

Transidentität und Geschlechtsdysphorie

F. Staudt

Einführung

Anlass und Grundlage dieses Beitrags ist ein Vortrag im Rahmen des Arbeitskreises „Ethik in der Medizin“ der Sächsischen Landesärztekammer über Transidentität beziehungsweise Geschlechtsdysphorie [1], bei dem ein Schwerpunkt auf Kinder und Jugendliche gelegt wurde.

Das Phänomen „Transidentität“ findet in den Medien, besonders im Internet, derzeit eine zunehmende Aufmerksamkeit [2]. Die Beratung der betroffenen Kinder und ihrer Eltern erfolgt in der Regel durch Selbsthilfe- und Interessengruppen, bevorzugt in einer affirmativen Weise. Ärztlich geleitete Beratungsstellen finden sich vor allem in Kliniken beziehungsweise Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dagegen werden bisher nur wenige (Kinder-)Ärzte und Ärztinnen involviert. Sie haben daher zu dieser Thematik oft nur wenig bis keine Erfahrung. Alle angesprochenen Beratungsstellen und Ärzte sind mit erheblichen medizinischen, psychotherapeutischen, aber auch ethischen und rechtlichen Herausforderungen und Konsequenzen konfrontiert, die im Folgenden skizziert werden sollen [3].

Norm und Normabweichung

Zunächst soll die Frage der **Normalität** angesprochen werden. Gesellschaftliche Normen sind allgemein verbindlich geltende und anerkannte Regeln für das Verhalten oder den Zustand von Menschen, die sich in Abhängigkeit von den gesellschaftlichen Verhältnissen herausgebildet haben. Sie sind üblicherweise so definiert, dass zu ihnen ein gewisser, allerdings subjektiver Toleranzspielraum gehört [4]. Erst wenn dieser überschritten wird, beziehungs-

weise wenn es zu einer Normabweichung kommt, ist es notwendig, zwischen Krankheit, Störung, Variante oder nur Anderssein zu unterscheiden, da sich hieraus Konsequenzen für Akzeptanz, Toleranz, Therapie und Umgang ergeben.

Ein Verhalten oder einen Zustand als abnorm oder krank zu bezeichnen, ist oft fragwürdig und wird der Vielschichtigkeit der Situation nicht gerecht. Es kann sich auf eine einzelne Norm oder auf eine Mischung von Normebenen beziehen [5]. Dabei kann es durchaus sein, dass sich diese widersprechen. Wenn also jemand von einer Bezugsgruppe als „abnorm“ oder auch nur als „auffällig“ erlebt wird, statistisch, subjektiv und fachlich gesehen jedoch ganz „normal“ erscheint, liegt es nahe, dass das Problem nicht bei der betreffenden Person, sondern bei der Bezugsgruppe liegt.

Das traditionelle (westliche) **Geschlechtersystem** [6] ist binär, das heißt es geht davon aus, dass es nur zwei „normale“ Geschlechter gibt, nämlich männlich und weiblich. Es prägt in der Regel das soziale Umfeld und trifft für die große Mehrheit der Bevölkerung zu, die aus Männern und Frauen, Jungen und Mädchen besteht, die mit ihrer Geschlechtsidentität gut zurechtkommen beziehungsweise damit zufrieden sind.

Das **biologische Geschlecht** bestimmt in der Regel wesentlich mit, wer eine Person ist, wie sie sich selbst erlebt und wie die Mitmenschen mit ihr umgehen. Es sollte jedoch nicht vergessen werden, dass neben der sexuellen Veranlagung und Orientierung weitere genetischen Anlagen und das soziale Umfeld die Persönlichkeit eines Menschen prägen und dass sich diese ent-

wickeln und verändern kann. Ein Beispiel für die Orientierung der Gesellschaft am biologischen Geschlecht ist der Sport, wo es bekanntlich aufgrund unterschiedlicher physischer Voraussetzungen deutliche Unterschiede im Leistungsspektrum von Männern und Frauen gibt [7].

Kritisiert wird heute an diesem System, dass es keine anderen Geschlechter oder Zwischenstufen als „normal“ zulasse und zudem „patriarchalisch“ sei. Manche religiös geprägten Ansichten lehnen „ein drittes Geschlecht“ ab. Sie berufen sich diesbezüglich auf die Bibel [8] („Als Mann und Frau schuf er sie“). Sie halten das binäre Geschlechtersystem für „eine Ordnung, auf der die ganze Menschheit beruht“ und von der unsere Zukunft abhängt [9]. Intersexuelle, nichtbinäre und andere Menschen sind mit diesem System oft nicht richtig einzuordnen. Sie werden heute unter dem Begriff **Queer** (siehe Anhang) zusammengefasst.

Wichtig ist zunächst die Frage, was überhaupt einen Mann oder eine Frau ausmacht [10]. Dabei sind in der Regel die Kriterien des biologischen Geschlechts eindeutig: Eine Menstruation hat zum Beispiel nur eine Frau und schwanger werden kann auch nur sie. Ein Kind zeugen kann dagegen nur ein Mann. Diese Fakten sind für den Erhalt der Menschheit grundlegend, unabhängig von der Identitätsfrage und haben insbesondere für die Medizin eine erhebliche Bedeutung. Dies zeigt sich besonders im Fach Gynäkologie (Frauenheilkunde), in dem die biologischen Besonderheiten und Eigenheiten von Frauen im Zentrum stehen.

In jüngster Zeit wird unter dem Namen **„Gendermedizin“** dem biologischen Unterschied zwischen Männern und Frauen eine zunehmende Aufmerk-



© Katya Rekina/Shutterstock

Eine Minderheit von Kindern und Jugendlichen empfindet das meist schon vor der Geburt auf Grund der Geschlechtsmerkmale „zugewiesene“ beziehungsweise „festgestellte“ biologische Geschlecht als nicht stimmig.

samkeit geschenkt, zum Beispiel bezüglich spezifischer Erkrankungen, wie Gebärmutterkrebs beziehungsweise Prostatakarzinom, aber auch in Hinblick auf den unterschiedlichen Verlauf von Krankheiten wie Herzinfarkt oder auf die geschlechtsspezifische pharmakologische Wirkung von Medikamenten. Solche Unterschiede betreffen aber auch trans- und nichtbinäre Menschen, für die es bisher jedoch kaum entsprechende Daten gibt [11]. Hier besteht ein erheblicher Nachholbedarf in Forschung und Ausbildung.

Das heutige Verständnis der unterschiedlichen Geschlechtlichkeit berücksichtigt drei Ebenen: die somatische, die psychische und soziale Ebene [12]. Daraus ergibt sich eine über die biologische Differenzierung hinausgehende „konstitutionelle Geschlechtervielfalt“, und so gesehen gelten die Varianten einer normalen und gesunden Entwicklung inzwischen nicht mehr als

Ausdruck einer defizitären oder pathologischen Konfliktlösung [13].

In der frühen Kindheit entwickelt sich in der Regel die Fähigkeit, sich selbst als Mädchen oder Junge einzuordnen. Allmählich erkennen Kinder, dass sich ihre Geschlechtszugehörigkeit nicht durch Wünsche, Verhalten oder das äußere Erscheinungsbild verändern lässt, sondern angeboren ist. Dadurch wird auch das von kulturellen Bedingungen bestimmte Verhalten und der Umgang mit Gleichaltrigen geprägt.

Während der Pubertät entwickeln sich die Geschlechtsmerkmale mit einschneidenden körperlichen und emotionalen Veränderungen. Erst in der Adoleszenz besteht ein vollständiges Verständnis der Geschlechtskonstanz und schließlich erst in der Spätadoleszenz beziehungsweise im jungen Erwachsenenalter (18. bis 26. Lebensjahr) wird in der Regel die männliche beziehungsweise weibliche Geschlechts-

rolle endgültig übernommen und akzeptiert [14].

Geschlechtsidentität/Transidentität

Eine Minderheit von Kindern und Jugendlichen lässt sich nicht in die gesellschaftlich geprägte dichotome Geschlechterordnung einordnen (**Varianten der Geschlechtsidentitätsentwicklung, Gender Variance**) [15]. Sie empfinden das meist schon vor der Geburt durch Ultraschall und dann bei der Geburt auf Grund der Geschlechtsmerkmale „zugewiesene“ biologische Geschlecht als nicht stimmig. Allerdings erscheint die Aussage „zugewiesenen“ tendenziös zu sein, da das biologische Geschlecht anhand eindeutiger anatomischer Kriterien nicht willkürlich bestimmt, sondern festgestellt beziehungsweise diagnostiziert wird.

Häufig kommt es schon in jungen Jahren zu geschlechtsunkonformem Erleben und gegengeschlechtlichen Verhaltensweisen (Kleidung, Haartracht,

Spiele). Man spricht dann von **Transidentität**. In der Psychologie und der Medizin werden die Begriffe Genderdysphorie beziehungsweise Gender- oder Geschlechtsinkongruenz verwendet.

Die medizinische Terminologie hat sich im Laufe der Zeit geändert [16]. Während man früher von Genderidentitätsstörung und Transsexualismus (1980 DSM-3) gesprochen hat, wurde im 2013 DSM-5 der Begriff Genderdysphorie (Gegensatz zu Euphorie) [17] eingeführt, um schließlich von Genderinkongruenz zu sprechen (ICD-11, 2019) [18]. Das Ziel dieser Umbenennungen ist es, möglichst jede Diskriminierung zu vermeiden. Daher darf nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und Bundesärztekammer (Drucksache 19/6477) mit der Änderung des Diagnoseschlüssels ICD-11 Transidentität nicht mehr als Krankheit bezeichnet werden. Vielmehr soll sie unabhängig von Gesundheit oder psychischer Erkrankung eingeordnet werden.

Transmänner sind Personen mit der Genderidentität Mann, denen aber aufgrund der sekundären Geschlechtsmerkmale nach ihrer Geburt das weibliche Geschlecht zugewiesen (genauer „festgestellt“) wurde. Für **Transfrauen** gilt analog das Gleiche. Häufig wird davon gesprochen, dass Transgender sich „im falschen Körper“ fühlen beziehungsweise sind. Dieses Konzept wird inzwischen als veraltet und irreführend angesehen [19]. So lehnen viele Trans*-Menschen diese Formulierung für sich persönlich ab, zum Beispiel, weil sie ihren gesunden Körper nicht als „falsch“ bezeichnen wollen. Es liegt vielmehr eine fehlende Übereinstimmung von Körper und Psyche beziehungsweise Identität vor [20].

Genderinkongruenz bei Kindern [21] (ICD-11, HA61) kann schon im frühen Kindesalter vorkommen. Solche Kinder

lehnen bisweilen ihre sexuelle Anatomie beziehungsweise die Geschlechtsmerkmale ab und bevorzugen oft Spiele, Spielzeug, Haartracht oder Kleider, welche üblicherweise dem anderen Geschlecht zugeordnet werden. Dabei kann es aber im Laufe der Entwicklung immer wieder zu Veränderungen kommen. Für die Diagnosestellung soll die Inkongruenz etwa zwei Jahre bestanden haben. Allerdings gibt es letztendlich keine eindeutigen Diagnosekriterien. Das Kind selbst bestimmt seine Identität zum gegebenen Zeitpunkt.

Wird durch die Inkongruenz ein Unbehagen oder ein Leidensdruck hervorgerufen, spricht man von **Geschlechtsbeziehungsweise Genderdysphorie** beziehungsweise *Genderdysphoria* (2013 DSM-5) [22]. Tritt sie vor der Pubertät auf, spricht man von „*early onset*“, nach der Pubertät von „*late onset*“. Dabei differieren die Daten in den verschiedenen Ländern Europas [23]. Mit dem Begriff Geschlechtsdysphorie bleibt die Möglichkeit erhalten, sie mit einem Diagnosesystem zu erfassen. Dies hat insbesondere für die Kostenübernahme durch die Krankenkassen, zum Beispiel für eine notwendige Psychotherapie, Bedeutung.

Der Begriff **Transsexualität** [24] erweckt fälschlicherweise den Eindruck, er beziehe sich auf sexuelles Verhalten und nicht nur auf körperliche Geschlechtsmerkmale (englisch: *sex*). So werden von vielen die Begriffe Transgeschlechtlichkeit oder Transidentität bevorzugt. Allerdings wird auch im neuen ICD-11 von 2022 die Geschlechtsinkongruenz unter „HA60 Transsexuell“ verschlüsselt.

Für die Entstehung einer Transidentität gibt es verschiedene Erklärungsansätze, von denen sich allerdings bisher keiner als eindeutig bedeutsam erwiesen hat [25]. Man geht daher von ei-

nem multikausalen, individuellen Geschehen genetischer, biologischer und entwicklungspsychologischer Einflüsse [26] und einer Variante der geschlechtlichen Identität aus [27]. Insbesondere **Transaktivisten** vertreten häufig die Position, dass Transidentität angeboren sei und begründen damit ihre affirmative Beratung beziehungsweise die hormonelle oder operative Behandlung von Kindern [28].

Aufgrund uneinheitlicher Definitionen und fehlender Zählungen ist die Häufigkeit des Trans-Phänomens schwer zu bestimmen [29]: Einen Hinweis können die Verfahren zur Namens- und Personenstandsänderung geben, die Menschen nach dem Transsexuellengesetz bei den Amtsgerichten anstoßen (2.687 Personen im Jahr 2020). Mit Blick auf die jährlichen Geburten (rund 773.100 im Jahr 2020) entspricht das etwa 0,35 Prozent der Bevölkerung. Kinder werden dadurch aber noch nicht erfasst.

In den vergangenen Jahren kam es zu einer erheblichen Zunahme der Inanspruchnahme von Spezialambulanzen und Therapeuten. Insbesondere für Mädchen wird von einem Hype, einem Zeitgeistphänomen oder einer neuartigen Identifikationsschablone [30] und auch von „**Rapid Onset Gender Dysphoria**“ [31] gesprochen.

Insgesamt sind etwa zwei bis drei Prozent aller Kinder und Jugendlichen davon überzeugt, im „falschen Körper“ geboren zu sein. Die Persistenz ist vom Kindes- ins Jugendalter („*Persisters*“) relativ niedrig. Nur bei etwa zwei bis 20 Prozent bleibt das transidente Empfinden auch in der Adoleszenz bestehen, bei der Mehrzahl verliert es sich hingegen mit zunehmendem Alter. Ob man Kinder prospektiv als *Persister* bezeichnen darf, ist fraglich, da sie noch in der biologischen, geistigen und personalen Entwicklung stehen.

Die Persistenz vom Jugend- ins Erwachsenenalter ist dagegen sehr hoch [32]. Im Hinblick auf die Persistenz im Kindesalter werden drei Gruppen unterschieden:

- Bei der Mehrzahl der Kinder hält die Geschlechtsdysphorie nicht bis ins Jugendalter an, sondern entwickelt sich mit Beginn der Pubertät zurück (**Desisting Gender Dysphoria** oder *Desisters*) [33] oder die Kinder arrangieren sich mit ihren geschlechtsspezifischen Körpermerkmalen und entwickeln später in der Pubertät eine homosexuelle oder bisexuelle Orientierung [34].
- Eine kleine Minderheit arrangiert sich ebenfalls mit ihren geschlechtsspezifischen Körpermerkmalen und entwickelt in der Pubertät eine ausschließlich heterosexuelle Orientierung.
- Bei den übrigen Kindern bleibt die empfundene Diskrepanz bestehen und verstärkt sich mit Beginn der Ausprägung der sekundären Geschlechtsmerkmale (**Persisting Gender Dysphoria** oder *Persisters*) [35].

Die Situation der betroffenen Menschen ist vor dem Hintergrund einer spezifisch binären Vorgabe der „Normalität“ in einer Gesellschaft nicht einfach. Transgender sind jedoch keine Erscheinung der Neuzeit. Transgender hat es in allen Epochen der menschlichen Geschichte und in allen Kulturen gegeben [36].

Heute findet die Notwendigkeit zur Selbstbehauptung ihren Ausdruck in verschiedenen Vernetzungsformen und ihren Selbstbezeichnungen (siehe Anhang).

Andere Varianten von Geschlechtlichkeit

Mit der Abkürzung **FLINTA*** (siehe Anhang) werden auch andere Varianten der biologischen Geschlechtlichkeit eingeschlossen. Damit ist es notwendig,

auch auf die Begriffe Intersexualität und Transvestitismus (siehe Anhang) einzugehen.

Intersexualität [37] bezeichnet Störungen der Sexualentwicklung von Menschen, deren körperliche Geschlechtsmerkmale nicht eindeutig dem einen oder anderen Geschlecht zugeordnet werden können. Schon im Altertum bezeichnete man diese als Hermaphroditen oder Zwitter.

Intersexuelle beziehungsweise intergeschlechtliche Menschen werden häufig pathologisiert, obwohl sie ansonsten meist gesund sind. Bereits im frühen Kindesalter wurden genitalverändernde Operationen durchgeführt, um die Kinder der „Norm“ anzupassen. Hierzu gibt es seit dem Jahr 2021 eine gesetzliche Regelung: „Gesetz zum Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung“ (§ 1631e BGB). Man geht davon aus, dass 0,02 bis 1,7 Prozent der Bevölkerung intersexuell sind. Intergeschlechtlichkeit beziehungsweise Intersexualität ist keine Geschlechtsidentität und auch keine sexuelle Orientierung. Viele intergeschlechtliche Menschen sehen sich als weiblich oder männlich. In Deutschland ist es aber seit 2018 auch möglich, „divers“ als Geschlecht in das Personenstandsregister einzutragen [38].

Therapie bei Geschlechtsinkongruenz

Die Transdysphorie geht bei vielen Betroffenen mit erheblichen psychischen beziehungsweise psychosozialen Belastungen einher: Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, Suizidalität, Depressionen, soziale Ängste, Substanzmissbrauch, Selbstverletzung, suizidale Gedanken und Handlungen und andere psychische beziehungsweise psychiatrische Probleme [39]. Durch die Therapie der Geschlechtsinkongruenz soll ein normal-gesundes Leben möglich gemacht werden. Allerdings bleibt oft die Frage nach Ursache und

Wirkung offen. Daher sollte die Behandlung der Betroffenen nach einer ausführlichen körperlichen Untersuchung zunächst durch einen mit dem Thema Trans vertrauten Psychotherapeuten erfolgen. Hier besteht die Aufgabe in einer unbefangenen, neutralen, ausgangsoffenen und nicht affirmativen psychotherapeutischen Begleitung [40], gegebenenfalls auch die Begleitung eines Transitionsprozesses bis zur Indikationsstellung für hormonelle Maßnahmen beziehungsweise für chirurgische Eingriffe, abhängig vom Leidensdruck [41]. Die dabei erlebte emotionale oder praktische soziale Unterstützung soll das positive Selbstwertgefühl verbessern und zu einer Identitätsstärkung beitragen, zumal die Unterstützung durch die gleichaltrigen Peers und die eigenen Eltern beim **Coming-out** (siehe Anhang) oft fehlt [42]. Bei der körpermedizinischen Behandlung ergibt sich ein therapeutisches Dilemma: Die Kinder- und Jugendmedizin ist geprägt von einer paternalistischen Schutzethik, die den noch nicht erwachsenen Menschen vor möglichen falschen Entscheidungen zu schützen sucht, gegebenenfalls auch gegen den Willen der Erziehungsberechtigten. Dies kann im Widerspruch zum Recht der Jugendlichen auf ungehinderte Entfaltung ihrer Persönlichkeit, auf Selbstbestimmung und eine unbeeinträchtigte Gesundheit stehen. So müssen die Entscheidungen individuell durch sorgfältiges Abwägen zwischen den Betroffenen, ihren Eltern, Psychotherapeuten und Chirurgen getroffen werden [43]. Umstritten ist die **Hormontherapie**. Sie besteht bei sogenannten Persistern, also vor allem Jugendlichen mit anhaltender Geschlechtsdysphorie, zunächst in der Gabe von **Pubertätsblockern**, die das Erleben der Geschlechtsentwicklung durch Unterdrückung der Ausbildung von Geschlechtsmerkmalen verhindern [44]. Diese Behandlung soll

angeblich nur überschaubare Nebenwirkungen haben und reversibel sein. Bisher wartet man in der Regel mit dem Beginn der Hormongabe mindestens bis zum Tanner-Stadium 2 (Beginn Entwicklung von Brustknospe/ Brustdrüsengewebe beziehungsweise Veränderung des Hodenvolumens) [45].

Eine gegengeschlechtliche **dauerhafte Hormontherapie** mit dem Ziel der „Geschlechtsumwandlung“ trägt das Risiko von erheblichen Nebenwirkungen. Wegen des positiven Effekts bezogen auf die eigene geschlechtliche Identität und die Erwartung einer deutlich verbesserten psychischen Gesundheit wurden diese in Kauf genommen [46]. Allerdings handelt es sich dabei nicht um eine Umwandlung, vielmehr um eine Anpassung des Geschlechts, da das biologische Geschlecht nicht verändert werden kann.

Die Hormontherapie der Geschlechtsinkongruenz ist umstritten. Sie fußte im Wesentlichen lange auf den heute stark kritisierten Behandlungsmethoden holländischer Mediziner und Psychologen, die in den 1990er Jahren die Pubertätssuppression (Gabe von Pubertätsblockern) als eine Intervention für transsexuelle Jugendliche vorgeschlagen haben (sogenanntes **Dutch Protocol**) [47]. Daraus wurde ein internationaler Standard für die Behandlung der Genderdysphorie abgeleitet [48]. Inzwischen wird diese Studie aber vehement in Frage gestellt [49]. Es wird auch von einem „Mythos“ gesprochen [50]. Dafür werden drei Argumente angeführt:

- Die Auswahl der Patientinnen und Patienten sei in der Weise erfolgt, dass nur die am meisten erfolgreichen Fälle für die Ergebnisse berücksichtigt wurden.
- Das Ergebnis „Resolution von Genderdysphorie“ sei durch eine Umkehrung des angewandten Fragebogens erreicht worden.

- Die gleichzeitige Psychotherapie habe es unmöglich gemacht, ihren Effekt von dem der Hormonbehandlung beziehungsweise der chirurgischen Eingriffe zu unterscheiden.

Daraus wurde der Schluss gezogen, dass dieses Protocol methodisch fehlerhaft sei und dass es daher als sogenannte innovative klinische Praxis nie hätte angewandt werden dürfen. Zudem gibt es bisher offensichtlich keine eindeutige Bestätigung der Ergebnisse dieser inzwischen 30 Jahre alten Mitteilung, etwa durch Verlaufsuntersuchungen anderer Klientelgruppen. In Schweden wurde daher eine Langzeitstudie gestartet, weil das Wissen über Genderdysphorie und damit verbundene Ergebnisse unzureichend seien und die bisherigen Verlaufsuntersuchungen nicht den Ansprüchen an hochqualifizierte Studien entsprechen würden [51].

Eine vom öffentlichen Gesundheitssystem in England (NHS) angeordnete unabhängige Untersuchung kam zu einem verheerenden Urteil und kritisierte vor allem die Methoden des einzigen Zentrums des National Health Service (NHS) für junge Menschen mit Geschlechtsdysphorie, des *Gender Identity Development Service* (GIDS) der **Tavistock-Clinic** in London [52]. Die Leiterin der Untersuchung, die ehemalige Präsidentin des Royal College of Pädiatrics and Child Health (RCPCH), kam zu dem Ergebnis, GIDS setze junge Menschen einem „beachtlichen Risiko der Beeinträchtigung ihrer psychischen Gesundheit“ aus und könne Patientinnen und Patienten schaden. Die Klinik habe weder wichtige Daten zu ihren Patienten aufgenommen, noch sei sie in der Lage gewesen, Änderungen im Patientenprofil zu erklären. Kritisiert wurde auch ein unhinterfragter gender-affirmativer Ansatz (siehe Anhang) sowie die unkritische Gabe von Pubertätsblockern an Kinder ab zehn Jahren, ob-

wohl deren Nebenwirkungen noch zu wenig untersucht seien.

Nicht jeder Angestellte in Tavistock wollte diese Behandlung der minderjährigen Patienten mittragen und so haben zwischen 2016 und 2019 über 35 Ärzte und Psychologen die Klinik verlassen. Sie galten deshalb als „transphob“ (siehe Anhang). Demgegenüber wurde jetzt der Schluss gezogen, dass eine identitätspolitische Ideologie Vorrang über fundierte Befunde gehabt habe [53]. Zudem wurde der Vorwurf erhoben, dass der *Consent* nicht *informed*, sondern „*uninformed*“ gewesen sei [54]. Auf Grund der seit 2020 laufenden Untersuchung [55] wurde die Schließung der Klinik verfügt [56]. Mit dem Vorwurf „medizinische Fahrlässigkeit“ und „übereilte Verschreibung von Pubertätsblockern“ wollen über 1.000 Familien eine Sammelklage einreichen [57].

Auch im **Schwedischen Gesundheitssystem** (*Socialstyrelsen*) wurde von experimentellen Therapien bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren abgeraten. Es wurde eine psychologische Unterstützung für das Leben mit einem gesunden Körper, in dem sie geboren wurden, und eine Revision der bisherigen Leitlinie gefordert [58]. Dem Argument, es gäbe keine eindeutigen wissenschaftlichen Ergebnisse für einen positiven Effekt und die Sicherheit von Pubertätsblockern, wurde von Befürwortern allerdings die Aussage entgegengesetzt, diese seien „lebensretend“, da sie die Selbstmordrate, das Auftreten von Depression und Angstzuständen drastisch senken würden [59]. Eine Langzeit Follow-Up Studie kommt allerdings wieder zur gegenteiligen Aussage, dass nämlich Personen nach durchgeführter Geschlechtsanpassung ein deutlich höheres Risiko für Suizid, Kriminalität und psychiatrische Morbidität als die übrige Bevölkerung haben [60].

Rechtliche Situation

Das „Gesetz zum Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung“ (§ 1631e BGB) [61] aus dem Jahr 2021 soll medizinisch nicht notwendige Behandlungen an einwilligungsunfähigen intergeschlechtlichen Kindern verhindern [62]. Intergeschlechtliche Kinder wurden zuvor häufig operiert, um ihre Körper an normative Vorstellungen von „männlich“ oder „weiblich“ anzupassen, ohne dass für diese weitreichenden Eingriffe in ihre körperliche Integrität und ihre zukünftigen Entwicklungsmöglichkeiten eine medizinische Notwendigkeit bestand. Jetzt können Eltern künftig nur dann einer geschlechtsangleichenden Operation zustimmen, wenn der Eingriff nicht bis zu einer späteren selbstbestimmten Entscheidung des Kindes aufgeschoben werden kann [63]. Außerdem soll ein Familiengericht prüfen, ob der geplante Eingriff dem Kindeswohl entspricht (§ 1631e Abs. 3 BGB). Legen die Eltern dem Gericht eine befürwortende Stellungnahme einer interdisziplinären Kommission vor, wird dies angenommen (§ 1631e Abs. 3 und 4 BGB). Ohne eine gerichtliche Genehmigung sind operative Eingriffe aber strafbar, es sei denn, sie sind zur Abwehr einer Gefahr für das Leben oder die Gesundheit des Kindes erforderlich und nicht aufschiebbar.

Um den Wunsch für eine Änderung des Geschlechtseintrags beim Standesamt geltend zu machen, mussten bisher zwei Gutachten von Sachverständigen vorgelegt werden. Dies wurde von den Betroffenen als Erniedrigung und Diskrimination erlebt und kostete noch dazu viel Geld. So ist es eines der zentralen gesellschaftspolitischen Vorhaben der aktuellen Regierung der BRD, es den trans-, intergeschlechtlichen und nichtbinären Personen leichter zu machen. Der vom Bundeskabinett am 23. August 2023 beschlossene Entwurf eines „**Gesetzes über die Selbstbestim-**

mung in Bezug auf den Geschlechtseintrag und zur Änderung weiterer Vorschriften (Selbstbestimmungsgesetz)“ [64] soll es trans-, intergeschlechtlichen und nichtbinären Personen erleichtern, ihren Geschlechtseintrag ändern zu lassen. So soll es künftig möglich sein, durch einen einfachen Antrag per Selbstauskunft vor dem Standesamt den Geschlechtseintrag im Pass zu ändern.

„Ohne eine gerichtliche Genehmigung sind operative Eingriffe strafbar, es sei denn, sie sind zur Abwehr einer Gefahr für das Leben oder die Gesundheit des Kindes erforderlich und nicht aufschiebbar.“

Ausgerechnet ein harmlos klingender Passus sorgt bei Betroffenenverbänden für Kritik: Im § 6 des Entwurfs steht: „Betreffend den Zugang zu Einrichtungen und Räumen sowie die Teilnahme an Veranstaltungen bleiben das Hausrecht des jeweiligen Eigentümers oder Besitzers (...) unberührt“ [65].

Der Gesetzentwurf berücksichtigt auch Vorwürfe, die Möglichkeit der Änderung des Geschlechtseintrags könne leichtfertig missbraucht werden. Insgesamt soll sich aber mit diesem Gesetz für die Betroffenen vieles zum Guten wenden. „Endlich wird respektiert, dass jede Person selbst Expert*in für die eigene Geschlechtsidentität ist“ [66]. Der Bundestag hat sich im Herbst 2023 mit dem Gesetz befasst. Es soll 2024 beschlossen werden.

Gegen die Neufassung des Selbstbestimmungsgesetzes argumentieren genderkritische Feministinnen [67] und berufen sich auf die Biologie und die sozialen Implikationen der Konse-

quenzen aus der alleinigen Selbstauskunft („*Self-ID*“). Mit der Verneinung, dass ein inneres Gefühl namens „Geschlechtsidentität“ gesellschaftspolitisch relevanter sei als das biologische Geschlecht, setzen sie sich dem Vorwurf aus, „transphob“ zu sein und werden als **TERFs** bezeichnet (siehe Anhang).

Das „**Gesetz zum Schutz vor Konversionsbehandlungen (KonvBG)**“ vom 12. Juni 2020 (BGBl. I S. 1285, Nr. 28) verbietet die „Therapie“ von Menschen mit Homosexualität. Eingeschlossen in das Gesetz wurde die Transidentität. Damit entstand für alle Therapeutinnen und Therapeuten eine bedrohliche Situation, wenn sie nicht mit einem affirmativen Ansatz (siehe Anhang) beraten. Allerdings kann auch eine affirmative Beratung und Behandlung ebenso wie eine Trans-Hormontherapie oder gar eine geschlechtsanpassende Operation die natürliche Entwicklung der Sexualität und der Identität gefährden und zu einer irreversiblen Konversion (in Richtung Trans) führen. Auch dies birgt rechtliche Risiken, wie die geplanten Sammelklagen in England und Schweden zeigen. Auf jeden Fall werden das ärztliche und psychotherapeutische Handlungsspektrum und die Möglichkeiten, eigenverantwortlich unter Berücksichtigung aller Umstände auf den Einzelfall einzugehen, durch politische Vorgaben eingeschränkt beziehungsweise erschwert. Es bleibt die Frage, ob letztlich mit diesem Gesetz den Kindern und Jugendlichen mit Identitätsproblemen mehr geholfen oder geschadet wird.

Die aktuelle **S3-Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: Diagnostik, Beratung, Behandlung“** [68] für Deutschland vom 9. Oktober 2018 war gültig bis zum 8. Oktober 2023. Sie wird derzeit überarbeitet und soll demnächst veröffentlicht werden [69].

Ethische Aspekte

Betroffene Kinder, die selbst nicht verstehen, was sie sind und was mit ihnen passiert, werden von ihrer Umgebung, ihren Familien, in den Kindergärten und Schulen, und mit hoher Wahrscheinlichkeit auch von Kinderärzten und Psychotherapeuten oft nicht verstanden, denn bei der Bevölkerung, aber auch bei der Ärzteschaft besteht ein erhebliches Informationsdefizit. Zudem handelt es sich um eine Situation, die vielfach sehr ideologisch geprägt und medial und politisch aufgeheizt ist. Dabei ist die Genese der Geschlechtsinkongruenz beziehungsweise Genderdysphorie, wie oben beschrieben, bisher nicht geklärt.

Es stellt sich zunächst die grundsätzliche, ethische Frage, ob es überhaupt erlaubt ist, geschlechtsangleichende chirurgische oder medikamentöse Eingriffe bei transsexuellen Menschen, insbesondere Kindern und Jugendlichen durchzuführen. Hierzu hat sich die **US-Bischofskonferenz** am 20. März 2023 mit einer „*Doctrinal Note on the Moral Limits to Technological Manipulation of the Human Body*“ unter Berufung auf die grundlegende natürliche Ordnung von Leib und Seele eindeutig ablehnend zu Eingriffen geäußert, die bei einem gesunden Körper in der Regel zu „Verstümmlung“ und Unfruchtbarkeit führen. Sie hat verboten, solche Eingriffe in einem katholischen Krankenhaus durchzuführen [70].

Ob die „Ordnung der Natur“ allerdings eine verpflichtende ethische Dignität besitzt, wird von anderer Seite mit dem Hinweis auf einen „naturalistischen Fehlschluss“ in Frage gestellt. Mit dem Argument der „Verhältnismäßigkeit“ und der Ansicht, dass es sich bei diesen Eingriffen um die „Wiederherstellung der personalen Integrität“ und nicht um eine Verstümmlung handele, wird empfohlen, diese Eingriffe nur nach eingehender Prüfung des tatsächlichen Leidens an der sexuellen Nicht-Identität durchzuführen [71].

Der **Deutsche Ethikrat** hat in seiner Ad-hoc-Stellungnahme (2/2020) [72] ethische Grundsätze für die Orientierung bei der Begleitung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Transidentität beschrieben und auf das allgemeine Persönlichkeitsrecht hingewiesen. Dieses umfasst das Recht, ein Leben entsprechend der eigenen, subjektiv empfundenen geschlechtlichen Identität zu führen und in dieser Identität anerkannt zu werden. Es wird dann auf die Besonderheiten einer altersentsprechenden Autonomie im Kindesalter eingegangen und das Elternrecht erwähnt [73].

Nutzen und Schaden der medizinisch-therapeutischen Maßnahmen, die im Einzelnen umstritten seien, sollen in jedem individuellen Fall sorgfältig abgewogen werden. Eine entsprechende Beratung und ein entstigmatisierender Umgang mit Trans-Identität bei Kindern werden gefordert. Angebote psychosozialer Beratung und deren Kooperation mit medizinischen Einrichtungen sollen gestärkt werden. Dabei wird eine multimodale Psychotherapie favorisiert. Als unzureichend wird eine abwartende Haltung gesehen, während eine affirmative, das Kind in seiner „Transidentität“ bestärkende Begleitung in Frage gestellt wird [74].

Es wird auch die Meinung vertreten, die Ad-hoc-Stellungnahme (2/2020) trage zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie wenig Hilfreiches bei [75]. Es würden lediglich bestehende Positionen beschrieben und ein Verständnis dafür gezeigt. Die Aussagen lassen sich im Wesentlichen aus der **Kinderrechtskonvention der UNO** vom 20. November 1989 [76] ableiten.

In der Stellungnahme wird betont, dass die Ursachen für die Geschlechtsdysphorie und für den hierbei hohen Anteil von (nach ihrem Geburtsgeschlecht) weiblichen Jugendlichen, dringend wei-

terer Klärung bedürfen. So werden entsprechende Langzeitverlaufsuntersuchungen gefordert. Es finden sich aber keine Überlegungen zur ethischen Bewertung, ob derartige Eingriffe überhaupt erlaubt sind. Auch die erheblichen Konsequenzen der hormonellen beziehungsweise chirurgischen „Therapie“, die bei einem ansonsten gesunden Körper auf Wunsch des Patienten („Wunscherfüllende Medizin“?) [77] erfolgt, wird nicht angesprochen.

Unter diesen Umständen stellt sich die Frage, ob für die hormonelle beziehungsweise chirurgische Behandlung von Kindern und Jugendlichen die **„Ethischen Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen“** der Deklaration des Weltärztebunds (WMA) von 1964 (letzte Revision 2013) [78] in Betracht kommen.

Die **ethisch-moralischen Prinzipien nach Beauchamp und Childress** 1977 [79] helfen weiter, das ethische Problem zu erfassen. Dabei sollte aber die besondere Schutzwürdigkeit des Kindes und das Kindeswohl berücksichtigt werden, wenn die für Erwachsene geltenden Prinzipien angewendet werden.

Der **Respekt vor der Autonomie** der Patienten (*respect for autonomy*) gesteht jeder Person Entscheidungsfreiheit und das Recht auf Förderung der Entscheidungsfähigkeit zu. Es beinhaltet die Forderung des **informierten Einverständnisses** (*informed consent*) vor jeder diagnostischen und therapeutischen Maßnahme. Bei Kindern, die ihre Situation und die Konsequenzen einer Therapie nur bedingt verstehen und deren Eltern für das Kind entscheiden sollen, bedeutet dies eine besondere Herausforderung. Unter der Annahme, dass die biologische und die psychosomatische Geschlechtsentwicklung erst im jungen Erwachsenenalter endgültig abgeschlossen sind, können Kinder und teils auch Jugendliche beziehungsweise Heranwachsende die Bedeutung,

Tragweite und Folgen einer Transitionsbehandlung nicht hinreichend erfassen. Sie sind daher keineswegs autonom einwilligungsfähig [80].

Dies ist die Rechtsauffassung eines Hohen englischen Gerichts (*High Court of Justice*), die davon ausgeht, dass in dieser Situation eine Einwilligungsfähigkeit bei Kindern unter 13 Jahren „sehr unwahrscheinlich“, bei 14- bis 15-Jährigen zumindest „zweifelhaft“ sei. Das Gericht ist der Meinung, dass es auch bei mindestens 16-jährigen Jugendlichen „angemessen sei, im Sinne des Kindeswohles Gerichte entscheiden zu lassen“ [81].

Das **Prinzip der Schadensvermeidung** (*nonmaleficence*) fordert, schädliche Eingriffe zu unterlassen. Führt man nach dem Willen des Kindes eine frühe Geschlechtsanpassung durch, so wird ihm die Erfahrung einer biologisch-geschlechtlichen Entwicklung, insbesondere während der Pubertät, genommen. Damit kann die Behandlung mit Pubertätsblockern bei Kindern, die später in eine transsexuelle Identität des Erwachsenen einmünden („*Persisters*“) zwar segensreich sein, für die Mehrheit der Kinder, die zu ihrem biologischen Geschlecht zurückkehren („*Desisters*“), wäre dies aber der falsche Weg. Dabei gibt es bisher keine verlässlichen Prädiktoren, die im individuellen Fall eine sichere Vorhersage ermöglichen würden [82].

„Therapien“ ohne eindeutige Diagnose – zumal mit unwiderruflichen Konsequenzen – widersprechen eigentlich dem **Prinzip der Fürsorge** beziehungsweise Hilfeleistung (*beneficence*), das die behandelnde Person verpflichtet, das Wohl des Patienten zu fördern und ihm zu nützen. Allerdings bestehen gerade bei Transkindern sehr unterschiedliche Meinungen, worin das Kindeswohl besteht.

Aus dem Fürsorgeprinzip mit „patriarchalischer“ Haltung ergibt sich auch

ein Konflikt mit dem Autonomieprinzip. Die Hormontherapie hat erhebliche Nebenwirkungen, die in der Regel nicht mehr oder nur teilweise reversibel sind. Die irreführend „Geschlechtsumwandlung“ genannten chirurgischen Maßnahmen bestehen in Brustamputation beziehungsweise Penisentfernung, also jeweils einem irreversiblen Eingriff. Die Entfernung der Hoden oder der inneren Geschlechtsorgane (Uterusexstirpation, Ovarektomie) führt zu einer endgültigen Unfruchtbarkeit. Das biologische Geschlecht wird aber dadurch nicht verändert! So sollte den Betroffenen unbedingt erklärt werden, dass eine Umwandlung des Geschlechts nicht möglich ist, sondern lediglich eine formale Anpassung bei gleichzeitigem Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit.

Es besteht ein weiteres Dilemma: Die hormonellen beziehungsweise chirurgischen Eingriffe haben zugleich individuell verschiedene, oft schwer absehbare psychische und somatische Auswirkungen. Der Psychotherapeut, der Arzt sollen dem Kind/dem Jugendlichen, gleichzeitig aber auch dem Wunsch der Eltern gerecht werden. Daraus können Eltern-Kind-Konflikte, aber auch Schuldgefühle entstehen.

Das **Elternrecht** hat zwar einen hohen Stellenwert, aber das Kind beziehungsweise der Jugendliche darf ohne seine Zustimmung oder gar gegen seinen Willen nicht behandelt werden. Dies ist auch nicht erlaubt, wenn es dies wünscht, obwohl es dem Kindeswohl widerspricht. Gerade hier werden die „Konflikte stellvertretender Entscheidungen“ und das Problem der „informierten Entscheidung“ (*informed consent*) bei Kindern besonders evident [83]. Die emotionale Annahme des eigenen Kindes ist zwar für das Kindeswohl ein zentrales Gut, dies impliziert aber nicht, dass es Eltern auch zusteht, aufgrund eigener Bedürfnisse für ihr Kind derart folgenreiche Angelegen-

heiten willkürlich zu entscheiden. „Dies spricht eher dafür, Eltern infolge erheblicher eigener psycho-emotionaler Belastungen die Stellvertretung bei dieser Frage nicht zu überantworten, ...“ [84].

So erscheint es auch notwendig, die Patienten über die Grenzen der Geschlechtsanpassung sowie über die biologischen und psychosomatischen Risiken aufzuklären und erst nach dieser Information unter Berücksichtigung der Wünsche, Ziele und Wertvorstellungen der Patienten und deren Eltern, eine in jedem individuellen Fall sorgfältige, multiprofessionelle Abwägung von Nutzen und Schaden jeder Maßnahme vorzunehmen.

Auf jeden Fall übernimmt der Arzt/die Ärztin – zusammen mit den Eltern – die Verantwortung für die Folgen der Behandlung, aber auch für ihre Unterlassung [85]. Auch Psychotherapeuten und schließlich die Vertreter der Interessengruppen tragen Verantwortung. Soweit Gesetze den Handlungsrahmen der Eltern und der Ärzte einschränken, sollte sich auch der Gesetzgeber seiner ethischen Mitverantwortung bewusst sein.

Danksagung

Dr. René Löffler, MA, Kirchenrecht und Ethik, Norbert von Stillfried, Jura, beide München, und Prof. Dr. Hans-Jürgen Christen (Neuropädiatrie), Hannover, haben durch kritisches und konstruktives Gegenlesen des Manuskripts wesentlich zur Erstellung dieser Arbeit beigetragen. Dafür sei ihnen ein besonderer Dank ausgesprochen. ■

Literatur unter www.slaek.de →
Über Uns → Presse → Ärzteblatt

Prof. Dr. med. habil. Franz Staudt, FRCP, MA
Kinder- und Jugendarzt
Neuropädiatrie und Neonatologie
Ehem. Ärztlicher Direktor der
Kinderklinik Dritter Orden, Passau
E-Mail: franz.staudt@t-online.de

Anhang: Begriffe und Definitionen

Gender [86]: Gender beschreibt auf einer wissenschaftlichen Ebene das „soziale Geschlecht“ und auf einer aktivistischen und persönlichen Ebene die Geschlechtsidentität einer Person. Es bedeutet die persönliche Vorstellung vom eigenen Geschlecht und der eigenen Geschlechterrolle, zum Beispiel im Hinblick auf Selbstwahrnehmung, Selbstwertgefühl oder Rollenverhalten. Innerhalb einer Gesellschaft bezeichnet Gender das Konzept, nach dem verschiedene Befindlichkeiten wie sozialer Status, Geschlechtspräsentation, Rolle in der Gesellschaft, Lebensplanung und Sexualität in die Kategorien Männlichkeit, Weiblichkeit oder „Trans“ eingeordnet werden.

Identität [87]: Der Begriff „Identität“ beschreibt, wie sich eine Person selbst definiert und welche Eigenheiten in ihrem Selbstverständnis wichtig sind.

Trans beziehungsweise Transgender [88]: Dies sind im Prinzip Überbegriffe (zum Beispiel Trans*-Themen, Trans*-Menschen, Trans*-Personen). Bei den betroffenen Menschen handelt es sich um eine heterogene Gruppe, die durch sehr unterschiedliche psychosoziale Hintergründe und Lebensweisen gekennzeichnet ist. Transgender oder Trans* sind teilweise auch fließende Begriffe, zumal ein transidenter Mensch oft zunächst (noch) nicht weiß, was mit ihr/ihm los ist oder war.

Intersexualität [89]: Die körperlichen Besonderheiten bei Intersexualität sind eindeutig pränataler Genese und können etwa auf der chromosomalen Ebene (zum Beispiel chromosomale Varianten 45,X bekannt als Turner-Syndrom mit einem weiblichen Phänotyp, und 47,XXY das Klinefelter-Syndrom mit männlichem Phänotyp)

auftreten. Hormonell bedingte Erkrankungen sind zum Beispiel das Adrenogenitale Syndrom (AGS) oder die hormonelle geschlechtliche Variante, das PCO-(Polycystische Ovarial) Syndrom.

Queer [90]: Das englische Wort „*queer*“ bedeutet seltsam, bizarr, unpassend oder ungewöhnlich. Es entwickelte sich zunächst zu einem beleidigenden Schimpfwort für homosexuelle Menschen und Praktiken. Die angesprochene Gruppe eignete sich den Begriff trotzig an. Inzwischen ist „queer“ ein Begriff des Empowerments für Menschen, die sich gegen normative Gender- und Sexualitäts-Zuschreibungen positionieren möchten und den Begriff für sich selbst verwenden. Queer [91] kann sowohl als eigenes Label als auch als Schirmbegriff für alle anderen Labels oder die queere *Community* verwendet werden. Außerdem sind *Queer Studies* ein wissenschaftliches Fachgebiet. Heute wird der Begriff meist positiv als Selbstbezeichnung gebraucht, vor allem von Menschen, die ihre Identität als „außerhalb der gesellschaftlichen Norm“ ansehen. Um queere Menschen besser zu verstehen, sind Fallberichte („Lebenszeugnisse“) [92] und auch Selbstporträtvideos im Internet sehr hilfreich. Menschen können sich auch als queer beschreiben, um zu vermeiden, sich mit einem spezifischeren Label zu benennen. Das tun beispielsweise Personen, die Labels nicht wichtig finden, die Kategorien ablehnen, deren Geschlecht und Anziehung sehr komplex und vielschichtig ist oder die ihre spezifische Identität nicht nach außen kommunizieren wollen.

Transphobie (Transfeindlichkeit) [93]: Das Wort wird von lateinisch *trans* „jenseitig, darüber hinaus“, und von „Phobie“ von altgriechisch *phóbos* „Furcht, Schrecken“) abgeleitet. Es bezeichnet eine soziale Abneigung oder Feindseligkeit gegen transgeschlecht-

liche Personen. Eine transphobe Einstellung kann mit Vorurteilen gegenüber Transpersonen verbunden sein und zu Aggressionen und gesellschaftlichen Diskriminierungen gegen sie führen. Transphobie kann sich ausdrücken durch Infragestellen oder Aberkennen der Geschlechtsidentität der betroffenen Personen sowie durch psychische und körperliche Gewalt bis hin zur Ermordung von Transmenschen. In öffentlichen Debatten kommt transfeindliche Gewalt allerdings kaum oder gar nicht vor.

TERFs [94]: Als „Trans Exclusionary Radical Feminists“ werden Feministinnen bezeichnet, die sich gegen Transmenschen und gegen die Rechte von Transpersonen stellen. Sie gelten unter Kritikern als sehr kontroverse Bewegung, die diese Bezeichnung von sich ablehnt. Sie selbst verstehen sich als „genderkritisch“.

LGBT [95]: Die Abkürzung LGBT ist ebenfalls aus dem Englischen übernommen: für *Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender*. Mittlerweile hat sich LGBT als Kurzform für alle Geschlechter, Geschlechtsidentitäten und sexuellen Orientierungen durchgesetzt, die von zweigeschlechtlichen und heterosexuellen Normen abweichen. Alle Untergruppen fordern Freiheiten in Bezug auf die gesellschaftlich geprägte zweigeschlechtliche Ordnung und die damit verbundene soziale Norm der Heteronormativität.

Community [96]: Der Begriff *Community* (= Gemeinschaft, zum Beispiel LGBT-Community) bezeichnet ein organisiertes und soziales Netzwerk von miteinander in Interaktion stehenden Individuen, die sich innerhalb eines spezifischen Zeitraums auf affektive sowie auf kognitive Weise wechselseitig beeinflussen und ein Zusammengehörigkeitsgefühl entwickeln. Die so-

ziale Interaktion zwischen den Mitgliedern einer Community unterliegt dabei in der Regel dem gemeinsamen Ziel, untereinander geteilter Identität oder gemeinsamen Interessen. Durch ihren Zusammenschluss innerhalb einer exklusiven Mehrheitsgesellschaft können sich Mitglieder dieser Gruppen gegenseitig stärken. Er ermöglicht ihnen, auch als Minderheit gemeinsam politische Forderungen zu stellen und neue Allianzen zu schaffen. Allerdings besteht die LGBT-Community aus einer völlig heterogenen Gruppe: die Homosexualität betrifft die Orientierung, Transgender die Identität und die Intersexualität die Zuordnung.

LGBT+ Pride Flag [97]: Diese wird auch Regenbogenfahne genannt. Sie entstand 1978 in San Francisco. Ursprünglich stammt sie aber aus der Bibel: Rot steht für das Leben, Orange für Heilung, Gelb für die Sonne, Grün für die Natur, Blau für Harmonie und Lila für Spiritualität. Im Buch Genesis des Alten Testaments wird in der Erzählung von der Sintflut beschrieben, dass Gott dem Regenbogen als Zeichen seines Bundes mit Noah und allen Geschöpfen einen Platz am Himmel gibt (Gen 9,12). Bis heute ist der himmlische Bogen daher für Juden und Christen ein sichtbares Zeichen der Nähe Gottes und seines Schutzes [98].

FLINTA* [99]: Diese Abkürzung steht für Frauen, Lesben, intergeschlechtliche, nichtbinäre, trans und agender Personen. Der angehängte Stern dient dabei als Platzhalter, um alle nichtbinären Geschlechtsidentitäten einzubeziehen.

FLINTAQ: Um explizit Queere zu erfassen, wird die Abkürzung erweitert. Der Begriff wird häufig genutzt, um bei Veranstaltungen einen Schutzraum für Menschen zu schaffen, „die aufgrund ihrer Geschlechtsidentität patriarchal diskriminiert werden“. Im Gegensatz

zum Begriff LGBT, der auch asexuelle und nicht-heterosexuelle Orientierung umfasst, bezieht sich FLINTA* ausschließlich auf die Geschlechtsidentität von Personen. Eine Ausnahme bildet hierbei nur das L, das für Lesben steht, denn „Obwohl Lesbisch-sein gemeinhin als sexuelle Orientierung und nicht als Geschlechtsidentität gilt, wurde der Begriff in die Abkürzung aufgenommen, um feministische Errungenschaften sichtbar zu machen.“ [100]

Transvestitismus [101]: Es bezeichnet das bewusste Tragen von Kleidung und Accessoires, die gemeinhin als stereotypisch für die Geschlechterrolle des anderen Geschlechts gelten. Eine psychische Störung wird aber nur diagnostiziert, wenn die Betroffenen in klinisch bedeutsamer Weise darunter leiden. Zur Diagnose dieser Störung werden hauptsächlich drei Kriterien herangezogen: Tragen gegengeschlechtlicher Kleidung, um die zeitweilige Erfahrung der Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht zu erleben. Der Kleiderwechsel ist nicht von sexueller Erregung begleitet. Der Wunsch nach geschlechtsangleichenden Maßnahmen oder chirurgischer Korrektur besteht nicht. Davon zu unterscheiden ist die Diagnose des Verkleidungsfetischismus [102]. Er gilt als psychische Störung oder Verhaltensstörung und wird den Paraphilien zugerechnet.

Coming-out: Jugendliche mit einer Transidentität erleben den Beginn der Bewusstwerdung als „inneres Coming-out“. Oft stehen ihnen zunächst keine passenden Begrifflichkeiten für die anders erlebte Geschlechtszugehörigkeit zur Verfügung. Sind diese gefunden, ist das „äußere Coming-out“, das heißt die Bekanntgabe in der Familie oder in der Schule beziehungsweise am Arbeitsplatz, von großen Ängsten begleitet. Eine psychotherapeutische Begleitung ist in jedem Fall angezeigt.

Affirmativ: „Transaffirmativ“ nennt man ein Verhalten, das Patienten bei der Erforschung ihrer geschlechtlichen Identität mit dem Ziel der Feststellung einer Transidentität unterstützt [103] ohne neutral die Entwicklung zu begleiten. Es besteht der Eindruck, dass die Kinder/Jugendlichen häufig gezielt zu transaffirmativen Therapeuten beziehungsweise Institutionen überwiesen werden.