

Wenn Weltbilder ins Wanken geraten

Die Sexualwissenschaft im Kontext von Trans

Timo O. Nieder

Der vorliegende Beitrag skizziert die Veränderungen im Kontext von Transgender von der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts bis heute und kontrastiert sie mit den Positionen aus den ersten beiden Jahrzehnten des 21. Jahrhunderts. Anschließend werden Perspektiven eröffnet: Welche Aufgaben hat zukünftig die Sexualwissenschaft, um ihren Beitrag für eine bedarfsgerechte Trans-Gesundheitsversorgung zu leisten?

»Wenn Weltbilder ins Wanken geraten«, titelte im Jahr 2012 der *Tagesspiegel* und erklärte das Wort »Paradigmenwechsel« für allgegenwärtig. Es werde inflationär verwendet, wenn etwas Neues geschaffen oder zum Umdenken aufgerufen werde. Präziser beschreibt der Wissenschaftstheoretiker Thomas Kuhn einen Paradigmenwechsel als den »Wandel grundlegender Rahmenbedingungen für einzelne wissenschaftliche Theorien« (Kuhn, 1976, S. 57). Kuhn versteht das Paradigma als ein disziplinäres System, dessen Formeln, Gesetze und Definitionen von einer Wissenschaftsgemeinschaft geteilt werden. Es soll ein gemeinsames Begriffssystem bilden und Allgemeingültigkeit beanspruchen (Kuhn, 1976), obgleich es zuweilen auf eine »Reihe von Glaubenssätzen« (Masterman, 1974, S. 76) reduziert und als solche kritisiert wird.

Mit seiner Analyse wird Kuhn das Verdienst zugeschrieben, die Wissenschaftsgemeinschaft dafür sensibilisiert zu haben, sich ihrer Befunde nicht sicher sein zu können. Forschungsdaten könnten ausschließlich vor dem Hintergrund des je anerkannten Theoriegebäudes, des jeweils gültigen Paradigmas, interpretiert werden. Im Gegensatz beispielsweise zu den Forderungen des kritischen Rationalismus nach Popper (vgl. Keuth, 2019) können solch paradigmatische Gebäude nicht widerlegt, sondern höchstens zum Einsturz gebracht werden. Kuhn spricht in diesem Zusammenhang auch von der Diskontinuität von Paradigmen (Kuhn, 1976, S. 123) und schreibt: »Es ist fast, als wäre die Fachgemeinschaft plötzlich auf einen anderen Planeten versetzt worden, wo vertraute Gegenstände in einem neuen Licht erscheinen und auch unbekannte sich hinzugesellen« (zit. n. Dekker, 2019).

»Wenn Weltbilder ins Wanken geraten« – so muss es vielen Sexualwissenschaftler_innen in den zurückliegenden Jahren und Jahrzehnten ergangen

sein, wenn sie sich mit dem Thema Transgender auseinandersetzen. Wohl in kaum einem anderen Bereich der Sexualwissenschaft hat sich das Verständnis dessen, was erforscht und behandelt werden soll, so grundlegend verändert (vgl. hierzu auch Nieder, 2014, 2019). Nicht zuletzt die unzähligen Begriffe, die teils sehr unterschiedlich konnotiert sind, sowie die Revision der Diagnosen veranschaulichen diese Entwicklung (u. a. Sauer, 2015).

Zum Verhältnis von Sexualwissenschaft und Transsexualität im 20. Jahrhundert

Verschiedene Perspektiven haben sich mit der Geschichte der Transsexualität auseinandergesetzt, zuletzt auch mit Schwerpunkt auf der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts (Meyer, 2018). Sowohl aus sexualwissenschaftlicher bzw. psychiatrisch-psychotherapeutischer (Becker, 2004; Nieder & Richter-Appelt, 2011; Pfäfflin, 1997, 2011) als auch aus historischer (Meyerowitz, 2002, 2008) und sozialwissenschaftlicher Sicht (de Silva, 2014, 2018, 2019; Regh, 2002). Dabei reicht die klinische und sexualwissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema Transsexualität als (Psycho-)Pathologie von der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts (u. a. Krafft-Ebing, 1894; Moll, 1891; Westphal, 1870) bis weit in das 20. Jahrhundert. Dieser klinischen Perspektive folgend formulierten Sigusch, Meyenburg und Reiche (Sigusch et al., 1978) Leitsymptome (vgl. den untenstehenden Kasten zu Leitsymptomen der Transsexualität), die transsexuelle Menschen mit einer Wucht psychopathologisierten und auf diese Weise nachhaltig für Misstrauen zwischen der Trans-Community und der (klinischen) Sexualwissenschaft sorgten (zum Misstrauen siehe auch Güldenring, 2013).

Leitsymptome der Transsexualität nach Sigusch, Meyenburg und Reiche (1978)

- innere Gewissheit, dem Geschlecht anzugehören, das ihnen körperlich nicht gegeben ist (Realitätsverfälschung, aber keine psychotischen Symptome)
- abweichende körperliche Befunde nicht häufiger als bei anderen seelisch Kranken
- von einem Verlangen nach Geschlechtswechsel besessen

- Hass und Ekel gegenüber den eigenen körperlichen Geschlechtsmerkmalen
- bereits in der Kindheit gegengeschlechtliches Verhalten und Empfinden
- Crossdressing oft schon in der Kindheit, dann progradient oft starre und klischeehafte Übernahme und Überzeichnung kulturell herrschender Ideale von Männlichkeit und Weiblichkeit
- bewusst erlebte Sexualität oft von untergeordneter Bedeutung, auch wenn sexuelle Appetenz und Aktivität nicht bis zur Asexualität herabgesetzt sind
- Starke Abwehr und Ablehnung der Homosexualität, empfinden sich selbst als heterosexuell
- im ärztlichen Gespräch eher kühl wirkend – distanziert, affektlos, starr merkwürdig uniform, normiert, durchtypisiert
- Psychotherapie ablehnend
- stark gestörte zwischenmenschliche Beziehungen, weil Einfühlungsvermögen und Bindungsfähigkeit fehlen, Polarisierungen typisch
- gereizt-aggressive Reaktionen, falls Gefühl entsteht, dass transsexueller Wunsch abgelehnt werden könnte; Tendenz zum psychotischen Zusammenbruch unter Stress

Auch die bis dato einflussreichen Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen (Becker et al., 1997) orientierten sich bei der Diagnostik eng an der binären Ordnung von Geschlecht, die trans Personen zwangsläufig als Abweichung konzeptualisiert. Analog zur gesellschaftlich akzeptierten Wahrnehmung von Geschlecht als entweder männlich oder weiblich beschrieben verschiedene Autor_innen transsexuelle Personen als Gefangene »im falschen Körper« (u. a. Hekma, 1996; Kamprad & Schifflers, 1991). Sie standen im Zuge dessen unter dem Druck, der Außenwelt ihre Innenwelt sichtbar zu machen und entgegen der äußeren Erscheinung nachzuweisen, dass sie eigentlich dem »anderen Geschlecht« angehörten. Um die Unveränderbarkeit und Unumkehrbarkeit ihrer transsexuellen Entwicklung zu beweisen, hatten transsexuelle Menschen zuerst eine psychotherapeutische Behandlung zu absolvieren, deren Scheitern der Legitimation somatischer Behandlungen im Sinne einer Ultima Ratio dienen sollte (vgl. Burzig, 1982; Pfäfflin, 1994). Zudem wurden ausschließlich transsexuelle Personen, die gemäß Geburtsgeschlecht eine homosexuelle Orientierung vorgaben, als »echte Transsexuelle« diagnostiziert (vgl. Becker, 2006; Fisk,

1973). Die somatischen Behandlungen schließlich sollten ermöglichen, dass die Betreffenden eindeutig als Frauen und Männer leben konnten und dies auch rechtlich anerkannt wurde (Augstein, 1992).

Der systematisch heteronormative Charakter der angewandten Kriterien soll anhand des folgenden Beispiels verdeutlicht werden: Im Jahr 1920 wurden in einem quasi-experimentellen Setting verschiedene chirurgische Eingriffe sukzessiv durchgeführt, die im Ergebnis den genitalangleichenden Eingriffen ähnelten (vgl. Herrn, 2005). Hintergrund war das wiederholt und massiv vorgetragene Verlangen einer körperlich-männlichen Person nach diesen Eingriffen, die zudem angab, seit frühester Kindheit das Gefühl zu haben, dem weiblichen Geschlecht anzugehören und seit der Pubertät sexuelle Erregung durch Crossdressing zu erfahren. Sie habe bis zu acht Mal am Tag masturbiert. Die sexuelle Orientierung sei auf Frauen orientiert, jedoch ohne dass sie je einen sexuellen Kontakt zu Frauen erlebt habe. Einhergehend mit psychopathologischen Auffälligkeiten, die vom ausgeprägten sozialen Rückzug bis hin zu wiederkehrender Suizidalität reichten, wurden die damaligen Voraussetzungen für die Indikation einer chirurgischen Behandlung als erfüllt betrachtet (Herrn, 2008).

Etwa 40 Jahre später, Mitte der 1960er Jahre, nachdem von John Money und Robert Stoller die Differenzierung zwischen *sex* und *gender* in die Sexualwissenschaft eingeführt worden war (Money, 1994; Stoller, 1964), etablierten Sexualwissenschaftler_innen in den USA ihre eigenen Kriterien zur Auswahl von für die Geschlechtsangleichung geeigneten Personen (Meyerowitz, 2002). Nahezu komplett entsprachen sie dem Gegenteil der in den 1920er Jahren in Deutschland herangezogenen Kriterien. Es entsprachen diejenigen den Kriterien, die präoperativ entweder keine sexuelle oder – bezogen auf ihre Geschlechtsidentität – eine heterosexuelle Aktivität vorwiesen und die postoperativ eine heterosexuelle Lebensweise anstrebten. Es waren diejenigen, die versprachen, postoperativ im Einklang mit der heteronormativen Ordnung zu leben. Die skizzierte Person, die in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts in Deutschland operiert wurde, hätte in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts in den USA keine Indikation zur chirurgischen Genitalangleichung erhalten.

Indem transsexuelle Menschen im Anschluss an ihre Geschlechtsangleichung exklusiv in den heterosexuellen Geschlechtsrollen von Mann und Frau leben sollten, wurde die Heteronormativität als Grundlage zweigeschlechtlich organisierter Gesellschaften fortlaufend (re-)inszeniert und stabilisiert (vgl. Roen, 2002). Es wurde von einem »Geschlechtscharakter« ausge-

gangen, der Merkmale auf der psychischen und Verhaltensebene enthalten sollte, die mit den Merkmalen des körperlichen Geschlechts korrespondieren (Hausen, 1976, S. 363). Allerdings war bereits in den 1970er Jahren offensichtlich, dass »Aussagen über den ›Geschlechtscharakter‹ von Mann und Frau [...] normative Aussagen [sind] und als solche [...] in einem schwer zu erkennenden Verhältnis zur Realität« stehen (ebd.). Und dennoch: In der klinischen Praxis blieben stereotype Erwartungen an die Geschlechtsrollen von Mann und Frau sowohl auf sexualwissenschaftlicher Seite als auch auf Seite der transsexuellen Menschen präsent (u. a. Rüffer-Hesse & Hartmann, 2004; Stuttgarter Erklärung, 2015). So wurde gerade an trans Menschen, die ihre Geschlechtsidentität als unvereinbar mit den körperlichen Geschlechtsmerkmalen erleben und infolgedessen einen »Geschlechtswechsel« anstreben (Sigusch, 1995), ein Konzept erarbeitet, wie früh biologische und psychische Aspekte der Binarität von Geschlecht determiniert sein sollen (vgl. Hirschauer, 1993). Im Zuge der Diagnostik und Behandlung transsexueller Menschen wurden die Axiome der gesellschaftlichen Wahrnehmung von Geschlecht und Geschlechtszugehörigkeit infrage gestellt (dass ausschließlich biologische Komponenten die Geschlechtszugehörigkeit begründen) und zugleich reinszeniert (dass die Geschlechtszugehörigkeit von lebenslanger Konstanz ist). Auch und insbesondere für transsexuelle Männer und Frauen galt »die Regel der Unvereinbarkeit und Unveränderbarkeit: Jeder muß[te] jederzeit männlich oder weiblich sein« (Gildemeister, 1992, S. 226). Eine Zusammenfassung der Positionen des 20. Jahrhunderts ist im folgenden Kasten dargestellt.

Positionen zur Transsexualität im 20. Jahrhundert (modifiziert nach Nieder et al., 2013)

- Transsexualität ist eine psychiatrische Erkrankung.
- Ein Mensch ist entweder transsexuell oder nicht.
- Eine Person mit einer weiblichen Geschlechtsidentität und der körperlichen Geschlechtsentwicklung eines Mannes ist ein Mann mit einer *Geschlechtsidentitätsstörung* bzw. ein transsexueller Mann. Eine Person mit einer männlichen Geschlechtsidentität und der körperlichen Geschlechtsentwicklung einer Frau ist eine Frau mit *Geschlechtsidentitätsstörung* bzw. eine transsexuelle Frau.
- In Bezug auf ihr körperliches Geschlecht sind *echte Transsexuelle* homosexuell orientiert.

- *Echte Transsexuelle* wollen sowohl eine Behandlung mit Sexualhormonen als auch genital- und brustchirurgische Eingriffe.
- In der Psychotherapie muss festgestellt werden, ob *wirklich* Transsexualität vorliegt.
- Die Aufgabe der Psychotherapie ist es, die Hilfesuchenden von ihrer Transsexualität zu heilen, das heißt den Wunsch nach somatischen Behandlungen zu beseitigen.
- Nur wenn die Psychotherapie dieses Ziel nicht erreicht, dürfen somatische Behandlungen im Sinne einer Ultima Ratio genehmigt werden.
- Verheiratete Personen müssen sich scheiden lassen, bevor eine Personenstandsänderung vollzogen werden kann.
- Behandlungen zur Veränderung des Genitalbereichs und zur Etablierung von Infertilität sind Voraussetzungen für die Personenstandsänderung.

Zum Verhältnis von Sexualwissenschaft und Trans/Transsexualität heute

Seit ihrer Veröffentlichung waren die »Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft« (Becker et al., 1997) der Maßstab für Behandlungsent-scheidungen. Dies galt umso mehr, seitdem die Begutachtungsrichtlinie des Medizinischen Dienstes des Spaltenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS, 2009) in Kraft getreten ist. Mit den Kriterien der Begutachtungsrichtlinie (ebd.) soll geprüft werden, »dass sich das transsexuelle Erleben im Einzelfall zu einer krankheitswirigen Störung bzw. zu einer behandlungsbedürftigen Erkrankung im Sinne des Krankenversicherungs-rechtes mit entsprechendem Leidensdruck entwickelt hat und die vorgese-hene geschlechtsangleichende Maßnahme die ultima ratio in der Behand-lung darstellt« (ebd., S. 16). Sie schreibt bis dato die Voraussetzungen für die Kostenübernahme fest, die für alle Behandlungssuchenden gleicher-maßen gelten sollen. Dabei interpretiert die MDS-Begutachtungsrichtli-nie die Standards ausschließender, als sie gedacht waren: Ausnahmen oder Abweichungen sind in der Begutachtungsrichtlinie nicht vorgesehen, was in der Praxis zu einer Vielzahl von Problemen für Behandlungssuchende

(Hamm & Sauer, 2014) und Behandelnde (Nieder et al., 2014) gleichermaßen führt. Die regulierenden Folgen der Begutachtungsrichtlinie wurden wiederholt kritisiert (u. a. Hamm & Sauer, 2014; Nieder et al., 2014). Einzuordnen ist ihre inhaltliche Ausrichtung am ehesten als Symptom der Heteronormativität (keine Zwischenräume zu öffnen), der Psychiatrisierung (Absicherung der Diagnose und Indikation exklusiv durch Fachärzt_innen für Psychiatrie) und der Psychopathologisierung (Anerkennung somatischer Behandlung ausschließlich als Ultima Ratio, nachdem eine Psychotherapie gescheitert ist). Zudem weichen die Kriterien erheblich vom internationalen *state of the art* ab.

International sind es vor allem die »Standards of Care« (SoC) der World Professional Association for Transgender Health (WPATH), die 2011 in ihrer siebten Version herausgegeben wurden (Coleman et al., 2012; in deutscher Übersetzung: Richter-Appelt & Nieder, 2014), die »Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People« der American Psychological Association (2015) sowie eine Stellungnahme der World Medical Association zu den »Transgender People« (World Medical Association, 2015), die den *state of the art* prägen. Zusammengenommen lassen sich die Empfehlungen wie folgt beschreiben: Trans-Identitäten sind nicht pathologisch, behandelt wird die Geschlechtsinkongruenz (gemäß ICD-11; World Health Organization, 2018) und/oder die Geschlechtsdysphorie (gemäß DSM-5; American Psychiatric Association, 2013; Zucker et al., 2013). Trans Menschen soll ein verlässlicher Zugang zu multimodaler transitionsunterstützender Gesundheitsversorgung möglich sein (Reisner et al., 2016). Unter Berücksichtigung des Körpers, der Psyche und der sozialen Situation sollen trans Menschen im Einklang mit ihrem Geschlecht leben können. Dabei soll die Gesundheitsversorgung für trans Menschen im Vordergrund stehen, die offen ist für Menschen, die ihr Geschlecht binär empfinden (männlich vs. weiblich) sowie für diejenigen, die es non-binär empfinden (z. B. agender, geschlechtsneutral, genderqueer). In Abkehr von den vormals rigidem und überregulierten Behandlungen (s. o.) wird ein individualisiertes und flexibles Vorgehen im Zuge einer möglichen Transition gefordert. Es soll sich nicht mehr um eine Begutachtung und Auswahl geeigneter Kandidat_innen für somatische, geschlechtsangleiche Behandlungen handeln (Garcia Nuñez & Nieder, 2017), die Funktion eines *Gatekeepers* soll vermieden, das Selbstbestimmungsrecht der Menschen über ihr Geschlecht gefördert werden (Hamm & Sauer, 2014, S. 27; Richards et al., 2014). Das Ziel der Behandlung ist die Reduktion der Ge-

schlechtsinkongruenz und des mit dieser einhergehenden Leidensdrucks, der Geschlechtsdysphorie (Nieder et al., 2016). Nicht nur behandelnde Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen, sondern auch Regierungen und staatliche Organisationen werden aufgefordert, adäquate Behandlungsangebote in der Gesundheitsversorgung einzurichten, die diskriminierungsfrei die (Trans-)Geschlechtlichkeit des Einzelnen berücksichtigen und respektieren (World Medical Association, 2015). Der folgende Kasten fasst die Positionen zu Beginn des 21. Jahrhunderts zusammen.

**Positionen zur Transsexualität zu Beginn des 21. Jahrhunderts
(modifiziert nach Nieder et al., 2013).**

- Trans-Identitäten werden in DSM-5 und ICD-11 nicht mehr als psychische Erkrankung angesehen. Die Trans-Identität gilt weder als krankheitswertig noch als behandlungsbedürftig. Im DSM-5 wird das Leiden unter der mangelnden bzw. fehlenden Übereinstimmung zwischen Körper und Psyche als krankheitswertige Störung im Sinne der Geschlechtsdysphorie aufgefasst.
- Transsexualität ist ebenso wenig ein distinktes Merkmal wie Geschlechtlichkeit. Es wird die Existenz von mehr als zwei eindeutigen männlichen oder weiblichen körperlichen Erscheinungsformen akzeptiert. Es werden mehr als zwei Geschlechtsidentitäten angenommen. Nicht alle Menschen erleben sich entweder als Mann oder als Frau.
- Eine Person mit einer weiblichen Geschlechtsidentität und der körperlichen Geschlechtsentwicklung eines Mannes ist eine (trans/transsexuelle) Frau. Eine Person mit einer männlichen Geschlechtsidentität und der körperlichen Geschlechtsentwicklung einer Frau ist ein (trans/transsexueller) Mann.
- Die sexuelle Orientierung stellt kein differenzialdiagnostisches Merkmal dar.
- Aus den je nach Ausgangssituation indizierbaren somatischen Behandlungen zur Veränderung der körperlichen Geschlechtsmerkmale werden ausschließlich jene indiziert, die von den Betroffenen angestrebt werden und deren Anwendung die Linderung von Geschlechtsdysphorie erwarten lässt. Die Art und das Ausmaß der gewünschten Behandlungen lassen keinen Rückschluss auf das Vorliegen einer Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie zu.

- Vorbereitend sollten jene Faktoren erfasst werden, aus denen sich das Erleben der Geschlechtsdysphorie speist. Weder ist es Aufgabe der Diagnostik zu prüfen, ob es sich um eine früher so genannte wahre Transsexualität handelt, noch ob die oder der Betroffende wirklich das andere Geschlecht hat bzw. schon immer hatte.
- Die Aufgabe der multimodalen Therapie ist es, die Geschlechtsdysphorie deutlich und nachhaltig zu reduzieren.
- Das Ziel der interdisziplinären Therapie liegt in dem Erreichen einer bestmöglichen Lebensqualität, unabhängig von der gelebten Geschlechtsform. Es wird empfohlen, die somatischen Behandlungen im Verlauf einer transsexuellen Entwicklung und bei Bedarf auch darüber hinaus psychotherapeutisch zu begleiten.
- Eine bestehende Ehe stellt kein Hindernis für eine Personenstandsänderung dar.
- Weder chirurgische Veränderungen des Brust- und Genitalbereichs noch die Etablierung von Infertilität sind Voraussetzungen für die Personenstandsänderung.

Mit der Entwicklung einer Leitlinie »Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: Diagnostik, Beratung und Behandlung«, die nach methodischer Prüfung von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) mit S3-Status in das Leitlinienregister aufgenommen und im Oktober 2018 veröffentlicht wurde, sollten die Standards von Becker et al. (1997) an den internationalen *state of the art* angepasst werden (weitere Informationen zum Hintergrund der S3-Leitlinie, zu den angewandten Methoden und zentralen Empfehlungen finden sich bei Nieder & Strauß, 2014, 2016, 2019). Die Leitlinie verfolgt einen ganzheitlichen und gesundheitsfördernden Ansatz und ist offen für binäre und non-binäre trans Menschen. Dabei wird ein differenzierter und dialektischer Ansatz verfolgt, der die Autonomie und die Selbstbestimmung von trans Menschen stärken soll, indem Aspekte der informierten Zustimmung und der partizipativen Entscheidungsfindung eine Rolle spielen. Allerdings sollen individuell auch Alltags erfahrungen und Psychotherapie möglich sein, um eine gesunde Transition zu fördern. Das Fehlen von zeitlichen Vorgaben soll die Behandler_innen motivieren, sich auf ihre klinisch-psychotherapeutische Expertise zu besinnen und sie frei von zeitlichen Vorgaben einzubringen. Ein differenziertes

und am Einzelfall orientiertes Vorgehen soll gleichermaßen Ziel und Folge der Leitlinie sein (Nieder & Strauß, 2019).

Allerdings scheinen der Wegfall von zeitlichen Vorgaben für die somatischen Behandlungen und die damit einhergehende Delinearisierung bzw. Pluralisierung der Behandlungen sowie die Öffnung für non-binäre trans Menschen viele Fachkräfte zu verunsichern. Während zu Zeiten der Behandlungsstandards nach Becker et al. (1997) die Verunsicherung und die Ambivalenzen eher aufseiten der Behandlungssuchenden zu verorten waren, wechseln im Zuge der durch die Leitlinie intendierten Deregulierung die Affekte nun womöglich die Seiten. Um die Verunsicherung aber für eine bedarfsgerechte Behandlung einbringen zu können, sind im Kontakt mit behandlungssuchenden trans Personen ein reflektierter Umgang mit den eigenen, auch ambivalenten Affekten und eine Konzentration auf sorgfältige therapeutische Arbeit nötig. Es braucht ein offenes In-Beziehung-Treten, Akzeptanz des Gegenübers und eine Gesprächsatmosphäre auf Augenhöhe (Nieder & Strauß, 2019). Auch können Übertragungsprozesse im Kontakt mit trans Personen die Verunsicherung und die Ambivalenzen bei den Behandler_innen bedingen bzw. verstärken. Für einen konstruktiv auf die Behandlung bezogenen Umgang mit den eigenen Affekten braucht es im Bedarfsfall Intervision oder Supervision. Schließlich geht es der Leitlinie auch um die Rückbesinnung auf und die Anwendung von klinisch-psychotherapeutischer Expertise, deren Grundlagen und Anspruch sich nicht ändern, wenn anstelle einer cis Person eine trans Person zur Behandlung kommt.

Die Aufgaben der deutschen Sexualwissenschaft im Kontext von Trans

Wie sich die S3-Leitlinie auf die Behandlungspraxis auswirken und wie die für das Frühjahr 2020 erwartete Revision der Begutachtungsrichtlinie des MDS das Geschehen beeinflussen wird, ist bislang nur schwer abzusehen. Auch offen ist, wie sich die für 2022 erwartete Adaptation der ICD-11 auf das deutsche Gesundheitssystem auswirken wird. Von entscheidender Bedeutung für die Trans-Gesundheitsversorgung wird es sein, dass die sozialrechtliche Verankerung der transitionsunterstützenden Behandlungen im § 27 SGB-V erhalten bleibt. Da sich hierzu zum gegenwärtigen Zeitpunkt allenfalls spekulieren lässt, sollen im Folgenden exemplarisch anstehende Aufgaben der Sexualwissenschaft für den Kontext von Trans in Deutsch-

land skizziert werden, die über die faktischen Einflüsse sowohl der S3-Leitlinie und der MDS-Begutachtungsrichtlinie als auch der ICD-11 hinausgehen.

Integration durch Neutralität

Das Spannungsfeld zwischen Forschung, Behandlung und Behandlungs-suchenden hat sich in der Vergangenheit unter anderem durch Kämpfe um die terminologische Hoheit ausgezeichnet. Während die sexualmedizinische Fachliteratur in der Regel von (Frau-zu-Mann- und Mann-zu-Frau-)Transsexuellen sprach (z. B. Smith et al., 2005) und damit Bezug nahm sowohl auf die Diagnose (Transsexualismus gemäß ICD-10: F64.0) als auch auf den Prozess der Geschlechtsangleichung (MzF, FzM), wurde in der Community-basierten Literatur entweder Transgender (u. a. polymorph, 2002) oder die Kurzform Trans verwendet (zuletzt: Appenroth & Castro Varela, 2019).

Allerdings ist sich die Community uneins, und die verschiedenen als legitim erachteten Begriffe markieren die Demarkationslinie. Auf der einen Seite reflektiert der Begriff Transsexualität einen biologisch-es-senzialistischen Ansatz, mit dem davon ausgegangen wird, dass Transsexualität angeboren sei und sich ausschließlich auf Körpermerkmale beziehe, die von dem eigentlichen Geschlecht abweichen (z. B. Aktion Transsexualität und Menschenrecht e. V.). Mehr noch: Das Konzept der Geschlechtsidentität (i. S. v. ein Geschlecht zu fühlen) verunsichtbare den Kern der Transsexualität (i. S. abweichender Körpermerkmale). Auch sei eine auf das zentrale Nervensystem begrenzte Form der Intersexualität, das sogenannte Neuro-Genitale-Syndrom (NGS), der Grund der Transsexualität (Vereinigung-TransSexuelle-Menschen e. V.).

Auf der anderen Seite stehen sozialkonstruktivistische Ansätze, nach denen Geschlecht neben biologischen (körperliche Geschlechtsmerkmale) auch psychische (Geschlechtsidentität, Geschlechtserleben) und soziale (Geschlechtsrolle) Aspekte beinhaltet (z. B. TransInter-Queer e. V.). Zwar hat sich der Bundesverband Trans* e. V. bemüht, ein Dachverband für alle trans Personen zu sein. Gruppen mit einem biologistischen Verständnis (s. o.), grenzen sich von trans Menschen aber ab, weil es bei ihnen »um die psychosozialen Geschlechtsaspekte oder ein Geschlechtsrollen-Problem geht, um Livestyle oder um eine gewählte

Lebensweise« und nicht »um eine Diskrepanz zwischen dem im neuronalen Netz verankertem Geschlechtswissen, dem geschlechtlichem Wesen und dem tatsächlich vorhandenen Geschlechtskörper« (VTSM, 2015).

Die Aufgabe der Sexualwissenschaft liegt darin, zu integrieren und sich den Kämpfen um die Terminologie gegenüber neutral zu verhalten. Sie sollte es den betreffenden Menschen überlassen, die für sich bedeutsamen und gegebenenfalls identitätsstiftenden Begriffe zu verwenden. Bestenfalls sollten integrative Sammelbegriffe genutzt werden, die es bei Bedarf ermöglichen, bestehende Unterschiede zu markieren, sollten sie wissenschaftlich oder klinisch relevant sein.

Notwendigkeit zur Aufarbeitung ihrer geschichtlichen Rolle

Die Sexualwissenschaft hat nicht nur, aber auch in Deutschland eine mitunter fragwürdige Rolle in Forschung und Gesundheitsversorgung im Kontext von Trans eingenommen (kritisch hierzu: Sigusch, 1991a, 1991b). Sicher müssen die jeweiligen Ansätze und Perspektiven im historischen Kontext betrachtet und dementsprechend eingeordnet werden. Um aus den Fehlern lernen zu können, braucht es aber einen professionell moderierten, interdisziplinären sowie trans-inklusiv gestalteten Aufarbeitungsprozess, der es ermöglicht, die durch (Cis)Sexismus (vgl. Hibbs, 2014) und Heteronormativität (vgl. Hark, 2009) bedingten blinden Flecken zu beleuchten (s.o.).

Hierfür sollte das Konzept der cis-geschlechtlichen Privilegien in der Sexualwissenschaft verankert und deren Wirkungsweisen und Folgen empirisch untersucht werden (der folgende Kasten zeigt Beispiele von cis-geschlechtlichen Privilegien). Die meisten cis Personen sind sich der subjektiven Natur des *Gendering* (d.h. des automatisierten Prozesses, einer anderen Person ein Geschlecht zuzuschreiben) jedoch nicht bewusst. Dies liegt vor allem daran, dass sie selbst nicht bzw. nicht regelmäßig die Erfahrung machen, falsch gegendert zu werden (d.h. ein Geschlecht zugeschrieben zu bekommen, das nicht mit ihrer Geschlechtsidentität übereinstimmt). Dieser Mangel an Erfahrung führt in der Regel dazu, dass cis Personen fälschlicherweise annehmen, der Prozess des Gendering sei eine Frage der Beobachtung und nicht der Spekulation (Serano, 2007). Eine Aufgabe der Sexualwissenschaft sollte daher darin liegen, mithilfe empirischer Forschung die Cis-Gesellschaft für ihre Privilegien zu sensibilisieren.

Beispiele für cis-geschlechtliche Privilegien (modifiziert nach Killermann, o.J.)

- Ich kann öffentliche Toiletten benutzen, ohne Angst zu haben.
- Ich kann öffentliche Einrichtungen wie Umkleidekabinen beim Sport oder im Kaufhaus benutzen, ohne angestarrt zu werden und ohne Beklemmungen oder Angst zu haben.
- Ich kann einfach unterwegs sein und weiß, dass es Toiletten gibt, die ich nutzen kann.
- Ich kann mein Geschlecht bei Formularen eintragen.
- Mir fremde Menschen gehen nicht davon aus, dass sie mich nach meinem Genitale oder nach meiner Sexualität fragen können.
- Meine Glaubwürdigkeit als Mann_Frau_Mensch hängt nicht davon ab, wie viele Operationen ich hatte oder wie gut mein *Passing* als cis Person ist.
- Ich kann durch die Welt zu laufen und mich einfügen. Ich werde aufgrund meines geschlechtlichen Ausdrucks nicht angestarrt, es wird nicht über mich getuschelt oder auf mich gezeigt.
- Menschen reden mich mit dem Namen an, den ich ihnen nenne. Sie fragen mich nicht nach meinem »richtigen Namen«, mit der Annahme, dass sie das Recht haben mich dann so anzusprechen.
- Ich kann davon ausgehen, dass ich einen Job bekomme und eine Wohnung mieten kann, ohne dass mir dies aufgrund meines Geschlechtsausdrucks verwehrt wird.
- Ich kann flirten, unverbindlichen Sex haben oder eine Beziehung eingehen, ohne zu fürchten, dass ich aufgrund meines körperlichen Status zurückgewiesen oder attackiert werde, noch wird es meine_n Partner_in dazu bringen, seine_ihre sexuelle Orientierung infrage zu stellen.
- Wenn ich in die Notaufnahme komme, muss ich mir keine Sorge machen, dass mein Geschlecht eine zielführende Behandlung verhindert oder dass meine sämtlichen medizinischen Themen auf mein Geschlecht zurückgeführt werden.
- Ich muss mir keine Sorgen darüber machen, in einer zweigeschlechtlich-getrennten Haftanstalt entgegen meiner Geschlechtsidentität eingeordnet zu werden.

- Ich muss mich nicht einer umfassenden psychologischen Einschätzung unterziehen, um grundlegende medizinische Versorgung zu erhalten.
- Ich finde Vorbilder und Vordenker_innen mit meiner Identität, denen ich nacheifern kann.
- In Film und Fernsehen werden Menschen meines Genders richtig dargestellt und nicht nur berücksichtigt, wenn es um dramatische Handlungen oder Pointen in einem Witz geht.
- Menschen verstehen mein Gender und denken nicht, ich sei verwirrt oder komisch.
- Ich kann Kleidung kaufen, die zu meinem Gender passt, ohne dass sich die Verkäufer_innen über mich lustig machen oder ich nach Sondergrößen fragen muss.
- Wenn Menschen meinen Personalausweis oder meinen Führerschein sehen, werden sie mich nicht beleidigen oder anstaren, weil mein Name nicht zu meinem Geschlechtseindruck passt.
- Bestimmte Dienstleistungen (z. B. Krankenhaus, in der Bank etc.) werden mir nicht verwehrt, weil mein Personalausweis nicht mit meiner Geschlechtsidentität übereinstimmt.
- Ich muss meine Eltern nicht von meinem wahren Geschlecht überzeugen und mir nicht die Liebe und den Respekt meiner Eltern und Geschwister neu verdienen.
- Ich muss meine (erweiterte) Familie nicht daran erinnern, die richtigen Pronomen zu benutzen.
- Ich muss nicht mit alten Fotos zurechtkommen, die nicht zeigen, wer ich wirklich bin.
- Ich kann weiterhin behaupten, dass Anatomie und Geschlecht unumstößlich miteinander zusammenhängen, anstatt die Komplexität des Themas zu erklären.

Ergebnis eines Aufarbeitungsprozesses sollte es schließlich sein, dass sich die (klinische und nicht-klinische) Sexualwissenschaft im Kontext von Trans sowohl ihrer Möglichkeiten als auch ihrer Grenzen bewusst wird, um in diesem Rahmen weiterhin eine einflussreiche, aber gesundheitsfördernde Rolle für die betreffenden Menschen zu spielen. Dabei wird es von Bedeutung sein, trans Menschen ganzheitlich in ihren jeweiligen intersektionalen Bezügen zu sehen.

Interdisziplinäre Gesundheitsversorgung mit intersektionaler Perspektive

Für eine ganzheitliche Gesundheitsförderung sind sowohl ein interdisziplinärer Ansatz als auch eine intersektionale Perspektive notwendig. Für binäre und non-binäre trans Personen, die auf der Suche nach einer kompetenten Behandlung sind, können in der klinischen Sexualwissenschaft tätige Fachkräfte eine wertvolle Rolle spielen (vgl. Rider et al., 2019). Fachkräfte der verschiedenen Sektoren (u. a. somatisch vs. psychotherapeutisch, ambulant vs. stationär, beratend vs. behandelnd) sollten sich daher im Sinne einer interdisziplinären Gesundheitsversorgung vernetzen, um den Weg für eine ganzheitliche Behandlung zu bahnen und – wenn nötig – kooperierende Fachkräfte hinsichtlich geschlechtlicher Diversität aufzuklären. Insbesondere für non-binäre trans Personen gilt es, aufgeschlossene, für Cis-Privilegien sensibilisierte und über die spezifischen gesellschaftlichen Herausforderungen für non-binäre Personen informierte Fachkräfte zu finden (siehe hierzu auch das Sonderheft im *International Journal of Transgenderism*, herausgegeben von Motmans et al., 2019).

Neben der Interdisziplinarität braucht es eine intersektionale Perspektive, um die individuelle lebenswirkliche Relevanz von Trans zu erfassen. Nach Walgenbach können »soziale Kategorien wie Gender, Ethnizität, Nation oder Klasse nicht isoliert voneinander konzeptualisiert werden«, sondern müssen »in ihren ›Verwobenheiten‹ oder ›Überkreuzungen‹ (*intersections*) analysiert werden« (Walgenbach, 2012, S. 81, Hervorh. i. O.). Für Sexualwissenschaftler_innen bedeutet das konkret, die jeweils wirk samen Diskriminierungsverhältnisse mitzudenken. Die gleichen »Achsen der Ungleichheit«, die für cis Menschen wirken (siehe u. a. Klinger et al., 2007), vereinigen sich bei trans Menschen wie unter einem Brennglas und potenzieren so ihre Wirkung. Wird die Verschränkung von Diskriminierungsverhältnissen vernachlässigt und nicht berücksichtigt, hält die Verleugnung die strukturelle Diskriminierung von trans Personen aufrecht (vgl. für den Kontext Rassismus Bönkost, 2019). So ist beispielsweise anzunehmen, dass eine türkeistämmige trans Frau aufgrund der Intersektion von Sexismus (Misogynie), Cis-Sexismus (Trans-Negativität) und Rassismus andere Probleme zu bewältigen hat als ein mehrheitsdeutscher trans Mann, den von den genannten Achsen vermutlich einzig die Trans-Negativität trifft, sollte er nicht *passen* (wollen). Die Aufgabe der Sexualwissenschaft besteht daher darin, aus einer intersektionalen Perspektive den

Minoritätenstatus von trans Menschen und dessen Folgen für die Lebensqualität und die Entwicklungsmöglichkeiten zu erfassen und im Zuge der Gesundheitsförderung so zu berücksichtigen, dass eine Hilfestellung für die betreffende Person tatsächlich erfolgt.

Dies gilt sowohl für den Einzelfall als auch empirisch übergreifend für die benachteiligten Minoritäten. Wissenschaftlich stellt sich daher die Aufgabe, Forschungsprojekte zu entwickeln, die sich der jeweiligen Fragestellung möglichst lebensnah annähern. Hierfür braucht es je nach Forschungsvorhaben inklusive Samplingstrategien (z. B. ein *respondent-driven sampling*, vgl. Bauer et al., 2012) oder populationsbezogene Stichproben und – wo sinnvoll und möglich – ein interdisziplinäres und partizipatives Vorgehen, Letzteres auch um spezifische Abhängigkeiten zu vermeiden (z. B. den Einfluss der Diagnostik auf die Datenerhebung) und das Risiko systematischer Verzerrungen zu verringern (vgl. Eyssel et al., 2017). Gesellschaftspolitisch stellt sich der Sexualwissenschaft die Aufgabe, sich weiterhin für die Anerkennung und Gleichstellung sexueller und geschlechtlicher Minderheiten einzusetzen (z. B. in Bezug auf Reproduktion und Adoption, in der LSBTI-inklusiven Ausbildung von Hebammen; vgl. Lampalzer et al., 2019; Schneider et al., 2019) und die systematischen Verzerrungen zu korrigieren, die (Cis-)Sexismus und Heteronormativität bedingen.

Literatur

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association Publishing.
- American Psychological Association (2015). Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People. *American Psychologist*, 70(9), 832–864. <https://doi.org/10.1037/a0039906> (12.02.2020).
- Appenroth, M. N. & Castro Varela, M. d. M. (Hrsg.). (2019). *Trans & Care: Trans Personen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung*. Bielefeld: transcript.
- Augstein, M. S. (1992). Transsexuelle sind Frauen und Männer. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 5(3), 255–260.
- Bauer, G. R., Travers, R., Scanlon, K. & Coleman, T. A. (2012). High Heterogeneity of HIV-related Sexual Risk among Transgender People in Ontario, Canada: A Province-wide Respondent-driven Sampling Survey. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-292> (12.02.2020).
- Becker, S. (2004). Transsexualität – Geschlechtsidentitätsstörung. In G. Kockott & E. M. Fahrner (Hrsg.), *Sexualstörungen* (S. 153–201). Stuttgart: Thieme.
- Becker, S. (2006). Abschied vom »echten« Transsexuellen. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 19(2), 154–158.

- Becker, S., Bosinski, H. A. G., Clement, U., Eicher, W., Goerlich, T. M., Hartmann, U., Kockott, G., Langer, D., Preuss, W. F., Schmidt, G., Springer, A. & Wille, R. (1997). Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 10(2), 147–156.
- Bönkost, J. (2019). Im eigenen Interesse: weiße Bündnisarbeit in rassistischen Verhältnissen. In J. Bönkost (Hrsg.), *Unteilbar: Bündnisse gegen Rassismus* (S. 77–104). Münster: Unrast.
- Burzig, G. (1982). Der Psychoanalytiker und der transsexuelle Patient. Ein Beitrag zur notwendigen Auseinandersetzung mit »psycho«-chirurgischen Eingriffen an den Geschlechtsmerkmalen. *Psyche*, 36(9), 848–856.
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCupere, G., Feldman, J., Frase, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W. J., Monstrey, S., Adler, R. K., Brown, G. R., Devor, A. H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D. H., Lev, A. I., Mayer, G., Meyer-Bahlburg, H., Hall, B. P., Pfäfflin, F., Rachlin, K., Robinson, B., Schechter, L. S., Tangpricha, V., Trotsenburg, M., Vitale, A., Winter, S., Whittle, S., Wylie, K. R. & Zucker, K. (2012). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-nonconforming People (7th ed.). *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165–232. <https://doi.org/10.1080/15532739.2011.700873> (12.02.2020).
- De Silva, A. (2014). Grundzüge struktureller und konzeptueller Entwicklungen der Trans*bewegung in der Bundesrepublik Deutschland seit Ende der 1990er Jahre. In Bundesstiftung Magnus Hirschfeld (Hrsg.), *Forschung im Queerformat: Aktuelle Beiträge der LSBT!**, Queer- und Geschlechterforschung (S. 151–169). Bielefeld: transcript.
- De Silva, A. (2018). *Negotiating the Borders of the Gender Regime: Developments and Debates on Trans(sexuality) in the Federal Republic of Germany*. Bielefeld: transcript.
- De Silva, A. (2019). Im Spannungsfeld von Pathologisierung und Kampf um rechtliche Anerkennung: Entwicklungen der sexualwissenschaftlichen und rechtlichen Debatten zu Transsexualität und deren Verschränkungen in der Bundesrepublik Deutschland (1960er Jahre bis 1980). In S. Meyer (Hrsg.), *Auf nach Casablanca? Lebensrealitäten transgeschlechtlicher Menschen zwischen 1945 und 1980* (S. 69–73). Berlin: Senatsverwaltung für Justiz, Verbraucherschutz und Antidiskriminierung.
- Dekker, A. (2019). Was wurde eigentlich aus ... der Essentialismus-Konstruktivismus-Kontroverse? In P. Briken (Hrsg.), *Perspektiven der Sexualforschung* (S. 319–326). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Eyssel, J., Koehler, A., Dekker, A., Sehner, S. & Nieder, T. O. (2017). Needs and Concerns of Transgender Individuals Regarding Interdisciplinary Transgender Healthcare: A Non-clinical Online Survey. *PLoS ONE*, 12(8), e0183014. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183014> (12.02.2020).
- Fisk, N. M. (1973). Gender Dysphoria Syndrome (The how, what, and why of a disease). In D. R. Laub & P. Gandy (Hrsg.), *Proceedings of the 2nd Interdisciplinary Symposium on Gender Dysphoria Syndrome* (S. 7–14). Stanford: University of California Press.
- Garcia Nuñez, D. & Nieder, T. O. (2017). Geschlechtsinkongruenz und -dysphorie: Konzepte und Behandlungsempfehlungen für Trans*Menschen. *Gynäkologische Endokrinologie*, 15(1), 5–13. <https://doi.org/10.1007/s10304-016-0115-x> (12.02.2020).
- Gildemeister, R. (1992). Die soziale Konstruktion von Geschlechtlichkeit. In I. Ostner &

- K. Lichtblau (Hrsg.), *Feministische Vernunftkritik. Ansätze und Traditionen* (S. 220–239). Frankfurt a.M.: Campus.
- Güldenring, A.-K. (2013). Zur »Psychodiagnostik von Geschlechtsidentität« im Rahmen des Transsexuellengesetzes. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 26(2), S. 160–174. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1335618> (12.02.2020).
- Hamm, J. A. & Sauer, A.T. (2014). Perspektivenwechsel: Vorschläge für eine menschenrechts- und bedürfnisorientierte Trans*-Gesundheitsversorgung. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 27(1), 4–30.
- Hark, S. (2009). Heteronormativität revisited. Komplexität und Grenzen einer Kategorie. In A. Kraß (Hrsg.), *Queer Studies in Deutschland. Interdisziplinäre Beiträge zur kritischen Heteronormativitätsforschung*, (S. 23–40). Berlin: trafo.
- Hausen, K. (1976). Die Polarisierung der »Geschlechtscharaktere«. Eine Spiegelung der Dissoziation von Erwerbs- und Familienleben. In W. Conze (Hrsg.), *Sozialgeschichte der Familie in der Neuzeit Europas* (S. 363–393). Stuttgart: Klett.
- Hekma, G. (1996). »A Female Soul in a Male Body«. Sexual Inversion as Gender Inversion in Nineteenth-century Sexology. In G. Herdt (Hrsg.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (S. 213–239). New York City: Zone Books.
- Herrn, R. (2005). *Schnittmuster des Geschlechts: Transvestitismus und Transsexualität in der frühen Sexualwissenschaft*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Herrn, R. (2008). Geschlecht als Option: Selbstversuche und medizinische Experimente zur Geschlechtsumwandlung im frühen 20. Jahrhundert. In N. Pethes & S. Schicktanz (Hrsg.), *Sexualität als Experiment: Identität, Lust und Reproduktion zwischen Science und Fiction* (S. 45–70). Frankfurt a.M: Campus.
- Hibbs, C. (2014). Cissexism. In T. Teo (Hrsg.), *Encyclopedia of Critical Psychology* (S. 235–237). New York City: Springer Reference.
- Hirschauer, S. (1993). *Die soziale Konstruktion der Transsexualität*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Kamprad, B. & Schiffels, W. (Hrsg.). (1991). *Im Falschen Körper – Alles über Transsexualität*. Zürich: Kreuz Verlag.
- Keuth, H. (2019). Karl Poppers »Logik der Forschung«. In G. Franco (Hrsg.), *Handbuch Karl Popper* (S. 45–63). Wiesbaden: Springer VS.
- Killermann, S. (o.J.). 30+ Examples of Cisgender Privileges. <http://itspronouncedmetrosexual.com/2011/11/list-of-cisgender-privileges/#sthash.xPtx4D4J.Griz2hOb.dpbs> (13.03.2020).
- Klinger, C., Knapp, G.-A. & Sauer, B. (Hrsg.). (2007). *Achsen der Ungleichheit. Zum Verhältnis von Klasse, Geschlecht und Ethnizität*. Frankfurt a.M: Campus.
- Krafft-Ebing, R.v. (1894). *Psychopathia sexualis. Mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung*. Stuttgart: Enke.
- Kuhn, T.S. (1976). *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Lampalzer, U., Behrendt, P., Dekker, A., Briken, P. & Nieder, T.O. (2019). Was benötigen LSBTI-Menschen angesichts ihrer Sexual- und Geschlechtsbiografien für eine bessere Gesundheitsversorgung? Eine qualitative Untersuchung in einer deutschen Großstadt. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 32(1), 17–26. <https://doi.org/10.1055/a-0835-9584> (12.02.2020).
- Masterman, M. (1974). Die Natur eines Paradigmas. In I. Lakatos & A. Musgrave (Hrsg.), *Kritik und Erkenntnisfortschritt: Abhandlungen des Internationalen Kolloquiums über*

- die Philosophie der Wissenschaft, London 1965, Band 4 (S. 59–88). Braunschweig: Vieweg.
- MDS (2009). *Grundlagen der Begutachtung, Begutachtungsanleitung, Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität*. Essen: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS).
- Meyer, S. (Hrsg.). (2018). *Auf nach Casablanca? Lebensrealitäten transgeschlechtlicher Menschen zwischen 1945 und 1980*. Berlin: Senatsverwaltung für Justiz, Verbraucherschutz und Antidiskriminierung.
- Meyerowitz, J. (2002). *How Sex Changed: A History of Transsexuality in the United States*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Meyerowitz, J. (2008). A History of »Gender«. *The American Historical Review*, 113(5), 1346–1356. <https://doi.org/10.1086/ahr.113.5.1346> (12.02.2020).
- Moll, A. (1891). *Die conträre Sexualempfindung. Mit Benutzung amtlichen Materials*. Berlin: Fischers Medicinische Buchhandlung H. Kornfeld.
- Money, J. (1994). Zur Geschichte des Konzepts Gender Identity Disorder. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 7(1), 20–34.
- Motmans, J., Nieder, T.O. & Bouman, W.P. (2019). Editorial. Transforming the Paradigm of Nonbinary Transgender Health: A Field in Transition. *International Journal of Transgenderism*, 20(2–3), 119–125. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1640514> (12.02.2020).
- Nieder, T.O. (2014). Von der dauerhaft transponierten Geschlechtsidentität zur Genderqueerness: Eine theoretische und praxisorientierte Annäherung. In K. Schweizer, F. Brunner, F., Cerwenka, S., Nieder, T.O. & P. Briken (Hrsg.), *Sexualität und Geschlecht. Psychosoziale, kultur- und sexualwissenschaftliche Perspektiven* (S. 167–179). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Nieder, T.O. (2019). Von Überidentifikation und Partizipation: Persönliche Gedanken zum Spannungsfeld zwischen Subjekt und Objekt in der Sexualforschung. In P. Briken (Hrsg.), *Perspektiven der Sexualforschung* (S. 363–374). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Nieder, T.O., Briken, P. & Güldenring, A.K. (2016). Geschlechtsinkongruenz, -dysphorie und Trans*-Gesundheit: Eine aktuelle Übersicht zur Diagnostik und Behandlung. *InFo Neurologie Psychiatrie*, 18(12), 37–49.
- Nieder, T.O., Briken, P. & Richter-Appelt, H. (2013). Transgender, Transsexualität und Geschlechtsdysphorie: Aktuelle Entwicklungen in Diagnostik und Therapie. *PsychUp2date*, 7(6), 373–389.
- Nieder, T.O., Cerwenka, S. & Richter-Appelt, H. (2014). Nationale und internationale Ansätze der Diagnostik und Versorgung von Menschen mit Transsexualität oder Geschlechtsdysphorie. In H. Richter-Appelt & T.O. Nieder (Hrsg.), *Transgender-Gesundheitsversorgung. Eine kommentierte Herausgabe der Standards of Care der World Professional Association for Transgender Health* (S. 19–43). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Nieder, T.O. & Richter-Appelt, H. (2011). Tertium non datur. Either/or Reactions to Transsexualism amongst Health Care Professionals: The Situation Past and Present, and its Relevance to the Future. *Psychology and Sexuality*, 2(3), 224–243.
- Nieder, T.O. & Strauß, B. (2014). Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung bei Geschlechtsdysphorie. Stand der aktuellen Entwicklungen. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 27(1), 59–76.

- Nieder, T. O. & Strauß, B. (2016). Leitlinienentwicklung in der Transgender-Gesundheitsversorgung: Partizipative Ansätze zwischen Wunsch und Wirklichkeit. In M. Schuchow, S. Gehrmann & F. Steger (Hrsg.), *Inter* und Trans*identitäten: Ethische, soziale und juristische Aspekte* (S. 349–363). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Nieder, T. O. & Strauß, B. (2019). S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung im Kontext von Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: Hintergrund, Methode und zentrale Empfehlungen. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 32(2), 70–79.
- Pfäfflin, F. (1994). Zur transsexuellen Abwehr. *Psyche*, 48(9–10), 904–931.
- Pfäfflin, F. (1997). Sex Reassignment, Harry Benjamin, and some European Roots. *International Journal of Transgenderism*, 1(2), <http://www.symposion.com/ijt/ijtc0202.htm> (30.01.2009).
- Pfäfflin, F. (2011). Remarks on the History of the Terms Identity and Gender Identity. *International Journal of Transgenderism*, 13(1), 13–25. <https://doi.org/10.1080/15532739.2011.608014> (12.02.2020).
- polymorph (Hrsg.). (2002). *(K)ein Geschlecht oder viele? Transgender in politischer Perspektive*. Berlin: Querverlag.
- Regh, A. (2002). Transgender in Deutschland zwischen Transsexuellen-Selbsthilfe und Kritik an der Zweigeschlechterordnung. *Quo Vadis, Trans(wasauchimmer)? In polymorph* (Hrsg.), *(K)ein Geschlecht oder viele? Transgender in politischer Perspektive* (S. 185–204). Berlin: Querverlag.
- Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., Holland, C. E., Max, R. & Baral, S. D. (2016). Global Health Burden and Needs of Transgender Populations: A Review. *Lancet*, 388(10042), 412–436. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00684-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00684-X) (12.02.2020).
- Richards, C., Barker, M., Lenihan, P. & Iantaffi, A. (2014). Who Watches the Watchmen? A Critical Perspective on the Theorization of Trans People and Clinicians. *Feminism & Psychology*, 24(2), 248–258. <https://doi.org/10.1177/0959353514526220> (12.02.2020).
- Richter-Appelt, H., & Nieder, T. O. (2014). *Transgender-Gesundheitsversorgung. Eine kommentierte Herausgabe der Standards of Care der World Professional Association for Transgender Health*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Rider, G. N., Vencill, J. A., Berg, D. R., Becker-Warner, R., Candelario-Pérez, L. & Spencer, K. G. (2019). The Gender Affirmative Lifespan Approach (GALA): A Framework for Competent Clinical Care with Nonbinary Clients. *International Journal of Transgenderism*, 20(2–3), 275–288. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1485069> (12.02.2020).
- Roen, K. (2002). »Either/Or« and »Both/Neither«: Discursive Tensions in Transgender Politics. *Signs*, 27(2), 501–522. <http://www.jstor.org/stable/3175790> (31.10.2019).
- Rüffer-Hesse, C. & Hartmann, U. (2004). Differentialdiagnostik und Psychotherapie: Störungen der Geschlechtsidentität. *psychoneuro*, 30(5), 270–279.
- Sauer, A. T. (Hrsg.). (2015). *Begrifflichkeiten, Definitionen und disziplinäre Zugänge zu Trans- und Intergeschlechtlichkeiten: Begleitmaterial zur Interministeriellen Arbeitsgruppe Inter- & Transsexualität*. Berlin: Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend.
- Schneider, F., Scheffer, B., Dabel, J., Heckmann, L., Schlatt, S., Kliesch, S. & Neuhaus, N.

- (2019). Options for Fertility Treatments for Trans Women in Germany. *Journal of Clinical Medicine*, 8(5), 730. <https://doi.org/10.3390/jcm8050730> (13.02.2020).
- Serano, J. (2007). *Whipping Girl: A Transsexual Woman on Sexism and the Scapegoating of Femininity*. Berkeley: Seal Press.
- Sigusch, V. (1991a). Die Transsexuellen und unser nosomorpher Blick. Teil 1: Zur Enttotalisierung des Transsexualismus. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 4(3), 225–256.
- Sigusch, V. (1991b). Die Transsexuellen und unser nosomorpher Blick. Teil 2: Zur Entpathologisierung des Transsexualismus. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 4(4), 309–343.
- Sigusch, V. (1995). *Geschlechtswechsel*. Hamburg: Rotbuch-Verlag.
- Sigusch, V., Meyenburg, B. & Reiche, R. (1978). Transsexualität I: Leitsymptome, Ätiologie, Strukturdiagnose. *Sexualmedizin*, 7, 107–126.
- Smith, Y.L.S., van Goozen, S.H.M., Kuiper, A.J. & Cohen-Kettenis, P.T. (2005). Transsexual Subtypes: Clinical and Theoretical Significance. *Psychiatry Research*, 137(3), 151–160. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.01.008> (13.02.2020).
- Stoller, R.J. (1964). A Contribution to the Study of Gender Identity. *International Journal of Psychoanalysis*, 45(2–3), 220–226.
- Stuttgarter Erklärung (2015). Alternative Behandlungsempfehlungen bei geschlechtlichen Normvariationen. <http://die-erklaerung.de/> (31.10.2019).
- VTSM = Vereinigung-TransSexuelle-Menschen e.V. (2015). VTSM für Menschen mit transsexuellem Hintergrund. <http://www.transsexuellev.de/index.php?id=21> (31.10.2019).
- Walgenbach, K. (2012). Intersektionalität als Analyseperspektive heterogener Städträume. In E. Scambor & F. Zimmer (Hrsg.), *Die intersektionelle Stadt: Geschlechterforschung und Medienkunst an den Achsen der Ungleichheit* (S. 81–92). Bielefeld: transcript.
- Westphal, C. (1870). Die conträre Sexualempfindung. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 2(1), 73–108.
- World Health Organization (2018). *International Classification of Diseases* (11th rev.). Genf: World Health Organization.
- World Medical Association (2015). WMA Statement on Transgender People. <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-transgender-people/> (06.05.2019).
- Zucker, K.J., Cohen-Kettenis, P.T., Drescher, J., Meyer-Bahlburg, H.F.L., Pfäfflin, F. & Womack, W.M. (2013). Memo Outlining Evidence for Change for Gender Identity Disorder in the DSM-5. *Archives of Sexual Behavior*, 42(5), 901–914. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0139-4> (13.02.2020).

Biografische Notiz

Timo O. Nieder, Dr. phil., ist Sexualwissenschaftler, Psycho- und Sexualtherapeut (DGfS, ESSM/EFS). Am Institut für Sexualforschung, Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf verantwortet er die Spezialambulanz für Sexuelle Gesundheit und Transgender-Versorgung sowie die sexualmedizinische Lehre im Studium der Humanmedizin. (Gemeinsam mit Arne Dekker und Peer Briken) leitet er das eHealth-Modellprojekt i2TransHealth (www.i2transhealth.de). Schließlich engagiert er sich im Vorstand der European Professional Association for Transgender Health (EPATH). Timo Nieder veröffentlichte bislang über 50 Publikationen im Feld der Sexualwissenschaft und hat zuletzt an der medizinischen Fakultät der Universität Hamburg seine kumulative

Habilitationsschrift eingereicht. Sie trägt den Titel: »Von Pluralisierung und Partizipation: Versorgungsforschung in der Sexualmedizin am Beispiel des *Interdisciplinary Transgender Health Care Center Hamburg*«.