

POLICY PAPER GESUNDHEIT
DES BUNDESVERBANDES TRANS*

TRANS* – GESUNDHEITS- VERSORGUNG

FORDERUNGEN AN DIE MEDIZINISCHEN INSTANZEN
UND AN DIE POLITIK



**BUNDESVEREINIGUNG
TRANS***

POLICY PAPER GESUNDHEIT
DES BUNDESVERBANDES TRANS*

TRANS* – GESUNDHEITS- VERSORGUNG

FORDERUNGEN AN DIE MEDIZINISCHEN INSTANZEN
UND AN DIE POLITIK

IMPRESSUM

Bundesvereinigung Trans* e.V.

(Rechtsnachfolge vom Bundesverband Trans* e.V.i.Gr. seit 2/2017)

Weisestr. 50

12049 Berlin

www.bv-trans.de

info@bv-trans.de

Ort: Berlin

März 2017 (Nachdruck der 1. Auflage)

Im Auftrag des Bundesverbandes Trans* verfasst von Till Amelung et al.

Coverdesign: zankoloreck.de

Layout und Satz: totec-weiss.de

Druck: hinkelstein-druck.de



Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons

Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitungen 4.0 International Lizenz.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

ISBN 978-3-00-055104-8

INHALT

1 Zusammenfassung	6
2 Einleitung	7
3 Begriffe und Definitionen	9
4 Medizinische Versorgung im Rahmen einer Geschlechtsangleichung	11
4.1 Diagnostik der <i>Transsexualität</i>	11
4.2 Medizinische Behandlungsmöglichkeiten für trans*-weibliche Menschen	13
4.3 Medizinische Behandlungsmöglichkeiten für trans*-männliche Menschen	13
4.4 Medizinische Behandlungsmöglichkeiten für trans* Kinder und Jugendliche	14
4.5 Krankenversicherungen und geschlechtsangleichende Maßnahmen	15
4.6 Forderungen in Bezug auf den Zugang zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen	17
5 Diskriminierungen in der allgemeinen Gesundheitsversorgung	18
5.1 Forderungen für eine trans*-affirmative Gesundheitsversorgung	19
6 Weitere Gesundheitsthemen	20
6.1 Sexuelle Gesundheit	20
6.2 Kinderwunsch	21
6.3 Psychosoziale Einflussfaktoren auf die Gesundheit	21
7 Literatur	23

1 ZUSAMMENFASSUNG

Die MDS-Richtlinie von 2009, die in Deutschland den Zugang zu bzw. die Kostenübernahme von Gesundheitsleistungen für gesetzlich versicherte trans* Personen¹ regelt, ist veraltet, u.a. durch die bereits 2011 auf Englisch erschienene siebente Fassung der „Standards of Care“ der WPATH (World Professional Association for Transgender Health) und die Stellungnahme des Weltärztebundes (WMA, World Medical Association) von 2015.

Der Bundesverband Trans* (BVT*) fordert u.a. den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, die gesetzlichen und privaten Versicherungen, die Beihilfestellen des Bundes und der Länder sowie die Bundesärztekammer auf, ihre Regelungen zu überprüfen und unter Einbeziehung der Expertise der im BVT* zusammengeschlossenen Gruppen und Personen grundlegend zu überarbeiten.

Im Folgenden werden die grundsätzlichen Forderungen zusammengefasst, die von Medizin und Politik umgesetzt werden sollten:

1 Der Bundesverband Trans* (BVT*) verwendet den Begriff „Trans*“ im weiteren Sinne und bezeichnet damit Personen, die sich z.B. als transsexuell, transident, transgeschlechtlich, transgender, genderqueer, trans*, trans, nicht-binär, Crossdresser, Transfrau oder Transmann bezeichnen oder bezeichneten. Erklärung zur Schreibweise: In dieser Publikation werden die Worte „trans*“ klein geschrieben, d.h. als Adjektiv benutzt, wenn es um Personen geht, die dieses Persönlichkeitsmerkmal haben. Es soll deutlich machen, dass es um einen Aspekt einer Persönlichkeit geht, der die Person aber nicht in Ausschließlichkeit zu einer_m „Trans*“ macht. Bei Worten wie „Trans*-Community“ oder „Trans*-Organisation“ hingegen wird es groß geschrieben, weil das Trans*-Thema dort jeweils das identitätsstiftende und verbindende Element ist.

- ▶ Die dringendste Forderung ist die Schaffung einer individualisierten, zugänglichen, bedürfnisorientierten Gesundheitsversorgung für alle trans* Menschen in allen Lebenssituationen, Altersstufen, mit allen Körperlichkeiten und möglichen Beeinträchtigungen – ohne Zwang zur Psychodiagnostik.
- ▶ Damit verbunden ist die Forderung nach Abschaffung der psychopathologisierenden Diagnose F.64.0 „Transsexualismus“ unter psychischen und Persönlichkeitsstörungen im ICD bei gleichzeitiger Sicherstellung einer nicht-psychopathologisierenden Klassifizierung.
- ▶ Auch die Sicherstellung der Kostenübernahme geschlechtsangleichender Behandlungen durch alle Formen der Krankenversicherungen in Verbindung mit transparenten und gleichzeitig bedürfnisorientierten Regelungen des Zugangs zu diesen ist eine Grundvoraussetzung für eine gute Gesundheitsversorgung für trans* Menschen.²
- ▶ Der Entscheidungsfindungsprozess für körperkorrigierende bzw. -angleichende Maßnahmen sollte unter Berücksichtigung der Selbstbestimmung über die eigene Körperlichkeit gestaltet sein („informed consent“-Modell).
- ▶ Um die Diskriminierungen von trans* Menschen in der allgemeinen Gesundheitsversorgung zu beenden, müssen zeitnah Aus- und Fortbildungsprogramme für alle medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Berufe entwickelt und implementiert werden.
- ▶ Künftig müssen Interessensvertretungen von trans* Menschen aktiv in alle Veränderungen und Aktivitäten, die ihre Gesundheitsversorgung betrifft, einbezogen werden. Ihre Peer-Beratungsangebote und die Selbsthilfen müssen ebenso verlässliche Unterstützung erfahren, wie die Trans*-Verbände selbst, um zu einem Dialog zu Anti-Diskriminierung und Ent-Stigmatisierung befähigt zu werden.
- ▶ Alle gesundheitsbezogenen Forderungen der Transgender Resolution 2048 des Europarates von 2015 sind unverzüglich in Deutschland in Zusammenarbeit mit den Trans*-Verbänden umzusetzen.

² Vgl. Forderung nach Einschreibung ins SGB des Bundesweiten Arbeitskreises TSG Reform (2012).

2 EINLEITUNG

Die Gesundheitsversorgung von trans* Menschen war bis noch vor wenigen Jahren darauf beschränkt, das *Phänomen Transsexualität* zu definieren, um indikative Kriterien für geschlechtsangleichende Behandlungen zu benennen und daraus in strengen Regularien dementsprechende Behandlungen durchzuführen. Diese Behandlungskonzepte fußten auf der traditionellen Vorstellung einer „naturalisierten Zweigeschlechtlichkeit“ des Menschen. Entsprechend zielten die somatomedizinischen Behandlungen darauf ab, transsexuelle Menschen so weit wie möglich an das „*Wunschgeschlecht*“ anzugleichen. Dass geschlechtliches Empfinden vielfältige

Ausdrucksmöglichkeiten über männlich und/oder weiblich hinaus, also nicht-binäre, beinhaltet, wurde bis vor kurzem in der Fachwelt wenig berücksichtigt. So waren Menschen mit nicht-binären geschlechtlichen Identitäten im traditionellen, diagnostischen und therapeutischen Denken der Psychologie und Medizin kaum existent. Das Verständnis einer Nicht-Binarität geschlechtlicher Identitäten beginnt sich erst allmählich im wissenschaftlichen Diskurs durchzusetzen und die aktuellen medizinischen Manuale und Glossare entsprechen nicht einem modernen Genderwissen. Die weltweit geführte Diskussion um diagnostische Kriterien und individuelle Therapiemanuale unter Berücksichtigung geschlechtlicher Vielfalt ist nicht Gegenstand des Papiers und soll nicht vertiefend geführt werden. Wir schließen uns hier den Forderungen von Global Action for Trans* Equality (GATE)³ und Transgender Europe (TGEU)⁴ an.

Vielmehr sollen in diesem Papier die zentralen, aktuellen Missstände in der Trans*-Gesundheitsversorgung spezifisch für Deutschland herausgearbeitet werden, die nach Ansicht des BVT* einer dringenden und unmittelbaren Veränderung bedürfen, um betroffenen Menschen möglichst bald eine verbesserte Gesundheitsversorgung anbieten zu können.

Der Zugang zu trans*-bezogenen Behandlungen ist in Deutschland durch Behandlungsleitlinien und Begutachtungsrichtlinien reguliert, die komplex miteinander verschachtelt und von starren Regularien überladen sind. Sie vereiteln eine bedürfnisorientierte Behandlung und stellen eher eine gesundheitliche Gefährdung denn Unterstützung dar.

3 <https://transactivists.org/2016/10/22/making-it-true/> [Letzter Zugriff: 23.10.2016]

4 www.tgeu.org [Letzter Zugriff: 23.10.2016].

Ansprüche einer modernen Medizin wie Partizipation und Selbstbestimmung auf der Basis individueller Bedürfnisse der Behandlungssuchenden sind im derzeitigen Behandlungskonzept nahezu ausgeschlossen.

Das vorliegende Policy Paper möchte einerseits auf die aktuell in Erarbeitung befindlichen AWMF (Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich medizinischer Fachgesellschaften) S3-Behandlungsleitlinien unter der Leitung von Dr. Timo Nieder und Prof. Bernhard Strauß (vgl. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/ll/138-001.html>) Einfluss nehmen. Andererseits soll der Prozess einer verbesserten, individualisierten und bedürfnisorientierten Gesundheitsversorgung in allen für den Gesundheitssektor maßgeblichen Organisationen und Entscheidungsträger_innen partizipativ durch diese Standpunkte und Forderungen der Community mitgestaltet werden. Ganz im Sinne von Diskursen in der modernen Bio- und Medizinethik, die den Einbezug von Verbänden und anderen Vertretungen der betroffenen Gruppen in Entscheidungs- und Gestaltungsprozesse in der Medizin einfordern, vertritt der BVT* die Expertise in eigener Sache. Zu lange wurden in die Gestaltungsprozesse in Ethik und Medizin ausschließlich sogenannte Fachexpert_innen einbezogen, die diesen Status durch ihre wissenschaftliche und berufliche Tätigkeit zugesprochen bekamen (vgl. z.B. Schicktanz et al. 2012). Im Sinne demokratischer und partizipativer Prozesse muss insbesondere das Erfahrungswissen derer Anerkennung finden, die von den Resultaten ethischer und wissenschaftlicher Empfehlungen und Entscheidungen maßgeblich betroffen sind (vgl. ebd.). Die Akzeptanz solcher Ergebnisse fällt höher aus und trifft die Bedürfnisse der betreffenden Gruppen, wenn ihre Interessenvertretungen aktiv miteinbezogen werden (vgl. ebd.).

Dieses Papier basiert auf vier Prozessen:

- ▶ Im ersten wurde die wissenschaftliche Literatur zur medizinischen Versorgung von trans* Menschen ausgewertet.
- ▶ Der zweite bestand aus der Bildung einer Arbeitsgruppe zum Thema „Gesundheitsversorgung“ auf dem *Bundesvernetzungs-treffen Trans*Aktiv* im Juni 2016, die den Entstehungsprozess dieser Schrift begleitete.
- ▶ Im dritten wurde eine Fokusgruppendifkussion zum Thema „geschlechtssensible Gesundheitsversorgung“ veranstaltet, die bewusst auch Personen adressiert hat, die nicht in Arbeitsgruppen des BVT* involviert waren.
- ▶ Der letzte war die Qualitätssicherung durch die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Annette Güldenring.

In Abschnitt 3 werden zunächst trans*-bezogene Begriffe und Definitionen der Medizin skizziert und anschließend kritisch eingeordnet. Abschnitt 4 beschreibt, wie die derzeitige medizinische Versorgung im Rahmen einer Geschlechtsangleichung in Deutschland geregelt ist. Abschnitt 5 widmet sich der Diskriminierung von trans* Menschen in der allgemeinen Gesundheitsversorgung und Abschnitt 6 thematisiert die in Deutschland bislang kaum bearbeiteten Felder „sexuelle Gesundheit“, „Kinderwunsch“ und „psychosoziale Einflussfaktoren auf die Gesundheit“. Für jeden Abschnitt werden im Weiteren darauf bezogene Forderungen formuliert.

3 BEGRIFFE UND DEFINITIONEN

Der klassische Begriff der *Transsexualität*, der Menschen beschreibt, deren geschlechtliches Empfinden nicht mit dem ihnen bei Geburt zugewiesenen Geschlecht („Zuweisungsgeschlecht“) bereinstimmt, entstammt medizingeschichtlich der

Sexualmedizin und Psychiatrie. Im internationalen Klassifikationssystem ICD 10 (letzte Auflage 1992) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist der Diagnose „Transsexualismus“ als „Geschlechtsidentitätsstörung“ der Schlüssel F.64.0, inklusive folgender Hauptkriterien, zugewiesen:

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

Die deutschen Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen präzisieren diese Definition folgendermaßen:

[...]eine tiefgreifende und dauerhafte gegen-geschlechtliche Identifikation; ein anhaltendes Unbehagen hinsichtlich der biologischen Geschlechtszugehörigkeit bzw. ein Gefühl der Inadquatheit in der entsprechenden Geschlechtsrolle; ein klinisch relevanter Leidensdruck und/oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionen.[...]. (Becker et al. 1997)

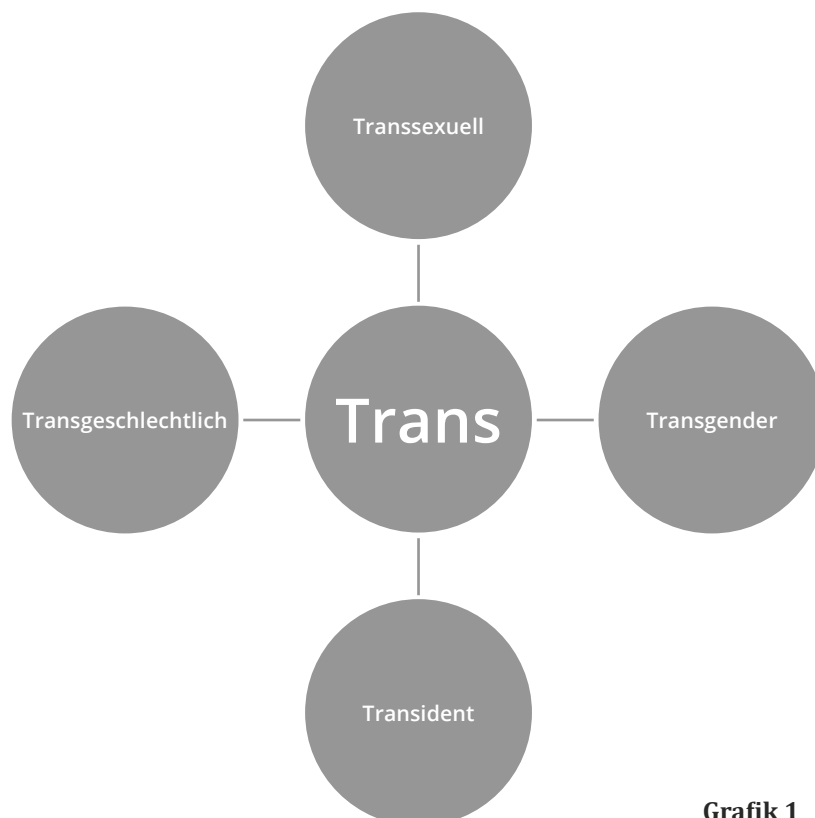
Die Hoheit der Sexualmedizin und Psychiatrie über den Begriff der *Transsexualität* und die damit verbundene Psychopathologisierung wird von einer Vielzahl der betreffenden Menschen als stigmatisierend und fremdbestimmend abgelehnt (vgl. De Silva 2015). Eine erste Alternative war der Begriff *Transgender*, der von der US-Amerikanerin Virginia Prince geprägt wurde. Dieser Begriff sollte einerseits eine Distanz zu pathologisierenden Konzepten schaffen, und andererseits die Selbstpositionierungen von Menschen eröffnen, die sich nicht

als krank empfinden und keine oder nicht alle medizinischen Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen. In Deutschland wurde in den 1990ern als Alternative zu *Transsexualität* der Begriff *Transidentität* eingeführt, da *Transsexualität* häufig im Sinne einer sexuellen Orientierung missverstanden wurde und wird (vgl. ebd.), siehe Grafik 1.

Nicht-binäre und trans*-geschlechtliche Identitäten werden mit diesen *transsexualitäts*-bezogenen Begrifflichkeiten einerseits nicht hinreichend beschrieben, da diese in der bereits oben erwähnten geschlechtlichen Binarität verhaftet bleiben und werden andererseits als psychisch krank festgelegt. Auch Personen deren geschlechtliche Identität nicht-binär ist, haben eine Vielzahl alternativer Begrifflichkeiten geprägt, wie Grafik 2 zeigt. Aufgeführt sind lediglich die am häufigsten verwendeten Begriffe. Eine vollständige Liste denkbarer Begriffe zu

erstellen ist unmöglich, da geschlechtliches Empfinden endlos vielfältig und mit endlos individuellen Nuancen ausgestattet ist. Die moderne Forschung berücksichtigt zwar zunehmend die Bedürfnisse von Menschen mit nicht-binär geschlechtlichen Identitäten (WPATH 2012, Richards et al. 2016), ohne dass bis heute jedoch eine Begrifflichkeit gefunden worden ist, unter der sich alle eingeschlossen fühlen.

Derzeit werden in Deutschland häufig all diese Gruppen unter dem Sammelbegriff „trans*“ subsummiert. Obgleich dieser Sammelbegriff dem Ansinnen nach größtmöglicher Inklusion entsprungen ist, erfährt er nicht in allen Teilen der Community Akzeptanz. Einige Personen, die eher das Konzept von *Transsexualität* auf sich anwenden, sehen ihre Anliegen darin nicht ausreichend berücksichtigt (vgl. de Silva 2015). In Bezug auf Nicht-Binaritäten ist „trans*“ als Präfix



Grafik 1



Grafik 2

auch nicht hinreichend, um deren individuelles geschlechtliches Empfinden zu benennen. Die Gründungsmitglieder des BVT* haben 2015 demokratisch entschieden, in Kenntnis der laufenden Debatten und der Heterogenität der Gründungsmitglieder zunächst „Trans*“ für den Verband zu verwenden. Dieser Begriff umfasst für den BVT* alle Menschen, die sich dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht nicht, nicht mehr oder zeitweilig nicht zuordnen können und/oder wollen (Bundesverband Trans* 2016c). Auf dieser Grundlage wird in diesem Papier verkürzt „trans*“ als kommunizierbarer Sammelbegriff verwendet, ohne Selbstidentifikationen wie transsexuell, transident, transgeschlechtlich, transgender, weder-noch, nicht-binär, agender etc. in ihrer individuellen Ausgestaltung, die für jede Person anders sein kann, unsichtbar machen zu wollen. Wir

verweisen ausdrücklich darauf, dass das jeweilige Selbstdefinitionsrecht jeder einzelnen Person gewahrt werden muss.

4 MEDIZINISCHE VERSORGUNG IM RAHMEN EINER GESCHLECHTSANGLEICHUNG

4.1 DIAGNOSTIK DER TRANSSEXUALITÄT

Trans* Menschen können in Deutschland im Rahmen einer körperlichen Geschlechtsangleichung z.B. hormonelle und/oder chirurgische Behandlungen vornehmen lassen. Indiziert wird der Zugang zu diesen Behandlungen nach Stellung der Diagnose *Transsexualität* nach ICD-10 und den deutschen Standards (Becker et al. 1997). Darüber hinaus haben die Richtlinien der Krankenversicherungen des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der

Krankenkassen (MDS) als Regularien im Prozess der Kostenübernahmen eine entscheidende Bedeutung (MDS 2009).

Folgende Punkte sind Bestandteil der Diagnostik:

[...]eine Erhebung der biographischen Anamnese mit den Schwerpunkten Geschlechtsidentitätsentwicklung, psychosexuelle Entwicklung (einschließlich der sexuellen Orientierung), gegenwärtige Lebenssituation; eine körperliche Untersuchung mit Erhebung des gynäkologischen bzw. andrologischen/urologischen sowie endokrinologischen Befundes; eine klinisch-psychiatrische/psychologische Diagnostik, da viele Patienten mit Störungen der Geschlechtsidentität erhebliche psychopathologische Auffälligkeiten aufweisen. Diese können der Geschlechtsidentitätsstörung vorausgegangen oder reaktiv sein oder gleichzeitig bestehen. (Becker et al. 1997)

Weiter heißt es:

Die klinisch-psychiatrische/psychologische Diagnostik soll breit angelegt sein. Untersucht und beurteilt werden sollen: das Strukturniveau der Persönlichkeit und deren Defizite; das psychosoziale Funktionsniveau; neurotische Dispositionen bzw. Konflikte; Abhängigkeiten / Süchte; suizidale Tendenzen und selbstbeschädigendes Verhalten; Paraphilien/Perversionen; psychotische Erkrankungen; hirnorganische Störungen; Minderbegabungen. (ebd.)

Die deutschen Standards von 1997 zielen auf die Feststellung ab, wer nach den dort genannten Kriterien als *transsexuell* einzustufen ist und zusätzlich als geeignet für geschlechtsangleichende Behandlungen gilt. Diese Standards von 1997 und die ICD 10 Diagnose F64.0 entsprechen schon lange nicht mehr weder dem aktuellen Wissensstand

in der Medizin noch den Bedürfnissen von trans* Menschen nach einer individualisierten Gesundheitsversorgung (vgl. Nieder et al. 2013, Hamm/Sauer 2014, Guldénring 2015, Meyer 2015). Die Kernkritikpunkte sind die Psychopathologisierung, starre Behandlungsschemata, Fremdbestimmung und die verpflichtende Psychotherapie zu diagnostischen Zwecken, die von vielen als unerwünschte und damit wirkungslose „Zwangstherapie“ empfunden wird. Zudem werden die deutschen Standards und der ICD 10 nicht-binären Menschen nicht gerecht. Die aktuelle deutsche Fassung der *Standards of Care* der *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) von 2012 richtet erstmalig den Blick darauf, eine Gesundheitsversorgung zu etablieren, die alle individuellen Bedürfnisse von trans* Menschen berücksichtigt und ihnen „nachhaltiges Wohlbefinden“ ermöglichen soll. Sie beziehen zum ersten Mal nicht-binäre Menschen mit ein (vgl. WPATH 2012, Nieder et al. 2013). Die Standards der WPATH können als Wende in der Gesundheitsversorgung geschlechtlicher Vielfalt gesehen werden.

Zu kritisieren ist, dass die deutschen Standards von 1997 trotz veralteten diagnostischen und Behandlungskriterien immer noch Gültigkeit haben; gerade im Hinblick auf ein überholtes Verständnis sogenannter „Komorbiditäten“ in Zusammenhang mit trans* Menschen. Die deutschen Standards von 1997 berücksichtigen nämlich die entscheidende Erkenntnis nicht, dass „zusätzliche“ psychische Störungen im Zusammenhang mit trans* Menschen oftmals ihre Ursache in Stigmatisierungen und Diskriminierungen in einer zweigeschlechtlich organisierten Gesellschaft mit z.T. schwerwiegend schädlichen Einflüssen auf die psychische Gesundheit (bereits in der Kindheit) haben (Minority Stress Modell). Nähere Erläuterungen der psychosozialen Einflussfaktoren finden sich

in Abschnitt 5.3. Außerdem ist Trans* nicht als Krankheit zu begreifen, was das Konzept der „Komorbidität“ obsolet macht.

Die in der Einleitung erwähnte Entwicklung einer S3-Leitlinie nach den Standards der AWMF soll die überholten deutschen Standards von 1997 ablösen und die Vielschichtigkeit der Bedürfnisse von trans* Menschen auf der Basis einer individuellen Gesundheitsversorgung berücksichtigen. Sie wird erstmals unter Einbezug von trans* Expert_innen in eigener Sache erstellt, jedoch weiterhin von medizinischen Fachgesellschaften dominiert, die ihre internen Diskurse weitestgehend immer noch nicht für die Partizipation von Trans* öffnen. Die Meinungsführerschaft der Medizin ist dadurch nicht abgelöst, wenngleich nicht mehr ungebrochen.

4.2 MEDIZINISCHE BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN FÜR TRANS*-WEIBLICHE MENSCHEN

Pharmakologisch können trans* Frauen⁵ mit verschiedenen Hormonpräparaten behandelt werden, um sekundäre Geschlechtsmerkmale zu korrigieren bzw. anzupassen:

- ▶ Östrogene
- ▶ androgenblockende Medikamente
- ▶ bei Bedarf Gestagene

Die chirurgische Therapie bietet u.a. an:

- ▶ Brustaufbau
- ▶ gesichtsfeminisierende Operationen⁶
- ▶ eine operative Veränderung der Stimmbänder und des Kehlkopfes

5 Im Augenblick können trans*-weiblich identifizierte Menschen diese Behandlungen nur nutzen, wenn sie sich den diagnostischen Kriterien des ICD (F.64.0) unterwerfen bzw. ihr Geschlechtsempfinden diesen entspricht.

6 Auch unter der englischen Bezeichnung Facial Feminization Surgery (FFS) bekannt

- ▶ eine Orchiektomie⁷ mit einer Neogenitalplastik⁸

Die Resultate der genitalangleichenden Operation werden gemäß der Studie von Hess et al. (2014) durch die dort befragten trans* Frauen mit deutlicher Mehrheit positiv bewertet⁹. Allerdings äußerten auch 30 Prozent der Studienteilnehmer_innen, dass sie unzufrieden mit dem Ergebnis sind (vgl. ebd.). Als nicht-chirurgische Behandlungsoptionen stehen Logopädie und eine Epilation der Barthaare per Nadel-, IPL¹⁰- durch Kosmetiker_innen oder Laserepilation durch Dermatolog_innen zur Verfügung. Nicht alle trans* Frauen nehmen jede verfügbare Behandlung in Anspruch. Nach wie vor gibt es weder für die Hormontherapie noch für chirurgische Behandlungsoptionen bei trans* Frauen Leitlinien und Qualitätsstandards.

4.3 MEDIZINISCHE BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN FÜR TRANS*-MÄNNLICHE MENSCHEN

Trans* Männer¹¹ können eine Hormontherapie mit Testosteronpräparaten und bei Bedarf östrogenblockende Medikamente erhalten. Chirurgisch gibt es die operativen Techniken der Mastektomie¹², der Hysterektomie¹³, der

7 Entfernung der Hoden

8 Mit Anlage einer Neovagina oder einer kosmetischen Schein-Vagina und plastochirurgische Formung des äußeren Genitals

9 Allerdings muss einschränkend berücksichtigt werden, dass nur trans* Frauen befragt wurden, die ihre genitalangleichende Operation im Uniklinikum Essen vornehmen ließen.

10 IPL steht für Impulslicht

11 Im Augenblick können trans*-männlich identifizierte Menschen diese Behandlungen nur nutzen, wenn sie sich den diagnostischen Kriterien des ICD (F.64.0) unterwerfen bzw. ihr Geschlechtsempfinden diesen entspricht.

12 Entfernung des Brustgewebes und Schaffung einer maskulinen Brustoptik

13 Entfernung der Gebärmutter

Ovarektomie¹⁴ sowie der Phalloplastik¹⁵ bzw. der Metadoioplastik¹⁶. Alternativ besteht die Möglichkeit einer individuell angepassten Penis-Hoden-Epithese aus Silikonmaterialien. Nicht alle trans* Männer nehmen jede verfügbare Behandlung in Anspruch, zumal gerade bei der Phalloplastik die Komplikationsraten hoch sind (siehe z.B. Sohn 2007: 23). Ebenso wie für trans* Frauen fehlen auch für trans* Männer Leitlinien und Qualitätsstandards für hormonelle oder chirurgische Behandlungen.

4.4 MEDIZINISCHE BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN FÜR TRANS* KINDER UND JUGENDLICHE

Trans* Kinder und trans* Jugendliche können in Deutschland mit Einverständnis ihrer Eltern eine Behandlung mit Medikamenten erhalten, die den Beginn der Pubertät blockieren. Hierfür werden sogenannte GnRH-Analoga eingesetzt, welche die Produktion der körpereigenen Sexualhormone unterdrücken. Zu einem späteren Zeitpunkt kann dann eine „gegengeschlechtliche“ Hormonbehandlung erfolgen, um die vom trans* Jugendlichen gewünschte körperlich-geschlechtliche Entwicklung einzuleiten. Eine genitalangleichende Operation wird meist erst ab dem 18. Lebensjahr bewilligt, wenn gleich einzelne trans* Jugendliche bereits vor ihrer Volljährigkeit chirurgische Maßnahmen durchführen lassen konnten. Der Zugang zu diesen Behandlungen ist ebenfalls an eine Psychodiagnostik gebunden, die in Deutschland über die 2013 aktualisierte S1-Leitlinie *Störungen der Geschlechtsidentität im Kindes- und Jugendalter (F64)* geregelt wird (Meyenburg et al. 2013). Sie wurde,

trotz Forderung eines Trans*-Verbandes nach Einbezug, nichtpartizipativ erstellt (TransInterQueer e.V. 2013).

Die Kritikpunkte an dieser Leitlinie sind analog zu den deutschen Standards von 1997 (Psychopathologisierung, Fremdbestimmung, starre Schemata, verpflichtende Psychotherapie). Zusätzlich kritikwürdig sind die umfelddiagnostischen Kriterien (Eltern wird unterstellt, die Transsexualität des Kindes induziert haben zu können) und, ob von der_dem Behandler_in eine somatische Behandlung überhaupt als notwendig oder hilfreich angesehen wird (hier herrscht große Zurückhaltung und Uneinigkeit in der medizinischen Fachwelt). Diverse internationale Studien haben jedoch gezeigt, dass die bedarfsbestimmte Verabreichung von Hormonblockern und spätere Behandlung mit sogenannten gegengeschlechtlichen Hormonen wirksam ist und bei den trans* Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu großer Zufriedenheit führt (z.B. Minter 2012). Gerade trans* Kindern wäre bereits mit einem selbstverständlicherem Umgang und der Akzeptanz des identitären Empfindens geholfen, statt sie qua verpflichtender Psychotherapie zum psychiatrischen Ausnahmefall zu machen und in vielen Fällen (wenn eine Therapie weder vom Kind noch von den Eltern gewünscht ist) zwangszubehandeln (ebd.). Die Dominanz von Fachexpert_innen im Entscheidungsprozess für Behandlungen wird von Elternvertretungen scharf kritisiert (vgl. z.B. Wiedner 2016). Ebenso wehren sich Eltern, die ihre Kinder in der Transition unterstützen, gegen Vorwürfe im Rahmen der Diagnostik, Eltern hätten ihre Kinder in Richtung des Transsexualismus manipuliert (vgl. ebd.). Viele Eltern und ihre trans* Kinder erleben die aktuelle Behandlungspraxis als Hindernis, ihr Kind bei einer reibungslosen Entwicklung einer individuellen geschlechtlichen Identität zu unterstützen.

14 Entfernung der Eierstöcke

15 Schaffung eines Penis aus einem Hautlappen

16 Formung eines Mikropenis aus der vergrößerten Klitoris

Noch problematischer ist die Situation für trans* Kinder und Jugendliche, die keinerlei Unterstützung von ihren Eltern (oder gesetzlichen Betreuer_innen in einem Vormundschaftsverhältnis) erfahren. Wenn sie keine Möglichkeit haben, Beratungsstellen und andere Unterstützungsmöglichkeiten aufzusuchen, sind sie oftmals isoliert und daher einem hohen Risiko für reaktive psychische Erkrankungen, im schlimmsten Falle bis zur Suizidgefahr, ausgesetzt.

4.5 KRANKENVERSICHERUNGEN UND GESCHLECHTSANGLEICHENDE MASSNAHMEN

In Deutschland gibt es vier verschiedene Versicherungssysteme: Gesetzliche Krankenversicherungen, private Krankenversicherungen, die Beihilfe für Verbeamtete der Länder und des Bundes und die freie Heilfürsorge des Bundes für Bundeswehrangehörige. Die Beihilfestellen handhaben die Kostenersatzung im Falle von geschlechtsangleichenden Behandlungen unterschiedlich. Die sehr unterschiedlichen Regelungen bieten weder Transparenz noch Beratungssicherheit.

Die meisten Menschen in Deutschland sind in einer gesetzlichen oder in einer privaten Krankenversicherung versichert.

Die gesetzliche Krankenversicherung ist seit einem Urteil des Bundessozialgerichts von 1987 verpflichtet, die Kosten einer geschlechtsangleichenden Behandlung zu übernehmen, wenn ein klinisch relevanter Leidensdruck nachgewiesen wurde, der als krankheitswertig gilt und durch medizinische Behandlung gelindert werden kann (BSG, 06.08.1987 - 3 RK 15/86). Die privaten Krankenversicherungen sind mit einem Urteil des Bundesgerichtshofes von 1995 verpflichtet worden, die Kosten einer geschlechtsangleichenden Behandlung zu übernehmen (BGH, 8. 3.1995 - 4 ZR 153/94). Für gesetzlich Versicherte wird der Zugang zu geschlechtsangleichenden Behandlungen

seit 2009 über die sozialmedizinischen, verbindlichen Begutachtungsrichtlinien des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen geregelt (MDS 2009). Diese Richtlinien wiederum beruhen auf den deutschen Standards von 1997, wobei die MDS-Richtlinien mit ihrer „engen Auslegung sogar noch hinter die deutschen Standards zurückfallen“ (Meyer 2015, vgl. auch Franzen/Sauer 2010). Gemäß dieser MDS-Richtlinien sind trans* Menschen verpflichtet, eine psychotherapeutische Begleitung und einen sogenannten Alltagstest von in der Regel jeweils mindestens 12 Monaten zu durchlaufen, bevor eine Indikation für die Hormontherapie erfolgen kann. Die Richtlinien mit ihrer wissenschaftlich nicht nachgewiesenen Wirksamkeit greifen auch massiv in die individuelle Behandlungsfreiheit der Therapeut_innen ein. Für einen Antrag auf Kostenübernahme für geschlechtsangleichende Operationen wiederum müssen trans* Menschen insgesamt in der Regel mindestens 18 Monate psychotherapeutische Begleitung und sechs Monate Hormontherapie nachweisen. Obwohl die Richtlinien vorgeben, Abweichungen im Einzelfall zu berücksichtigen, ist es in der Praxis durchweg schwierig, eine Bewilligung von Anträgen zu erhalten, die von den Mindestanforderungen der MDS-Richtlinien manchmal nur minimal abweichen. Dieser von außen auferlegte Zwang zu einer definierten Vorgehensweise in der Psychotherapie beschränkt diese Behandlungsmethode. Individualisiert, symptomorientiert und frei von zeitlichen Vorgaben zu behandeln wird erschwert bis unmöglich. Zudem nimmt es den trans* Menschen, die sich in ihrem Wunsch nach körperverändernden Maßnahmen sicher sind, deshalb keiner psychotherapeutischen Behandlung bedürfen und allenfalls eine medizinisch basierte Beratung benötigen, ihre Mündigkeit und Selbstbestimmung,

abgesehen davon, dass damit in diesen Fällen für die Krankenkassen vermeidbare Kosten anfallen.

Darüber hinaus definieren die MDS-Richtlinien, welche geschlechtsangleichenden Behandlungsmöglichkeiten von den Krankenkassen übernommen werden und welche nicht. Dies betrifft u.a. Epilationen oder gesichtsfeminisierende Operationen für trans* Frauen, deren Kosten von gesetzlichen Krankenkassen meist nicht übernommen werden (vgl. MDS 2009).

Problematisch ist, dass die MDS-Richtlinien Anforderungen beinhalten, die einer bestmöglichen Behandlung nach modernem Wissen zuwider laufen. Die häufigsten Probleme haben trans* Frauen, die eine Epilation beantragen, wie Mitglieder der BVT*-internen Arbeitsgruppe „Gesundheit“ berichteten. Es werden nur Dermatolog_innen als Dienstleister_innen von den Krankenkassen akzeptiert, die jedoch nicht immer in erreichbarer Nähe, mit den entsprechenden Geräten ausgestattet sind oder ausreichend freie Termine zur Verfügung haben.¹⁷ Außerdem wird oftmals nur eine Nadelepilation bewilligt, obwohl sich lichtbasierte Epilationsverfahren (beispielsweise Laserepilation) für viele trans* Frauen in der Praxis ebenfalls als effektiv erwiesen haben.

Menschen, die sich als geschlechtlich nicht-binär erleben, werden in diesen Begutachtungsrichtlinien gar nicht berücksichtigt. Daher können sie nur auf sehr verschlungenem Wege und nicht offen Zugang zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen

bekommen, indem sie z.B. im Prozess der Diagnostik und Indikation eine *Transsexualität* vortäuschen. Derzeit müssen sie sich formal als männlich oder weiblich darstellen, obwohl sie nicht-binär empfinden, oder eine_n Begleittherapeut_in zu diagnostischen Zwecken finden, der_die sie in ihrem individuellen geschlechtlichen Empfinden versteht, ernst nimmt und dabei unterstützt, wenn sie geschlechtsangleichende Maßnahmen benötigen.

Gerade jenseits der Großstädte gibt es kaum Therapeut_innen, die sich des Themas von trans* Menschen, bestenfalls in einem freiwilligen Setting außerhalb der diagnostisch-begleitenden Zwangstherapie, kompetent annehmen können. Auch haben einschlägig bekannte Therapeut_innen in Großstädten oft lange Wartelisten auf einen Therapieplatz, wie auch eine Teilnehmerin der Fokusgruppe beklagte.

Beratungsstellen als Möglichkeiten, um persönliche Fragen ohne Diagnostikzwang klären zu können, sind ebenfalls vor allem in größeren Städten zu finden, wobei diese nicht die therapeutische Begleitung zur Diagnostik als Voraussetzung zum Zugang für geschlechtsangleichende Behandlungen gemäß der MDS-Richtlinie und der deutschen Standards ersetzen können. Zudem werden die meisten Beratungsangebote für die Zielgruppe lediglich auf ehrenamtlicher Basis angeboten und stehen damit nicht in einer ausreichenden Kapazität zur Verfügung. Eine wesentliche Ursache ist, dass der Themenkomplex „Trans*“ in Beratungsstellen größerer und finanziell besser ausgestatteter Träger, wie *pro familia*, *Arbeiterwohlfahrt* etc., bislang nicht integriert wurde. Gleichzeitig werden die meisten alternativen Peer-Beratungsangebote, die oftmals aus der Selbsthilfe entstanden sind und sich mittlerweile zum Teil professionalisiert haben, bisher nicht kontinuierlich und ausreichend

17 Das LAG Nordrhein-Westfalen hat am 08.05.2014 geurteilt, den Mangel an ärztlichen Behandler_innen als Systemversagen zu werten und dass dann z.B. eine Epilation im Kosmetikstudio und damit ein „ausnahmsweise [...] nicht zugelassener nichtärztlicher Leistungserbringer in Betracht kommt“ (L 16 KR 453/12).

mit finanziellen Mitteln gefördert. Qualitativ hochwertige, bestenfalls community-basierte, professionalisierte Peer-Beratungsangebote sind jedoch eine wichtige Ressource für trans* Menschen, um persönliche Fragestellungen in einem hierarchiefreien Raum zu klären und individuell passend durch die derzeit oft als belastend, unnötig kompliziert und nicht bedarfsgerecht erlebte Gesundheitsversorgung zu finden.¹⁸

Für besonders vulnerable Gruppen, z.B. trans* Menschen mit Behinderungen¹⁹, in Gefängnissen und Geflüchtete, gibt es noch weniger Ressourcen – sowohl in der Beratungslandschaft als auch in der Auswahl an Psychotherapeut_innen und Ärzt_innen. Hier sind vor allem Sprachbarrieren und Barrieren im Zugang zu geeigneten Ärzt_innen, Beratungsangeboten und Leistungen der Krankenkassen (z.B. Hormonversorgung) schwerwiegende Probleme.

4.6 FORDERUNGEN IN BEZUG AUF DEN ZUGANG ZU GESCHLECHTSANGLEICHENDEN MASSNAHMEN

Die Psychopathologisierung in den Klassifikationssystemen durch eine Diagnose aus dem Bereich der psychischen Störungen ist für trans* Menschen oft Ursache für soziale Stigmatisierung und muss daher beendet werden (vgl. z.B. Haupt 2011, LesMigraS

2012, Fuchs et al. 2012, Güldenring 2013, Pohlkamp 2014, Bundesweites Netzwerk Trans*Aktiv 2014, Plötz/Zacharias 2015, ATME 2015). Verschiedene Organisationen und Netzwerke von trans* Menschen haben dies bereits in veröffentlichten Erklärungen kritisiert und eine Reform gefordert – hervorzuheben sind insbesondere die Waldschlösschen-Erklärung, die Stuttgarter Erklärung und die Stellungnahme zur Menschenrechtssituation von trans* Menschen in Deutschland (vgl. z.B. Bundesweites Netzwerk Trans*Aktiv 2014, ATME 2015, Bundesverband Trans* 2016). Auch der Europarat, der Weltärztebund²⁰ und die Antidiskriminierungsstelle des Bundes unterstützen diese Forderung nach Entpsychopathologisierung nachdrücklich (vgl. Council of Europe 2015, WMA 2015, ADS 2015).

Ebenso fundamental wird von trans* Menschen die Begutachtungsrichtlinie des MDS kritisiert, die den Nachweis einer festgelegten Mindestdauer der psychotherapeutischen Begleitung fordert (vgl. LesMigraS 2012, Fuchs et al. 2012, Plötz/Zacharias 2015, ATME 2015, Bundesverband Trans* 2016). Diese Vorgabe lässt zu wenig Raum für die individuellen Bedürfnisse und Situationen verschiedenster geschlechtlicher Identitäten. Daher ist es notwendig, dass eine bedürfnisorientiertere Regelung des Zugangs zu medizinischen Maßnahmen einer Geschlechtsangleichung in Zusammenarbeit mit Interessenvertretungen von trans* Menschen erarbeitet wird (vgl. z.B. LesMigraS 2012, Fuchs et al. 2012, AK TSG-Reform 2012, Hamm/Sauer 2014, Plötz/Zacharias 2015, Bundesnetzwerk Trans* Aktiv 2014, ATME 2015, Bundesverband Trans* 2016). Auch Psycholog_innen und Sexualwissenschaftler_innen halten diese starren Regelungen nicht mehr für zeitgemäß (vgl. z.B.

18 Ausführliche Darstellungen der Erfordernisse an Beratung aus der Perspektive des Bundesverband Trans* sind dem entsprechenden Policy Paper zum Thema (2016, i.E.) zu entnehmen. Eine sehr gute Darstellung der Probleme mit der jetzigen Praxis des Diagnostikzwangs in der psychotherapeutischen Begleitung bietet Meyer (2015).

19 Besonders eingeschränkt sind die Zugänge zu Beratungsangeboten und medizinischen Behandlungsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderungen, die in Betreuungseinrichtungen leben, erhebliche körperliche oder seelische Behinderungen haben oder gehörlos sind.

20 World Medical Association (WMA).

Haupt 2011, Nieder et al. 2013, Rauchfleisch 2014, Güldenring 2015).

Die Bedürfnisse von nicht-binären Menschen in Bezug auf geschlechtsangleichende Maßnahmen müssen künftig ebenfalls von Krankenversicherungen berücksichtigt werden, ohne dass sich nicht-binäre Menschen bezüglich ihrer individuellen Geschlechtsidentität verstellen müssen. Ein_e nicht-binär empfindende_r Teilnehmer_in der Fokusgruppendifkussion wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die geschlechtsangleichenden Maßnahmen im Leistungskatalog nicht nach Leistungen für trans*-männliche oder für trans*-weibliche Menschen getrennt werden sollten.

Beratungsangebote für trans* Menschen sowie ihrer Angehörigen müssen besser und beständiger gefördert werden. Außerdem muss das Angebot an Beratungsmöglichkeiten auch im ländlichen Raum vergrößert werden.

Um allen trans* Menschen einerseits fundierte Informationen und Aufklärungen im Rahmen von Beratungen und eine medizinisch zunehmend bessere Versorgung andererseits zu ermöglichen, sollten vermehrt Langzeitstudien zu den hormonellen und chirurgischen Behandlungsoptionen durchgeführt und finanziert werden. Auf partizipative Ausgestaltung von Studiendesign und Auswertung ist in jeder Forschung zu Trans* zu achten, um den Bedarfen von trans* Menschen zu entsprechen.

Im Sinne einer optimalen Gesundheitsversorgung sollen Leitlinien für die hormonellen und chirurgischen Behandlungsmaßnahmen – ebenso partizipativ – entwickelt werden. Auch deren Qualitätssicherung muss auf- und ausgebaut werden.

Trans* Kinder und Jugendliche sollen in ihrem Selbstbestimmungsrecht unterstützt werden. Eine Bevormundung von ihnen und ihren unterstützenden Eltern durch

Psychotherapeut_innen darf nicht weiter stattfinden.

Trans* Menschen mit Behinderung müssen in ihrem Recht auf Selbstbestimmung im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention anerkannt und im Zugang zu Trans*-Gesundheitsversorgung unterstützt werden.

Trans* Menschen mit Fluchtgeschichte müssen unabhängig vom Status ihres Asylverfahrens Zugang zur hiesigen Gesundheitsversorgung erhalten. Insbesondere bereits begonnene Behandlungen dürfen nicht unterbrochen werden (vgl. Bundesnetzwerk Trans* Aktiv 2014). Aus den Heimatländern mitgebrachte Hormonvorrte für den zukünftigen Eigenbedarf sind bei den Geflüchteten und Asylsuchenden zu belassen und sollten nicht auf der Basis des Antidopinggesetzes sichergestellt werden dürfen. rztliche Rezepte oder Bescheinigungen aus den Heimatländern sind als Nachweis der Trans*-Diagnose zur Behandlungsfortfhrung anzuerkennen.²¹

5 DISKRIMINIERUNGEN IN DER ALLGEMEINEN GESUNDHEITSVERSORGUNG

Die Agentur für Menschenrechte der Europäischen Union (FRA) hat 2014 in einer Studie ermittelt, dass 26 Prozent der deutschen Teilnehmer_innen von Diskriminierungen im Gesundheitswesen innerhalb der letzten 12 Monate betroffen waren. Insgesamt 17 Prozent der Befragten gaben an, dass ihre spezifischen Bedürfnisse in der Gesundheitsversorgung ignoriert wurden. Zudem sahen sich 21 Prozent der Befragten mit unangemessener und grenzverletzender Neugierde konfrontiert. 12 Prozent hatten grundsätzlich

²¹ Vgl. hierzu „Bundesverband Trans* (BVT*) kritisiert Antidopinggesetz“ (2016) <http://www.bv-trans.de/aktuelles/>!

Schwierigkeiten, Zugang zur Gesundheitsversorgung zu bekommen und weitere 12 Prozent mussten bereits Behandler_innen aufgrund von negativen Erfahrungen wechseln.

Für Deutschland hat LesMigraS, der Antidiskriminierungs- und Antigewaltbereich der Lesbenberatung Berlin e.V., 2011 eine quantitative Befragung durchgeführt, die auch spezifische Fragen zu Diskriminierungserfahrungen von trans* Menschen enthielt. Darin äußerten 44,7 Prozent der trans* Befragten, dass sie sich im Gesundheitswesen diskriminiert gefühlt haben, wobei nicht näher erläutert wurde, in welcher Weise die Diskriminierungen erfolgten (vgl. LesMigraS 2012).

Diskriminierungen in der allgemeinen Gesundheitsversorgung wurden auch in der Erhebungsphase der Vielfaltskampagne des Landes Niedersachsen von trans* Menschen hervorgehoben (vgl. Plötz/Zacharias 2015). Die in der Erhebung befragten trans* Menschen berichteten, dass sie sich als nicht respektvoll gegenüber ihrem Geschlecht behandelt erlebten. Als Beispiel wurde angeführt, dass man in Krankenhäusern entweder betont ein Einzelzimmer bekäme (Positivdiskriminierung) oder z.B. trans* Frauen mit „biologischen“ Männern in ein Zimmer gelegt würden (vgl. ebd.).

Ebenso problematisch ist, dass trans* Männer und trans* Frauen mit Personenstandsänderung und ohne Genital-OP weiterhin gynäkologische bzw. urologische Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen müssten, diese aber laut persönlicher Erfahrungen keine_n geeignete_n Arzt_Ärztin finden würden.²² Gerade außerhalb

großer Städte ist dies oftmals sehr schwierig. Ein weiteres Problem sind die EDV-gestützten Abrechnungs- und Diagnoseschlüssel der Krankenversicherungen, die keine vaginalen Abstriche für personenstandsrechtliche Männer oder Prostatauntersuchungen für personenstandsrechtliche Frauen vorsehen (vgl. auch Plötz/Zacharias 2015). Dieser Umstand steht auch der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts von 2011 entgegen, nachdem eine Personenstandsänderung nach dem aktuellen „Transsexuellengesetz“ weder an eine Behandlung mit Hormonen noch an eine geschlechtsangleichende Operation oder eine Fortpflanzungsunfähigkeit geknüpft werden darf (BVerfG, Beschluss des Ersten Senats vom 11. Januar 2011- 1 BvR 3295/07 - Rn. (1-77)).

In der Fokusgruppendifkussion für dieses Paper berichteten insbesondere ein trans* Mann und eine nicht-binäre Person von Diskriminierungserfahrungen. Der trans* Mann sei von mehreren Kliniken im Umkreis seines Wohnortes abgelehnt worden, als er die Hysterektomie durchführen lassen wollte. Die nicht-binäre Person habe medizinisches Personal bislang als nicht sensibel für ihr nicht-binäres Geschlecht erlebt. Solche negativen Erfahrungen hätten dazu geführt, dass sie nur noch im äußersten Notfall bereit ist, Ärzt_innen aufzusuchen.

5.1 FORDERUNGEN FÜR EINE TRANS* AFFIRMATIVE GESUNDHEITSVERSORGUNG

Um Diskriminierungen von trans* Menschen abzubauen, muss die Sensibilisierung für geschlechtliche Vielfalt verpflichtender Bestandteil des Studiums und der Ausbildung für alle medizinischen Berufe sein. Auch entsprechende Fortbildungen müssen angeboten und angemessen anerkannt werden (vgl. Sauer et al. 2015, Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2015, Council of Europe 2015, World Medical Association 2015).

²² Ein Urteil des LSG Berlin-Brandenburg vom 09.11.2011 besagt, dass Vertragsärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe keine Vergütung bei Behandlung von Männern bzw. max. zu einem Prozentsatz von 2 % der behandelten Patient_innen erhalten (L 7 KA 107/08).

In diesem Prozess müssen die genannten erheblichen bürokratischen Hürden abgebaut werden, die es trans* Menschen ohne genitalangleichende Operationen erschweren Vorsorgeuntersuchungen, insbesondere im gynäkologischen und urologischen Bereich, zu erhalten, wie auch Teilnehmer_innen der Fokusgruppendifkussion betonten.²³

6 WEITERE GESUNDHEITSTHEMEN

Neben den bereits genannten Themen gibt es in Deutschland weitere Themen, die im internationalen Vergleich hierzulande bisher kaum bearbeitet wurden. Dazu gehören „sexuelle Gesundheit“, „Kinderwunsch“ und „Minority Stress“. Der gesundheitliche Bedarf bzgl. dieser Themen ist zunehmend und kann hier nur exploratorisch angerissen werden.

6.1 SEXUELLE GESUNDHEIT

Das Thema „sexuelle Gesundheit“ im Zusammenhang mit trans*Menschen wurde in Deutschland bislang kaum bearbeitet. Insbesondere eine spezifische HIV- und STI-Prävention für trans* Menschen in allen körperlichen Variationen und für alle ihre möglichen sexuellen Orientierungen fehlen in Deutschland, ebenso wie systematische Studien dazu (Sauer 2012). Studien aus dem Ausland zeigen jedoch, dass dort trans* Frauen in hohem Maße von HIV betroffen sind (UNDP 2016, Reisner et al. 2016). Gründe hierfür sind häufig soziale Stigmatisierung, so dass Sexarbeit häufig die einzige, verbleibende Möglichkeit zur Finanzierung des Lebensunterhalts und geschlechtsangleichender Maßnahmen ist (ebd.). Gleichzeitig wird

Sexarbeit in einigen dieser Länder kriminalisiert und die betroffenen Frauen erfahren kaum Schutz vor gewalttätigen und/oder sexualisierten Übergriffen. Obwohl die Situation in Deutschland anders ist, nimmt der Arbeitskreis Blut der Bundesärztekammer diese internationalen Studien als Begründung, um trans* Menschen pauschal von der Blutspende auszuschließen.

Ein weiterer Aspekt ist die Frage der sexuellen Orientierung von trans* Menschen. Gerade über trans* männliche Menschen besteht nach wie vor die Annahme, dass der größte Teil von ihnen exklusiv sexuelle Beziehungen mit Frauen eingeht, wenngleich Studien aus Kanada und den USA zeigen, dass bis zu 2/3 aller trans* Männer nicht ausschließlich sexuellen Kontakt mit Frauen haben (vgl. z.B. Bauer et al. 2013, Reisner et al. 2010). Die sich daraus ergebenden Bedürfnisse sowohl nach passender Aufklärung, als auch nach passenden Gesundheitsleistungen werden in Deutschland bisher kaum von Organisationen wie beispielsweise der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) oder der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. berücksichtigt. Sexuelle Gesundheit schließt jedoch auch mit ein, dass Bedürfnisse in diesen Bereichen sensibel im Kontext geschlechtsangleichender Behandlungen erörtert werden können, um eine umfassendere, individuelle Einschätzung treffen zu können, ob die gewünschten Behandlungen in einem möglichst positiven Verhältnis dazu stehen. Trans* Menschen wünschen sich, dass auch unerwünschte Folgen von medizinischen Behandlungen auf die eigene Sexualität besprochen werden können und die Betreffenden bei der Suche nach individuellen Lösungen unterstützt werden (vgl. z.B. Fuchs et al. 2012).

Daher fordert der Bundesverband Trans*, dass trans* Menschen als Gruppe in Forschung und Präventionsarbeit zu HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen

²³ Ein weiteres Beispiel für die Nicht-Versorgung ist die Verweigerung einer Brustkrebsvorsorgeuntersuchung von trans* Frauen ohne Personenstandsänderung.

auch in Deutschland berücksichtigt werden. Auch das Thema „Sexualität“ sollte vor und nach einer Geschlechtsangleichung in der medizinischen Versorgung stärker berücksichtigt werden, sofern gewünscht.

6.2 KINDERWUNSCH

Presseberichte, beispielsweise um den US-amerikanischen trans* Mann Thomas Beatie, sowie Erfahrungsberichte und Anfragen in einschlägigen Foren in den letzten zehn Jahren haben gezeigt, dass auch trans* Menschen einen Wunsch nach leiblichen Kindern haben und Wege suchen, diesen mit Mitteln moderner Reproduktionsmedizin zu verwirklichen. In Deutschland wird der Zugang auf der Basis von finanziellen Zuschüssen durch Krankenversicherungen jedoch nur verheirateten, heterosexuellen, cis-geschlechtlichen²⁴ Menschen gewährt.²⁵ So ist die Umsetzung eines Kinderwunsches einerseits an finanzielle Ressourcen geknüpft und andererseits sind noch zu wenig Kinderwunschpraxen sowie Geburtskliniken für die spezifischen Bedürfnisse von trans* Menschen sensibilisiert und ausgebildet, was insbesondere eine nicht-binäre Person in der Fokusgruppendifkussion betonte. Eine weitere Hürde in Deutschland ist, dass Leihmutterchaft gesetzlich verboten ist. Dies betrifft insbesondere trans* Männer, die ihre Eizellen entnehmen lassen wollen, damit sie durch Spendersamen befruchtet und von einer cis-weiblichen Partnerin oder einem trans*-männlichen Partner ausgetragen

werden können. Eine derartige Behandlung ist nur im Ausland möglich.

In internationalen Diskursen wird bereits empfohlen, das Thema „Kinderwunsch“ selbstverständlich in die Aufklärung rund um hormonelle und chirurgische Behandlungen zu integrieren, damit eine bessere individuelle Entscheidung unter Berücksichtigung aller Aspekte möglich ist (vgl. De Roo et al 2016: 112). Es sind weitere Studien zur Validierung erforderlich, wie sich eine Hormonbehandlung bei erwachsenen und jugendlichen trans* Menschen langfristig auf die Fertilität auswirkt.

Der BVT* fordert, dass solche Studien vermehrt unterstützt, partizipativ durchgeführt und finanziert werden. Zudem fordert der BVT*, dass trans* Menschen mit Kinderwunsch sowohl von der Medizin als auch von Krankenversicherungen eine stärkere Unterstützung erfahren und das Thema Reproduktion in den Beratungsangeboten zur Transition angesprochen wird.

6.3 PSYCHOSOZIALE EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE GESUNDHEIT

Seit den Studien von I. Meyer ist bekannt, dass sich die Zugehörigkeit zu einer gesellschaftlich marginalisierten Gruppe auch erheblich auf die individuelle Gesundheit von lesbischen, schwulen, bisexuellen und trans* Menschen auswirken kann (vgl. z.B. Meyer 2001, Meyer 2016, Sander 2016). Im Vergleich zur heterosexuellen, cis-geschlechtlichen Vergleichsgruppe wurden deutlich höhere Zahlen an psychischen Erkrankungen, Drogenkonsum und körperlichen Erkrankungen, wie beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen, aber auch eine höhere Selbstmordgefährdung festgestellt. Zum einen wirkt sich der durch Stigmatisierung und Marginalisierung erlebte höhere Stress negativ auf die Gesundheit aus, zum anderen erschweren Diskriminierungen und andere

24 Cis-geschlechtlich bezeichnet Personen, die keine Diskrepanz zwischen ihrem Zuweisungsgeschlecht und ihrem Geschlechtsempfinden feststellen.

25 Die Krankenversicherungen finanzieren diesen Paaren üblicherweise bis zu drei Versuche, sofern die Frau nicht das 40. und der Mann nicht das 50. Lebensjahr überschritten haben.

Hürden den Weg zur Gesundheitsversorgung (vgl. LesMigraS 2011, Fuchs et al 2012, FRA 2014, Pohlkamp 2014, Plötz/Zacharias 2015). Die genannten Studien zeigen auf, dass trans* Menschen in vielfältiger Weise und in vielen Bereichen ihres Lebensalltags Diskriminierungen und Gewalt erfahren (vgl. ebd). Eine Untersuchung zur psychischen Gesundheit von trans* Menschen im europäischen Vier-Länder-Vergleich weist darauf hin, dass Studienteilnehmer_innen häufig unter Depressionen und Angststörungen litten (vgl. Heylens et al. 2014). Die Erfahrungen aus den genannten Studien zu Diskriminierungserfahrungen beweisen, dass für viele trans* Menschen auch nach einer Geschlechtsangleichung der durch soziale Stigmatisierung und Marginalisierung verursachte Stress nicht endet. Insbesondere Personen, deren Passing²⁶ die ohnehin nur geringe soziale Irritationstoleranz überschreitet, als auch nicht-binäre Menschen, die ständig mit einer binären Gesellschaftsstruktur konfrontiert bleiben, sind weiterhin diesen Stressoren verstärkt ausgesetzt (vgl. LesMigraS 2011, Fuchs et al 2012, FRA 2014, Pohlkamp 2014, Plötz/Zacharias 2015). Daher sind trans* Menschen als vulnerable Personengruppe zu betrachten und sollten dementsprechend eine besondere

Aufmerksamkeit in der Gesundheitsforschung und in der Suizidprävention erhalten, wie dies bereits vielfach gefordert wird (vgl. z.B. Sauer et al. 2015, Reisner et al. 2016, Council of Europe 2015).²⁷ Zudem ist es aus diesen Gründen unbedingt erforderlich, dass Diskriminierungen in der Gesundheitsversorgung abgebaut sowie Beratungs- und Selbsthilfeangebote auf- und ausgebaut werden (vgl. Meyer 2016, Council of Europe 2015).

26 Passing bezeichnet die irritationslose Wahrnehmung von trans* Menschen in ihrem Identitätsgeschlecht durch ihre Umwelt. Problematisch an diesem Begriff ist, dass die Geschlechterwahrnehmung ihrerseits auf sozialen Normen beruht. Die Anforderung an trans* Menschen, ein gesellschaftskonformes Passing zu haben, soll die Gesellschaft von der Verantwortung entbinden, ein diskriminierungsfreies und akzeptierendes Klima für alle Menschen zu schaffen. Gleichzeitig werden durch diese Normierung individuelle Probleme von trans* Menschen verschärft, da ihnen damit die Erarbeitung eines positiven Selbstwertgefühls beträchtlich erschwert wird.

27 Nicht zuletzt in der Transgender Resolution 2048 des Europarates von 2015.

7 LITERATUR

Aktion Transsexualität und Menschenrecht (ATME) (2015): Stuttgarter Erklärung. Alternative Behandlungsempfehlungen bei geschlechtlichen Normvariationen. URL: <http://die-erklaerung.de/> [Letzter Zugriff: 23.10.2016].

Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2015): Gleiche Rechte – gegen Diskriminierung aufgrund des Geschlechts. Bericht der unabhängigen Expert_innenkommission der Antidiskriminierungsstelle des Bundes, Berlin.

Bauer, Greta R.; Redman, Nik; Bradley, Kaitlin und Scheim, Ayden I. (2013): Sexual Health of Trans Men Who Are Gay, Bisexual or Who Have Sex with Men: Results from Ontario, Canada, International Journal of Transgenderism Vol. 14, S. 66-74.

Becker, Sophinette; Bosinski, Hartmut A. G.; Clement, Ulrich; Eicher, Wolf; Goerlich, Thomas M.; Hartmann, Uwe; Kockott, Götz; Langer, Dieter; Preuss, Wilhelm F.; Schmidt, Gunter; Springer, Alfred, Wille, Reinhard (1997): Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft, Zeitschrift für Sexualforschung Vol. 10, S. 147–156.

Bundesverband Trans* (BVT*) (2016a): Bundesverband Trans* kritisiert Antidopinggesetz. <http://www.bv-trans.de/aktuelles/> [Letzter Zugriff: 30.10.2016].

Bundesverband Trans* (BVT*) (2016b, i.E.): Eckpunkte-/Forderungspapier zur Verbesserung der Trans*Beratung. Berlin.

Bundesverband Trans* (BVT*) (2016c): Stellungnahme zur Menschenrechtssituation von transgeschlechtlichen, transgender, transidenten, transsexuellen und anderen geschlechtlich nicht-konform empfindenden Menschen (kurz: trans*) in Deutschland: Kommentierung des Entwurfes des unabhängigen

Evaluierungsberichtes anlässlich des deutschen OSZE-Vorsitzes 2016. Berlin. <http://www.bv-trans.de/tag/aktuelles/> [Letzter Zugriff: 30.10.2016].

Bundesweiter Arbeitskreis TSG-Reform (2012): Forderungspapier zur Reform des Transsexuellenrechts. URL: <http://www.tsgreform.de/> [Letzter Zugriff: 23.10.2016].

Bundesweites Netzwerk Trans*Aktiv (2014): Waldschlösschen Erklärung vom 24. August 2014. URL: <http://www.ws.trans-ident.com/nachrichten/15-waldschloesschen-erklaerung-vom-24-august-2014> [Letzter Zugriff: 23.10.2016].

Council of Europe (2015): Resolution 2048. Discrimination against transgender people in Europe, URL: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-DocDetails-EN.asp?FileID=21736&lang=EN> [Letzter Zugriff: 23.10.2016]

De Roo, Chloe; Tillemann, Kelly; T'Sjoen, Guy; De Sutter, Petra (2016): Fertility options in transgender people, International Review of Psychiatry Vol. 28(1), S. 112 – 119.

De Silva, Adrian (2015): Bewegungssoziologische Analyse der Begrifflichkeiten der deutschen Trans*-Bewegung, In: Arn Sauer (Hg.), Geschlechtliche Vielfalt. Begrifflichkeiten, Definitionen und disziplinäre Zugänge zu Trans- und Intergeschlechtlichkeiten, Berlin, S. 25 – 30.

European Agency for Fundamental Rights (FRA) (2014): Being Trans in the European Union. Comparative Analysis of EU LGBT Survey Data, Wien.

Franzen, Jannik & Sauer, Arn (2010): Benachteiligung von trans* Personen, insbesondere im Arbeitsleben. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes.

Fuchs, Wiebke; Ghattas, Dan Christian; Widmann, Charlotte (2012): Studie zur Lebenssituation von Transsexuellen in Nordrhein-Westfalen, Köln.

Güldenring, A.-K. (2013): Zur „Psychodiagnostik von Geschlechtsidentität“ im Rahmen des Transsexuellengesetzes. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 26(02), S. 160 – 174. doi: 10.1055/s-0033-1335618.

Güldenring, Annette (2015): A critical view of transgender health care in Germany: Psychopathologizing gender identity – Symptom of ‘disordered’ psychiatric/psychological diagnostics? *International Review of Psychiatry*, 27 (5), S. 427–434.

Güldenring, Annette (2015): Zur Rolle der Medizin und aktuellen Trans*- Transgesundheitsversorgung in Deutschland. In: Arn Sauer (Hg.), *Geschlechtliche Vielfalt. Begrifflichkeiten, Definitionen und disziplinäre Zugänge zu Trans- und Intergeschlechtlichkeiten*, Berlin, S. 31 – 40.

Hamm, Jonas; Sauer, Arn (2014): Perspektivenwechsel: Vorschläge für eine menschenrechts- und bedürfnisorientierte Trans*-Gesundheitsversorgung. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 27 (1), S. 4-30.

Haupt, Horst-Jörg (2011): *Transsexualität*, Altdorfer Empfehlungen. Uri: Sozialpsychiatrischer Dienst.

Hess, Jochen; Neto, Roberto Rossi; Panic, Leo; Rübben, Herbert; Senf, Wolfgang (2014): Zufriedenheit mit der Mann-zu-Frau-geschlechtsangleichenden Operation. Ergebnisse einer retrospektiven Befragung, *Deutsches Ärzteblatt* Vol. 111 (47), S. 795 – 801.

Heylens, Gunter; Elaut, Els; Kreukels, B. C. Baudewintje; Paap, Muirne C. S.; Cerwenka, Susanne; Richter-Appelt, Hertha; Cohen-Kettenis, Peggy T.; Haraldsen, Ira R.; De Cuypere, Griet (2014): Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries, *The British Journal of Psychiatry* Vol. 204, S. 151–156.

LesMigraS (2012): „... nicht so greifbar und doch real“ Eine quantitative und qualitative Studie zu Gewalt- und (Mehrfach-) Diskriminierungserfahrungen von lesbischen, bisexuellen Frauen und Trans* in Deutschland, Berlin.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (2009): *Begutachtungsanleitung. Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität*, Essen.

Meyenburg, Bernd; Romer, Georg; Möller, Birgit; Korte, Alexander (2013): S1-Leitlinie: Störungen der Geschlechtsidentität im Kindes- und Jugendalter, AWMF online – das Portal der wissenschaftlichen Medizin. URL: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-014.html> [Letzter Zugriff: 23.10.2016].

Meyer, Erik (2015): Trans*affirmative Beratung. *Psychosozial* Vol. 38 (140), S. 71-86.

Meyer, Erik (2016): „Damit habe ich nichts zu tun.“ Über das Phänomen der internalisierten Trans*-feindlichkeit. In: Patsy L’Amour LaLove: *Selbsthass & Emanzipation. Das Andere in der heterosexuellen Normalität*, S. 195-204.

Meyer, Ilan H. (2001): Why Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Public Health? In: *American Journal of Public Health* vol. 91 (6), S.856 – 859.

Minter, Shannon Price (2012): Supporting Transgender Children: New Legal, Social, and Medical Approaches. *Journal of Homosexuality*, 59 (3), S. 422-433.

Nieder, Timo O.; Briken, Peer; Richter-Appelt, Hertha (2013): Transgender, Transsexualität und Geschlechtsdysphorie: Aktuelle Entwicklungen in Diagnostik und Therapie, *PSYCH up2date* Vol. 7, S. 373-389.

Plötz, Kirsten; Zacharias, Christian (2015): Abschlussbericht zur Entwicklung der Kampagne „Gemeinsam für Vielfalt in Niedersachsen“, Hannover.

Pohlkamp, Ines (2014): Genderbashing. Diskriminierung und Gewalt an den Grenzen der Zweigeschlechtlichkeit, Münster.

Rauchfleisch, Udo (2014): Transsexualität – Transidentität. Begutachtung, Begleitung, Therapie, Göttingen.

Reisner, Sari L.; Perkovich, Brandon; Mimiaga, Matthew J. (2010): A Mixed Methods Study of the Sexual Health Needs of New England Transmen Who Have Sex With Nontransgender Men, *AIDS PATIENT CARE and STDs* Vol. 24 (8), S. 1-13.

Reisner, Sari L.; Poteat, Tonia; Keatley, JoAnne; Cabral, Mauro; Mothopeng, Tampose; Dunham, Emilia; Holland, Claire E.; Max, Ryan; Baral, Stefan D. (2016): Global health burden and needs of transgender populations: a review, *The Lancet* Vol. 388, S. 412-436.

Richards, Christina; Bouman, Walter Pierre; Seal, Leighton; Barker, Meg John; Nieder, Timo Ole; T'Sjoen, Guy (2016): Non-binary or genderqueer genders, *International Review of Psychiatry* Vol. 28 (1), S. 95 – 102.

Sander, Dirk (2016): Bewegung für Gesundheit! Was beeinflusst die Gesundheitsprofile sexueller Minderheiten und was muss getan werden. In: Patsy l'AmourLaLove (Hg.), *Selbsthass & Emanzipation. Das Andere in der heterosexuellen Normalität*, Berlin, S. 205 – 218.

Sauer, Arn (2012): HIV und Trans* – (k)ein Thema oder viele? *HIV and more* Nr. 2/2012, S. 48-49.

Sauer, Arn; Gülldenring, Annette; Tuider, Elisabeth (2016): Queering Trans*-Gesundheit: Auf dem Weg zu einer individualisierten, menschenrechtskonformen Gesundheitsversorgung. In: Petra Kolip und Klaus Hurrelmann (Hg.), *Handbuch Geschlecht und Gesundheit: Männer und Frauen im Vergleich*, Bern, S. 420-432.

Schicktanz, Silke; Schweda, Mark; Wynne, Brian (2012): The Ethics of 'public understanding of ethics' – why and how bioethics expertise should include public and patients voices. In: *Medicine, Health Care and Philosophy* Vol. 15 (2), S. 129–139.

Sohn, Michael (2007): Operative Geschlechtsangleichung (Mann-zu-Frau und Frau-zu-Mann): Voraussetzungen und OP-Prinzipien, *Blickpunkt der Mann. Wissenschaftliches Journal für Männergesundheit* Vol. 5 (2), S. 21-24.

Stephens, Sally C.; Bernstein, Kyle T.; Philip, Susan S. (2011): Male to Female and Female to Male Transgender Persons have Different Sexual Risk Behaviours Yet Similar Rates of STDs and HIV, *AIDS Behaviour* Vol. 15, S. 683-686.

TransInterQueer e.V. (2013): Pressemitteilung: Med. Leitlinien zur Behandlung von trans* Kindern und Jugendlichen ohne Betroffenenbeteiligung überarbeitet. Berlin. URL: <http://www.transinterqueer.org/aktuell/pressemitteilung-med-leitlinien-zur-behandlung-von-trans-kindern-und-jugendlichen-ohne-betroffenenbeteiligung-uberarbeitet/> [Letzter Zugriff: 23.10.2016].

United Nations Development Programme (UNDP) (2016): *Implementing Comprehensive HIV and STI Programmes with Transgender People. Practical Guidance For Collaborative Interventions*, New York.

Wiedner, Kati (2016): Respekt statt Bevormundung: ein Plädoyer für die Abschaffung der Begutachtung bei Personenstands- und Vornamensänderungen, Zeitschrift für Sexualforschung 29(1), S. 67 – 72.

World Medical Association (WMA) (2015): WMA Statement on Transgender People. URL: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/t13/> [Letzter Zugriff: 23.10.2016].

World Professional Association for Transgender Health (WPATH) (2012): Standards of Care Versorgungsempfehlungen für die Gesundheit von transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Personen.

Gefördert vom



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

im Rahmen des Bundesprogramms

Demokratie **leben!**



**BUNDESVEREINIGUNG
TRANS***

ISBN 978-3-00-055104-8