder vierte erlebt hassmotivierte Belästigung. Mit letzterem liegt Deutschland sogar leicht über dem europäischen Durchschnitt. Die Studie zeigt jedoch auch, dass Diskriminierung multifaktoriell begünstigt wird. Trans*personen aus den unteren Einkommensschichten, arbeitslose und junge Trans* tragen ein erhöhtes Risiko, Opfer von Belästigung, Diskriminierung und Gewalt zu werden (Deutsche Aidshilfe 2014, Internet).

5.3 Diskriminierung

Man unterscheidet zwischen drei Formen der Diskriminierung: der individuellen Diskriminierung, der strukturellen Diskriminierung und der Selbstdiskriminierung. Während die individuelle Diskriminierung personenbezogen ist, bezieht sich die strukturelle Diskriminierung auf die Personengruppe bzw. die Minderheit, für die die diskriminierte Person stellvertretend einsteht. Selbstdiskriminierung entsteht aus dem sein Anderssein bestätigenden selbst gewählten Ausschluss des Individuums von seiner Umwelt (Steger 2007, 7).

Unter Diskriminierung ist jede Form der Benachteiligung, Nichtbeachtung, Ausschluss oder Ungleichbehandlung von einzelnen Menschen oder Gruppen aufgrund ihnen angedichteter oder in einem bestimmten Zusammenhang nicht relevanter Merkmale zu verstehen. Diskriminierung lässt sich kurz beschreiben als Ungleichbehandlung, die sachlich nicht gerechtfertigt ist. (Wilhelm 2007, 52)

Unter dem Einfluss der Diskriminierung kann sich ein Teufelskreis herausbilden, indem unter Herabsetzung von Selbstwert(gefühl) und Wohlbefinden soziale Beziehungen und soziale Funktionsfähigkeit erschwert bzw. beeinträchtigt werden, was wiederum zu einem erhöhten Risiko beiträgt, Opfer von Diskriminierungen zu werden (Steger 2007, 8).

5.4 Formen und Ursachen der Diskriminierung von Trans*menschen

"Die Diskriminierungen im Alltag reichen von abschätzigen Blicken und anzüglichen Bemerkungen auf der Straße über Nichteinstellung oder Entlassungen im beruflichen Bereich bis hin zu manifester – handgreiflicher – Gewalt" (Rauchfleisch 2007, 191). Die Gewalt kann bis hin zur Tötung des Opfers reichen. Das 'Trans Murder Monitoring' berichtet von 1.731 getöteten Trans*menschen innerhalb der letzten sieben Jahre. Hierbei entfallen 65 Prozent der gemeldeten Morde auf Mittel- und Südamerika (Trans Murder Monitoring 2015, Internet).

Auch die Medien tragen zur Diskriminierung von Trans*menschen bei. Zwar waren sie für diese auch Wegbegleiter, die halfen, das Phänomen Trans* in die Öffentlichkeit zu tragen (Krege 2014, 138); jedoch fallen gerade deren Informationen in der heutigen Zeit recht einseitig aus. Hauptsächlich sind es Negativschlagzeilen, beispielsweise über misslungene Operationen, tragische Schicksale und ausgewählte 'schrille Paradiesvögel' zur Belustigung eines breiten Publikums, die die Medien dominieren. 'Normale', 'durchschnittliche' Trans*menschen finden selten ihren Weg in die mediale Öffentlichkeit, was ein einseitig verzerrtes Bild auf Trans* wirft (Rauchfleisch 2007, 191).

Das Trans*empfinden der betroffenen Menschen, also das Gefühl, geistig und psychisch nicht dem biologischen Geschlecht zugehörig zu sein, wird von Seiten der Psychologie bzw. der Medizin noch immer mit einem Krankheitswert belegt und taucht, wie bereits beschrieben, in den gängigen Diagnose-

schlüssel (ICD-10 und DSM-5) unter den jeweiligen Krankheitsbezeichnungen, subsumiert unter die jeweiligen Krankheitskategorien, auf. Auch die Suche nach möglichen Ursachen trägt nicht wirklich zur Wahrnehmung von Trans* als Normvariante der Geschlechtsidentität bei. Statt dessen sind Trans*menschen noch immer einer Pathologisierung unterworfen, bei der sie sich selbst als 'krank' vor den jeweiligen Fachinstanzen und Gutachtern präsentieren und folglich stigmatisieren müssen, um einen Anspruch auf den Zugang zu Leistungen und deren Kostenübernahme durch die Krankenversicherungsträger zu erhalten. Hieraus wird ersichtlich, dass Trans* einer starken Abhängigkeit und Fremdbestimmung unterworfen sind und ihre Autonomie eingeschränkt wird. Nach wie vor werden Trans*menschen von Teilen der Bevölkerung als 'Schwerkranke', 'Perverse' oder 'Abnorme' angesehen (ebd. 189 ff.).

Auch von gesellschaftlicher bzw. politischer Seite aus ist die Pathologisierung erwünscht. Alles Fremde, alles was von der gesellschaftlichen Norm abweicht, löst bei seinem Umfeld Irritation, Verunsicherung und daraus resultierend Angst und nicht selten Aggression aus, die bis hin zur Vernichtung des irritationsauslösenden Subjekts reichen kann. Diese Aggressionen stellen für das Umfeld dann eine Bewältigungsstrategie dar, sich mit unliebsamen Ansichten und Denkweisen auseinandersetzen zu müssen, die das eigene heile Weltbild, die eigene innere Stabilität und Sicherheit, ins Wanken zu bringen vermögen. Im Falle von Trans* besteht die Verunsicherung in der Infragestellung der Zweigeschlechtlichkeit des Menschen. Dass es zwei Geschlechter und zwar nur diese, nämlich Männer und Frauen und nichts dazwischen, gibt, scheint für die meisten Menschen in dieser dem steten Wandel unterworfenen (und damit unsicher gewordenen) Welt eine der letzten Konstanten zu sein. Nach dem Aufbrechen der heteronormativen Sichtweise in Bezug auf die sexuelle Orientierung von Menschen durch Schwule, Lesben und Bisexuelle bringen Trans*menschen jedoch nun auch noch die binäre Geschlechterordnung aus dem Lot. Sicher geglaubte, Halt gebende Orientierungen bröckeln wieder einmal dahin. Um die ins Wanken geratene Weltsicht wieder zu festigen, werden sogenannte 'Normalisierungsinstanzen' benötigt, die die Aufgabe haben, das Abweichende erneut der Norm unterzuordnen. Im Falle von Trans* sind es die Mediziner_innen, Psychologen_innen und Juristen_innen, die durch ihre Interventionen dafür

Sorge tragen, dass am Ende wieder eine Person steht, die eindeutig einem Geschlecht zuzuordnen ist, die psychisch, körperlich und rechtlich anerkannt ist, womit die zweigeschlechtlich organisierte Geschlechterordnung wiederhergestellt wäre (ebd. 191 ff.).

Dies mag einer der Gründe sein, warum auch die Öffentlichkeit daran interessiert sein dürfte, Trans*menschen eine Transition zukommen zu lassen. Jedoch wollen sich nicht alle Trans*menschen dem Diktat der Zweigeschlechtlichkeit unterordnen, sondern siedeln ihre Identität jenseits der vorgegebenen Geschlechterordnung an (Pfäfflin 2014, 60).

5.5 Gesellschaftliche Potentiale der Trans*thematik

Die Konfrontation mit dem Neuen und Unbekannten muss jedoch nicht zwangsweise Angst und Aggression auslösen. Sie kann auch als Herausforderung und Chance gesehen und genutzt werden. Das Phänomen Trans* regt dazu an, eingefahrene veraltete klischeehafte Geschlechtsrollen zu hinterfragen und Platz zu schaffen für neue freie individuelle Lebensentwürfe. Das einzelne Individuum sollte sich die Frage stellen, ob sein Streben aus eigenem Antrieb und den eigenen Bedürfnissen herrührt oder ob es primär gesellschaftliche Wertvorstellungen reproduziert und versucht, bestehenden Erwartungen gerecht zu werden. Diese Fragestellung ist gerade auch für Trans*menschen interessant, die eine Transition anstreben. Schließlich stützt eine Umwandlung des Geschlechts die binäre Sichtweise auf Geschlechtlichkeit. Daher sollte sich jeder Trans*mensch fragen, ob das Streben nach einer Geschlechtsumwandlung sein ureigener Wunsch ist oder ob er sich gesellschaftlichen Erwartungen fügt und im Grunde auch ohne operative Maßnahmen eine geschlechtliche Identität im Einklang mit seinen körperlichen Gegebenheiten entwickeln könnte, die jenseits der vorgeschriebenen Normen liegt. Zudem führt die Infragestellung der binären, zweigeschlechtlich organisierten Geschlechterordnung zum Aufbrechen patriarchaler Machtverhältnisse. Bestehende Hierarchien werden hinterfragt und gesellschaftliche Gleichberechtigung wird gefördert. Die positiven Denkanstöße, die vom Thema Trans* ausgehen, sollten daher genutzt werden. (Rauchfleisch 2014, 199-205)

6. Hilfen für Betroffene

Für Betroffene stehen diverse Hilfsangebote zur Verfügung – von Angeboten der Selbsthilfe bis hin zu Expertenangeboten der unterschiedlichen am Transitionsprozess beteiligten Fachrichtungen. Trans*Organisationen bieten Information, Beratung und Weitervermittlung an.

6.1 Hilfen der Professionellen

Unterschiedliche Fachdisziplinen bieten Trans*Menschen ihre Unterstützung an. Hauptsächlich entstammen diese dem medizinischen und psychologischen Bereich und beschäftigen sich mit der Durchführung und Begleitung des Transitionsprozesses. Da dieser bereits an vorheriger Stelle abgehandelt worden ist, sollen die einzelnen Hilfen hier nur kurz angerissen werden. Vertreter_innen der Psychologie und Psychiatrie, der Endokrinologie, der plastischen Chirurgie, der Urologie, der Gynäkologie, der Dermatologie und der Phoniatrie arbeiten heute (im Idealfall) eng miteinander zusammen bei der gemeinsamen und aufeinander abgestimmten Durchführung des Transitionsprozesses. Hinzu kommen Jurist_innen, Sozialarbeiter_innen, Hausärztz_innen, speziell ausgebildete Kosmetiker_innen und je nach Bedarf Vertreter_innen weiterer Disziplinen (Rauchfleisch 2014, 99 f.).

Psychologen_innen und Psychiater_innen übernehmen die psychologische Betreuung ihrer Klienten_innen vor, während und auch nach der Transition. Belastende Aspekte können besprochen und Problembewältigungsstrategien gemeinsam erarbeitet werden. Interessant ist, dass Rauchfleisch in seinen Ausführungen über mögliche Aufgabenfelder von Psychologen_innen im Umgang mit Trans* über den "klassischen" psychologischen Bereich hinaus geht und auch die Aspekte mit einbezieht, die normalerweise Vertreter_innen der Sozialen Arbeit vorbehalten wären, wie beispielsweise die Information, Beratung und Weitervermittlung an die zuständigen Fachdisziplinen und geeignete Institutionen. Auch das Ausstellen von Identitätsausweisen zur Vermeidung bürokratischer Verkomplikationen sieht er beispielsweise als Aufgabengebiet der Psychologie an. Seiner Meinung nach ist es sinnvoll, wenn der_die Psychologe_in die Rolle des_der Koordinators_in im Transitions-

prozess übernimmt. Eine Überbetonung der Bedeutung der psychologisch-psychiatrischen Fachdisziplin lässt sich damit erklären, dass er selbst Vertreter dieser Fachrichtung ist (ebd. 104-109).

Die *Endokrinologen_innen* sind bei Trans* zuständig für die hormonelle Behandlung/Versorgung, sowie die Abklärung der Durchführbarkeit und Information der Patienten über Ablauf und Risiken einer Hormontherapie (ebd. 109-112).

Dementsprechend sind die *plastischen Chirurgen_innen*, *Gynäkologen_innen* und *Urologen_innen* zuständig für die Abklärung und Durchführung der chirurgischen Interventionen, sowie die Aufklärung und Beratung über Chancen und Grenzen, sowie Risiken eines operativen Eingriffs (ebd. 112-116).

Dermatologen_innen und spezialisierte *Kosmetiker_innen* übernehmen die Beratung über die Möglichkeiten der Entfernung der Körperbehaarung und führen diese durch (ebd. 116 f.).

Logopäden bieten Trainings zur Veränderung der Stimmlage an. In einigen Fällen ist jedoch die chirurgische Verkürzung der Stimmbänder angebracht, wenn bei Trans*Frauen die biologische Stimme tief sonor ist (ebd. 117 f.).

Juristen_innen bieten Trans* Beratung zur Rechtslage im jeweiligen Heimatland an. Die Beratung beinhaltet neben Aspekten, die primär die geschlechtliche Identität betreffen und die daraus resultierenden verwaltungstechnischen und rechtlichen Folgen, beispielsweise bezüglich Möglichkeiten der Personenstandsänderung oder der Aufrechterhaltung oder Schließung von Partnerschaften/ Ehen, auch sekundäre Bereiche, die sich aus der Transidentität heraus ergeben, aber mit dieser an sich nichts zu tun haben, wie beispielsweise arbeitsrechtliche Aspekte und den Widerstand gegen Diskriminierung. Auch ganz allgemeine Themen wie Altersvorsorge, Pensionierung oder Versicherungen können mögliche Themen der Beratung sein. Leider besteht ein Mangel an rechtlichen Beratungsstellen, die sich gezielt mit der Thematik Transidentität auseinandersetzen und Trans*Menschen eine qualifizierte themenspezifische Beratung zukommen lassen können. Aufgrund der Wichtigkeit dieses Angebotes besteht hier starker Handlungsbedarf (ebd. 119 f.).

Auch eine Styling-, Mode-, Schmink- oder Frisurberatung kann für Trans* auf ihrem Weg in die neue Geschlechterrolle angebracht sein. So banal dieser Aspekt für die Außenstehenden erscheinen mag, muss doch bedacht werden, dass die betreffenden Personen zumeist keine Möglichkeit hatten, sich durch übliche Sozialisationsprozesse diese Ressourcen anzueignen und die Bewältigung der neuen Rolle – das Passing – in relativ kurzer Zeit erlernen müssen. Natürlich gibt es jedoch auch Trans*, die sich von klein auf mit ihrer Rolle auseinandergesetzt haben und derartige Hilfen nicht benötigen. Das Angebot ist – wie alle anderen im übrigen auch – optional (ebd. 120 f.).

6.2 Selbsthilfe der Betroffenen

Neben der Unterstützung durch die Experten ist es vor allem wichtig, dass die Betroffenen sich selbst für ihre Belange einzusetzen lernen. Wie wir aus den Anfängen der Trans*Bewegung wissen, war dies damals der einzig gangbare Weg. Hätten nicht einige wenige mutige Trans* den Gang in die Öffentlichkeit gewagt, trotz aller gesellschaftlichen Ablehnung, Ausgrenzungs- und Diskriminierungsprozesse, wäre Trans* auch heute noch ein Tabuthema, das von der großen Mehrheit der Bevölkerung geächtet würde. Ohne das Eintreten für die eigenen Rechte und Bedürfnisse, die eigene Emanzipation, ist ein gleichberechtigtes Dasein von Trans* innerhalb dieser Gesellschaft nicht zu bewerkstelligen. Daher kommt der Emanzipation von Trans* eine eklatante Wichtigkeit zu Teil. Zudem war und ist es von großer Bedeutung, dass die einzelnen Individuen zusammenfinden, um als Gruppe gemeinschaftlich größeren Druck und Einfluss auf das sie umgebende gesellschaftliche Umfeld auszuüben (Güldenring 2014, 138 f., 142-157).

6.2.1 Die Rolle der Selbsthilfegruppen

Wenn vom Thema Selbsthilfe die Rede ist, kommt vor allem den Selbsthilfegruppen eine große Bedeutung zu. Hier haben Trans* die Möglichkeit, mit Gleichgesinnten in Kontakt zu treten und sich über die gemeinsame Thematik auszutauschen. Im Gegensatz zum Umgang mit Cis-Menschen, in deren Lebenswelt Trans* zwangsweise immer einen Sondersta-

tus einnehmen, bietet sich Betroffenen hier die Chance, echte Akzeptanz und Wertschätzung zu erfahren und sich als gleichwertig und "normal" zu erleben. Die Bedeutung liegt hier auch in der Stabilisierung des Selbstwertgefühls, das für die Herausbildung einer stabilen Identität und eines positiven Selbstkonzeptes basal ist. Die Gewissheit, nicht krank und abnormal zu sein, der Rückhalt, der aus dem Kontakt mit den anderen resultiert, vermag Kräfte zu mobilisieren, die für den Transitionsprozess oder die Behauptung in der Außenwelt dringend benötigt werden.

Man muss sich jedoch darüber im Klaren sein, dass es sich bei der beschriebenen Gruppensituation um einen Idealzustand handelt, der nicht immer der Realität entsprechen muss. Die Atmosphäre in der Gruppe wird durch jedes einzelne Mitglied mitbestimmt. Diese Atmosphäre kann sehr fruchtbar und entwicklungsfördernd sein. Es kann jedoch auch sein, dass die herrschende Stimmung in der Gruppe keine positive Dynamik aufkommen lässt. Beispielsweise spielen auch in vielen Selbsthilfegruppen Diskriminierung und Ausgrenzung eine Rolle, wenn es darum geht, sich einer gewissen Norm unterzuordnen bezüglich der Frage, was den "echten Transsexuellen" ausmacht und Trans*, die keine geschlechtsangleichende Operation anstreben, durch die übrigen Gruppenmitglieder erneut in eine Sonderposition gedrängt werden. Offenheit, Wertschätzung und Akzeptanz sind daher Werte, die auf jeden Fall in der Gruppe eingehalten werden müssen, um ein konstruktives "Arbeits"-Klima zu gewährleisten.

Bedeutsam für die Selbsthilfegruppen ist auch der Erfahrungsaustausch. Es können Informationen ausgetauscht werden über eigenes Erleben und eigene Erfahrungen. In Verbindung mit dem entsprechenden Wissen können auch Empfehlungen gegeben werden, beispielsweise geeignete Expertenangebote weiterempfohlen werden. Neulinge können erste Informationen zum Phänomen Trans*, über Sichtweisen und Möglichkeiten der Lebensführung, sowie den aktuellen Stand in den medizinischen Wissenschaften und die Möglichkeiten geschlechtsangleichender Maßnahmen erhalten. Ein Problem der Selbsthilfegruppen besteht jedoch darin, dass gerade die Personen, die ihren Transitionsprozess erfolgreich durchlaufen haben, über den meisten Erfahrungsschatz verfügen und neuen Gruppenmitgliedern bzw. Trans*Neulingen die besten Informationen und größte Hilfe bieten könnten, zumeist aus der Gruppe

ausscheiden, um mit ihrem bisherigen Leben endgültig abzuschließen und in der neuen nun vollendeten Rolle einen kompletten Neuanfang zu wagen. Hier geht für die übrigen Gruppenmitglieder wertvolles Potential verloren.

Desweiteren kann eine Selbsthilfegruppe als Forum für emanzipatorische Tätigkeiten dienen, in dem die einzelnen Gruppenmitglieder ihre Anliegen ausformulieren und miteinander diskutieren.

(Rauchfleisch 2014, 122-125)

6.2.2 Die emanzipatorische Arbeit

Die emanzipatorische Arbeit ist ein weiteres wichtiges Element der Selbsthilfe der Betroffenen. Sie kann durch Einzelpersonen erfolgen, gelingt jedoch besser im Zusammenschluss, beispielsweise als Selbsthilfegruppe oder durch Partizipation in einer Trans*organisation. Emanzipatorische Arbeit kann viele verschiedene Facetten umfassen.

Zum einen gilt es, *Aufklärungsarbeit* zu leisten, um die Öffentlichkeit über das Phänomen Trans* zu informieren und so negativen Klischeebildern und Vorurteilen entgegen zu wirken sowie zu einem realistischen Verständnis beizutragen. Ziel ist unter anderem die Entpathologisierung und Anerkennung der Transidentität als gleichwertige Normvariante, genauso wie dies auch bei der Homosexualität der Fall ist, nur dass es der einen um die sexuelle Identität und der anderen um die sexuelle Orientierung geht. Letztlich sind beide jedoch nur Facetten einer viel komplexeren Persönlichkeit, die nicht über eine ihrer einzelnen Komponenten allein definiert werden sollte. Zudem eröffnen Trans* viel Material für die öffentliche Genderdebatte und können so zu einem reflektierten Umgang mit der Thematik anregen, indem sie Zugang zu neuen Sichtweisen ermöglichen.

Ein wichtiger Bereich der emanzipatorischen Arbeit ist die *politische Tätigkeit*. Zu dieser gehört zum einen die Einflussnahme auf die Öffentlichkeit zur Erzielung einer Gleichstellung von Trans*. Zwar sind auch die Experten der unterschiedlichen beteiligten Fachrichtungen hier gefragt, dennoch sind es die Betroffenen selbst, die die Initiative zu ergreifen und in Eigenbeteiligung mitzuwirken haben. Schließlich sind sie die Experten ihrer selbst, die am besten wissen, welche Hilfen sie benötigen, um gesellschaftlich gleichberechtigt am

öffentlichen Leben partizipieren zu können. Hierfür ist auch auf die Schaffung neuer gesetzlicher Grundlagen bzw. die Revision überkommener bereits bestehender hinzuwirken. Es geht um die Lösung von juristischen, verwaltungs- und versicherungstechnischen Fragestellungen, beispielsweise im Arbeitsrecht, in der rechtlichen Absicherung neuartiger Partnerschaftsformen oder bezüglich der Kostenübernahme durch die Krankenversicherungsträger. Da hier zuweilen auch der Gang vor Gericht nötig ist, bieten Trans*Vereinigungen eine bessere finanzielle Absicherung, als dies bei einer Einzelperson der Fall wäre.

Politische Arbeit umfasst jedoch auch die Bereitstellung von Informations- und Beratungsangeboten für Trans* selbst. Es muss sichergestellt sein, dass Ratsuchende schnell an seriöse aktuelle Informationen gelangen können. Zwar ist das Phänomen Trans* heute öffentlich präsenter, als es noch Jahrzehnte zuvor gewesen ist und es existieren bereits etliche Informations- und Beratungsangebote, dennoch wissen viele Betroffene nicht, an wen sie sich zur Klärung ihrer Belange wenden können. Dies trifft besonders die Menschen, die sich ihrer Identität noch nicht sicher sind, bzw. diejenigen, die sich ihrer Transidentität gerade erst bewusst werden. Wichtig wären hier beispielsweise übersichtliche, aktuelle Internetauftritte der Trans*Organisationen, die als Erstanlaufstelle fungieren, den Ratsuchenden erste und weiterführende Informationen vermitteln können und Links zu den entsprechenden Ansprechpartnern enthalten. Auch ein Hilfechat von Betroffenen für Betroffene kann eine Option darstellen. Durch nichts zu ersetzen ist jedoch sicherlich ein Beratungsgespräch unter vier Augen, bei dem der_die Ratsuchende alle Fragen stellen kann, die ihm_ihr auf der Seele brennen. Ein fachlich kompetentes und menschlich souveränes Gegenüber ist hier jedoch Voraussetzung. Auch hier kann dann an die entsprechenden Anspruchs- und Kooperationspartner weitervermittelt werden.

(ebd. 125 ff.)

6.2.3 Kooperationen

Neben den Selbsthilfegruppen und der emanzipatorischer Arbeit sieht Udo Rauchfleisch die institutionalisierte Zusammenarbeit von Trans* mit den sie behandelnden und begleitenden Fachleuten als bedeutsam an. Als Vertreter der

Experten wünscht er sich einen verstärkten Austausch zwischen Klienten und Fachleuten bzw. Rückmeldungen von Trans*, damit die Professionellen effizienter auf deren Bedürfnisse eingehen können. Intensiviert sich die Zusammenarbeit der am Transitionsprozess beteiligten Experten zunehmend, scheint hier noch ein Defizit vorzuliegen, welches es zu beseitigen gilt. Zudem sieht Rauchfleisch eine Zusammenarbeit von Fachleuten und Klienten auch in Bezug auf die politische Tätigkeit als sinnvoll an, da so die Ergebnisse der Einflussnahme maximiert werden könnten. Die Betroffenen hätten dann die Experten als Fürsprecher hinter sich und ihre Forderungen würden gleichzeitig fachlich legitimiert. Die Experten hingegen verfügen bereits über gesellschaftliche Anerkennung und ihre Meinungen und Forderungen finden schneller ein offenes Ohr, als dies die Betroffenen selbst vermöchten. Gerade in Bezug auf Krankenversicherungsneuregelungen, die Änderung gesetzlicher Grundlagen, sowie in Bezug auf die Entpathologisierung von Trans* und Korrektur falscher Klischees könnten die Professionellen hier viel bewirken (ebd. 127 ff.).

Auch eine Kooperation mit Schwulen- und Lesbenverbänden erscheint sinnvoll, da durchaus gemeinsame Anliegen im Vordergrund stehen und somit Synergien genutzt und die Lobby vergrößert werden können. Aus der Lesben- und Schwulenbewegung können Trans* Erfahrungen ziehen, da auch Homosexuelle für ihre gesellschaftliche Akzeptanz eintreten mussten und müssen, dies jedoch schon einige Jahre vor dem Aufbruch von Trans* geschah und sie diesen deshalb im Kampf um Gleichberechtigung bereits einen Schritt voraus sein dürften. Durch einen Zusammenschluss könnte bereits bestehende Infrastruktur mitgenutzt und der eigene Einfluss auf die Öffentlichkeit vergrößert werden (ebd. 124, 127).

6.3 Trans*organisationen

Die nationalen Trans*Organisationen bieten Betroffenen Orientierungshilfe. In Deutschland sind dies TrIQ und Dgti, in Österreich Trans-Austria und TransX, sowie in der Schweiz das Transgendernetwork Schweiz. Daneben existieren einige weitere Beratungsstellen für Trans* sowie Internetportale (ebd. 94 f.).

TriQ steht für TransInterQueer und "ist ein soziales Zentrum und ein politisch, kulturell und im Forschungsbereich aktiver Verein, der sich für trans-, intergeschlechtliche und queer lebende Menschen in Berlin und darüber hinaus einsetzt" (TriQ 2015, Internet). Der eingetragene Verein bietet unter anderem rechtliche und psychosoziale Beratung, Gruppentreffen und -angebote sowie gemeinsame Aktivitäten an. Er betreibt sogar einen eigenen Radiosender. Sein Ziel ist die

Emanzipation von transgeschlechtlichen, intergeschlechtlichen und queer lebenden Menschen und deren Teilhabe an allen gesellschaftlichen Bereichen, (das Schaffen von) mehr Akzeptanz trans/inter/queerer Lebensweisen für eine größere Vielfalt an Lebensentwürfen in unserer Gesellschaft, (sowie der) Abbau der Tabuisierung, Pathologisierung und Exotisierung von Trans*menschen, Zwittern und allen anderen, deren Geschlecht oder Geschlechtsausdruck (gender expression) von der Zwei- Geschlechter-Norm abweicht. (TriQ 2015, Internet)

Bei der dgti handelt es sich um die Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität e.V.

Die dgti hat sich zum Ziel gesetzt, die Akzeptanz von Transidenten innerhalb der Gesellschaft zu fördern und deren Stigmatisierung entgegenzuwirken. Sie soll Betroffene und Interessierte beraten und betreuen, sofern dies gewünscht wird. Ein wesentlicher Aspekt der Arbeit sollte die (Re-)Integration von Betroffenen in den Arbeitsprozess sein, um so der Gefahr des sozialen Abstiegs zu begegnen, der heutzutage noch mit dem sozialen Wechsel verbunden ist. Sie tritt für mehr Offenheit der eigenen Identität gegenüber ein und trägt der Vielfalt menschlichen Daseins Rechnung. (dgti 2015, Internet)

Hieraus folgt, dass die dgti Hilfe zur Selbsthilfe anbietet, berät, Kontakte herstellt und weitervermittelt. Sie arbeitet daran, eine flächendeckende Versorgung an qualifizierter Beratung bereitstellen zu können und sammelt alle aktuellen Informationen zu für Transidente und Intersexuelle relevanten Themen (dgti 2015, Internet).

Des Weiteren sind die Beratungsstelle Trans-Ident e.V und das Beratungsangebot des Internetportals transsexuell.de zu erwähnen. Daneben existieren etliche weitere regionale Beratungsangebote.

6.4 Die Rolle der Sozialen Arbeit im Umgang mit Trans*

In den Ausführungen Udo Rauchfleisch erfahren wir nichts über die Bedeutung der Sozialen Arbeit im Umgang mit der Thematik Trans*. Dies mag daran liegen, dass er alle Angebote, die normalerweise deren Vertreter_innen zuzuordnen wären, unter dem Aufgabenfeld der Psychologen_innen subsumiert. Für ihn sind diese zuständig für die Information, Beratung und Weitervermittlung von Trans* und übernehmen die Koordination des gesamten Transitionsprozesses. Auf diese Weise werden Sozialarbeiter_innen quasi überflüssig. Die Frage bleibt, ob diese Aufgabenverteilung in der Realität tatsächlich Anwendung findet. Wenn ja, würde dies begründen, warum man so wenig über sozialarbeiterische Tätigkeit im Themenfeld der Transidentität zu hören bekommt. Generell ist es schwierig, sozialarbeiterische Fachliteratur zum Thema Trans* zu finden. Dem Verfasser der vorliegenden Arbeit liegt lediglich ein einziges Fachbuch vor, das dann auch von sich behauptet, das einzige mit der entsprechenden Thematik, der Verknüpfung von Gender und Queer mit der Sozialen Arbeit, im deutschsprachigen Raum zu sein. Und auch hier finden sich eher allgemein die theoretischen und rechtlichen Grundlagen, sowie die Methoden und benötigten Kompetenzen einer gender- und queergerechten Sozialen Arbeit, ohne groß auf konkrete berufliche Tätigkeitsfelder und Handlungsoptionen einzugehen. Man mag sich fragen, warum das Thema Trans* in der Sozialen Arbeit auf so wenig Beachtung stößt.

Allerdings ist es nicht so, dass sozialarbeiterische Angebote in besagtem Bereich gänzlich fehlen würden. Sozialarbeiter_innen sind an der Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams zur Betreuung von Trans*menschen in ihrem Transitionsprozess beteiligt, beispielsweise in den Gender Identity Clinics, in denen Experten der unterschiedlichen Fachrichtungen durch ihr aufeinander abgestimmtes Vorgehen eine optimale Versorgung ihres Klientels zu erreichen versuchen (Wilhelm 2007, 17). Meist richten sich die entsprechenden Angebote jedoch nicht direkt an Trans*, sondern generell an queere Personen oder sogar über diese hinaus, sprechen also einen großen Personenkreis an. Die Beratungsstellen richten sich namentlich vor allem an Schwule und Lesben. Mittlerweile steht jedoch der Begriff Gender oder Queer im Vordergrund, der Männer und Frauen, Schwule und Lesben, Bisexuelle, Intersexuelle und Trans*

sowie alles dazwischen mit einbezieht. Projekte und Initiativen, Angebote von freien Trägern und deren Zusammenschlüsse bereichern die Landschaft der Hilfeangebote auch für Trans* auf Landes- und Bundesebene. Nicht wenige Projekte arbeiten mittlerweile intersektional und verknüpfen sozialarbeiterische "Problembereiche" miteinander, beispielsweise Gender und "Behinderung" oder Gender und Migration. Die Offenhaltung und Weitfächerung der Zielgruppe – die "Lesbenberatung Berlin e.V." beispielsweise richtet ihr Angebot nicht nur an lesbische, sondern auch hetero- oder bisexuelle Mädchen und Frauen, sowie Transgender und Migrantinnen oder Lesben mit "Behinderung" – birgt sicherlich Vor- und Nachteile, die in der vorliegenden Literatur jedoch nicht weiter erörtert werden. Seit der Etablierung der "Queer Studies" in den 1990er Jahren, eröffnete sich für die Soziale Arbeit ein neuer Tätigkeitsbereich: die Arbeit mit queeren Menschen. Eines der ersten Angebote war beispielsweise MANEO in Berlin, das "Schwule Überfalltelefon". MANEO betreut und unterstützt Schwule und Bisexuelle, die von Gewalt betroffen sind. Auch die Arbeit mit Transgendern ist mittlerweile ein eigener Bereich (Czollek, Perko, Weinbach 2009, 179 ff.). Als ein dementsprechendes Angebot der Sozialen Arbeit soll hier beispielsweise das 'TGNB -Transgender Netzwerk Berlin' aufgeführt werden:

Das Transgender-Netzwerk Berlin TGNB wurde 2001 mit dem Ziel gegründet, eine Vernetzung der verschiedenen Transgender-Gruppen (und später auch von Intersex-Gruppen) zu schaffen. Heute präsentiert sich das TGNB mit 21 verschiedenen Transgender- und Intersex-Gruppen als größtes TG/IS-Netzwerk in Deutschland. Die aus den Bereichen Aufklärung, Beratung, Selbsthilfe, Soziales, Politik, Religion, Migration, Wissenschaft, Kunst, Show und Freizeitgestaltung stammenden Gruppen des Netzwerks haben unterschiedliche Arbeitsansätze und koordinieren die politische Arbeit des TGNB mittels VertreterInnen in einem Plenum. Sie vertreten ein sehr weites Spektrum der Identitäten aus den Transgender- und Intersex-Bewegungen. (TGNB, Internetauftritt)

Die Aufgabe der Sozialen Arbeit im Bereich der Tätigkeit mit einem queeren Klientel sehen Czollek, Perko und Weinbach wie folgt:

Die Herausforderung für Soziale Arbeit, die mit queeren Menschen oder mit Menschen im queeren Bereich arbeitet, ist die Auseinandersetzung mit Diskriminierung, Rassismus, Vorurteilen, Stereotypen und mit struktureller und direkter Gewalt, denen die Nutzer_innen der Sozialen Arbeit in diesem Bereich ausgesetzt sind. Hier verbindet sich Soziale Arbeit mit politischer Arbeit, weil es immer auch um das Einklagen von Menschenrechten für alle Menschen geht. Insofern geht es auch darum, sowohl die

diesbezüglich relevanten Gesetzesgrundlagen zu kennen als auch Theorien zu reflektieren, die auf Social Justice rekurrieren. (Czollek, Perko, Weinbach 2009, 180)

Zudem darf eine gender- und queergerechte Soziale Arbeit ihr Klientel nicht auf einen Problembereich – beispielsweise die Transidentität – reduzieren, sondern muss deren Situation mehrdimensional, differenziert und intersektional Beachtung schenken (ebd. 179 ff.).

7. Fazit

In Bezug auf die Situation von Trans*menschen hat sich in den letzten Jahrzehnten viel verändert. Galten Trans*personen früher als pervers, krank und abnorm, geht heutzutage die Tendenz zu einer Entpathologisierung und Akzeptanz von Trans*empfinden als einer Normvariante der Geschlechtsidentität. Nach wie vor ist das Trans*erleben jedoch in den gängigen Diagnoseschlüsseln unter den medizinischen Bezeichnungen der Transsexualität (ICD-10) und der Geschlechtsdysphorie (DSM-5) als Erscheinung mit Krankheitswert verortet. Diese Tatsache und die weitere Suche nach möglichen Ursachen für das Phänomen zeigen, dass man sich noch nicht völlig vom Pathologiekonzept hat trennen können. Jedoch ist an die Stelle der Sichtweise von Trans* als schwere psychische Krankheit die des Leidensdruckes unter den Konsequenzen des abweichenden Erlebens getreten, was für die Betroffenen einen enormen Fortschritt bedeutet, da dadurch nicht mehr das Erleben an sich als krankhaft angesehen wird, sondern die daraus resultierenden belastenden Konsequenzen in der Lebenspraxis. Zudem ist eine Diagnose von Trans* in Deutschland immer noch nötig für die Kostenübernahme eines möglichen Transitionsprozess durch die Krankenkassen. Wird die auf dem Weg der Transition erfolgende Diagnostik von vielen Trans*-Interessenvertretern als langwieriger, komplizierter, nervenraubender, teurer und daher für die Betroffenen unzumutbarer Akt kritisiert, muss gleichzeitig bedacht werden, dass eine Kostenübernahme im Vergleich mit anderen Ländern keine Selbstverständlichkeit darstellt. Der geforderte Verzicht auf eine Diagnose sollte daher zum Schutz vor Missbrauch mit den Interessen der Solidargemeinschaft abgewogen werden. Nichts desto trotz stehen Betroffene einem umfangreichen behördlichen Genehmigungsverfahren gegenüber, auch was die rechtlichen Belange von Vornamens- und Personenstandsänderung anbelangt, das mit Sicherheit vereinfacht werden könnte.

Das deutsche Transsexuellengesetz (TSG) aus dem Jahre 1981 hatte in den Anfangsjahren Vorbildcharakter. Mittlerweile wird es jedoch als veraltet angesehen und von Trans*-Interessenvertretern schon seit Jahren eine grundlegende Revision gefordert. Von politischer Seite aus hat man sich der Thematik jedoch bis heute nicht angenommen. Dabei wurden vom Bundesver-

fassungsgericht bereits etliche Bestimmungen des TSG für verfassungswidrig erklärt und aufgehoben. In Deutschland sind sowohl die Vornamens- als auch die Personenstandsänderung möglich, mittlerweile auch bei Verzicht auf geschlechtsangleichende Maßnahmen und ohne Voraussetzung einer Fortpflanzungsunfähigkeit oder Annullierung bis dato bestehender Ehen. Die rechtliche Situation für Trans*menschen ist in den deutschsprachigen Ländern relativ identisch. In den wenigsten EU-Ländern existieren heutzutage keine rechtlichen Regelungen für Trans*. Jedoch sind diese mehr oder minder fortschrittlich. Aber auch außerhalb von Europa haben einige Länder sich der Trans*-"Problematik" angenommen und entsprechende Gesetze geschaffen. Vorbildcharakter hat das argentinische 'Ley de Identidad de Género', das sich als Schutzgesetz versteht. Insgesamt hat es in den letzten Jahren international etliche Veränderungen auf rechtlicher Ebene gegeben und der Wandel dauert an.

Auch auf medizinischer Ebene hat es Fortschritte für Trans*menschen gegeben. Operationsverfahren sind mittlerweile erprobt und standardisiert; die Ergebnisse konnten nach und nach verbessert werden. Dennoch muss Trans* bewusst sein, dass sich das biologische Geschlecht nicht vollkommen beseitigen lässt und dieses, mehr oder minder stark ausgeprägt, auch nach den geschlechtsumwandelnden Maßnahmen weiter durchschimmern wird. Während Trans*frauen insbesondere mit sekundären Geschlechtsmerkmalen wie Haarwuchs und Stimmlage zu kämpfen haben, sind bei Trans*männern die Operationsergebnisse der primären Geschlechtsmerkmale (Phalloplastiken sind mit dem Original in Optik und Funktion nicht völlig identisch) noch nicht zufriedenstellend. Kritisch zu sehen ist das Fehlen von verbindlichen Behandlungsrichtlinien. Zwar orientieren sich die Experten meist an den 'Standarts of Care'; dennoch besteht die Gefahr von Willkür und Fremdbestimmung für Trans*. Die Chancen liegen jedoch in einer möglichen individuellen Vorgehensweise. Die am Transitionsprozess beteiligten Fachleute arbeiten heutzutage meist in multiprofessionellen Teams zusammen. Dadurch wird eine Abstimmung der unterschiedlichen Disziplinen ermöglicht. Erstrebenswert für Trans* sollte es sein, ihren Transitionsprozess weitgehend selbstbestimmt gestalten zu können.

Waren Trans* vor einigen Jahrzehnten noch an den Rand der Gesellschaft

gedrängt, mussten ihre Identität verbergen und konnten diese nur in speziellen Milieus ausleben, hat sich diese Situation heutzutage verbessert. Dennoch zählen Trans* weiterhin zu den Randgruppen unserer Gesellschaft. Auch wenn sich das Ausmaß an Stigmatisierung und Diskriminierung verringert hat, sind Trans*menschen laut aktuellen Studien eine der Minderheiten, die mit am stärksten von Ausgrenzung, Hass und Gewalt betroffen sind. Auch wenn Trans* mittlerweile von der Öffentlichkeit wahrgenommen werden und einige Vorurteile abgebaut werden konnten, ist hier immer noch ein großer Verbesserungsbedarf erkennbar. Generell sind Trans*menschen einem erhöhten Maß an vor allem psychischer Belastung ausgesetzt. Zusätzlich zu den "gewöhnlichen" Belastungen, die auch Cis-Menschen zu tragen haben, kommen das Leiden unter der Geschlechtsinkongruenz, die mangelnden Möglichkeiten, sich selbst auszuleben, die Belastungen des Transitionsprozesses, inklusive des behördlichen und finanziellen Aufwandes, die Schwierigkeit des Coming-outs und die Reaktionen der Umwelt auf das eigene Trans*sein. Hierbei muss jedoch bedacht werden, dass belastende Lebenssituationen immer multifaktoriell bedingt sind und je nach Ausgangssituation Problemsituationen besser oder schlechter bewältigt werden können. Daher spielen auch die Stabilität und Einbindung in das soziale Umfeld sowie der soziale und gesellschaftliche Status eine wichtige Rolle. Neben den Hilfen der Experten kommen den Institutionen der Selbsthilfe und den Trans*organisationen bei der Verbesserung der Lebenssituation von Trans* eine wichtige Bedeutung zu. Die Soziale Arbeit hat sich der Thematik weitestgehend noch nicht angenommen. Sie subsumiert bislang auch Trans*personen unter ihr Klientel in der Arbeit mit "Queers". Desweiteren bieten sich Möglichkeiten bei der individuellen Begleitung von Transitionsprozessen. Dennoch sind Angebote speziell für ein Trans*klientel, sofern sie überhaupt existieren, dünn gesät. Woran dies liegen mag, bleibt Spekulation. Da das Thema allerdings erst in den letzten Jahren verstärkt in den Blickpunkt des öffentlichen Interesses gerückt ist, ist zu erwarten – oder zumindest wäre es wünschenswert – dass sich auch die Soziale Arbeit dieser Bevölkerungsgruppe annehmen wird. Denn gerade für die verworrene und komplexe Lebenssituation von Trans*menschen mit ihren unterschiedlichen Problemfeldern, die Überblick im unübersichtlichen Feld möglicher Handlungsoptionen erfordern, wäre die Soziale Arbeit mit ihrem Informations-, Beratungs-, Schnittstellenfunktions- und Koordinationscharakter

geradezu prädestiniert, um Betroffenen adäquat weiterhelfen zu können. Auf diese Weise könnte die Soziale Arbeit auch die am Transitionsprozess beteiligten Psychologen entlasten, die bislang diese Funktionen wahrnehmen, die von ihrem Charakter her primär gar nicht in deren Tätigkeitsbereich fallen. Orientierung für die Arbeit mit Trans* bieten somit die Kenntnisse aus der 'Queeren Arbeit' als auch die der psychologischen Disziplin. Wichtig wäre auf jeden Fall, sich dem potentiellen Klientel nicht aufzudrängen, sondern als möglicher kompetenter Hilfspartner zur Verfügung zu stehen. Zudem ist eine Zusammenarbeit mit den anderen am Transitionsprozess beteiligten Fachdisziplinen Voraussetzung. Die Soziale Arbeit müsste folglich sowohl bei diesen als auch beim potentiellen Trans*klientel Präsenz zeigen, um sich zu etablieren.

Wir leben nach wie vor in einer Zeit und Gesellschaft, in der sich Cis-Menschen an Geschlechtsrollenbildern orientieren. Es existieren gewisse Ideale von Männlich- und Weiblichkeit, deren Anforderungen die Vertreter des jeweiligen Geschlechts zu erfüllen versuchen. In einer Gesellschaft, in der so viel Wert auf die möglichst ideale Geschlechtsrepräsentanz gelegt wird, die ihren Mitgliedern darauf aufbauend zudem Selbstverwirklichungspotentiale und soziale Sicherheit ungleich zur Verfügung stellt, haben es Trans*menschen besonders schwer, die sich entweder nicht mit ihrem biologischen Geschlecht identifizieren und öffentlich in dieser Rolle präsentieren möchten, oder für die das Geschlecht gar keine große Bedeutung hat bzw. die ihre Identität jenseits der beiden vorgegebenen Geschlechterrollen verorten. Der Zwang, sich einem Geschlecht zu- bzw. unterordnen zu müssen und dieses möglichst seiner zugewiesenen Rolle ideal präsentieren zu müssen, lässt keine Freiräume für eine individuelle Persönlichkeitsentfaltung. Wir leben in einer Gesellschaft, in der dem Individuum Nachteile und/oder Leidensdruck entstehen, sollte die eigene Abweichung vom gesellschaftlichen Ideal zu groß sein. Nicht umsonst boomt die plastische Chirurgie, die Beauty- und Wellnessindustrie – und dies bei weitem nicht nur bei Trans*menschen: Manche Frauen beispielsweise lassen sich operativ die Brüste vergrößern, da sie sich mit dem, was die Natur ihnen geschenkt hat, nicht weiblich genug fühlen. Aber auch Männer sind längst fester Bestandteil des Klientels der Schönheitschirurgie. Um dem gewünschten Ideal zu entsprechen, werden nicht nur Haare gefärbt, sondern auch Knochen abge-

schliffen, gebrochen oder gänzlich entfernt, Nervengifte verabreicht, Körperfett abgesaugt und andernorts der Körper künstlich aufgebaut. Schönheits-OP's werden heutzutage als Form der kreativen Selbstverwirklichung angesehen. Wenn schon Cis-Menschen derart unter dem Diktat geschlechtlicher Schönheitsideale leiden, dass sie derartige Torturen in Kauf nehmen, wie ungleich dramatischer muss erst die Situation für Trans*menschen sein, die dem Ideal des gefühlten Geschlechtes optisch meist noch weit weniger entsprechen?

Doch nicht nur das Körperliche unterliegt Geschlechtszuweisungen. Spezifische Charaktereigenschaften, Denk- und Verhaltensmuster werden den jeweiligen Geschlechtern zugeschrieben. Dementsprechend werden für die Geschlechter zugleich soziale Rollen und Hierarchien erstellt. Für Männer ergibt dies den Zwang, sich typisch männlich und für Frauen den Zwang, sich typisch weiblich zu präsentieren, also die Charaktereigenschaften und Verhaltensweisen an den Tag zu legen, die gesellschaftlich für ihr Geschlecht vorgesehen sind. Wenn ein Mann jedoch über Merkmale verfügt, die dem weiblichen Geschlecht zugeschrieben werden, oder umgekehrt eine Frau Wesenszüge besitzt, die mit dem männlichen Geschlecht in Verbindung gebracht werden, entsteht für die Gesellschaft das Problem einer Normabweichung und für den entsprechenden Mann bzw. die entsprechende Frau das Dilemma, sich zwischen Selbsttreue, -ausübung mit der daraus resultierenden gesellschaftlichen Sanktionierung oder der Anpassung an die gängigen Normen, damit aber einer Selbstverleugnung, Verstellung und Unterdrückung der eigenen Bedürfnisse, entscheiden zu müssen. Dies schränkt die individuelle Freiheit enorm ein und man mag sich nach dem Nutzen fragen – der tatsächlich in der Absicherung bestehender gesellschaftlicher hierarchischer Verhältnisse liegen mag – da in Wirklichkeit viele Menschen in ihrer Individualität von den ihnen zugeschriebenen Geschlechterstereotypen in der einen oder anderen Art abweichen dürften. Es wäre ein großer gesellschaftlicher Fortschritt, würden unreflektierte eingefahrene Geschlechterrollen hinterfragt und beseitigt. Vor allem würde dies auch die Situation von Trans*menschen erheblich vereinfachen. Vielleicht würde dies sogar die Diskussion um ein Phänomen Trans* überflüssig werden lassen. Gäbe es keine vorgeschriebenen Geschlechterrollen und geschlechtsspezifische Verhaltens- und Denkweisen, wäre auch die Frage nach einem gefühlten weiblichen oder männlichen

Geschlecht hinfällig. Es bliebe lediglich die biologische Diskrepanz, die einigen Trans*menschen weiterhin zu schaffen machen würde. Für einige jedoch, nämlich diejenigen, die sowieso bereits auf geschlechtsangleichende Maßnahmen verzichten, würde dies den Weg zu einem sorgenfreieren, gesellschaftlich akzeptierten Leben ermöglichen.

Literaturverzeichnis

Becker, Inga; Möller, Birgit (2014): Besonderheiten und Herausforderungen in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie. In: Schweizer, Katinka; Brunner, Franziska; Cerwenka, Susanne; Nieder, Timo O.; Briken, Peer (Hrsg.): Sexualität und Geschlecht. Psychosoziale, kultur- und sexualwissenschaftliche Perspektiven. Band 99: Beiträge zur Sexualforschung. Gießen

Born, Jacqueline (2014): Free Gender. In: Rauchfleisch, Udo (Hrsg.): Transsexualität - Transidentität. Begutachtung, Begleitung, Therapie. Göttingen/ Bristol, CT, USA

Cerwenka, Susanne (2014): Soziale Ressourcen und Diskriminierungserfahrungen von Jugendlichen und Erwachsenen mit Geschlechtsdysphorie. In: Schweizer, Katinka; Brunner, Franziska; Cerwenka, Susanne; Nieder, Timo O.; Briken, Peer (Hrsg.): Sexualität und Geschlecht. Psychosoziale, kultur- und sexualwissenschaftliche Perspektiven. Band 99: Beiträge zur Sexualforschung. Gießen

Czollek, Leah Carola; Perko, Gudrun; Weinbach, Heike (2009): Lehrbuch Gender und Queer. Grundlagen, Methoden und Praxisfelder. Weinheim und München

Güldenring, Annette (2014): Eine andere Sicht über Trans*. In: Rauchfleisch, Udo (Hrsg.): Transsexualität - Transidentität. Begutachtung, Begleitung, Therapie. Göttingen/ Bristol, CT, USA

Krege, Susanne (2014): Veränderungen im medizinischen Umgang mit Transsexualität und Intersexualität. In: Schweizer, Katinka; Brunner, Franziska; Cerwenka, Susanne; Nieder, Timo O.; Briken, Peer (Hrsg.): Sexualität und Geschlecht. Psychosoziale, kultur- und sexualwissenschaftliche Perspektiven. Band 99: Beiträge zur Sexualforschung. Gießen

Pfäfflin, Friedemann (2014): Transgender Politics. In: Schweizer, Katinka; Brunner, Franziska; Cerwenka, Susanne; Nieder, Timo O.; Briken, Peer (Hrsg.): Sexualität und Geschlecht. Psychosoziale, kultur- und sexualwissenschaftliche Perspektiven. Band 99: Beiträge zur Sexualforschung. Gießen

Pfäfflin, Friedemann (2008): Transsexuelles Begehren. In: Springer, Anne; Münch, Karsten; Munz, Dietrich (Hrsg.): Sexualitäten. Gießen

Rauchfleisch, Udo (2014): Transsexualität - Transidentität. Begutachtung, Begleitung, Therapie. Göttingen/ Bristol, CT, USA

Rauchfleisch, Udo (2007): Diskriminierung Transsexueller. In: Steger, Florian (Hrsg.). Was ist krank? Stigmatisierung und Diskriminierung in Medizin und Psychotherapie. Gießen

Richter-Appelt, Hertha; Nieder, Timo O. (Hrsg.) (2014): Transgender Gesundheitsversorgung. Eine kommentierte Herausgabe der *Standarts of Care* der Worlds Professional Association for Transgender Health. Band 98: Beiträge zur Sexualforschung. Gießen

Steger, Florian (2007): Was ist krank?. Stigmatisierung und Diskriminierung in Medizin und Psychotherapie. Gießen

Wilhelm, Wolfgang (2007): Coaching Gender. Supervision und Coaching auf dem Weg zwischen den Geschlechtern. Saarbrücken

Internetquellen

AGG. Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz

<http://www.gesetze-im-internet.de/agg/BJNR189710006.html>

(Zugriff am 03.07.2015)

American Psychiatric Association (2014): DSM-5 Development.

<http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>

(Zugriff am 03.07.2015)

Brachthäuser, Franziska (2014): Geschlechtsidentität auf dem Prüfstand.

Anmerkungen zum Reformbedarf des sogenannten Transsexuellengesetzes (TSG). In: Junge Wissenschaft im Öffentlichen Recht e.V.

<https://www.juwiss.de/31-2014/#more-7847>

(Zugriff am 03.07.2015)

Deutsche Aidshilfe (2014): EU-Bericht: Transgender sind tagtäglich Gewalt und Diskriminierung ausgesetzt.

<http://www.aidshilfe.de/de/aktuelles/meldungen/eu-bericht-transgender-sind-tagtaeglich-gewalt-und-diskriminierung-ausgesetzt>

(Zugriff am 03.07.2015)

dgti. Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität e.V.

(2015): Homepage.

<http://www.dgti.org/>

(Zugriff am 03.07.2015)

DIMDI. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (2014): ICD-10-WHO.

<https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/index.htm>

(Zugriff am 03.07.2015)

European Parliament. Directorate-General for Internal Policies. Policy Department C: Citizens' Rights and Constitutional Affairs (2010):

Transgender Persons' Rights in the EU Member States

<http://www.lgbt-ep.eu/wp-content/uploads/2010/07/NOTE-20100601-PE425.621-Transgender-Persons-Rights-in-the-EU-Member-States.pdf>

(Zugriff am 03.07.2015)

FRA. Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (2014): Was heißt es, heute in der EU Transgender zu sein?

<http://fra.europa.eu/de/press-release/2014/was-heisst-es-heute-der-eu-transgender-zu-sein>

(Zugriff am 03.07.2015)

FRA. European Union Agency for Fundamental Rights (2015): Surveying LGBT people and authorities.

<http://fra.europa.eu/en/project/2011/surveying-lgbt-people-and-authorities>

(Zugriff am 03.07.2015)

GG. Grundgesetz

<http://www.gesetze-im-internet.de/gg/>

(Zugriff am 03.07.2015)

ICD-Code (2015).

<http://www.icd-code.de/>

(Zugriff am 03.07.2015)

SGB I. Sozialgesetzbuch 1

http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_1/

(Zugriff am 03.07.2015)

statista. Das Statistik-Portal (2015).

<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/272600/umfrage/anzahl-von-operationen-fuer-geschlechtsumwandlungen-in-deutschland/>

(Zugriff am 03.07.2015)

TGNB. Transgender Netzwerk Berlin (2006): Selbstdarstellung.

<http://www.tgnb.de/?id=102&lang=de>

(Zugriff am 03.07.2015)

Trans-Ident e.V. (2015): Homepage.

<http://www.trans-ident.de/trans-ident-beratungsstelle>

(Zugriff am 03.07.2015)

Trans Murder Monitoring-Projekt (2015): IDAHOT 2015.

<http://tgeu.org/tmm/>

(Zugriff am 03.07.2015)

Transsexuell (2015): Homepage.

<http://www.transsexuell.de/start.shtml>

(Zugriff am 03.07.2015)

TriQ. TransInterQueer (2015): Homepage.

<http://www.transinterqueer.org/>

(Zugriff am 03.07.2015)

TSG. Transsexuellengesetz

<http://www.gesetze-im-internet.de/tsg/BJNR016540980.html>

(Zugriff am 03.07.2015)

WHO. World Health Organization (2015): Classifications.

<http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/>

(Zugriff am 03.07.2015)

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig erstellt und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Soweit ich auf fremde Materialien, Texte oder Gedankengänge zurückgegriffen habe, enthalten meine Ausführungen vollständige und eindeutige Verweise auf die Urheber und Quellen.

Alle weiteren Inhalte der vorgelegten Arbeit stammen von mir im urheberrechtlichen Sinn, soweit keine Verweise und Zitate erfolgen.

Mir ist bekannt, dass ein Täuschungsversuch vorliegt, wenn die vorstehende Erklärung sich als unrichtig erweist.

Ort, Datum:

Unterschrift: