

Stellungnahme des Ethikrates

Transidentität

Zum achtsamen Umgang mit Geschlechtsinkongruenz

Ethikrat katholischer Träger von Gesundheits-
und Sozialeinrichtungen im Bistum Trier



Herausgegeben vom

**Ethikrat katholischer Träger von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen
im Bistum Trier**

Vorsitzender: Prof. P. Dr. Heribert Niederschlag

Geschäftsstelle: Ethik-Institut an der Vinzenz-Pallotti-University Vallendar
Pallottistr. 3
56179 Vallendar

Telefon: +49 (0)261 6402-603

Telefax: +49 (0)261 6402-300

E-Mail: ethikrat@vp-uni.de

Autoren: Kaulen, Hildegard; Wetzstein, Verena; Proft, Ingo;
Giese, Constanze; Spaderna, Heike; Höfling, Wolfram;
Brantl, Johannes; Sahm, Stephan; Heinemann, Thomas;
Schuster, Josef; Niederschlag, Heribert

© 2024 Ethik-Institut an der Vinzenz-Pallotti-University Vallendar.

Alle Rechte vorbehalten.

ISBN 978-3-00-080346-8

Eine Abdruckgenehmigung kann auf Anfrage erteilt werden.

Inhaltsverzeichnis

	Einleitung	4
1.	Beschreibung und Begrifflichkeiten	6
	1.1 Terminologie	7
	1.2 Geschlechtsdysphorie: Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten ...	8
	1.3 Transitionstherapie: Unsichere Datenlage	10
2.	Entpathologisierung in medizinischen Klassifikationssystemen ...	12
3.	Rechtsnormative Entwicklungen	14
4.	Ethisch-anthropologische Überlegungen	15
	4.1 Identität und Selbstannahme aus christlicher Perspektive	15
	4.2 Der Mensch als leib-seelische Einheit	16
	4.3 Achtsamkeit, Umsicht und Respekt als ethischer Auftrag	17
	4.4 Kriterien im Falle einer Transition bei Genderdysphorie	19
5.	Empfehlungen	21
	5.1 Trägerebene – Grundlagen	23
	5.2 Einrichtungsebene – Praxisfragen	24
	5.3 Individualebene – Beziehung und soziale Interaktion	25
	Glossar	27
	Appendix	32
	Die Mitglieder des Ethikrates	32
	Kontakt	34
	Stellungnahmen des Ethikrates	35

Einleitung

Stellungnahmen des Ethikrates katholischer Träger von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen im Bistum Trier reagieren auf Unsicherheiten und ethisch relevante Fragen aus der Praxis der Trägereinrichtungen. Dass es Menschen gibt, die den tiefsitzenden und dauerhaften Wunsch haben, eine andere Geschlechtsidentität zu leben, bestreitet niemand, der sich ernsthaft damit auseinandersetzt.¹

In der vorliegenden Stellungnahme geht es zum einen um Fragen, die sich ergeben, wenn sich einzelne Personen mit dem Geburtsgeschlecht nicht im Einklang erleben und für sich klären müssen, wie und in welchem Körper sie zukünftig ihre Geschlechtsidentität leben möchten. Es geht also um Fragen zur Entscheidungsfindung und um Fragen zur Klärung von Behandlungsoptionen mit ihren jeweiligen reversiblen oder irreversiblen Folgen.

Zum anderen geht es um Fragen, die sich ergeben können, wenn transidente Menschen sich in verschiedenen Kontexten in Einrichtungen und Diensten der Träger aufhalten. Dies beinhaltet Fragen im Zusammenhang mit transidenten Mitarbeiter*innen ebenso wie mit Patient*innen, die aus unterschiedlichsten medizinischen Gründen die Einrichtung aufsuchen.

In den Einrichtungen der Träger, für die diese Stellungnahme verfasst ist, dürften die Fragestellungen aufgrund der bestehenden Behandlungsportfolios und Spezialisierungen überwiegend Herausforderungen aus dem zweiten Bereich sein. Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und Pflege setzen bislang die binäre Geschlechtsidentität strukturgebend auf nahezu allen Ebenen voraus. Angesichts der zunehmend anerkannten Diversität geschlechtlicher Identitäten besteht hier aus ethischer Sicht Veränderungsbedarf, denn Gesundheitseinrichtungen sollen Orte sein, an denen Mitarbeiter*innen wie Nutzer*innen vor Diskriminierung und Exklusion geschützt sind.

Die hier vorgelegte Stellungnahme des Ethikrats katholischer Träger von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen im Bistum Trier möchte einen Beitrag zu einem nach gegenwärtigen Kenntnissen angemessenen Verständnis von Transidentität leisten und auf dieser Grundlage Empfehlungen für den Umgang mit transidenten Menschen, die in den Einrichtungen der Träger tätig sind oder dort behandelt oder betreut werden, formulieren. In

¹ Vgl. hierzu grundlegend: Deutscher Ethikrat, Intersexualität. Stellungnahme, Berlin 2012; Deutscher Ethikrat, Trans-Identität bei Kindern und Jugendlichen: Therapeutische Kontroversen – ethische Orientierungen. Ad-hoc-Empfehlung, Berlin 2020.

einem ersten Kapitel werden notwendige Begriffe und damit verbundene Konzepte erläutert. Im zweiten Kapitel werden grundlegende medizinhistorische Entwicklungen und Normierungen konturiert sowie im dritten Kapitel rechtsnormative Entwicklungen skizziert. Das vierte Kapitel befasst sich mit ethisch-anthropologischen Überlegungen. Das fünfte Kapitel ist Empfehlungen für Träger, Einrichtungen und Mitarbeitende vorbehalten.

1. Beschreibung und Begrifflichkeiten

Es gibt zunehmend mehr Menschen, die sich nicht mit ihrem Geburts-geschlecht identifizieren und eine Transition von weiblich zu männlich (Transmann) oder männlich zu weiblich (Transfrau) wünschen, darunter eine wachsende Anzahl an Kindern und Jugendlichen.² Der Anteil der Mädchen, die eine Transition wünschen, ist dabei deutlich höher als der Anteil der Jungen.³ Die Angaben zur Prävalenz über alle Altersgruppen schwanken weltweit und hängen von der Datenquelle ab. Hochrechnungen aus spezialisierten Behandlungszentren für transidente Menschen kommen auf niedrigere Prävalenzwerte als Befragungen.⁴ Die Werte liegen unter ein bis zwei Prozent. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes wurden 2022 in Deutschland 2.600 geschlechtsangleichende Operationen vorgenommen, davon aber nur wenige bei Personen unter 18 Jahren.⁵ Wenn auf den starken Anstieg des Behandlungswunsches von Minderjährigen verwiesen wird, werden zumeist die Zahlen der Londoner Transgenderklinik GIDS (Gender Identity and Development Services) zitiert. 2011 stellten sich dort 250 Minderjährige vor, zehn Jahre später 5.000.⁶

Neben der Gruppe der Personen, die sich mit dem Gegengeschlecht identifizieren, gibt es auch eine wachsende Zahl an Menschen, die sich weder als Mann noch als Frau definieren, sondern als nichtbinär. Einige dieser nichtbinären Personen fühlen sich keinem Geschlecht zugehörig und identifizieren sich als geschlechtslos (agender), andere fühlen sich zwei spezifischen Geschlechtern zugehörig (bigender) oder definieren sich als genderfluid.

Geschlechtsidentität ist das tief empfundene, subjektive Gefühl über das

² M. M. Wadman, »Rapid onset« of transgender identity ignites storm, in: *Science* (2018), 361: 958–959; N. M. De Graaf et al., Sex ratio in children and adolescents referred to the Gender Identity Development Service in the UK (2009–2016), in: *Archives of Sexual Behavior* (2018) 47 (5): 1301–1304.

³ J. Twist, N. M. de Graaf, Gender diversity and non-binary presentations in young people attending the United Kingdom's National Gender Identity Development Service, in: *Clinical Child Psychology and Psychiatry* (2019), 24: 277–290.

⁴ Ch. M. Wiepjes et al., The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972–2015): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets, in: *The Journal of Sexual Medicine* (2018), 15: 582–590, S. L. Reisner et al., Global health burden and needs of transgender populations: A review, in: *Lancet* (2016), 388 (10042): 412–436. Gender Identity in U. S. Surveillance (GenIUSS) Group. Best practices for asking questions to identify transgender and other gender minority respondents on population-based surveys, Los Angeles (Williams Institute, UCLA School of Law) 2014.

⁵ <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/272600/umfrage/anzahl-von-operationen-fuer-geschlechtsumwandlungen-in-deutschland/> [zuletzt abgerufen am 24. Juni 2024].

⁶ M. Lenzen-Schulte, Transition bei Genderdysphorie: Wenn die Pubertas gestoppt wird, in: *Deutsches Ärzteblatt* (2022), 119 (48): A-2134 / B-1766.

eigene Geschlecht. Dieses tief empfundene Gefühl kann dem Geburtsgeschlecht gelten; es kann aber auch davon abweichen.

Offen ist, warum sich heute viele Menschen nicht mehr dem binären Geschlechtermodell zugehörig fühlen. Zur Erklärung werden zwei Gründe angeführt, die verschiedene Sichtweisen widerspiegeln:

Zum einen wird vermutet, dass sich heute mehr Menschen zu ihrer Transidentität bekennen und diese offen leben. Diese Menschen hätten sich früher aus Angst vor Anfeindung und Diskriminierung nicht getraut, sich zu outen oder hätten keine Begriffe und Handlungsmuster für ihr Unbehagen am eigenen Geschlecht gehabt. Damit nehme nur die Dunkelziffer ab.⁷ Ein solches Szenario vermag allerdings nicht zu erklären, weshalb sich heute mehr Mädchen als Jungen als transident wahrnehmen. Ebenso bleibt offen, welche Bedeutung soziale Erwartungen und Rollenzuschreibungen für dieses Empfinden spielen.⁸

Zum anderen wird vermutet, dass das wachsende Gefühl, im falschen Körper geboren worden zu sein, durch die Präsenz des Themas in den Medien und in den Sozialen Netzwerken eine verstärkte Auseinandersetzung mit der eigenen Identität befördert hat. Weil sich immer mehr Menschen offen zu ihrer Transidentität bekennen, sei auch der Reiz und die Anziehungskraft geschlechtlicher Vielfalt gestiegen. Das wiederum habe dazu geführt, dass sich immer mehr Menschen in dieser Vielfalt wiederfinden. Eine derartige Erklärung würde aber bedeuten, dass die steigende Prävalenz auch mit sozialer Ansteckung zu tun hätte und weniger mit einem intrinsischen Unbehagen am Geburtsgeschlecht.⁹ Ebenso ist denkbar, dass beide Prozesse nebeneinander stattfinden oder sich gegenseitig bestärken.

1.1 Terminologie

Wenn das biologische Geschlecht und das subjektiv-empfundene Geschlecht nicht übereinstimmen, wird dies als Geschlechtsinkongruenz bezeichnet. Diese ist nach der 2022 in Kraft getretenen ICD-11¹⁰ keine

⁷ Ebd.

⁸ M. Sonnenmoser, Transidentität bei Kindern und Jugendlichen: Im falschen Körper geboren: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/215579/Transidentitaet-bei-Kindern-und-Jugendlichen-Im-falschen-Koerper-geboren> [zuletzt abgerufen am 17.06.2024].

⁹ M. Lenzen-Schulte, Transition bei Genderdysphorie, wie Anmerkung 6.

¹⁰ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11): <https://icd.who.int/en> [zuletzt abgerufen am 30.06.2024], in deutscher Übersetzung in der Entwurfsfassung: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html [zuletzt abgerufen am 30.06.2024]

psychiatrische Diagnose oder psychische Störung mehr, sondern ein nicht krankheitswertiger Gesundheitszustand.¹¹ Krankheitswertig – und damit klinisch relevant – ist das subjektive Leiden an der fehlenden Übereinstimmung zwischen dem Geburtsgeschlecht und dem empfundenen Geschlecht.¹² Diese Diskrepanz wird im DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)¹³ als Geschlechtsdysphorie bezeichnet. Im Anhang erklärt ein Glossar die wichtigsten Begriffe, so wie sie auch in dieser Stellungnahme verwendet werden.¹⁴

1.2 Geschlechtsdysphorie: Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten

Sind eine stabile Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie diagnostiziert worden und lässt sich der krankheitswertige Leidensdruck am Geburtsgeschlecht nur durch medizinische Maßnahmen überwinden, übernehmen die Gesetzlichen Krankenkassen die Kosten.

Weil dabei allerdings ein biologisch gesunder Körper behandelt wird und die Folgen je nach Art des Eingriffs irreversibel sind, ist die Kostenübernahme an sozialmedizinische Voraussetzungen gebunden, die für erwachsene Versicherte in der aktuell gültigen Begutachtungsanleitung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) festgehalten sind.¹⁵ Bei Kindern und Jugendlichen wird jeder Einzelfall individuell begutachtet.¹⁶

Für vorpubertäre Minderjährige mit starkem Transitionswunsch beginnt der angestrebte Weg ins andere Geschlecht mit einer partizipativen,

¹¹ G. Romer, T. Lempp, Geschlechtsinkongruenz im Kindes- und Jugendalter. Ethische Maßgaben und aktuelle Behandlungsempfehlungen, in: Nervenheilkunde (2022), 41:309–317.

¹² Deutscher Bundestag. Einzelfragen zu geschlechtsangleichenden Operationen. Leistungen der GKV und Datenlage zur Häufigkeit operativer Eingriffe. 2022. WD9-3000-065/22: <https://www.bundestag.de/resource/blob/921790/5bae174f4e7252b78d93e2b80cc6688c/WD-9-065-22-pdf-data.pdf> [zuletzt abgerufen am 30.06.2024]; Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Begutachtungsanleitung. Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V. Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-10, F64.0): https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publicationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/BGA_Transsexualismus_201113.pdf [zuletzt abgerufen am 30.06.2024].

¹³ Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®, Deutsche Ausgabe herausgegeben von P. Falkai et al., 2. korr. Aufl., Göttingen 2018.

¹⁴ Vgl. auch Kapitel 2.

¹⁵ Vgl. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Begutachtungsanleitung, wie Anmerkung 12.

¹⁶ Ebd.

multidisziplinären Entscheidungsfindung.¹⁷ Dies kann in eine sogenannte Pubertätsblockade münden, bei der die Produktion der unerwünschten Hormone (Östrogen bei den biologischen Mädchen und Testosteron bei den biologischen Jungen) mit entsprechenden Medikamenten unterdrückt wird.¹⁸ Wird das jeweilige Medikament abgesetzt, schreitet die Pubertät voran. Der Aufschub gibt den Minderjährigen Zeit, sich ihrer geschlechtlichen Identität zu vergewissern und zu prüfen, ob ihr Wunsch nach einer Geschlechtsanpassung dauerhaft ist oder nicht. Die Pubertät nicht zu blockieren, ist für diejenigen, die den Weg weiter gehen wollen, keine neutrale Option. Das gilt vor allem für Transpersonen mit männlichem Geschlecht, die eine Angleichung an das weibliche Geschlecht wünschen. Stimmbruch und Bartwuchs lassen sich später nicht mehr rückgängig machen. Transfrauen, bei denen die Pubertät nicht blockiert wurde, sind deshalb als Erwachsene an ihrer männlichen Stimme, den breiten Schultern und dem Bartwuchs als Transperson zu erkennen, worunter viele leiden.¹⁹

Besteht der Transitionswunsch nach der Pubertätsblockade weiter und ist die Diagnose Geschlechtsdysphorie noch einmal bestätigt worden, erhalten die Minderjährigen gegengeschlechtliche Hormone. Das geschieht in der Regel erst ab dem 16. Lebensjahr. Diese Hormone führen sehr schnell zu nicht reversiblen Veränderungen, etwa einer tieferen Stimme bei Jugendlichen, die Testosteron als gegengeschlechtliches Hormon erhalten und einer Brustentwicklung bei denjenigen, die Östrogen bekommen. Durch die Gabe der gegengeschlechtlichen Hormone droht auch eine Unfruchtbarkeit, weil die Reifung der Gonaden und des Reproduktionstrakts ausbleiben.²⁰

Geschlechtsangleichende Operationen werden in der Regel erst nach dem 18. Lebensjahr vorgenommen.²¹ Viele wollen keine Operation, weil sie schon mit dem Ergebnis der geschlechtsangleichenden Hormontherapie zufrieden sind.

¹⁷ H. Claahsen-van der Grinten et al., Gender incongruence and gender dysphoria in childhood and adolescence – current insights in Diagnostics, management, and follow-up, in: *European Journal of Pediatrics* (2021), 180: 1349–1357.

¹⁸ M. Hess, Jugendliche mit Genderdysphorie. Hormontherapie als wichtiger Mosaikstein in der Behandlung, in: *Pädiatrie – Schweizer Fortbildungszeitschrift für Pädiater und Allgemeinärzte* (2022), 1: 11–16.

¹⁹ D. Pauli, *Die anderen Geschlechter. Nicht-Binarität und ganz trans* normale Sachen*, München 2023, 261.

²⁰ Melanie Hess, Jugendliche mit Genderdysphorie, wie Anmerkung 18.

²¹ Deutscher Bundestag. Einzelfragen zu geschlechtsangleichenden Operationen, wie Anmerkung 12.

1.3 Transitionstherapie: Unsichere Datenlage

Aufgrund der unklaren und umstrittenen Datenlage ist es aus ethischer Perspektive kaum möglich, über allgemeine Achtsamkeitsregeln und Prinzipien des respektvollen Umgangs hinaus Handlungsempfehlungen für den therapeutischen Prozess zu geben. Es ist nicht Sache der Ethik, zu entscheiden, wie die empirischen Befunde zu den Transitionstherapien *richtig* zu interpretieren sind. Hier kann nur für höchstmögliche Sorgfalt und im Zweifel für Zurückhaltung plädiert werden, wie es bei Entscheidungen unter Unsicherheit stets geboten ist. Dies gilt insbesondere, wenn Behandlungen irreversible Veränderungen des menschlichen Körpers und leiblichen Erlebens sowie eine Einengung menschlichen Entfaltungspotentials mit sich bringen können.

Seit einiger Zeit wächst daher die Kritik an dem skizzierten Behandlungspfad.²² Es mehren sich die Stimmen, die mehr Zurückhaltung beim Einsatz der Pubertätsblocker bei Kindern und Jugendlichen fordern. Inzwischen werden die Behandlungen international zum Teil wieder restriktiver gehandhabt, in einigen Ländern sollen die Medikamente nur noch im Rahmen kontrollierter klinischer Studien verordnet werden dürfen, in Großbritannien beispielsweise zudem nur noch in Ausnahmefällen. Auch in Deutschland ist darüber eine heftige Kontroverse entbrannt.²³

Die Kritik entzündet sich vor allem daran, dass es bisher keinen sicheren Nachweis dafür gibt, dass die Pubertätsblockade den Minderjährigen mit Genderdysphorie tatsächlich mehr nützt als schadet. Das haben inzwischen auch verschiedene staatliche Gesundheitsbehörden unabhängig voneinander festgestellt.²⁴ Das sogenannte Dutch-Protokoll, lange Zeit der Goldstandard beim Einsatz von Pubertätsblockern, ist wegen der Quali-

²² M. Lenzen-Schulte, Pubertätsblocker. Debatte um Transitionstherapie, in: Deutsches Ärzteblatt (2023), 120 (42): A1741–1743.

²³ Genderdysphorie. Mehr Zurückhaltung bei Pubertätsblockern, in: aerzteblatt.de vom 09. Oktober 2023: www.aerzteblatt.de/n145814 [zuletzt abgerufen am 30.06.2024]; Einsatz von Pubertätsblockern und Hormontherapien stärker abwägen, in: aerzteblatt.de vom 13. Mai 2024: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/151391/Einsatz-von-Pubertaetsblockern-und-Hormontherapien-staerker-abwaegen> [zuletzt abgerufen am 30.06.2024]; The Cass Review. Final Report, in: <https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/> [letzter Zugriff am 17.05.2024]. Den gegenwärtigen Stand [06/2024] stellt der aktuelle Entwurf (zur Zeit in der Konsultationsphase) einer S2k-Leitlinie dar: S2k-Leitlinie Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter: Diagnostik und Behandlung, in: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-014> [zuletzt abgerufen am 30.06.2024]

²⁴ M. Lenzen-Schulte, Debatte um Transitionstherapie, in: Deutsches Ärzteblatt (2023), 120 (42): A1741–1743.

tätsmängel der zugrundeliegenden Studien in die Kritik geraten.²⁵ Diese richtet sich gegen das Studiendesign, die Auswahl der Teilnehmenden und die Robustheit und Übertragbarkeit der Ergebnisse. Auch der Weg der Entscheidungsfindung im Sinne einer informierten Zustimmung steht in der Kritik.²⁶ Zudem ist wenig über die langfristigen Risiken bekannt. Im Raum stehen negative Auswirkungen auf die Knochengesundheit, die Gehirnentwicklung, die Fertilität sowie das Herz und den Stoffwechsel.²⁷

²⁵ E. Abbruzzese et al., The myth of reliable research in pediatric gender medicine. A critical evaluation of the Dutch Studies and research that has followed, in: *Journal of Sex & Marital Therapy* (2023), 49: 673–699.

²⁶ S. B. Levine et al., Reconsidering Informed Consent for Trans-Identified Children, Adolescents, and Young Adults, in: *Journal of Sex & Marital Therapy* (2022), 48, 706–727.

²⁷ M. Hess, Jugendliche mit Genderdysphorie. Hormontherapie als wichtiger Mosaikstein in der Behandlung, in: *Pädiatrie. Schweizer Fortbildungszeitschrift für Pädiater und Allgemeinärzte* (2022), 1: 11–16; M. Lenzen-Schulte, Debatte um Transitionstherapie, wie Anmerkung 24.

2. Entpathologisierung in medizinischen Klassifikationssystemen

In Psychologie und Medizin werden heute die Begriffe Geschlechtsdysphorie und/oder Genderinkongruenz verwendet. Dies ist das (vorläufige) Ergebnis einer kontinuierlichen Änderung der medizinischen Terminologie. Während etwa im DSM-III im Jahr 1980 von »Genderidentitätsstörung« und »Transsexualismus«²⁸ die Rede war, wurde im DSM-5 im Jahr 2013 der Begriff »Genderdysphorie« eingeführt.²⁹ In der »International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems« (ICD) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wurde im ICD-10 im Jahr 2000 noch die Diagnose »Transsexualismus« unter dem Abschnitt »Mentale und Verhaltensstörung« als Erkrankung gelistet, während sie im ICD-11 im Jahr 2022 unter dem Abschnitt »conditions related to sexual health«³⁰ als »gender incongruence« aufgeführt wird.

Ziel dieser Umbenennungen ist es, Pathologisierungen und damit Diskriminierungen im Zusammenhang mit Transsexualität zu vermeiden. Daher soll nach WHO und auch der Bundesärztekammer³¹ mit dem Inkrafttreten des Diagnoseschlüssels ICD-11 der Begriff der Transidentität nicht mehr als Krankheit bezeichnet werden, sondern ist unabhängig von Gesundheit oder psychischer Erkrankung einzuordnen.³² Diesem Ansatz sieht sich auch die deutsche S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung im Kontext von Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) von 2019 verpflichtet.³³

Wird allerdings durch eine Geschlechtsinkongruenz ein Unbehagen oder ein Leidensdruck bei Betroffenen hervorgerufen, wird dies als Geschlechtsdysphorie bzw. Genderdysphorie bezeichnet; tritt diese vor der Pubertät auf,

²⁸ DSM-III, 1980.

²⁹ Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®, wie Anmerkung 13.

³⁰ Conditions related to sexual health, englisch für: mit der sexuellen Gesundheit zusammenhängende Umstände; zur ICD-11 vgl. Anmerkung 10.

³¹ Drucksache 19/6477 abrufbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/19/064/1906477.pdf> [zuletzt eingesehen am 30.06.2024].

³² ICD-11, vgl. Anmerkung 10, vgl. ebenfalls F. Staudt, Transidentität und Geschlechtsdysphorie. Ärzteblatt Sachsen 2023; 34: 29–38, hier: 31.

³³ Zum aktuellen Entwurf einer S2k-Leitlinie Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter vgl. Anmerkung 23, vgl. ebenfalls Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2019). S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung im Kontext von Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit. Sexualforsch 2019; 32: 70–79, hier: 72.

wird sie als »early onset«, wird sie nach der Pubertät manifest, als »late onset« bezeichnet.³⁴ Mit dem Begriff der Geschlechtsdysphorie im DSM-5 bleibt die Möglichkeit erhalten, sie mit einem Diagnosesystem für Krankheiten zu erfassen, was insbesondere für die Kostenübernahme durch die Krankenkassen Bedeutung besitzt. Hingegen erfordert Geschlechtsinkongruenz (ICD-11) keinen psychisch beeinträchtigenden Leidenszustand.³⁵

Intersexualität oder Intergeschlechtlichkeit bezeichnet Veränderungen bei der Entwicklung der Geschlechtsorgane, in deren Folge das Individuum nicht eindeutig dem einen oder anderen Geschlecht zugeordnet werden kann. So können intersexuelle Menschen z. B. zugleich Anlagen für weibliche und männliche Geschlechtsorgane haben. Die Ursachen für Intersexualität können sehr unterschiedlich sein. So können z. B. chromosomale oder monogenetische Veränderungen, Störungen bei der Bildung oder der zellulären Erkennung oder Aufnahme von Hormonen sowie Fehlentwicklungen im Embryonalstadium zu einer Entwicklungsstörung der äußeren und inneren Geschlechtsorgane führen. Intersexualität kann zwar zu medizinischen Fragestellungen und Behandlungsszenarien führen, jedoch ist es nicht gerechtfertigt, intersexuelle Menschen aufgrund ihrer Intersexualität zu pathologisieren, da sie körperlich meist gesund sind. Intersexualität bezeichnet zudem weder eine sexuelle Orientierung noch eine Geschlechtsidentität zu einem »dritten« Geschlecht; viele intersexuelle Menschen sehen sich entweder als weiblich oder als männlich an und verorten sich damit in einer Norm der Zweigeschlechtlichkeit.

In Deutschland ist es seit 2018 auch möglich, »divers« als Geschlecht in das Personenstandsregister einzutragen.³⁶

³⁴ ICD-11, vgl. Anmerkung 10, vgl. ebenfalls F. Staudt, Transidentität und Geschlechtsdysphorie. *Ärztblatt Sachsen* 2023; 34: 29–38, hier: 31.

³⁵ ICD-11, vgl. Anmerkung 10, vgl. ebenfalls G. Romer; T. Lempp (2022). Geschlechtsinkongruenz im Kindes- und Jugendalter. Ethische Maßgaben und aktuelle Behandlungsempfehlungen. *Nervenheilkunde* 2022; 41: 309–317, hier: 310.

³⁶ Gesetz zur Änderung der in das Geburtenregister einzutragenden Angaben vom 18. Dezember 2018, BGBl. I S. 2635: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//%5b@attr_id=%27bgbl118s2635.pdf%27%5d#__bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl118s2635.pdf%27%5D_1719785009486 [zuletzt abgerufen am 30.06.2024], vgl. ebenfalls Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Frau – Mann – Divers: Die »dritte Option«. <https://www.antidiskriminierungsstelle.de/DE/ueberdiskriminierung/diskriminierungsmerkmale/geschlecht-und-geschlechtsidentitaet/dritte-option/dritte-option-node.html>.

3. Rechtsnormative Entwicklungen

Die menschen- und verfassungsrechtlichen Gewährleistungen besonderer Gleichheitssätze sind Ausdruck historischer Erfahrungen und politischer Emanzipationskämpfe. Sie beruhen auf der Annahme, dass das allgemeine Gebot formaler Rechtsgleichheit in seiner Abstraktion von konkreten gesellschaftlichen, sozialen und kulturellen Verhältnissen den Schutz vor Benachteiligung und Diskriminierung, insbesondere vulnerabler Personen, nur unzureichend sichern könne.³⁷ Besondere Gleichheitssätze wie Art. 3 Abs. 3 GG³⁸ zielen auf die (wechselseitige) Anerkennung der Einzelnen als gleich freie Rechtssubjekte.³⁹ Das Bundesverfassungsgericht deutet die Verfassungsvorschrift ausdrücklich als »Recht auf Anerkennung als Gleich«.⁴⁰ Als Diskriminierungsverbote konkretisieren die einschlägigen Normen die Menschenwürdegarantie des Art. 1 Abs. 1 GG in ihrem Gehalt als Gebot elementarer Basisgleichheit.⁴¹ Damit erfassen sie nicht nur Fälle ungerechtfertigter Ungleichbehandlung, sondern auch die merkmalsanknüpfende personale Herabwürdigung und Nichtanerkennung von Personen.⁴²

Jedenfalls für das deutsche Verfassungsrecht lässt sich insoweit eine interpretatorische Entwicklungsdynamik feststellen: Die einschlägigen Diskriminierungsverbote werden nicht in einem historisierenden Sinne normativ verengt auf traditionelle Verständnisse, sondern als entwicklungs offen gedeutet. Dies gilt nicht zuletzt für das Kriterium des »Geschlechts«. Insofern hat das BVerfG in seiner Entscheidung zur sogenannten Dritten Option ausdrücklich eine verfassungsrechtliche Festlegung auf ein binäres Ordnungsmodell verworfen. Die Formulierung »Männer und Frauen« in Art. 3 Abs. 2 GG schließe die Einführung weiterer positiver Geschlechtskategorien nicht aus.⁴³

Die Dynamik dieser Entwicklung wird deutlich bei einem Blick auf wichtige

³⁷ Vgl. J. von Achenbach, in: Dreier, Grundgesetz-Kommentar, 4. Auflage 2023, Art. 3 II, III, Rn. 1–4.

³⁸ Art. 3 Abs. 3 GG: Niemand darf wegen seines Geschlechtes, seiner Abstammung, seiner Rasse, seiner Sprache, seiner Heimat und Herkunft, seines Glaubens, seiner religiösen oder politischen Anschauungen benachteiligt oder bevorzugt werden. Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden. Vgl.: https://www.gesetze-im-internet.de/gg/art_3.html [zuletzt abgerufen am 30.06.2024].

³⁹ Dazu etwa U. Sacksofsky, JöR 67 (2019), 377 (390).

⁴⁰ BVerfG (K), NZA 2020, 1704 (1706 Rn. 18).

⁴¹ Dazu W. Höfling, in: Sachs (Hrsg.), GG. Kommentar, 9. Aufl. 2021, Art. 1, Rn. 35 m. w. N.; darauf Bezug nehmend ebenso BVerfGE 144, 20 Rn. 539 und 541.

⁴² J. von Achenbach, wie Anmerkung 37, Rn. 5.

⁴³ BVerfGE 147, 1 Rn. 57 ff.

Etappen der bundesverfassungsgerichtlichen Judikatur und der dadurch beeinflussten gesetzgeberischen Regulierung:

1. Im Homosexuellen-Urteil aus dem Jahre 1957 hat das Gericht eine – schon damals abwegige – »biologistische« Deutung sogenannter männlicher und sogenannter weiblicher Sexualität vorgenommen und apodiktisch homosexuelle Beziehungen (nur) unter Männern als eindeutig gegen das Sittengesetz verstoßend verurteilt.⁴⁴
2. Knapp 20 Jahre später vollzieht das BVerfG in der 1. Transsexuellen-Entscheidung eine radikale Kehrtwendung: weg von einer heteronomen Festlegung auf spezifische Männer- und Frauenbilder, hin zu einem subjektiven Verständnis. »Art. 1 Abs. 1 GG schützt die Würde des Menschen, wie er sich in seiner Individualität selbst begreift und seiner selbst bewusst wird«.⁴⁵
3. In der Folgezeit kam es zu zahlreichen verfassungsgerichtlichen Korrekturen des 1981 verabschiedeten Transsexuellengesetzes (TSG). Die gesetzlichen Hürden für einen Wechsel des Geschlechts wurden immer weiter abgebaut.⁴⁶
4. 2017 folgte die bereits genannte Entscheidung zur sogenannten Dritten Option, die eine Neuordnung des Personenstandsrechts erforderlich machte.⁴⁷
5. Mit dem »Gesetz über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtereintrag« (sogenanntes Selbstbestimmungsgesetz) soll es trans* und inter* sowie nichtbinären Personen erleichtert werden, ihren Geschlechtseintrag und ihren Vornamen ändern zu lassen. Es geht um einen Paradigmenwechsel vom »pathologisierenden« Ansatz des Transsexuellengesetzes hin zu einer auf »Empfindungs-subjektivismus« beruhenden Grundrechtsinterpretation.⁴⁸

⁴⁴ BVerfGE 6, 389 Rn. 144 ff. und Rn. 167.

⁴⁵ BVerfGE 49, 286 Rn. 50.

⁴⁶ Vgl. etwa die 7. Transsexuellen-Entscheidung BVerfGE 128, 109 Rn. 59 ff.

⁴⁷ BVerfGE 145, 1 ff.

⁴⁸ Dazu S. Rixen, Geschlechtertheorie als Problem der Verfassungsauslegung, JZ 2018, 317 (320 ff.)

4. Ethisch-anthropologische Überlegungen

4.1 Identität und Selbstannahme aus christlicher Perspektive

»Wer bin ich?«, »Wer will ich sein?«, »Wie will ich von anderen gesehen werden?« gehören zu den Grundfragen der menschlichen Person. Stimmgige Antworten auf diese Fragen der Selbstvergewisserung und Selbstdarstellung zu finden, ist eine lebenslange Herausforderung und Aufgabe. Dabei geht es um die Frage, wie ein Mensch mit seinen je eigenen biologischen und psychischen Dispositionen, verschiedenen soziokulturellen Einflüssen und Erwartungen nach Möglichkeit zum Einssein mit sich selbst gelangen kann.⁴⁹

Aus der Sicht einer christlichen Ethik ist entscheidend, dass der Mensch diese Übereinstimmung mit sich selbst sowie das damit verbundene Erleben von Kohärenz und Sinn nicht in erster Linie aus eigener Anstrengung heraus erstreben kann bzw. muss, sondern vielmehr im unbedingt gesprochenen Ja Gottes zu jeder einzelnen Person die entscheidende Ressource zur Identitätsfindung liegt.⁵⁰ Der katholische Religionsphilosoph Romano Guardini hat das einmal so formuliert: »Die Fragen der Existenz: Warum bin ich der, der ich bin? warum geschieht mir, was mir geschieht? warum ist mir versagt, was mir versagt ist? warum bin ich so, wie ich bin? warum bin ich überhaupt, und nicht vielmehr nicht? – diese Fragen bekommen ihre Antwort nur in der Beziehung auf Gott.«⁵¹ Es ist die im Glauben an Gott gründende existentielle Selbstannahme, die tatsächlich identitätsbildend und identitätsstärkend wirkt und die sich in dem ebenso einfachen wie elementaren Satz zum Ausdruck bringen lässt: »Er ist Der, der mich mir gegeben hat.«⁵²

4.2 Der Mensch als leib-seelische Einheit

Die unter dem Stichwort »Identität« thematisierte Lebensaufgabe der Selbstannahme bzw. des Einverständnisses eines jeden Menschen, der zu sein, der er ist, wird zweifellos gerade in Bezug auf die eigene Leiblichkeit bzw. den eigenen Körper zu einer sehr konkreten, immer wieder auch als besonders schwierig wahrgenommenen Herausforderung. Wie die leibliche

⁴⁹ Vgl. G. W. Hunold, Identität, in: J.-P. Wils, D. Mieth (Hg.), Grundbegriffe der christlichen Ethik, Paderborn (Schöningh) 1992, 31–44, hier: 36.

⁵⁰ Vgl. ebd., 41 f.

⁵¹ R. Guardini, Die Annahme seiner selbst (1960), Ostfildern (Grünewald) ^o2010, 20.

⁵² Ebd., 21.

Verfasstheit des Menschen mit ihren biophysischen und biopsychischen Komponenten in Relation zu seiner Geschlechtlichkeit steht, wird bekanntlich auch in Kirche und Theologie schon seit längerer Zeit mit Bezug auf Geschlechtsinkongruenz diskutiert. In dieser komplexen, sehr sensiblen und mit Emotionen verbundenen Debatte muss ungeachtet der sachlich-inhaltlichen Kontroversen gelten, dass grundsätzlich alle Menschen aufrichtige Wertschätzung, Respekt und Annahme erwarten dürfen. Dazu gehört neben der Bereitschaft, sich mit den Bedürfnissen und Interessen des jeweils anderen Menschen zu befassen, zunächst vor allem aber auch das Bemühen, Sachverhalte zu verstehen und in ihrer Tragweite adäquat zu erfassen.

Letzteres ist alles andere als eine geringe Herausforderung. Denn trotz aller in ihm versammelten Expertise hat etwa auch der Deutsche Ethikrat konstatiert, dass bei kaum einem anderen Begriff in der Sexualforschung so viele Schwierigkeiten hinsichtlich der Begriffsbestimmung bestehen wie im Falle der Geschlechtsinkongruenz.⁵³ Während bei der Intersexualität (so vielschichtig auch dieses Phänomen bereits ist) objektiv feststellbare körperliche (genetische, anatomische, hormonelle) Besonderheiten gegeben sind, kennzeichnet die anderen Phänomene der Transidentität ein weit höheres Maß an subjektiver Bestimmung durch die betroffenen Personen. Diese Subjektivität, welche das eigene körperliche bzw. biologische Geschlecht fundamental vom individuell wahrgenommenen und als eigentlich gültig empfundenen psychischen Geschlecht unterscheidet, kann nicht einfach als bloße Willkür oder gar Auflehnung gegenüber einer natürlichen Ordnung abgetan werden. Vielmehr ist das in diesem Zusammenhang bei Betroffenen spürbare Ringen um Identität, Authentizität, Anerkennung und Lebensglück unbedingt ernst zu nehmen und anzuerkennen.

Zugleich ist aus Sicht einer christlichen Ethik aber auch zu bedenken, dass »sich die positive Wertschätzung von Leiblichkeit, Geschlechterdifferenz und Sexualität [...] als wichtige Grunddaten der biblischen Anthropologie (erweisen), die nicht um gegenwärtiger Interessen willen verspielt werden sollten, so berechtigt diese in der Sache auch sein mögen.«⁵⁴

⁵³ Vgl. Deutscher Ethikrat, Stellungnahme »Intersexualität«, wie Anmerkung 1.

⁵⁴ E. Schockenhoff, Die Kunst zu lieben. Unterwegs zu einer neuen Sexualethik, Freiburg i. Br. (Herder) 2021, 342. In anderen antiken Schöpfungsmythen gibt es die Vorstellung des kugelförmigen androgynen Urmenschen, der den Göttern zu mächtig wird und deshalb in einer göttlichen Strafaktion geschlechtlich geteilt wird. Geht im Schöpfungsbericht von Gen 1 die Geschlechterdifferenz männlich/weiblich auf den Schöpferwillen zurück, so in einigen antiken Schöpfungsmythen auf eine Strafaktion der Götter, weil ihnen die Kugelmenschen zu mächtig wurden. (Plato, Das Gastmahl (Symposion) 189a-193b).

4.3 Achtsamkeit, Umsicht und Respekt als ethischer Auftrag

In vielen Abhandlungen zur Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie wird der Mangel an verlässlichen Informationen über Prävalenz, Ätiologie, Erfolg/Misserfolg einzelner therapeutischer Maßnahmen, späterer psychischer Zufriedenheit/Unzufriedenheit der Betroffenen beklagt. Verlässliche Daten sind rar und lassen kaum generalisierende Folgerungen zu. Diese Informationslücken erschweren die Vorlage einer ethischen Orientierung erheblich, denn letztere ist auf die Erhebung ethisch relevanter Fakten angewiesen, um etwa Nutzen- und Schadensabwägungen bestimmter Behandlungen treffen zu können. Diagnose und Indikation für eine medizinische Behandlung müssen sich auf das subjektive Empfinden und Leiden der Betroffenen stützen. Wo die autonome und informierte Entscheidung von Patient*innen als Ausgangslage bestimmt wird und nicht ausschließlich pathologische physische oder psychische Krankheits-symptome objektivierbaren Leids im Fokus stehen, da trägt die Selbstwahrnehmung eine deutlich höhere Last und Verantwortung als in anderen Prozessen des Shared-decision-making.

Vieles spricht deshalb in dieser Situation für den Standpunkt einer »Ethik der Umsicht und Achtsamkeit« (man kann auch von einer »prudentiellen Ethik«⁵⁵ sprechen), welche weder unbedarft allein auf den Anspruch der Selbstbestimmung rekurriert noch kurzerhand mit strikten moralischen Verboten⁵⁶ arbeitet. Stattdessen geht es darum, im Interesse einer individuell angemessenen und verantwortbaren Entscheidung, gemeinsam die Punkte zu antizipieren, die für ein geglücktes menschliches Leben relevant werden könnten. Dazu gehören die Konsequenzen und Risiken der Behandlungsoptionen mit ihrer Relevanz für die leibliche und auch sexuelle Erlebnisfähigkeit wie auch für die oft vernachlässigte mögliche Beeinträchtigung oder Beendigung der Reproduktionsfähigkeit. Angesichts sich biographisch in den Lebensphasen verändernder Präferenzen und Ziele sind Entscheidungen, mit Auswirkungen etwa auf das ganz grundsätzliche Potenzial, eigene Kinder haben zu können, von höchster Relevanz. Dies gilt besonders für junge Menschen mit Transitionswunsch in Phasen ihres Lebens, wo sie viele biographische Veränderungen kaum erahnen können.

⁵⁵ E. Schockenhoff, Grundlegung der Ethik. Ein theologischer Entwurf, Freiburg i. Br. (Herder) 2014, 650.

⁵⁶ Etwa in dem Sinne, dass jede hormonelle oder chirurgische Maßnahme bei transsexuellen Menschen, welche darauf abzielt, eine körperliche Anpassung an das psychische Geschlecht zu bewirken, prinzipiell als ethisch abzulehnender Verstoß gegen die Integrität eines gesunden Körpers auszuweisen wäre.

Daher stellt der ethische Impuls, beim Umgang mit der Geschlechtsinkongruenz Achtsamkeit, Umsicht und Respekt zu betonen, nicht das Leid und Erleben der Betroffenen in Frage. Er will die Betroffenen auch nicht diskriminieren oder gar bevormunden. Vielmehr soll durch entsprechende Begleitungsangebote in ethisch und anthropologisch relevanten Fragen Risiken und Schaden infolge einer möglicherweise zu kurz greifenden Entscheidung vermieden werden.

4.4 Kriterien im Falle einer Transition bei Genderdysphorie

Die gängigen medizinethischen Prinzipien wie Respekt vor der Autonomie, Wohltun, Nicht-Schaden und Gerechtigkeit lassen sich auch auf die Frage des Umgangs mit Geschlechtsdysphorie anwenden.⁵⁷ So hat etwa in Entsprechung zum Nicht-Schadens-Prinzip (*nil nocere*) die traditionelle Moralthologie in Bezug auf die ethische Bewertung geschlechtsangleichender Operationen darauf hingewiesen, dass dadurch das Gut der Fortpflanzungsfähigkeit verletzt werde. In der Tradition rangierte das Gut der Zeugung und Erziehung von Nachkommenschaft an erster Stelle in der Rangordnung der Ehegüter noch vor dem Gut der Gattenliebe. Diese Rangordnung wurde durch das Zweite Vatikanische Konzil in der Pastoralkonstitution *Gaudium et spes* (48–52) korrigiert. Das Gut der ehelichen Liebe und das der Zeugung von Nachkommenschaft werden seither als gleichrangig gewertet.

Sucht man in der ethischen Bewertung der medizinischen Behandlung einer Geschlechtsinkongruenz durch Hormongabe und chirurgische Eingriffe zur Transition nach Beispielen für eine Güterabwägung zwischen Selbstbestimmung und Nicht-Schaden aus dem Bereich medizinischer Ethik, so bietet sich die Lebendorganspende an. Hier trifft das Wohl des gesunden Körpers der Spender*in, in den ohne Indikation eingegriffen wird, auf das Wohl der Person, die auf eine Organspende angewiesen ist. Während für letztere Person das Wohltun im Sinne eine Verbesserung der Lebensqualität durch eine Organspende das Prinzip des Nicht-Schadens im Sinne des chirurgischen Eingriffs überwiegt, so erschöpft sich auch dies nicht in einer auf die Einzelperson isolierten Betrachtung. Denn die Organtransplantation wird nur möglich durch die Spende einer gesunden Person und den damit verbundenen Einschränkungen für diese. Nur wo die Spende frei und selbstbestimmt erfolgt, kann dies ethisch verantwortet und für beide

⁵⁷ Vgl. T. L. Beauchamp/J. F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics* [1977]. Seventh Edition, New York (Oxford University Press) 2013.

Personen summarisch von einem echten Mehrwert gesprochen werden. Der »Schaden« ermöglicht hier u. U. überhaupt erst ein weiteres Leben.

Im Blick auf das Verhältnis der Prinzipien Wohltun und Nicht-Schaden bemüht der Moraltheologe Stephan Ernst den Vergleich und stellt die Frage: »Könnte es dann nicht auch sein, dass eine Veränderung der körperlichen Gestalt zwar nicht dem Wohl des Körpers selbst, wohl aber dem Wohl der Person – gerade als Einheit von Leib und Seele – dient und deshalb auch moralisch gerechtfertigt und erlaubt ist?«⁵⁸ Sollte nach medizinischer und psychiatrischer Indikationsstellung die Beseitigung oder Linderung des Leidens an der sexuellen Nicht-Identität die entsprechenden medizinischen Eingriffe nach Abwägung gegenüber alternativen Behandlungsmethoden erforderlich machen, dann können derartige Eingriffe moralisch im Sinne der Einzelfallbetrachtung erlaubt sein. Die Intention richtet sich dann »direkt auf die Wiederherstellung der personalen, Leib und Seele ganzheitlich umfassenden, sexuellen Identität eines Menschen. Eine solche Handlung könnte dann als ‚Wiederherstellung der personalen Integrität‘ bezeichnet werden«⁵⁹.

⁵⁸ S. Ernst, Geschlechtsangleichungen. Theologisch-ethische Anmerkungen, in: Stimmen der Zeit (2023), 148: 591–601, hier: 599.

⁵⁹ Ebd.

5. Empfehlungen

Wenn sich Personen mit dem ihnen bei Geburt zugewiesenen Geschlecht nicht im Einklang erleben, stellen sich häufig sowohl persönliche Fragestellungen wie auch Fragen in Behandlungssituationen oder im Arbeitszusammenhang. In der vorliegenden Stellungnahme geht es zum einen um Fragen, die sich ergeben, wenn Personen für sich klären müssen, wie und in welchem Körper sie zukünftig ihre Geschlechtsidentität leben möchten. Zum anderen geht es um Fragen, die sich auf tun können, wenn transidente Menschen sich in verschiedenen Kontexten in Einrichtungen und Diensten der Träger aufhalten.

Geschlechtsangleichende Eingriffe sind tiefgreifend. Deshalb ist in jedem Fall eine umfassende, personensensible und gewissenhafte Entscheidungsfindung erforderlich. Kinder und Jugendliche stellen in diesem Kontext eine besonders vulnerable Gruppe dar. So hat der Deutsche Ethikrat in seiner 2020 erschienenen Ad-hoc-Empfehlung mit dem Titel »Trans-Identität bei Kindern und Jugendlichen: Therapeutische Kontroversen – ethische Orientierungen« folgende ethische Grundsätze »als Orientierung bei der Begleitung und Behandlung« angeboten:⁶⁰

- Das allgemeine Persönlichkeitsrecht umfasst auch das Recht, ein Leben entsprechend der eigenen, subjektiv empfundenen geschlechtlichen Identität zu führen und in dieser Identität anerkannt zu werden.
- Der Wille des Kindes muss entsprechend seines Alters und Reifegrades berücksichtigt werden. Da es um Fragen der persönlichen Identität geht, hat die betroffene Person in letzter Konsequenz selbst zu entscheiden.
- Die therapeutische Behandlung bei Geschlechtsdysphorie erfolgt in mehreren Schritten. Die therapeutische Interaktion mit dem Kind muss so gestaltet sein, dass es an die mit zunehmendem Alter folgenreicher werdenden Entscheidungen herangeführt wird: Je bedeutender die Eingriffstiefe der jeweiligen Maßnahmen ist, umso intensiver ist das Kind zu begleiten. Den Eltern obliegt es, ihr Kind bei diesen Schritten bestmöglich zu unterstützen.

⁶⁰ Vgl. hier und im Folgenden die zum Teil wörtlich und zum Teil in Auszügen übernommenen Hinweise aus: Deutscher Ethikrat, Trans-Identität bei Kindern und Jugendlichen, wie Anmerkung 1, hier: S. 3.

- Unter der Voraussetzung, dass das Kind hinreichend einsichts- und urteilsfähig ist und die Tragweite und Bedeutung der geplanten Behandlung versteht und sich ein eigenes Urteil bilden kann, dürfen keine Behandlungsschritte ohne seine Zustimmung allein aufgrund der Einwilligung der Eltern erfolgen.

Diese Grundsätze sind den Empfehlungen des Ethikrats katholischer Träger von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen im Bewusstsein für die besondere Situation von transidenten Kindern und Jugendlichen vorangestellt. Die ethische Herausforderung besteht darin, Minderjährige auf dem Weg zu einer eigenen geschlechtlichen Identität zu unterstützen, sie gleichzeitig aber auch vor Schäden zu bewahren: In dieser Situation könnte sowohl die in Betracht gezogene Behandlung als auch deren Unterlassen zum Teil irreversible Folgen haben.

Auch für erwachsene Patient*innen, bei denen Geschlechtsinkongruenz und/oder Geschlechtsdysphorie Gegenstand der Behandlung sind, muss diese Stellungnahme lückenhaft und allgemein bleiben: Die Trägereinrichtungen besitzen zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine entsprechenden Behandlungsportfolios und Spezialisierungen, so dass auf konkrete ethische Fragestellungen, die im Kontext der Behandlungsmöglichkeiten auftreten, nicht eingegangen wird. Im Zentrum der Empfehlungen steht daher vor allem eine neue Kultur des Umgangs, besonders eine Entpathologisierung von Transidentität, verbunden mit einer stärkeren Sensibilisierung für die individuellen Belange transidenter Personen.

Vor diesem Hintergrund wollen die nachfolgenden Empfehlungen eine handlungsleitende Orientierung geben, wie in Einrichtungen in katholischer Trägerschaft einerseits ganz allgemein mit Geschlechtsinkongruenz und medizinischen Versorgungsangeboten andererseits aber auch ganz konkret mit Wünschen und Bedürfnissen transidenter Personen – Patient*innen, Bewohner*innen sowie Mitarbeiter*innen – umgegangen werden soll. Die Ausführungen nehmen dabei die Handlungsebenen Träger, Einrichtung und Individuum in den Blick. Auf die Etablierung eines Verlaufspfades für Beratungsangebote sowie eines Kriterienkatalogs zur medizinischen Entscheidungsfindung wird angesichts der ambivalenten Datenlage⁶¹ sowie der zentralen Bedeutung einer personensensiblen Einzelfallentscheidung verzichtet.

⁶¹ Vgl. hierzu die Ausführungen in Kap. 1.

5.1 Trägerebene - Grundlagen

- Geschlechtliche Vielfalt, die vom binären Geschlechtersystem männlich – weiblich abweicht, ist Ausdruck einer breitgefächerten Identität, die Achtung und Respekt vor der individuellen Selbstbestimmung des Einzelnen verdient. Für den öffentlichen Diskurs wie auch für die interne Kommunikation bedarf es daher klarer Kommunikationsregeln. In jedem Fall ist jegliche Form der Diskriminierung wegen einer vermeintlich normabweichenden Geschlechtsidentität zu vermeiden. Dies erfordert eine gezielte Positionierung und Aufklärung sowie eine entsprechende Öffentlichkeitsarbeit. Die Etablierung bzw. Erweiterung eines entsprechenden »Code of Conduct« wird empfohlen.
- Jeder medizinische Eingriff in die leibliche Integrität einer Person erfordert eine medizinische Indikation. Es bedarf trägerweiter und versorgungsspezifischer Regelungen, ob und in welcher Form sich Einrichtungen an den Behandlungen und Interventionen bei Geschlechtsdysphorie beteiligen.
- Bei der Planung sowie (baulichen) Umgestaltung von Einrichtungen sollte, wo immer möglich, auf eine offenere, weniger binäre bzw. geschlechtsspezifische Gestaltung geachtet werden. Bei der Nutzung traditionell geschlechtsspezifischer Bereiche (z. B. Umkleide, sanitäre Einrichtungen) ist zu überlegen, wie die geschlechtliche Selbstbestimmung transidenter Personen realisiert werden kann, ohne dass berechnigte Interessen Dritter (etwa cis Personen) übergangen werden. Im Sinne des sozialen Friedens und des wechselseitigen respektvollen Umgangs erfordert dies zudem eine klare Kommunikation wie auch eine entsprechende Kennzeichnung für die Nutzung der jeweiligen Räumlichkeiten. Eine trägerweite Leitlinie in Verbindung mit entsprechenden Informationsveranstaltungen sollte allen Mitarbeitenden zugänglich sein.
- Regelmäßige Schulungen (z. B. im Rahmen von Präventionsschutzkonzepten, Fort- und Weiterbildungen) stellen einen wichtigen Beitrag zu einer offenen und achtsamen Kultur im Umgang mit Fragen der Geschlechtsidentität dar. Dazu bedarf es in Bezug auf den Kontext und die jeweiligen Akteursgruppen entsprechend angepasste Angebote – für Krankenhäuser, Alten- und Pflegeeinrichtungen, die Kinder- und Jugendhilfe sowie die Eingliederungshilfe.

- Zudem braucht es qualifizierte Inhalte (z. B. Schulungsmaterialien, Handreichungen, Leitlinien etc.) in unterschiedlichen Sprachen, die die Grundhaltung der Offenheit und des Respekts im Umgang mit geschlechtlicher Identität auch für den interkulturellen Dialog mit Mitarbeiter*innen, Bewohner*innen, Patient*innen und mit Angehörigen in den Einrichtungen der Träger vermitteln.

5.2 Einrichtungsebene – Praxisfragen

- Medizinische Eingriffe im Sinne der Geschlechtsangleichung bei Transition sind komplexe Vorgänge, die eine entsprechende strukturelle und personelle Ausstattung erfordern. Körpermorphologische Maßnahmen (hormonell und plastisch-chirurgisch) sollten daher nur in spezialisierten Zentren nach eingehender Beratung und einer umfangreichen Risiko-Nutzen-Abwägung durchgeführt werden. Der Ethikrat empfiehlt Einrichtungen in kirchlicher Trägerschaft ausdrücklich nicht, sich in dieser Hinsicht zu einem spezialisierten Zentrum zu entwickeln. Auch von einem Behandlungsangebot im Bereich der körpermorphologischen Maßnahmen (etwa hormonelle Therapie) bei Kindern und Jugendlichen sollte Abstand genommen werden.
- Für Patient*innen, die Einrichtungen wegen einer Beratung bzw. Behandlung im Falle einer geplanten oder bereits vollzogenen Transition aufsuchen, soll bedarfsorientiert – auch ohne konkrete Angebote zur Durchführung einer Transition in den Einrichtungen der Träger – ein niederschwelliges medizinisches und psychologisches/psychosoziales Beratungs- und Betreuungsangebot etabliert werden. Die Einrichtung eines trägerübergreifenden Kompetenzzentrums kann im Falle komplexerer Fragestellungen Hilfe bieten sowie Patient*innen gegebenenfalls an andere externe Einrichtungen mit entsprechender Schwerpunktsetzung vermitteln.
- Ein substanzielles Grundlagenwissen für alltägliche Behandlungssituationen transidenter Personen sowie trägerweite Vorgaben sind in jedem Fall einrichtungsbezogen durch regelmäßige qualifizierende Schulungen aller Mitarbeitenden sicherzustellen. Dies schließt auch die Entwicklung einrichtungsbezogener standardisierbarer Abläufe und Prozesse ein, wenn z. B. Eltern die Eintragung eines Geschlechtes nicht wünschen bzw. einer dem prima facie physischen

Geschlecht folgenden Eintragung nicht zustimmen. Entsprechende Konzepte sind z. B. für das Meldewesen und die Dokumentation der Daten von Patient*innen oder Klient*innen zu entwickeln. Die einrichtungsbezogene Nominierung von Ansprechpartner*innen wird empfohlen.

5.3 Individualebene – Beziehung und soziale Interaktion

- Am Anfang und Ende jeder Beratung, Begleitung und Behandlung steht das Wohl der jeweiligen Person. Vor diesem Hintergrund sind alle Maßnahmen abzuwägen, die auf Grundlage einer persönlichen Willensbekundung und einer medizinischen Indikation getroffen werden. Der individuelle Benefit muss dabei den möglichen und besonders den wahrscheinlichen Schaden überwiegen.
- Personen- und kontextsensible Beratungen sollen zudem dazu beitragen, die Persistenz eines Wunsches nach Transition zu eruieren und damit verbunden die Wahl geeigneter Angebote und Maßnahmen, z. B. bei individuellem Leiden, zu identifizieren.
- Jede Form der Begleitung und Beratung ist ergebnisoffen und mit Achtung vor der sexuellen Selbstbestimmung einer ratsuchenden Person zu führen. Im Sinne der Transparenz und der Berücksichtigung organisationaler Belange und Regelungen sind Möglichkeiten wie Grenzen im Gespräch möglichst frühzeitig anzusprechen. Dabei ist zu unterscheiden, ob um spezifische medizinische Leistungen vor dem Hintergrund eines Transitionswunsches ersucht wird, oder ob es sich um begleitende Leistungen wie z. B. Nachsorge nach erfolgter Transition handelt. In allen Fällen sind die medizinisch-technische und personelle Ausstattung sowie die einrichtungsbezogenen Schwerpunktsetzungen bzw. Begrenzungen vor Aufnahme eines Behandlungsverhältnisses zu berücksichtigen.
- Neben einer personenspezifischen Kosten-Nutzen- bzw. Nutzen-Risiko-Abwägung müssen die Praktikabilität im Arbeitsalltag sowie strukturelle Vorgaben eines oftmals heteronormativ strukturierten Arbeitsablaufs (z. B. Einzelzimmerbelegung, Unterbringung in geschlechtsspezifischen/-indifferenten Versorgungsbereichen) ebenso Berücksichtigung finden wie die konkreten biografischen und psychosozialen Faktoren. Nicht immer können jedoch Konflikte vermieden werden.

Umgang mit Konflikten

- Konflikte in der Versorgungspraxis können vielfältig sein. Sie reichen von der Achtung des Persönlichkeitsrechtes bis hin zum Umgang mit konkreten (Wunsch-)Leistungen wie z. B. einer geschlechtsspezifischen Belegung von Zimmern. Grundsätzlich gilt das Prinzip der Konfliktreduktion in Verbindung mit einer transparenten Darlegung der jeweiligen Möglichkeiten vor Ort.
- In allen Fällen muss die Achtung vor der jeweiligen Person handlungsleitend sein. Alle Möglichkeiten einer wechselseitigen Interessenwahrung sollen ausgeschöpft werden. Bevorzungen sind ebenso wie Diskriminierung zu vermeiden. Dies gilt auch für Leistungen, wenn z. B. keine entsprechende Versicherung bzw. private Kostenübernahme vorliegt (Einzelzimmer statt Mehrbettzimmer).
- Von der Nutzung des Hausrechtes sollte nur in Ausnahmefällen Gebrauch gemacht werden, wenn die berechtigten Interessen der verschiedenen Gruppen nicht einvernehmlich gelöst werden können.

Agender

Personen, die sich keinem Geschlecht zugehörig fühlen und sich außerhalb der gängigen Geschlechtskategorien von weiblich und männlich verorten, bezeichnen sich als agender.

Binär/nicht-binär

Der Begriff der Binarität bezieht sich auf das zweigliedrige Geschlechtssystem aus weiblich und männlich. Personen, die sich eindeutig als weiblich oder männlich wahrnehmen, haben eine binäre Geschlechtsidentität. Das gilt auch für Transpersonen, die sich eindeutig mit dem Gegengeschlecht identifizieren.

Menschen, die sich nicht mit dem zweigliedrigen Geschlechtssystem identifizieren und sich weder als weiblich noch männlich betrachten, sich zwischen diesen Polen verorten oder keiner Geschlechtskategorie zugehörig fühlen, bezeichnen sich als nicht-binär.

Cis

Cis Personen sind Menschen, deren Geschlechtsidentität mit ihrem Geburtsgeschlecht übereinstimmt.

Gender

Gender ist der englische Begriff für das soziale Geschlecht.

Genderfluid

Personen, die erleben, dass ihre Geschlechtsidentität wechselt, bezeichnen sich als genderfluid. An manchen Tagen fühlen sie sich weiblich, an anderen Tagen männlich oder auch nicht-binär und zeigen dies durch einen wechselnden Geschlechtsausdruck.

Geschlechtsdysphorie

Der Begriff entstammt der fünften Auflage des »Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders« (DSM-5) und bezeichnet den Leidensdruck, der durch die fehlende Übereinstimmung zwischen dem biologischen Ge-

⁶² Vgl. D. Pauli, Die anderen Geschlechter. Nicht-Binarität und ganz trans*normale Sachen, München (C. H. Beck), 2023, 250 ff.

burtsgeschlecht und der tief empfundenen Geschlechtsidentität entstehen kann. Der Leidensdruck kann Krankheitswert haben.

Geschlechtsidentität

Der Begriff Geschlechtsidentität steht für das tief empfundene, subjektive Gefühl über das eigene Geschlecht. Dieses tiefempfundene Gefühl kann dem Geburtsgeschlecht gelten, es kann aber auch davon abweichen. Bei einer Identifikation mit dem Gegengeschlecht spricht man von Transidentität.

Geschlechtsinkongruenz

Das Wort ist ein Begriff aus der 11. Version der »Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme« (ICD-11). Es beschreibt, die ausgeprägte und anhaltende Wahrnehmung einer Person, dass Geburtsgeschlecht und Geschlechtsidentität nicht übereinstimmen. Geschlechtsinkongruenz ist keine psychische Störung.

Intergeschlechtlich/intersexuell

Menschen, deren Körper bei der Geburt Merkmale des weiblichen und des männlichen Geschlechts aufweisen und die daher nicht eindeutig dem weiblichen oder männlichen Geschlecht zugeordnet werden können, werden als intersexuell bezeichnet.

LGBTIQ*

Die Buchstaben stehen für die englischen Begriffe Lesbian, Gay, Bisexual, Trans*, Inter* und Queer, also für lesbisch, schwul, bisexuell, trans*, inter* und queer.

Queer

Das Wort bezeichnet Menschen, die sich mit ihrer Geschlechtsidentität, ihrem Geschlechtsausdruck oder ihrer sexuellen Orientierung nicht mit den traditionellen heterosexuellen Normen einer Gesellschaft identifizieren, in der sich die meisten Menschen ihrem Geburtsgeschlecht zugehörig fühlen. Das englische Wort »queer« für »bizarr«, »unpassend« war zunächst

ein Schimpfwort für homosexuelle Menschen und homosexuelle Praktiken, wurde dann aber zu einem Begriff des Empowerments für Menschen, die sich gegen normative Gender- und Sexualitätszuschreibungen positionieren.

Sex

Sex ist das englische Wort für das körperliche Geschlecht.

Sexuelle Orientierung

Die sexuelle Orientierung beschreibt, zu welchem Geschlecht sich eine Person sexuell hingezogen fühlt, ob sie heterosexuell, homosexuell oder bisexuell ist. Bei einer pansexuellen Orientierung spielt das Geschlecht oder die Geschlechtsidentität der begehrt Person keine Rolle.

Trans*

Menschen, die sich mit dem Gegengeschlecht und nicht mit dem Geburts-geschlecht identifizieren, werden als trans* bezeichnet. Das Stern-Symbol schließt nicht-binäre Menschen ein.

Transidentität

Der Begriff besagt, dass sich die Personen dem Gegengeschlecht zugehörig fühlen.

Transition

Man unterscheidet zwischen sozialer und medizinischer Transition. Soziale Transition bezeichnet den Übergang in die zur Geschlechtsidentität passende Geschlechterrolle, die durch einen neuen Vornamen, neue Pronomen, andere Kleidung und ein anderes Verhalten zum Ausdruck gebracht wird. Unter medizinischer Transition versteht man die medizinische Angleichung der körperlichen Geschlechtsmerkmale an die Geschlechtsidentität durch Pubertätsblocker, gegengeschlechtliche Hormone und eine geschlechtsangleichende Operation, wobei nicht immer alle Schritte einer Geschlechtsangleichung gegangen werden.

Transsexualität/Transsexualismus

Dies sind veraltete Begriffe aus der Medizin. In den Vorgängerversionen der heute gültigen Manuale ICD-11 und DSM-5 wurde die tief empfundene und dauerhafte Identifikation mit dem Gegengeschlecht den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen zugeordnet. Diese Pathologisierung wurde als diskriminierend wahrgenommen. Die heute gültigen Manuale verwenden die Begriffe Geschlechtsidentität und Geschlechtsdysphorie.

Appendix

Information über den Ethikrat katholischer Träger von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen im Bistum Trier (EKT)

Träger des Ethikrates sind die Marienhaus Unternehmensgruppe, die BBT Gruppe, die Caritas Trägergesellschaft Saarbrücken mbH (cts), die cusanus trägergesellschaft trier mbH (ctt), die Franziskanerbrüder vom Hl. Kreuz (Hausen/Wied) sowie die Kongregation der Barmherzigen Schwestern vom Hl. Karl Borromäus (Trier). Der Ethikrat bearbeitet konkrete ethische Fragen von übergeordneter Bedeutung, die sich in den Einrichtungen der genannten Trägergesellschaften ergeben. Er bearbeitet auch Themen, die im aktuellen gesellschaftlichen Diskurs besonders erörtert werden und wesentliche Bedeutung für die Arbeit der Träger erlangen können.

Die Mitglieder des Ethikrates

Prof. Dr. Johannes Brantl

Lehrstuhl für Moraltheologie; Theologische Fakultät Trier

Prof. Dr. Dr. Thomas Heinemann

Lehrstuhl für Ethik, Theorie und Geschichte der Medizin; Vinzenz Pallotti University Vallendar

Prof. Dr. Wolfram Höfling

ehemaliger Direktor des Instituts für Staatsrecht der Universität Köln; Professor em. für Staats- und Verwaltungsrecht, Finanzrecht sowie Gesundheitsrecht Köln

Prof. Dr. Constanze Giese

Lehrstuhl für Ethik und Anthropologie in der Pflege an der Katholischen Stiftungsfachhochschule München (Gast)

Dr. Hildegard Kaulen

Wissenschafts- und Medizinjournalistin, Wiesbaden

Prof. P. Dr. Heribert Niederschlag SAC (Vorsitzender)

Professor em. für Moraltheologie; Vinzenz Pallotti University Vallendar

Prof. Dr. Ingo Proft

*Lehrstuhl Ethik und soziale Verantwortung; Direktor des Ethik-Instituts
an der Vinzenz Pallotti University Vallendar*

Prof. Dr. Stephan Sahm

*Ehemaliger Chefarzt Medizinische Klinik I; Ketteler Krankenhaus, Offen-
bach*

Prof. P. Dr. Josef Schuster SJ

*Professor em. für Moraltheologie; Philosophisch-Theologische Hochschule
Sankt Georgen in Frankfurt am Main*

Prof. Dr. Heike Spaderna

*Lehrstuhl für Gesundheitspsychologie, Pflegewissenschaft,
Fachbereich I, Universität Trier*

Dr. Verena Wetzstein

*Studienleiterin der Katholischen Akademie der Erzdiözese Freiburg,
Leiterin der Diözesanen Fachstelle Palliative Care*

Ständiges beratendes Mitglied

Domkapitular Benedikt Welter

Vorsitzender des Caritasverbandes für die Diözese Trier e. V.

Koordinator

Prof. Dr. Ingo Proft

*Lehrstuhl Ethik und soziale Verantwortung; Direktor des Ethik-Instituts
an der Vinzenz Pallotti University Vallendar*

Kontakt

Ethik-Institut an der Vinzenz-Pallotti-University Vallendar
Geschäftsstelle des Ethikrates katholischer Träger von Gesundheits-
und Sozialeinrichtungen im Bistum Trier

Pallottistr. 3
56179 Vallendar

Telefon: +49 (0)261 6402-603

Telefax: +49 (0)261 6402-300

E-Mail: ethikrat@vp-uni.de

Stellungnahmen des Ethikrates

Die Stellungnahmen des Ethikrates sind im Ethik-Institut an der Vinzenz-Pallotti-University verfügbar. Die digitalen Versionen finden Sie unter:
<https://vp-uni.de/university/institute-forschung/ethik-institut/ethikrat/stellungnahmen-des-ethikrats>



Handlungsempfehlung für den Umgang mit Patienten, die den Zeugen Jehovas angehören

Erscheinungsjahr: 2016
2. Auflage
ISSN 2194-1386



Assistierter Suizid

Erscheinungsjahr: 2016
3. Auflage



Postkoitale Antikonception (»Pille danach«)

Erscheinungsjahr: 2016
2. Auflage



Plastisch-ästhetische Chirurgie

Erscheinungsjahr: 2016
2. Auflage



Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase von Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen

Erscheinungsjahr: 2017



Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

Erscheinungsjahr: 2018
ISBN 978-3-00-059782-4



Organspende

Erscheinungsjahr: 2019
ISBN 978-3-00-059782-4



Suizidhilfe

Erscheinungsjahr: 2020
ISBN 978-3-00-067345-0



Kontaktermöglichung und Infektionsschutz in Gesundheits- und Sozial-einrichtungen

Erscheinungsjahr: 2021
ISBN 978-3-00-067777-9



Gewalt gegen Pflegendе

Erscheinungsjahr: 2022
ISBN 978-3-00-072915-7



Gewalt durch Pflegendе

Erscheinungsjahr: 2023
ISBN 978-3-00-075775-4

ISBN 978-3-00-080346-8