

## Zur gesundheitspolitischen-konzeptionellen Diskussion um Gesundheit und Krankheit am Beispiel der Geschlechtsdysphorie

Klaus-Dieter Neander

### Zusammenfassung

Die Diskussion um die S3-Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit“ (im Folgenden „S3-Leitlinie“) (DGfS 2020) zwischen Betroffenen und Fachgesellschaften einerseits und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MD) andererseits wird u.a. auch über die „Deutungshoheit“ hinsichtlich der Frage gestritten, welche Maßnahmen geeignet und notwendig sind, die Betroffenen zu unterstützen. Dabei wird ganz grundsätzlich deutlich, dass das biomedizinische Krankheitsmodell nicht geeignet ist, ein gemeinsames Verständnis von „Geschlechtsdysphorie“ zu entwickeln. Im Folgenden wird diese Behauptung begründet und das Modell nach Antonovsky (1997) in die Diskussion eingeführt werden.

**Stichworte:** Geschlechtsinkongruenz, Antonovsky, biomedizinisches Krankheitsmodell, Kostenträger, Krankenkassen

### Einleitung

Der Begriff „Geschlechtsdysphorie“ ist spätestens seit der Veröffentlichung der S3-Leitlinie allen Betroffenen und Expert\_innen bekannt. Er spiegelt „ein reformiertes Verständnis einer Trans-Gesundheitsversorgung und (...) (dokumentiert), dass die ICD-10-Diagnose Transsexualismus (F64.0) international als überholt betrachtet wird.“ (DGfS 2020: 4) Die Diagnose „Geschlechtsdysphorie“ wird dann vergeben, wenn „eine Person fortdauernd unter dieser Diskrepanz (zwischen biologisch-körperlichen Geschlechtsmerkmalen einerseits und dem empfundenen Geschlecht) und/oder der häufig als falsch empfundenen Wahrnehmung des eigenen Geschlechts durch Andere, (leidet).“ (DGfS 2020: 4) Schon in dieser Definition wird ein elementar anderes Verständnis dessen offenbar, was landläufig unter Transsexualität, Transidentität oder Trans\* verstanden wird.

Diese Definition steht im krassen Gegensatz zu jenen intellektuellen Diskussionsbeiträgen, die irgendwie versuchen, Geschlechtsdysphorie zu verstehen und die Dynamisierung von „Transgender“-Jugendlichen in höchst bedrohlichen Szenarien beschreiben. Türcke (2021:9) zitiert unterschiedliche Statistiken: in München habe sich die Zahl der Transgender-Jugendlichen zwischen 2013 und 2021 verfünffacht, In den USA würden sich bereits 150.000 Dreizehn- bis Siebzehnjährige für transgender halten. Von Gegnern des Begriffs „Geschlechtsdysphorie“ und den sich daraus entwickelnden Konsequenzen (u.a. das Selbstbestimmungsgesetz) behaupten ständig, diese neuen Empfehlungen würden so tun, als „könne man sich sein Geschlecht aussuchen“ und die Therapeut:innen und Eltern sollten den Wunsch nach Namensänderung, Transition, geschlechtsangleichende Operationen oder Hormontherapie nicht mehr hinterfragen (Korte 2024). Darum geht es aber in der genannten Leitlinie gar nicht, sondern es geht darum, den betroffenen Personen die Deutungshoheit über ihr eigenes Empfinden zu garantieren und deren Entscheidung nicht von Psychiatern oder Psychologen oder wem auch immer „bestätigen“ lassen zu müssen.

Korte (2024) stößt sich u.a. daran, dass in der „S2k-Leitlinie Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter: Diagnostik und Behandlung“ (2024) nicht mehr von Patient:innen die Rede ist, sondern von „Behandlungssuchenden“. Dieser Begriff sei aber sozialrechtlich nicht vorgesehen und lediglich dazu diene, die Geschlechtsdysphorie zu entpathologisieren.

Mir scheint diese Diskussion ein Beleg für zu sein, dass unterschiedliche Verständnisse von „Gesundheit und Krankheit“ der jeweiligen Einschätzung des Phänomens der „Geschlechtsdysphorie“ zugrunde liegen.

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS 2020) hat in seiner aktuellen Begutachtungsleitlinie „Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus“, die für die Medizinischen Dienste, die Krankenkassen und deren Verbände verbindlich ist, weiterhin den Begriff „Transsexualismus“ genutzt, da derzeit noch die ICD 10 Version gelte und nur dieser Begriff eine „Leistungspflicht der Krankenkassen auslösen“ könne. (MDS 2020: 6). In dieser Begutachtungsleitlinie wird mehrfach darauf hingewiesen, dass „geschlechtsangleichende Maßnahmen (...) an einem im Grunde biologisch gesunden Körper (vorgenommen werden)“ (MDS 2020: 3). Die überarbeitete Begutachtungsleitlinie habe daher „die Thematik ‚psychiatrische und psychotherapeutische Mittel‘ zur Behandlung des krankheitswertigen Leidensdruckes bei Transsexualismus klarer (herauszuarbeiten).“ (MDS 2020: 3)

Diese kurze Gegenüberstellung des Verständnisses, hier der Leidensdruck der Betroffenen, dort das Sistieren auf den gesunden Körper der trans\*identen Personen und die angebliche Notwendigkeit einer genauen psychotherapeutischen Intervention, zeigen das gesundheitspolitische und gesellschaftliche Dilemma auf. Dieses ist freilich nicht neu, denn die „strukturell-organisatorische Diskriminierung“ (Neander 2019) durch die Kostenträger basiert letztlich auf dem „Dogma“, dass Trans\*-Personen quasi vor sich selbst geschützt werden müssten, da sie möglicherweise zu schnell und zu leichtfertig „geschlechtsangleichende Maßnahmen“ einfordern würden, Maßnahmen, die nicht reversibel seien. Die Kostenträger gerieren sich als „schützende Institution“ und erschweren den Hilfesuchenden nicht selten die Möglichkeiten moderner Medizin, Pharmakologie und Kosmetik in Anspruch nehmen zu können. Zahlreiche Klagen vor bundesdeutschen Sozialgerichten legen ein beredtes Zeugnis davon ab. Die dadurch zumindest mit verursachten Folgen sind vielfach beschrieben worden (Wolf & Meyer 2017; de Vries, L., Fischer, M., Kasprowski, D. et al 2020; Kasprowski, D., Fischer, M., Chen, X. et al. 2021).

Der skizzierte Hintergrund wirft zentrale Fragen auf, die in den hitzigen Diskussionen zwischen den Trans\*Personen und deren Unterstützer\*innen einerseits und den Kostenträgern andererseits nicht ausreichend thematisiert werden.

### **Modelle von Gesundheit und Krankheit**

Gesundheitspolitisch grundlegender wirft die Bewertung der Geschlechtsdysphorie bzw einer Transsexualität die Frage der konzeptionellen Begründung von Gesundheit und Krankheit auf.

Das biomedizinische Krankheitsmodell, das seinen Fokus auf Krankheit, Defizite, Schädigungen und (psychische) Störungen legt überlässt den Expert\*innen die (fast ausschließliche) Deutungshoheit über die Zusammenhänge der Pathogenese (Klemperer 2020: 77, Illich 1983a, Illich 1983 b). Sie nutzt dem organisch und psychisch kranken Menschen und definiert Krankheit an Hand von Symptomen (Hafen 2009: 32 f.) und begründet somit die „Dichotomie zwischen gesunden und kranken Menschen“ (Antonovsky 1997: 23). Diesem Modell ist die traditionelle Medizin verhaftet und wird als Begründungsrahmen für die Begutachtungsanleitung des MDS gewählt, als einerseits der „gesunde Körper“ der Trans\*Personen hervorgehoben wird, als auch damit gedroht wird, dass – sobald der Begriff „Transsexualität“ im ICD 11 nicht mehr genannt wird - eine Leistungspflicht der Kostenträger nicht mehr gegeben sei.

Das immer noch zu wenig bekannte Modell der „Salutogenese“ (Antonovsky 1997) geht allerdings von völlig anderen Perspektiven aus. Vor dem biographischen Hintergrund des amerikanisch-israelischen Medizinsoziologen postulierte dieser ein Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (Antonovsky 1997: 22, Klemperer 2020: 75, Lindström & Eriksson 2019: 31, Franke 2010: 164 f.). Antonovsky spricht von „das Wohlbefinden-Un-Wohlbefinden Kontinuum“) als eine Linie zwischen Fehlen von Gesundheit und völliger Gesundheit. Auf dieser Linie sind alle Menschen irgendwo positioniert: abhängig von Stressoren, die uns entweder krank machen oder die Salutogenese hilft uns, unsere

Gesundheit wieder zu erlangen: „Salutogenese steht für die Richtung (völlige) Gesundheit.“ (vgl. Lindström & Eriksson 2019: 31) **(Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.)**

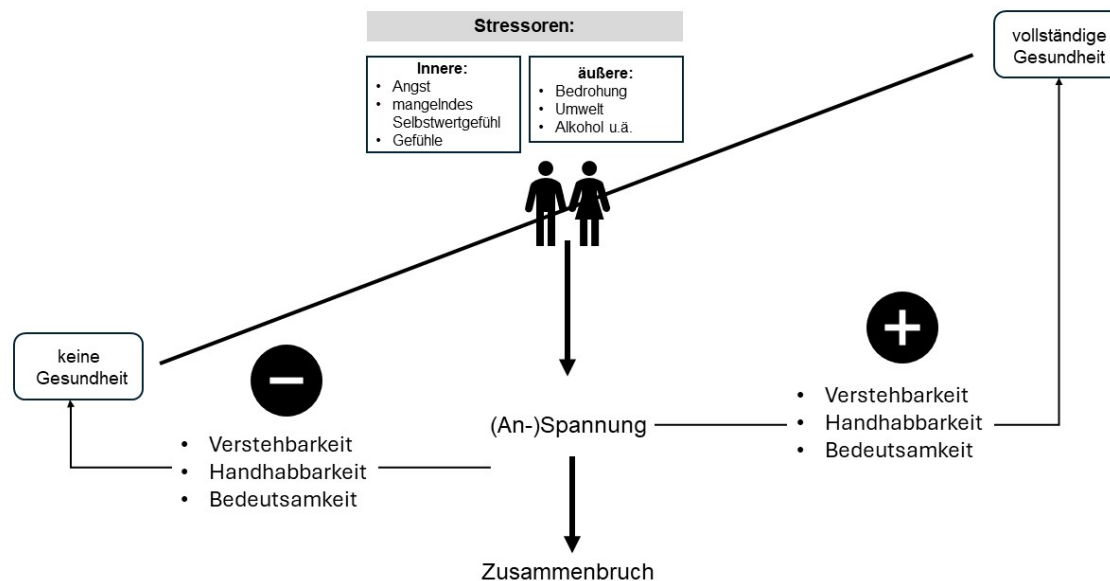


Abbildung 1 Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (eigene Darstellung)

Die in der **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** genannten Stressoren können mannigfaltiger Natur sein: individuelle soziale, psychische und körperliche, als auch umweltbezogene. (Lindström & Erikson 2019: 37). Um diesen Stressoren wirksam begegnen zu können, bedarf es unterschiedlicher Ressourcen des Menschen, die naturgemäß unterschiedlich ausgebildet sind. Antonovsky (1997) benannte zunächst die „generalisierten Widerstandsressourcen“ (physiologische, biochemische, materielle, kognitive, emotionale ... Ressourcen), die individuelle Charakteristika von Individuen, Gruppen und Gesellschaften sind. (Klemperer 2020: 75; Lindström & Erikson 2019: 40, Franke 2010: 167). Diese „generalisierten Widerstandsressourcen“ ermöglichen eine mehr oder weniger erfolgreiche Auseinandersetzung mit den Stressoren. Doch Antonovsky löste sich von dem aus anderen Stressmodellen bekannten Definitionen und entwickelte in seinen soziologischen Studien an Frauen in den Wechseljahren eine Gruppe von KZ-Überlebenden das *Kohärenzgefühl* heraus, denn nach den gängigen Stressmodellen hätten diese Frauen eigentlich ausnahmslos hätten krank sein müssen. Die Frauen beschrieben – trotz ihrer KZ-Erfahrungen – ihr eigenes Leben als sinnvoll, lohnend, verständlich und handhabbar (Klemperer 2020: 76; Franke 2010: 164). Antonovsky bezeichnete diese Forschungsergebnisse als „absolute Kehrtwendung“ in seiner Arbeit (Antonovsky 1997: 15)

Das Kohärenzgefühl operationalisierte er mit drei Komponenten (Klemperer 2020: 75 ff., Franke 2010: 169 f., Lindström & Erikson 2019: 41 ff):

1. Gefühl der Verstehbarkeit: Menschen sind in der Lage die Stressoren (auch die unbekannt) als geordnete, konsistente, strukturelle Informationen verarbeiten zu können (kognitive Komponente)
2. Gefühl der Handhabbarkeit: Der Mensch sieht sich in der Lage, eigene Ressourcen zur Bewältigung einer Anforderung zu mobilisieren. (kognitiv-emotionale Komponente)

3. Gefühl der Sinnhaftigkeit<sup>1</sup>: Diese motivationale Komponente ermöglicht es dem Menschen, das Leben als emotional sinnvoll zu leben.

Das Konzept der Salutogenese, hier nur sehr knapp skizziert, wird also definiert über Entstehung von Gesundheit, Ressourcen und Bewältigung, dem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit und Autonomie des Menschen. Es richtet sich gleichermaßen an gesunde und kranke Menschen

Während relativ einfach verständlich ist, dass für Menschen wichtig ist, ihre Situation zu verstehen und zu begreifen und Handlungsoptionen zu entwickeln, die ihnen helfen, diese „Situationen“ zu meistern, ist das Gefühl der Sinnhaftigkeit für die hier angesprochene Personengruppe relativ schwierig zu operationalisieren: worin liegt der Sinn als Trans\*Person leben (und kämpfen) zu müssen? Gibt es diesen Sinn überhaupt und wenn ja, wie ist er definiert? Ist die Tatsache, dass ein erhöhtes Depressions- und Suizidrisiko bei Trans\*Personen besteht, nicht gerade Beweis dafür, dass es diesen Sinn nicht gibt? Diese zutiefst existentielle Frage lässt sich nicht ohne weiteres mit den Ideen des Salutogenese-Konzeptes erklären, aber ohne das Trans\*Menschen unterstützt werden, wenigstens verstehen zu können, was mit ihnen eigentlich los ist und ohne Angebote, eigene Ressourcen zu entwickeln, diese Situation zu „handeln“, werden die Personen nie herausfinden können, welchen Sinn ihr trans\*Leben haben könnte: lieben zu dürfen und geliebt zu werden, erfüllende Sexualität zu haben und Freund\*innen zu gewinnen, die sie so nehmen, wie sie nun einmal sind. Das Leben genießen zu können, in all seinen Facetten und die Gewissheit zu haben, dass Trans\*Menschen eine unendliche Bereicherung für die Gesellschaft sind: sie bereichern diese, durch ihr „so-ein“, dadurch, dass sie der heteronormativen Matrix eben nicht entsprechen und lebende Fragezeichen sind, die die „cis-normalen“ Menschen auffordern, ihr eigenes Lebenskonzept zu überprüfen.

Das Salutogenese-Konzept fordert, dass Menschen die Fähigkeit entwickeln, sich mit den Stressoren, die ihr Leben bestimmen, auseinander zu setzen – mit Unterstützung von Familie, Freund:innen und ggfs. eben auch mittels den Möglichkeiten, die die Medizin und Psychotherapie heute bieten. Es geht also nicht um „gesunde Körper“, deren Behandlung durch die Kostenträger abgelehnt werden und es geht schon gar nicht um „ein Aussuchen des Geschlechts“. Antonovsky geht davon aus, dass jeder Mensch in der Lage ist, mit seiner Situation fertig zu werden, wenn er versteht, was mit ihm los ist, wenn er lernt, damit umzugehen und wenn er die Sinnhaftigkeit seiner Situation erfassen und – möglicherweise nach psychotherapeutischer Unterstützung – sinnhaft erleben kann. Folgt man diesem Ansatz, ist die Argumentation des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen ebenso gegenstandslos, wie die respektlose Unterstellung, die Menschen würden sich ein „Geschlecht aussuchen“.

### **Unterstützung von Trans\*Menschen**

Die unterschiedlichen skizzierten Konzepte machen deutlich, wo die grundlegende Diskussion bisher weitgehend ausgeblieben ist.

### **... aus Sicht des biomedizinischen Modells**

Das biomedizinische Modell geht grundsätzlich davon aus, dass die Person, die sich ihm anvertraut „krank“ ist; die Vertreter\*innen verstehen sich als Heilende bzw. nehmen für sich in Anspruch, präventive Ansätze der Gesundheitsversorgung zu realisieren.

---

<sup>1</sup> Inwieweit sich gerade der Aspekt der Sinnhaftigkeit mit dem Logotherapie-Konzept von Victor E. Frankl korrespondiert, kann hier nicht näher untersucht werden, vgl. Frankl, V.E. (2018): ...trotzdem Ja zum Leben sagen: ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager. München: Penguin Verlag

## Zur Argumentation der Kostenträger

Vor diesem Hintergrund argumentieren die Kostenträger: Trans\*Personen haben gesunde Körper (jeder geschlechtsangleichender Eingriff verbietet sich also) und präventiv sollen mit - ausgefeilten, fachlich sehr umstrittenen und von den Betroffenen abgelehnten – psychotherapeutischen „Angeboten“, die Betroffenen vor Schritten geschützt werden, die irreversibel sind. Dabei werden mehrere Argumentationsstränge miteinander verwoben:

### ▪ Der erste Strang: rechtliche Argumente

Das Grundkonzept der Überlegungen, welches sich aus dem biomedizinischen Modell ableitet, ist zunächst die in der Begutachtungsanleitung mehrfach wiederholte Feststellung, dass „operative Eingriffe am – krankenversicherungsrechtlich betrachtet – gesunden Körper zur Beeinflussung psychischer Leiden (...) nur im Falle einer besonders tiefgreifenden Form der Transsexualismus zulasten der GKV in Betracht (kommen) (MDS 2020: 11) und von daher die Person einen „krankheitswertigen Leidensdruck“ (MDS 2020: 13) nachweisen müsse, bevor eine geschlechtsangleichende Operation (an einem an sich gesunden Körper) in Betracht und von den Kostenträgern finanziert werden könne. Diese gebetsmühlenartige Argumentation des MDS, dessen ausführliche Verweise auf Urteile von Landessozialgerichten, vom Bundessozialgericht und auf Rechtsquellen, wie das Sozialgesetzbuch V (SGB V) muss hier nicht weiter nachgegangen werden: einerseits weil sich nach Veröffentlichung der Begutachtungsanleitung diverse Selbsthilfegruppen dazu dezidiert geäußert haben (vgl. Bundesverband Trans 2019), ebenso die Verfasser und Organisationen, die die S3-Leitlinie publizierten. Andererseits ist die Argumentation des MDS in dem hier diskutierten Zusammenhang insofern nicht von Belang, als die Tatsache, dass es Urteile und Sozialgesetzbücher gibt, kein Grund darstellt, die Diskussion um das Verständnis von Gesundheit und Krankheit grundlegender zu führen. Die Judikative formuliert in ihren Urteilen das Verständnis aus, welches die Gesellschaft zu bestimmten Fragen hat, differenziert und operationalisiert bestimmte Ansichten. Mithin beschreiben die Urteile und die Rechtsvorschriften genau das, was gesellschaftlicher Konsens ist; nur selten machen Urteile höchster Gerichte auf Versäumnisse gesellschaftlicher Diskurse (i.S. Foucaults<sup>2</sup>aufmerksam und zwingen die Regierung zur Änderung bestimmter Überzeugungen. Mit anderen Worten: „(...) konservative Beharrungskräfte (blockieren) eine Abkehr vom alten Pfad (...). Dabei handelt es sich aber keineswegs ausschließlich um politische Akteure, sondern vielmehr um komplexe Strukturen aus Institutionen, Diskursen, Deutungsmustern und „Normalitäten“. (Turowski & Mitfeld 2013: 7)

### ▪ Der zweite Strang: die Bewertung der S3-Leitlinie aus gesundheitspolitischer Sicht

Die rechtliche Bewertung der S3-Leitlinie wurde bereits an anderer Stelle unternommen (Neander 2020). Die Kostenträger monieren allerdings in der Begutachtungsanleitung, „dass die in der S3-LL 2018 zusammengetragenen wissenschaftlichen Belege in qualitativer Hinsicht auf niedrigem Evidenzniveau beruhen (Kohortenstudien und vorwiegend Expertenkonsens).“ Die Formulierung könnte vor allem bei Laien die Vermutung nähren, die Leitlinie sei von minderer wissenschaftlicher Qualität und unterstellen, den Verfasser\*innen der Leitlinie ginge es in Wirklichkeit um andere Ziele (welche auch immer das sein mögen!), als den Betroffenen und den Behandler\*innen eine Hilfestellung für wichtige Überlegungen und Entscheidungen zur Verfügung zu stellen. Es muss daher eine eher gesundheitspolitische Bewertung von S3-Leitlinien erfolgen: Kritiker\*innen der heute vorwiegend geforderten „evidenzbasierten Medizin“ beklagen, dass die ärztliche Kunst nicht mehr darin besteht „Diagnostik und Therapie auf (...) (die) Vielfältigkeit von Individuen auszurichten“ (Cassel 2004), sondern Evidenzbasierte Medizin, Bürokratisierung und andere Entwicklungen der letzten zwanzig, dreißig Jahre zu einer „Verdrängung des Individuums aus der Versorgung von PatientInnen“ (Abholz

<sup>2</sup> Während Habermas den Begriff Diskurs als „Diskursethik“ beschreibt, verwendet Foucault den Begriff „Diskurs“ als Möglichkeit, konfliktreiche Prozesse und Formen der Wirklichkeitsproduktion zu untersuchen. (Vgl. [Diskursanalyse & Bioethikdiskurse | bpb](#))

2014: 175) führen würde. Durch die Standardisierung der Medizin, besonders durch den Anspruch der Evidenzbasierung, würde der/die einzelne Patient\*in quasi „übersehen“, da in den Studien, die zur evidenzbasierten Beurteilung von Diagnostik und Therapie herangezogen würden, „Aussagen über Gruppen“ (Abholz 2014: 175) gemacht würden. Diese Gruppen sind – aus statistischen Zwecken – sehr einheitlich und spiegeln, so die Kritiker\*innen, nicht den oder die einzelne/n Patient\*in wider, die in der Praxis behandelt würden müssten: Multimorbiditäten und Komorbiditäten könnten in solchen Studien nicht berücksichtigt werden und deshalb müssten die Mediziner\*innen die Ergebnisse der Studien „Herunterbrechen“ (Abholz 2014: 176) auf die einzelne Person, die gerade behandelt werden soll.

Wenn also die Kostenträger der Leitlinie (indirekt) mangelnde Qualität vorwerfen, dann gilt es zu bedenken, dass „die Auslegung ‚methodischer Zuverlässigkeit‘ oft von der jeweiligen Interessenlage des Bewertenden (...) (abhängt).“ (Abholz 2014: 175). Die Standardisierung von Diagnostik und Therapie hat natürlich zum Ziel, die jeweils beste und „richtige“ Behandlung den Betroffenen anbieten zu können und gleichzeitig Kosten zu sparen, denn die Gesellschaft, also die Kostenträger, sollen natürlich nicht für Leistungen bezahlen, die nicht sinnvoll sind. Darauf wird ja seitens der Kostenträger mit Verweis auf das Sozialgesetzbuch XII immer wieder verwiesen. Da aber nur Mediziner\*innen entscheiden können, so die Argumentationskette, müssen also Leitlinien eindeutige Kriterien vorgeben und mithin „wissenschaftlich“ höher stehen, als die hier diskutierte. Erstaunlicherweise gibt es aber das Phänomen ärztlicher „Non-Compliance“ bezüglich der Leitlinien (vgl. Abholz & Egidi 2009, an der Bussche et al 2013), weil diese eben die Aussagen von Leitlinien und evidenzbasierten Empfehlungen „runterbrechen“ müssten.

Die Kritik der Kostenträger darf als fadenscheinig beurteilt werden und nur dem Zweck zu dienen, die ökonomische Kontrolle über Diagnostik und Therapie zu behalten.

- **Der dritte Strang: Festhalten an ausbordender Psychotherapie und Beibehaltung der Prüfung durch Alltagserfahrung**

Die logische Konsequenz aus der Feststellung, dass die Körper der an Geschlechtsdysphorie leidenden Personen „gesund“ sei, ist die Unterstellung, dass die Personen mindestens psychische Probleme haben müssen, wenn nicht sogar psychisch als „krank“ einzustufen wären. Um die psychische Situation überprüfen und den „krankheitswertigen Leidensdruck“ (MDS 2020: 13) abschätzen zu können muss – so die Logik der Kostenträger – eine entsprechende ärztliche (psycho)therapeutische Diagnostik zum Zuge kommen und sich die Klient\*innen in den Alltagserfahrungen ihrer Entscheidung versichern. Es soll hier weder auf die kassenrechtlich problematische Argumentation eingegangen werden, noch darauf verwiesen werden, dass die Alltagserfahrungen für die Klient\*innen eine erhebliche Belastung darstellen, die an Zynismus kaum zu übertreffen sind – diese Argumente sind bereits vielfältig vorgetragen worden.

Aus staatspolitischer Sicht ist allerdings eine andere, m.E.n. gewichtige Überlegung anzustellen: in der Grundrechtscharta von Nizza, die auch im EU-Reformvertrag von Lissabon eingebunden ist, wird die Rolle des Menschen als Unions-, Staats- und Sozialbürger definiert. In unserem Kontext bedeutet dies, dass der Sozialbürger Grundrechte hat, die ihm die Gesellschaft entweder durch Regulation der Produktion (z.B. Einführung bestimmter Qualitätsmerkmale, die erfüllt sein müssen, um eine Leistung zu bekommen) oder aber durch Re-Distribution, also durch Umverteilung (finanzieller Ressourcen) erhält. (vgl. Schulz-Nieswandt 2012: 34). Diese beiden Wege nennt Schulz-Nieswandt den „normativen Programmcode der staatlichen Intervention“ (2012: 34), dem sich – wie durch die Stränge 1 und 2 beschrieben – die Kostenträger bedienen.

Durch diese aber völlig außer Acht gelassen ist die Tatsache, dass Menschen in der Lage sind, sich mit personenbezogenen Kompetenzen nicht nur kognitiv in dieser Welt zurecht zu finden, sich in ihr zu orientieren, sondern sich im Lebenslauf den Aufgaben zu stellen und sie pragmatisch zu bewältigen (vgl. Schulz-Nieswandt 2012: 34). Diese Fähigkeit hat der Nobelpreisträger Amartya Sen als „Capabilities“ (im Zusammenhang mit den Möglichkeiten von sogenannten Entwicklungsländern) genannt. Capabilities werden „prozessual auf das Erwerben“ hingedacht, mit anderen Worten:

Menschen sind in der Lage sich mit ihren Lebenssituationen zu arrangieren, sie zu meistern und „gesund“ zu sein. Somit ist das Ziel der Capabilities „Freiheit in der Entwicklung (...) und das zum Ziel führende Mittel ist Freiheit im Sinne von Erweiterung der Möglichkeiten für alle Menschen, Entscheidungen zu treffen, die ihnen ein Leben nach ihren eigenen Vorstellungen erlauben. Capabilities beziehen sich darauf, was Menschen tatsächlich tun und sein können und über welche realen Möglichkeiten der Lebensgestaltung sie verfügen.“ (Klemperer 3. Auflage, S. 76) Dazu bedarf es aber, dass der Staat seiner „Gewährleistungsfunktion“ nachkommt, denn „individuelle Capabilities werden (...) über die Inanspruchnahme von Institutionen generiert.“ (Schulz-Nieswand 2012: 35). Kostenträger sind Körperschaften des öffentlichen Rechts, die sich „aus kognitiven, normativen und regulativen Strukturen und Handlungen zusammensetzen (und somit) (...) Stabilität erzeugen und sozialem Handeln einen Sinn geben (Wendt 2013: 25). Körperschaften des öffentlichen Rechts sind juristische Personen, die mit öffentlichen Aufgaben betraut und ihr gesetzlich oder satzungsmäßig zugewiesen wurden (Art 2, Abs. 3 GG). Sie haben also, gemäß SGB V „die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern sowie die Versicherten aufzuklären, zu beraten und auf eine gesunde Lebensführung hinzuwirken.“ Ohne die Wahrnehmung dieser Aufgaben, können die individuellen Capabilities nicht entwickelt werden.

Unterstellt man allerdings den an Geschlechtsdysphorie leidenden Menschen „psychische Probleme“ oder gar Krankheiten und masst sich an, diese Menschen quasi vor sich selbst schützen zu müssen, kommen die Kostenträger ihrem grundsätzlichen Auftrag möglicherweise (zumindest im Einzelfall) nicht nach. Um nicht missverstanden zu werden: gegen ein psychologisches oder ärztliches Beratungsgespräch, ergebnisoffen, mit einer Trans\*-Person vor pharmakologischen oder chirurgischen Interventionen ist sicher nichts einzuwenden, aber der Unterstellung, wer seinen „gesunden Körper“ einer irreversiblen Behandlung zumute, müssen mehr oder weniger psychisch krank sein, ist mit allen Möglichkeiten zu widersprechen: denn Trans\* Personen sind nicht per se psychisch krank und haben ausreichend „Capabilities“, um sich selbst zu artikulieren und Entscheidungen für sich und ihr Leben zu fällen. Sie tun dies natürlich auch, wie ein Blick auf die Aspekte des „salutogenetischen Modells“ zeigt.

### **...aus Sicht des Salutogenese-Modells**

Das Salutogenese-Modell hingegen geht davon aus, dass die Trans\*Personen Unterstützung in den verschiedenen Komponenten des Kohärenzgefühl benötigen: individuell, selbstbestimmt, autonom. Die Beratenden, Psychotherapeut\*innen und die Mediziner\*innen halten ein breites Hilfeangebot vor: sie wollen nicht heilen, sondern das Empowerment der Menschen mit Geschlechtsdysphorie fördern (Oldemeier 2017). Das Salutogenese-Modell fordert geradezu dazu auf, die „Trans\*Beratung als ‚dritte Säule‘ der transidenten Menschen“ (Meyer 2015) zu implementieren und community-basiertes Wissen (Wolf & Meyer 2017: 137) zu nutzen.

#### **▪ Prinzip 1: Partizipative Entscheidungsfindung**

Das oben näher skizzierte Kohärenzgefühl (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Sinnhaftigkeit) ist Ziel einer „partizipativen Entscheidungsfindung (...), wobei die behandlungssuchende trans\* Person und der/die Behandler\*in die individuell beste Behandlung in einem Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung des/der Behandlungssuchenden sowie der klinischen Expertise der medizinischen Fachkraft zu finden versuchen.“ (Köhler, Eyssel, Briken, Nieder 2018: 189f.) Die „partizipative Entscheidungsfindung“ ermöglicht die Entwicklung der Capabilities, betrachten die Therapeut\*innen die hilfeschuchenden Personen nicht per se als „psychisch krank“, sondern als nach ihrer wahren Identität suchende Person. Dies wird in der Leitlinie wie folgt umschrieben: „Der Schwerpunkt (dieser Leitlinie; d.V.) leitet sich von der empirisch fundierten Erkenntnis ab, dass für Wohlbefinden und Lebensqualität sowie für ein erhöhtes Kongruenzerleben der Behandlungssuchenden neben den körperbezogenen Behandlungen (u. a. Hormonbehandlung, chirurgische Eingriffe) der psychosoziale Rahmen (Familie, Angehörige, Partner\_innen, Freunde, Kolleg\_innen, etc.) von großer Bedeutung ist (...). Der ganzheitlichen Berücksichtigung verschiedener Einflussgrößen auf eine zielführende

Behandlung soll Rechnung getragen werden ohne die Bedeutung der körpermodifizierenden Behandlungen für das Kongruenzerleben von trans\* Personen zu reduzieren.“ (DGfS 2020: 9) oder: „Die individuelle geschlechtliche Selbstbeschreibung der Behandlungssuchenden Person soll im Rahmen des Erstkontaktes offen besprochen und in Absprache mit den Behandlungssuchenden anerkannt werden.“ An diesen beiden Beispielen wird deutlich, dass die Leitlinie eine völlig andere Sicht auf die Situation der trans\*identen Menschen hat.

Aus dieser Sicht erst wird es möglich die eigene Situation, sich selbst, verstehen zu lernen und Möglichkeiten des Umgangs (Handhabbarkeit) zu finden.

#### ▪ **Prinzip 2: Trans\*akzeptierende Gesundheitsversorgung**

Wolf & Meyer (2017: 136) machen darüber hinaus explizit darauf aufmerksam, dass etliche Standards zur psychotherapeutischen Unterstützung (Behandlung) die „Bedeutsamkeit trans\*akzeptierender Gesundheitsversorgung und sozialer Unterstützung“ unterstreichen bzw. sich für eine „flexible und selbstbestimmte Gesundheitsversorgung“ von transgeschlechtlichen und gender-nonkonformen Personen aussprechen. Das „Gefühl der Verstehbarkeit“ als auch jenes der „Handhabbarkeit“ wird entwickelt bzw. mit den Betroffenen Wege gesucht, dies Gefühl entwickeln zu können.

#### ▪ **Prinzip 3: Affirmative Psychotherapie**

Wie bereits erwähnt, ist die psychotherapeutische Unterstützung der Entwicklung der Capabilities, des Kohärenzgefühls bzw. des Empowerments in vielen Fällen hilfreich. Die unterschiedlichen Schulen der Psychotherapie bieten verschiedene Ansätze dazu an, wenngleich manche „Schulen“ nicht frei von diskriminierenden Überlegungen gegen homo-, bissexuellen und transidenten Klient\*innen sind (Wolf & Meyer 2017: 136). Einen besonders weitgehenden Ansatz zur unterstützenden Beratung hat Meyer (2015) publiziert: der von ihm aus dem „Gay Counseling“ weiterentwickelte, niederschwellige, parteiliche Ansatz der „trans\*affirmativen Beratung“, die seit 2011 in der Beratung des Vereins „Trans\*Beratung Nord e.V.“ zum Einsatz kommt, basiert auf einem „Verständnis der Vielschichtigkeit von Trans\*Lebensweisen und stellt dem Ratsuchenden nichtnormative, wie zum Beispiel transqueere Perspektiven zu Verfügung“. (2015: 71) Dieser systemische, besonders wertschätzende Ansatz hilft den trans\*Personen das Kohärenzgefühl zu entwickeln.

### **Zusammenfassung**

Nach Veröffentlichung der S3-Leitlinie Geschlechtsdysphorie (DGfS 2020) hat der MDS seine Begutachtungsanleitung (MDS 2020) publiziert, die in vielerlei Hinsicht eine zumindest bemerkenswerte Ignoranz der fachlichen Aspekte der Geschlechtsdysphorie und eine höchst bemerkenswerte Arroganz hinsichtlich der Tatsache belegt, dass der Begriff „Transsexualität“ als ICD-Diagnose ab dem Zeitpunkt der Veröffentlichung des ICD 11 als „überholt“ gelten darf. Selbsthilfverbände und unterschiedliche Expert\*innen kritisieren die Begutachtungsleitlinie in fachlichen Details, wobei allerdings kaum der Frage nachgegangen wird, wieso eine Institution, wie der MDS seine Anleitung so formuliert hat, wie sie nun vorliegt.

Eine genauere Analyse sowohl der S3-Leitlinie als auch der Begutachtungsanleitung offenbaren ein grundlegend unterschiedliches Verständnis von Gesundheit und Krankheit, aus dem sich die jeweiligen Argumente speisen: während der MDS weiterhin dem „traditionellen“ biomedizinischen Verständnis von Gesundheit und Krankheit anhängt und daraus nicht nur ableitet, dass Trans\*Personen mit einem „gesunden Körper“ quasi vor Entscheidungen geschützt werden müssten, die dazu führen könnten, dass irreversible hormonelle und/oder chirurgische Interventionen zur Anwendung kommen, weil die Trans\*Personen (so zumindest die indirekte Unterstellung) möglicherweise psychisch krank sein könnten, gehen die Verfasser\*innen der S3-Leitlinie von ganz anderen Voraussetzungen aus: sie wollen den Betroffenen helfen, eigene Ressourcen zu erkennen

und einzusetzen und so das Kohärenzgefühl stärken, aus dem heraus die Trans\*Person dann eine Entscheidung für oder gegen geschlechtsangleichende Maßnahmen fällt. Die Angebotspalette, die zur Unterstützung der Betroffenen bereitgehalten wird, ist groß und wird von Psychotherapeut\*innen, Mediziner\*innen und i.S. der Selbsthilfe geleistet. Allen Angeboten gemein ist, dass die betroffenen Menschen in jeder Hinsicht als „gesund“ gesehen werden, als Menschen, die nicht per se psychisch auffällig oder gar krank sind, sondern als „suchende Menschen“, die den Mut haben sich und der heteronormativ geprägten Gesellschaft zuzumuten, ihre körperlich-biologische Situation als nicht kongruent mit der gefühlten Wahrnehmung zu empfinden und dies (mehr oder weniger) öffentlich zu thematisieren.

Beide Konzepte, das traditionell-biologisch-medizinische Verständnis ist dem salutogenetischen Konzept diametral entgegengesetzt und eine Verständigung über Begriffe wie „gesund“ und „krank“ lässt sich nicht gemeinsam formulieren.

Neben der fachlichen Auseinandersetzung zwischen den Expert\*innen und Betroffenen einerseits, und den Kostenträgern andererseits ist eine gesellschaftspolitische Debatte zwingend erforderlich, da diese hier beschriebene Problematik natürlich nicht nur die Trans\*Personen betrifft, sondern die Gesellschaft insgesamt: wann gilt ein Mensch als gesund, wann als krank; welche Konzepte wollen wir als Gesellschaft anbieten, um denen gerecht werden zu können, die an den unterschiedlichen Konzepten „leiden“. Eine Aufgabe für die nächsten Jahrzehnte.

## Literatur

- Abholz, H.H., Egidi, G. (2009): Qualitätsindikatoren in der hausärztlichen Versorgung – ein Provokationspapier. *Z Allg Med.* 85: 260 – 263 [Qualitätsindikatoren in der Hausärztlichen Versorgung – ein Provokationspapier - Online ZFA \(online-zfa.de\)](#) (aufgerufen am 01.12.2024)
- Abholz, H.-H.: Die Verdrängung des Individuums aus der Medizin – Über Kollateralschäden des Fortschritts, in: Brunnett, R., Dieterich, A., Greene, R. et al. (Hrsg.) (2014): *Primary Health Care, Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften*, Bd. 40, Hamburg: Argument
- Antonovsky, A. (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT-Verlag
- Bundesverband Trans (2019): Leitfaden Trans\*Gesundheit. [S3 Leitlinie Trans-Gesundheit 2018 Patientenleitlinie](#) (aufgerufen am 01.01.2025)
- Cassel, E.J. (2004): *The nature of suffering and the goals of medicine*. 2nd edition. Oxford: Oxford University Press, zit. nach Abholz 2014
- *de Vries, L., Fischer, M., Kasproski, D., Kroh, M., Kühne, S., Richter, D., Zindel, Z. (2020): LGBTQI\*-Menschen am Arbeitsmarkt: hoch gebildet und oftmals diskriminiert. Berlin, DIW Wochenbericht 36 DIW Berlin: LGBTQI\*-Menschen am Arbeitsmarkt : hoch gebildet und oftmals diskriminiert* (aufgerufen am 28.04.2021)
- DenkDemokratie (Hrsg.) (2013): Turwoski, J., Mikfeld, B.: *Gesellschaftlicher Wandel und politische Diskurse. Werkstattbericht Nr. 3*, Berlin. [DD Werkbericht 3 \(denkwerk-demokratie.de\)](#) (aufgerufen am 01.12.2024)
- Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin (DGfS) (2020): *Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung*. [Microsoft Word - 20190222\\_S3Leitlinie\\_Geschlechtsinkongruenz-Geschlechtsdysphorie-Trans\\_1.1 \(awmf.org\)](#) (aufgerufen am 28.04.2021)
- *Erfahrungen von jungen LSBTQ\*-Menschen in Deutschland. Journal of Childhood and Adolescence Research Heft 2-2017, S. 145-159 Sexuelle und geschlechtliche Diversität aus salutogenetischer Perspektive: Erfahrungen von jungen LSBTQ\*-Menschen in Deutschland | Oldemeier | Diskurs Kindheits- und Jugendforschung / Discourse. Journal of Childhood and Adolescence Research (budrich-journals.de)* (aufgerufen am 20.12.2024)

- Franke, A. (2010): Modelle von Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage
- Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-10, F64.0). Essen [BGA Transsexualismus 201113.pdf \(mds-ev.de\)](#) (aufgerufen am 20.12.2024)
- Hafen, M. (2009): Mythologie der Gesundheit – Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese. Heidelberg: Auer
- Illich, I. (1983b): Die Nemesis der Medizin. Reinbek: rororo aktuell
- Illich, I.: Entmündigende Expertenherrschaft. In: Illich, I. (1983a): Entmündigung durch Experten – Zur Kritik der Dienstleistungsberufe. Reinbek: rororo aktuell, S. 7 -36
- Kasprowski, D., Fischer, M., Chen, X., de Vries, L., Kroh, M., Kühne, S., Richter, R., Zindel, Z. (2021): Geringere Chancen auf ein gesundes Leben für *LGBTQI\**-Menschen. Berlin, *DIW Wochenbericht 6* [DIW Berlin: Geringere Chancen auf ein gesundes Leben für LGBTQI\\*-Menschen](#) (aufgerufen am 29.12.2024)
- Klemperer, D. (2020): Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitswissenschaften. Göttingen: Hogrefe, 4., überarbeitete und erweiterte Auflage
- Köhler, A., Eyssele, J., Briken, P., Nieder T.O.: Transsexualität, Transgender, Trans\*: Aktuelle Entwicklungen in Forschung und Gesundheitsversorgung, in: Gassner, U.M., Hayek, J., Manzei, A., Steger, F. (ed.) (2018): Geschlecht und Gesundheit. Baden-Baden: NOMOS, S. 175 – 205
- Korte, A. (2024): "Trans-Kinder": Ein Medizin-Skandal? [Trans-Kinder: Ein Medizin-Skandal? | EMMA](#) (aufgerufen am 01.01.2025)
- Lindström, B., Eriksson, M.: Von der Anatomie der Gesundheit zur Architektur des Lebens – Salutogene Wege der Gesundheitsförderung, in: Meier-Magistretti, C. (Hrsg.): Salutogenese kennen und verstehen. Göttingen: Hogrefe, S. 25 - 107
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) (2020): Begutachtungsanleitung Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V [BGA Transsexualismus 201113.pdf](#) (aufgerufen am 01.01.2025)
- Meyer, E. (2015): Trans\*affirmative Beratung. Schwerpunktthema: Geschlecht und Psychotherapie. Gießen: Psychosozial 38 (2): 71 - 85
- Meyer, E. (2015): Trans\*Beratung als „dritte Säule“ in der Versorgung transidenter Menschen?, in: Driemeyer, W., Gedrose, B., Hoyer, A., Rustige, L. (Hrsg.): Grenzverschiebung. Perspektiven einer jungen Sexualwissenschaft. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 201 – 216
- Neander, Kl.-D. (2019): »Strukturell-organisatorische Diskriminierung« von trans Menschen durch Kostenträger? in: Appenroth, M.N., do Mar Castro Varela, M. (Hg.): Trans & Care. Bielefeld: transcript, S. 125 – 142
- Neander, Kl.-D. (2020): Rechtliche Bedeutung der S3-Leitlinie für Trans\*Personen: Erfahrungen aus der Praxis einer Beratungsstelle. Zeitschrift f. Sexualforschung 33: 1-4
- Oldemeier, K. (2017): Sexuelle und geschlechtliche Diversität aus salutogenetischer Perspektive:
- Türcke, C. (2021): Natur und Gender. München: Beck
- Van der Bussche, R., Wiese, B., Schön, G., Eisele, M., Koller, D. et al. (2013): Die vertragsärztliche Versorgung von Patienten mit Demenz im Spiegel von Abrechnungsdaten einer GKV-Kasse. Z Allg Med 89 (2): 55-60 [Die vertragsärztliche Versorgung von Patienten mit Demenz im Spiegel von Abrechnungsdaten einer GKV-Kasse - Online ZFA \(online-zfa.de\)](#) (aufgerufen am 29.12.2024)
- Wendt, C. (2013): Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung – Gesundheitssysteme im Vergleich. Wiesbaden: SpringerVS, 3. Auflage
- Wolf, G., Meyer, E. (2017): Sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität – (k)ein Thema in der Psychotherapie? In: Psychotherapeuten Journal 16 (2) 130 – 137 [ptj 2017-2.pdf \(psychotherapeutenjournal.de\)](#) (aufgerufen am 29.12.2024)

**Klaus-Dieter Neander**, hat jahrelang Trans\*Personen bei Widerspruchsverfahren gegen Kostenträger beraten (2. Vorsitzender Trans\*Beratung Nord. e.V.)

B.Sc. Gesundheit & Management |

M.M. Master of Mediation | zertif. Mediator

GfK-Coach | Lehrbeauftragter

Berater für Ethik im Gesundheitswesen (AEM)

ehemaliges Vorstandsmitglied des BV\*Trans

derzeit Ausbildung zum Logotherapeuten & Promotion an der Universität Kassel