



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Sind sie sicher, dass sie nicht einfach nur schwul sind?“

Die Erfahrungen von trans Personen im Rahmen der
Begutachtungspraxis der staatlich-medizinischen Regulation von Trans
in Österreich

verfasst von / submitted by

Raphael Maier, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2024

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

ao. Univ.-Prof. Mag. Dr. Thomas Slunecko

Dank

Diese Arbeit wäre ohne vielfältige Unterstützung nicht möglich gewesen. Ich möchte mich bei Nils, Luna, Mary, Berfin, Mesi, Anna, Vik, Lucie, Judith, Erin, Ron, Masl, Mia, E. H. und bei Felix, Flora, Eliott, Jul, Birgit, Lian von der AG

Inter*Trans_Nonbinary für die emotionale Unterstützung, die theoretischen Diskussionen, eure persönlichen Erfahrungen und die kritischen Einwände, bei Agnes und Johann für den Raum, diese Arbeit in dieser Ausführlichkeit umsetzen zu können, bei Mo von der Villa für die freundliche Raumbetreuung, bei Maria für die Methodennachhilfe und bei Thomas Slunecko für die Betreuung und Förderung dieser Arbeit bedanken.

Mein größter Dank gilt den Menschen, die mir durch ihre Teilnahme an der Gruppendiskussion ihr Vertrauen geschenkt haben.



Gefördert von der Österreichischen Hochschüler_innenschaft



Gefördert von der Hochschüler*innenschaft an der Universität Wien

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung.....	5
1.1. Begrifflichkeiten.....	7
1.2. Ausgangslage und Forschungsstand.....	10
1.2.1. Lebenssituation von trans Menschen in Österreich.....	10
1.2.2. Diskriminierung, Gewalt und Trans	14
2. Theoretischer und historischer Kontext und Forschungsfrage	16
2.1. Theoretische Verortung.....	16
2.1.1. Michel Foucault: Disziplinarmacht – Ordnung der Wahrheit.....	18
2.1.2. Judith Butler: Heterosexuelle Matrix – Performativität – normative Gewalt	21
2.1.3. Gundula Ludwig: Heteronormative Hegemonie	23
2.2. Historischer Kontext und aktuelle Situation.....	26
2.2.1. Historische Entwicklungen	26
2.2.2. Aktuelle Situation in Österreich – die ‚Behandlungsempfehlungen‘.....	51
2.3. Schlussfolgerungen und Forschungsfragen	56
3. Methode.....	59
3.1. Methodologische Rahmung und methodisches Vorgehen	59
3.1.1. Reflexive Grounded Theory: Methodologie und Methode.....	59
3.1.2. Gruppendiskussionsverfahren	62
3.1.3. Überlegungen zur Forschungsethik	62
3.2. Forschungsprozess.....	63
3.2.1. Feldzugang und Erhebung	63
3.2.2. Auswertung	66
3.2.3. Reflexion des Forschungsprozesses und Limitationen	68
4. Ergebnisdarstellung.....	70
4.1. Beschreibung der Gruppen	70
4.2. Rahmenbedingungen.....	74
4.3. Erfahrungen innerhalb der Begutachtungssituation	77
4.3.1. Allgemeine Erfahrungen	77
4.3.2. Psy-spezifische Erfahrungen.....	106
4.3.3. „Gschissn“ – emotionale Auswirkungen der Regulation	110
4.4. Erfahrungen um Umfeld der Begutachtungssituation.....	115
4.4.1. Macht macht Wissen – epistemologische Hierarchien und Definitionsmacht.....	115
4.4.2. (Weitere) soziale Risikofaktoren	123

4.4.3. Absurd und schikanös – inkohärente Logiken der Regulation.....	124
4.4.4. Auswirkungen und Folgen	127
4.5. Potenziale des Widerstands	127
4.5.1. Strategien der trans Personen	128
4.5.2. Möglichkeiten der Psy*	133
4.6. Ergebnisse der Kontextanalyse.....	133
4.6.1. Professionist*innen	134
4.6.2. Berufsverbände	136
4.6.3. Krankenkassen	137
4.6.4. Ärzt*in	138
4.6.5. Magistratsabteilung und Wiener Antidiskriminierungsstelle.....	139
5. Diskussion	141
5.1. Disziplinarmechanismen in der staatlich-medizinischen Regulation	142
5.1.1. ‚Behandlungsempfehlungen‘	143
5.1.2. Begutachtungssituation	145
5.2. Geschlechter_Rolle – Das Verhältnis Performativität – Performance	147
5.3. Regulatorischer Apparat als Instrument der heterosexuellen Hegemonie	149
5.4. Trans liberation? - aktuelle Debatten.....	152
5.5. Risse, Brüche und Spalten – Handlungsspielräume der Schlüsselakteure	154
5.5.1. Schlüsselakteure	154
5.5.2. Handlungsspielräume	156
6. Schluss und Ausblick.....	162
7. Literaturverzeichnis	164
8. Anhang	181

1. Hinführung

Can the Monster speak?
(Preciado, 2021)

Mit dieser Frage betitelte Paul B. Preciado Ende 2019 seinen Vortrag auf einer Fachtagung der lacanianischen *École de la Cause freudienne* in Paris (Preciado, 2021). Preciado wurde zu der Tagung mit dem Thema ‚Frauen in der Psychoanalyse‘, mit der Bitte über seine Transition¹ zu berichten, eingeladen. Als trans Mann spricht Preciado vor einem Publikum, welches überwiegend aus Psychoanalytiker*innen² der konservativen strukturalen Schule besteht. In der strukturalen Psychoanalyse, wie auch in anderen Schulen, gilt „eine stabile, binäre Geschlechtsidentität [...] als Garant für psychische Gesundheit und reife Entwicklung“ (Hutfless, 2022, S. 5). Trans, queere und nicht-binäre Lebensweisen galten und gelten als diagnostizierbare Persönlichkeitsstörungen, als pathologische Abweichungen von der vermeintlich gesunden cisgeschlechtlichen und heterosexuellen Norm. Und so spricht an diesem Tag Paul Preciado als trans Mann, als Person mit diagnostizierter psychischer Störung vor einem Fachpublikum, das sich selbst in dieser Hinsicht als gesund konstruiert. Er eröffnet die Rede mit einem Verweis auf Kafkas (2019) Erzählung *Bericht für eine Akademie*, in welcher der Affe Rotpeter seine Anpassungsgeschichte an die ‚zivilisierten‘ Menschen als eine Geschichte von Selbstaufgabe und Imitation erzählt. Analog zu Rotpeter macht Preciado in seinem Vortrag die Illusionen, Vorannahmen, gewaltvollen Ausschlüsse und Normierungen des Diskurses über Geschlecht und Sexualität des ‚neutralen‘ und scheinbar informierten Fachpublikums sichtbar. So wie sich jede Norm durch die entsprechende Abnorm konstituiert, entsteht die Norm der psychischen Gesundheit durch die Konstruktion der psychischen Krankheit (Foucault, 2022). Der ‚zivilisierte Mensch‘ kommt erst durch die Konstruktion des ‚unzivilisierten Tiers‘ zum Vorschein (Kafka, 2019). Sexuelle und geschlechtliche Normalität entsteht erst durch die Konstruktion des sexuell und geschlechtlich Abnormen (Baumgartinger, 2019; Butler, 2021; Foucault, 2020; Lüthi, 2020; Preciado, 2021). Abhängig von Ort und Zeit wurde und wird Abnormalität als

¹ Der Begriff ‚Transition‘ wird von einigen trans Menschen aufgrund der inhärenten teleologischen und hetero-binären Annahmen kritisiert. Andere verweisen hingegen auf ein unspezifischeres Verständnis des Begriffs als Sammelbegriff für alle transspezifischen, geschlechtsaffirmierenden hormonellen und chirurgischen Maßnahmen. Diese Auffassung teile ich.

² Aus theoretischen und persönlichkeitsrechtlichen Überlegungen werden alle Psy* von mir mit grammatisch femininem Artikel und geschlechterinklusive Endung genannt. Nachdem eine Psy* von Teilnehmenden in einem direkten Zitat geschlechtlich angesprochen wurde, übernehme ich dieses Genus.

krank, gefährlich, bedrohlich, schwach, irrational, unzivilisiert, unkontrollierbar, minderwertig uvm. konstruiert. Diese Zuschreibungen rechtfertigen Ausbeutung, Disziplinierung, Kontrolle, Gewalt, Diskriminierung und Mord an dem ‚monströsen Anderen‘.

And so, it is from the position assigned to me by you as a mentally ill person that I address you, an ape-human in a new era. I am the monster who speaks to you. The monster you have created with your discourse and your clinical practices. (Preciado, 2021, S. 12)

Doch nicht nur in der strukturalen Psychoanalyse werden trans Personen pathologisiert. Ebenso in anderen psychoanalytischen Schulen, in anderen psychotherapeutischen Richtungen und im Hauptstrom der klinischen Psychologie (Rott, 2014). Wo in traditionellen psychodynamischen Schulen Konzepte wie der Ödipus-Komplex, die Perversion oder der Penisneid geschlechtliche und sexuelle Normen hervorbringen, geschieht dies in der klinischen Psychologie und der Psychiatrie durch die Definitionen von transspezifischen Diagnosen in den Manualen ICD-10 (Dilling et al., 2016) und DSM-5 (American Psychiatric Association, 2022). Auch wenn in der aktuellen elften Revision des ICD keine identitätspathologisierende psychiatrische Diagnose im Kontext von Transgeschlechtlichkeit bei Erwachsenen mehr enthalten ist, bleibt der Zugang zu kassenfinanzierter transitionsspezifischer Gesundheitsversorgung in Österreich nach wie vor an die Diagnose Transsexualismus (F64.0) aus dem ICD-10 geknüpft (Lüthi, 2021). Diese Diagnose und weitere Voraussetzungen sollen im Rahmen mehrerer Begutachtungen durch Psychotherapeut*innen, klinische-Psycholog*innen und Psychiater*innen gestellt und jeweils in einer schriftlichen Stellungnahme bestätigt werden. Dieser Begutachtungsprozess wird ebenso – wenn auch inzwischen meist ohne Diagnose F64.0 – für eine Personenstandsänderung von den Behörden verlangt.

Angestiftet durch Preciados epistemologischen Affront, als angeblich krankes Objekt den vermeintlich gesunden Ärzt*innen zu widersprechen und dadurch vom ‚Behandlung‘ benötigten klinischen Fall zu einem sprechenden Subjekt zu werden, möchte ich mit dieser Arbeit den von der klinischen Psychologie und Psychiatrie pathologisierten Individuen in den sie pathologisierenden Diskursen dieser Disziplinen zur Sprache verhelfen. Vor dem Hintergrund der Geschichte eben jener Wissenschaften, in deren akademisierten Rahmen diese Forschungsarbeit entsteht, halte ich es für notwendig anzumerken, dass in dieser Arbeit eine grundsätzlich

nicht-pathologisierende Haltung gegenüber Transgeschlechtlichkeit eingenommen wird. Aus einer kritischen Auseinandersetzung mit der vorherrschenden Art und (Funktions-)weise der Wissensproduktion halte ich es ebenfalls für notwendig, meine eigene Weiße³, nicht-binäre und klassenprivilegierte Position als Praxis der Situierung des in dieser Arbeit produzierten Wissens transparent zu machen.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich folgendermaßen: Nach einer Hinführung an das Thema mit einem kurzen Überblick über die verwendeten Begrifflichkeiten (Kapitel 1.1.) und der Darstellung der Ausgangslage und des Forschungsstandes über die Lebenssituation von trans Menschen in Österreich (1.2.) werden in Kapitel 2 die theoretischen (2.1.) und historischen Hintergründe und Entwicklungen (2.2.) dieser Arbeit und des Gegenstandes der Arbeit dargestellt und in einer Schlussfolgerung die Forschungsfragen präzisiert (2.3.). Daran anschließend werden die methodologische Rahmung, das methodische Vorgehen (3.1.) und der konkrete Forschungsprozess (3.2.) erläutert. Die Ergebnisdarstellung findet in Kapitel 4 statt. Nach einer Beschreibung der Gruppen (4.1.) und der Rahmenbedingungen der Regulation (4.2.) werden zuerst die Erfahrungen ‚innerhalb‘ der Begutachtungssituation (4.3.) und dann die Erfahrungen im Umfeld der Begutachtungssituation (4.4.) dargestellt. In Kapitel 4.5. werden die Potenziale des Widerstands der trans Personen und der Psy* näher betrachtet und in Kapitel 4.6. die Ergebnisse der Kontextanalyse präsentiert. Die Ergebnisse werden in Kapitel 5 anhand der theoretischen Perspektiven diskutiert.

1.1. Begrifflichkeiten

Im folgenden Abschnitt möchte ich einen kurzen Überblick über verwendete Begrifflichkeiten geben. Ich verwende den Begriff *trans* als Kurzform für transgender, transident bzw. transgeschlechtlich. Analog in der substantivischen Form *Trans* als Kurzform für Transgender, Transidentität bzw. Transgeschlechtlichkeit. Als Selbstbezeichnungen können diese Begriffe von allen Personen verwendet werden, die sich mit dem ihnen bei der Geburt zugewiesenen binären Geschlecht nicht (vollständig) identifizieren. Als Sammelbegriff wird trans für eine Vielzahl von geschlechtlich nicht-normativen Lebensweisen in Anspruch genommen. Um die Vielfältigkeit der möglichen Bedeutungen und Verkörperungen zu verdeutlichen und allen Selbstbeschreibungen gegenüber offenzubleiben,

³ Die Großschreibung des Begriffs ‚Weiß‘ verdeutlicht seine soziale Konstruiertheit als politische Kategorie und benennt somit die privilegierte und dominante Position innerhalb der bestehenden rassistischen Machtstrukturen.

verwenden einige Autor*innen trans* und inter* mit Asterisk (*). Dieser dient als unspezifischer Platzhalter für verschiedene mögliche Bezeichnungen (z.B. transident, transgender, transgeschlechtlich bzw. intergeschlechtlich, intersex; Baumgartinger, 2017; Mosel, 2015). *Nicht-binär* (oder non-binär, non-binary, enby) wird als Selbstbezeichnung von Menschen verwendet, die sich nicht (eindeutig) im Zweigeschlechtersystem verorten. Nicht-binäre Menschen können sich zwischen den binären Geschlechtern verorten, als beides oder als keines von beidem. Genderqueer, genderfluid, gender-non-conforming oder agender werden oft ebenfalls als nicht-binäre Verortungen verstanden. Manche nicht-binäre Personen verwenden ebenfalls die Bezeichnung trans für sich (Baumgartinger, 2017; Hamm, 2020). Menschen, die sich dem ihnen bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht zugehörig fühlen, werden als cisgeschlechtlich (kurz: *cis*) bezeichnet.

Es gilt hierbei eine sprachliche und konzeptionelle Dichotomie zwischen trans und cis zu problematisieren. Sprachlich bietet diese Gegenüberstellung wieder nur zwei mögliche Positionen: ‚jenseits‘ = trans oder ‚diesseits‘ = cis. Aus dem Versuch heraus der abendländischen Tradition der dichotomen Kategorisierung zu entgehen, werden von einigen Autor*innen Spektren der Geschlechtspositionierung oder differenziertere Modelle hierfür vorgeschlagen (Duval, 2023; Feinberg, 1998). Auch wenn es wichtig war und ist, die lange unbenannte Norm zu benennen, schließt das Gegensatzpaar trans/cis jene *inter* (kurz für intergeschlechtlich oder intersex) Menschen aus, die sich mit dem ihnen bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht identifizieren, jedoch trotzdem Diskriminierung erfahren. Intergeschlechtlichkeit „bezeichnet das angeborene Vorhandensein genetischer und/oder anatomischer und/oder hormoneller Geschlechtsmerkmale, die nicht den Geschlechternormen von Mann und Frau entsprechen“ (Mosel, 2015, S. 15). Aufgrund dieser binären, medizinisch konstruierten und naturalisierten Geschlechternormen sind inter Personen oft ihr ganzes Leben von Diskriminierungen bis hin zu schwersten Menschenrechtsverletzungen wie Genitalverstümmelung betroffen (Baumgartinger, 2017; European Union Agency for Fundamental Rights, 2020; Plattform Intersex & VIMÖ, 2020). Wie hier zu sehen ist, können auch bei selbstgewählten emanzipatorischen Begriffen Ausschlüsse wie der von inter stattfinden und darüber hinaus rassistische, klassistische und ableistische Machtverhältnisse reproduziert werden (Baumgartinger, 2017).

Transsexualität ist die Bezeichnung der psychiatrischen Diagnose, durch welche trans Personen pathologisiert wurden und werden. Die Verwendung des

Begriffs und des dazugehörigen Adjektivs *transsexuell* reproduzieren die gewaltvolle Norm durch die Pathologisierung von trans Personen. Abseits einer positiv-resignifizierenden Selbstbezeichnung wird die absichtsvolle und unabsichtliche Verwendung von ‚Transsexualismus‘, ‚Transsexualität‘, ‚Transsexuelle‘ und ‚transsexuell‘ meist als abwertend und beleidigend empfunden. Neben dem pathologisierenden Aspekt ist der Begriff irreführend, da Transgeschlechtlichkeit nichts mit Sexualität zu tun hat (Hamm, 2020).

Wenn ich in den folgenden Kapiteln den Begriff ‚Transsexualität‘ verwende, ist dies stets in den historischen Kontext eingebettet. Der Begriff fungierte sowohl als Selbstbezeichnung als auch als essentialisierendes, stigmatisierendes und pathologisierendes medizinisches Konstrukt. Die komplexen Interaktionen und Beeinflussungen zwischen Medizin und trans Personen führten zu einem gegenseitigen – oft zeitlich verzögertem – Aufnehmen und Rezipieren von Begriffen und Konzepten (Hirschauer, 2015). Robin Saalfeld konstatiert zu diesem Verhältnis, dass „das individuelle Selbstverhältnis von diesen diskursiven Tendenzen [den medizinischen Diskursen über Trans] nicht determiniert, aber zumindest strukturiert ist, gerade dann, wenn Betroffene Kontakt aufnehmen (müssen) zu den Vertretern jener wirkmächtigen Instanz (der Medizin)“ (Saalfeld, 2019, S. 197). Wenn ich über die ICD-10 Diagnose Transsexualismus schreibe, verwende ich keine Anführungszeichen. Wenn ich die kontextualisierende Bezeichnungen wie ‚Diagnose‘, ‚Konzept‘, ‚Konstrukt‘, ‚sogenannt‘ oder ‚Krankheitsbild‘ weglasse, verwende ich einfache Anführungszeichen, um den Geltungscharakter des Konzepts ‚Transsexualismus‘ auch visuell infrage zu stellen. Selbiges gilt für ‚Transsexualität‘.

Wie aus den vorhergehenden Zeilen ersichtlich wird, sind eindeutige, klare und unproblematische Begriffsdefinitionen fast unmöglich. Begriffe werden etabliert, verwendet, kritisiert, verworfen und resignifiziert. Vormalig emanzipatorisch verwendete Begriffe werden problematisiert, neue Begriffe werden etabliert. Diese Uneindeutigkeit und Offenheit können verunsichern. Sie kann aber auch als lustvoll und selbstermächtigend erlebt werden. Sie kann auch dazu anregen, den vermeintlichen Common Sense und die Stabilität von Begriffen zu hinterfragen (vgl. Slunecko & Hengl, 2007). Die verwendeten Begriffe sollen also nicht als klare Definitionen von objektiven Wahrheiten verstanden werden. Sie sind Hilfskonstrukte, die an einem bestimmten Ort zu einer bestimmten Zeit auf etwas verweisen können, ohne den zu bezeichnenden ‚Gegenstand‘ allumfänglich zu fassen

oder auf eine innere, objektive oder universelle Wahrheit abzielen. Wichtig ist, dass in jedem Fall die Selbstbezeichnung einer Person zu respektieren ist.

1.2. Ausgangslage und Forschungsstand

In der Annäherung an den Forschungsgegenstand wird in diesem Kapitel die Ausgangslage anhand des aktuellen Forschungsstandes zur Lebenssituation von trans Personen im Allgemeinen (Kapitel 1.2.1.) und zu Diskriminierung und Gewalt von und an trans Personen (Kapitel 1.2.2.) dargestellt.

Die Geschichte der Wissensproduktion von und über Transgeschlechtlichkeit ist eine Geschichte der Gewalt (siehe Kapitel 2.2.1.). Die längste Zeit über wurde von Weißen, hetero, cis Männer *über* bzw. *an* trans (und inter) Personen, welche als pathologisch galten (und oft noch gelten), geforscht. In diesem Zusammenhang spricht Lia Becker davon, dass „die Verwerfung von Körpern, die cis- und zweigeschlechtlichen, ableistischen Normen widersprechen, [...] die Grundlage hegemonialer Wissensproduktion“ (Becker, 2022, Teil 1, Abs. 3) ist. Das seit Ende des 19. Jahrhunderts produzierte Wissen und die daraus entstandenen Gesetze und medizinischen Richtlinien waren und sind überwiegend von Cis- und Heteronormen und Rassismen durchzogen (Baumgartinger, 2017; Rott, 2014; Snorton, 2017). Erst seit Mitte der 1990er Jahre entsteht mit den *Trans Studies* ein interdisziplinäres Forschungsfeld, das sich macht- und herrschaftskritisch und aus einer explizit nicht pathologisierenden Perspektive heraus mit Trans befasst (Baumgartinger, 2017; Hoenes & Schirmer, 2019; Stryker, 2006). Hamm und Sauer (2014) beschreiben einen langsamen, aber stetigen Perspektivenwechsel von einer starren, psychopathologisierenden zu einer entpathologisierenden, menschenrechtskonformen und bedürfnisorientierten Gesundheitsversorgung und Forschung in Bezug auf Trans in den vergangenen Jahrzehnten. Um die Anforderungen an eine bedürfnisorientierte Gesundheitsversorgung einzulösen, bedarf es einer kritischen, empirischen Forschung, welche die konkreten Erfahrungen von trans Personen in den Blick nimmt.

1.2.1. Lebenssituation von trans Menschen in Österreich

*Nicht gesehen, nicht erkannt zu werden, unsichtbar zu sein für andere,
ist wirklich die existentiellste Form der Missachtung.
(Emcke, 2016, S. 24)*

Der Großteil der vorhandenen Daten zur Lebenssituation von trans Menschen in Österreich wurden im Rahmen von Erhebungen zur Situation von LGBTIQ

Menschen erhoben. Im Folgenden werden einige Überblicksstudien und einige ausgewählte Ergebnisse, die unterschiedliche Lebensbereiche betrachten, aus diesen dargestellt.

Die von der Wiener Antidiskriminierungsstelle für LGBTIQ-Angelegenheiten in Auftrag gegebene Studie *Queer in Wien* (Schönpflug et al., 2015) betrachtet mit Fokus auf Lebenszufriedenheit, Community, Sicherheit, Diskriminierung und Gewalt, Arbeitsleben, ökonomische Ungleichheit, Jugendliche und Regenbogenfamilien die allgemeine Lebenssituation von LGBTIQ Personen in Österreich. So beziehen gemäß dieser Studie über die Hälfte der befragten trans Personen ein Einkommen unterhalb der Armutsgefährdungsgrenze (Schönpflug et al., 2015).

Der *LGBTIQ+ Gesundheitsbericht 2022* des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz betrachtet den allgemeinen Gesundheitszustand, Diskriminierungserfahrungen, Gesundheitsversorgung und gesundheitsförderliche Faktoren (Gaiswinkler et al., 2023). Dieser Bericht zeichnet ein negatives Bild der Gesundheit von trans und nicht-binären Menschen und der transspezifischen Gesundheitsversorgung in Österreich. In Bezug auf psychische Gesundheit gaben nicht-binäre Personen die höchsten 12-Monats-Prävalenzraten in allen abgefragten spezifischen psychischen Krankheitsbildern (Depression: 76%, Angststörung: 58%, PTBS: 35%, Essstörung: 32%, Zwangsstörung: 21%; Gaiswinkler et al., 2023, S. 44) an, dicht gefolgt von binären trans Personen. Einzige Ausnahme bildet das Belastungssyndrom Burnout, bei dem inter Personen die höchste Prävalenz berichteten. Über 60 Prozent der binären und nicht-binären trans Personen berichteten von nicht suizidalem selbstverletzendem Verhalten, über 80 Prozent gaben an, schon einmal an Selbstmord gedacht zu haben. Circa 60 Prozent der binären und nicht-binären trans Personen berichteten von ernsthaften Suizidplänen und 21 Prozent der nicht-binären und 25 Prozent der binären trans Personen gaben an, mindestens einen Suizidversuch unternommen zu haben (Gaiswinkler et al., 2023, S. 50-51). Bezug nehmend auf die Erfahrungen im Gesundheitssystem berichteten 73 Prozent der binären und 72 der nicht-binären trans Personen von Diskriminierung (Gaiswinkler et al., 2023, S. 59). Konkret wurden Situationen von vorenthaltenen Behandlungen, unter Druck gesetzt werden, bestimmte Behandlungen zu machen, Erniedrigungen und Beleidigungen durch das

medizinische Personal oder des *trans broken arm syndrome*⁴ berichtet. Diese Erfahrungen führten zu Vermeidung von Kontakt mit dem Gesundheitssystem, obwohl gesundheitlicher Bedarf gegeben war (Gaiswinkler et al., 2023).

Spezifisch zu den Erfahrungen von trans Personen im Gesundheitssystem in Österreich haben Markovic und Kolleg*innen (2021) geforscht. Die Ergebnisse ihrer quantitativen Onlinestudie zum Verhältnis von binären und nicht-binären trans Personen zum Gesundheitssystem insgesamt und spezifisch zur Ärzt*in-Patient*in-Beziehung zeigen, dass zwei Drittel der Teilnehmenden nie oder sehr selten im Gesundheitssystem in ihrem Geschlecht ernst genommen werden. Misgendern, Gewalt und die Verweigerung von Gesundheitsversorgung aufgrund ihres Geschlechts wurden als häufigste Erfahrungen genannt (Markovic et al., 2021, S. 9). Hinsichtlich der Ärzt*in-Patient*in-Beziehung berichteten nicht-binäre trans Personen von den meisten Problemen bzw. von den schlechtesten Beziehungen (Markovic et al., 2021, S. 9).

Die Studie von Markovic et al. (2021) ist die bisher erste quantitative Studie, die die Situation von trans Personen in der österreichischen Gesundheitsversorgung näher betrachtet. Qualitative Interviewstudien zu Aspekten der Lebenssituation von trans Personen in Österreich gibt es bisher ausschließlich als universitäre Abschlussarbeiten. Aktuelle Beispiele sind z.B. die Arbeit von Andreas Fluch (2017), in der Fluch die Probleme und Schwierigkeiten von trans Personen im binär organisierten Sport fokussiert. Lisa Tausz (2019) betrachtet die oft diskriminierenden Erfahrungen von trans Personen im schulischen Kontext. Nadja Pajkanovic (2017) zeichnet das Aufkommen eines Anerkennungsdiskurses von Trans in Österreich nach. Jona Moro (2023) untersucht die prekäre Situation von nicht-binären Menschen in heteronormativ hegemonialen Verhältnissen und schlussfolgert hierzu:

Zusammenfassend muss einmal mehr die in dieser Arbeit ausführlich dargelegte Omnipräsenz der zweigeschlechtlichen Hegemonie festgehalten werden, die einen Grundstein der österreichischen und vieler anderer Gesellschaften bildet. Kolonialrassistisch-kapitalistisch verwurzelt, dient die Differenzierung zweier komplementär und einander ergänzend konstruierter Geschlechter dem sozialen, wirtschaftlichen wie politischen Strukturerhalt, wobei die Naturalisierung der sozialen Kategorie des Geschlechts dafür sorgt,

⁴ Kolloquiale Bezeichnung eines Phänomens, bei dem die Ursache von berichteten Symptomen von den Ärzt*innen fälschlicherweise dem trans oder inter Sein der Patient*in zugeschrieben wird (vgl. Wall et al., 2023).

dass diese Mechanismen weitgehend unsichtbar und vor allem unhinterfragbar bleiben. Cis-, Endo- und Zweigeschlechtlichkeit sowie Heterosexualität werden als Norm vorausgesetzt und binäres Geschlecht als alltägliche Selbstverständlichkeit – nicht zuletzt zur Sicherung *männlicher* Hegemonie – (re-)produziert. Die Konsequenzen dieser nach wie vor in Österreich gelebten zweigeschlechtlichen Ideologie sind unter anderem für alle Geschlechter potenziell einschränkende Rollenbilder und Queerfeindlichkeit sowie die Unsichtbarkeit nicht-binärer und intergeschlechtlicher Lebensrealitäten. (Herv. i. O.; Moro, 2023, S. 85)

Empirische Forschung zur Situation von trans Menschen außerhalb Österreichs gibt es für spezifische Kontexte wie Psychotherapie (Applegarth & Nuttall, 2016; Grant, 2017; Lefevor et al., 2019; Rachlin, 2002), Gesundheitsversorgung (Grant, 2017; Loos et al., 2016; Ross et al., 2023; Samuels et al., 2018), Schule (Kleiner, 2015) und Arbeitsplatz (Franzen & Sauer, 2010; Vries et al., 2020). Die negativen Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit durch *minority stress*, Stigmatisierung, Diskriminierung und Gewalt und deren Internalisierung wurden im deutschsprachigen Raum für die Schweiz (Jäggi et al., 2018) und Deutschland (Franzen & Sauer, 2010; Kasprowski et al., 2021; LesMigraS. Antigewalt- und Antidiskriminierungsbereich der Lesbenberatung Berlin e.V., 2012; Pöge et al., 2020; Vries et al., 2020) untersucht.

Die zitierten Studien stehen im Einklang mit den in Österreich erhobenen Daten und zeigen, dass trans Personen sowohl einem hohen Risiko für psychische Störungen wie Depressionen und Angststörungen und einer erhöhten Suizidalität ausgesetzt sind als auch einem hohen Risiko für Diskriminierung, Belästigung und (sexualisierte) Gewalt in allen Lebensbereichen. Dies gilt sowohl gegenüber der cis-heterosexuellen Bevölkerung als auch gegenüber allen anderen Gruppen innerhalb des LGBTIQ Spektrums und in einem gesteigerten Maße für rassifizierte und armutsbetroffene trans Menschen (Schönpflug et al., 2015; Staples & Fuller, 2021; Steinsberger, 2022).

Dass der Zugang zu Hormontherapie und zu transitionsspezifischen chirurgischen Maßnahmen das Suizidrisiko, die psychische Gesundheit und die allgemeine Lebenssituation von trans Menschen entscheidend verbessert, ist inzwischen hinreichend belegt (Chen et al., 2023; El-Hadi et al., 2018; Lindqvist et al., 2017; Nguyen et al., 2018; van Leerdam et al., 2023; Weinforth et al., 2019).

1.2.2. Diskriminierung, Gewalt und Trans

*Gewalt ist nicht nur körperliche Verletzung,
Gewaltverhältnisse sind Herrschaftsverhältnisse,
Gewalt ist eine soziale Praxis und ein Diskurs und
Gewalt ist eine politische Ordnungsstruktur.*
(Sauer, 2008, S. 95)

Gewalt gegen trans Personen kann auf verschiedenen Ebenen und anhand verschiedener Analyseschwerpunkte untersucht werden. So kann zwischen zwischenmenschlicher Gewalt auf der Mikroebene und institutionalisierter, struktureller, symbolischer, normativer und epistemischer Gewalt, welche vor allem auf der Ebene von rechtlichen, medizinischen, geistes- und sozialwissenschaftlichen und kulturellen Diskursen geschehen, unterschieden werden. Im Folgenden werden ausgewählte Perspektiven und Forschungsergebnisse skizziert.

Physische und psychische zwischenmenschliche Gewalt gegenüber trans Personen wird in aktivistischen Diskussionen, theoretischen Auseinandersetzungen und selten auch in der medialen Berichterstattung als *transfeindliche*, *transphobe* oder *cissexistische Gewalt* thematisiert (Blau, 2022; Debus et al., 2018). Eine spezifische Spielart zwischenmenschlicher Gewalt gegen trans Personen untersuchten Li und Samp (2023). Sie definieren *LGBTQ+ Gaslighting* „as a form of psychological manipulation and identity abuse from close others that cause LGBTQ+ individuals to question their sense of self, doubt the validity of their identities, and internalize sexual stigma and heteronormativity against themselves“ (Li & Samp, 2023, S. 2). Große LGBTIQ Studien zeigen hohe Antwortraten bei Erfahrungen von Beleidigungen, Demütigungen und körperlicher Gewalt (European Union Agency for Fundamental Rights, 2020; LesMigraS. Antigewalt- und Antidiskriminierungsbereich der Lesbenberatung Berlin e.V., 2012; Schönpflug et al., 2015). Das *Trans Murder Monitoring* von Transgender Europe (2023) berichtet für den Zeitraum zwischen Oktober 2022 und September 2023 16 Morde an trans Personen in Europa. Die vielfältigen Spielarten von struktureller und besonders zwischenmenschlicher Gewalt gegen geschlechtlich nicht-normativ lebende Menschen analysiert Ines Pohlkamp (2014) in der herausragenden Studie *Genderbashing*. Die gleichnamige Analysekategorie bezeichnet „alle interaktiven und/oder institutionalisierten Diskriminierungs- und Gewaltwiderfahrnisse, in denen Aushandlungsprozesse um geschlechtlich nonkonforme Anerkennung stattfinden und Verletzung widerfahren wurde“ (Pohlkamp, 2014, S. 344-345). Tamás Jules Fütty schlägt das Konzept der *normativen und intersektionalen Gewalt*

vor, um somit „die normalisierten Herstellungspraxen der Cis-Zweigeschlechtlichkeit und damit die institutionalisierten Rahmenbedingungen von Gewalt gegen Trans*Menschen thematisieren und analysieren zu können“ (FüTTY, 2019, S. 57). Für FüTTY spielen hierbei besonders die gewaltvollen staatlich-medizinischen Praxen der ersten medizinischen binären Geschlechtszuweisung anhand der Interpretation der äußeren Genitalien, die darauffolgende juristische Festschreibung dieser Interpretation in die Geburtsurkunde als Personenstand und die wiederholten vergeschlechtlichten Anreden des Subjekts eine zentrale Rolle in der normativen Herstellung von cis-zweigeschlechtlichen Staatsbürger*innen (FüTTY, 2019). FüTTY betont dabei nicht nur die Rolle der normativen und intersektionalen Gewalt als „Nährboden“ (FüTTY, 2019, S. 64) für interpersonelle Gewalt, sondern auch den Zusammenhang zwischen der medizinischen Pathologisierung und der staatlichen Nichtanerkennung von Lebensrealitäten abseits der binären Norm:

Die normative Gewalt der rechtlichen Verwerfung von Trans*Menschen als nicht-intelligibel und ihr Ausschluss von gleichberechtigter Staatsbürger*innenschaft und Subjektstatus wird dabei gleichzeitig durch ihre medizinisch-psychiatrische Pathologisierung als ‚psychisch krank‘, ‚verhaltensgestört‘, ‚identitätsgestört‘, ‚abnormal‘ und ‚unnatürlich‘ institutionalisiert und legitimiert. (FüTTY, 2019, S. 60)

Die Nichtanerkennung von Wissen oder Wahrheiten, die von einer als pathologisch delegitimierten – und daher nicht wahrheitsfähigen – transgeschlechtlichen Sprecher*innenposition geäußert werden, wird als *epistemische Gewalt*, *Ungerechtigkeit* bzw. *Unterdrückung* bezeichnet (Brunner, 2020; Kuhl, 2019; McKinnon, 2017; Stryker, 2006). Diese kann sowohl in wissenschaftlichen Diskursen, medialer Berichterstattung, in interpersonellen Situationen⁵ oder in der Begutachtungssituation selbst geschehen. Einen Spezialfall dieser Hierarchisierung von Wahrheitsfähigkeit stellt die Konzeptualisierung der *rhetorisch-epistemischen Unterdrückung* von Flora Löffelmann (2022) dar. Löffelmann fokussiert auf den Zwang der narrativen Unterwerfung unter die normativen zweigeschlechtlichen und pathologisierenden diagnostischen Erwartungen in der Begutachtungssituation, bei dem eine trans Person „dazu

⁵ Die Zusammenhänge zwischen epistemischer Gewalt bzw. Ungerechtigkeit und Gaslighting beschreiben McKinnon (2017), Müller (2021), Sebring (2021) und Sweet (2019).

gezwungen ist, über sich selbst in ihrer Rede Wissen auszudrücken, das ihre Unterdrückung vorantreibt“ (Löffelmann, 2022, Abs. 5).

Der diskursive Rahmen, der die vorangegangenen Gewaltformen ermöglicht und motiviert und daher in engem Zusammenhang mit ihnen steht, ist

Heteronormativität. Der Begriff Heteronormativität

benennt Heterosexualität als Norm der Geschlechterverhältnisse, die Subjektivität, Lebenspraxis, symbolische Ordnung und das Gefüge der gesellschaftlichen Organisation strukturiert. Die Heteronormativität drängt die Menschen in die Form zweier körperlich und sozial klar voneinander unterschiedener Geschlechter, deren sexuelles Verlangen ausschließlich auf das jeweils andere gerichtet ist. Heteronormativität wirkt als apriorische Kategorie des Verstehens und setzt ein Bündel von Verhaltensnormen. Was ihr nicht entspricht, wird diskriminiert, verfolgt oder ausgelöscht (so in der medizinischen Vernichtung der Intersexualität) – oder den Verhältnissen in ästhetisch-symbolischer Verschiebung dienstbar gemacht. In der Subjekt-Konstitution erzeugt Heteronormativität den Druck, sich selbst über eine geschlechtlich und sexuell bestimmte Identität zu verstehen, wobei die Vielfalt möglicher Identitäten hierarchisch angeordnet ist und im Zentrum der Norm die kohärenten heterosexuellen Geschlechter Mann und Frau stehen.

(Wagenknecht, 2007, S. 17)

Die Diskriminierung und Gewalt gegen Menschen, die nicht heterosexuell leben, wird *Heterosexismus* genannt (Debus et al., 2018). *Cissexismus* beschreibt die Abwertung und Gewalt gegenüber nicht-cisgeschlechtlichen Lebensweisen (Debus et al., 2018).⁶ Die Übertragung von heteronormativen Geschlechtererwartungen auf trans Personen wird *Transnormativität* bezeichnet (Körner, 2017).

2. Theoretischer und historischer Kontext und Forschungsfrage

2.1. Theoretische Verortung

Zu Beginn dieser Arbeit möchte ich die theoretischen Hintergründe und Perspektiven, die die Datenanalyse leiten werden, transparent machen. Diese Arbeit nimmt einen bestimmten Erfahrungsraum von trans Personen in den Blick. Genauer

⁶ Häufig wird anstatt Heterosexismus der unscharfe Begriff Homophobie und für Cissexismus der Begriff Transphobie verwendet.

gesagt, einen bestimmten Erfahrungsraum von bestimmten trans Personen. Mein Interesse bezieht sich auf die Erfahrungen von trans Personen im Kontext der Begutachtungspraxis durch Psy*, welche für den Zugang zu transitionsspezifischer Gesundheitsversorgung und juristischer Anerkennung verlangt werden. Die Zugangsvoraussetzungen sind von normativen und pathologisierenden Annahmen durchdrungen. In eben dieser Zone, in denen die Prozesse der Pathologisierung die Bedingungen der Intelligibilität des Menschlichen sichtbar machen, verorte ich meine Forschung. Hier offenbaren sich Normen und Praktiken, ohne die wir das Menschliche nicht denken können. Es interessieren mich also sowohl die Gesetze, die Intelligibilität regulieren, als auch die „die Formen des Wissens und Modalitäten von Wahrheit, die Intelligibilität gewaltsam definieren“ (Butler, 2017, S. 97). In diesem Kontext stellen sich nicht nur Fragen danach, wer sprechen kann bzw. ob die pathologisierten und stigmatisierten Individuen sprechen können (vgl. ‚Can the monster speak?‘ nach Preciado, 2021), sondern auch Fragen danach, wer zuhört und was überhaupt gehört bzw. verstanden werden kann. Die nähere Betrachtung des Raumes, in dem gesprochen werden muss, in dem ein Geständnis – die vermeintliche Wahrheit – über die eigene Geschlechtlichkeit abgelegt werden muss, berührt darüber hinaus unweigerlich folgende grundsätzliche Fragen:

Wer zählt als Person? Was gilt als kohärentes Geschlecht? Was zeichnet einen Staatsbürger, eine Staatsbürgerin aus? Wessen Welt gilt legitimerweise als wirklich? Als Subjekte fragen wir: Wer kann ich werden in einer Welt, in der die Bedeutungen und Grenzen des Subjektes im Voraus für mich festgelegt sind? Durch welche Normen werde ich zwangsweise bestimmt, wenn ich frage, was ich werden kann? Und was geschieht, wenn ich etwas zu werden beginne, was im gegebenen Wahrheitsregime nicht vorgesehen ist? [...] Anders gesagt, können wir fragen: Was kann ich in Anbetracht der gegenwärtigen Seinsordnung sein? (Butler, 2017, S. 97)

Diese Fragen können in dieser Arbeit nicht abschließend beantwortet werden und doch erhoffe ich mir, aus dieser Forschung etwas mehr Verständnis für die Verhältnisse zu erlangen, die uns konstituieren.

Hierfür scheinen mir besonders die Überlegungen von Michel Foucault (Foucault, 1978a, 1978c, 2022) zu *Disziplinar- und Normalisierungsmechanismen* und zur Produktion und *Politik der Wahrheit* angemessen (Kapitel 2.1.1.). Des Weiteren fundieren das – an Foucault anschließende – Verständnis von

geschlechtlicher und sexualitätsbezogener Subjektkonstitution von Judith Butler (1991, 1997, 2017, 2021) sowie Butlers Arbeiten zu den diskursiven Formationen der *heterosexuellen Matrix*, der *Performativität* und der *normativen Gewalt* diese Arbeit (Kapitel 2.1.2.). Zuletzt orientiere ich mich an den Kritiken und Weiterentwicklungen von Butlers Konzeption der heterosexuellen Matrix durch die Arbeiten von Gundula Ludwig (2011). Ludwig konzeptualisiert durch die gegenseitige Fruchtbarmachung von Gramscis hegemonietheoretischen Ansätzen, Foucaults Betrachtungen zu Gouvernamentalität und Butlers heterosexueller Matrix das komplexe Gefüge der *heteronormativen Hegemonie* (Kapitel 2.1.3.). In den folgenden Kapiteln werden die genannten Ansätze skizzenhaft dargestellt.

2.1.1. Michel Foucault: Disziplinarmacht – Ordnung der Wahrheit

Entgegen theoriegeschichtlich wirkmächtiger Modelle von Macht als etwas, das man besitzt oder nicht, und etwas, das erlaubt oder verbietet, konzeptualisiert Michel Foucault in seiner Studie über die Ursprünge und Geschichte des Gefängnisses *Überwachen und Strafen* eine neue „Spielart der Macht“ (Foucault, 2021, S. 247). Er beschreibt die Reformen und Veränderungen von Justiz, Strafe und staatlicher Gewalt und den allmählichen Übergang einer souveränen, öffentlichen und totalen Machtausübung der Unterwerfung von Individuen hin zu jenem neuen Typus der Macht, der die subtile Kontrolle des Geistes durch die Disziplinierung des Körpers zum Ziel hat (Foucault, 2021). Foucault bezeichnet diese neue Form der Macht als *Disziplinarmacht*⁷ und begreift sie als etwas, das „Wirkliches [produziert]. Sie produziert Gegenstandsbereiche und Wahrheitsrituale: Das Individuum und seine Erkenntnis sind Ergebnisse dieser Produktion“ (Foucault, 2021, S. 250). Der *hierarchische Blick*, die *normierende Sanktion* und die *Prüfung* sind die drei Instrumente, mithilfe derer Disziplinierung und Normalisierung passieren (Foucault, 2021).

Foucault beschreibt die Entstehung dieser neuen Machtform in den Institutionen des 17. und 18. Jahrhunderts. Ausgehend von Klöstern, Kasernen, Schulen, Manufakturen und später von Gefängnissen und Fabriken, wird die durch die Regeln und die Architektur der Institution ermöglichte gezielte Beobachtung – der *hierarchische Blick* – als integraler Bestandteil der Disziplinarmacht betrachtet.

⁷ Die späteren Überlegungen Foucaults zu Biomacht oder Gouvernamentalität sind nicht direkt Gegenstand dieser Arbeit. Diese theoretischen Perspektiven waren jedoch für einige hier zitierten Autor*innen zentral (Füty, 2019; Ludwig, 2011).

Mithilfe des durch die permanente Überwachung gewonnenen Wissens über die Individuen werden diese anhand institutionseigener Kriterien (in der Schule z.B. anhand von Gehorsam, Aufmerksamkeit, Leistung; auch Noten und Klassen) verglichen, geordnet und bei zu großer Abweichung von einer als Minimum, Mittelmaß oder Idealwert definierten Norm bestraft (Foucault, 2021). Die Sanktion durch eine „Sub-Justiz“ (Foucault, 2021, S. 230), die sich in jedem Disziplinarapparat etabliert und den Raum ‚unter‘ den Gesetzen der offiziellen Strafjustiz abdeckt, hat die Korrektur des Verhaltens – eine Normierung und Normalisierung – zum Ziel. „Sie [die *normierende Sanktion*] ist weniger Rache des verletzten Gesetzes als vielmehr seine Wiederholung, seine nachdrückliche Einschärfung. Der erwartete Besserungseffekt resultiert weniger aus Sühne und Reue als vielmehr direkt aus der Mechanik einer Dressur. Richten ist Abrichten“ (Foucault, 2021, S. 232). Als drittes Instrument neben der quantifizierenden und evaluativen Erfassung der Individuen durch die Techniken des hierarchischen Blickes und der korrigierenden und normierenden Sanktion charakterisiert Foucault die *Prüfung*. Sie vereint die Machttechniken der beiden vorausgegangenen Mechanismen in sich. „Sie ist ein normierender Blick, eine qualifizierende, klassifizierende und bestrafende Überwachung“ (Foucault, 2021, S. 238). Dies gelingt über den Dreischritt: Umkehrung der Ökonomie der Sichtbarkeit, Dokumentierbarmachung der Individualität und Konstruktion von ‚Fällen‘ aus Individuen (Foucault, 2021). Die Dokumentation von Individuen in Fällen ermöglicht es, diese „beschreiben, messen, mit anderen vergleichen [zu können], [...] [diese aber auch] zu dressieren oder zu korrigieren, zu klassifizieren, zu normalisieren, auszuschließen“ (Foucault, 2021, S. 246). Die festgeschriebenen Beobachtungen der wiederholten Prüfungen sind Teil eines verstetigten und jederzeit verfügbaren Blickes auf die Individuen (Bogdal, 2020). Die Prüfung wirkt als *vergegenständlichende Objektivierung* und *subjektivierende Unterwerfung* kontrollierend, normierend und produktiv (Foucault, 2021). „Letzten Endes steht das Examen im Zentrum der Prozeduren, die das Individuum als Effekt und Objekt von Macht, als Effekt und Objekt von Wissen konstituieren“ (Foucault, 2021, S. 247).

In Foucaults Verständnis von Macht als produktiv spielt neben der Produktion von Subjektivität die Produktion von Wissen und Wahrheit eine große Rolle. Wahrheit ist Effekt von Macht:

Die Wahrheit ist von dieser Welt; in dieser wird sie aufgrund vielfältiger Zwänge produziert, verfügt sie über geregelte Machtwirkungen. Jede Gesellschaft hat ihre eigene *Ordnung der Wahrheit*, ihr [sic] ‚allgemeine Politik‘ der Wahrheit: d.h. sie akzeptiert bestimmte Diskurse, die sie als wahre Diskurse funktionieren läßt [sic]; es gibt Mechanismen und Instanzen, die eine Unterscheidung von wahren und falschen Aussagen ermöglichen und den Modus festlegen, in dem die einen oder anderen sanktioniert werden; es gibt bevorzugte Techniken und Verfahren zur Wahrheitsfindung; es gibt einen Status für jene, die darüber zu befinden haben, was wahr ist und was nicht. (Herv. R. M. ; Foucault, 1978c, S. 51)

Auf westliche Gesellschaften des ausgehenden 20. Jahrhunderts bezogen, konkretisiert Foucault folgende Merkmale der *Politik der Wahrheit*: Sie wird in wissenschaftlichen Diskursen und in den Institutionen, die diesen Diskurs produzieren, lokalisiert; sie ist politischen und ökonomischen Ansprüchen ausgeliefert; sie wird über weite Teile der Gesellschaft auf unterschiedliche Art und Weise aufgenommen; sie wird hauptsächlich durch eine begrenzte Anzahl machtvoller Institutionen (Universitäten, Presse, Armee etc.) produziert und sie ist Argument vielfältiger politischer Kämpfe (Foucault, 1978c). Wahrheit kann somit nicht einfach entdeckt und Unwahrheit entlarvt werden. Es geht „nicht um einen Kampf ‚für die Wahrheit‘ [...], sondern um einen Kampf um den Status der Wahrheit und um ihre ökonomisch-politische Rolle“ (Foucault, 1978c, S. 53). Effekt dieser Kämpfe ist die Verwerfung von Wissensproduktionen, die nicht mithilfe der anerkannten Instrumente geschehen, die nicht oder nicht ausreichend den formalen Kriterien des Diskurses – der Argumente, Sprache, Logik, Selbstverständlichkeiten und Kategorien – entsprechen oder deren Produzent*innen von vornherein keinen wahrheits- und wissensproduzierenden Status im Diskurs besitzen (Foucault, 1978a, 1978c). Foucault spricht hierbei von *unterworfenem Wissen* (Foucault, 1978a): Wissen, das in den historischen Entwicklungen und vorherrschenden Diskursen vergessen, verdrängt, ignoriert oder eliminiert wurde, und Wissensarten, welche sich „am unteren Ende der Hierarchie, unterhalb des erforderlichen Wissens- oder Wissenschaftlichkeitsniveaus“ (Foucault, 1978a, S. 60) befinden.⁸

⁸ Für eine Analyse der Politik der Wahrheit im Kontext der Pathologisierung von Trans in psychiatrischer und psychologischer Fachliteratur, siehe die Studie *Wahrheitsspiele der Pathologisierung* von Valerie Rott (2014).

2.1.2. Judith Butler: Heterosexuelle Matrix – Performativität – normative Gewalt

*He was a boy, she was a girl,
can I make it any more obvious?
(Lavigne, 2002)*

*Gender ist eine Praxis der Improvisation im Rahmen des Zwangs.
Außerdem ‚spielt‘ man seine Geschlechtsrolle nicht allein.
Man ‚spielt‘ immer mit oder für einen anderen,
selbst wenn dieser andere nur vorgestellt ist.
(Butler, 2017, S. 9)*

Als weitere theoretische Bezüge für meine Arbeit dienen Judith Butlers (1991, 1997, 2017, 2021) Theorien zur vergeschlechtlichten Subjektkonstitution im Kontext der *heterosexuellen Matrix*, insbesondere das Konzept der *Performativität* und der *normativen Gewalt*.

Weder Geschlecht noch Sexualität gehen für Butler auf eine biologische oder psychologische Essenz zurück. Die Konstitution von heterosexuellen und cisgeschlechtlichen Subjekten als gesellschaftlich normalisiert analysiert Butler als eine Wirkung eines Komplexes von Machtbeziehungen, den Butler *heterosexuelle Matrix* nennt. Die heterosexuelle Matrix fasst Butler als einen gesellschaftlichen Ordnungsmechanismus auf, ein Diskursgeflecht oder ein Raster von Normen, das die Les- und Anerkennbarkeit von Körpern und ihre Verhältnisse zueinander normiert und naturalisiert (Butler, 1991, 1997, 2017). Dabei werden ‚gesunde‘ bzw. ‚normale‘ Körperlichkeit als binär, ‚gesunde‘ Geschlechtsidentität als cisgeschlechtlich, eindeutig und stetig und ‚gesundes‘ Sozial- und Sexualverhalten als heterosexuell gewaltsam hergestellt und aufrechterhalten und die konstituierenden und regulierenden Praxen naturalisiert. Erst dieser machtvolle kulturelle Bedeutungsrahmen mit seinen ungenannten Prämissen und Implikationen ermöglicht die Selbstverständlichkeit der bekannten, vorangestellten Liedzeile von Avril Lavigne. Eine zentrale Rolle bei der Herstellung und Naturalisierung der „Matrix der Intelligibilität“ (Butler, 1991, S. 39) spielt das Konzept der *Performativität*. Die Norm Geschlecht (als binär, konstant, heterosexuell und cisgeschlechtlich), die Effekt der heterosexuellen Matrix ist, materialisiert sich erst durch wiederholte performative – sprachliche wie nicht-sprachliche – Praxen (Butler, 1991, 1997). Hierbei werden drei Aspekte des Konzepts der Performativität oft missinterpretiert. Butler grenzt sich bewusst von einem cartesianischen und voluntaristischen Verständnis einer Geschlechterperformance oder einer ‚freien Wahl‘ von Geschlecht ab:

Denn wenn ich argumentierte, dass die Geschlechtsidentitäten performativ sind, konnte das heißen, ich stellte mir das so vor, dass jemand morgens erwache, den Schrank [*closet*] oder einen etwas offeneren Raum auf eine Geschlechtsidentität eigener Wahl hin durchsehe, dann diese Geschlechtsidentität für den Tag anlege und die Einkleidung abends wieder an ihren Platz zurücklege. Ein derart absichtsvoll und instrumentell vorgehendes Subjekt, das *über* seine soziale Geschlechtsidentität entscheidet, hat fraglos nicht von Anfang an seine Geschlechtsidentität und versäumt, sich klarzuwerden, dass seine Existenz schon längst *von* der sozialen Geschlechtsidentität entschieden ist. (Herv. i. O.; Butler, 1997, S. 14)

Ein weiterer wichtiger Aspekt für das Verständnis von Butlers Begriff der Performativität ist die Feststellung, dass Geschlechtszugehörigkeit nicht durch eine Geschlechtsperformance ausgedrückt wird. Im Gegenteil ist es die Performativität der Geschlechtszugehörigkeit, die „rückwirkend den [illusionären] Effekt eines irgendwie wahren oder bleibenden Wesens“ (Butler, 2021, S. 135) erzeugt. Es ist also nicht die ‚innere‘ Geschlechtsidentität, die durch performative Praktiken ‚an der Oberfläche‘ zum Ausdruck kommt, Performativität erzeugt erst das Gefühl einer ‚wahren‘, ‚inneren‘ Geschlechtsidentität (Butler, 2021). Des Weiteren ist im Angesicht der oftmals schlechten Lesart Butlers‘ Performativitätskonzepts festzustellen, dass diese Auffassung von Geschlecht und Sexualität nicht körperfremd ist. Die oberflächlichen Kritiken, die dies behaupten, ergeben sich aus essentialistischen Geschlechtervorstellungen und aus einem falschen Verständnis einer konstruktivistischen epistemologischen Perspektive, die die Dekonstruktion bzw. die genealogische Rekonstruktion der Gewordenheit der Dinge und dem Erkennen der (sozialen) Konstruiertheit dessen, was Realität genannt wird, mit einer willkürlichen oder voluntaristischen Erschaffung oder Erzeugung derselben verwechseln (Butler, 1997). Mit dem Konzept der Performativität möchte Butler den Prozess beschreiben, wie sich die Norm Geschlecht als vergeschlechtlichte Körper materialisiert. Es sind Machtwirkungen, die männliche und weibliche Körper erst als solche hervorbringen: „Die diskursive Performativität des biologischen (Körper-)Geschlechts, als Wiederholung von Normen dargestellt, produziert erst das, worauf sie sich zu beziehen scheint, ihre Materialität, deren Grenzen, Fixierungen und Oberflächen“ (Bublitz, 2018, S. 72). Die Vorstellung eines ‚biologischen Geschlechts‘ kann gemäß Butler nicht auf eine vordiskursive, außerhalb von Machtwirkungen existierende,

Materialität verweisen. Der Zugriff bzw. der ‚Blick‘ auf Materie, Körper, Geschlecht und Sexualität ist immer schon durch Diskurse vorgeformt (Butler, 1997).

Die erzwungene normative Geschlechtsdarstellung wird „durch eine Gruppe verleugneter Verhaftungen konstituiert, Identifizierungen, die einen anderen Bereich des ‚Unperformierbaren‘ bilden“ (Butler, 2021, S. 138). Die wiederholte Zitation der heterosexuellen Geschlechternormen zitiert unweigerlich ebenso alle verworfenen Seins- und Begehrensmodi. Diese „Verwerfung unartikulierbarer, undenkbarer, unlebbarer Begehrens-, Liebes-, Lebens- und Existenzformen“ (Ludwig, 2011, S. 178) bezeichnet Butler als *normative Gewalt*. Aus dieser Sicht stellt „sowohl eine eindeutige Geschlechtszugehörigkeit als auch *ein* konstantes Geschlecht zu ‚sein‘, [...] eine gewaltsame Bedingung der Subjektkonstitution dar“ (Herv. i. O.; Ludwig, 2011, S. 178). Die Gewaltförmigkeit der ermöglichenden Subjektkonstitution durch die performative Unterwerfung unter die heterosexuellen Geschlechternormen erschöpft sich nicht in den vielfältigen normierenden Sanktionen in sozialen Beziehungen, z.B. in Form der gewaltsamen medizinischen Herstellung eines ‚eindeutigen‘ binären Geschlechtskörpers bei intergeschlechtlichen Kindern und Jugendlichen, der gesetzlichen Negierung der Existenz von Geschlechtern abseits von männlich und weiblich, der staatlich-medizinischen, hetero-binären Regulation von trans Personen und der gesellschaftlichen Geringschätzung und Abwertung von homosexuellen Beziehungs- und Lebensformen (Butler, 1991, 2017; Plattform Intersex & VIMÖ, 2020). Die Gewaltförmigkeit der Subjektkonstitution zeigt sich ebenso in der „Wendung [der Macht] auf sich selbst oder gar *gegen* sich selbst“ (Herv. i. O.; Butler, 2021, S. 9). In *Psyche der Macht* beschreibt Butler die innerpsychischen Mechanismen und Folgen der Subjektkonstitution und erweitert den Begriff der normativen Gewalt auf die wiederholte performative (und innerpsychische) Verwerfung jeglicher nicht-heterosexueller Begehrens- und Seinsmodi in Sprach-, Wahrnehmungs- und Begehrenspraktiken des einzelnen Subjekts (Butler, 2021; Ludwig, 2011).

2.1.3. Gundula Ludwig: Heteronormative Hegemonie

Die Ausführungen Butlers zur heterosexuellen Matrix wurden über die Jahre vielfach kritisiert und erweitert (z.B. Lorey, 2017; Ludwig, 2011; Preciado, 2016). Die für mich fruchtbarste staats- und subjekttheoretische Einbettung und Erweiterung von Butlers Ideen findet in Gundula Ludwigs Konzeptualisierungen der *heteronormativen Hegemonie* statt (Ludwig, 2011).

Ludwig kritisiert an Butlers Konzeption der heterosexuellen Matrix deren Abstraktheit und Ahistorizität, die Rigidität des Normbegriffs, die Verwendung eines verkürzten Machtverständnisses aus Foucaults Frühwerk und das Versäumnis, die von Butler selbst vorgeschlagene Vorstellung einer heterosexuellen Hegemonie nicht ausformuliert zu haben (Ludwig, 2011). Mithilfe des Hegemoniebegriffs von Antonio Gramsci, den Überlegungen zu Gouvernamentalität von Michel Foucault und eigenen Betrachtungen versucht Ludwig diese Leerstellen und Verkürzungen in Butlers Konzeptualisierungen zu füllen bzw. diese zu erweitern. Ludwig schlägt vor, den Begriff der heterosexuellen Matrix durch den der *heteronormativen Hegemonie* zu ersetzen. Dadurch distanziert sich Ludwig von der verkürzten, starren, dichotomen juristischen Auffassung von Geschlecht als Norm bei Butler. Staatliche Macht wird aus einer Hegemonieperspektive nicht nur ‚von oben nach unten‘ ausgeübt. Bezogen auf den Gegenstand bedeutet das, dass die konkrete Ausgestaltung von normativer Sexualität und Geschlecht nicht einfach durch ein Gesetz vorgeschrieben ist, sondern Ergebnis zivilgesellschaftlicher Diskussionen und Aushandlungsprozesse ist. Verschiedene Akteure, wie z.B. zivilgesellschaftliche Organisationen, Kirchen, Intellektuelle, Wissenschaftler*innen, feministische und queere Bewegungen, konservative Netzwerke, Familienverbände, Medien etc. verhandeln die „Grundpfeiler, Ränder und Ausschlüsse der jeweils hegemonialen Ausgestaltung des Konstrukts Geschlecht“ (Ludwig, 2011, S. 193). Die Machtform der Hegemonie funktioniert nur, wenn die Subjekte die hegemoniale Weltauffassung auch unterstützen. Jene finden in dieser Wünsche, Träume, Hoffnungen und Versprechen auf Freiheit und ein gutes Leben. Dabei müssen – im Unterschied zum reinen Zwang – Kompromisse und Widersprüche akzeptiert werden. Hegemoniale Diskursformationen sind nicht starr und abgeschlossen. Im Rahmen ständiger und dynamischer Auseinandersetzungen wird Kritik integriert, was die hegemoniale Ordnung wiederum stützen kann. Nach Gramscis Verständnis muss eine Hegemonie schlussendlich immer offen bleiben, ist stets umkämpft, korreliert mit den Produktionsverhältnissen und ist keinesfalls universell oder ahistorisch zu denken (Ludwig, 2011).

Neben der Rekonzeptualisierung der Matrix als Hegemonie vollzieht Ludwig eine zweite Intervention, die ebenso staatstheoretische und darüber hinaus subjekttheoretische Folgen für das Verständnis der aktuellen Geschlechterverhältnisse hat. Im Gegensatz zu Butler, die Subjektkonstitution in dichotomen Konzepten von Anerkennung/Verwerfung, Subjekt/Objekt,

normal/anormal oder intelligibel/nicht-intelligibel denkt, betont Ludwig – mit Verweis auf Foucaults Betrachtungen zu Gouvernementalität – die Rolle der Normalisierung bei der Regierung von und durch Geschlecht und Sexualität.

Wenn Subjektkonstitution als innerhalb einer heteronormativen Hegemonie hervorgebracht konzipiert wird, dann kann auf der theoretischen Ebene sichtbar gemacht werden, dass nicht-heteronormative Begehrensformen zwar innerhalb hegemonialer Intelligibilitätsgrenzen entweder gar nicht oder nur als deviant, pathologisch und kriminell lebbar sind, sie jedoch zugleich auch in das, was als ‚normal‘ gilt, eingeschlossen werden. (Ludwig, 2011, S. 195)

Mit Fokus auf die Machttechnologie der Normalisierung kann besser betrachtet werden, wie Forderungen von queeren und feministischen Bewegungen (z.B. Ehe für Alle oder trans binäre Transition) zwar erlaubt und bedingt akzeptiert werden, diese „flexible[n] Einschlüsse des ‚Anderen‘“ (Ludwig, 2011, S. 196) die heteronormative Hegemonie schlussendlich restabilisieren können. Unter erneutem Rückgriff auf Foucaults Gouvernementalitätsbetrachtungen beschreibt Ludwig Geschlecht als Regulativ. Im Gegensatz zu Butlers Normbegriff ist der Begriff des Regulativs offener und berücksichtigt die Facette der Hoffnung und des Versprechens von hegemonialen Diskursen (Ludwig, 2011). Dadurch wird verstehbar, dass Geschlecht nicht nur von oben – vom Staat – nach unten – auf die Individuen – wirkt, sondern dass die Individuen durch Selbsttechnologien an ihrer Subjektkonstitution im Kontext hegemonialer Machtformationen selbst eine nicht unerhebliche Rolle spielen. Gundula Ludwig schlussfolgert daraus:

„Vergeschlechtlichte Subjektkonstitution ist somit ein Effekt eines Verhältnisses, das das Subjekt mittels Selbsttechnologien zu dem Regulativ Geschlecht entwickelt“ (Ludwig, 2011, S. 197). In diesem Zusammenhang bekräftigt Ludwig den Aspekt der Ermächtigung in Foucaults Machtkonzeption als unterwerfend *und* ermächtigend, den Butler laut Ludwig im Kontext der Subjektkonstitution vernachlässigt hat (Lorey, 2017; Ludwig, 2011). „Sich selbst zu regieren bedeutet neben der Unterwerfung immer auch, sich zu gestalten und zu ermächtigen, da durch die Selbstaktivität in den Selbsttechnologien Regierungstechniken anders besetzt und verschoben werden können“ (Ludwig, 2011, S. 197). Im letzten Kapitel von *Geschlecht regieren* von Ludwig (2011) werden die neoliberalen Verschiebungen und Transformationen aus einer hegemonie- und gouvernementalitätstheoretischen Perspektive näher betrachtet. Neben dem bereits beschriebenen ‚flexiblen Einschluss‘ von nicht-

normativer Sexualität in das „Normalitätskontinuum“ (Ludwig, 2011, S. 234) über die vergangenen drei Jahrzehnte konstatiert Ludwig eine klare Grenze der Flexibilisierung desselben, die bei der Vorstellung einer natürlichen binären Geschlechtlichkeit verläuft (Ludwig, 2011). Inwieweit diese Setzung vor dem Hintergrund der vorliegenden Arbeit zutreffend ist, wird in Kapitel 5.4. diskutiert.

2.2. Historischer Kontext und aktuelle Situation

Vielleicht ist die ‚Geschlechtsidentität‘ die letzte Bastion des Glaubens an ein wahres Geschlecht.
(Hirschauer, 2015, S. 115)

In diesem Kapitel werde ich einen kurzen Abriss über die historische Entwicklung der Konstruktion von Trans als Krankheit seit der ersten Pathologisierung im ausgehenden 19. Jahrhundert bis zum aktuellen Umgang mit Trans im ICD-11 geben (Kapitel 2.2.1.1.). Auf diese allgemeinen historischen Hintergründe folgt eine kurze Betrachtung der historischen Entwicklung der juristisch-medizinischen Regulation von Trans in Österreich ab Ende der 1970er Jahre (Kapitel 2.2.1.2.). Ich versuche die zentralen Einflüsse, Erlässe⁹, Erkenntnisse¹⁰ und weitere Veröffentlichungen staatlicher Institutionen in ihrer Funktion der Herstellung und Aufrechterhaltung von heteronormativer Hegemonie darzulegen. Zum Abschluss dieses Kapitels behandle ich die gegenwärtig gültigen Möglichkeiten und Voraussetzungen der rechtlichen Anerkennung (Kapitel 2.2.2.1.) und des Zugangs zu transspezifischer Gesundheitsversorgung (Kapitel 2.2.2.2.) in Österreich.

2.2.1. Historische Entwicklungen

Meinen Ausführungen über die Gewordenheit der aktuellen Situation möchte ich folgende Sätze Stefan Hirschauers voranstellen. Hirschauer beschreibt in seiner genealogischen Studie über die medizinische Konstruktion der Transsexualität diese

nicht als Krankheit von Individuen, sondern als Ergebnis von ‚collective action‘ (Becker 1963), nicht als geniale und einmalige ‚Entdeckung‘, sondern als konstruktive und anhaltende Aktivität Vieler, nicht als universale Tatsache, sondern als geographisch und historisch lokalisiertes Phänomen, in dessen

⁹ Ein Erlass ist eine Handlungsanweisung, z.B. wie ein bestimmtes Gesetz praktisch in der Verwaltung umgesetzt werden soll, einer Behörde an die ihr unterstellten Ämter. Innerhalb der österreichischen Rechtslogik darf von einem Erlass keine direkte Wirkung auf die Bürger*innen ausgehen.

¹⁰ Ein Erkenntnis ist eine Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofes.

Existenz individuelle und kollektive Akteure ihre Beiträge investiert haben.
(Hirschauer, 2015, S. 69)

Die produktivsten Diskurse, welche Trans als Krankheit hervorbringen, lassen sich ab der Mitte des 19. Jahrhunderts zuerst in Regionen des heutigen Deutschlands und Österreichs und nach dem Zweiten Weltkrieg vor allem in den USA lokalisieren. Bei diesem Konstruktionsprozess handelt es sich „nicht so sehr um eine bewusst gesteuerte, lineare Entwicklung [...] , sondern um eine Form der Interaktion – um dynamische Wechselwirkungen zwischen Wünschen, Interessen und Möglichkeiten“ (Rott, 2014, S. 80). Diesen offenen Prozess der Wechselwirkungen zwischen den Interessen verschiedener Akteure im Kontext bestimmter sozialer Bedingungen, die zur Konstruktion von sogenannter Transsexualität und der aktuellen Situation der Regulation derselben geführt hat, versuche ich im Folgenden zu skizzieren.

2.2.1.1. Konstruktion von Trans als Krankheit.

In der sozialen Konstruktion, Verhandlung, Normierung und Regulierung von Geschlecht als eindeutig, konstant, binär und heterosexuell spielten spätestens seit dem 18. Jahrhundert naturwissenschaftliche Wissensproduktionen eine zentrale Rolle (Hirschauer, 2015; Wetterer, 2010). Phänomene wie Transgeschlechtlichkeit, Transidentität, Cross-Dressing, Geschlechtswechsel, nicht-binäre Identifikation etc., die heute unter dem Sammelbegriff Trans gefasst werden können, waren bis Ende des 19. Jahrhunderts kaum Gegenstand naturwissenschaftlich-medizinischer Wissensproduktionen. Personen mit nicht-normativem Geschlechtsausdruck wurden bis dahin der Hochstapelei, Spionage oder des Betrugs bezichtigt und kriminalisiert¹¹ (Herrn, 2012). Gegenstand medizinischer Untersuchungen im 17. und 18. Jahrhundert waren Menschen, welche heute als intergeschlechtlich bezeichnet werden (Klöppel, 2012). Damals unter den Begriffen ‚Zwittertum‘ oder ‚Hermaphroditismus‘ firmierend, galten sie nicht als Pathologien im engeren Sinne,

¹¹ Ironischerweise rückt mit der voranschreitenden Entpathologisierung von Trans in Deutschland mit dem zukünftigen Selbstbestimmungsgesetz der Aspekt der Kriminalisierung von trans Personen wieder mehr in den Fokus. Im Rahmen des geplanten Gesetzesentwurfs sollen die persönlichen Daten von trans Personen, welche eine Personenstandsänderung beantragen automatisch an die Bundespolizei, die Landeskriminalämter, das Bundeskriminalamt, den Verfassungsschutz, den militärischen Abschirmdienst, das Zollkriminalamt und das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge übermittelt. Waren trans Personen bisher für den Staat kranke Objekte (was sie in Bezug auf medizinische Affirmation auch bleiben), werden sie durch den im aktuellen Gesetzesentwurf festgeschriebenen Generalverdacht (wieder) zu potenziell gefährlichen Individuen, die präventiv kontrolliert werden müssen (Bouvar, 2023).

sondern wurden dem Bereich des Monströsen und Wunderlichen zugeordnet (Saalfeld, 2019).

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurden die Forschungen über ‚Hermaphroditismus‘ Ausgangspunkt für die wissenschaftliche Konstruktion des seit dieser Zeit in der Biologie und Medizin vorherrschenden Modells des Geschlechtsdimorphismus: Körper und somit Geschlecht wurden als binär und exklusiv verstanden. Männer und Frauen seien grundlegend verschieden, da sie grundlegend verschiedene Körper besäßen.¹² Vor diesem Hintergrund geriet Trans in den Blick der frühen Sexualwissenschaften (Saalfeld, 2019). Das Feld der Sexualwissenschaften nahm seit jeher im Kontext von Trans eine ambivalente Rolle ein. So trugen die Verwissenschaftlichung und Systematisierungen geschlechtlich und sexuell nicht-normativer Lebensweisen einerseits zu mehr Sichtbarkeit, Legitimität, Wissen und manchmal zu einer Verbesserung der Lebenssituation bei. Andererseits geschah und geschieht dies meist um den Preis der gewaltsamen Pathologisierung, Stigmatisierung und Normierung, was wiederum verstärktes Leid und Diskriminierung bis zum Mord zur Folge haben konnte (Baumgartinger, 2017; Butler, 2017).

Aufbauend auf den emanzipatorischen Schriften von Karl-Heinrich Ulrichs über „mischgeschlechtlichen Uranismus“ (Herrn, 2012, S. 42) entwickelten die Psychiater Carl Westphal in Berlin ab 1870 und Richard von Krafft-Ebing in Graz ab 1886¹³ die ersten Schriften der modernen Sexualpathologie. Bereits bei Ulrichs war homosexuelles Begehren mit sogenannten gegengeschlechtlichen Verhaltensweisen (z.B. Tragen der Kleidung) verknüpft. Dies übernahm Westphal und erfand die psychiatrisch-sexualpathologische Diagnose der „conträre[n] Sexualempfindung“ (Westphal, 1870, zitiert nach Herrn, 2012, S. 42). Damit pathologisierte er jegliches von den damaligen cisgeschlechtlichen und heterosexuellen Geschlechternormen abweichendes Verhalten und Fühlen. Richard von Krafft-Ebing baute diese Theorien in seinem einflussreichen Werk *Psychopathia Sexualis* zu einer „hierarchisch-ontologischen Ordnung“ (Herrn, 2012, S. 42) aus. Er differenzierte weitere

¹² Für eine detaillierte historische Darstellung der sozialen Konstruktion von ‚biologischer Geschlechtlichkeit‘ vgl. Laqueur (1996) und Voß (2010) und von Transgeschlechtlichkeit im Besonderen vgl. Hirschauer (2015).

¹³ Stryker und Whittle (2006) geben 1877, Herrn (2012), Saalfeld (2019) und Voß (2010) 1886 und Baumgartinger (2017) 1889 als Ersterscheinungsjahr der *Psychopathia Sexualis* von Richard von Krafft-Ebing an.

sogenannte Gradunterschiede, unterschied zwischen erworbener und angeborener ‚Perversion‘ und lokalisierte deren ‚Ursache‘ im Gehirn (Baumgartinger, 2017).

Die zentrale These bestand nun darin zu behaupten, dass nicht [wie bei Ulrichs] eine ‚richtige Seele im falschen Körper gefangen‘ sei, sondern eine ‚kranke Psyche im richtigen Körper‘. Dadurch, dass die Wurzel des geschlechtlichen Degenerationsvorgangs nun in der Psyche bzw. im Gehirn der Betroffenen gesehen wurde, avancierten die Psychiater und Psychoanalytiker zu jenen Aufklärern und Heilern der Gefühle, Phantasien und [...] [‚Wahnvorstellungen‘] des Konträrsexuellen. (Saalfeld, 2019, S. 196)

Ende des 19., Anfang und des 20. Jahrhunderts beeinflussten einander die Theoriebildungen und Aushandlungen der noch jungen Sexualwissenschaften und die Positionen der sich ebenfalls im Entstehen befindenden Emanzipationsbewegungen gegenseitig. Bedeutende emanzipatorisch orientierte Akteure, die sich für die Entkriminalisierung und Entpathologisierung von Homosexualität und Trans einsetzten, waren das 1897 gegründete *Wissenschaftlich-humanitäre Komitee*, das 1919 gegründete *Institut für Sexualwissenschaft* und als Gründungsmitglied dieser beiden Organisationen, aber auch als einflussreicher Sexualwissenschaftler und Aktivist, Magnus Hirschfeld. In seinen Werken verwies er ebenfalls auf die Theorien von Ulrichs und erstellte eine differenzierte Systematik der „sexuellen Zwischenstufen“ (Herrn, 2012, S. 43). Neben ‚Androgynie‘, ‚Hermaphroditismus‘ und Homosexualität führte Hirschfeld 1910 die Zwischenstufe der sogenannten Transvestiten ein. Diese hätten den starken Wunsch, in der Kleidung des Geschlechts zu leben, dem der eigene Körper nicht entspräche. In diese Kategorie fasste Hirschfeld sowohl Menschen, die zeitweise oder dauerhaft ‚gegengeschlechtliche‘ Kleidung trugen, als auch – „seelische Transsexuelle“ (Saalfeld, 2019, S. 196) genannte – Menschen, die sich ganz dem ‚anderen‘ Geschlecht zugehörig fühlten. Wie auch Karl-Heinrich Ulrichs beschrieb Hirschfeld alle ‚Zwischenstufen‘ als natürliche Variationen menschlicher Existenz und sprach sich gegen eine Pathologisierung und Kriminalisierung derselben aus (Saalfeld, 2019).

Die konzeptuelle Trennung von gleichgeschlechtlichem Begehren und ‚gegengeschlechtlichen‘ Identifikationen und Verhaltensweisen wurde erst durch die begriffliche Trennung durch Hirschfeld möglich. Dies geschah in einer Zeit, in der teils harte Auseinandersetzungen um die Bedeutung und Abgrenzung der Begriffe

‚Homosexuelle‘, ‚Transvestiten‘ und ‚Urninge‘ innerhalb der ‚Szene‘ und in den wissenschaftlichen Disziplinen geführt wurden. Auf Seiten der Homosexuellenbewegung gab es laute Stimmen, sich von den als zu ‚effeminiert‘ geltenden sog. Transvestiten abzugrenzen. Ebenso gab es auf Seiten der sog. Transvestiten Bestrebungen, sich von den polizeilich verfolgten Homosexuellen abzugrenzen (Herrn, 2012).¹⁴ Auch wenn sog. Transvestitismus nicht ausdrücklich verboten war, wurden viele wegen ‚Erregung öffentlichen Ärgernisses‘ oder wegen unterstellter Homosexualität verfolgt¹⁵ und mussten Haftstrafen verbüßen. 1910 konnte Hirschfeld mit der Berliner Polizei einen Deal aushandeln, gemäß dem Menschen mit einem ärztlich beglaubigten ‚Transvestitenschein‘ nicht mehr belangt wurden.¹⁶ Trotz Liberalisierung waren sog. Transvestiten von den Gutachtern, der Polizei und der Justiz abhängig und verblieben somit in einem prekären Status (Herrn, 2012). Ab Anfang der 1920er wurden erste Versuche geschlechtsangleichender Operationen am Institut für Sexualwissenschaften gemacht. Diese wurden jedoch erst nach ‚ausbleibendem Therapieerfolg‘ (d.h. dem Abbringen der Patient*innen von ‚gegengeschlechtlicher‘ Identifikation und Operationswunsch) zur Linderung der „psychischen Konflikte“ (Hirschauer, 2015, S. 98) durchgeführt.

Die nationalsozialistische Gewaltherrschaft und der Zweite Weltkrieg stellten für die Lebenssituation vieler Menschen mit nicht-normativer Sexualität oder Geschlechtlichkeit in Europa und für die europäischen Sexualwissenschaften eine Zäsur dar. Das Institut für Sexualwissenschaften wurde bereits 1933 von nationalsozialistischen Studierenden gestürmt und die meisten Schriften verbrannt. Magnus Hirschfeld war schon in den Jahren vor der Machtübernahme der Nationalsozialisten antisemitischer und queerfeindlicher¹⁷ Verfolgung ausgesetzt

¹⁴ Diese Dynamik der Entsolidarisierung im Kontext von Entpathologisierungs- und Normalisierungsbestrebungen beschreibt Lüthi (2020) für Teile der Homosexuellenbewegung ab den 1950er und Teile der aktuellen Trans-Bewegung (siehe Kapitel 2.2.1.2.).

¹⁵ Anders als §175 des deutschen Strafrechts, kriminalisierte §129 im österreichischen Strafrecht nicht nur schwules Sexualverhalten, sondern auch lesbisches (Baumgartinger, 2017).

¹⁶ Abwandlungen dieser ‚Transvestitenscheine‘, die eine mögliche Verwirrung und somit Probleme mit Behörden verringern sollten, gibt es in Österreich mit der ‚TransGender Card‘ des Vereins TransX und einem den ‚Behandlungsempfehlungen‘ beigefügten Formular (Baumgartinger, 2017). In Deutschland gibt es den von der Deutschen Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität herausgegebenen ‚Ergänzungsausweis‘ (Adamietz & Bager, 2016).

¹⁷ Die Selbstbezeichnungen trans oder queer für geschlechtlich und/oder sexuell nicht-normative Lebensweisen gab es zu dieser Zeit nicht in dieser Form. Die Projektion dieser Begriffe in eine Zeit vor ihrer Entstehung ist daher schwierig. Selbstbezeichnungen zu dieser Zeit waren u.a. *Freundling*, *Transvestit*, *Eonismus*, *Transvestiten*, *Urning*, *Urninge* und *ideale Freundschaft* (Herrn, 2012; NS-Dokumentationszentrum München, 2022).

(Baumgartinger, 2017). Unter dem NS-Regime wurden als homosexuell Verfolgte zwangssterilisiert, inhaftiert und in Konzentrationslager deportiert und ermordet. Die bisherige Forschung zeichnet von der Situation von trans Personen ein ambivalentes Bild in dieser Zeit. Einerseits standen sie, wie bereits vor dieser Zeit, unter dem Generalverdacht der Homosexualität und mussten Verfolgung und Mord fürchten. Andererseits gibt es auch vereinzelte Berichte von unter der NS-Regime verlängerten ‚Transvestitenscheinen‘ (Herrn, 2012).

Erneutes medizinisches Interesse an Trans gab es erst wieder in den 1950er Jahren in den USA. Der deutsch-amerikanische Endokrinologe Harry Benjamin führte den Begriff ‚Transsexuelle‘ – ohne Verweis auf Hirschfeld – in die Sexualpathologie ein. Er unterschied konzeptuell sogenannte Transvestiten von sogenannten Transsexuellen und stellte sie in einem sechsstufigen Kontinuum einander gegenüber (Saalfeld, 2019). Auf die verfolgungsbedingte Verschiebung der geographischen Forschungsschwerpunkte der Sexualwissenschaften von Mitteleuropa in die USA folgte eine konzeptuelle Verlagerung der Beschreibung von trans Phänomenen von sogenanntem Transvestitismus als Ausgangsphänomen zur Konstruktion der sogenannten Transsexualität (Hirschauer, 2015). So war bei Hirschfeld der Wunsch nach einer geschlechtsangleichenden Operation die „stärkste Form des totalen Transvestitismus“ (Hirschfeld, 1926, zitiert nach Herrn, 2012, S. 48). Bei Benjamin waren sogenannte Transvestiten „die mildeste Form des Transsexuellen“ (Benjamin, 1964, zitiert nach Herrn, 2012, S. 48). Der inhaltliche Kern des Phänomens war nun nicht mehr der Kleidertausch, sondern die ärztlich verordnete Operation (Hirschauer, 2015). Den historischen Kontext dieser konzeptuellen Verschiebung bildeten die allgemeine gesellschaftliche Aufwertung des Körpers durch die Lebensreformbewegung und die damit einhergehende „Bedeutungsaufladung des Geschlechtskörpers für die Konstruktion des Selbst“ (Herrn, 2012, S. 46) zu Beginn des 20. Jahrhunderts, die ‚Misserfolge‘ der in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts standardmäßig durchgeführten psychotherapeutischen ‚Behandlungs‘-versuche von Homosexuellen und sogenannten Transvestiten und die neuen, teilweise aus den medizinischen Experimenten und eugenischen Maßnahmen wie Zwangssterilisationen und -kastrationen durch das NS-Regime sowie den hormonellen und psycho-chirurgische Zwangsbehandlungen von als homosexuell geltenden Männern und intergeschlechtlichen Menschen stammenden, Erkenntnisse und Möglichkeiten der

Endokrinologie und Sexualchirurgie (Baumgartinger, 2017; Hirschauer, 2015; Saalfeld, 2019).

In der Genealogie der sozialen Konstruktion von sogenannter Transsexualität identifiziert Volker Weiss um die Wende der 1950er und 60er Jahre den Übergang der seit 1910 andauernden, *Formationsphase* zur *Konstruktionsphase* (Weiss, 2009). In der Formationsphase waren ein allgemeines Forschungsinteresse an Geschlechtlichkeit, Sexualität und Geschlechtsidentität, dezentrale und nicht-diskursive Wissensproduktion sowie „experimentelle Untersuchungen zur Beeinflussung von Geschlechtlichkeit auf biologischer Ebene“ (Rott, 2014, S. 78) bestimmend. Die Konstruktionsphase war durch eine vernetzte, interdisziplinäre und thematisch fokussierte Beschäftigung mit der nun definierten Gruppe von sogenannten Transsexuellen, erste internationale Vernetzungskongresse, die Publikation von ersten Standardwerken und die Gründung von ersten Spezialkliniken geprägt (Weiss, 2009). Die differentialdiagnostische Identifizierung von ‚echten Transsexuellen‘ und die katamnestische Evaluation des ‚Behandlungserfolges‘ führten zu einer Rehabilitierung der psy* Disziplinen in diesem Feld (Hirschauer, 2015). In den 1960er und 1970er Jahre wurden heftige fachliche Auseinandersetzungen um die ‚Ursache‘ und ‚Behandlung‘ von sogenannter Transsexualität und Intergeschlechtlichkeit geführt und unter großer medialer Aufmerksamkeit rezipiert.¹⁸ Vereinfacht kann davon gesprochen werden, dass sich in dieser Zeit sozial-konstruktivistische Ansätze, welche Geschlechtlichkeit auf die soziale Interpretation von anatomischen Gegebenheiten und die daran anschließende geschlechtliche Sozialisation und Performanz reduzieren, und biologistische Ansätze, welche Chromosomen und Hormonspiegel als Determinanten für Geschlechtsidentität definieren, gegenüberstanden (Butler, 2017). Die einflussreichsten Protagonisten dieser, zwischen zumeist Weißen, cis männlichen und heterosexuellen Endokrinolog*innen, Psychiater*innen, Psychoanalytiker*innen, Psycholog*innen, Sexualwissenschaftler*innen, Ethnomethodolog*innen und Chirurg*innen geführten, Diskussionen waren John Money, Robert Stoller, Harry Benjamin, Richard Green, Milton Diamond und Harold Garfinkel (Baumgartinger, 2017; Butler, 2017; Hirschauer, 2015). In dieser Zeit kam es zur paradoxen Situation, dass teilweise anhand derselben Patient*innen versucht wurde, die jeweils eigenen – gegensätzlichen – Theorien zu bestätigen. Exemplarisch hierfür stehen die

¹⁸ Für eine differenzierte Auseinandersetzung mit den theoretischen und ethischen Implikationen und Folgen dieser Debatten vgl. Butler (2017).

Fallgeschichten von David Reimer und Agnes Torres und deren Rezeption (Butler, 2017). Denn, auch wenn sich die Vertreter*innen der verschiedenen Strömungen in theoretischen, diagnostischen, ätiologischen und therapeutischen Fragen widersprachen, so waren sie sich doch in *einer* Schlussfolgerung einig: Intergeschlechtlichen Neugeborenen muss unbedingt ein binäres Geschlecht zugewiesen werden und ihre Körper müssen durch Operationen und Hormongabe ,so gut wie möglich‘ dem Idealbild einer heterosexuellen, binären Geschlechtlichkeit angepasst werden (Butler, 2017; Eder, 2022). Schon während dieser Zeit wurden die theoretischen Versuche, wie die *sex/gender*-Theorie von John Money, die *core gender identity* von Robert Stoller oder das deterministische Biologieverständnis von Milton Diamond, aber noch viel mehr die daraus geschlussfolgerten Zwangszuweisung von Geschlecht und die darauffolgenden Zwangsoperationen für inter und trans Personen von LGBTIQ*-Verbänden kritisiert (Baumgartinger, 2017; Butler, 2017; Hirschauer, 2015). Ab Mitte der 1970er Jahre wurde über einige zentrale Streitpunkte ein fachlicher Konsens erreicht. Mit der Konsolidierung und Einführung der Diagnosen ,Transsexualität‘ in das ICD-9 1975 und ,Störungen der psychosexuellen Identität‘ in das DSM-III 1980 endete die Konstruktionsphase (Weiss, 2009).

Bis zur Implementierung von transspezifischen Diagnosen in die Manuale war der einzige legale und ärztlich begleitete Zugang zu Hormontherapie und geschlechtsangleichenden Operationen in den USA die Aufnahme in spezialisierte *gender identity clinics* bzw. *programs*. In manchen Regionen ist dies auch heute noch der Fall. Die Zugangsvoraussetzungen waren oft streng und das Kontingent gering. Die ,Patient*innen‘ wurden oftmals stationär aufgenommen, engmaschig überwacht und einem enormen Diagnostik- und ,Behandlungsprogramm‘ unterzogen. Ab Mitte der 1960er Jahre entstanden viele solcher – oft an Universitätskliniken angelgliederte – Einrichtungen (Billings & Urban, 1982; Hirschauer, 2015). Der „Deal“ (Hirschauer, 2015, S. 104), den die Unterstützung suchenden trans Menschen (und verunsicherten Eltern intergeschlechtlicher Kinder) angeboten bekamen, war folgender: Wenn sie bestimmte diagnostische Voraussetzungen erfüllen, werden sie in das experimentelle Forschungsprogramm aufgenommen. Den trans Personen wurden die medizinisch-psychiatrisch medierte Hoffnung auf Linderung ihres Leidensdrucks und eine – wenn auch stigmatisierte und marginalisierte – Subjektposition angeboten. Im Gegenzug erhielten die Ärzt*innen und Therapeut*innen die Möglichkeit, sich wissenschaftlich profilieren zu

können. „Stoller spricht von [intergeschlechtlichen Menschen und] Transsexuellen als ‚natural experiment‘ und als ‚Schlußstein‘ für das Verständnis von menschlicher Sexualität“ (Hirschauer, 2015, S. 104).¹⁹ Die ‚gender identity clinics‘ können mit Foucault als Disziplinar- und Normalisierungsinstitutionen bezeichnet werden (Billings & Urban, 1982; Eder, 2022; Spade, 2006). Die Überwachung durch das medizinische Personal, aber auch durch die anderen ‚Patient*innen‘, die „Mikro-Justiz“ (Foucault, 2021, S. 230), in der Abweichungen normierend sanktioniert wurden und die wiederholten Prüfungen durch den – oft mehrjährigen – ‚Alltagstest‘²⁰ und die unzähligen Untersuchungen, die alle den Zweck einer ‚gelungenen‘ körperlichen und sozialen Normanpassung an eines der beiden binären Geschlechter verfolgten, stehen hierfür exemplarisch (Billings & Urban, 1982; Spade, 2006).²¹ Die noch dezentral und explorativ betriebenen wissenschaftlichen Aktivitäten der Formationsphase und das rege, zentralisierte, spezialisierte und interdisziplinäre Forschungstreiben der Konstruktionsphase – mit seinen in den ‚gender identity clinics‘ produzierten Wahrheiten und den anhand einiger weniger Fallgeschichten konstruierten ätiologischen Modellen – führten schlussendlich zur „vergegenständlichende[n] Objektivierung“ (Foucault, 2021, S.247) von geschlechtlich anormalisierten Phänomenen in Form der Diagnose Transsexualismus. Im Rahmen dieser wissenschaftlichen Konstruktion einer ‚transsexuellen‘ Subjektposition in Abgrenzung zur cisgeschlechtlichen und heterosexuellen Norm bekam jene – analog zum ebenfalls anormalisierten ‚Homosexuellen‘ – eine Persönlichkeit, „die über eine Vergangenheit und eine Kindheit verfügt, einen Charakter, eine Lebensform, und die schließlich eine Morphologie mit indiskreter Anatomie und möglicherweise rätselhafter Physiologie

¹⁹ Drager (2023) kritisiert und differenziert das vorherrschende Narrativ über die Konstruktion von gender und Trans in den US-amerikanischen ‚gender identity clinics‘. Entgegen den Darstellungen in der Literatur waren nicht alle frühen ‚Patient*innen‘ dieser Kliniken Weiß, bürgerlicher Herkunft und freiwillig in ‚Behandlung‘. Drager (2023) betont die theoretischen und konzeptuellen Verbindungen zwischen der Pathologisierung von inter und trans Personen und der Pathologisierung der rassifizierten Familie: „In the early days of the gender clinic, racialized patient populations provided the foundation for theories of transsexual etiology. Because families of color, and most specifically Black families, were seen as being hotbeds of gender deviance, they provided fertile ground for researching the cause of such deviance“ (S.23).

²⁰ In diesem ‚Test‘ sollten die trans Personen in der ‚angestrebten‘ Geschlechterrolle den gesamten Alltag leben, um somit die ‚Integration‘ bzw. ihre Anpassungsfähigkeit zu beweisen.

²¹ Billings und Urban (1982) beschreiben die an den erforderten Geschlechternormen orientierten Disziplinarmaßnahmen folgendermaßen: „Since the reputable clinics treated only ‚textbook‘ cases of transsexualism, patients desiring surgery, for whatever personal reasons, had no other recourse but to meet this evaluation standard. The construction of an appropriate biography became necessary. Physicians reinforced this demand by rewarding compliance with surgery and punishing honesty with an unfavorable evaluation“ (S.273).

besitzt“ (Foucault, 2020, S. 47). Dean Spade betont, unter Verweis auf Billings und Urban (1982), die zentrale Rolle der Kindheit und der Sexualität innerhalb des „transsexual narrative“ (Spade, 2006, S. 319).

Auf der Subjektebene geht mit der Erschaffung des Krankheitsbildes Transsexualität die Produktion einer als psychisch krank pathologisierten und stigmatisierten Subjektposition einher. Hier werden jene „Prozeduren, die das Individuum als Effekt und Objekt von Macht, als Effekt und Objekt von Wissen konstituieren“ (Foucault, 2021, S. 247), besonders deutlich.

Auf der sozialen Ebene stabilisiert die Erfindung des ‚Transsexualismus‘ durch Individualisierung und Entpolitisierung die vorherrschenden binären Geschlechternormen (Billings & Urban, 1982; Serano, 2016; Spade, 2006). Spade schreibt hierzu:

Containing gender distress within ‚transsexualism‘ functions to naturalize and make ‚healthy‘ dichotomized, birth-assigned gender performance. It casts the critical eye on the gender performance of those transgressing gender boundaries, and produces a norm that need not be criticized. Similarly, this model establishes a structure for addressing violations of gender rules that individualizes, privatizes and depoliticizes the meaning of those transgressions. It is ‚in the minds of the ill‘ that gender problems exist, not in the construction of what is ‚healthy.‘ (Spade, 2006, S. 319)

Mit der Einführung der Diagnosen in ICD und DSM Ende der 1970er, Anfang der 1980er Jahre begann nach Weiss (2009) die bis heute andauernde *Managementphase*. Erste juristische Regulierungen bzgl. transspezifischer Gesundheitsversorgung und rechtlicher Anerkennung wurden in einigen Staaten des globalen Nordens eingeführt. Die bereits in der Konstruktionsphase begonnene Vernetzung, Professionalisierung und wissenschaftliche Fokussierung verstärkte sich und manifestierten sich in der Veröffentlichung der ersten *Standards of Care (SoC)*²² 1979 (Baumgartinger, 2019; Hirschauer, 2015; Weiss, 2009). In der Medizin

²² Diese Behandlungsrichtlinien werden von einem interdisziplinären Team von Ärzt*innen von der World Professional Association for Transgender Health (WPATH), ehemals Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, herausgegeben. Sie fassen den jeweils aktuellen wissenschaftlichen Standard zum Thema Trans zusammen und leiten daraus Empfehlungen zum Umgang mit trans Personen für Ärzt*innen ab. Bis Mitte der 1990er Jahre verfolgten die SoC einen ähnlich pathologisierenden Ansatz wie das DSM oder ICD. Seit dieser Zeit integrieren sie vermehrt auch Kritik und trans Perspektiven (Riggs et al., 2019). Aktuell liegen die SoC in ihrer 8. Revision vor (Coleman et al., 2022).

herrschte nun weitgehende Einigkeit darüber, dass der „transsexuelle [Geschlechts-]Körper [...] [die] Quelle der Identitätsstörung“ (Saalfeld, 2019, S. 198) sei und zugleich „die modellierbare Stätte jenes ‚wahren‘ und ‚richtigen‘ Geschlechts“ (Saalfeld, 2019, S. 197) sei. Daraus folgte, dass die Diagnose Transsexualismus mit dem Wunsch einer operativen Geschlechtsangleichung als Kernsymptom nun als „Aufforderung zur operativen Tat“ (Runte, 1996, zitiert nach Saalfeld, 2019, S. 198) verstanden wurde.

Durch die Kodifizierung und Standardisierung von transspezifischen Diagnosen und Leitlinien zur ‚Behandlung‘ vollzog sich eine enorme Verbreitung des in den ‚gender identity clinics‘ produzierten Wissens und erprobten Disziplinartechniken. Die Aufnahme in den ICD und DSM und die Veröffentlichung der SoC förderten die imperialistische und epistemologisch unterdrückende Universalisierung und Globalisierung von Wissen über Geschlecht(er) und Sexualität(en), welches in den spezifischen sozio-ökonomischen, politischen und epistemologischen Verhältnissen des Weißen, westeuropäischen und US-amerikanischen akademischen Raumes des späten 19. bis späten 20. Jahrhunderts entstanden ist. Die wiederholte – jedoch globalisierte – Dezentralisierung in der Managementphase durch die Verbreitung einer bestimmten Sprache, bestimmter Konzepte, bestimmter Diagnosen und den dahinterliegenden Annahmen verdrängte weltweit vielfältige lokale und regionale Geschlechter- und Sexualitätskonzepte. Durch die kulturelle und epistemologische Hegemonie der englischen Sprache und Konzepten wie *gender* und *transgender* wurden und werden – teilweise auch von trans Aktivist*innen – lokale und regionale Geschlechter- und Sexualitätskonzepte verdrängt und unter die dreifache Binarität der christlichen, euro-angloamerikanischen Heteronormativität von männlich vs. weiblich, heterosexuell vs. homosexuell und cisgeschlechtlich vs. transgeschlechtlich gewaltsam subsumiert (Baumgartinger, 2017; Haritaworn, 2007; Namaste, 2005; Snorton, 2017).

Die Einführung der Diagnose Transsexualismus in den ICD-9 geschah nur zwei Jahre nach der offiziellen Streichung der Diagnose Homosexualität aus dem DSM, mithilfe derer bis dahin geschlechtlich und sexuelle nicht-normatives Verhalten pathologisiert werden konnte (Lüthi, 2020; Wolf, 2013). Eliah Lüthi präpariert in der Analyse der (homo-)sexualitäts- und transspezifischen Diagnosen in DSM und ICD seit Anfang der 1970er drei Ebenen der Pathologisierung heraus. Die Pathologisierung des Wunsches „Kleidung anzuziehen, die gesellschaftlich nicht mit dem bei Geburt (zwangs-)zugeschriebenen Gender assoziiert wird“ (Lüthi, 2020, S.

18), bezeichnet Lüthi als *Kleidungspathologisierung* (Lüthi, 2020, S. 18). Seit der Institutionalisierung von transspezifischen Diagnosen wurde dieses Phänomen mit der Diagnose Transvestismus (oder ‚transvestitistische Störung/Transvestitismus‘) pathologisiert und als Differentialdiagnose zum ‚echten Transsexualismus‘ verwendet. *Identitätspathologisierung* (Lüthi, 2020, S. 18) bezeichnet den diagnostischen Kern der Diagnose Transsexualismus: die Identifikation mit ‚dem Gegengeschlecht‘. Die Pathologisierung von Sexualität, welche von der heterosexuellen Norm abweicht, bezeichnet Lüthi als *Sexualitätspathologisierung* (Lüthi, 2020, S. 19). In der von Lüthi übernommenen Tabelle 1 wird der Verlauf, die Umbenennungen und Verschiebungen der Pathologisierungen von Identifikation/Identität (I), Kleidung (K) und Sexualität (S) in Bezug auf Trans in den Manualen DSM und ICD seit Beginn der 1970er Jahre dargestellt (Lüthi, 2020).

Im in Österreich aktuell verwendeten ICD-10 trägt die Diagnose Transsexualismus den Kode F64.0. Der Kode setzt sich wie folgt zusammen: Kapitel V (F): *Psychische und Verhaltensstörungen*; Gruppe 6: *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen*; Kategorie 4: *Störungen der Geschlechtsidentität*; Subkategorie 0: *Transsexualismus*. Weitere Subkategorien sind: .1: *Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen*; .2: *Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters*; .8: *Sonstige Störungen der Geschlechtsidentität*; .9: *Störung der Geschlechtsidentität, nicht näher bezeichnet* (Dilling et al., 2016). Durch die kategoriale Nähe mit Diagnosen von sogenannten Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (z.B. F60.1: *schizoide Persönlichkeitsstörung*, F63.1: *Pyromanie*) und sogenannten *Störungen der Sexualpräferenz* (z.B. F65.0: *Fetischismus*, F65.4: *Pädophilie*, F65.5: *Sadomasochismus*) wird eine reale Verwandtschaft der Phänomene impliziert. Rott identifiziert diese Herstellung eines Naheverhältnisses zu als negativ, pathologisch oder kriminell bewerteten Phänomenen als einen von mehreren Mechanismen der Stigmatisierung, Pathologisierung und Konstruktion von Trans als defizitär (Rott, 2014).²³

²³ Alle sechs von Valerie Rott (2014) aus klinisch-psychologischen und psychiatrischen Lehrbüchern herausgearbeiteten Pathologisierungsmechanismen von Trans sind:

1. Geschlecht und Sexualität werden in Verbindung gebracht und es werden ihnen eine enorme Wichtigkeit für Existenz und Identität gegeben. Wenn hier eine ‚Störung‘ ist, dann ist es sehr schwerwiegend.
2. Konstruktion von Defizit in Bezug auf Trans: Sowohl Handlungen von trans Personen als auch ‚Ursachen‘ von ‚Transsexualismus‘ durch negativ bewertete Umstände.
3. Wiederholte Erzeugung von Nahebeziehungen zu negativ bis pathologisch bewerteten Phänomenen und Kriminalität.

Tabelle 1

*(Homo-)sexualitäts- und trans*spezifische Diagnosen im DSM und ICD ab 1973. Identifikation/Identität (I), Kleidung (K), Sexualität (S).*

	1970	1980	1990	2000	2010	2020
	DSM II-6th (1973)		DSM III (1980)	DSM IV (1994)	DSM V (2013)	
I	-		Transsexualism	Gender Identity Disorder	Gender Dysphoria	
K	Transvestitism		Transvestism	Transvestic Fetishism	Transvestic Disorder	
S	Sexual Orientation Disturbance		Ego Dystonic Homosexuality	Sexual Disorder not Otherwise Specified	Target of (Perceived) Discrimination	
	ICD 9 (1975)		ICD 10 (1990)		ICD 11 (2018)	
I	Trans-sexualism		Gender Identity Disorder		Gender Incongruence	
K	Transvestism		Transvestic Disorder		-	
S	Homosexuality		Sexual Maturation Disorder Ego-dystonic Sexual Orientation		Target of Perceived Adverse Discrimination or Persecution	

Anmerkung. Ohne Veränderung von Lüthi (2020, S. 19) übernommen

Die Beschreibung der Diagnose F64.0 im ICD-10 lautet:

Der Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden. Dieser geht meist mit Unbehagen oder dem Gefühl der Nichtzugehörigkeit zum eigenen anatomischen Geschlecht einher. Es besteht der Wunsch nach chirurgischer und hormoneller Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht soweit wie möglich anzugleichen. (Dilling et al., 2015, S. 294)

Hier wird beschrieben, was gesellschaftlich und medizinisch aktuell als pathologisch abnorme Geschlechtlichkeit gilt. Wenn auch nicht explizit benannt, so lassen sich aus dieser Beschreibung ex negativo die Normen von ‚gesunder‘

4. Darstellung eines großen Leidensdrucks. Trans wird als defizitäres Phänomen konstruiert und gleichzeitig die konstruierte Belastung entkontextualisiert und individualisiert.
5. Darstellung von trans Personen im Kontext des Gesundheitswesens als passiv gegenüber den Expert*innen und Ärzt*innen, welche sie behandeln und erforschen. Trans Personen werden oft mit der Klassifikation oder Diagnose bezeichnet.
6. Prozess des Othering und der Anormalisierung: Konstruktion einer enormen Distanz von Leuten mit Diagnose und ‚normalen‘ Menschen. Qualitatives Anderssein wird konstruiert.

Geschlechtlichkeit ablesen. Lüthi (2020) entwickelt hierfür die bildhafte Vorstellung von transspezifischen Diagnosen als die Gussform einer Statue. Sie ist sichtbar, sie wird bearbeitet und feingeschliffen. In diesem Prozess bleibt das Zentrum, das Innere der Form leer. „Ebenso sind Gendernormen in trans*spezifischen Diagnosen omnipräsent und gleichzeitig weitestgehend entnannt. Sie sind sowohl Zentrum als auch Leerstelle“ (Lüthi, 2020, S. 16). Erst in dem Moment, in dem die Statue gegossen wird, materialisiert sich das vormals leere Zentrum und wird sichtbar. Für Lüthi ist dieser Prozess die Überführung und Fixierung von Normen in Gesetze, z.B. das Personenstandsgesetz. Hier wird deutlich, dass sich die jeweils gültigen Normen und Annahmen über Geschlecht aus den (sich verändernden) transspezifischen Diagnosen ableiten lassen, auch wenn jene nicht ausdrücklich genannt werden (Lüthi, 2020). Folgende grundlegenden, normativen Annahmen über Geschlecht, welche transspezifischen Diagnosen zugrunde liegen, haben Lüthi (2020) und Rott (2014) herausgearbeitet: Menschen haben ein Geschlecht. Es gibt natürlicherweise zwei Geschlechter, weiblich und männlich, die sich gegenüberstehen und einander natürlicherweise begehren. Geschlecht ist biologisch bestimmbar. Das biologische Geschlecht determiniert Geschlechtsidentität und -rolle. Geschlecht ist konstant und kohärent. Geschlecht drückt sich durch bestimmtes Verhalten und Fühlen aus. Diese cissexistischen, heteronormativen und biologistischen Annahmen durchziehen die Konstruktion von und die Beschäftigung mit Trans in Psychiatrie, Sexualwissenschaften, klinischer Psychologie, Endokrinologie, Chirurgie und Rechtswissenschaften der letzten 150 Jahre, manifestieren sich seit Mitte der 1970er Jahre in transspezifischen Diagnosen und prägen die öffentliche Wahrnehmung von Geschlecht im Allgemeinen und von Trans im Speziellen. Perry Persson Baumgartinger beschreibt diesen diskursiven Rahmen für die Entwicklung von wissenschaftlichen Theorien über und ‚Behandlungsmethoden‘ von Trans als *Transsexualismus/Transidentitäts-Paradigma* (Baumgartinger, 2019). Es beinhaltet folgende Gesichtspunkte:

- Transsexualismus bzw. Transsexualität wird prinzipiell pathologisiert als Krankheit oder (Persönlichkeits-)Störung, was zuerst einer heilenden, später einer begleitenden Behandlung bedarf.
- Transsexuelle stehen in dieser Denkweise unter einem (jahrelangen) Leidensdruck und verschiedenen Zwängen, etwa unter dem Zwang, ihre

Genitalien zu entfernen, mit dem Argument, dass sie den Leidensdruck, im falschen Körper geboren zu sein, nicht mehr aushielten.

- Es wird zwischen primärer und sekundärer bzw. zwischen echter und symptomatischer Transsexualität unterschieden. Wobei ‚echte Transsexualität‘ bis in die frühe Kindheit zurückgeführt werden soll und ‚symptomatische‘ im Erwachsenenalter festgemacht wird. Damit wird eine (weitere) Hierarchie zwischen trans Personen erstellt und der Zugang zur Personenstandsänderung reguliert. Denn nur als ‚echt‘ angesehene Transsexuelle könnten ihren Personenstand ändern.
- Transsexualismus bzw. Transsexualität wird in verschiedene Bereiche aufgesplittet, die Trans als komplexes Phänomen erscheinen lassen, für das medizinische Expertise notwendig sei:
 - Zur Erklärung der Ursachen von Transsexualismus bzw. Transsexualität werden biologische (Genetik, Endokrinologie, Somatik) sowie psychogenetische Ansätze verwendet.
 - Es werden verschiedene Symptomatiken in Kindheit, Pubertät und Erwachsenenalter konstruiert sowie spezifische Symptomatiken getrennt nach Frau-zu-Mann- und Mann-zu-Frau-Transsexualität geschaffen.
 - Bezüglich der Entwicklung von Geschlecht allgemein und Transgeschlechtlichkeit im Besonderen wird u.a. auf chromosomale, gonadale, hormonelle und morphologische Erklärungsansätze zurückgegriffen.
 - Bezüglich der Entwicklung der Geschlechtsidentität kommen psychoanalytische, lerntheoretische oder kognitiv-strukturelle Ansätze zum Einsatz.
- Daraus werden unterschiedliche Behandlungsmethoden entwickelt und angewendet, etwa in Psychotherapie (z.B. Verhaltenstherapie) oder Psychoanalyse.
- Es gibt in diesem Paradigma eine klare Hierarchie der Expertise, die einer paternalistischen Struktur folgt: Psych* bestimmen als ‚Expert_innen‘ zu Trans über die trans Personen und ihre ‚Behandlung‘ bzw. später Begleitung,

den trans Personen wird keine oder später nur periphere Expertise zugewiesen. Eine ähnliche paternalistische Herangehensweise findet sich in der universitären Forschung zu Trans: Forschende theoretisieren trans Personen, ohne sie bzw. ihre Expertise in die Rückschlüsse aufzunehmen. (Baumgartinger, 2019, S. 213)

In der elften Revision des ICD gibt es keine unmittelbar identitätspathologisierende psychiatrische Diagnose in Bezug auf erwachsene trans Personen mehr. Das Kapitel über Persönlichkeitsstörungen enthält keinen Bezug mehr zu Trans oder Sexualität. Im Kapitel 17 *Conditions related to sexual health*, also außerhalb der in Kapitel 6 organisierten *Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders*, findet sich die Kategorie *Gender incongruence* mit den Subkategorien HA60: *Gender incongruence of adolescence or adulthood*; HA61: *Gender incongruence of childhood* und HA6Z: *Gender incongruence, unspecified* (World Health Association, 2022). Diese Lösung soll einerseits der Forderung von trans Aktivist*innen nach Entpsychopathologisierung Rechnung tragen und gleichzeitig gewährleisten, dass trans Personen nicht den Zugang zu kassenfinanzierter transspezifischer Gesundheitsversorgung verlieren (Lüthi, 2020). Die Streichung von transspezifischen Diagnosen für Erwachsene aus dem Bereich der psychischen Erkrankungen im ICD-11 stellt ohne Frage einen wichtigen Etappensieg auf dem Weg zur Entstigmatisierung von Trans dar. Elia Lüthi beschreibt, dass der Prozess der *Depathologisierung*²⁴ aus Prozessen der Normalisierung und Entsolidarisierung besteht (Lüthi, 2020). Die Normalisierung von Trans als Phänomen geht mit einer Anpassung an gesellschaftliche Normvorstellungen (z.B. durch transnormative biographische Narrative, Anpassung von trans Lebensentwürfen an christlich-bürgerliche Familienvorstellungen, Integration in den neoliberalen Arbeitsmarkt) einher (Irving, 2013; Lüthi, 2020; Spade, 2006). Die für die Entpathologisierung notwendige Anerkennung durch die Psychiatrie und Psychologie geht mit einer Entsolidarisierung und Distanzierung sowohl von psychopathologisierten cis Personen als auch von mehrfach psychopathologisierten trans Personen einher. Die Autorität der Psychologie und Psychiatrie zu entscheiden, wer als psychisch ‚gesund‘ und wer als psychisch ‚krank‘ gilt, wird nicht grundlegend infrage gestellt (Lüthi, 2020).

²⁴ Die Begriffe Entpathologisierung und Depathologisierung verwende ich synonym.

Während und nach Prozessen der Entpathologisierung identifiziert Lüthi eine subtile Weiterführung und Ausweitung der Pathologisierung. Diese sogenannte *Repathologisierung* vollzieht sich durch die Ausweitung und Weiterführung der diagnostischen Merkmale der ‚alten‘ Diagnose und der damit einhergehenden Entwahrnehmung von Lebensrealitäten und Forderungen von Menschen, deren Situation sich durch die Entpathologisierung nicht verbessert oder sogar verschlechtert hat. Da das ‚Ziel‘ als erreicht gilt (hier: Trans ist bei Erwachsenen offiziell entpathologisiert), wird mediale und politische Aufmerksamkeit vom Thema abgezogen, obwohl sich die Situation von z.B. trans Kindern und Jugendlichen, trans Sexarbeiter*innen, rassifizierten trans Personen, armutsbetroffenen trans Personen, trans Asylsuchenden oder psychiatrisierten trans Personen nicht grundlegend verbessert hat. Die verringerte Aufmerksamkeit kann im Gegenteil zu einer Verschlechterung der Lebenssituationen führen (Fütti, 2019; Lüthi, 2020). Beispielhaft hierfür ist die Situation von LGBTIQ Geflüchteten in den strukturell rassistischen Asylverfahren in der EU. Sie müssen nach wie vor die Glaubhaftigkeit ihrer Erzählungen in Bezug auf ihr schwul, lesbisch, bi und trans Sein ‚beweisen‘. Diese Verfahren sind durch ein Weißes, bürgerliches, ableistisches, cis- und heteronormatives Wissen über Geschlecht und Sexualität geprägt (Hübner, 2016). Ein Beispiel für die Entwahrnehmung von weitergeführter Pathologisierung ist, dass „das Überleben in einer trans*diskriminierenden Gesellschaft zunehmend als pathologisch verstanden und als *Angststörung*, *Wutstörung*, *Bipolare Störung* oder *Schizophrenie* weiter pathologisiert [wird]. Diskriminierung wird dabei individualisiert und zum psychiatrischen Gegenstand gemacht“ (Herv. i. O.; Lüthi, 2020, S. 36). Weitere Beispiele für die Weiterführung der Pathologisierung sind z.B. die Übernahme von identitäts- und kleidungspathologisierenden diagnostischen Merkmalen aus dem ICD-10 in die Diagnose *Gender incogruence of childhood* im ICD-11. Ebenso die Platzierung der *Gender incongruence* in das Kapitel *Conditions related to sexual health*. Hier wird die alte Annahme reproduziert, Trans hätte inhärent etwas mit Sexualität zu tun. Ein weiterer Aspekt der subtilen Weiterführung der Pathologisierung und Stigmatisierung von Trans ist die erneute Herstellung eines Näheverhältnisses zu als negativ, kriminell oder pathologisch bewerteten Phänomenen durch die Ansiedelung der Diagnose *Gender incogruence* neben Diagnosen wie *Male erectile dysfunctions*, *Human immunodeficiency virus disease* oder *Pedophilic Disorder* (Rott, 2014; World Health Association, 2022).

Obwohl seit 1. Januar 2022 der ICD-11 in Österreich offiziell gültig ist, wird es noch Jahre dauern, bis die Veränderungen in der Praxis umgesetzt werden. Trotz all dem ist ein langsamer „Perspektiven- und Paradigmenwechsel in der Gesundheitsversorgung von Trans*-Menschen, weg von einem engen, starren und psychopathologisierenden, hin zu einem entpsychopathologisierten, menschenrechtskonformen und individuell bedürfnisorientierten Modell“ (Hamm & Sauer, 2014, S. 27) zu beobachten.²⁵ Die Entpathologisierung stellt hierfür jedoch nur den ersten Schritt dar.

2.2.1.2. Juristisch-medizinische Regulation von Trans in Österreich.

Die den Übergang von der Konstruktionsphase in die Managementphase einleitende Einführung rechtlicher Regulationen mit Bezug zu Trans begann in Österreich Ende der 1970er, Anfang der 1980er Jahre. Zu dieser Zeit hat das Innenministerium begonnen, die Vereinheitlichung des Verwaltungsaktes der Personenstandsänderung vorzubereiten. Baumgartinger (2019) zufolge gibt es für den Zeitpunkt dieser Initiative verschiedene Gründe. So werden zu dieser Zeit im Innen- und Justizministerium die Neufassung des Personenstandsgesetzes und die Familienrechtsreform diskutiert. Als weitere Einflussfaktoren werden Anträge auf Namens- und Personenstandsänderung von trans Personen und Personenstandsberichtigung von inter Personen über die vergangenen Jahre bei den Standesämtern, die darauffolgenden internen Nachfragen von Beamt*innen bei den höhergestellten Instanzen, der Suizid einer trans Person, der die Personenstandsänderung verweigert wurde, und die gehäuft auftretende „Praxis der Eigenmodifikation des Körpers“²⁶ (Baumgartinger, 2019, S. 99) genannt. Diese Gemengelage forderte die vorherrschende Geschlechternorm als natürlich, binär und heterosexuell, welche Grundlage der staatlichen Verwaltung von Geschlecht war, heraus. Es gab keine juristische Definition von Geschlecht, ebenso keine eindeutige verwaltungspraktische Vorgehensweise für eine Änderung des eingetragenen Geschlechts. Als Reaktion auf diese Herausforderung der heteronormativen

²⁵ Beispielhaft hierfür ist die Veränderung der Zielsetzung der SoC zwischen der Erstveröffentlichung und der aktuellsten, achten Version. In der Erstveröffentlichung 1979 war es das Ziel einen „professional consensus about the psychiatric, psychological, medical and surgical management of GD [Gender Dysphoria]“ (World Professional Association for Transgender Health [WPATH], 2016, S. 2) zu artikulieren. In der achten Version von 2022 heißt es: „The overall goal [...] is to provide clinical guidance to health care professionals to assist transgender and gender diverse (TGD) people in accessing safe and effective pathways to achieving lasting personal comfort with their gendered selves with the aim of optimizing their overall physical health, psychological well-being, and self-fulfillment“ (Coleman et al., 2022, S. 5).

²⁶ Gemeint sind hierbei verschiedene „Do-It-Yourself“-Praxen, zum Beispiel Selbstmedikation.

Hegemonie kamen verschiedene Prozesse ins Rollen, die die Brüche ‚reparieren‘ und die Ordnung wiederherstellen sollten (Baumgartinger, 2019).

Zwischen 1980 und 1983 diskutierten Vertreter*innen des Bundesministeriums für Inneres (BMI), des Justizministeriums, des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), des Obersten Sanitätsrats (OSR), des Bundeskanzleramtes und medizinische ‚Expert*innen‘ in verschiedenen Zusammensetzungen den damaligen Forschungsstand und die Möglichkeiten des Umgangs mit trans Personen im Personenstandsrecht. Den Standesämtern wurden erste Anweisungen gegeben und die Entscheidungen über personenstandsrechtliche Verfahren wurde ab 1981 beim Innenministerium zentralisiert. Als Mitglieder des OSR erstellten der Psychoanalytiker Hans Strotzka und der Gerichtsmediziner und damalige Rektor der Universität Wien Wilhelm Holczabek²⁷ ein Gutachten, welches maßgeblichen Einfluss auf den Erstellungsprozess des richtungsweisenden Erlasses hatte (Baumgartinger, 2019). Baumgartinger zufolge bildet dieses Gutachten

inhaltlich die Grundlage der staatlichen Regulierung von Trans.

‚Transsexualismus‘ wird mit vier Punkten definiert, die als folgende Themenpunkte ‚weiterwandern‘ und sich nur geringfügig ändern: Trans sei ein „Symptombild kontrasexuell identifizierter Personen“, diese hätten eine „Abscheu gegen ihre Genitalausstattung“ und daher den „unverrückbarer [sic] Wunsch nach operativer Geschlechtsumwandlung“ (OSR 1984). Bereits hier gelten „ein operatives Vorgehen als auch eine lebenslange medikamentöse Verabreichung von Hormonen“ (ebd.) als zwingend. Zusätzlich werden zwei Jahre Psychotherapie und etliche psychiatrische Gutachten gefordert. (Baumgartinger, 2019, S. 104)

²⁷ Wilhelm Holczabek konnte aufgrund der NS-Rassengesetzgebung seine Promotion am Institut für Gerichtsmedizin in Wien erst 1945, drei Jahre später als nötig, abschließen. Durch den Zuspruch des mit seiner Familie befreundeten Institutsvorstandes und „ideologischen Hardliners“ (Arias, 2009, S. 147) Philipp Schneider konnte er jedoch am Institut verbleiben. Zwischen 1938 und 1945 fanden am Institut im Dienste der NS-Rassenideologie ‚erbbiologische‘ und ‚rassenhygienische‘ Untersuchungen und Maßnahmen wie medizinische Menschenversuche, Abtreibungsverfolgung und Gerichtsgutachten zur Durchsetzung des eugenischen ‚Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses‘ mit Empfehlungen zur Gefängnishaft, KZ-Haft, Zwangssterilisation oder Todesstrafe von z.B. als homosexuell, ‚erbkrank‘ oder ‚asozial‘ verfolgten statt. Nach dem Ende der NS-Herrschaft stellte Holczabek eine „inflationäre Anzahl von ‚Persilscheinen‘“ (Arias, 2009, S. 65) für ehemalige führende und stramm nationalsozialistische Institutsangehörige wie z.B. Philipp Schneider, Leopold Breitenacker und Ferdinand Schoen aus und trug somit, neben seiner eigenen Person, zur personellen und ideologischen Kontinuität am Institut für Gerichtsmedizin in Wien in der Nachkriegszeit bei (Arias, 2009).

Die circa dreijährige Verhandlungsphase mündete am 18. Juli 1983 in die Veröffentlichung des sogenannten ‚Transsexuellen-Erlasses‘ (TE)²⁸. Dieser Erlass beschrieb zum ersten Mal detailliert die verwaltungsrechtliche Verfahrensweise einer Personenstandsänderung für die zuständigen Unterbehörden. Schon vor diesem Erlass verlangten die zuständigen Standesämter pathologisierende medizinische Gutachten von trans und inter Personen. In diesem Erlass wurde die Gutachtenpflicht festgeschrieben und der Inhalt der Gutachten definiert. Darüber hinaus wurden darin die automatische Auflösung von bestehenden Ehen, die Kostenübernahme des Prozesses durch die trans Personen und die zentralistische Letztentscheidung durch das Innenministerium festgelegt (Baumgartinger, 2019).

Kern des TE sind die vier Kriterien, welche das Gutachten enthalten muss und welche sich als zentrale Motive der staatlichen Regulierung von Trans in Österreich herausstellen werden (Baumgartinger, 2019). Das Gutachten muss belegen, dass die antragstellende Person

1. „längere Zeit unter der zwanghaften Vorstellung gelebt hat, dem anderen Geschlecht zuzugehören“ (Bundesministerium für Inneres [BMI], 1983, S. 65),
2. sich geschlechtsangleichenden Operationen unterzogen hat,
3. eine „deutliche Annäherung an das äußere Erscheinungsbild des anderen Geschlechts“ (BMI, 1983, S. 65) erreicht hat und
4. „mit hoher Wahrscheinlichkeit damit zu rechnen ist, dass sich am Zugehörigkeitsempfinden zum anderen Geschlecht nichts mehr ändern wird“ (BMI, 1983, S. 65).

Im Gutachten des OSR und im TE von 1983 erstmalig festgeschrieben, bleiben diese vier Kernelemente in der juristisch-medizinischen Regulation über die folgenden Erlässe – seit 2010 ohne den Operationszwang – bis in die aktuell gültigen *Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus nach der Klassifikation in der derzeit gültigen DSM bzw. ICD-Fassung* (kurz: ‚Behandlungsempfehlungen‘) von 2017 unverändert erhalten (Baumgartinger, 2019; Bundesministerium für Gesundheit [BMG], 2017b).

²⁸ Tatsächlich hat es nicht nur einen Erlass gegeben, der sich mit der Verwaltungspraxis der Personenstandsänderung beschäftigte. Aufgrund seines Einflusses und seiner Beständigkeit bezeichnet Baumgartinger (2019) in der Diskussion über die staatlich-medizinische Regulation von Trans den Erlass vom 18. Juli 1983 als *den* ‚Transsexuellen-Erlass‘. Ich folge dieser Bezeichnungspraxis.

In den Jahren nach 1983 etablierte sich die verordnete Praxis in den zuständigen Behörden. Im März 1988 wurde das Namensänderungsgesetz beschlossen. Dieses definiert mögliche Gründe einer Namensänderung. Ein möglicher Grund der Vornamensänderung liegt vor, wenn der Name nicht dem Geschlecht der antragstellenden Person entspricht. Darüber hinaus wird hier definiert, dass der Name dem Geschlecht der antragstellenden Person entsprechen soll und dass er bereits gebräuchlich sein soll (Baumgartinger, 2019). Dies wurde jedoch nicht weiter definiert und die Entscheidung, ob ein Name ‚passt‘ oder nicht, oblag und obliegt somit den dafür zuständigen Beamten*innen. Einmal mehr wirkt hier „ein ‚allgemeingültiges‘ heteronormatives, mit national-kulturellem Selbstverständnis aufgeladenes Geschlechter- und Sexualitätenbild“ (Baumgartinger, 2019, S. 107).

Ende 1996 wurde in einem weiteren Erlass des Innenministeriums die sozial-, familien- und menschenrechtlich stark kritisierte Praxis der automatischen Auflösung von bestehenden Ehen beendet. Ehen sind ab diesem Zeitpunkt nicht mehr automatisch aufgelöst worden, jedoch wurde die Scheidung einer bestehenden Ehe als Voraussetzung einer Personenstandsänderung festgeschrieben. Eine Vornamensänderung in einen ‚geschlechtsspezifischen‘ Namen war weiterhin ausschließlich nach einer Personenstandsänderung (also nur nach hormonellen und chirurgischen Maßnahmen) möglich. Eine Änderung auf einen ‚neutralen‘ Namen war ohne diese möglich, jedoch wurde auch hierfür ein Gutachten über eine bestehende ‚Transsexualität‘ verlangt (Baumgartinger, 2019).

Das Gesundheitsministerium veröffentlichte im Juni 1997 die ersten sogenannten ‚Behandlungsempfehlungen‘ (Originaltitel: *Empfehlungen für den Behandlungsprozess von Transsexuellen*; BMG, 1997). Diese orientierten sich stark an dem Gutachten des OSR von 1983. Es wird ein zehnstufiges lineares Vorgehen geschildert und die damals gültigen Regelungen zusammengefasst. Die ‚Behandlungsempfehlungen‘ von 1997 beinhalten einen mehrteiligen Diagnoseprozess mit Indikationsstellung (1,2), eine verpflichtende einjährige bzw. mindestens 50-stündige Psychotherapie (3), eine psychiatrische Kontrolluntersuchung (4), eine ärztlich kontrollierte Hormontherapie mit mindestens einjährigem Alltagstest und begleitender psychotherapeutischer Behandlung (5), eine erneute psychiatrische und gynäkologisch-urologische Untersuchung, aus deren Stellungnahme die „Kontinuität und Unbeeinflussbarkeit des transsexuellen Wunsches“ (BMG, 1997, S. 1) hervorgeht (6), ein

zusammenfassendes Gutachten des Instituts für Gerichtliche Medizin der Universität Wien (8), Operation(en), gegebenenfalls postoperative Psychotherapie und eine ärztliche Bestätigung für den gesamten Prozess, dass das „äußere Erscheinungsbild“ möglicherweise nicht mit offiziellen Dokumenten „übereinstimmt“ (8,9,10; BMG, 1997, S. 1). Die ‚Behandlungsempfehlungen‘ stellen einen stufenweisen, linearen, teleologischen Transitionsprozess dar. Es ist nicht möglich, Stufen zu überspringen oder nur Teile der ‚Behandlungen‘ in Anspruch zu nehmen. Alle Kosten sind von den antragstellenden Personen selbst zu tragen (BMG, 1997). Seit Anfang der 2000er waren die geltenden Regelungen aktivistischer Kritik ausgesetzt und Gegenstand gerichtlicher Verhandlungen (Baumgartinger, 2019). Im Juni 2006 fiel mit einem Urteil des Verfassungsgerichtshofs der Scheidungszwang. Ebenfalls Anfang 2009, nur kurze Zeit später, wurde mit einem Erkenntnis des Verwaltungsgerichtshofes (VwGH) der Operationszwang²⁹ gekippt. Der VwGH erkennt (an), dass die verlangte „Entfernung der primären Geschlechtsmerkmale, keine notwendige Voraussetzung für eine deutliche Annäherung an das äußere Erscheinungsbild des anderen Geschlechts [mehr] ist“ (Verwaltungsgerichtshof, 2009, S. 5). Zunächst hat sich das Innenministerium nicht an diese Entscheidung gehalten und hat weiterhin geschlechtsangleichende Operationen für eine Personenstandsänderung verlangt. Es folgten Klagen wegen Amtsmissbrauch gegen das Innenministerium vor dem VwGH und dem Verfassungsgerichtshof (VfGH). Ende 2009 und Anfang 2010 wurde das Innenministerium schuldig gesprochen und zur Ordnung gerufen, sich an die Rechtsprechung zu halten (Baumgartinger, 2019).

Im März und Mai 2010 reagierte das Innenministerium auf die Erkenntnisse der Gerichte mit drei weiteren Erlässen. Von nun an verlangte auch das Innenministerium für eine Personenstandsänderung keine Operationen mehr. Außerdem hat das Innenministerium mit dem Erlass von 23. März 2010 die Regelungs- und Entscheidungskompetenzen wieder an die Länder und Bezirke abgegeben (Baumgartinger, 2019; BMI, 2010). Eine offizielle, bundesweit einheitliche Regelung für die Vorgehensweise einer Personenstandsänderung gibt es

²⁹ Von 1983 bis 2009 waren geschlechtsangleichende Operationen Voraussetzung für eine Personenstandsänderung. Gleichzeitig war bis 2001 die Durchführung von geschlechtsangleichenden Operationen in Österreich als Körperverletzung und ‚Verstoß wider die guten Sitten‘ verboten. Trans Personen, die finanziell dazu in der Lage waren, sind daher lange Zeit in Länder wie Marokko oder die Schweiz gereist, in denen solche Operationen legal und der Zugang zu ihnen weniger stark reguliert waren (Baumgartinger, 2019).

seitdem nicht mehr.³⁰ Ein Antrag auf Änderung des Geschlechtseintrages muss von nun an beim Geburtsstandesamt beantragt werden. Eine Namensänderung kann daran anschließend bei der Bezirksbehörde des Wohnsitzes beantragt werden (BMI, 2010). In diesem Erlass wird zwar eingestanden, dass der Operationszwang illegal ist, jedoch werden die restlichen drei der vier Punkte aus dem ersten ‚Transsexuellen-Erlass‘ von 1983 (‚zwanghafte Vorstellung‘, Annäherung an das äußere Erscheinungsbild, Geschlechterpermanenz) reaffirmiert. Des Weiteren regelt der Erlass, dass die zuständigen Behörden dem „Grundsatz der materiellen Wahrheit“ (BMI, 2010, S. 2) verpflichtet sind und daher eine Beweisaufnahme zur Ermittlung „des wahren (objektiven) Sachverhalt[es]“ (BMI, 2010, S. 2) durchführen müssen. Weitere Details zur Art und Weise der ‚Wahrheitsermittlung‘ werden nicht genannt. Mit der Abgabe der zentralen Entscheidungskompetenz des Innenministeriums werden die vom Gesundheitsministerium herausgegebenen ‚Behandlungsempfehlungen‘ als Dokument der Regulation aufgewertet (Baumgartinger, 2019). Besonders deutlich wurde dies, als in der ersten Revision der ‚Behandlungsempfehlungen‘ von 2014 – 17 Jahre nach Veröffentlichung der ersten ‚Behandlungsempfehlungen‘ und vier Jahre nach der Abgabe der Entscheidung des BMI – ein Passus zur Personenstandsänderung auftaucht, mit dem sich das Gesundheitsministerium direkt an die Standesbeamt*innen wendet (BMG, 2014). Die Abgabe der Entscheidungsmacht des Innenministeriums an die Landes- und Bezirksbehörden öffnete Interpretations- und Handlungsspielraum für die einzelnen Standesbeamt*innen, Bezirks- und Landesverwaltungen. Dies wird unter anderem darin sichtbar, dass in verschiedenen Städten in Österreich leicht unterschiedliche Regelungen gelten bzw. viele Städte und Bezirke keine öffentlich einsehbaren Regelungen zur Personenstandsänderung besitzen. In meiner Arbeit konzentriere ich mich auf das Bundesland Wien.

Seit dem zentralisierenden ‚Transsexuellen-Erlass‘ von Juli 1983 bis zur erneuten Föderalisierung der Personenstandsänderung im März 2010 hat lediglich eine Beamt*in, nämlich jene, die im Innenministerium für Personenstandsangelegenheiten zuständig war, über alle Anträge auf Personenstandsänderung entschieden. Über die gesamten 27 Jahre waren dies insgesamt zwei Personen (Baumgartinger, 2019).

³⁰ De facto haben die vom Gesundheitsministerium herausgegebenen ‚Behandlungsempfehlungen‘ den Rang einer bundesweiten Regelung eingenommen.

Die ‚Behandlungsempfehlungen‘ werden, obwohl sie nicht rechtlich bindend sind, als Orientierung der verlangten Vorgehensweise von den zuständigen Behörden und als Voraussetzung für die Übernahme von Kosten von den Krankenkassen herangezogen. Seit ihrer erstmaligen Veröffentlichung durch das Gesundheitsministerium 1997 über deren Revisionen 2014, 2015 und 2017 wurden die darin empfohlenen Vorgehensweisen von trans Aktivist*innen wiederholt kritisiert (TransX, 2004). Neben der hetero- und transnormativen und pathologisierenden Grundhaltung gegenüber Trans irritieren mindestens zwei weitere Aspekte. Erstens: In den ‚Behandlungsempfehlungen‘ werden „die staatlich-medizinische Verwaltung von Trans mit der staatlich-personenstandsrechtlichen verbunden und so ‚die Norm‘ wieder hergestellt: in den medizinischen (!) Behandlungsempfehlungen wird den Personenstandsämtern (!) beschrieben, wie sie bei Personenstandsänderungen von trans Personen vorgehen sollen“ (Baumgartinger, 2019, S. 115). Des Weiteren stellt sich die Frage, wieso der Staat Österreich eigene ‚Behandlungsempfehlungen‘ herausgibt. Seit 1979 veröffentlicht die WPATH ihre international anerkannten Standards of Care. Diese erschienen 2022 in der achten Version und setzen sich zum Ziel, eine evidenzbasierte, bedürfnisorientierte und respektvolle Gesundheitsversorgung für trans Personen zu unterstützen (Coleman et al., 2022). Die revidierte Fassung der österreichischen ‚Behandlungsempfehlungen‘ von 2014 enthalten erstmals den Verweis, dass sie sich an der siebten Version der SoC von 2012 orientieren (BMG, 2014). Dies bleibt jedoch ein Lippenbekenntnis. Inhaltlich verbleiben die revidierten Fassungen der österreichischen ‚Behandlungsempfehlungen‘ von 2014, 2015 und 2017 weiterhin eindeutig am Gutachten des OSR und dem TE von 1983 orientiert (Baumgartinger, 2019). Neben leichten Lockerungen im möglichen Ablauf (manche chirurgischen Maßnahmen sind ohne vorherige Hormontherapie möglich) und den Erfordernissen (Alltagstest entfällt; Zwangspsychotherapie wird zu einem verpflichtenden psychotherapeutischen Gutachten) bleiben die Inhalte der ‚Behandlungsempfehlungen‘ nahezu unverändert (BMG, 1997, 2014, 2017b). Im Dezember 2017 werden zum ersten Mal eigene ‚Behandlungsempfehlungen‘ für trans Personen unter 18 Jahren veröffentlicht. Sie unterscheiden sich von denen für Erwachsene hauptsächlich in verpflichtender Psychotherapie und Fremdbestimmung durch Einwilligung der Erziehungsberechtigten (BMG, 2017a). Bis 2018

sind also zwei wichtige Forderungen der Trans-Bewegung und einzelner trans Personen – der Scheidungs- und der Operationszwang – durch ein Verhandeln des Erlasses vor Gericht, aber auch durch Öffentlichkeits- und politische Lobbyarbeit im Hintergrund erreicht. Gleichzeitig wird die pathologisierende Konkretisierung von Trans aus den 1980er-Jahren ins österreichische Recht eingeschrieben und mehrmals verfestigt. An der Zweigeschlechternorm wie auch der Heteronorm wird von Seiten der staatlichen Verwaltung erfolgreich festgehalten. [...] Die Forderungen nach Entpathologisierung von Trans und freier Namenswahl sind weiterhin aufrecht.

(Baumgartinger, 2019, S. 115)

Im Juni 2018 entscheidet der VfGH nach der Klage einer inter Person, dass es mehr als nur zwei verwaltungsrechtliche Geschlechtseinträge geben muss. Seit diesem Erkenntnis gibt es in Österreich neben ‚weiblich‘ und ‚männlich‘ auch ‚divers‘, ‚inter‘ und ‚offen‘ als möglichen Geschlechtseintrag. Ebenso gibt es die Möglichkeit, den Geschlechtseintrag gänzlich streichen zu lassen (Verfassungsgerichtshof, 2018). Zwei Erlässe des Innenministeriums reglementieren daraufhin den Zugang zu den Optionen. Um den Geschlechtseintrag auf eine Option abseits von ‚männlich‘ und ‚weiblich‘ ändern zu lassen, muss ein medizinisches Gutachten eine sogenannte Variante der Geschlechtsentwicklung (Intergeschlechtlichkeit) nachweisen (ORF.at, 2020). Diese Erlässe mit der biologisch-essentialistischen Rückbindung des Geschlechtseintrages an medizinisch konstruierte Körpnormen können als weitere „Reparaturmechanismen“ (Baumgartinger, 2019, S. 7) der durch das Urteil herausgeforderten heteronormativen Hegemonie verstanden werden.

Im Februar 2023 gibt das Verwaltungsgericht Wien einer Klage einer nicht-binären Person auf den Geschlechtseintrag ‚nicht-binär‘ recht (Venib, 2023a). Kurz darauf werden weitere Klagen für diesen Geschlechtseintrag, für eine Änderung auf ‚divers‘ und zwei Klagen auf die Streichung zugunsten der Kläger*innen entschieden. Diese Urteile wurden vom Innenministerium angefochten und liegen derzeit (Februar 2024) beim Verwaltungsgerichtshof (Venib, 2023b, 2023c).

Forderungen nach Entpathologisierung von Trans und Inter, nach Selbstbestimmung in Personenstands- und Namenswahl, nach einem Ende der verpflichtenden Gutachten, nach einem Anrecht auf kostenfreie Neuausstellung offizieller Dokumente nach einer Personenstands- und/oder Namensänderung, nach umfassendem Diskriminierungsschutz, nach Aufklärungs- und

Bildungsprogrammen, nach freiem Zugang zu einer individuellen, bedürfnisorientierten und respektvollen transspezifischen Gesundheitsversorgung, nach Reparationen für erlittene (strukturelle) Gewalt und Diskriminierung und besserem Schutz vor ökonomischer Prekarität prägen den aktuellen trans Aktivismus und den der vergangenen Jahre in Österreich (Baumgartinger, 2017; Blau, 2022; HOSI Wien et al., 2021; Rott, 2014; Schedlbauer, 2011; TransX, 2004).

2.2.2. Aktuelle Situation in Österreich – die ‚Behandlungsempfehlungen‘

Die aktuelle Regulation, mit der sich trans Personen in Österreich konfrontiert sehen, basiert auf dem Personenstandsgesetz, dem Namensänderungsgesetz, dem Erlass des Innenministeriums von 23. März 2010, den relevanten Urteilen des Verwaltungsgerichtshofes, Verfassungsgerichtshofes, des Obersten Gerichtshofes und den aktuell gültigen ‚Behandlungsempfehlungen‘ des Gesundheitsministeriums von 2017 (siehe Kapitel 2.2.1.2.; Baumgartinger, 2019). In der Praxis sind die ‚Behandlungsempfehlungen‘ (BMG, 2017b) das zentrale Dokument der staatlich-medizinischen Regulation von Trans in Österreich. Die Regulation betrifft auf der einen Seite die rechtliche Anerkennung der trans Personen in Bezug auf Personenstand und Vornamen und auf der anderen Seite den Zugang zu geschlechtsaffirmierender Gesundheitsversorgung. Die insgesamt siebenseitigen *Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus nach der Klassifikation in der derzeit gültigen DSM bzw. ICD-Fassung*, so der volle Titel der ‚Behandlungsempfehlungen‘, beginnen mit einer zweiseitigen Präambel und legen von Seite drei bis zum Beginn der sechsten Seite einen linearen, von eins bis neun durchnummerierten Ablauf der empfohlenen ‚Behandlung‘ fest (BMG, 2017b). Auf diesen Seiten werden die Zugangsvoraussetzungen zu geschlechtsaffirmierender Gesundheitsversorgung beschrieben. Der Rest der sechsten Seite betrifft die Regelungen für die Personenstandsänderung. Die letzte Seite ist ein Blankoformular einer „Behandlungsbestätigung“³¹ (BMG, 2017b, S. 3). Wie bereits in den ‚Behandlungsempfehlungen‘ von 2014, wird in der Präambel fälschlicherweise behauptet, dass sich die österreichische Regulation in Form des vorliegenden Dokuments „in weiten Teilen“ (BMG, 2017b, S. 1) an der siebten Version der Standards of Care der WPATH orientieren (Coleman et al., 2012). Bereits im Titel

³¹ Die ‚Behandlungsbestätigung‘ ist ein direktes Erbe von Hirschfelds sogenannten Transvestitenscheinen (siehe Kapitel 2.2.1.1.).

und ebenso in der Präambel stellt das Dokument fest, dass es hier um die Diagnosen Geschlechtsdysphorie und Transsexualismus nach der aktuell gültigen DSM bzw. ICD Fassung geht. Im weiteren Verlauf des Dokuments wird ausschließlich von der Diagnose Transsexualismus aus dem ICD-10 gesprochen. Obwohl in Österreich seit 1. Januar 2022 das ICD-11 (auch) gültig ist, beziehen sich die ‚Behandlungsempfehlungen‘ auf die Diagnose F64.0 des ICD-10. Solange von staatlicher Seite keine, wie im Dokument selbst angekündigte, Aktualisierung der ‚Behandlungsempfehlungen‘ bzw. eine Reformierung des gesamten Anerkennungsprozesses geschieht, wird sich daran nichts ändern und wird die lange erstrittene Entpathologisierung von Trans im ICD-11 nicht umgesetzt. Das bedeutet, dass, obwohl aus Sicht der aktuellen ICD Fassung Trans keine psychopathologische Störung mehr darstellt, in Österreich weiterhin die pathologisierenden ICD-10 Diagnose verlangt wird.

Im Folgenden werde ich die verschiedenen Möglichkeiten geschlechtsaffirmierender Gesundheitsversorgung, die rechtliche Anerkennung und die dafür benötigten Voraussetzungen, wie sie in den ‚Behandlungsempfehlungen‘ dargestellt werden, skizzieren. Ich folge hierbei dem Ablauf der ‚Behandlungsempfehlungen‘ (BMG, 2017b).

2.2.2.1. Transspezifische, geschlechtsaffirmierende Gesundheitsversorgung.

Unter transspezifischer, geschlechtsaffirmierender oder transitionsspezifischer Gesundheitsversorgung können unterschiedliche Behandlungen fallen: z.B. (Gesichts-)Haarentfernung oder -rekonstruktion/-transplantation, Hormonersatztherapie, Stimmtraining, Brust- und genitalchirurgische Eingriffe wie Orchiektomie, Hysterektomie, Vagino- oder Penoidplastiken oder Gesichtsfeminisierung (Coleman et al., 2012). Die diese Maßnahmen anbietenden Ärzt*innen verweisen auf die Einhaltung der ‚Behandlungsempfehlungen‘. Ebenso verweisen die Krankenkassen für die (Teil-)Übernahme der Kosten auf die Einhaltung der ‚Behandlungsempfehlungen‘. Eine rechtsverbindliche Liste mit Gesundheitsleistungen, welche von den Krankenkassen als ‚medizinisch notwendige‘

Maßnahmen gezahlt werden und welche lediglich als kosmetische Behandlung angesehen werden und daher nicht übernommen werden, gibt es nicht.³²

Der Abschnitt in den ‚Behandlungsempfehlungen‘, der den Zugang zu diesen Gesundheitsleistungen regelt, folgt in neun Unterpunkten, von „1. Diagnostischer Prozess zur grundsätzlichen Feststellung des Vorliegens einer Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus“ über „5. Hormonbehandlung“ bis „9. Postoperativ“ (BMG, 2017b, S. 3-6), einem scheinbar determinierten, teleologischen und linearen Ablauf, der die vermeintlich notwendigen Schritte einer ‚Transition‘ behandelt. Der ‚Behandlungsprozess‘ beginnt gemäß den ‚Behandlungsempfehlungen‘ mit einem „diagnostische[n] Prozess zur grundsätzlichen Feststellung des Vorliegens einer Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus“ (BMG, 2017b, S. 3). Dieser ist dreigeteilt und enthält eine psychiatrische, klinisch-psychologische und eine psychotherapeutische Diagnostik.

Aufgaben des diagnostischen Prozesses sind: Diagnoseerstellung, Beschreibung der psychosozialen, gesundheitlichen Situation, die Feststellung, dass die Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus ohne Behandlung aus heutiger Sicht mit sehr großer Wahrscheinlichkeit als dauerhaft eingestuft werden kann sowie Indikationsstellung für etwaige weitere Behandlungsschritte. (BMG, 2017b, S. 3)

Die antragstellende Person bestimmt eine der drei psy* Fachpersonen als fallführend. Diese muss den dreiteiligen Diagnostikprozess in einer gemeinsamen Indikationsstellung zusammenfassen. Die drei Stellungnahmen müssen sich in der Diagnose Transsexualismus entsprechen. In der Indikationsstellung werden weitere ‚Behandlungsschritte‘ empfohlen. Diese ist ein Jahr gültig und Voraussetzung für die Inanspruchnahme von hormonellen und chirurgischen Maßnahmen. Erst danach kann laut den ‚Behandlungsempfehlungen‘ mit den Vorbereitungen der eigentlichen Hormonbehandlung begonnen werden. Für diese werden eine urologisch-

³² Paulitsch (2023) beschreibt, dass „die Kosten der Hormonbehandlung, der Mastektomie (Brusttransformation), der Hysterektomie und der Geschlechtsangleichung von den Krankenkassen übernommen [werden]. Nicht refundiert werden die Epilation (Haar- und Bartentfernung mittels Laser) sowie die Stimmbildung oder der Brustaufbau bei Transfrauen“ (S. 97). In einem Gutachten über die aktuelle Situation der ‚Geschlechtsinkongruenz‘ in Österreich listet Kirnbauer (2019) folgende Eingriffe auf, die 2017 von den österreichischen Sozialversicherungen gezahlt wurden: Hysterektomie, Adnektomie, Orchiektomie (sterilisierende Eingriffe); Kolpektomie, Emaskulation, Vagino-, Vulva-, Penoid-, Skrotalplastik (genitalchirurgische Eingriffe); Mastektomie, Brustaufbau (Eingriffe in der Brustregion) und Eingriffe am Kopf und Hals (übernommen aus Tabelle 5: Abgerechnete Eingriffe nach anatomischer Region; S. 35).

gynäkologische Untersuchung und erneut zwei Stellungnahmen, eine von einer Psychiater*in und eine von einer Psychotherapeut*in oder einer klinischen Psycholog*in, benötigt. In einer von der fallführenden psy* Fachperson zusammengeführten Konsens-Stellungnahme muss das Identitätsempfinden erneut bestätigt werden und es muss bestätigt werden, dass es keine somatischen Kontraindikationen für die Hormontherapie gibt. Aus dieser gemeinsamen Stellungnahme kann eine Behandlungsindikation für Hormontherapie gestellt werden (BMG, 2017b).

Für chirurgische Maßnahmen muss eine Hormontherapie nachweislich und unter kontinuierlicher ärztlicher Kontrolle ein Jahr durchgeführt werden. Dann werden wiederum zwei Stellungnahmen, eine von einer Psychiater*in und eine von einer Psychotherapeut*in oder einer klinischen Psycholog*in, benötigt. In einer von der fallführenden psy* Fachperson zusammengeführten Konsens-Stellungnahme muss das Identitätsempfinden erneut bestätigt werden und die Notwendigkeit einer chirurgischen Maßnahme bestätigt und indiziert werden. Die Mastektomie und eine Hysterektomie sind die einzigen chirurgischen Maßnahmen, welche unabhängig von einer Hormonbehandlung durchgeführt werden können. (BMG, 2017b; Cha(i)nge, 2021).

Die Annahme einer natürlichen Zweigeschlechtlichkeit und die Auffassung Transgeschlechtlichkeit sei einzig der Wunsch nach einem ‚Wechsel von einem Geschlecht in das Andere‘ bestimmen nach wie vor sowohl die gesetzlichen Bestimmungen bzw. Erlässe, große Teile der psy* Fachliteratur zu trans und daher auch die ‚Behandlungsempfehlungen‘ (Baumgartinger, 2019; Lüthi, 2020; Rott, 2014). Das daraus folgende verkürzte Verständnis von transitionsspezifischer Gesundheitsversorgung als *eine* ‚Transition‘ welche einen Anfang und ein klar definiertes Ende bzw. ‚Ergebnis‘ – und zwar die bestmögliche Annäherung an die allgemeingültigen Vorstellungen des binär gegenüberliegenden Geschlechts – hat, ist nur eine Folge daraus. Diese Auffassung wird bereits im formalen Aufbau der ‚Behandlungsempfehlungen‘ deutlich. Eine weitere Folge dieser reduzierten Auffassung von transspezifischer Gesundheitsversorgung ist, dass Geschlechtsidentitäten abseits von männlich und weiblich in ihren spezifischen und individuellen Notwendigkeiten und Bedürfnissen nicht berücksichtigt werden. Diese Einpassung von Transgeschlechtlichkeit in die bestehende heteronormative Geschlechterordnung und die daraus abgeleiteten normativen Vorstellungen von ‚echter‘ Transgeschlechtlichkeit wird als transnormativ bzw. Transnormativität

bezeichnet (Körner, 2017). So gibt es inzwischen viele nicht-binäre Personen, die keine oder nur bestimmte Angebote von geschlechtsaffirmierenden körperlichen Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen und denen in den aktuellen Verhältnissen keine oder nur eingeschränkt eine bedürfnisorientierte Gesundheitsversorgung zur Verfügung steht (Gaiswinkler et al., 2023).

2.2.2.2. Rechtliche Anerkennung.

Das in der Geburtsurkunde eingetragene Geschlecht dient als Referenz für das gesamte weitere staatliche Verwaltungshandeln. Dokumente, Kommunikation, Versicherungs- und Rentenansprüche und vieles Weitere funktionierten anhand des Verweises auf das dort eingetragene Geschlecht. Das Verwaltungsgeschlecht ist neben anderen personenbezogenen Daten wie z.B. Familienstand, Elternschaft oder Tod Teil des sogenannten Personenstandes der entsprechenden Person. Dieser Personenstand beschreibt den rechtlichen Status einer Person inklusive ihres Namens. In den Augen der österreichischen Rechtsordnung existierten bis 2018 nur Frauen und Männer. Seit 2018 ist es für inter Personen durch Erbringung eines medizinischen Gutachtens möglich, den Geschlechtseintrag auf ‚divers‘, ‚inter‘ oder ‚offen‘ zu ändern oder den Eintrag ganz streichen zu lassen. Für trans Personen, die nicht inter sind, bleibt lediglich die Möglichkeit der Änderung des Verwaltungsgeschlechts zwischen männlich und weiblich (siehe Kapitel 2.2.1.2).

Eine Personenstandsänderung muss in Österreich bei einem Standesamt beantragt werden. Eine juristische Anerkennung von Transgeschlechtlichkeit ist auf dem ‚regulären‘ Weg der ‚Behandlungsempfehlungen‘ nur innerhalb eines zweigeschlechtlichen Rahmens und ebenfalls nur mittels Begutachtung möglich (BMG, 2017b; Lüthi, 2021). Die Anforderungen für einen Wechsel des Verwaltungsgeschlechts werden in den ‚Behandlungsempfehlungen‘ auf der vorletzten Seite als ‚Exkurs‘ genannt. Die Antragstellende Person muss eine psy* Stellungnahme erbringen, die folgende Punkte enthalten muss:

die Diagnose Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus in der Klassifikation der derzeit gültigen Fassung des DSM bzw. ICD;

die Feststellung, dass die Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus ohne Behandlung aus heutiger Sicht mit sehr großer Wahrscheinlichkeit als dauerhaft und irreversibel eingestuft werden kann;

die Mitteilung, dass sich das äußere Erscheinungsbild der gewünschten Geschlechtsrolle deutlich angenähert hat. (BMG, 2017b, S. 6)

Die in Wien dafür zuständige Magistratsabteilung 63 ersetzte die Diagnose F64.0 2020 durch eine „Erklärung [der Psy*], dass ein Zugehörigkeitsempfinden zum anderen Geschlecht besteht“ (Stadt Wien & WAST, 2023). Die Personenstandsänderung ist Voraussetzung³³ für einen Vornamenswechsel hin zu einem binär geschlechtsspezifischen Vornamen.

2.3. Schlussfolgerungen und Forschungsfragen

Der im vorigen Kapitel dargestellte Prozess der bedingten rechtlichen und medizinischen Affirmation von trans Personen in Österreich ist vielfältiger Kritik ausgesetzt. Die Psychopathologisierung und Stigmatisierung, die starren binären und heterosexuellen Anforderungen u.a. durch die ‚Behandlungsempfehlungen‘, die invasive Begutachtung, die Fremdbestimmung, die Intransparenz und die hohen Kosten des Prozesses sind die Hauptkritikpunkte (Baumgartinger, 2019; Blau, 2022; HOSI Wien et al., 2021; Lüthi, 2021; Schedlbauer, 2011; TransX, 2004). Der Europarat stellt fest, dass eine Regulation wie sie aktuell in Österreich gilt, eine gravierende Einschränkung fundamentaler Menschenrechte von trans Personen darstellt (Council of Europe, 2015).

Für eine Veränderung dieser Verhältnisse ist es notwendig, die verletzenden regulatorischen Mechanismen und deren Folgen zu untersuchen (Hornstein, 2021). Den Rahmen der Regulation bildet der (natur-)wissenschaftliche Diskurs über Trans. In der aktuellen Wahrheitsordnung wird „diesem, als objektiv, distanziert und professionalisiert dargestelltem, wissenschaftlichen Diskurs [...] ein subjektiv gezeichneter ‚Betroffenendiskurs‘ gegenüber gestellt [...] [und] im Vergleich zu ersterem ein niedrigerer Status an Wahrheitsfähigkeit zugesprochen“ (Rott, 2014, S. 215). Die vorliegende Forschungsarbeit versucht kritisch auf diese binären und heteronormativen Wissensbestände der klinischen Psychologie und Psychiatrie über Trans zu blicken und greift die Aufforderung Rotts (2014) auf,

die Grenzen, welche im Zuge der Auslassungen [für das Funktionieren des hegemonialen Diskurses über Trans] gezogen werden, zu reflektieren und den Versuch zu wagen, diese durchlässig werden zu lassen: die Grenzen zwischen

³³ Es ist möglich den Vornamen ohne Angabe von Gründen ändern zu lassen, jedoch fallen hierbei Gebühren von mehreren hundert Euro.

Wissenschaft und Alltag, zwischen Wissenschaft und Gesellschaft, zwischen Wissenschaft und Politik, zwischen vergangenen und gegenwärtigen ‚Wahrheiten‘ und besonders zwischen Expert_innen und ‚Betroffenen‘. (S. 215-216).

Vor diesem Hintergrund habe ich mich entschieden, die *Erfahrungen* der ‚Betroffenen‘ – nicht der von Transgeschlechtlichkeit ‚Betroffenen‘, sondern der von der staatlich-medizinischen Regulation von Transgeschlechtlichkeit betroffenen Menschen – näher in den Blick zu nehmen. In den binären, cisnormativen und heteronormativ hegemonialen Verhältnissen, deren Gewaltförmigkeit sich u.a. durch sprachliche Unsichtbarmachung von trans Leben(-srealitäten) bis hin zur physischen Auslöschung von trans Menschen zeigt, ist die bloße Sichtbarmachung und Dokumentation der Erfahrungen von trans Menschen eine Herausforderung jener Verhältnisse und daher angezeigt. In Anlehnung an Stryker (2006) verstehe ich „the embodied experience of the speaking subject, who claims constative knowledge of the referent topic, to be a proper — indeed essential — component of the analysis of transgender phenomena“ (Stryker, 2006, S. 29). Diese verkörperte Erfahrung von trans Lebensweisen wurde und wird bis heute in der klinischen Psychologie und Psychiatrie als pathologisch betrachtet. Das Wissen von trans Personen über ihre eigene Situation versteht Susan Stryker als eine Form des *unterworfenen Wissens* (Foucault, 1978a; Stryker, 2006). Gemäß Stryker beziehen sich die Trans Studies auf beide von Foucault (1978a) formulierten Verständnisse von unterworfenem Wissen. Die erste Form der „unterworfenen Wissensarten sind also jene Blöcke historischen Wissens zu verstehen, die im Inneren der funktionalen und methodischen Ensembles präsent und verschleiert waren“ (Foucault, 1978a, S. 60) und in den Trans Studies durch gewissenhafte, kritische wissenschaftliche Arbeit in aktuelle akademische Diskussionen wieder eingeführt und neu kontextualisiert werden. Parallel zu dieser Lesart versteht Foucault unter unterworfenem Wissen „eine ganze Reihe von Wissensarten, die als nicht sachgerecht oder als unzureichend ausgearbeitet disqualifiziert wurden: naive, am unteren Ende der Hierarchie; unterhalb des erforderlichen Wissens- oder Wissenschaftlichkeitsniveaus rangierende Wissensarten“ (Foucault, 1978a, S. 60). Genau an dieses Verständnis von unterworfenem Wissen knüpfe ich in meiner Arbeit an. Dieses unterworfene, verkörperte Erfahrungswissen

is precisely the kind of knowledge that transgender people, whether academically trained or not, have of their own embodied experience, and of their relationships to the discourses and institutions that act upon and through them. Such knowledge may be articulated from direct experience, or it may be witnessed and represented by others in an ethical fashion. In either case, Foucault contends, the reappearance ,from below‘ of ,these singular local knowledges,‘ like the knowledge of the psychiatrized or the delinquent, which have been ,left to lie fallow, or even kept at the margins,‘ is absolutely essential to contemporary critical inquiry. (Stryker, 2006, S. 13)

Diese Arbeit möchte das subjektive Wissen von trans Personen über ihre eigene Situation als legitimes Wissen anerkennen und dieses – gemäß den herkömmlichen Standards der Wissenschaftlichkeit disqualifizierte – Wissen in die akademische Wissensproduktion überführen.

Neben den in Kapitel 1.2. dargestellten Forschungsarbeiten gibt es keine veröffentlichten, nicht-klinischen, qualitativ-empirischen Studien darüber, wie die betreffenden trans Personen die Prozesse der staatlich-medizinischen Regulation in Österreich³⁴ erleben.

Aus den dargelegten Gründen möchte ich in der vorliegenden Forschungsarbeit darauf fokussieren, wie trans Personen die Prozesse der bedingten und regulierten Anerkennung durch Pathologisierung im Rahmen der Begutachtung zur Erstellung der Stellungnahmen erfahren, wie sie damit umgehen und wie die diese Erfahrungen bedingenden regulativen Strukturen in die diskursiven Verhältnisse eingebettet sind. Konkret ergeben sich folgende Forschungsfragen:

- Welche Erfahrungen machen trans Personen, die eine oder mehrere Stellungnahmen erbringen mussten, im Kontext der dafür notwendigen Begutachtung durch Psy*?
- Wie gehen sie mit diesen Erfahrungen um?
- In welchem Verhältnis stehen diese Erfahrungen zu den vorherrschenden diskursiven und regulativen Formationen?

³⁴ Für Deutschland existieren als qualitativ-empirische Studien, welche auch die Erfahrungen von trans Menschen mit der Regulation betrachten, die alltagssoziologische und ethnographische Studie von Hirschauer (2015) und die Gewaltstudie von Pohlkamp (2014).

3. Methode

3.1. Methodologische Rahmung und methodisches Vorgehen

3.1.1. *Reflexive Grounded Theory: Methodologie und Methode*

Den metatheoretischen Rahmen meiner Forschung bildet die Reflexive Grounded Theory Methodologie (R/GTM; Breuer et al., 2018). Dieser qualitativ-sozialwissenschaftliche Forschungsansatz ist eine Weiterentwicklung der von Glaser und Strauss entwickelten Grounded Theory Methodologie (GTM; z.B. Glaser & Strauss, 2008). Vier zentrale Eigenschaften dieser ab Beginn der 1960er Jahre entwickelten Methodologie möchte ich hier skizzieren. Als „erkenntnisgenerierender Forschungsstil“ (Breuer et al., 2018, S. 16) ist für die GTM charakteristisch, dass sich Prozesse der Datenerhebung und -auswertung über den gesamten Forschungsprozess hinweg abwechseln. In einer zirkulären bzw. spiralförmigen Bewegung von Datenerhebung und Auswertung werden vorläufige Konzepte durch neu gewonnene Daten kontrastiert und weiterentwickelt, bis eine theoretische Sättigung eingetreten ist und keine weiteren Erkenntnisse aus neu erhobenen Daten gewonnen werden (*theoretisches Sampling*, 1). Die an der Theoriegenerierung orientierte Abstrahierung von Rohdaten in theoretische Konzepte und im weiteren Forschungsprozess in Kategorien wird *Kodieren* (2) genannt. Das Kodieren stellt „das methodisch-prozedurale Herzstück der GTM“ (Breuer et al., 2018, S. 18) dar. Ein weiterer zentraler Gesichtspunkt der GTM ist der *ständige Vergleich* (3) der bereits erhobenen Phänomene, Konzepte und Fälle untereinander und mit neuen Phänomenen und Fällen. Erst durch den Vergleich können Konzepte differenziert und detailliert beschrieben werden. Als letztes wesentliches Merkmal ist das *Schreiben von theoretischen Memos* (4) zu nennen. Diese Memos dienen nicht nur der Reflexion, Begleitung und Dokumentation des Forschungsprozesses in Form von Beobachtungsprotokollen oder anderen methodischen Notizen. In ihnen wird auch die Theoriegenerierung als Prozess dokumentiert. Sie gewährleisten eine spätere Nachvollziehbarkeit und sollen verhindern, dass im zeitlichen Verlauf der Forschung Ideen, Konzepte und Annahmen verloren gehen oder aufwendig rekonstruiert werden müssen (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021).

Die Reflexive Grounded Theory Methodologie schließt an die GTM an und betont den Aspekt der Reflexivität in der Forschungspraxis. Sowohl Forschende als auch Forschungsteilnehmende werden als der (Selbst-)Reflexion fähig angesehen. In

der R/GTM wird die „*Forscherin-als-Person*“ (Breuer et al., 2018, S. 5) mit ihren persönlichen Erfahrungen und den daraus erwachsenden Perspektiven nicht als Hindernis, sondern als Ausgangspunkt für jegliche Wissensproduktion angesehen (Breuer et al., 2018). Wissenschaftliche Erkenntnisse ergeben sich nicht ausschließlich aus den Daten, wie es ursprünglich in der GTM nach Glaser und Strauss konzipiert wurde. Die R/GTM erkennt die aktive Rolle der Forschenden in der Auseinandersetzung mit den Daten an. Wissenschaftliche Erkenntnisse werden als selbst-/reflexive, kreative und leibgebundene Konstruktionen verstanden. Hier wird deutlich, dass die R/GTM epistemologisch in der konstruktivistischen Tradition verankert ist (Breuer et al., 2018).

3.1.1.1. Kodieren.

Das Kodieren beschreibt eine kreative, konstruktive und interpretative Zuordnungs-, Abstraktions- und Destillationsarbeit von empirischen Phänomenen zu theoretischen Konzepten und deren weitere theoriegenerierende Bearbeitung. Im Unterschied zu einer häufig praktizierten Art des inhaltsanalytischen Kodierens gibt es beim Kodieren im Rahmen der R/GTM kein präexistierendes Codesystem, das lediglich auf die Daten angewandt wird. Darüber hinaus geht es beim Kodieren im Rahmen der R/GTM nicht um ein einfaches Paraphrasieren oder Benennen, sondern um die fortlaufende Abstraktion der empirischen Phänomene in theoretische Konzepte (Breuer et al., 2018; Charmaz, 2014).

Ich orientiere mich für meine Kodierpraxis an den Ausführungen von Breuer et al. (2018) und Charmaz (2014). Diese, wie auch die meisten anderen Autor*innen im Umfeld der GTM, beschreiben Kodieren als dreistufigen Prozess, wobei sich die drei Arten immer auch überschneiden können. Beim sogenannten *offenen Kodieren* wird je nach Detailanspruch Absatz für Absatz, Satz für Satz, Zeile für Zeile oder Wort für Wort kodiert. Konkret bedeutet das, dass der vorliegende Datenabschnitt nach potenziellen Lesarten und Interpretationen hin untersucht wird und die erste vorläufige Verallgemeinerung oder Abstraktion neben die entsprechende Textstelle geschrieben wird. Bei der Benennung der Codes beim offenen Kodieren sollte man möglichst ‚nahe‘ an den Daten bleiben. Kathy Charmaz empfiehlt, dass man „*data as action*“ (Herv. i. O.; Charmaz, 2014, S. 245) kodieren sollte. Die Daten in Codes, die Handlungen beschreiben, zu übertragen, reduziert das Risiko einzelne Menschen in Typen zu kodieren und somit die Analyse auf eindimensional dargestellte Individuen zu verschieben (Charmaz, 2014).

Im weiteren Verlauf des Analyseprozesses wird im *axialen Kodieren* vermehrt mit den beim offenen Kodieren entstandenen Codes gearbeitet. Die Codes werden verglichen, präzisiert, differenziert, zusammengefasst, fallengelassen, abstrahiert und es kristallisieren sich neue Kategorien heraus. Bereits entstandene Kategorien können in unterschiedlichen Ausprägungen in Subkategorien ausdifferenziert werden und es können zentrale übergeordnete Kategorien gebildet werden. Wenn aus den Daten keine neuen relevanten Kategorien mehr entstehen, verschiebt sich die Kodierpraxis hin zum sogenannten *selektiven Kodieren*. Beim selektiven Kodieren werden die Kategorien und die Verbindungen zwischen ihnen weiter ausdifferenziert, verdichtet, systematisiert und bestenfalls eine oder zwei Schlüsselkategorien gebildet. Es können nun theoretische Memos und das „kategoriale Gefüge“ (Breuer et al., 2018, S. 285) in einen Gesamtzusammenhang gebracht werden, die Theoriebildung vorangetrieben werden und die Daten systematisch dahingehend analysiert werden (Breuer et al., 2018; Charmaz, 2014; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021).

Kodieren „geschieht mit *offenem* Blick – wenn auch nicht ohne präkonzeptuell geprägte *theoretische Sensitivität*, die im Idealfall selbstreflexiv durchgearbeitet wurde und fortlaufend mit begleitender mit [sic] Aufmerksamkeit bedacht wird.“ (Herv. i. O.; Breuer et al., 2018, S. 248). Sogenannte *sensitizing concepts* können als Ausgangspunkt und Orientierung beim offenen Kodieren dienen, ohne den Weg zu determinieren. Je nach theoretischer Herkunft und Forschungsinteresse können Sensibilitätskonzepte z.B. Macht, Ideologie, Handlungsmacht, Gerechtigkeit, Privilegien, Unterdrückung, Identität, Sinn etc. sein (Charmaz, 2014).

Aufgrund meines Erkenntnisinteresses (siehe Kapitel 2.3.) stellt für mich die konkrete, subjektive *Erfahrung* das erste Sensibilitätskonzept dar. Des Weiteren möchte ich meine analytische Sensibilität auf etwas ausrichten, das es im vorherrschenden psy* Diskurs über Trans, in dem trans Personen meist als betroffen, passiv und ohnmächtig gezeichnet werden, kaum bis gar nicht zu geben scheint: trans Personen als aktiv handelnde Subjekte (Pohlkamp, 2014; Spade, 2006). Subjekte, die unter den von Fremdbestimmung, Ohnmacht und Gewalt geprägten Umständen selbstständig Entscheidungen treffen und die (kleinen) Spielräume nutzen, um ein gewisses Maß an Selbstbestimmung und Würde zu wahren. Auf diese widerständigen Momente möchte ich mich in der Auswertung mit dem sensitizing concept der *Handlungsmacht* hin sensibilisieren.

3.1.2. Gruppendiskussionsverfahren

Die Methode der Gruppendiskussion, bei der „kollektive Wissensbestände und kollektive Strukturen – die sich auf der Basis von existenziellen, erlebnismäßigen Gemeinsamkeiten in konjunktiven Erfahrungsräumen bereits gebildet haben – zur Artikulation kommen“ (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021, S. 123), erscheint für dieses Projekt passend. Die Gruppendiskussion als Kommunikationsraum über geteilte Erfahrungen begünstigt höhere Detaillierungsgrade in den Erzählungen, als dies bei sensiblen Themen bei Einzelinterviews möglich wäre. Gleichzeitig ermöglicht das Gruppensetting, dass sich die Teilnehmenden unmittelbar gegenseitig kontrastieren und somit gleich erste Interpretationen und Diskussionen über die Erfahrungen und Perspektiven geschehen (Kühn & Koschel, 2018; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021).

Darüber hinaus erachte ich das Zusammenbringen von Menschen mit ähnlichen Erfahrungen struktureller Diskriminierung als politischen Akt. Wissen kann geteilt werden, Anerkennung über geteilte Erfahrungen kann gegeben werden und neue solidarische Beziehungen können dadurch ermöglicht werden.

3.1.3. Überlegungen zur Forschungsethik

Vor dem Hintergrund des historischen Gewaltverhältnisses der klinischen Psychologie und Trans halte ich eine besondere Umsicht und Reflexion in Bezug auf ethische Fragen für notwendig. Ich möchte mich hierbei an Persson Perry Baumgartingers (2014) Überlegungen zu kritischer Forschung und verantwortungsvoller Forschungspraxis im Kontext von Trans orientieren. Baumgartinger (2014) thematisiert die Erfüllung ethischer Ansprüche und die Reflexion von Machtverhältnissen in der empirischen Forschung im Kontext von Donna Haraways Standorttheorie (Bauer, 2017; Haraway, 1995) und betont die Wichtigkeit von informiertem Einverständnis, Transkription und Anonymisierung als situierte, soziale und politische Praxis. An die Vorschläge Baumgartingers (2017) für das Forschungsfeld der Trans Studies als einer offenen, dezentralen, multidisziplinären, partizipativen und politisch positionierten Forschungshaltung verpflichtet, anlehnend, verstehe ich meine Arbeit als eine *trans Intervention* in den aktuellen Forschungsstand.

3.2. Forschungsprozess

3.2.1. Feldzugang und Erhebung

Im Rahmen meiner Forschung habe ich vier Gruppendiskussionen mit trans Personen mit Begutachtungserfahrung durchgeführt. Die Kontaktaufnahme geschah durch ein Rundschreiben auf Deutsch und Englisch (Anhang A) von mir mit der Beschreibung meines Vorhabens und der Bitte, sich per E-Mail zu melden. Dieses Rundschreiben wurde auf Mailverteiltern wie *critlist-vienna* und *femail*, in trans Community Signal Gruppen und Discord Servern verbreitet und an die trans Gruppen, Institutionen und Beratungsstellen *TransX*, *HOSI Wien*, *Venib*, *Cha(i)nge Peergroup*, *Afro rainbow Austria*, *Transgender Team Austria*, *Türkis Rosa Lila Villa*, *Aids Hilfe Wien*, *Männerberatung Wien* und *Courage* mit der Bitte der Weiterverbreitung geschickt.

Die vier Gruppendiskussionen fanden zwischen Ende Oktober 2022 und Mitte Januar 2023 in Räumlichkeiten der *Türkis Rosa Lila Villa* in Wien statt. Insgesamt nahmen 15 Personen an meiner Forschung teil. Die Teilnehmenden wurden anhand von Zeitpunkt der Kontaktaufnahme, bevorzugter Sprache (deutsch oder englisch) und Informationen über Bekanntschaftsverhältnisse zwischen möglichen Teilnehmenden in vier Gruppen eingeteilt. Die Gruppen wurden nach den ‚Bäumen des Jahres‘ in Österreich der vergangenen Jahre bezeichnet. Die Diskussionen der Gruppen *Rotföhre*, *Winterlinde* und *Schwarzerle* wurden auf Deutsch gehalten. Die Diskussion der Gruppe *Pappel* fand auf Englisch statt. Eine geplante fünfte Gruppendiskussion mit der Gruppe *Hopfenbuche* wurde abgesagt, da alle Teilnehmenden aus unterschiedlichen Gründen verhindert waren oder nicht mehr erreichbar waren. Außer der Gruppe *Rotföhre*, die sich aus einer Freund*innengruppe zusammensetzte, waren keine Gruppen eine natürliche Gruppe. Bei zwei Diskussionsterminen stellte sich jedoch heraus, dass sich einige der Teilnehmenden bereits kannten. Für einige der Teilnehmenden war die Teilnahme an der Gruppendiskussion das erste Mal, dass sie in den Räumlichkeiten des queeren Communityzentrums *Türkis Rosa Lila Villa* waren.

Alle Gruppendiskussionen fanden am späten Nachmittag und Abend statt. Nach einer kurzen Joiningphase, in der wir auf das Eintreffen aller Teilnehmenden gewartet haben, wurden der Umgang mit Covid Sicherheitsmaßnahmen, der Ablauf und weitere organisatorische Themen (z.B. Toilettensituation, Snacks, Pausen) besprochen. Nach einer kurzen Vorstellungsrunde folgten Informationen zum

Hintergrund meiner Forschung, zum weiteren geplanten Vorgehen mit Transkription, Anonymisierung und Auswertung, die Bitte, sich ein Pseudonym zu überlegen und Hinweise auf Freiwilligkeit und Vertraulichkeit. Dann wurde, nach Raum für Rückfragen und Abfragen des Einverständnisses, die Audioaufnahme gestartet und die Diskussion mit dem Eingangsstimulus (*Ihr wisst ja, dass ich mich für die Erfahrungen von trans Personen im Kontext der Gutachtenerstellung interessiere. Erzählt mal, wie war das denn bei euch? Könnt ihr von euren Erfahrungen erzählen?*) initiiert.

Nach Ende von selbstlaufenden Gesprächspassagen konnten durch immanente und exmanente Nachfragen Themen aufgegriffen werden, falls diese noch nicht vorkamen. Fragen nach möglichen Unterschieden in den Erfahrungen zwischen Psychiater*innen, klinischen Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen und nach der Rolle der Community sowohl bei der Informationsbeschaffung als auch im Umgang mit den Erfahrungen waren für mich von besonderem Interesse.

3.2.1.1. Explorative Kontextanalyse.

Im Verlauf des Forschungsprozesses wuchs in mir das Interesse an der Perspektive der Psy*, der jeweiligen Berufsverbände, der Krankenkassen, der Ärzt*innen und der Magistratsabteilung auf die Regulation. Es entstanden Fragen danach, ob die Psy* sich ihrer Rolle als Gatekeeper bewusst sind, ob sie verstehen, welche Verantwortung sie aufgrund der Regulation besitzen und wie sie ihre eigene Rolle in diesem Prozess reflektieren. Diese und weitere Fragen richtete ich per E-Mail mit der Bitte nach persönlicher Antwort per E-Mail oder anonymer Beantwortung per anonymisierter Onlineumfrage an 12 Psychiater*innen, 23 klinischen Psycholog*innen und 72 Psychotherapeut*innen. Die Auswahl der Psy* habe ich anhand der zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme (Anfang Februar 2023) auf den Webseiten von *queermed.at*, einer Empfehlungsseite für queerfreundliche Ärzt*innen, von den Communityorganisationen Cha(i)nge Peergroup und Transgender Team Austria empfohlenen Psy* vorgenommen. Darüber hinaus wurden Psychotherapeut*innen und klinische Psycholog*innen eingeschlossen, welche bei den Suchportalen *psyonline.at* die Spezifikation Transidentität und bei *psychotherapie.at* die Zusatzqualifikation ‚Transidentität/Transsexualität‘ angegeben haben. Die drei Berufsgruppen wurden mit leicht voneinander abweichenden Anfragen kontaktiert (Anhang C.1.). Alle wurde danach gefragt, ob sie Stellungnahmen erstellen (1), wenn ja, welche Themen in den diagnostischen Gesprächen angesprochen werden (2) und

wie sie ihre eigene Rolle in diesem Prozess reflektieren (3). Die klinischen Psycholog*innen wurden des Weiteren nach den Tests gefragt, die sie die trans Personen machen lassen und die Psychotherapeut*innen wurden nach der durchschnittlichen Stundenanzahl gefragt, die sie verlangen, bevor sie die Stellungnahme schreiben (Anhang C.1.).

Im Anschluss daran habe ich Julia Göd als Ansprechperson aus der Fachgruppe Psychiatrie der *Ärztokammer Wien*, Anton Laireiter von der Fachsektion klinische Psychologie des *Berufsverbandes der Österreichischen PsychologInnen* (BÖP) und Elisabeth Vlasich als Leitung der Arbeitsgruppe zu *Trans* Inter* Geschlechtlichkeiten* des *Österreichischen Bundesverbands für Psychotherapie* (ÖBVP) kontaktiert (Anhang C.2.). In den Anfragen an die Berufsverbände waren Fragen nach der Existenz (1) und Inhalt (2) von fachinternen Richtlinien zur konkreten Ausgestaltung der Diagnostik von Trans im Rahmen der Erstellung der Stellungnahmen, danach, wie der jeweilige Berufsverband bei möglicher Nichtexistenz von Richtlinien eine sorgfältige und evidenzbasierte Diagnostik und Versorgung von trans Personen gewährleisten kann (3), nach einer Reflexion der Rolle der Professionist*innen im Transitionsprozess (4) und an den ÖBVP noch die Frage nach der Einschätzung der Vereinbarkeit von verpflichtender psychotherapeutischer Stellungnahme und dem verbandsinternen Grundsatz der Freiwilligkeit von Psychotherapie. Als einzige Vertreterin der Berufsverbände hat sich Melanie Schweinzer aus dem Leitungsteam der Fachsektion klinische Psychologie und der AG Diagnostik des BÖP in zeitlicher Nähe der Anfrage zurückgemeldet und zu einem Telefonat bereit erklärt. Das Telefonat fand am 9. Februar 2023 statt. Die anderen beiden Berufsverbände haben sich erst nach einer erneuten Anfrage im Oktober 2023 zurückgemeldet. Ein Videotelefonat mit Elisabeth Vlasich vom ÖBVP fand am 17. November 2023 statt. Der Kontakt mit der Ärztekammer verblieb bei einer wiederholten Versicherung, dass die Fragen zeitnah schriftlich beantwortet werden.

Ein weiterer Versuch, die Gegebenheiten des Feldes besser zu verstehen, war die im September 2023 erfolgte Kontaktaufnahme mit den Krankenkassen ÖGK, BVAEB, KFA und SVS per E-Mail und Telefon (Anhang C.3.). Da dem Onlineauftritt der Krankenkassen wichtige Informationen zum Umfang und Zugang zu transitionsspezifischer Gesundheitsversorgung nicht zu entnehmen waren, wurde nach den konkreten Leistungen gefragt, die als bewilligungspflichtige (d.h. durch ein z.B. fachärztliches Gutachten empfohlene) geschlechtsaffirmierende Leistungen

übernommen werden (1), nach den Anteilen der Kostenübernahme pro Leistung (2) und nach den geforderten Bedingungen zur Kostenübernahme (3). Im Rahmen des Kontakts mit den Krankenkassen kam es zu mehreren Telefonaten mit Angestellten der ÖGK und der BVAEB. Von der KFA und der SVS habe ich bis Ende der Recherche (Februar 2024) keine Antwort bekommen.

Des Weiteren habe ich im Herbst 2023 ein telefonisches Hintergrundgespräch mit einer in der transspezifischen Gesundheitsversorgung arbeitenden Allgemeinmediziner*in in Wien durchgeführt. Hier konnten spezifisch Fragen nach der Verbindlichkeit der Regulation und dem Handlungsspielraum von Ärzt*innen gestellt werden.

Bei der Stadt Wien liegt die offizielle Zuständigkeit für Personenstandsänderungen bei der Magistratsabteilung 63 (Gewerberecht, Datenschutz und Personenstand). Die Informationen der Stadt Wien zum Ablauf einer Personenstandsänderung werden jedoch auf der Seite der Wiener Antidiskriminierungsstelle mit Verweis auf die Zuständigkeit der MA63 bereitgestellt (Stadt Wien & WAST, 2023). Aufgrund dieser Zuständigkeitsüberschneidungen wurden beide Stellen von mir kontaktiert (Anhang C.4.). Auf den Ende Oktober 2023 initiierten Mailkontakt mit der MA 63 und der WAST folgten zwei Telefonate mit der Stabsstellenleiterin-Stellvertreterin Ulrike Kuzaj-Stefelin der MA 63 Mitte November 2023.

3.2.2. Auswertung

Um die für die Analyse relevanten Passagen zu identifizieren, wurde für jede Gruppendiskussion ein thematischer Ablauf mithilfe von MAXQDA (VERBI Software, 2021) erstellt. Diese der dokumentarischen Methode entlehnte tabellarische Einordnung der Gesprächsthemen erleichtert es, einen Überblick über den Gesprächsablauf und -inhalt zu erhalten und die für das Forschungsinteresse und somit die Transkription relevanten Passagen zu identifizieren (Bohnsack, 2021). Zur Auswahl der zu transkribierenden Passagen waren nicht nur inhaltliche Gesichtspunkte ausschlaggebend, sondern auch formale Kriterien. So wurden auch besonders dichte, emotionale oder metaphernreiche Passagen in die Analyse eingeschlossen.

3.2.2.1. Transkription und Anonymisierung.

Für die Rohfassungen der Transkripte habe ich die KI-unterstützten Transkriptionssoftwares tucan.ai (tucan.ai, 2023) und f4x (audiotranskription, 2020) verwendet, deren automatisierte Datenverarbeitungen der DSGVO unterliegen. Die KI-erstellte Rohfassung der Transkripte wurde von mir korrigiert und ergänzt, die selbstgewählten Pseudonyme für die Teilnehmenden eingesetzt und sonstige Inhalte und Daten mit Personenbezug anonymisiert.³⁵

3.2.2.2. Datenanalyse.

Die transkribierten Passagen wurden mithilfe der Auswertungssoftware MAXQDA (VERBI Software, 2021) gemäß den Anregungen von Breuer et al. (2018) und Charmaz (2014) im Rahmen der (reflexiven) Grounded Theory Methodologie kodiert. So wurde beispielsweise die Passage „also es ist wie so eine Stimme im Kopf mitgelaufen (unv.) ich gesagt ‚Holzspielzeug‘“³⁶ im ersten, offenen Kodierdurchgang mit dem Code ‚Stimme im Kopf mitgelaufen‘ kodiert. In den weiteren Kodierdurchgängen des axialen und selektiven Kodierens wurde dieser Code schrittweise unter übergeordnete Codes, Subkategorien und Kategorien ‚Unverfängliches antworten‘, ‚transnormatives Lügen‘, ‚transnormative Biographie erzählen‘, ‚in einen Modus gehen‘ und schließlich unter ‚Strategien der trans Personen‘ kodiert, präzisiert und abstrahiert.

Da der Fokus der Auswertung auf den individuums- und gruppenübergreifenden Erfahrungen der Teilnehmenden lag, wurden weder die Individuen noch die Gruppen fallweise ausgewertet. Aus diesem Analysefokus und dem Bestreben, den Blick auf die Daten nicht anhand stereotyper Kategorisierungen vorzuprägen, wurden demographische Daten nicht systematisch erhoben.

³⁵ Zur Transkription wurden leicht angepasste Transkriptionsregeln nach Dresing & Pehl (2018) und Fuß & Karbach (2019) angewandt. Besonderheiten und Abweichungen von den genannten Regeln:
[] Anfang und Ende von überlappendem Sprechen;
(Emely: xyz) Einwüfe in den Sprachfluss einer anderen Sprecherin ohne Sprecher*innenwechsel oder Beschreibungen nicht-verbaler Kommunikation;
(...) drei Sekunden Stille;
(Zahl) Sekunden Stille;
/ Wort- oder Satzabbruch;
(unv.) unverständliche Aussage.

³⁶ Diese Aussage findet sich in Anhang B, Passage S2, Zeile 20 und 21.

3.2.3. Reflexion des Forschungsprozesses und Limitationen

Das vorliegende Forschungsdesign ist Ergebnis eines langen Prozesses und vieler Entscheidungen. Es war mir wichtig, nicht die gewaltvollen Zuschreibungen vergangener psy* Forschung zu wiederholen und die Machtverhältnisse zwischen mir als Forschende und meinen Forschungsteilnehmenden kritisch zu reflektieren (siehe Kapitel 3.1.3.). Fragen, die mich die ganze Zeit begleiteten, waren: Wie kann ich mich möglicherweise gewaltvollen Erfahrungen von trans Personen nähern, ohne die gewaltvollen Strukturen durch meine Forschungspraxis, die Anrufungen und Interpretationen zu reproduzieren? Wie kann ich meine Zwischenposition als universitär Forschende und gleichzeitig von der Regulation betroffene Person verantwortungsbewusst ausfüllen?

Meine Perspektive auf Trans prägt mein Forschen über Trans. So habe ich mich dazu entschieden, die Gruppe *Glen und Glenda* aufgrund grober Differenzen in Bezug auf die Konzeptualisierung von Trans nicht zu kontaktieren. Weiters könnte die Kurzbeschreibung meiner Person im Aufruf Einfluss darauf gehabt haben, wer sich zur Forschungsteilnahme meldet. Dort habe ich neben meinem Alter auch meine eigene nicht-binäre Positionierung thematisiert. Dies könnte dazu geführt haben, dass sich z.B. konservative binäre trans Personen von vornherein nicht gemeldet haben. An meiner Forschung nahmen keine augenscheinlich rassifizierten Personen teil. Dies könnte damit zusammenhängen, dass die Universität als Weiße, strukturell rassistische Institution und daran anschließend auch die universitäre Forschung für Menschen mit Rassismuserfahrungen wenig vertrauenswürdig scheint. Eine weitere Vorformung meines Feldes ist, dass durch die Art der Kontaktaufnahme ausschließlich trans Personen erreicht wurden, welche bereits in einer Gruppe mit Webauftritt organisiert waren oder bei einer Beratungsstelle angedockt waren. Von vornherein fehlen also mögliche Erfahrungen von Menschen, die in Gruppen ohne Internetauftritt organisiert sind, die nicht organisiert sind oder keinen Kontakt zu Beratungsstellen hergestellt haben. Darüber hinaus kann die Art des Schneeballsamplings das Sample verzerren. Neben der Erhebung gab es weitere methodologische Limitationen. Die vorliegende Arbeit stellt keine „R/GTM Umsetzung von A bis Z“ (Breuer et al., 2018, S. 358) dar. Wenngleich Breuer und Kolleg*inne grundsätzlich für ein flexibles und offenes Anwenden der R/GTM plädieren, möchte ich einige größere Einschränkungen, Anpassungen und Entscheidungen in meinem Forschungsprozess hier reflektieren. Aufgrund der

Tatsache, dass meine Arbeit eine akademische Qualifikationsarbeit darstellt, war die Forschung schon von vornherein in Bezug auf Umfang und Möglichkeiten durch die begrenzten Ressourcen eingeschränkt. Daraus ergeben sich einige Abweichungen oder Ungewöhnlichkeiten im Kontext der R/GTM. So waren Erhebung und systematische Auswertung und Kodieren zeitlich weniger ineinander verschränkt als empfohlen. Die Zirkularität vollzog sich im Wechsel zwischen der Identifikation – der ‚Erhebung‘ – von relevanten Passagen aus den bereits aufgezeichneten Interviews und deren Analyse. Auch kann meine Arbeit den Anspruch der theoretischen Sättigung und daraus entstehender Theoriebildung nicht einlösen. Forschungsökonomische Zwänge führten zu vielen offenen Enden und losen Fäden, an denen es interessant und nötig wäre, anzuknüpfen (siehe Schluss und Ausblick).

4. Ergebnisdarstellung

Es ist alles so absurd. [...] Auf der Metaebene ist es halt so arg wie (...) bekannt das irgendwie so innerhalb der Community ist und wie (...) das eigentlich sonst niemand weiß.
(Barbara, R6, 33-36)

Die Ergebnisdarstellung ist folgendermaßen aufgebaut. Zuerst werden die vier Gruppen kurz beschrieben (Kapitel 4.1.). Es wird berichtet, wer teilgenommen hat, wie alt die Teilnehmenden schätzungsweise waren, wie lange das Gespräch dauerte, wie das Gesprächsklima und der -verlauf war, wie viele Stellungnahmen die Teilnehmenden bis zum Zeitpunkt der Gruppendiskussion bereits erbringen mussten, welche besonderen Themen besprochen wurden und ob Kritik an den Verhältnissen geäußert wurde. Der Beschreibung der Gruppen folgt eine kurze Analyse der Rahmenbedingungen der Begutachtungssituation (4.2.) und die Darstellung der Erfahrungen ‚innerhalb‘ der Begutachtungssituation (4.3.). Im nächsten Abschnitt werden die Erfahrungen der Teilnehmenden in Bezug auf die bereits dargestellten Rahmenbedingungen der Regulation, die nicht in der raumzeitlichen Einheit eines Gutachtentermins gemacht wurden, besprochen (4.4.). Im Anschluss daran wird auf Möglichkeiten des Widerstands und der Subversion auf Seiten der Psy* und auf widerständige Praxen/Strategien des Umgangs mit der Regulation der trans Personen eingegangen (4.5.). Die Darstellung der Ergebnisse der Kontextanalyse schließt den Ergebnisteil ab (4.6.).

Direkte und indirekte Verweise in die Transkripte (Anhang B) werden mit dem ersten Buchstaben der Gruppe, der Nummer der Passage und den betreffenden Zeilennummern abgekürzt. Ein Verweis auf die Aussage „Er meinte irgendwie Carl Gustav Jung. Er meint irgendwie Anima Animus“, in den Zeilen 209 und 210 aus der Passage 2 in der Gruppe Rotföhre, wird mit (R2, 202-204) abgekürzt.

4.1. Beschreibung der Gruppen

Rotföhre

Die Gruppe Rotföhre war eine natürliche Gruppe von transfemininen Personen, Emely, Barbara, Carmen und Candice, zwischen Mitte 20 und Mitte 30. Die Diskussion dauerte ca. zwei Stunden und 50 Minuten. Zum abgemachten Zeitpunkt waren nur Emely und Barbara da. Candice und Carmen kamen nach ca. einer Stunde dazu. Die nahen Bekanntschaftsverhältnisse begünstigten einen direkten tiefen Einstieg in detailreiche Erzählungen. Durch die zeitlich versetzte Ankunft von

Carmen und Candice waren deren Eingangserzählungen im Gegensatz zu denen von Emely und Barbara eher kürzer und aufgesplittet.

Bis zum Zeitpunkt der Gruppendiskussion mussten Emely und Carmen vier Stellungnahmen erbringen, Candice und Barbara sieben. Carmen, Barbara und Emely konnten durch unterschiedliche Faktoren einige Risiken und Erschwernisse wie die Inanspruchnahme von öffentlicher Gesundheitsversorgung und damit einhergehende besonders lange Wartezeiten und ein größeres Risiko für potenziell gewaltvolle Situationen abschwächen oder vermeiden. So konnten Barbara und Carmen aufgrund ihrer ökonomischen Verhältnisse einige transspezifische Gesundheitsmaßnahmen in ‚spezialisierten‘ Einrichtungen im inner- und außereuropäischen Ausland in Anspruch nehmen. Carmen und Barbara konnten darüber hinaus Wartezeiten für Termine für Stellungnahmen durch die Inanspruchnahme von privaten Psy*s verkürzen. Alle Teilnehmenden berichteten in unterschiedlichem Ausmaß von gewaltvollen Situationen innerhalb der Begutachtungssituation. Mit Ausnahme der klinisch-psychologischen Stellungnahme war der Stellungnahmenprozess bei Emely „vergleichsweise einfach“ (R1, 171). Barbara, Carmen und Candice berichteten von besonders gewaltvollen (psychischen und physischen) Erfahrungen, sowohl in den Begutachtungssituationen als auch in anderen Bereichen des Gesundheitssystems. Candice war ganz auf die öffentliche Gesundheitsversorgung angewiesen. Dies führte zu einer Häufung und Verstärkung von schwerwiegenden Diskriminierungen, welche besonders gravierende psychische und körperliche Folgebelastungen nach sich zogen. So benötigte Candice für die ersten drei Stellungnahmen aufgrund der langen Wartezeiten in den öffentlichen Einrichtungen ein Jahr. Demgegenüber stehen drei Monate, die Carmen aufgrund ihrer ökonomisch privilegierten Position benötigte. Neben der Rolle der Klassenzugehörigkeit waren Erfahrungen von Transmisogynie³⁷ besonders sichtbar

³⁷ Transmisogynie beschreibt die Überschneidung von Sexismus und Cissexismus.

„Trans-misogyny is steeped in the assumption that femaleness and femininity are inferior to, and exist primarily for the benefit of, maleness and masculinity. This phenomenon manifests itself in numerous ways:

- Studies have shown that feminine boys are viewed far more negatively, and brought in for psychotherapy far more often, than masculine girls.
- Psychiatric diagnoses directed against the transgender population often either focus solely on trans female/feminine individuals, or are written in such a way that trans female/feminine people are more easily and frequently pathologized than their trans male/masculine counterparts.
- The majority of violence committed against gender-variant individuals targets individuals on the trans female/feminine spectrum.
- In the media, jokes and demeaning depictions of gender-variant people primarily focus on

in den Schilderungen der Gruppe Rotföhre. Alle vier Teilnehmenden übten radikale Kritik an den bestehenden Verhältnissen. Die Schilderungen der oft sehr negativen Erfahrungen waren von Witzen, ironischen oder sarkastischen Kommentaren eingerahmt.

Schwarzerle

Die Gruppe Schwarzerle setzte sich aus Alice, Lea, Mico und Ry zusammen. Die Teilnehmenden waren alle zwischen Mitte 20 und Ende 30. Die Diskussion dauerte ca. zweieinhalb Stunden. Die Teilnehmenden kannten sich vor der Gruppendiskussion nicht persönlich. Nach einer kurzen oberflächlicheren Runde, in der die eigenen Erfahrungen kurz umrissen wurden, eröffnet Ry mit einer sehr detailreichen Eingangserzählung eine zweite, differenziertere Erzählrunde. Das Gesprächsklima war freundlich und angeregt.

Alice und Mico mussten je drei Stellungnahmen erbringen, Ry sieben und Lea acht. Leas Erzählungen über konkrete Erfahrungen bleiben eher knapp. Mit Ausnahme der klinisch-psychologischen Stellungnahme berichtete Lea von verhältnismäßig unproblematischen Erfahrungen. Alice berichtete von keinen Schwierigkeiten im Begutachtungsprozess. Ry und Mico berichteten von sehr schlechten Erfahrungen bei der klinisch-psychologischen Stellungnahme. Im Verlauf der Diskussion kam es zu einer ausführlichen Debatte über den Sinn und Unsinn von Gatekeeping und die Rollen der verschiedenen Psy* Berufe. Mico und Ry, die die stärkste Kritik an den herrschenden Verhältnissen übten, berichteten von großem Stress und viel Angst. Beide wussten bereits zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung, dass die dafür verlangte binäre Identifikation für sie nicht passt. Lea und Alice empfanden zum Zeitpunkt der Begutachtung die Zwangsbinarität nicht als besonders einschränkend oder gewaltvoll. In dieser Gruppe kamen mehrere Beispiele von verantwortungsvollem Umgang der Situation vonseiten der Psy*s zur Sprache. Vor allem die Psychotherapeut*innen von Ry und Mico wurden als unterstützend beschrieben. Darüber hinaus waren Selbstbestimmung durch DIY-Hormone, Suizidalität und die Rolle von (Online-)Community besonders präsent in der Diskussion der Gruppe Schwarzerle.

trans female/feminine spectrum people. Often in these cases, it is their desire to be female and/or feminine that is especially ridiculed. While trans male/masculine individuals are often subjects of derision, their desire to be male and/or masculine is generally not ridiculed—to do so would bring the supposed supremacy of maleness/masculinity into question“ (Serano, 2012).

Winterlinde

In der Gruppe Winterlinde waren Ax, Daniel, Max und Nick. Die Teilnehmenden waren zwischen 18 und Ende 20 Jahre alt. Das Gespräch dauerte ca. zwei Stunden. Eine Person kannte alle weiteren Teilnehmenden. Die übrigen kannten sich nicht untereinander. Über mehrere Gesprächsrunden pendelte sich die Diskussion immer tiefer in die Thematik ein. Die Teilnehmenden kontrastierten sich gegenseitig und erzählten im Verlauf des Gesprächs immer freier und detaillierter.

Ax, Daniel und Nick mussten jeweils drei, Max fünf Stellungnahmen erbringen. Daniel und Max berichteten sowohl von schlechten als auch von einigermaßen unproblematischen Erfahrungen. Ax berichtete von überwiegend negativen Erfahrungen. Besondere Themen waren hier die unklaren Abläufe des Prozesses, die steilen Machtverhältnisse, Selbstbestimmung durch DIY-Hormoneinnahme und der fehlende Raum, um über Zweifel und Ängste sprechen zu können. Wie auch in der Gruppe Schwarzerle wurden im Verlauf der Diskussion und danach Kontakte und Informationen ausgetauscht.

Pappel

Die Diskussion mit der Gruppe Pappel fand erst beim zweiten Versuch statt. Kommunikationsmissverständnisse verhinderten einen ersten Versuch. Die Gruppe setzte sich aus K., Eileen und Gialu zusammen. Die Teilnehmenden waren zwischen Mitte 20 und Mitte 30. Die Diskussion dauerte ca. eine Stunde und 50 Minuten und wurde auf Englisch geführt. Alle Teilnehmenden hatten weder Deutsch noch Englisch als Erstsprache.

Gleich zu Beginn berichtete Eileen, dass Eileen noch keine Begutachtungserfahrung hatte und den Aufruf scheinbar nicht richtig verstanden hat. Eileen blieb nach einer kurzen Intervention meinerseits jedoch in der Gruppe und nahm an der Diskussion etwas zurückhaltend teil. K. und Gialu mussten beide drei Stellungnahmen erbringen. Gialu und K. berichteten beide von gewaltvollen Erlebnissen im Rahmen der Begutachtungssituationen. Besonders präsente Themen in dieser Diskussion waren die Schwierigkeiten in der Gesundheitsversorgung im Kontext von Migration, Sprachbarrieren, Entfremdungsgefühle durch die Stellungnahmensituationen, der niedrige Wissensstand der Psy* im Bereich Geschlecht und Sexualität und die schlechte Versorgung für nicht-binäre trans Menschen. Alle drei formulierten radikale Kritik an den vorherrschenden Verhältnissen.

4.2. Rahmenbedingungen

Um die Erfahrungen von trans Personen ‚innerhalb‘ der Gutachtensituation nicht isoliert und ahistorisch darzustellen und um die Erfahrungen der Teilnehmenden mit der Regulation im Umfeld der Begutachtungssituationen nicht unbeachtet zu lassen, ist es notwendig, über die – die Begutachtungstermine organisierenden – Rahmenbedingungen und die strukturellen Machtverhältnisse zu berichten. Die im Folgenden dargestellten Vorausbedingungen ergeben sich sowohl aus den empirischen Daten der Gruppendiskussionen als auch aus der Analyse der für die Regulation relevanten Dokumente: der ‚Behandlungsempfehlungen‘ (BMG, 2017b) und der Diagnose F64.0 im ICD-10 (Dilling et al., 2016).

Die *Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus nach der Klassifikation in der derzeit gültigen DSM bzw. ICD-Fassung* (BMG, 2017b) – hier kurz ‚Behandlungsempfehlungen‘ genannt – stellen in der Praxis das zentrale Dokument der staatlich-medizinischen Regulation dar. Sie dienen sowohl den Psy*, den Ärzt*innen, den Krankenkassen, den Standesämtern als auch den trans Personen als Orientierung in diesem Prozess. Sie strukturieren die Begutachtungssituation auf zumindest drei Ebenen.

Erstens konstruiert sowohl die Behörde der Veröffentlichung (das Gesundheitsministerium) als auch der Titel des Dokuments Trans als ein Phänomen, welches eine Behandlung benötigt. Trans ist somit Thema der Gesundheitsberufe. In den ‚Behandlungsempfehlungen‘ wird festgehalten, dass sich trans Personen für rechtliche und medizinische Affirmation einem mehrteiligen Begutachtungsprozess unterziehen müssen. Die Regulation in Österreich zwingt trans Menschen in eine Situation, in der ihre körperliche Selbstbestimmung und rechtliche Intelligibilität vom Urteil einer oder mehrerer Begutachter*innen abhängig ist. Psychiater*innen, klinischen Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen werden durch die Regulation zu machtvollen Gatekeepern, zu Ordnungshüter*innen der heteronormativen Hegemonie.

Der *zweite* Faktor sind die in den ‚Behandlungsempfehlungen‘ definierten konkreten inhaltlich-diagnostischen Anforderungen. Die in Kapitel 2.2.2. skizzierten konkreten Anforderungen für eine Personenstandsänderung und den Zugang zu transitionsmedizinischen Maßnahmen, die die Psy* feststellen und in die Stellungnahmen schreiben müssen, lassen sich auf folgende drei Punkte zusammenfassen (BMG, 2017b):

- Das Vorhandensein der Diagnose F64.0 (für Personenstandsänderung nicht mehr notwendig),
- das Feststellen von Permanenz des Geschlechtsempfindens und
- dessen Kongruenz im Ausdruck.

Mit dem Erfordernis der Diagnose Transsexualismus wird der Raum von vornherein durch die der Diagnose inhärenten Annahmen, Erwartungen und Ausschlüsse geprägt (siehe Kapitel 2.2.1.1.). Die World Health Organisation definiert ‚Transsexualismus‘ im ICD-10 wie folgt:

- A. Die Betroffenen haben einen Wunsch, als Angehörige des anderen Geschlechtes zu leben und als solche akzeptiert zu werden, in der Regel verbunden mit dem Wunsch, den eigenen Körper durch chirurgische und hormonelle Behandlungen dem bevorzugten Geschlecht soweit als möglich anzugleichen.
- B. Die transsexuelle Identität besteht andauernd seit mindestens zwei Jahren.
- C. Der Transsexualismus ist nicht Symptom einer anderen psychischen Erkrankung, wie z. B. einer Schizophrenie und geht nicht mit einer Chromosomenaberration einher. (Dilling et al., 2016, S. 175)

Den Kriterien A und B liegen cis, binäre und biologistische Geschlechternormen zugrunde und fordern entsprechende transnormative³⁸ Erzählungen. Besonders auffällig ist die im ganzen fünften Kapitel des ICD-10 einzigartige Setzung eines geäußerten Wunsches als notwendiges Diagnosekriterium.³⁹ In der Festlegung des Wunsches nach chirurgischer und hormoneller Körpervänderung als Diagnoseerfordernis schlägt sich die konzeptuelle Fokussierung auf den Körper nieder, dessen „medizinisch indizierte Operation zum semantischen Kern der Kategorie“ (Hirschauer, 2015, S. 112) ‚Transsexualismus‘ geworden ist. Kriterium C markiert die differenzialdiagnostischen Grenzen. Diese Diagnosekriterien führen dazu, dass „Trans*Menschen, die sich nicht (strategisch) innerhalb normativer Zweigeschlechtlichkeit verorten können oder

³⁸ Dies betrifft nicht nur die bereits in der Diagnose erwartete Symptompersistenz von mindestens 2 Jahren, sondern auch die Erwartung, dass die Personen den Wunsch zur hormonellen *und* chirurgischen Angleichung des Körpers an das Geschlechtsempfinden äußern.

³⁹ Der Behandlungswunsch als notwendiges Diagnosekriterium wird seit längerem auch aus den psy* Disziplinen heraus kritisiert (Güldenring, 2015).

wollen, bei denen andere (Vor-)Diagnosen oder Behinderungen vorliegen oder die inter*(geschlechtlich) sind, [...] durch den standardisierten Diagnoseschlüssel ‚Transsexualismus‘ des ICD-10 ausgeschlossen“ (Fütty, 2019, S. 76) werden. Daneben formen die zukünftige Geschlechtspermanenz und die in den Augen der Psy* hinreichend gute Geschlechterpräsentation im Ausdruck die Begutachtungssituation vor.

Wie die jeweiligen Psy* zu dem Schluss kommen, dass die Diagnose F64.0 vorliegt und wie sie die Geschlechtspermanenz und -kongruenz ermitteln, ist nicht geregelt. Ob sich die Psy* z.B. an den aktuellen Diagnostikleitlinien orientieren, welche Fragen sie stellen, um die psychosoziale Situation oder die Geschlechtspermanenz zu ermitteln, welche Tests klinische Psycholog*innen zur Diagnostik verwenden, welche kleidungs- und verhaltensspezifischen Anerkennungsnormen sie anlegen und wie oft Psychotherapeut*innen die trans Personen zu ihnen kommen lassen, bis sie sich über das Vorliegen der Diagnose Transsexualismus sicher sind, liegt völlig im Ermessen der Psy*. Die Kombination aus dem dünnen Gerüst der inhaltlich-diagnostischen Anforderungen in Form der oben genannten drei Punkte der ‚Behandlungsempfehlungen‘ und dem großen individuellen Handlungsspielraum der Psy* in Bezug auf die diagnostischen Methoden bezeichne ich als *unregulierte Regulation*. Diese unregulierte Regulation konstituiert zusammen mit der allgemeinen Knappheit, Vagheit und Inkohärenz der verfügbaren Informationen die allgemeine *unklare Informationslage*, die das Thema rechtliche Anerkennung und transitionsspezifische Gesundheitsversorgung in Österreich betreffen. Weder die medizinischen ‚Expert*innen‘ noch die zuständigen Behörden oder Krankenkassen noch die betreffenden trans Menschen selbst haben Zugang zu zentral gesammelten, niederschwelligen, umfassenden, aktuellen und diskriminierungsarmen Informationen über Ablauf und Inhalt des Prozesses. Obgleich einige Communityorganisationen in diesem Bereich wichtige Arbeit leisten und versuchen, Informationen zentral zusammen zu tragen und leicht verständlich darzustellen, bleiben oft wichtige Fragen offen. So gibt es z.B. keinen öffentlich einsehbaren Leistungskatalog der Krankenkassen über die konkreten transitionsmedizinischen Leistungen, die sie übernehmen, keine Vorgaben, ob die trans Personen in den Stellungnahmen mit ihren Pronomen und Namen

angesprochen werden sollen (oder ob sie gedeadnamed⁴⁰ und misgendert⁴¹ werden müssen) und keine niederschwellig verfügbaren und umfassenden Informationen über die gesamte Bandbreite von möglichen Wirkungen und Wechselwirkungen einer Hormoneinnahme oder der unterschiedlichen chirurgischen Maßnahmen. Diese unklare Informationslage und die Regulationslücken eröffnen großen individuellen Handlungsspielraum für die Psy*. Doch erst das Zusammenspiel der unklaren Informationslage mit der starken Machtasymmetrie öffnen Tür und Tor für Willkür und Machtmissbrauch.

4.3. Erfahrungen innerhalb der Begutachtungssituation

4.3.1. Allgemeine Erfahrungen

Der aus der unregulierten Regulation entspringende große individuelle Handlungsspielraum der Psy* hat zur Folge, dass die Qualität der Erfahrungen stark vom Verhalten der Psy* abhängig ist. Psy* können sich verantwortungsbewusst verhalten, indem sie die Schwere der gewaltvollen und normativen Erfordernisse, die auf die trans Menschen in diesem regulierenden Anerkennungsprozess geladen wird, abfedern (siehe Kapitel 4.5.1.). Andererseits können sie – sei es aus Unwissenheit, Nachlässigkeit, heteronormativen Diskursformationen oder ökonomischen Motiven – diesen Spielraum zum Nachteil der trans Personen gestalten.

Ist der Handlungsspielraum der Psy* durch ihre machtvolle Position und die unregulierte Regulation besonders groß, finden sich die trans Personen „in einem sehr engen und stark reglementierten Raum des Sag- und Darstellbaren“ (Saalfeld, 2019, S. 190) wieder. Ihre Handlungsfähigkeit ist durch die Kombination aus der Notwendigkeit des Zuganges zu transitionsmedizinischer Versorgung und den Anforderungen der staatlich-medizinischen Regulation stark eingeschränkt. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Analyse in Bezug auf die zentrale Forschungsfrage – die Frage nach den Erfahrungen im Kontext der Begutachtungssituation – dargestellt.

⁴⁰ Deadname bezeichnet den nicht selbstgewählten – meist den von den Eltern eingetragenen – Vornamen von trans Personen. Trans Personen, die einen dem eigenen Geschlecht entsprechenden Vornamen für sich verwenden, bewusst mit jenem Namen anzusprechen, wird meist als äußerst respektlos und gewaltvoll verstanden.

⁴¹ Misgendern beschreibt die Praxis, über trans Personen nicht mit den selbst gewählten Pronomen zu schreiben oder zu sprechen bzw. falsche geschlechtsspezifische Anreden oder Suffixe zu verwenden. Dies wird ebenfalls meist als Angriff auf die geschlechtliche Selbstbestimmung der trans Person verstanden.

4.3.1.1. „in einen Modus gegangen“ – Transnormativität in der Begutachtungssituation.

Fast alle Teilnehmenden berichteten davon, dass sie sich in der Gutachtensituation um der Glaubwürdigkeit willen sowohl in Bezug auf die Inhalte des Gesagten als auch auf den Ausdruck durch Kleidung, Haltung und Accessoires entsprechend den antizipierten normativen Erwartungen der Psy* und der Regulation verhalten hätten. Diese Ergebnisse sind konsistent mit früheren Forschungsergebnissen aus dem Bereich der Queer- und Trans Studies (Billings & Urban, 1982; Butler, 2017; Hirschauer, 2015; Saalfeld, 2019; Spade, 2006).

Einige Teilnehmende berichteten davon, dass sie zu den Begutachtungsterminen in besonders geschlechterstereotyper Kleidung erschienen sind. Manche haben ihren Kleidungsstil erst nach sich wiederholenden Kommentaren der Psy* angepasst, andere in vorauseilendem Gehorsam. Carmen erzählte beispielsweise davon, dass sie in „Highheels und Minirock“ (R4, 161) zur psychiatrischen Stellungnahme gekommen sei. Barbara hingegen hat sich den heteronormativen Kleidungserwartungen erst nach wiederholten invalidierenden Kommentaren der Therapeut*in angepasst. Welches Kleidungsstück jedoch als besonders weiblich oder besonders männlich gilt, ist offenbar nicht immer so eindeutig. So berichtete Barbara von ihrer Brille, die die Therapeut*in als weiblich eingelesen hat, obwohl das das einzige Accessoire war, das Barbara noch von vor der Transition hatte (R4, 144-149).

Neben transnormativem Ausdruck in Bezug auf Kleidung berichteten die meisten Teilnehmenden, dass sie die Erzählungen ihrer Situation und Lebensgeschichte in Richtung einer *transnormativen Biographie*⁴² hin verändert haben. Zu einer transnormativen Biographie gehört,

1. dass die trans Person sich binär trans, also dem – dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht ‚gegenüberliegenden‘ – Geschlecht zugehörig empfindet,

⁴² Die hier dargestellte *transnormative Biographie* ist am empirischen Material entwickelt worden. Es gibt jedoch große inhaltliche Überschneidungen und konzeptuelle Nahverhältnisse mit den „trans*normativen Narrativen“ (Lüthi, 2020, S. 35), dem „Idealbild eines Transsexuellen“ (Saalfeld, 2019, S. 190), dem „good transsexual“ (Preciado, 2021, S. 19), dem „transsexual narrative“ (Spade, 2006, S. 325) und dem „Transsexualismus/Transsexualitäts-Paradigma“ (Baumgartinger 2019, S. 213).

Nicht alle Teilnehmenden berichteten von allen Punkten der transnormativen Biographie.

2. dass sie das schon immer wusste und schon in der Kindheit mit ‚gegengeschlechtlichem‘ Spielzeug gespielt und ‚gegengeschlechtliche‘ Kleidung bevorzugt hat,
3. dass sich dieses Empfinden in geschlechtsspezifischem Ausdruck durch z.B. Kleidung, Schminke, Accessoires, Verhalten, Hobbies und Vorlieben direkt niederschlägt,
4. dass sie einerseits durch das trans Sein psychisch belastet ist, jedoch nicht so sehr, dass das trans Sein lediglich Symptom einer psychischen Erkrankung könnte,
5. dass sie starke Körperdysphorie empfindet und daher ‚alle‘ transitionsmedizinischen körperverändernden Maßnahmen in Anspruch nehmen will,
6. dass sie keine Zweifel den medizinischen Maßnahmen und der Permanenz des eigenen Geschlechtsempfindens gegenüber hat und
7. dass sie eindeutig heterosexuell begehrt.

Einige Aspekte der transnormativen Biographie benennt Emely folgendermaßen:

Also ich habe auch irgendwie so, ich weiß nicht, ich bin richtig in so einen, also so am Anfang von der Transition bin ich so in einen Modus gegangen, wo ich mir gedacht habe, okay, was wollen die Leute alle hören von mir? Was ist so der common thread? Und der thread ist halt, dass du dann eine heterosexuelle trans Frau sein willst, die von nichts anderem träumt, als irgendwie von einem riesengroß-beschwanzten Mann irgendwie penetriert zu werden und ähm die sich weiblich anzieht und schon immer wusste, dass sie eine Vagina haben will und ich bin dann so, SO in den Modus reingegangen, dass ich mittlerweile nicht mehr weiß, was war jetzt wirklich Dysphorie von mir und was war einfach nur: ich [muss das halt wollen. (R2, 102-111)

Emely beschreibt, wie sie zu Beginn der Affirmationsprozesse „in einen Modus gegangen“ (R2, 104) ist, bei dem sie sich strategisch überlegt hat, was die Psy* von ihr hören wollen. Als Inhalte der transnormativen Biographie nennt sie die Binarität (Punkt 1 der transnormativen Biographie), die heterosexuell weiblich codierten Sexualphantasien (7), den weiblichen Kleidungsstil (3) und den schon immer existenten Wunsch (2) nach genitalchirurgischen Maßnahmen (5). Im letzten Halbsatz beschreibt Emely, wie stark diese Überzeugungen, die sie nach außen hin präsentieren sollte, ihr eigenes tatsächliches Körperempfinden überformen (auf die

Folgen der Transnormalisierung wird in Kapitel 4.3.3.2. näher eingegangen). Ungeachtet der Übereinstimmung der erwarteten Biographie mit der eigenen Biographie, spricht die transnormative Biographie viel mehr vom konstruierten Bild der ‚echten‘ und ‚guten‘ trans Person in den Augen des Staates und der Medizin, vom „Idealbild eines Transsexuellen“ (Saalfeld, 2019, S. 190) als von der tatsächlichen Geschichte des konkreten Menschen. Die transnormative Biographie stellt das Negativ des durch das ICD-10 und die ‚Behandlungsempfehlungen‘ hergestellten Bildes der ‚Transsexualität‘ dar.

Die transnormativen Erwartungen der Situation erfordern es, dass Tatsachen, die nicht der transnormativen Biographie entsprechen bzw. zu weit davon abweichen würden, ausgelassen, Brüche geglättet oder Passendes dazu erfunden wird. Flora Löffelmann (2022) beschreibt die Begutachtungssituation als gleichzeitig *epistemisch unterdrückend* (es müssen Dinge ausgelassen werden) und *epistemisch produktiv*, d.h. die Personen müssen „Wissen über sich [...] produzieren, das ihre Unterdrückung vorantreibt“ (Abs. 9). Konkrete Beispiele dieser transnormativen Darstellungsstrategien sind das Verschweigen von nicht-binärem Empfinden (W2, 6-7), von psychischen Belastungen (S3, 166-168) oder Psychiatrieerfahrung, von nicht-heterosexuellen Phantasien, Verhalten oder Beziehungen (P3, 42-49), von Ängsten und Zweifeln bezüglich möglichen Veränderungen durch eine Hormontherapie (W3, 29-37) oder chirurgischen Maßnahmen, von Unsicherheiten im Ablauf des Regulationsprozesses und das Glätten von Brüchen oder Uneindeutigkeiten im vergangenen wie aktuellen Geschlechtsempfinden (S2, 17-24). Von strategischer Selbstdarstellung wurde nicht nur bei den diagnostischen Gesprächen, sondern auch bei den klinisch-psychologischen Tests berichtet (W3, 127-129). Die Konstellation, dass der regulative Apparat bestimmte Erzählungen fördert und die trans Personen notwendigerweise diese erwarteten Erzählungen geben, bezeichnet Eliah Lüthi als „narrative[n] Bestätigungs-Kreislauf: Die Diagnosekriterien müssen erfüllt werden [sic] um gesellschaftliche Anerkennung und Zugänge zu erhalten. Also werden (strategisch vereinheitlichende) trans*normative Narrative entwickelt [sic] um diese Diagnosekriterien zu erfüllen. Dadurch werden diese Kriterien bestätigt und der Kreislauf setzt sich fort“ (Lüthi, 2020, S. 35). Löffelmann (2022) definiert analog dazu den Zwang, dem eine trans Person in der Begutachtungssituation ausgeliefert ist, „über sich selbst in ihrer Rede Wissen auszudrücken, das ihre Unterdrückung vorantreibt“ (Abs. 5), als *rhetorisch-epistemische Unterdrückung*.

Zwei weitere zentrale Aspekte der transnormativen Biographie sind die Kohärenz der Erzählung und die Sicherheit des eigenen Empfindens. Die Glaubwürdigkeit der Erzählung und dadurch der aktuellen Situation wird durch eine bruchlose, geglättete Narration gestärkt. Es soll möglichst eine zusammenhängende und logisch verständliche Kausalität in die Vergangenheit projiziert werden. Verstärkt wird die Wirkung einer kohärenten Erzählung durch ein hohes Sprachniveau bzw. einen hohen Bildungsgrad (S3, 15-21). So wurde Ry für die im Vorhinein zurechtgelegte Geschichte mit explizitem Verweis auf das Sprachniveau und die Kohärenz der Erzählung von einer Psychiater*in gelobt (S3, 15-16). Einige Teilnehmende berichteten, dass sich die Kohärenz ihrer Erzählung von Termin zu Termin verbessert hat bzw. dass sie die Geschichte in Richtung einer transnormativen Biographie immer weiter ‚geschliffen‘ und verfeinert haben. In Bezug auf die erzählte Sicherheit des Empfindens erhöht sowohl die in die Kindheit und Jugend projizierte und bis ins Jetzt bestehende Kontinuität des Empfindens und die Versicherung, dass sich dieses Empfinden nicht mehr ändern wird, die Glaubwürdigkeit. Ax beschrieb diesen Aspekt so: „Weil du dich immer nur darstellen musst als: ‚Ich bin mir ganz, ganz sicher und das wird sich nie wieder ändern. Und es war schon immer so““ (W3, 5-6). Die Glaubwürdigkeit der in die Vergangenheit projizierten Kontinuität der Transgeschlechtlichkeit kann durch Erzählungen von ‚gegengeschlechtlichen‘ Vorlieben bei Kleidung, Frisur, Spielzeug oder Rolle im Spiel in der Kindheit verstärkt werden. So erzählte Ry aus strategischen Gründen in der Begutachtungssituation nicht von den Barbies, mit denen Ry auch sehr gern gespielt hat, sondern nur von Holzspielzeug (Punkt 2 der transnormativen Biographie; S2, 18-23). Auf den vierten Punkt der transnormativen Biographie, die psychische Belastung, werde ich etwas später genauer eingehen.

Ob transnormative Selbstdarstellungen von vornherein als geplante Strategie angewandt wurden oder durch wiederholte normierende Sanktionen ‚erlernt‘ wurde, war unterschiedlich. So berichteten z.B. Emely, Max und Mico davon, dass sie – durch Erfahrungsberichte informiert – von Beginn an „in einen [transnormativen] Modus gegangen“ (R2, 104) sind. Obwohl Ax sich aufgrund von Empfehlungen anderer bereits vor dem ersten Termin überlegt hat, eine „Alias-Identity“ (W2, 17) zuzulegen und „auf trans Mann [zu] machen“ (W2, 17-18), hat sich Ax schlussendlich dafür entschieden, den Begutachtungsprozess bewusst als nicht-binär positionierte Person zu durchlaufen und durch diese bewusste Experimentalperspektive Distanz zu schaffen (W2, 15-29). Ry, Lea, Barbara und K. hingegen berichteten von

Lernprozessen, die durch mehr oder minder subtile Drohungen oder andere disziplinierende Maßnahmen in Gang gekommen sind. K. beschrieb einen dieser Lernprozesse durch die indirekte Drohung der Gutachter*in eindrücklich:

One of the therapists was really/ like he really believed that I was trans. And he was really willing to give me the letter. But at some point he told me, Yeah, I still have to check if you have some other mental health issues because if you have, uh, maybe it will change my, uh, um, my diagnosis of you. And so/ and I felt very insecure suddenly because (...) I realised that even if you come, like, thinking, okay, I don't have to tell them everything about me, and I don't even have to tell them, like, exactly how/ like, my life just was or whatever. Like/ me, I learned on the spot that something that I didn't think about might really, uh, how do you say, um, (impact?) uh, uh, make them change their mind about, like, giving or not a statement. (P1, 42-51)

Hier berichtet K. von dem schnellen Lernprozess, der der impliziten Drohung in der Erzählung der Psy* folgt. K. war daraufhin plötzlich sehr verunsichert über die Möglichkeit, die Stellungnahme nicht zu bekommen, wenn K. nicht genau darauf achtet, was K. erzählt und was nicht. Barbara berichtete von bewertenden Kommentaren einer Psychotherapeut*in, die mit der Zeit dazu geführt haben, dass Barbara sich mehr den binären Anerkennungsnormen entsprechend präsentierte (R4, 144-155). An anderer Stelle problematisierte Barbara den Unterwerfungsprozess unter das transnormative Anerkennungsregime als Zwang: „Du wirst halt gezwungen, dass du irgendwie genau diesem Bild irgendwie entsprichst. Und du das und das und das und das machst“ (R2, 123-125). Dieser Zwang, sich den transnormativen Erwartungen zu unterwerfen, reiht sich hinter den durch die Regulierung installierten Zwang, sich psychopathologisierenden Diagnostikprozessen auszuliefern, ein. Vor diesem Hintergrund kann das aktuelle regulatorische Regime als *doppelte Zwangssituation* beschrieben werden.

4.3.1.1.1. Gratwanderungen an den „Grenzen des Menschlichen“.

Im Verlauf der Diskussion der Gruppe Pappel debattierten Gialu und K. darüber, ob der bedingte Anerkennungsprozess etwas ist, durch das die trans Personen hindurch manövrieren müssen oder ob es eher ein Prozess der eindeutigen und einförmigen Normerfüllung ist. Gialu spricht über die Unsicherheit und Unklarheit als nicht-binäre Person in einem ausschließlich binären System zu navigieren (P2, 44-46). K. hingegen befand, dass „you not really have to navigate, you have to [...] really fit in

the box to get hormones or top surgery.” (P3, 29-30). Tatsächlich kann die Begutachtungssituation als mehrfache Prüfungssituation verstanden werden. Die trans Person muss in Form einer glaubwürdigen transnormativen Biographie, eines ‚passenden‘ äußeren Erscheinungsbildes und der ‚richtigen‘ Beantwortung der Fragen der Psy* beweisen, dass sie den Anforderungen der Regulation entspricht. Diese Auffassung, die dem Bild des ‚fit in the box‘ von K. entspricht, ist sicherlich nicht falsch. Die Vorstellung der Navigation wie von Gialu bleibt jedoch gleichsam bestehen und wird durch weitere empirische Befunde noch bestärkt. Vor allem die detaillierten Ausführungen der Gruppe Rotföhre legen nahe, dass es in einigen ‚Teilprüfungen‘ nicht nur *eine* richtige und *eine* falsche Antwort gibt. Besonders der Bereich psychische Gesundheit stellte sich für die Teilnehmenden eher als Balanceakt dar, denn als einfache dichotome Prüfung. Darüber hinaus zeigen die empirischen Befunde, dass dies spezifisch bei trans Frauen und transfemininen Personen ebenso für die Bereiche Sexualität und Erscheinungsbild gilt. Um die eigene Glaubwürdigkeit aufrechtzuerhalten oder zu stärken, legt das Datenmaterial in diesen drei Bereichen nahe, dass es mehr als nur eine ‚falsche‘, d.h. die Glaubwürdigkeit beeinträchtigende, Antwort- bzw. Ausdrucksmöglichkeit gibt. Es reicht zumindest in diesen drei Bereichen nicht aus, lediglich von heterosexuellen Phantasien und von psychischer Belastung zu erzählen und in stereotyper Kleidung zum Termin zu erscheinen. Alle trans Menschen müssen das für die entsprechenden Psy* ‚richtige‘ Maß an psychischer Belastung finden. Transfeminine Personen und trans Frauen müssen darüber hinaus das ‚richtige‘ Maß an heterosexuellen Phantasien oder Erzählungen und geschlechtsstereotypem Ausdruck finden. Das ‚Bestehen‘ dieser Teilprüfungen gleicht dem Balancieren auf einem schmalen Grat der Glaubwürdigkeit, der ‚Echtheit‘, der Erzählung und somit der Anerkennung. Dieser Grat wird auf beiden Seiten durch einen Abhang begrenzt. Diese Abhänge figurieren die Möglichkeiten des Verlusts der Glaubwürdigkeit. Diese Abhänge markieren gleichsam einige der *Grenzen des Menschlichen* (Butler, 2017), von denen Judith Butler im gleichnamigen Buch spricht. Die Begutachtungssituation ist eine jener „Stellen, wo das Menschliche auf die Grenzen der Intelligibilität trifft“ (Butler, 2017, S. 98) und dadurch die Normen, die unseren Subjektstatus bedingen, sichtbar werden lässt. Im Folgenden werden die drei Gratwanderungen der Anerkennbarkeit im Rahmen der Erzählungen über psychische Gesundheit, Sexualität und des äußeren Ausdrucks näher beschrieben.

Psychische Gesundheit

Der Balanceakt in Bezug auf psychische Gesundheit vollzieht sich zwischen einer ‚zu guten‘ und ‚zu schlechten‘ psychischen Verfassung (Punkt 4 der transnormativen Biographie). Auf der einen Seite sollen die trans Menschen den von ihnen erwarteten Leidensdruck als Teil einer transnormativen Biographie berichten, um überhaupt die ‚klinische Schwelle‘ an Belastung zu übertreten und ihren Anspruch auf Unterstützung zu untermauern. Epidemiologische Untersuchungen zeigen, dass viele trans Personen tatsächlich psychisch belastet sind (Gaiswinkler et al., 2023; Kasproski et al., 2021; Valentine & Shipherd, 2018). Doch weder das ICD-10 noch die Mehrzahl der Psy* interessieren die sozialen Verhältnisse, die diesen Leiden vorausgehen. Aus ihrer cis- und heteronormativen Perspektive liegt die Ursache des Leidensdrucks im geschlechtlichen Empfinden der Individuen selbst: eine ‚wahre‘ trans Person leidet vorwiegend unter ihrer ‚Transsexualität‘ und nicht unter Diskriminierung und (normativer) Gewalt. Diese Auffassung äußert sich auch darin, dass kaum eine der teilnehmenden Personen den Kontakt mit den Psy* im Rahmen der Regulation als unterstützend empfand. Im Gegenteil: Einige Teilnehmenden berichteten, dass sie neben dem Kontakt mit den Psy* für die Stellungnahmen zeitgleich oder im Anschluss daran eine ‚echte‘ Psychotherapie in Anspruch genommen haben. Wie bei den anderen Punkten der transnormativen Biographie geht es nicht um die tatsächliche psychische Gesundheit der trans Personen, sondern um das Erfüllen des Bildes der ‚echten Transsexualität‘ in den Augen der klinischen Psychologie und der Psychiatrie. Die inzwischen über 150-jährige Geschichte der Konstruktion von ‚Transsexualismus‘ als psychische Störung (siehe Kapitel 2.2.1.1.) schlägt sich in den diagnostischen Erwartungen nach psychischer Belastung, Leidensdruck, Körperdysphorie und Depression nieder (Lüthi, 2020; Saalfeld, 2019).⁴³ Diese negative Erwartung hat Emely gespürt, wenn sie von dem Gefühl berichtete, dass es ihr nicht gut gehen dürfe und sie „irgendwelche Trauergeschichten erzählen“ (R2, 30) müsse (R2, 27-30). Die Glaubwürdigkeit ist nicht mehr gegeben, sobald die Psy* das Gefühl bekommt, dass es der trans Person eigentlich gar nicht so schlecht geht.

Ein weiteres Risiko auf diesem Grat stellen abwesende Körperdysphorien dar, wenn sich zum Beispiel eine trans Frau mit ihren Genitalien einigermaßen wohlfühlt

⁴³ Eine weitere Reproduktion dieses Bildes von Trans ist die jahrzehntelange und noch immer andauernde kulturelle Darstellung von LGBTIQ* Menschen, insbesondere von trans Personen, als tragische und belastete Charaktere, häufig in Zusammenhang mit Suizid oder Suizidversuchen (vgl. tragic queer identity; Caprioglio, 2021).

und keinen Operationswunsch hat. Sind die trans Personen also angehalten, von Belastung und Leid zu erzählen, um als ‚echte‘ trans Personen zu gelten, dürfen sie gleichzeitig jedoch nicht von zu großer Belastung und Leid erzählen. Auf der anderen Seite des Grates lauert nämlich immer die Gefahr, durch eine zu heftige Symptomschilderung in den Bereich der diagnostischen Ausschlussgründe zu geraten. Wird diese Linie in den Augen einer Psy* übertreten, kann es sein, dass die gesamte Transgeschlechtlichkeit lediglich als (wahnhaftes) Symptom einer ‚eigentlichen‘, ‚anderen‘ psychischen Störung aufgefasst wird.

Die Psychopathologisierung durch Diagnosen wie z.B. Autismus, Psychose, Borderline, Schizophrenie oder Depression untergraben den Glauben an die Vernunftfähigkeit bzw. den Verstand der trans Person und werden als differentialdiagnostische Ausschlusskriterien für die Diagnose F64.0 und als tatsächliche Ursache für die ‚transsexuellen Symptome‘ verwendet (Lüthi, 2020). Hier entpuppt sich die Prüfung der Glaubwürdigkeit als eine der Zurechnungsfähigkeit. Die Aufgabe der Psy* besteht hier darin, zwischen dem im ICD-10 voluntaristisch und euphemistisch beschriebenen „Wunsch, als Angehörige des anderen Geschlechtes zu leben“ (Dilling et al., 2016, S. 175) und einer „Wahnwahrnehmung [...] [bzw. einem] anhaltende[n], kulturell unangemessene[n] oder völlig unrealistische[n] (bizarre[n]) Wahn“ (Dilling et al., 2015, S. 129) als Symptom einer Schizophrenie oder Psychose zu unterscheiden. Eine zurechnungsfähige trans Person soll den Wunsch nach Geschlechtsangehörigkeit und medizinischen Maßnahmen äußern. Die diagnostische Grenze zwischen der Äußerung eines Wunsches, einer inneren Überzeugung bzw. einer empfundenen Notwendigkeit und einer wahnhaften Wahrnehmung und somit Unzurechnungsfähigkeit ist unscharf. Gemäß Lüthi (2020) verläuft die Grenze „zwischen dem *wahrhaftigen Glauben* eine Person des anderen Genders zu *sein* (potentiell *wahnhaft*) und sich, wie eine Person des anderen Genders zu *fühlen* (ohne an das eigene Fühlen wirklich zu glauben – potentiell *trans**)“ (Herv. i. O.; S. 25). Die trans Person muss also die psychiatrische Logik übernehmen und das eigene Empfinden pathologisieren, um glaubwürdig zu erscheinen. Die Notwendigkeit der „Übernahme der psychiatrischen Perspektive auf sich selbst [...] gilt sowohl für die sogenannte *Krankheitseinsicht* als auch in Bezug auf die diagnostisch implizierten Gendernormen“ (Herv. i. O.; Lüthi, 2020, S. 25). Auswirkungen dieser komplexen „Wahrheitsspiele der Pathologisierung“ (Rott, 2014, S. 173) und bedingten Anerkennung zeigen sich im Datenmaterial vor allem in Form von starken Ängsten

und Stress der Teilnehmenden, dass ihnen aufgrund psychischer (Vor-)Erkrankungen oder ihrer Schilderung von psychischer Belastung die oft lebensnotwendige Stellungnahme vorenthalten wird. Ry berichtete davon, aus Angst nichts von depressiven Gefühlen gesagt zu haben (S3, 166-171). Lea berichtete von extremer Angst, aufgrund von Voraufenthalt in der Psychiatrie die Stellungnahme nicht zu bekommen (S3, 120-125). Im Gespräch der Gruppe Rotföhre entgegnete Barbara der Ausführung von Emely zum Gefühl, Trauergeschichten erzählen zu müssen, folgendes:

Ja, ich hab genau] den umgekehrten Zugang irgendwie so für mich verfolgt damals, weil es irgendwie so, weil ja Komorbiditäten und wir müssen ausschließen, dass du jetzt irgendwie, weiß ich nicht, ADHD oder Autismus oder sonst irgendwas hast du sonst kriegst du es ja nicht. Man hört ja irgendwie Geschichten und ja, deswegen habe ich dann irgendwie das alles irgendwie verstecken versucht und dass es mir irgendwie eh nicht gut geht. Aber wahrscheinlich ist das dann auch wieder kontraproduktiv, weil dann geht es mir ja zu gut, dass ich irgendwie keine Ahnung was. Und das geht ja so weit, keine Ahnung, also dass, ich hab immer noch keine, ich habe keine Diagnose, aber ich habe höchstwahrscheinlich irgendwie ähm ADHD und ähm das hab ich sicher zwei drei Jahre rausgeschoben genau deswegen. (R2, 33-43)

Die Darstellungsstrategie von Barbara unterscheidet sich von der Strategie Emelys. Spürt Emely die Erwartung, Negatives zu erzählen, sieht Barbara vor allem den Abgrund der ausschließenden Differenzialdiagnosen als Gefahr an. Im Versuch, möglichst keine Belastungen preiszugeben, erkennt Barbara sogleich den gegenüberliegenden Abgrund. Bei Barbara hatte dieser Balanceakt zur Folge, dass die Diagnostik einer vermuteten ADHS-Diagnose inzwischen schon seit mehreren Jahren hinausgezögert wurde. Diese Angst, dass eine psychiatrische Diagnose die Zurechnungsfähigkeit und somit die Glaubwürdigkeit in Bezug auf das Geschlechtsempfinden untergraben könnte, ist neben der Angst vor Diskriminierung ein weiterer Grund für Misstrauen gegenüber dem Gesundheitssystem und der daraus folgenden Verzögerung oder Vermeidung der Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung. Diese Situation führt zu einer schlechteren Versorgung von trans Personen und damit zu eingeschränkter Lebensqualität und Lebenserwartung. Hierauf werde ich im Kapitel 4.4.4. vertieft eingehen.

Sexualität

Die meisten Teilnehmenden berichteten davon, dass sie explizit nach sexuellen Phantasien, Vorlieben und Verhalten gefragt wurden. Hier materialisiert sich erneut ein zugrundeliegender Leitsatz der hegemonialen Diskursformation über das Subjekt im westeuropäischen und US-amerikanischen Raum: „Um zu wissen wer du bist, mußst [sic] du wissen, was mit deinem Sex los ist“ (Foucault, 1978b, S. 176). Diese oft suggestiv gestellten Fragen werden im Kontext einer hegemonial heteronormativen Gesellschaft und speziell in einem stark von cis und heterosexuellen Geschlechternormen durchzogenen Raum gestellt. Vor diesem Hintergrund sind die Wahrheit und Echtheit der Männlichkeit bzw. Weiblichkeit fest mit Heterosexualität verbunden. Von heteronormativen suggestiven Fragen nach Sexualität, bei der es eine eindeutig richtige Antwort zu geben scheint, haben vor allem transmaskuline und nicht-binäre Teilnehmende berichtet (P3, 44-49). Dass das Erzählen über Sexualität als inhaltlicher Balanceakt wahrgenommen wurde, war in meiner Forschung ausschließlich bei transfemininen Personen der Fall. Dies hängt vermutlich damit zusammen, dass einer der beiden Abgründe auf dem Grat Sexualität, nämlich der Vorwurf der Fetischisierung von Weiblichkeit, für Männlichkeit nicht in dieser Form existiert.

Der schmale Grat der Glaubwürdigkeit und somit der Anerkennung in Bezug auf die Schilderungen zu Sexualität wird bei transfemininen Personen auf der einen Seite von ‚zu wenig heterosexuellen‘ oder nicht-heterosexuellen Phantasien und auf der anderen Seite von vermeintlich stereotyp übersteigerten, ‚zu heterosexuellen‘, Vorstellungen begrenzt. Das explizite Fragen der Psy*s nach heterosexuell weiblich codierten Sexualphantasien impliziert, dass eine ‚echte‘ Frau eine heterosexuelle Frau sei. Auf der einen Seite stellen a-, bi- und homosexuell codierte Schilderungen die ‚Echtheit‘ der Weiblichkeit der trans Person infrage. Derselben heteronormativen Logik folgend wurden und werden jene Frauen, die sich dem patriarchalen Reproduktionsimperativ entzogen haben und entziehen, als unweiblich diffamiert und als potenziell gefährlich verfolgt und bestraft (Federici, 2022; LesMigraS. Antigewalt- und Antidiskriminierungsbereich der Lesbenberatung Berlin e.V., 2012). Im vorherrschenden Regime der Zweigeschlechtlichkeit ist eine ‚echte‘ Frau heterosexuell (Butler, 1991; Ludwig, 2011). Monique Wittig bricht die Konstruktion des Subjekts Frau im sozialen Zwangsverhältnis der Heterosexualität auf die Formel „there are no women without men“ (Wittig, 1992, S. 2) herunter. Aus der Einsicht, dass es Frauen nur in Abhängigkeit von Männern gibt, d.h. dass es das Subjekt Frau

nur durch und aufgrund heterosexueller Verhältnisse gibt, schlussfolgert sie, dass das „designated subject (lesbian) [...] *not a woman*“ (Herv. i. O.; Wittig, 1992, S. 20) ist.⁴⁴ Der affirmative Bezug auf das Lesbischsein – eine Position außerhalb der weiblichen Heterosexualität – Wittigs bleibt den transfemininen Personen und trans Frauen im Kontext der heteronormativ strukturierten Begutachtungssituation meist verwehrt. Hier stellt die Abweichung von der heterosexuellen Norm eine Gefahr für die glaubhaft zu machende Weiblichkeit dar. Dem gegenüber steht die Drohung, dass eine zu stereotyp heterosexuell weiblich codierte Sexualphantasie als Fetischisierung von Weiblichkeit oder, wie Barbara es konkreter formuliert als „Autogyephilie!“ (R2, 88) interpretiert wird. ‚Autogynophilie‘ ist ein von dem US-amerikanischen Sexologen Ray Blanchard erfundenes Konzept zu vermeintlichen Genese und Differenzierung von trans Weiblichkeiten, welches Eingang in den DSM-5 gefunden hat. Laut Blanchard seien all jene trans Frauen und transfeminine Personen ‚autogynophil‘, die sich nicht zu Männern hingezogen fühlen (Serano, 2016). Blanchard unterstellt, dass bei trans Frauen, die nicht-heterosexuell Begehren, die ‚Hauptursache‘ der Transgeschlechtlichkeit in einer sexuellen Anziehung an das Bild oder Gedanken von sich selbst als Frau zu finden sei (Serano, 2020). Nicht-heterosexuelle trans Weiblichkeit stellt für Blanchard somit eine sexuelle Störung dar, die aus einem „misdirected heterosexual sex drive“ (Serano, 2020, S. 765) entspringe. Trans Frauen und transfeminine Personen werden hyperfeminisiert und hypersexualisiert und es wird ihnen unterstellt, dass sie hauptsächlich aus sexuellen Motiven ihr Geschlecht medizinisch angleichen möchten. Diese Unterstellung knüpft an die misogynen Vorstellung an, dass Frauen nur auf eine Art und Weise macht- und wertvoll sein können: als Objekt männlich-heterosexuellen Begehrens (Serano, 2020).

Neben dieser feministischen Kritik an ‚Autogynophilie‘ lassen sich daran auch mehrere Pathologisierungsstrategien feststellen, wie sie auch Rott (2014) beschrieben hat (siehe Kapitel 2.2.1.1.). Blanchard fasst ‚Autogynophilie‘ als sexuelle Störung auf. Die als ‚autogynophil‘ bezeichneten trans Frauen und transfemininen Personen werden mit einem als negativ wahrgenommenen Phänomen in Verbindung gebracht. Neben der Einreihung von trans Phänomenen als eine ‚Störung der Sexualpräferenz‘

⁴⁴ Und weiter: „For what makes a woman is a specific social relation to a man, a relation that we have previously called servitude, a relation which implies personal and physical obligation as well as economic obligation (‘forced residence,’ domestic corvée, conjugal duties, unlimited production of children, etc) a relation which lesbians escape by refusing to become or to stay heterosexual” (Wittig, 1992, S. 20).

(Dilling et al., 2015) wird eine Gleichsetzung von Geschlecht und Sexualität von Blanchard vollzogen. Als ‚Ursache‘ von als ‚Autogynophilie‘ verfeimter trans Weiblichkeit meint Blanchard einen „erotic target location error“ (Serano, 2020, S. 765) erkannt zu haben. Dem Konzept der ‚Autogynophilie‘ liegen also cissexistische, geschlechteressentialistische und heteronormative Annahmen zugrunde, womit dieses zur Pathologisierung und Stigmatisierung von Trans beiträgt (Rott, 2014; Serano, 2016, 2020). Aufgrund der inhärent sexistischen Logiken und dem alleinigen Fokus auf trans Weiblichkeit bezeichnet Julia Serano Blanchards Thesen als transmisogyn (Serano, 2016).

Barbara und Emely beschreiben die sexualitätsbezogene Gratwanderung in folgender Passage:

Barbara: ‚Sind Sie sicher, dass Sie nicht einfach nur schwul sind?‘, (Emely: What the fuck!?) hat mich {Name der Therapeut*in B} genauso gefragt. Nein, nein, {Name der klinischen Psycholog*in Z} war es! [...]

Emely: Aber ja, so, dass die Sexualität dann da plötzlich irgendwie mit reinkommt und dann irgendwie ich nicht weiß, soll ich jetzt, keine Ahnung, soll ich da jetzt sagen ich hab drüber phantasiert, dass ich dass ich irgendwie von einem großen Mann als kleine, zarte Frau penetriert werd/

Barbara: Autogynephilie! Bist du [schon ausgeschlossen. Da hast du schon verloren, da hast du schon verloren! (betont)]

Emely: GENAU! Voll! Da ist das. Ist es dann das] oder muss ich das sagen, damit mir die Leute glauben, dass ich wirklich eine Frau sein will? Und wenn ich sage, ich steh auf Frauen dann ist halt aber warum, also dann kommt echt von vielen Leuten irgendwie so gleich mal die Frage ‚Warum wollen sie denn überhaupt transitionen?‘ Also halt von ähm also ich hab das noch nie von/

Barbara: LESBIANISM! (gehaucht)

Emely: Genau. Aber man kann ja nur ein Buchstabe von LGBT sein.

Barbara: Ja, ich war eh schon fast alle. (beide lachen) ähm, ja (4) ‚Sind Sie sicher, dass Sie nicht einfach nur schwul sind?‘, nachdem ich ihm erklärt habe, dass ich bi bin. (R2, 72-100)

Barbara berichtet von der cissexistischen und suggestiven Frage einer Psy*, ob Barbara nicht eigentlich schwul sei. Emely spricht über die Unsicherheit, die sie im Antworten auf die Nachfragen der Psy* zu Sexualität und sexuellen Phantasien hat. Barbara benennt konkret die beiden Abgründe: Die unterstellte Fetischisierung von als heterosexuell weiblich codierten Sexualphantasien in Form von ‚Autogynophilie‘ und nicht (ausschließlich) heterosexuelle Sexualpräferenzen in Form von lesbisch oder bisexuell Sein.⁴⁵ In dieser Passage wird nicht nur der schmale Grat der Anerkennung im Kontext von Sexualität von transfemininen Personen und trans Frauen sichtbar. Ebenso ist eine Normierung in Richtung ‚natürlicher‘ Zweigeschlechtlichkeit durch manipulatives Gegenfragen erkennbar. Die Frage der Psy*, ob Barbara „nicht einfach nur schwul“ (R2, 72) sei, drückt aus, dass die Psy* der Selbstauskunft von Barbara keinen Glauben schenkt. Li und Samp (2023) definieren diese Art des manipulativen Gegenfragens (*Countering*) und Infragestellens der Geschlechtsidentität und sexuellen Orientierung als eine *Gaslighting*-Methode von LGBTIQ Menschen. Auf Erfahrungen von Gaslighting werde ich in Kapitel 4.3.1.2. weiter unten noch detaillierter eingehen.

Ebenso wie die ‚Autogynophilie‘ im DSM-5 jene transfemininen Personen und trans Frauen, die nicht das ‚richtige‘ Maß an heterosexuellen Phantasien berichten, in einer vermeintlich angeborenen Männlichkeit zu verankern versucht, bietet das ICD-10 analog dazu hierfür die Diagnose F65.1 „fetischistischer Transvestitismus“ (Dilling et al., 2015, S. 299) an.

Die *Diagnostischen Kriterien für Forschung und Praxis* (Dilling et al., 2016) des ICD-10 definieren ‚fetischistischen Transvestitismus‘ so:

- B. Tragen von Kleidungsstücken oder Accessoires des anderen Geschlechtes, um den Anschein zu erwecken und das Gefühl zu haben, Angehöriger des anderen Geschlechtes zu sein.
- C. Das Tragen der gegengeschlechtlichen Kleidung (cross-dressing) ist eng mit sexueller Erregung verbunden. Wenn es zum Orgasmus gekommen ist und die sexuelle Erregung abnimmt, besteht ein starkes Verlangen, diese Kleidung abzulegen. (Dilling et al., 2016, S. 178)

⁴⁵ Obwohl Blanchard a-, bi- und homosexuelle Phantasien von trans Frauen als ‚autogynophil‘ bezeichnet, ist anzunehmen, dass sich Barbara hier auf den Fetischisierungsvorwurf von Weiblichkeit, welche der Theorie der Autogynophilie zugrunde liegt, bezieht (Serano, 2020).

Noch etwas aufschlussreicher ist die Definition in den *Klinisch-diagnostischen Leitlinien* (Dilling et al., 2015):

Diese Störung unterscheidet sich vom einfachen Fetischismus dadurch, dass Fetischgegenstände oder Kleidung nicht nur getragen werden, sondern auch den Anschein erwecken sollen, dass es sich um eine Person des anderen Geschlechts handelt. Meistens wird mehr als ein Gegenstand getragen und oft handelt es sich um eine vollständige Ausstattung mit Perücke und Make up. Fetischistischer Transvestitismus unterscheidet sich vom transsexuellem [sic] Transvestitismus durch die deutliche Koppelung an sexuelle Erregung und das starke Verlangen, die Kleidung nach dem eingetretenen Orgasmus und dem Nachlassen der sexuellen Erregung abzulegen. Häufig berichten Transsexuelle über eine frühere Phase von fetischistischem Transvestitismus, und wahrscheinlich stellt dieser in solchen Fällen eine Zwischenstufe in der Entwicklung zum Transsexualismus dar. (Dilling et al., 2015, S. 299)

Ähnlich wie bei ‚Autogynophilie‘ werden hier sexuelle Erregung und vermeintlich geschlechtsspezifischer Ausdruck miteinander verknüpft. Obwohl der ‚fetischistische Transvestitismus‘, im Gegensatz zur ‚Autogynophilie‘, theoretisch keine Geschlechtsspezifität besitzt, wurde die Diagnose historisch fast ausschließlich bei Personen im transfemininen Spektrum angewandt (Serano, 2020). Mit der diagnostischen Differenzierung zwischen ‚fetischistischem Transvestitismus‘ und ‚transsexuellem Transvestitismus‘ beteiligt sich das ICD-10 vorbehaltlos an der inzwischen über hundertjährigen Suche nach den ‚wahren Transsexuellen‘. Obwohl in der Definition eine konzeptuelle Trennung zwischen ‚transsexuellem Transvestitismus‘ – dem ‚wahren Transsexualismus‘ – und ‚fetischistischem Transvestitismus‘ durch die Betonung der sexuellen Erregung vollzogen wird, werden im letzten Satz die beiden Konstrukte wieder direkt miteinander in Verbindung gebracht. Der vermeintliche Kleidungsfetisch wird zu einem frühen Symptom eines sich später ausprägenden ‚Vollbildes des Transsexualismus‘. Durch die Existenz der Diagnose ‚fetischistischer Transvestitismus‘ wird Transgeschlechtlichkeit – vor allem trans Weiblichkeit – unterstellt, hauptsächlich einer sexuellen Motivationslage zu entspringen. Diese Annahme rezipiert das transmisogyne Bild, gemäß dem trans Frauen und transfeminine Menschen eigentlich – aus sexuellen Motiven heraus – verkleidete Männer seien (Serano, 2016). Diese Ausführungen sollen nicht infrage stellen, dass es Menschen gibt, für die das Tragen von bestimmter Kleidung mit

sexueller Erregung einhergeht, aber nicht mit einem verändertem Geschlechtsempfinden. Hier geht es darum, dass der ‚fetischistische Transvestitismus‘ als weitere mögliche Ausschlussdiagnose der für die Stellungnahme notwendigen Diagnose ‚Transsexualismus‘ fungieren kann. Die Diagnose ‚fetischistischer Transvestitismus‘ begrenzt jedoch nicht nur den Grat der anerkegnbaren Sexualität von trans Frauen und transfemininen Personen. Da die Diagnose sowohl vom Aspekt der Sexualität als auch von dem der Kleidung und Accessoires her diagnostisch gedacht werden kann, bildet sie ebenso eine Grenze des Grades der Glaubwürdigkeit in Bezug auf das äußere Erscheinungsbild. Dies führt zum zweiten Balanceakt, dem sich vorwiegend transfeminine Personen und trans Frauen ausgesetzt sehen.

Erscheinungsbild

Können Psy* durch suggestives und intrusives Fragen Äußerungen über sexuelle Phantasien mit Weiblichkeitscodes verknüpfen und als ‚fetischistischen Transvestitismus‘ bzw. ‚Autogynophilie‘ interpretieren, so können sie auch das äußere Erscheinungsbild der trans Personen in der Begutachtungssituation mit Sexualität in Verbindung bringen. Das Inspizieren und Kommentieren von Körper, Kleidung oder Accessoires auf ihre vermeintliche Geschlechtsspezifität hin berichteten viele Teilnehmende. So fragte die Psychotherapeut*in von Barbara, aus welcher Geschlechterabteilung im Bekleidungsgeschäft die einzelnen Kleidungsstücke waren und beurteilte diese je nachdem, ob sie in den Augen der Psychotherapeut*in weiblich oder nicht weiblich aussahen (R4, 144-148). Barbara berichtete, dass diese Psychotherapeut*in sie durch normative und invalidierende Kommentare „irgendwie so weit rein konditioniert“ (R4, 154-155) hatte, dass Barbara danach „fast ein ganzes Jahr lang nur Röcke und Kleider getragen“ (R4, 151-152) hat. Als Barbara zu dieser Psychotherapeut*in gekommen ist, war sie „noch nicht [so weit], irgendwie da einen Rock anzuziehen“ (R4, 153-154). Noch nicht „so weit“ (R4, 153) sein meint hier wahrscheinlich aus Angst vor cis- und heterosexistischer Gewalt oder Unsicherheit über das eigene Empfinden nicht die innere Sicherheit oder den Mut zu besitzen, in der Öffentlichkeit eindeutig weiblich codierte Kleidungsstücke wie Rock oder Kleid anzuziehen. Von ähnlichen Gefühlen und ihren Folgen auf die Begutachtungssituation berichtete auch Mico. Mico erzählte von großen sozialen Ängsten im Zeitraum der Gutachtentermine, aufgrund derer Mico im „boymode“⁴⁶

⁴⁶ Boymode bezeichnet einen – von der Geschlechtsidentität unabhängigen – männlichen Präsentationsstil. Analog dazu existiert girlmode.

(S3, 42) zum Termin mit der klinischen Psycholog*in erschienen ist. Mico begründete dies so:

Aber nicht, weil ich mich (unv.) das mag, sondern weil ich sonst nicht mit meinen sozialen Ängsten zurechtgekommen wäre und sonst gar nicht den Termin hätte wahrnehmen können. Aber das hat dann vielleicht sein Bild auch beeinflussen können {Name der Psycholog*in Z}, wenn er nicht weiß, dass Präsentation ist nicht gleich gender identity. (S3, 43-47)

Mico spricht über die sozialen Ängste, die Mico dazu drängen, als eindeutig männlich gelesen, ‚geboymoded‘, zum Termin zu erscheinen. Das Machtgefüge der heteronormativen Hegemonie und die daraus entspringende normative Gewalt an deren ‚Rändern‘ sind als größte Quellen dieser Angst anzunehmen (Butler, 2017; Ludwig, 2011; Pohlkamp, 2014). Von ähnlichen Ängsten und der Strategie des girlmoding berichteten keine Teilnehmenden in dieser Forschung. Zu den sozialen Ängsten von Mico, die dazu führten, dass Mico sich – entgegen dem eigenen – in der Begutachtungssituation männlich präsentierte, kommen Ängste dazu, dass gerade der Umgang mit den sozialen Ängsten zu einem Glaubwürdigkeitsverlust in Bezug auf das geäußerte nicht-männliche Geschlechtsempfinden führt. Mico spricht über die Unsicherheit, ob die klinische Psycholog*in den boymode nicht ‚falsch‘ interpretiert und ihn als Argument gegen die Ausstellung der Stellungnahme verwendet. Mico fürchtet, im eigenen nicht-männlichen Geschlechtsempfinden nicht ernstgenommen zu werden, weil Mico sich in der Begutachtungssituation möglicherweise ‚nicht weiblich genug‘ präsentiert hat. Um diesem Risiko des Anerkennungsverlustes entgegenzugehen und die Glaubwürdigkeit der transnormativen Erzählung zu stärken, berichteten einige Teilnehmende, dass sie zum Termin bereits in geschlechterstereotyper Kleidung erschienen sind. Emely (R4, 157-158) und Carmen (R4, 160-161) berichteten, dass sie mit Kleid bzw. Rock und in Highheels zu den Terminen gegangen sind. Diese Strategie der Glaubwürdigkeitsstärkung ist jedoch ebenso risikoreich, weshalb in Bezug auf das Erscheinungsbild bei transfemininen Personen und trans Frauen in der Begutachtungssituation von einem Spannungsfeld bzw. von einem Balanceakt gesprochen werden muss. Das Erleben dieses Spannungsfeldes beschreibt Barbara folgendermaßen:

Du darfst nicht zu männlich, unter Anführungszeichen, herumlaufen, weil dann wirst du nicht ernst genommen, aber du darfst auch nicht zu weiblich, unter Anführungszeichen, (Emely: Parodie) herumlaufen, weil sonst bist du eine, ja genau, eine Parodie oder du fetischisierst irgendwie (Emely: Oh Gott!) Frauenkörper. (R2, 60-64)

Barbara beschreibt hier den schmalen Grat der ausdrucksbezogenen Anerkennung, auf dem sich vor allem trans Frauen und transfeminine Personen zurechtfinden müssen. Die beiden Abgründe ähneln den bei der Sexualitätserzählung. Präsentiert sich eine transfeminine Person nicht weiblich ‚genug‘, riskiert sie die Infragestellung oder Relativierung der Stärke des Identitätsempfindens. Präsentiert sich die transfeminine Person stereotyp weiblich, riskiert sie den Fetischisierungsvorwurf. Konzepte wie ‚Autogynophilie‘ und ‚fetischistischer Transvestitismus‘ dienen dafür als diskursive Leitplanken. Keine der transmaskulinen Personen oder trans Männer in meinen Gruppendiskussionen hat von einem ähnlichen Balanceakt berichtet. Das überrascht nicht, gilt doch stereotype Männlichkeit und stereotyp männlicher Ausdruck gemeinhin als gesellschaftliches Ideal und als ‚natürlich‘. Eine überzeichnet männliche Präsentation würde nicht als Fetisch oder Parodie verfemt werden, sie würde wohl eher als Zeichen ‚wahrer‘ Männlichkeit gelobt werden. Denn würden Männlichkeitspräsentationen ebenso als interaktive, wiederholte diskursive Praxen und somit als soziales Konstrukt benannt und sichtbar gemacht werden, würde Männlichkeit und der in Mythen von natürlicher Überlegenheit begründete patriarchale Machtanspruch infrage gestellt werden (Serano, 2016).⁴⁷

4.3.1.2. „Mir bleibt da irgendwie wenig Wahl“ – Abhängigkeit und Machtmissbrauch.

Neben der Transnormativität, die die meisten Begutachtungstermine durchzieht, prägt besonders das große Machtgefälle durch das strukturelle

⁴⁷ Julia Serano analysiert die mediale Darstellungen von trans Frauen als ‚Männer‘, die sich schminken, Kleider anziehen und lediglich eine weibliche Rolle spielen, als den Versuch die Gefahr, die von Trans auf die Vorstellung einer natürlichen Zweigeschlechtlichkeit ausgehen kann, zu minimieren: „The media neutralizes the potential threat that trans femininities pose to the category of ‚woman‘ by playing to the audience’s subconscious belief that femininity itself is artificial. After all, while most people assume that women are naturally feminine, they also (rather hypocritically) require them to spend an hour or two each day putting on their faces and getting all dressed up in order to meet societal standards for femininity (unlike men, whose masculinity is presumed to come directly from who he is and what he *does*). In fact. It’s the assumption that femininity is inherently ‚contrived,‘ ‚frivolous,‘ and ‚manipulative‘ that allows masculinity to always come off as ‚natural,‘ ‚practical,‘ and ‚sincere‘ by comparison” (Herv. i. O.; Serano, 2016, S. 43).

Abhängigkeitsverhältnis die Interaktion zwischen den trans Personen und den Psy*. In der Erzählung einer Situation, in der sich Barbara gezwungen sah, die grenzüberschreitenden Fragen der Psy* zu beantworten, charakterisierte sie ihren Handlungsspielraum so: „Mir bleibt da irgendwie wenig Wahl, weil ich brauch ja irgendwie dieses Gutachten sehr, sehr dringend“ (R1, 112-113). Gefühle von Ausgeliefertsein und Gezwungensein, sich der Begutachtung im Allgemeinen und den Fragen der Psy* im Speziellen auszusetzen, wurden von den meisten Teilnehmenden beschrieben. Der durch die Regulation definierte Zwang, sich der Begutachtung der Psy* ausliefern zu müssen, auf der einen Seite und der Zwang, sich den transnormativen Erwartungen der Psy* ‚innerhalb‘ der Begutachtungssituation unterwerfen zu müssen, lassen den Regulationsprozess aus der Perspektive vieler Teilnehmender als *doppelte Zwangssituation* erscheinen. Der Zwang äußert sich auf Seiten der trans Personen in Gefühlen der Fremdbestimmung, des Ausgeliefertseins, der Abhängigkeit und des Kontrollverlusts. Auf die emotionalen Folgen des eingeschränkten Handlungsspielraumes der trans Menschen dieses doppelten Zwangs werde ich in Kapitel 4.3.3.1. näher eingehen.

Die Psy* befinden sich durch die Regulation in einer privilegierten Machtposition. Ihr Handlungsspielraum ist durch die unregulierte Regulation relativ groß. Wie bereits erwähnt, ist es den Psy* völlig freigestellt, welche diagnostischen Instrumente und Strategien sie zur Ermittlung der für die Stellungnahmen notwendigen drei Punkte (Diagnose Transsexualismus, Permanenz, Kongruenz des Erscheinungsbildes) verwenden. Dieser Zustand der unregulierten Regulation öffnet in Kombination mit der hochgradigen Machtasymmetrie zwischen trans Personen und Psy* Tür und Tor für Machtmissbrauch und Willkür. Diese äußern sich unter anderem in den vielen als grenzüberschreitend, intrusiv, suggestiv, die Persönlichkeitsrechte verletzenden und dehumanisierenden Fragen der Psy*, in manipulativer Gesprächs- und Beziehungsgestaltung (Gaslighting) und sexualisierter Gewalt. Einige dieser Erfahrungen von Machtmissbrauch werden im Folgenden dargestellt.

Beispiele von Verhalten von Psy*, die ihren Handlungsspielraum verantwortungsbewusst und im Sinne der Bedürfnisse der trans Menschen gestalten, werden in Kapitel 4.5.1. dargestellt.

4.3.1.2.1. „I don't think that's ok to ask" – intrusives Fragen als Machtmissbrauch.

Die am häufigsten berichtete Form von missbräuchlicher Gestaltung des Abhängigkeitsverhältnisses sind als intrusiv empfundene Fragen der Psy*. K. vermutet als Hintergrund dieser Fragen, dass „it was a mix of what they had to put in the letter, as you mentioned, and what they actually still think about what being trans mean or might mean" (P3, 3-4). Ich schließe mich dieser Einschätzung von K. an.

Die von Rott (2014) in der Analyse von psychiatrischen und klinisch-psychologischen Lehrbüchern und von Lüthi (2020) in der Untersuchung von transspezifischen Diagnosen im DSM und ICD herausgearbeiteten Vorannahmen über Geschlecht, deren Schlussfolgerungen für Trans und die konkreten Pathologisierungsstrategien von Trans spiegeln zentrale Punkte des Transsexualismus/Transsexualität-Paradigmas (siehe Kapitel 2.2.1.1.; Baumgartinger, 2019) wider. Dieses bildet den diskursiven Hintergrund vor der sich die transnormative Biographie als Negativ der diagnostisch-regulatorischen Anforderungen manifestiert. Diese transnormative Biographie ist es, an der die Fragen der Psy* offensichtlich orientiert sind. So sollten die Teilnehmenden über das (Spiel-)Verhalten in ihrer Kindheit, (S2, 18), ihre Familiensituation (P3, 13-15), ihre aktuelle Beziehungssituation (P3, 60), zu ihren sexuellen Erfahrungen (S2, 31-33), sexuellen Phantasien (S2, 34-35), Phantasien beim Masturbieren (R1, 69-70), zu romantischer Attraktion (P3, 45-46), zu den Vorstellungen und Gefühlen ihren Genitalien und anderen Körperstellen gegenüber (R1, 106-110) und zu ihrem Deadname (S3, 11-12) explizit Auskunft geben.

Je nach Berufszweig bzw. Arbeitsweise wurden die diagnostischen Gespräche unterschiedlich strukturiert geführt. Es hat sich gezeigt, dass in den meisten Fällen die psychiatrischen und klinisch-psychologischen Gespräche strukturierter als die der meisten psychotherapeutischen Gespräche verliefen. Bei den strukturierteren Diagnostiken war das Fragen der Psy* dominanter. Bei unstrukturierteren Gesprächen wurde die trans Personen erst aufgefordert, ‚ihre Geschichte‘ zu erzählen und danach – um mögliche Lücken in der transnormativen Biographie zu füllen – wurden spezifische Fragen gestellt. Gialu berichtete von einer klinisch-psychologischen Diagnostik:

He was asking me literally ten minutes into the appointment, whether I have ever been penetrated by a penis and whether I enjoyed that. And (...) it was/ I

mean, I feel like that's/ (unv.) One, I don't think that's ok to ask. Two, I don't think it has anything to do in my gender. Like, there are binary cis men who like that. (...) But he very clear was like, have you ever?/ So he was asking about romantic relationships. Whether I have ever been attracted to men. Which again has nothing to do with this. But he clearly had this idea of what the man, quote unquote, is supposed to be. And I mean, it was clear what my answers were (...) supposed to be. So I gave those answers. And then he wrote the letter. But it was, um (...) I really, uh, I don't think I ever have to like (...) I don't think I've ever been expected to present so much like a binary man as at this appointment. (P3, 41-51)

Die von Gialu beschriebene Situation der völligen Respektlosigkeit gegenüber Persönlichkeitsrechten in Form des intrusiven und suggestiven Fragens in Bezug auf sexuelle Erfahrungen und sexuelle Phantasien bildet keine Ausnahme. Wie bereits im vorigen Kapitel geschildert, herrschen in den meisten Begutachtungssituationen ganz klare cis- und heteronormative sexualitätsbezogene Anerkennungsnormen. Der Frage des Psy* liegt die Annahme zugrunde, dass eine glaubwürdige Erzählung über eine stabile Heterosexualität, bei der die Rollen und die Lust am Penetrieren und penetriert werden klar aufgeteilt sind, einen ‚Beweis‘ für die ‚Wahrheit‘ der Geschlechtsidentität darstellt. Wenn Gialu davon spricht, die Fragen den Erwartungen nach einer männlichen Schilderung entsprechend beantwortet zu haben, ist anzunehmen, dass Gialu die Eingangsfrage verneint hat. Ein ‚echter‘ Mann ist heterosexuell, übernimmt den sexuell aktiven Part und wird nicht penetriert. Penetriert werden und dieses zu genießen ist kulturell mit Passivität, männlicher Homosexualität und Weiblichkeit assoziiert (Kimmel, 2005). Gialu beurteilt die Fragen eindeutig als übergriffig und weist darauf hin, dass weder bestimmte sexuelle Praktiken noch Lust an bestimmten Praktiken noch eine bestimmte romantische Orientierung etwas mit dem Geschlechtsempfinden zu tun haben. Diese Verknüpfung von Sexualität und Geschlecht offenbart lediglich die heteronormativen und deshalb auch transnormativen Annahmen der Psy*. Auf die hetero- und transnormativen Wissensbestände der Psy* gehe ich in Kapitel 4.4.1. näher ein. Gialu berichtete, die erwarteten Antworten gegeben zu haben und im Anschluss daran die Stellungnahme bekommen zu haben.

Mehrere Teilnehmende berichteten, dass ihnen Fragen zum Spielverhalten (R1, 216-217), Kleidungsstil (W3, 113-114) und Frisur (S2, 17-18) in ihrer Kindheit gestellt

wurden. Ebenso sollten sie Auskunft über das Familienleben, die Beziehung zu den Eltern und mögliche kritische Ereignisse in ihrem bisherigen Leben, aber besonders in der Kindheit, geben. Zielen die Fragen nach Verhalten und Kleidung auf die vermeintliche Stabilität und Persistenz des Geschlechtsempfindens ab, wurden die Fragen zur Familiensituation und den kritischen Ereignissen in der Kindheit oft als Suche nach einer ‚Ursache‘ für das trans Sein empfunden. Neben den im Kapitel zu psychische Gesundheit (Psychische Gesundheit, 4.3.1.1.) bereits beschriebenen Pathologisierungsstrategien Trans als ‚Symptom‘ einer zugrundeliegenden psychischen Erkrankung zu interpretieren, kommt ein weiterer ätiologischer Erklärungsversuch in Form einer Suche nach einem schlimmen – möglicherweise traumatischen – Erlebnis in der Kindheit hinzu (R1, 48-51). Ebenso wie bei den Differenzialdiagnosen (z.B. Schizophrenie, Autismus) wird bei der Suche nach einem ‚Auslöser‘ die transgeschlechtliche Identifikation lediglich als Symptom und daher als nicht ‚echt‘ betrachtet bzw. unterstellt. Cisgeschlechtlichkeit wird hier abermals als die ‚gesunde‘ Norm konstruiert. Ry berichtete von dem Eindruck, dass die klinischen Psycholog*in in Form von spezifischen Fragen zur Familiensituation in der Kindheit „nach dem Grund für mein trans Sein oder [...] halt irgendwie das Problem“ (S2, 43-44) gesucht hat. Die weiter oben beschriebene konzeptuelle Verschmelzung von Geschlecht und Sexualität und die wiederholten Versuche, die transgeschlechtliche Identifikation mit als pathologisch und negativ konnotierten Phänomenen des menschlichen Erlebens– z.B. durch Suche nach einem negativen Ereignis als Ursache – in Verbindung zu bringen, stellen zwei von Rott (2014) identifizierte Pathologisierungsstrategien von Trans dar.

Viele Teilnehmende charakterisierten viele der Fragen nicht nur als grenzüberschreitend und dehumanisierend, sondern auch als suggestiv (R1, 260-263). Aus dem Inhalt der Fragen und der Art und Weise wie sie gestellt werden, gehen sowohl die Annahmen der Psy* über Geschlecht und Trans als auch die erwünschten Antworten bereits oft hervor (P1, 16-18). Diese an der transnormativen Biographie orientierte suggestive und manipulative Fragepraxis verzerrt, entwertet oder ignoriert oftmals die Aussagen und Perspektiven der trans Personen. Einige der von den Teilnehmenden geschilderten Fragesituationen können als heteronormatives Gaslighting bezeichnet werden (Li & Samp, 2023).

4.3.1.2.2. Cissexistisches und transnormatives Gaslighting.

Gaslighting beschreibt die interpersonelle psychologische Manipulation mit dem Ziel, den Glauben an die Echtheit der Gedanken, Erinnerungen und

Realitätswahrnehmung einer Person zu untergraben. Verunsicherung über die eigene Wahrnehmung und die eigenen Gefühle sowie Stress, Angst und weitere psychische Belastungen können Folgen von Gaslighting sein (Li & Samp, 2023). Eine starke Machtasymmetrie in der interpersonellen Beziehung, aber auch gesellschaftliche Machtverhältnisse können Gaslighting begünstigen (Riggs & Bartholomaeus, 2018). Oftmals ist sich die gaslightende Person nicht über ihr gewaltvolles Handeln bewusst. Gaslighting kann in einzelnen Situationen oder wiederholt stattfinden, wobei die Wirkung in wiederholter Form stärker ist (Abramson, 2014). Li und Samp (2023) definieren in ihrer Forschung spezifisches *LGBTQ+ Gaslighting* „as a form of psychological manipulation and identity abuse from close others that cause LGBTQ+ individuals to question their sense of self, doubt the validity of their identities, and internalize sexual stigma and heteronormativity against themselves“ (Li & Samp, 2023, S. 2). Sie operationalisieren Infragestellen (*Countering*), Trivialisieren (*Trivializing*), Vergessen (*Forgetting*), Ablenken (*Diverting*) und Verweigern (*Withholding*) als Gaslightingstrategien (Li & Samp, 2023). Die Strategie des *Infragestellens* bezeichnet das wiederholte Anzweifeln der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität, trotz der bereits geäußerten Sicherheit über dieses Empfinden. *Trivialisieren* bezeichnet das Bagatellisieren der Gedanken und Gefühle über die sexuelle Orientierung und das Geschlechtsempfinden. Das bewusste oder unbewusste *Vergessen* der sexuellen Orientierung, Geschlechtsidentität und auch der Pronomen oder des selbst gewählten Namens ist eine weitere Strategie. Das systematische Wechseln des Gesprächsthemas oder die Verbindung von anderen Themen mit Sexualität oder Geschlecht, um die Wahrnehmung und Motivation der Person infrage zu stellen, bezeichnet die Strategie der *Ablenkung*. Darüber hinaus ist auch die *Verweigerung*, über nicht normative Sexualität und Geschlechtlichkeit zu sprechen oder sich damit zu beschäftigen, eine Gaslightingstrategie (Li & Samp, 2023).

Das große Machtungleichgewicht in der Begutachtungssituation begünstigt Gaslighting. Wie bereits beschrieben, verlangt das regulatorische Regime die diskursive Unterwerfung der trans Personen unter die cis, hetero und binären Geschlechternormen. Neben der vorauseilenden Anpassung an die transnormativen Erwartungen fungiert Gaslighting als Disziplinar- und Normalisierungstechnik, um die Anpassung der trans Personen an die normativen Geschlechterbilder zu forcieren.

Ein Beispiel für Gaslighting ist das wiederholte Infragestellen von Barbaras Transgeschlechtlichkeit und Bisexualität durch die Psy* in dieser Passage: „Sind Sie

sicher, dass Sie nicht einfach nur schwul sind?‘, nachdem ich ihm erklärt habe, dass ich bi bin“ (R2, 98-100). Die Psy* glaubt der Aussage von Barbara über ihre Bisexualität und Transgeschlechtlichkeit nicht und versucht mit der suggestiven Frage Barbaras Identität in Richtung einer homosexuellen Männlichkeit zu verschieben. Ähnliches berichtete Carmen von der Aussage einer Psy*, dass Carmen ‚das‘ (gemeint ist die Transition) nicht machen müsse, da sie ja auch ein „femininer Mann“ (R3, 29) sein könne. Hier wird nicht nur Carmens Geschlechtsempfinden inhaltlich in Frage gestellt, es wird auch der Wunsch nach geschlechtsaffirmativen medizinischen Maßnahmen als übertrieben dargestellt und damit Carmens Gefühle trivialisiert. Aufgrund der diskursiven Auslöschung von Trans und dem cisnormativen Bedeutungsrahmen in diesem Kontext spreche ich hierbei von *cissexistischem Gaslighting*. Neben diesem cissexistischen Gaslighting, welches Transgeschlechtlichkeit diskursiv eliminiert und die entsprechende Person in dem ihr bei der Geburt zwangszugewiesenen Geschlecht verankern möchte, konnten Formen von *transnormativem Gaslighting*, bei dem versucht wird, die trans Personen in Richtung eines normativen Bildes von heterosexueller, binärer und biologistischer – also ‚echter‘ – Transgeschlechtlichkeit zu manipulieren, identifiziert werden. Hierbei wird, ganz im Sinne der transnormativen Biographie, Nicht-binarität ignoriert oder verworfen, die Notwendigkeit und der ‚richtige‘ Ablauf der geschlechtsaffirmativen medizinischen Maßnahmen unterstellt und die ‚Wahrheit‘ über das Geschlecht durch den Ausdruck durch Kleidung und Accessoires definiert.

Ein Beispiel hierfür ist das bereits zitierte – teils beschämende – Kommentieren von Körper und Kleidung durch die Psy*. Barbara sprach davon, dass die Psychotherapeut*in sie durch wiederholte Kommentare „so weit reinkonditioniert“ (R4, 154-155) hat, dass Barbara danach „fast ein ganzes Jahr lang nur Röcke und Kleider getragen“ (R4, 151-152) hat. Des Weiteren berichtete Barbara von dem transnormativen Infragestellen der eigenen Wahrnehmung in Bezug auf die – für Barbara positive – Wirkung der Hormone auf das Brustwachstum. Die Psychiater*in entgegnete Barbara: „Ja viel ist eh noch nicht da“ (R1, 119-120). Die Psychiater*in nimmt Barbaras Wahrnehmung zu ihrem Körper nicht ernst und setzt die Norm, dass eine ‚echte‘ weibliche Brust größer sein müsse.

Von möglichen Folgen dieses körperbezogenen transnormativen Gaslightings spricht folgende Passage:

Emely: [...] Und der thread ist halt, dass du dann eine heterosexuelle trans Frau sein willst, die von nichts anderem träumt, als irgendwie von einem riesengroß-beschwanzten Mann irgendwie penetriert zu werden und ähm die sich weiblich anzieht und schon immer wusste, dass sie eine Vagina haben will und ich bin dann so, SO in den Modus reingegangen, dass ich mittlerweile nicht mehr weiß, was war jetzt wirklich Dysphorie von mir und was war einfach nur: ich [muss das halt wollen.

Barbara: Ja, was] haben die Leute dann selbst irgendwie reingepflanzt in mein Hirn? [Das ist das/

Emely: Genau] Ich weiß bis jetzt nicht, wie das bei mir mit meiner bottom Dysphorie ist, weil ich hatte echt so ich war so richtig an dem Punkt, wo ich arge Selbstmordgedanken einfach hatte, weil ich keine Vagina hab und jetzt bi/ jetzt ist es absolut nicht mehr da und ich weiß jetzt nicht.

Barbara: Ich glaube das ist ein ganz guter Punkt. Also ich bin davon überzeugt, dass das Gatekeeping zu mehr Detransitionern führt, die das irgendwie bereuen. Weil du wirst halt irgendwie, keine Ahnung, du wirst halt gezwungen, dass du irgendwie genau diesem Bild irgendwie entsprichst. Und du das und das und das und das machst. (R2, 105-125)

Emely beginnt mit der strategischen Überlegung zu einer transnormativen weiblichen Präsentation, zu der auch gehört, dass die Person den unbedingten Wunsch nach einer Vagina hat. Emely berichtet, dass sie bis heute nicht weiß, inwieweit das eigene Empfinden in Bezug auf die Genitalien von den normativen Anforderungen überlagert wurden. Weiter berichtet sie von Selbstmordgedanken aufgrund der Körperdysphorie in Bezug auf die Genitalien. Sie berichtet weiter, dass diese genitalspezifische Dysphorie aktuell nicht mehr da ist. Barbara glaubt, dass die rigide transnormative Regulation durch induzierte Dysphorie schlussendlich zu mehr Detransitionern führt. Hier wird deutlich, welche starken Verunsicherungen transnormatives Gaslighting zur Folge haben kann.

Weitere Facetten transnormativen Gaslightings werden in folgender Passage deutlich:

Barbara: [...] Dass die Leute ja so eine Vorstellung haben, dass das/ WAS das alles irgendwie bedeutet, dass du irgendwie das machen musst und das und

das. Und du brauchst deine Hormone und du brauchst irgendwie deine Vaginoplastie und du brauchst deine Brustvergrößerung und nanana. Und/

Carmen: Wenn du irgendwas davon nicht willst, dann bist du nicht richtig [trans. Dann kriegst du den ganzen Rest auch nicht.

Emely: Dann bist du (nein?) non-binary (lachen)

Barbara: Das sind halt so absurde Situationen da, wie ähm (...) der {Psychiater*in N}, der mir irgendwie fast dieses Brustgutachten irgendwie reindrücken wollte (...) zu einem Zeitpunkt, wo ich das überhaupt nicht wollte und ich will eigentlich das immer noch nicht machen. Aber weil halt er irgendwie befunden hat, dass da ‚eh noch nicht so viel da ist‘ ähm muss er mir das da irgendwie rein reklamieren. Und fragt mich da jetzt öfters und dann höre ich halt dann von Leuten, die wegen halt so was hingehen [und/

Carmen: Na, wie willst] du denn eine Frau sein, ohne dass der {Psychiater*in N} dich sexuell begehrt. Und der begehrt dich halt nicht, wenn deine/

Barbara: Ja offenbar (lachen) offenbar tut er das/ ja. (unv.) hätte ihn ja sonst auch nicht gestört offenbar.

Carmen: Ach Gott. So ein Ungustl. (unv.) (lachen)

Emely: Die {Name einer Bekannten} hat das lustigerweise anders gehabt, dass wie sie die Brust-Op gemacht hat, dass sie gefragt wurde, ob sie nicht vorher die Vaginoplastie machen will. (...) Obwohl das gar keine Option/ gar nicht mal im Raum stand. (...) so, weil das ist der richtige Ablauf anscheinend, dass man [zuerst die Vagina

Barbara: Der richtige Ablauf ist [immer genau/]

Carmen: Das muss ja] wichtiger sein!

Emely: Ja genau. Die Vagina muss wichtig sein, weil das ist ja das Einzige, was [da d/ (unv.)

Carmen: Dort sitzt] ja die Weiblichkeit.

Emely: Genau. Da sitzt die Weiblichkeit. (...)

Carmen: Am oberen Drittel der linken Scham(lippe?) (lachen) (und?) wenn diese Stelle fehlt, dann bist du nicht weiblich.

Emely: Genau. (lachen) (...) Du musst die Männlichkeit aus dir entfernen, bevor du die Brüste machen kannst oder so/ Keine Ahnung (...) (lachen) What the fuck (unv.). (R6, 157-204)

Barbara schildert, dass nicht nur der Ausdruck und das Körperempfinden durch normative Vorstellungen geprägt sind, sondern auch der vermeintlich ‚richtige‘ Ablauf der Inanspruchnahme verschiedener transitionsmedizinischer Maßnahmen. Obwohl Barbara keine Brustaufbau-Op machen möchte, wird sie immer wieder von der Psychiater*in darauf angesprochen, ob sie sie doch nicht machen möchte. Nach einem Abtausch über die sexistischen und transnormativen Annahmen und Aussagen der Psychiater*in, berichtet Emely von einer Bekannten, der im Vorfeld einer Brust-Op geraten wurde, zuerst eine Vagionplastie zu machen, da das der ‚richtige‘ Ablauf sei. Im Anschluss verarbeitet die Gruppe die transnormativen und geschlechteressenzialistischen Annahmen hinter diesem normativen Ablauf. Diese Situationen sind geprägt von der Infragestellung der Wahrnehmung der trans Person in Bezug auf den eigenen Körper und auf die eigenen Vorstellungen von Geschlecht und sind daher als Gaslighting zu bezeichnen.

Neben Infragestellen und Trivialisieren kommen weitere Gaslightingstrategien in der Begutachtungssituation vor. Die Unterstellung einer sexuellen Motivation, die Suche nach einer ‚Ursache‘ in der Kindheit und die Verbindung mit psychischen Erkrankungen durch Differenzialdiagnosen können als die Gaslightingstrategie des Ablenkens bezeichnet werden. Trans wird hierbei als Symptom verleumdet. Misgendern und Deadnaming, wie es häufig in den verschriftlichten Stellungnahmen vorkommt (W3, 63-65), kann als Vergessen oder Trivialisieren bezeichnet werden (Knutson et al., 2019).

Eine Diskussion von Gaslighting als eine Disziplinartechnik neben anderen findet in Kapitel 5.1. statt.

4.3.1.2.3. Sexualisierte Gewalt.

Eine weitere Form von Machtmissbrauch im steilen Abhängigkeitsverhältnis der Begutachtungssituation ist sexualisierte Gewalt. Barbara schilderte die Ohnmacht, die dehumanisierenden Fragen der Psychiater*in zurückzuweisen, und einen sexualisierten Übergriff der Psychiater*in im Rahmen des strukturellen Abhängigkeitsverhältnisses:

Barbara: Ähm und genau, {Name der Psychiater*in N} hat mich dann beim Gutachten/ der war sehr sexuell übergriffig. Der hat ähm, keine Ahnung, so Fragen gestellt wie ‚Wie stellen Sie sich Ihre Vagina vor?‘ Und ähm dann habe ich gefragt, wie er denn das meine. Und dann ist er näher und näher und näher und näher zu mir gekommen und hat den Satz dann einfach noch mal wiederholt mit ‚Wie stellen Sie sich Ihre Vagina vor?‘ Und, ja, hat auch irgendwie ähm Fragen zu meiner Fettverteilung. Und halt also sehr, sehr dehumanisierende Fragen halt gestellt. Und als ich halt irgendwie die auch noch ernst genommen habe. Mir bleibt da irgendwie wenig Wahl, weil ich brauch ja irgendwie dieses Gutachten sehr, sehr dringend. Ja, also keine Ahnung. Ich habe dann wegen der Frage zu den Fettvertei/ wegen der Fettverteilung hab ich dann gesagt ‚ja ich bin schon sehr zufrieden und Hormone bringen irgendwie eh‘, keine Ahnung, und (...) und dann hat er irgendwie so gefragt, mit was ich denn zufrieden sei und dann habe ich irgendwie mir irgendwie gesagt und irgendwann habe ich halt gesagt ‚Ja, mit meinen Brüsten bin ich auch ganz zufrieden‘, und starrt er mir irgendwie drauf und ist sicher irgendwie schon so nah dran und sagt irgendwie ‚Ja viel ist eh noch nicht da‘. Ähm ja/

Emely: What the Fuck! Wie ist das relevant für/

Barbara: JA! Keine Ahnung, da hat er mich auch beim Oberschenkel irgendwie so herumgestreift. (R1, 104-125)

Die Passage beginnt mit der Feststellung Barbaras, dass der Psychiater sexuell übergriffig war. Dann beschreibt Barbara mehrere, von ihr als dehumanisierend verstandenen, Fragen des Psychiaters zur Vorstellung der Vagina und zu den körperlichen Veränderungen durch die bereits stattfindende Hormoneinnahme. Barbara berichtet von dem Gefühl des ausgeliefert seins, diese intrusiven Fragen beantworten zu müssen und von einem Näherrücken des Psychiaters. Auf die widerwillig gegebene Antwort zur positiven Wirkung der Hormone auf das Brustwachstum, ‚starrt‘ der Psychiater auf Barbaras Brüste und macht den sexistischen Kommentar, dass in den Augen des Psychiaters die Brüste noch nicht groß genug seien. Im Anschluss daran berichtet Barbara von streichenden Berührungen des Psychiaters am Oberschenkel von Barbara. Diese Situation stellt sexuellen Missbrauch in professionellen Abhängigkeitsverhältnissen dar (professional sexual misconduct, PSM; Tschan, 2005). Die durch das regulatorische

Regime definierten strukturellen Abhängigkeitsverhältnisse begünstigen PSM. Konkret sind das die Machtposition durch das Auftragsverhältnis, der Handlungsspielraum der Psy* in Bezug auf Ort, Zeit und inhaltliche Ausgestaltung des Termins, die Definitionsmacht durch die scheinbare Wissenshierarchie als gutachterlich tätige ‚Fachperson‘ in Bezug auf die diagnostischen Erfordernisse und die privilegierte gesellschaftliche Position und erhöhte Glaubwürdigkeit als Angehörige des akademisierten Gesundheitswesens. Diese Bedingungen entsprechen in weiten Teilen den Strukturmerkmalen und Risikofaktoren von PSM, wie Tschan (2005) sie definiert. Die durch die strukturellen Verhältnisse eingeschränkten Handlungs- und Widerstandsmöglichkeiten der trans Personen in der Begutachtungssituation werden durch die cissexistischen und heteronormativen gesellschaftlichen Verhältnisse weiter reduziert. Konkret sind damit die Pathologisierung, Kriminalisierung und die Darstellung von trans Personen – insbesondere trans femininen Personen und trans Frauen – als Betrüger*innen, Hochstapler*innen und Schwindler*innen gemeint, die die Glaubwürdigkeit bei einer potenziellen Anzeige oder Anklage stark reduzieren.

Dass sexualisierte Gewalt an trans Personen – und damit auch der hier dargestellte Fall – keine Ausnahme darstellt, ist inzwischen ausreichend belegt. Statistisch sind LGBTIQ Menschen einem höheren Risiko für sexualisierte Gewalt als die hetero, cis Bevölkerung ausgesetzt (Blondeel et al., 2018). Innerhalb jener Population sind es trans Frauen und besonders trans Frauen of Color, welche einem noch größeren Risiko für das Erleben von sexualisierter Gewalt ausgeliefert sind (Staples & Fuller, 2021; Ussher et al., 2022). In der qualitativen Studie über Gewalt an geschlechtlich nonkonformen Menschen in Deutschland theoretisiert Ines Pohlkamp die sehr prävalente „sexualisierte Gewalt als Instrument der Eindeutigkeit“ (Pohlkamp, 2014, S. 249). Mit Verweis auf Ludwig (2011) beschreibt Pohlkamp sexualisierte Gewalt „als ein Versuch der körperlichen, sexuellen Eliminierung geschlechtlicher Nonkonformität oder mindestens der Unterwerfung der geschlechtlich nonkonformen Personen unter eine individuelle, institutionelle und strukturelle *heteronormative Hegemonie*“ (Herv. i. O.; Pohlkamp, 2014, S. 280). Transnormativität und Machtmissbrauch ziehen sich durch den Großteil der geschilderten Begutachtungssituationen. Sie gelten als allgemeine Erfahrungen, welche trans Personen im Rahmen der Regulation meist erfahren. Neben diesen allgemeinen Erfahrungen gibt es Erfahrungen, welche bei spezifischen Berufszweigen

vermehrt oder alleinig auftraten. Im Folgenden werden die psy*-spezifischen Erfahrungen dargestellt.

4.3.2. Psy-spezifische Erfahrungen

Bei der Analyse der Daten hat sich gezeigt, dass einige Erfahrungen gehäuft oder ausschließlich bei bestimmten Professionen auftauchten. Zu welchem Ausmaß diese Unterschiede zwischen den Psy* an einer naiven oder rigiden Auslegung von berufsethischen Prinzipien und Konventionen, heteronormativ-diskursiven Effekten, ökonomischen Motiven, Unsicherheit, Nachlässigkeit oder Unwissen liegen, kann in dieser Forschung nicht beantwortet werden. Im Folgenden werden sowohl allgemeine Tendenzen als auch herausstechende Einzelerfahrungen dargestellt.

4.3.2.1. Psychiater*innen.

Die Termine mit den Psychiater*innen waren meist kurz (ca. zwischen einer halben und einer Stunde) und es war meistens nur ein Termin (W3, 68-69).

4.3.2.2. Klinische Psycholog*innen.

Die klinisch-psychologische Diagnostik wurde ebenso meist in einem oder manchmal zwei Terminen durchgeführt. Bei den Terminen mit den klinischen Psycholog*innen wurden neben einem diagnostischen Gespräch auch immer Testungen am Computer oder auf Papier durchgeführt, die mehrere Stunden dauern konnten (S3, 71-72). Entsprechend der unregulierten Regulation waren die Erzählungen über die klinisch-psychologische Testung divers. Alle Teilnehmenden, die über den Inhalt der Testungen berichteten, mussten Screeningfragebögen zu möglichen psychischen Belastungen machen. Darüber hinaus berichteten viele von unterschiedlichen Intelligenz-, Leistungs-, Persönlichkeits- und Aufmerksamkeitstests. Einige Teilnehmenden berichteten von veralteten transspezifischen Fragebögen (S2, 14). Daniel musste einen Rorschachtest machen (W3, 60-61). Ax musste für die klinisch-psychologische Stellungnahme folgende Tests machen: Intelligenz-Struktur-Batterie (INSSV), Corsi-Block-Tapping-Test (Test zur Ermittlung der visuell-räumlichen Merkspanne), Cogitrone (COG; Konzentrationsvermögen und selektive Aufmerksamkeit), Determinationstest (Mehrfachreizreaktionstest zum Reaktionsverhalten unter psychophysischer Belastung), Persönlichkeits-Stil-und-Störungs-Inventar (PSSI) und Symptom-Checkliste (SCL-90-R).⁴⁸ Obwohl Mico der

⁴⁸ Diese Informationen sind der klinisch-psychologischen Stellungnahme von Ax entnommen.

klinischen Psycholog*in im Voraus erzählt hatte, dass Mico keine deutschsprachige Schule besucht hat, musste Mico einen deutschsprachigen Intelligenztest mit sprach- und wortschatzbasierten Subtests machen. Das auf der Kulturinsensibilität der klinischen Psycholog*in basierende ‚schlechte‘ Abschneiden in diesem Subtest hat die Gesamtbewertung deutlich negativ beeinflusst (S3, 47-88).

Im Rahmen der Regulation ist der Auftrag der klinischen Psycholog*innen die Ermittlung der ‚drei Punkte‘ (Diagnose Transsexualismus, Geschlechterpermanenz, Kongruenz des Erscheinungsbildes) für die Stellungnahme. Inwieweit ein Mehrfachreizreaktionstest, Intelligenztest, ein Aufmerksamkeits- und Gedächtnistest oder ein Rohrschachtest zur Erfüllung dieses Auftrags beitragen, bleibt unklar. Neben der häufigen Irrelevanz der Tests für die diagnostischen Erfordernissen fällt das mangelhafte Erfüllen weiterer berufsethischer Selbstverpflichtungen z.B. durch die Anwendung teils völlig veralteter Tests auf. Die aus den Daten hervorgehende aktuelle Praxis wird den berufsethischen Prinzipien der Aufwandsminimierung, Zumutbarkeit, Fairness und Nützlichkeit nicht gerecht (Kubinger, 2009).

Das teils exzessive, intrusive und für die trans Personen oft völlig sinnlose Testen führte bei vielen Teilnehmenden zu Irritationen, Ärger, Stress und Frust. Gefühle von Demütigung und Pathologisiert-Werden waren in den klinisch-psychologischen Terminen häufig. Barbara, Carmen, Gialu und Ry berichteten, dass die klinisch-psychologische Stellungnahme, besonders die intrusiven Fragen im diagnostischen Gespräch nach sexuellen Phantasien und Masturbationsverhalten (S2, 31-35) und bodyshaming (R4, 33-53), die Schlimmste war. Barbara (R1, 75) und Gialu (P2, 50) sprechen in diesem Zusammenhang von traumatischen Erfahrungen.

4.3.2.3. Psychotherapeut*innen.

Als für Psychotherapeut*innen spezifische Erfahrungen wurden das Hinauszögern der Stellungnahmen und das Gefühl von Verrat der therapeutischen Beziehung genannt.

Viele Teilnehmenden berichteten, dass das Einholen der psychotherapeutischen Stellungnahme am längsten gedauert hat. Die Verzögerungen kamen entweder durch einen von den Therapeut*innen im Vorfeld definierten Zeithorizont oder durch ein kontinuierliches Hinauszögern und die trans Personen über den Zeitpunkt der Erstellung der Stellungnahme im Unklaren lassen zustande. So berichteten Max und K., dass die Therapeut*innen bereits zu Beginn klarstellten, dass sie die Stellungnahme frühestens nach sechs bis zwölf Monaten Psychotherapie

bekommen können (W1, 3-4). Daniel und Barbara hingegen berichteten von nicht klar kommuniziertem Hinauszögern und andauerndem nach hinten Verschieben der Stellungnahme (W1, 27-30). Ax berichtete davon, in mehreren Erstgesprächen über die Regulationslücke in Bezug auf die Stundenanzahl gesprochen zu haben. Nachdem die Therapeut*innen darauf bestanden haben, dass sie die Stellungnahme erst schreiben, wenn sie sich sicher sind, dass Ax trans ist (W1, 39-44). Ax reagiert frustriert auf diese Anmaßung der Therapeut*innen: „Und ich bin echt immer rausgegangen und dachte mir so/ ja, sorry/ fickt/ also fickt euch, so. Ich bleib jetzt sicher nicht so lange da, bis du beschlossenes, dass/ wie ich mich fühle“ (W1, 44-46). Die offiziellen Begründungen für das andauernde Hinauszögern sind meist, dass die Therapeut*in die trans Person erst noch besser kennenlernen möchte (W1, 28), dass die Therapeut*in die trans Person ‚begleiten‘ möchte oder dass die Therapeut*in sich noch ein „genaueres Bild“ (R1, 48) machen muss. Barbara beschrieb den ersten Kontakt mit der Therapeut*in folgendermaßen:

„Grüß Sie ich ähm bin trans, ich will Hormone, ich weiß das‘ und das ähm war halt etwas auf/ im Nachhinein würde ich sagen, (...) das hat halt irgendwie nicht ins Bild gepasst von dieser Therapeutin oder sogenannten Therapeutin, weil sie wollte halt mich auf dem Weg begleiten und ähm mit mir gemeinsam draufkommen, quasi, dass ich trans bin. (R1, 31-36)

Die hier erneut sichtbare Privilegierung von vermeintlichem Expert*innenurteil über das gelebte Erfahrungswissen ist keine Eigenheit der psychotherapeutischen Praxis (Rott, 2014; Stryker, 2006). Diese Autorität wird durch die Regulation eingesetzt und durch die meisten Psy* aktiv reproduziert. Der Unterschied zu den Psychiater*innen und klinischen Psycholog*innen jedoch ist, dass die Psychotherapeut*innen einen um ein Vielfaches größeren zeitlichen Horizont für eine diagnostische Einschätzung haben, bevor ihnen jemand unterstellen könnte, sie würden ihre Position missbrauchen oder nicht sorgfältig arbeiten. Im Gegenteil: Es scheint eher so, dass die verlängerte psychotherapeutische ‚Diagnostik‘ in diesem Fall von den Therapeut*innen als ein Kriterium von Qualität und Sorgfalt verstanden wird. Im Normalfall sehen Psychotherapeut*innen ihre Klient*innen über mehrere Monate bis mehrere Jahre. Aus der Perspektive der Therapeut*innen ist es eher ungewöhnlich, dass Menschen mit dem Auftrag, eine Stellungnahme mit Diagnose zu schreiben, zu ihnen kommen. Ihre Rolle im

diagnostischen Prozess der Regulation mag sich für viele wie „eine ungeliebte Reduktion auf diagnostische Funktionen“ (Hirschauer, 2015, S. 123) anfühlen.

Aus der Perspektive der trans Personen erscheint dieses Hinauszögern eher wie eine Priorisierung der Perspektiven und Interessen der Therapeut*innen über die der trans Personen. Wenn trans Personen in Psychotherapie gehen möchten, um über Unsicherheiten in Bezug auf Geschlecht oder Transition oder über psychische Belastungen zu sprechen, werden sie sich dafür selbst in Therapie begeben. Keine der teilnehmenden Personen hat darüber gesprochen, in Therapie gegangen zu sein, um herauszufinden, ob sie ‚wirklich‘ trans ist. Der Kontakt mit den Psychotherapeut*innen im Rahmen der Regulation von Geschlecht ist erzwungen und allein dadurch bereits der Grundlage einer sorgfältigen, bedürfnisorientierten Psychotherapie – der Freiwilligkeit – beraubt (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz [BMSGPK], 2020). Dass trotzdem viele Therapeut*innen versuchen, den Zwangskontakt für die Diagnostik zu strecken und die trans Personen in eine unfreiwillige Psychotherapie zu drängen, ist eine verantwortungslose und missbräuchliche Ausnutzung ihrer Machtposition. Unterschiedliche Gründe können zu diesem Verhalten führen. Möglicherweise ist es die Konvention, dass Psychotherapeut*innen für gewöhnlich ihre Klient*innen kennenlernen und eine längerfristige Arbeitsbeziehung zu ihnen aufbauen, die zu den vielen Erfahrungen von Verzögerung und Häufung der Termine mit Psychotherapeut*innen führt. Möglicherweise ist dieses Hinauszögern ein Rudiment aus der Zeit vor der ersten Revision der ‚Behandlungsempfehlungen‘. Erst 2014 wurde die mindestens einjährige bzw. mindestens 50-stündige Zwangspsychotherapie (BMG, 1997) aus den ‚Behandlungsempfehlungen‘ gestrichen (BMG, 2014). Es kann sein, dass diese – inzwischen 10 Jahre alte – Aktualisierung noch nicht bei allen Praktiker*innen angekommen ist oder sie sich ohne Grundlage weiterhin darauf beziehen (W1, 165-183). Möglicherweise spielen ökonomische Motive eine Rolle. Aus welchen Gründen auch immer das Hinauszögern geschieht, es kostet vielen trans Personen hunderte bis tausende Euro, die nicht von der Kasse refundiert werden, und verlängert oder erhöht der Leidensdruck oftmals über Monate hinweg.

Aus den oft unfreiwillig häufigen Kontakten mit den Therapeut*innen kann dennoch eine vertiefte Beziehung entstehen. Der Raum und die Zeit, die eigene Geschichte und Perspektive darzulegen, kann den Eindruck vermitteln, dass die Therapeut*in das Geschlechtsempfinden besser versteht und anerkennt. Vor diesem

Hintergrund berichten manche Teilnehmende von besonders schlimmen Erfahrungen des Vertrauensbruchs und des sich Betrogen-fühlens. So berichtet Barbara von einer besonders perfiden und starken Verletzung durch eine Therapeut*in. Trotz längerem Beziehungsaufbau und klar kommunizierten Erwartungen von Barbara bringt die Therapeut*in nach einiger Zeit hochgradig biologistische, cis- und heteronormative Geschlechterkonzepte wie den Phallus oder Anima-Animus in den therapeutischen Raum (R2, 166-206). „Ich habe mich so betrogen gefühlt, weil ich renne zu dem Typen seit Oktober jede scheiß Woche fast, erzähle ihm irgendwie meine intimsten Details, arbeite noch mein Trauma von dem Gatekeeping-Blödsinn auf und dann kommt sowas“ (R2, 175-178).

Waren die Stellungnahmen der klinischen Psycholog*innen und Psychiatr*innen meist nach ein oder zwei Terminen erledigt, mussten viele Teilnehmende fünf, zehn, fünfundzwanzig Mal zur Psychotherapeut*in gehen, um diese Stellungnahme zu bekommen. Neben der vervielfachten ökonomischen Belastung kommt eine vervielfachte psychische Belastung hinzu, immer wieder in eine äußerst stressige Prüfungssituation gehen zu müssen. Barbara sprach in diesem Zusammenhang von einer „Selbst-Traumatisierung, weil mir war ja vor jeder scheiß Sitzung mit dieser lustigen Frau [...] klar, dass das mir nicht gut tut und dass ich da rausgehe und ihr hundert Euro bezahlt hab, damit es mir dann schlechter geht als vorher“ (R2, 22-25). Daniel und Max berichteten davon, dass sie keinen definitiven Zeithorizont für die Stellungnahme bei der Psychotherapeut*in hatten und „mit Nachdruck sagen müssen: ‚Bitte schreiben Sie mir das endlich.‘ Und hab das dann, ja ca. sechs Monate später erst bekommen“ (W1, 7-9). Diese unfreiwillige Wiederholung und Verlängerung des Kontakts mit den Psychotherapeut*innen stellt ebenfalls eine Priorisierung der Interessen und Perspektiven der Therapeut*innen über die der trans Menschen dar.

Mit den Psychotherapeut*innen endet das Kapitel über die psy*spezifischen Erfahrungen. Im Anschluss werden die emotionalen Auswirkungen und Folgen der Transnormativität, der starken Machtasymmetrie und des Machtmissbrauchs zusammengefasst.

4.3.3. „Gschissn“ – emotionale Auswirkungen der Regulation

Die erste Antwort in der ersten Gruppendiskussion auf meine Eingangsfrage war: „Gschissn“ (R1, 9). Dieser spontane Gefühlsausdruck von Barbara subsumiert die Vielzahl der Verletzungen, Demütigungen, Frustrationen, Entwertungen, Ängste,

Anstrengungen, Zweifel, Stress und Wutgefühle im Rahmen der Begutachtungssituationen, die im Laufe der Erhebung und Auswertung in allen Diskussionen berichtet wurden. Im Folgenden werden die unmittelbaren emotionalen Auswirkungen der Regulation und des Verhaltens der Psy* auf die trans Menschen zusammengefasst.

4.3.3.1. Stress und Angst durch mehrfach eingeschränkte Handlungsmöglichkeiten.

Neben einem globalen Gefühl der Anstrengung, Gefühlen des ausgeliefert seins und des Kontrollverlusts ist eines der prävalentesten Gefühle im Zusammenhang mit dem Regulationsprozess Angst. Fast alle Teilnehmenden berichteten von großen Ängsten in den Augen der Psy* als nicht trans ‚genug‘ zu gelten und die (überlebens-)notwendige Stellungnahme nicht zu erhalten. Diese Angst spannt sich über den gesamten Zeitraum der verschiedenen Gutachtentermine. In der Begutachtungssituation als mehrfache Prüfungssituation mit den vielen bereits beschriebenen Möglichkeiten des Glaubwürdigkeitsverlusts wird die Angst jedoch als besonders stark beschrieben. Konkrete Beispiele für die starken Ängste, Teile der oder die ganze transnormative Biographie nicht zu erfüllen und somit als nicht trans ‚genug‘, als nicht ‚wirklich‘ trans wahrgenommen zu werden, sind bei Mico unter anderem in Bezug auf Nicht-Binarität (S1, 144-151), bei Lea (S3, 124-125) und Barbara (R2, 34-46) in Bezug auf ihre psychische Gesundheit bzw. Differenzialdiagnosen, bei Ry unter anderem bezüglich des Spielverhaltens in der Kindheit (S2, 5-24) und bei Emely in Bezug auf Sexualität (R2, 80-83) aufgetaucht. Einige Teilnehmende sprachen von „a lot of pressure“ (P1, 2) und „extrem viel Stress“ (S1, 125) in Zusammenhang mit diesen Ängsten. Neben der Angst, die Glaubwürdigkeit als ‚wahre‘ trans Person in den Augen der Psy* zu verlieren, wird der gesamte Gutachtenprozess als sehr anstrengend und mühsam beschrieben. Neben dem organisatorischen Aufwand, die notwendigen Informationen zusammenzutragen, kommt die Anspannung und permanente Aufmerksamkeit innerhalb der Begutachtungssituation hinzu. Den trans Personen wird durch das normierte Anerkennungsregime abverlangt, ständig wachsam zu sein, um ja nicht etwas ‚Falsches‘ zu sagen oder nicht zu sagen oder sich ‚falsch‘ zu präsentieren. Das Erzählen einer transnormalisierten Biographie und die Tatsache, „that something that I didn't think about might [...] make them change their mind about, like, giving or not a statement“ (P1, 49-51) wurden als äußerst belastend beschrieben.

Neben der Angst und der Anstrengung werden Gefühle des Ausgeliefertseins und des Kontrollverlusts beschrieben. Der doppelte Zwang der Begutachtungssituation und die daraus entspringende starke einseitige Abhängigkeit den Psy* gegenüber führt zu einem Gefühl des Ausgeliefertseins, des Auskunft-geben-müssen und der Schwierigkeit oder Unmöglichkeit grenzüberschreitende Fragen zurückweisen zu können. Ry bedauerte, in dieser Drucksituation so viele persönliche Informationen geteilt zu haben. Lediglich die Frage nach der eigenen Rolle in den sexuellen Phantasien und die Frage nach dem Deadname konnte Ry zurückweisen (S2, 35-39). Zu diesem Bedauern kam bei Ry nach dem Termin noch ein Gefühl von Kontrollverlust über die eigenen persönlichen Daten und die Angst dazu, dass diese protokollierten persönlichen Informationen mit der Stellungnahme an die Krankenkassen weitergegeben werden. Die Anfrage von Ry an die klinische Psycholog*in, die themenunabhängigen Informationen zu streichen, wurde abgelehnt, woraufhin Ry eine erneute klinisch-psychologische Stellungnahme für weitere 300€ einholen musste (S2, 45-53). Das Gefühl des Ausgeliefertseins und des Kontrollverlusts über die eigene Geschichte, aber auch über die eigenen persönlichen Daten im Kontakt mit den Psy* und der Krankenkasse wurde von vielen Teilnehmenden berichtet. Die regulatorische Abhängigkeit, die die Handlungsfähigkeit der trans Menschen in der Begutachtungssituation stark einschränkt, wird von vielen als äußerst stressig und belastend empfunden.

Eine weitere große Einschränkung der Handlungsmöglichkeiten ergibt sich dadurch, dass die Wartezeiten für Termine bei Psychiater*innen und klinischen Psycholog*innen mit Kassenverträgen oft mehr als sechs Monate betragen. Wer den Termin privat zahlt, kann in den meisten Fällen die Wartezeit enorm verkürzen. Der psychotherapeutische Diagnoseprozess kann, sofern keine bereits bewilligte Psychotherapie gemacht wird, nicht von der Kasse übernommen werden. Das bedeutet, dass die regulationsspezifische – oft existenzielle – Abhängigkeit gegenüber den Psy* noch durch eine finanzielle Abhängigkeit verstärkt wird. Bekommt die trans Person die Stellungnahme nicht, z.B. weil sie sich gegen die emotionalen und körperlichen Übergriffe gewehrt hat und dadurch die Psy* vor den Kopf gestoßen hat, muss sie sich eine neue Psy* suchen. Dies führt zu einem Verlust von Geld, meist mehrere hundert Euro pro Stellungnahme, und – was oft noch schwerer wiegt – von Zeit. Der Verlust von Zeit durch erneute Wartezeiten von meist mehreren Monaten kann den Leidensdruck und in manchen Fällen auch das Suizidrisiko enorm erhöhen. Candice berichtet Suizidversuchen im Anschluss einer Verweigerung der

Stellungnahme (R5, 4-12). Beim neuen Termin muss sich die trans Person in den meisten Fällen wieder dem transnormativen Anerkennungsregime unterwerfen, ist potenziell emotionaler und körperlicher Gewalt ausgesetzt und muss erneut meist mehrere hundert Euro bezahlen. Diese Möglichkeit der wiederholten cis- und heterosexistischen normativen Gewalt, des Verlusts von – oft wenig vorhandenem⁴⁹ – Geld und der damit einhergehenden Verzögerung des Zugangs zu rechtlicher und medizinischer Affirmation führt zu starkem Stress und Angst auf Seiten der trans Personen. Mehrere Teilnehmende berichteten, dass sie die Gewalt in den Begutachtungssituationen ‚über sich ergehen ließen‘, nur damit sie nicht noch öfter dieser Situation ausgeliefert sind. „Mir ist es nur darum gegangen, dass ich das nicht noch einmal machen wollte“ (W1, 126-127), berichtete Daniel. Carmen, K. und Ry berichteten, dass sie es sich leisten konnten, ‚zu gewaltvolle‘ psy* Termine einfach zu verlassen oder Stellungnahmen nicht z.B. bei der Krankenkasse einzureichen und zu einer anderen Psy* für dieselbe Stellungnahme zu gehen (S2, 31-54).

Die Handlungs- und Widerstandsmöglichkeiten der trans Personen werden also von mehreren Faktoren eingeschränkt. Die der Regulation innewohnenden inhaltliche Abhängigkeit von den Psy*, die Wartezeiten und Kostenübernahmepraxis der Krankenkassen und die systematische Prekarisierung von trans Personen in einer heteronormativ hegemonialen Gesellschaft sind besonders präasente Faktoren.

4.3.3.2. „Zweifel ausknipsen“ – der Preis der Transnormalisierung.

Eine weitere unmittelbare Folge aus dem aktuellen regulatorischen Regime ist die Entfremdung und Verunsicherung den eigenen Gefühlen, besonders dem eigenen Körpergefühl, gegenüber. Diese verlangte Distanzierung geht direkt aus den Anforderungen der transnormativen Biographie hervor. Die Anpassung an die transnormativen Erwartungen durch das ‚in den Modus‘-Gehen, das ‚so tun, als ob‘ und das cissexistische und transnormative Gaslighting hatte für manche trans Personen gravierende psychische Folgen. Diese reichen von Selbstzweifel, Unsicherheit über die eigenen Gefühle und Wünsche über induzierte Körperdysphorie bis hin zu Suizidgedanken.

Das wiederholte Erzählen, ko-konstruieren und Anpassen der eigenen Geschichte an die ‚Gussform‘ (siehe Kapitel 2.2.1.1.) der diagnostischen Anforderungen kann durch die häufige Wiederholung und die notwendige

⁴⁹ Über die schlechte ökonomische Situation und die strukturelle Prekarisierung von trans Lebensrealitäten berichten z.B. Franzen und Sauer (2010), Fütty (2019) und Vries et al. (2020).

Selbstsicherheit bei der Erzählung eigene ‚tatsächliche‘ Erinnerungen und Gefühle überformen. Nicht nur kann das für die Stellungnahmen notwendige ‚sich-in-die-Form‘ – um Lüthi's Metapher der diagnostischen Anforderungen als Gussform zu erweitern – Pressen, das *Transnormalisieren* der eigenen Biographie und des eigenen Ausdrucks, schmerzhaft sein. Es kann sein, dass durch diesen Normalisierungsprozess die vorherige Form, die ‚tatsächlichen‘ Gefühle, so stark und so weit ‚verformt‘ wurden, dass sie nicht mehr als die eigenen erkannt werden. Auf den Gegenstand bezogen bedeutet das, dass z.B. Emely zu einem gewissen Zeitpunkt nicht mehr wusste, woher ihre bottom Dysphorie kam. Ob sie aus dem eigenen geschlechtlichem Empfinden kam oder ob sie Effekt der ‚erfolgreichen‘ Anpassung an die transnormative Erwartungen der Regulation waren. Die starken Selbstzweifel führten zu ernsthaften Suizidgedanken (R2, 103-119). Die regulatorische Setzung der notwendigen Erfüllung des medizinisch konstruierten Bildes der ‚echten Transsexuellen‘ als eine Person, die einen unbedingten Wunsch nach einer operativen Genitalangleichung hat, führt möglicherweise dazu, dass mehr trans Personen über diese Option nachdenken. Diese Situation des ‚alles-oder-nichts‘, d.h. dass für den Zugang zu z.B. Hormontherapie der Wunsch nach ‚allen‘ operativen Eingriffen glaubhaft erzählt werden soll und dass unterschiedliche Psy* suggestiv nach diesen Wünschen fragen, kann zu einer starken Verunsicherung über das eigene Körperempfinden führen. Neben dem Wunsch nach geschlechtsangleichenden medizinischen Maßnahmen ist die tiefe Überzeugung und Selbstsicherheit des transgeschlechtlichen Empfindens Teil einer transnormativen Biographie. Ein glaubwürdiges und selbstsicheres Präsentieren der eigenen transnormalisierten Geschichte verlangt es, Ängste und Zweifel bezüglich transitionsmedizinischer Maßnahmen, dem Ablauf und sozialen Veränderungen zu verschweigen oder zu unterdrücken. Viele der Teilnehmenden berichteten, dass sie das Gefühl hatten, nicht offen über etwaige Zweifel und Ängste sprechen zu können, da sie befürchteten, dass diese Unsicherheiten eine Gefahr für die ‚Echtheit‘ ihres trans Seins und daher für die Stellungnahmen darstellen könnten.

Ax spricht vor dem Hintergrund der erwarteten Selbstsicherheit der transnormativen Biographie von dem Gefühl, die „Zweifel komplett ausknipsen“ (W3, 3-4) zu müssen. Im weiteren zeitlichen Verlauf sei es dann schwierig, die Zweifel wieder zuzulassen und differenzierter wahrzunehmen, was „ist jetzt die Story, die ich dann immer wieder erzählt habe. Und was bin ich und wo sind meine Zweifel gerade?“ (W3, 9-11). Den Anstrengungen und negativen Auswirkungen der

Transnormalisierung gesellen sich Probleme und Schwierigkeiten der Emanzipation von den transnormativen Erwartungen nach dem Gutachtenprozess hinzu. Gemeint ist hiermit die von manchen Teilnehmenden geschilderte emotionale Arbeit, die ‚Story‘ wieder zu verlernen und Zweifel und Ängste wieder zuzulassen. Manche Teilnehmende berichteten, dass sie für diesen Prozess und um erlittene Verletzungen und Demütigungen aufzuarbeiten während oder nach dem Prozess der Stellungnahmensammlung selbstbestimmt in Psychotherapie begeben haben (R2, 147-149).

Mit der Darstellung der psychischen ‚Kosten‘ und Folgen der Transnormalisierung endet die Ergebnisdarstellung der Erfahrungen ‚innerhalb‘ der Begutachtungssituation. Im weiteren Verlauf der Ergebnisdarstellung wird die Perspektive wieder geweitet.

4.4. Erfahrungen um Umfeld der Begutachtungssituation

Wurden im Kapitel 4.3. jene Erfahrungen dargestellt, die sich in der raumzeitlichen Einheit der jeweiligen Begutachtungssituation ereigneten, wird die Analyseperspektive im kommenden Kapitel wieder etwas verbreitert. Im Folgenden werden jene Erfahrungen, Interpretationen und Perspektiven der Teilnehmenden geschildert, die im Zusammenhang mit der Gesamtheit der Regulation gemacht wurden, die vor, neben, zwischen, nach oder über verschiedene Termine hinweg, jedoch nicht direkt oder ausschließlich in der Interaktion mit den Psy* gemacht wurden. Dies betrifft Erkenntnisse und Erfahrungen, die direkt oder indirekt aus den Rahmenbedingungen hervorgehen, Erkenntnisse, die sich über den Vergleich verschiedener Begutachtungserfahrungen eröffnen und deren theoretische und gesellschaftspolitische Einordnung. Schlaglichtartig werden vier Themen näher beleuchtet: Epistemische Hierarchien und Definitionsmacht, soziale Risikofaktoren der Glaubwürdigkeit, die Begutachtungssituation als Schikane und die langfristigen Folgen der Regulation auf die trans Personen.

4.4.1. Macht macht Wissen – epistemologische Hierarchien und Definitionsmacht

Eine zentrale Eigenschaft des regulatorischen Regimes ist die grundsätzliche Privilegierung des vermeintlich objektiven (natur-)wissenschaftlichen ‚Fachwissens‘ der Psy* über das subjektive Erfahrungswissen der trans Menschen. Diese institutionalisierte Hierarchisierung ist Machtwirkung der allgemeinen *Ordnung der*

Wahrheit und konkret des wissenschaftlichen Fachdiskurses über ‚Transsexualität‘ (siehe Kapitel 2.2.1.1.). Wird in dieser epistemischen Hierarchie der wissenschaftliche Fachdiskurs über ‚Transsexualität‘

als seine Wissensobjekte *distanziert* betrachtender, *professionalisierter*, *objektiver* und letztlich dadurch *wahrer* Diskurs gerahmt [...], werden dem Diskurs ‚der Betroffenen‘, dem abgesprochen wird, ein wissenschaftlicher sein zu können, die Attribute *subjektiv* und *prüfungsbedürftig* zugeschrieben. *Diskurse der Wahrheit* stehen *Diskursen der Wahrnehmung* gegenüber. (Herv. i. O.; Rott, 2014, S. 208)

In diesem Wahrheitsregime liegt die Definitionsmacht darüber, wer ‚wirklich‘ trans ist, bei den Trägern des (natur-)wissenschaftlichen Wissens, den Psy*. Teil dieser Machtposition ist es, die Instrumente zur ‚Wahrheitsfindung‘ bestimmen zu können und von der ‚Wahrheit‘ abweichende Aussagen zu sanktionieren. Da die Aussagen und das Wissen von trans Personen in diesem diskursiven Regime der Wahrheit von vornherein als subjektiv disqualifiziert sind und daher mit einem geringeren Wahrheitswert ausgestattet sind, kann hier von „unterworfenem Wissen“ (S. 60) nach Foucault (1978a) gesprochen werden.

All dies, die Privilegierung von (natur-)wissenschaftlichen Diskursen als Produktionsstätten von ‚Wahrheit‘ (a), die daraus abgeleitete Rolle der (natur-)wissenschaftlich ausgebildeten Professionist*innen der psy* Disziplinen (was auf die meisten Psychotherapeut*innen nicht zutrifft) als Expert*innen und Entscheider*innen darüber, was als ‚wahr‘ gilt und was nicht (b), die dem (natur-)wissenschaftlichen Primat folgenden und an beruflichen Gewohnheiten und Konventionen orientierten Instrumente der ‚Wahrheitsfindung‘ in Form von diagnostischen Manualen, klinisch-psychologischen Tests, standardisierten diagnostischen Gesprächen und psychotherapeutischen Methoden (c) und die fast ausschließliche Anerkennung von hetero- und transnormativen Diskursen über Geschlecht (d), sind die konkreten Effekte der aktuellen, *cis-heteronormativen Ordnung und Politik der Wahrheit* (siehe Kapitel 2.1.1.) im Bereich der staatlich-medizinischen Regulation von Trans (Foucault, 1978a; Rott, 2014).

Beispielhaft für Machtwirkungen dieser Wahrheitsordnung stehen Passagen wie „{Name der Psycholog*in Z} ist ja mehr zu glauben als mir“ (R1, 80-81) , „Grüß Sie, ich, ähm, bin trans, ich will Hormone, ich weiß das‘ [...] das hat halt irgendwie nicht ins Bild gepasst von dieser [...] sogenannten Therapeutin, weil sie wollte [...]

mit mir gemeinsam draufkommen, quasi, dass ich trans bin“ (R1, 31-36) und „[ich] habe dann nach so fünf, sechs, sieben Sitzungen mal angefangen nachzubohren ‚Ja, wie schaut es denn aus? Kann ich jetzt irgendwie dieses Gutachten?‘ und ähm also ‚Nein, ich muss mir noch ein genaueres Bild von Ihnen machen‘“ (R1, 45-47). Bei all diesen Beispielen wird die Position und Perspektive der Psy* als Autorität gesetzt und das Wissen der trans Menschen nicht anerkannt.

Die bereits beschriebenen Machtwirkungen der Wahrheitsordnung betreffen jedoch nicht nur Definitionsmacht und Formkriterien wie die zulässige Argumentation, Sprache und Verweise, sondern auch die konkreten Inhalte der Wissensbestände. Diese werden in folgendem Kapitel skizziert.

4.4.1.1. Wissensstand – „Spezialexperten“ unter sich.

Einige Teilnehmende berichteten davon, dass manche Psy* in ihren Augen „keine große Ahnung über trans Personen“ (W3, 62-63) hatten. Dass in den psy* Disziplinen wenig Wissen über Trans vorhanden ist, liegt vermutlich auch an der diesbezüglich lückenhaften Ausbildung. Doch es ist nicht nur *fehlendes* Wissen über Trans, das zu nachlässigem und potenziell gewaltvollem Verhalten der Psy* führt. Viele bereits beschriebenen Situationen entspringen gerade der festen Überzeugung der Psy*, dass sie sehr wohl Wissen, ja sogar Expert*innenwissen, über Trans besäßen. Die Qualität der Erfahrungen hängt folglich nicht nur davon ab, *ob* die Psy* viel oder wenig über Trans wissen, es kommt vor Allem darauf an, *welches* Wissen sie über Trans haben und *wie* ihrer Meinung nach legitimes Wissen über Trans entsteht. Wichtiger als das epistemische Niveau der Psy* ist deren epistemologische Perspektive.

Wie Valerie Rott in der Analyse von Lehrbüchern der psy* Disziplinen herausgearbeitet hat, „entspricht [der untersuchte Diskursstrang] den zentralen Setzungen des gegenwärtig hegemonialen Geschlechterdiskurses“ (Rott, 2014, S. 211). Dies gilt ebenfalls für den DSM und ICD (Lüthi, 2020). Geschlecht wird hier als natürlich zweigeschlechtlich, natürlich heterosexuell, biologisch eindeutig bestimmbar, anhand äußerer Merkmale wie Kleidung, Accessoires, Vorlieben und Hobbies ablesbar, kohärent und konstant konzeptualisiert. Trotz einzelner progressiver Interventionen prägen diese ableistischen, biologistischen und cis-heteronormativen Wissensbestände die psy* Fachliteratur und die unterschiedlichen Ausbildungen noch heute. In den Daten tauchten diese cis-, hetero- und transnormativen Geschlechter- und Sexualitätskonzepte vermittelt durch das Verhalten der Psy* wiederholt auf. Neben den in Kapitel 4.3.1.1. beschriebenen

transnormativen Erwartungen zeigte sich die Vermischung bzw. teilweise Gleichsetzung von Geschlecht und Sexualität als besonders prävalent (P3, 55). Vermehrte Verwunderung und Aufmerksamkeit bekam dieses Thema bei den Teilnehmenden der Gruppe Pappel, deren Gruppenteilnehmende alle nach Österreich migriert sind. Eileen hegte den Verdacht, dass „in the psychology slash psychiatry whatnot, community in Austria, there is a bit of an issue with not really understanding these concepts“ (P3, 63-64). Auch wenn sich gezeigt hat, dass die überwiegende Mehrzahl der Teilnehmenden bei Psy* war, die in Bezug auf Trans im biologistischen und cis-heteronormativen Transsexualismus/Transsexualitäts-Paradigma (siehe Kapitel 2.2.1.1.) verhaftet⁵⁰ sind, wurde auch von einzelnen Psy* berichtet, die ein progressives, liberales oder poststrukturalistisches Verständnis von geschlechtlicher und sexueller Vielfalt vertreten (R4, 198-201). Ebenso wurde auch von Psy* berichtet, die aufgrund ihrer vermeintlichen Unwissenheit ihre Autoritätsposition relativiert haben. So berichtete Barbara von einer Psychiater*in: „Der kannte sich jetzt wenig aus und hat dann mehr oder weniger irgendwie mich ähm das formulieren lassen“ (R1, 83-84). Diese Psychiater*in hat das eigene Unwissen transparent kommuniziert und die eigene Deutungshoheit an Barbara abgegeben. Nick hingegen berichtete von Ängsten, weil die Therapeut*in von Nick „kein trans-erfahrener Therapeut“ (W2, 52) war. Dass es hierbei nicht nur um das Ausmaß der Erfahrungen mit trans Menschen oder eine ‚Kompetenz‘ im Bereich Trans geht, sondern ebenso um die Art des Wissens, zeigt sich von Neuem am Thema der transspezifischen Zusatzausbildungen oder Fortbildungen der Psy*.

Verschiedene Berufsverbände und Ausbildungsinstitute bieten inzwischen transspezifische Zusatzausbildungen an (z.B. Österreichische Gesellschaft für Sexualwissenschaften et al., 2022). Doch entgegen der Annahme, diese Ausbildungen würden das Vertrauen von trans Menschen in die Psy* stärken, berichteten einige Teilnehmende von großer Skepsis solchen Fortbildungen gegenüber. Barbara berichtete von einer Therapeut*in ohne transspezifische Ausbildung, bei der die Therapie bisher „im Großen und Ganzen gut“ (R4, 207-208) verlaufen ist.

Und dann ging die zu einer Weiterbildung, spezifisch zur Arbeit mit trans Menschen. Und das war dann schlechter als vorher. (Emely lacht) (unv.) Und

⁵⁰ Ein anschauliches Beispiel für durch restriktive Geschlechterdiskurse informiertes Wissen der Psy* sind die Schilderungen von Barbara hinsichtlich einer Psychoanalytiker*in, die im Kontext einer geschlechtsangleichenden Operation über lacanianische und jungianische Konstrukte wie „phallische Energien“ (R2, 173) und „Anima Animus“ (R2, 204) sprechen wollte.

da/ Nein, aber natürlich, klar. Ich meine, woher haben die ganzen Leute das? Natürlich haben die irgendwelche offiziellen Zertifikate, damit die dann irgendwie whatever. Aber wer bietet denn überhaupt diese Lehrgänge an? Wer macht/ also [keine/

Carmen: Ja die] anderen Spezialexperten, [die das seit 30 Jahren machen.

Barbara: JA JA, genau. (und das ist?)] Und alle wixsen im Kreis seit 50 Jahren. (Carmen: Ja, ja!) (lachen)

Emely: Das war in der Tagesklinik auch so. Da haben sie mir fünf Mal gesagt, sie haben schon Unmengen an Fortbildungen gehabt mit trans Leuten. (Barbara: Keine Sorge! Keine Sorge!) Und kommt die Einzeltherapie. Erste Stunde. Fragt mich (wegen?) der Geschlechtsumwandlung.

Carmen: Geschlechtsumwandlung! Was für ein Wort. (allgemeine Zustimmung). (R4, 208-225)

An dieser Passage wird das tiefe Misstrauen gegenüber Lehrgängen, Weiterbildung und offiziellen Zertifikaten bezüglich Trans der Teilnehmenden deutlich. Offenbar hat die Weiterbildung bei der Therapeutin, von der Barbara erzählt hat, dazu geführt, dass sie in ihrer Expert*innenposition gestärkt wurde, was dann zu einer Verschlechterung aus Perspektive von Barbara geführt hat. Es ist anzunehmen, dass die meisten Psy*, die diese Weiterbildungen machen, ebenfalls jenes Wissen, das in diesen Seminaren, Ausbildungen und Lehrbüchern vermittelt wird, als ‚wahrer‘ ansehen als das unterworfene Erfahrungswissen der trans Menschen. Deshalb, weil sie selbst von der Wahrheitsordnung durchdrungen sind, in der (natur-)wissenschaftliche Fachdiskurse den höchsten Wahrheitswert besitzen. Diese Diskurse bewegten und bewegen sich bis heute meist im Rahmen Transsexualismus/Transsexualitäts-Paradigma. Sie besuchen die Seminare der ‚Spezialexperten‘ auf dem Gebiet Trans, erkennen deren Wissen als ‚wahr‘ an und treten dann ihren Klient*innen gegenüber als Expert*innen über Trans auf. So kommt es, dass relativ unerfahrene bzw. ‚uninformierte‘ Psy*, die zuvor Offenheit gegenüber den Perspektiven der trans Personen gezeigt haben, nach Besuchen einer solchen Veranstaltung in ihrer Expert*innenrolle und der entsprechenden epistemologischen Haltung einer ärztlichen bzw. therapeutischen Autorität und Hierarchie gestärkt werden, möglicherweise häufiger diskriminierende Sprache

verwenden und (hetero- und trans-)normativere Erwartungen an die trans Menschen stellen.

Ein kurzer Blick in eines der aktuellen Fortbildungscurricula macht die Skepsis, Frustration und die Einwände der Teilnehmenden nachvollziehbar (Österreichische Gesellschaft für Sexualwissenschaften et al., 2022). Der Großteil der Referent*innen ist seit Jahrzehnten im Bereich Trans in der Psychologie, Psychotherapie, Endokrinologie und Psychiatrie in Österreich tätig und hat dieses Feld geprägt. Sei es durch die Mitarbeit an staatlichen Kommissionen zur Revision der ‚Behandlungsempfehlungen‘, sei es durch das Auftreten als ‚Expert*innen‘ in den Medien, sei es durch Fachpublikationen oder durch die Mitarbeit und Leitung von Beratungsorganisationen. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die realen Verbesserungen im Zugang zu transitionsspezifischer Gesundheitsversorgung und in der rechtlichen Anerkennung fast ausschließlich durch aktivistische Arbeit ‚außerhalb‘ und oft gegen den Widerstand der psy* Disziplinen und Institutionen erreicht wurden (siehe Kapitel 2.2.1.2.; Baumgartinger, 2017).

Ein anderer Punkt, bei dem es tatsächlich eindeutig ‚mehr‘ und ‚wenig‘ Wissen gibt, ist das Wissen über die von den ‚Behandlungsempfehlungen‘ und den Krankenkassen definierten Abläufe. Es zeigte sich, dass bei den Psy* häufig wenig Wissen über diese Themen vorhanden ist, dieses Unwissen jedoch nicht zugegeben wird und einfach irgendetwas behauptet wird. Carmen machte sich ihrer Frustration darüber Luft: „Jeder einzelne von diesen Idioten hat irgendwelche Vorstellungen davon, wie Dinge sein müssen. [...] Und die tun das nicht einmal untereinander abklären, was sie denn mit dieser festen Überzeugung glauben, wie Dinge sein müssen“ (R4, 68-71). Oft stellte sich erst im Nachhinein, z.B. nach einer weiteren Stellungnahme, dem Vergleich der eigenen Erfahrungen mit denen anderer trans Personen oder dem Kontakt mit der Krankenkasse, heraus, dass Behauptungen der Psy* falsch waren. In einigen Fällen führte dies zu erheblichen negativen Folgen für die trans Menschen. Beispielsweise wurden viele Teilnehmende in vielen ihrer Stellungnahmen misgendet. Einige der Psy* behaupteten, dies müsse so sein (R1, 236-237). Weiters wurde von Unwissen über die genaue Formulierung der Empfehlung in der Stellungnahme berichtet (R1, 67-99). Manche Psy* phantasierten von einer – transnormativen – ‚richtigen‘ Reihenfolge von geschlechtsaffirmierenden Operationen (R6, 167-204). Max berichtete von der eigenen Unwissenheit in Bezug darauf, dass in einer Stellungnahme die Empfehlung für die Personenstandsänderung und mehrere medizinische Maßnahmen stehen kann. „Ich

habe nicht gewusst, dass das auf einmal geht. Weil das/ also meine Therapeutin hat halt gesagt: ‚Ja, das muss separat sein.‘ Und das habe ich einfach geglaubt (W1, 144-146). Diese Falschbehauptungen der Psy* über die tatsächlichen Notwendigkeiten der Regulation kann in Fällen wie diesen zu Zeitverzögerungen von mehreren Monaten, zu zusätzlichen Kosten von mehreren hundert bis tausenden Euro, zur Möglichkeit, Gewalt in den weiteren Begutachtungssituationen zu erfahren und zu verlängertem oder verstärktem Leidensdruck führen. Die bloße Behauptung von Tatsachen, die nicht stimmen, ist eine von mehreren Strategien, die Psy* verwenden, um sich auf dem für viele von ihnen *unsicheren Terrain* der rechtlichen und medizinischen Situation von trans Menschen in Österreich zu orientieren. Weitere Strategien der Psy* und den Umgang der trans Personen mit der unklaren Informationslage werden im Folgenden dargestellt.

4.4.1.2. Navigieren durch unsicheres Terrain – Äußere Autoritäten als Versicherungen.

Die Vagheit und Unklarheit der aktuellen staatlich-medizinischen Regulation von Trans löst sowohl bei den von dieser Regulation betroffenen trans Menschen als auch bei den durch die Regulation verantwortlich gemachten Psy* Unsicherheit aus.⁵¹ Zur Navigation in diesem unsicheren Terrain – zur Reduktion von Unsicherheiten – kommen unterschiedliche Strategien zum Einsatz.

Die trans Personen versuchen durch Informationssuche im Internet (W2, 80-82) und mit Fragen und Erfahrungsberichten von befreundeten trans Personen (S1, 13-14) oder Communityinstitutionen/-gruppen (R1, 15) ihre Unsicherheiten zu adressieren. Diese Informationssuche bleibt sowohl durch die Heterogenität der trans Lebensrealitäten und die dadurch nur bedingte Übertragbarkeit von Erfahrungen einer trans Person auf eine andere (siehe Kapitel 4.5.1.) als auch durch die strukturell einseitige Abhängigkeit ein begrenztes Mittel zur Unsicherheitsreduktion.

Auf Seiten der Psy* kann Unsicherheit die eigene Deutungshoheit und Autorität in Frage stellen. Besonders in dieser Konstellation kann Unsicherheit über den Gegenstand die *expert authority* (van Leeuwen, 2008, S. 107), über die die Psy* ihren Wahrheitsanspruch legitimieren, beeinträchtigt werden. Um die Unsicherheit und die Unwissenheit zu verbergen oder zu reduzieren, verwenden die Psy*

⁵¹ Mangels direkter Aussagen von Psy* sind die Interpretationen über ihren Umgang mit Unsicherheit lediglich spekulativ.

unterschiedliche Strategien. Es scheint so, dass vor allem das Behaupten von Autorität durch den Verweis auf äußere Autoritäten oder berufliche Erfahrung und das repetitive und exzessive Anwenden der ihnen zur Verfügung stehenden Methoden zu diesen Strategien gehören. Eine Psycholog*in misgendert Emely in der Stellungnahme und behauptet, „das muss für die ÖGK so sein. Dass da männliche Pronomen drinstehen, weil es ist ja offiziell. Trotzdem hat es bei den anderen zwei Stellungnahmen/ war es dann egal“ (R4, 64-66). Der Verweis der Psycholog*in auf die Krankenkasse als äußere Autorität stellt eine Legitimationsstrategie unter Rückgriff auf eine *impersonal authority* dar (van Leeuwen, 2008, S. 108). Weitere Beispiele der Wahrheitsproduktion durch Verweis auf eine impersonal authority sind die Verweigerung einer zusammengefassten Stellungnahme bei Ax durch eine Psychiater*in mit Hinweis auf „irgendeine Leitlinie“ (W1, 70; W1, 67-70) und das Einfordern einer sechsmonatigen Psychotherapie von einer Therapeut*in von K., „because it's a legal thing“ (P2, 9). An anderer Stelle wird die Unsicherheit bzw. die Unwissenheit unter Bezugnahme auf Vorerfahrungen mit anderen ‚Fällen‘ verdeckt (R1, 88-93). Die durch die unklare Informationslage bzw. das Unwissen unter Verdacht geratene Autorität und Deutungshoheit können jedoch nicht nur mithilfe von Verweisen auf äußere Autoritäten aufrechterhalten werden. Möglicherweise sind die berichteten exzessiven Ausmaße und Gegenstandsferne vieler psychologischer Tests und Fragen ebenso wie die enorm hohe Mindeststundenanzahl vieler Psychotherapeut*innen Mittel der Psy*, sich im unsicheren Terrain von Trans und Begutachtung von trans Menschen mehr Sicherheit zu verschaffen. Möglicherweise auch aus Angst vor rechtlichen Folgen durch Detransitioner⁵² wird ‚lieber zu viel als zu wenig‘ getestet und gefragt bzw. werden ‚lieber zu viele als zu wenig‘ Therapiestunden für die Stellungnahme verlangt. Durch Rückgriff auf die ihnen bekannten Methoden versichern sich die Psy* und behaupten ihren konstruierten Wahrheitsanspruch.

⁵² Der Begriff Detransition beschreibt den Prozess des ‚Rückgängigmachens‘ von bereits erfolgten sozialen, medizinischen und rechtlichen Schritten einer Transition. Medial oft überproportional beleuchtet und als Argument gegen die Liberalisierung von trans Rechten instrumentalisiert, werden in aktueller Forschung dazu meist Diskriminierung und sozialer Druck aus dem nahen Umfeld als Gründe für Detransition genannt (Turban et al., 2021). Die Prävalenzrate von Bedauern einer geschlechtsangleichenden Operation liegt bei trans Menschen bei unter einem Prozent (Bustos et al., 2021). Dem gegenüber berichteten – abhängig von der Operation – drei bis 13 Prozent aller Menschen, die sich in den USA für kosmetische Operationen entschieden haben, von starkem Bedauern (Al-Youssef et al., 2023).

4.4.2. (Weitere) soziale Risikofaktoren

Neben den bereits besprochenen ‚Abgründen‘ auf den Gratwanderungen der Wahrheitsfähigkeit hinsichtlich psychischer Gesundheit, Sexualverhalten und -phantasien und Ausdruck und weiteren ‚Abweichungen‘ von den transnormativen Vorstellungen gibt es weitere Faktoren, die die Glaubwürdigkeit der trans Person in der Begutachtungssituation unterminieren können. In der Datenanalyse haben sich vor allem soziale Differenzkategorien wie niedriges Alter, niedriger sozioökonomischer Status, nicht-binäre Identifikation bzw. Präsentation, nicht Deutsch als Erstsprache sprechen, Unsicherheit in der Präsentation, ein niedrigerer Bildungsgrad und ein möglicherweise damit zusammenhängendes niedriges Sprachniveau als weitere Risikofaktoren herausgestellt. Exemplarisch hierfür stehen sich die Erfahrungen von Ry und Alice auf der einen Seite und Mico und Candice auf der anderen Seite gegenüber. Alice beschrieb den Prozess des Einholens der Stellungnahmen als überwiegend unproblematisch: „Also mir hat da niemand Steine in den Weg gelegt oder lang nachgefragt oder Gatekeeping betrieben“ (S1, 62-63). Im weiteren Gespräch führte Alice die Qualität der eigenen Erfahrungen auf das eigene ‚höhere‘ Alter (über 30), auf das hohe gesellschaftliche Ansehen von Alice‘ Beruf, auf das hohe Bildungsniveau und auf die binäre Präsentation zurück. Analog dazu reflektierte Ry ebenfalls das eigene Alter (über 30) und die hohen sprachlichen Fähigkeiten, die Ry durch universitäre Ausbildung erlangt hat, als weitere wichtige, die Glaubwürdigkeit bestärkende, Faktoren (S3, 14-28). Dem gegenüber berichteten Candice und Mico von wiederholten Schwierigkeiten, die sie ebenfalls auf soziale Faktoren wie niedrigen sozioökonomischen Status, Bildungs- und Sprachniveau zurückführten (S3, 81-88).

In der Gruppe Pappel wurden darüber hinaus Probleme mit der Regulation im Kontext von Migration angesprochen. Brachte die Migration von K. aus einer Stadt in Nordamerika mit liberalerer Regulation von Hormontherapie nach Österreich eine Verschlechterung der eigenen Situation (P1, 2-6), so war die Migration von Gialu aus einem Land in Osteuropa mit restriktiveren Vorgaben eine Verbesserung der Situation (P1, 23-26). Für beide stellt die Regelung in Österreich ein großes Hindernis für ihre Mobilität dar. K. musste, obwohl K. in der Stadt in Nordamerika bereits eine ärztliche Zusage für Hormontherapie hatte, in Österreich ‚von Vorne‘ anfangen. Dies ebenso, wenn es zu einem mittelfristigen Auslandsaufenthalt durch Beruf oder Studium kommen würde. Die nationalen Regulationen von – für viele

trans Personen lebenswichtigen – Medikamenten stellen eine erhebliche Bewegungseinschränkung dar.

4.4.3. Absurd und schikanös – inkohärente Logiken der Regulation

Aufgrund der inneren Inkohärenz, der intransparenten Abläufe, der zugrundeliegenden Ungleichbehandlung und der weit verbreiteten Abwesenheit von relevanten Informationen für trans Menschen stellt die aktuelle Praxis der erzwungenen Begutachtung durch Psy* für viele Teilnehmenden eine nicht nachvollziehbare und ungerechtfertigte Schikane dar. Zu dieser Einschätzung trägt die Tatsache bei, dass die Stellungnahmen nicht für eine rechtliche oder medizinische Entscheidungsinstanz – wie ein Gericht oder eine Kommission (wie z.B. in Deutschland oder Polen) – angefertigt werden müssen. Vor dem Hintergrund der hohen Kosten und der prekären ökonomischen Situation vieler trans Personen sind es die Krankenkassen, die in der aktuellen Situation eine Art letzte Entscheidungsinstanz darstellen. Gleichzeitig ist es ohne weiteres möglich, zu einer anderen Psy* zu gehen, falls die erste Psy* die Stellungnahme verweigert. Von vielen Teilnehmenden wird die Einholung der Stellungnahmen daher als klassistische Hürde bzw. als eine demütigende, teure und verletzende Pflichtaufgabe wahrgenommen.

Hinsichtlich der Absurdität der Abläufe betont Barbara die innere Inkohärenz des regulatorischen Ablaufs der ‚Behandlungsempfehlungen‘ und deren aktueller Umsetzung. Bei ihr wurde die Personenstandsänderung zwischen den weiteren Begutachtungsterminen für die Hormontherapie gültig. Dies führte zur paradoxen Situation, dass Barbara einen weiblichen Geschlechtseintrag hatte und gleichzeitig Stellungnahmen für eine ‚gegengeschlechtliche‘ Hormontherapie einholen musste. In der binären staatlich-medizinischen Geschlechterlogik müsste Barbara dann jedoch Testosteron bekommen (R6, 28-34). In der aktuellen Stellungnahmenpraxis verlangen die Ärzt*innen und Krankenkassen explizit die Empfehlung einer ‚gegengeschlechtlichen‘ Hormontherapie, ungeachtet dessen, welchen Geschlechtseintrag die Person tatsächlich hat. Diese Ignoranz führt dazu, dass die entsprechende trans Person sprachlich in dem Geschlecht, das ihr bei der Geburt zugewiesen wurde, verankert wird. Als absurd werden darüber hinaus die oft Gegenstandsfremden und intrusiven Fragen in den diagnostischen Gesprächen oder den psychologischen Tests wahrgenommen (W3, 126).

Als weitere Irritation und Argument dafür, dass die Regulation vorwiegend Schikane ist, wird die unübersehbare Ungleichbehandlung von trans und cis Personen hinsichtlich der Zugangsvoraussetzungen zu Androgenen und Östrogenen sowie bestimmten geschlechtsaffirmierenden Operationen genannt (P3, 32-37). So werden die aktuell in Österreich am häufigsten für transitionsmedizinische Zwecke verwendeten Androgene und Östrogene cis Männern und cis Frauen ohne psy* Gutachten verschrieben (z.B. zu Verhütungs- oder Trainingszwecken und im Rahmen von menopausalen Beschwerden; Kirnbauer, 2019; Rott, 2014). Der Zugang zu ästhetischen chirurgischen Maßnahmen wie z.B. zu brustvergrößernden oder -verkleinernden Operationen ist für cis Frauen ohne psy* Stellungnahme möglich. Ist die Diagnose F64.0 für trans Personen nach wie vor Voraussetzung für eine solche Operation, erschwert oder verhindert eine diagnostizierte psychische Erkrankung den Zugang zu diesen Operationen für cis Frauen paradoxerweise (Rott, 2014). Trans Personen werden für den Zugang zu diesen medizinischen Maßnahmen an ‚Spezialist*innen‘ für psychische Erkrankungen delegiert. Bei cis Personen gibt es dieses paternalistische Prozedere nicht.

Eine weitere Begründung für die Interpretation der Regulation als Schikane ist die Tatsache, dass während des gesamten Regulationsprozesses nicht die Bedürfnisse – z.B. nach Informationen oder emotionaler Unterstützung – der trans Menschen im Vordergrund stehen. Ry beschrieb die Situation folgendermaßen:

Aber ich habe eine chronische Erkrankung und ich muss auch Hormone nehmen und ich wollte halt wissen, wie Testo und diese Erkrankung oder Erkrankungen, die ich habe, wie das zusammen/ Und ich hatt ja keine Ahnung gehabt. Also so, ich finde das hat halt so die Absurdität gezeigt, dass/ man muss sich diesem Prozess ausliefern, bevor man überhaupt Infos kriegt, die so medizinisch relevant (unv.) Also ich muss mich für was entscheiden, bevor ich überhaupt weiß, ob mein Körper, ob mein Körper das gut gut verträgt. So, das ist so, also das hat so eine Absurdität in diesem ganzen Prozess. (S2, 65-72)

Ry beschreibt die paradoxe Situation, dass äußerst wichtige Informationen zu potenziellen hormonellen Wechselwirkungen mit z.B. Medikamenten und körperlichen Veränderungen durch die Hormoneinnahme wie z.B. Stimmbruch zu keinem Zeitpunkt gegeben werden. Einerseits, weil die meisten Psy* meist selbst kaum Wissen zu diesen Themen besitzen und andererseits, weil der gesamte Regulationsprozess auf Prüfung, Auswahl und Kontrolle der trans Personen und

nicht auf eine sorgfältige, bedürfnisorientierte und evidenzbasierte Aufklärung und Unterstützung ausgelegt ist.

Carmen fügte ihre Erfahrungen hinsichtlich der Relevanz der Reihenfolge der Termine hinzu:

Man findet die gleichen Namen manchmal als die erste Person und manchmal die zweite Person in der Geschichte. Weil die eigentlich alle scheiße sind und es geht nur darum, ob du schon genug gelitten hast. Und wenn du vorher bei jemanden anderen warst und der hat dich dann schon ein halbes Jahr gequält. Und dann bist du de facto schon ein halbes Jahr in Transition, wenn du zu zwei Personen gehst. Dann hast du dort einen viel besseren ersten Eindruck. ähm, und du hast ja schon mehr gelitten und unter Beweis gestellt und glaubt dir dann einfach viel eher, dass du trans bist. (R4, 10-17)

Diesen Einschätzungen von Carmen, dass weder die Reihenfolge der Termine noch die einzelne psy* Person zuverlässige Prädiktoren für bessere oder schlechtere Erfahrungen sind und dass es tatsächlich um Bestrafung und die Kontrolle von Leiden geht, schloss sich Alice an. Bezugnehmend auf ihr Alter (Ende 30) mutmaßte sie, dass sie in den Augen der Psy* bereits „lang genug mit Selbsthass und denial gehadert [habe] und [...] jetzt keine Überlegungsphase mehr [brauche]“ (S1, 65-66), weshalb sie wenig Gatekeeping erfahren hat.

Wie bereits in Kapitel 2.2.1.1. und Kapitel 4.3. sichtbar geworden ist, wirkt der regulatorische Apparat nicht nur wie eine repressive Schikane zur Sanktionierung von Abweichung und der Verhinderung von trans Existenzen. Durch das Versprechen auf rechtliche oder medizinische Affirmation, welches durch das Subjektivierungsangebot der ‚Transsexuellen‘ als erwünschtes ‚Resultat‘ des regulatorischen Prozesses vermittelt wird, wirkt er ebenso produktiv. Die Disziplinartechniken, die hier als Schikane wahrgenommen werden, wirken normierend. Der regulatorische Apparat zielt durch die Anwendung von Disziplinartechniken durch die Psy* und durch die (bewusste wie unbewusste) Unterwerfung unter die vorherrschenden Normen der Individuen selbst auf die Produktion von normierten Subjekten ab. Subjekte, die in die heteronormative Ordnung ‚passen‘ und deren Existenz den Mythos der Natürlichkeit jener Ordnung nicht infrage stellen. Eine weitere Diskussion dieser Disziplinartechniken findet in Kapitel 5.1. und 5.3. statt. Der regulatorische Prozess wird von den Teilnehmenden

auf unterschiedlichen Ebenen als verletzend und nicht an den Bedürfnissen der trans Personen orientiert wahrgenommen.

4.4.4. Auswirkungen und Folgen

Als langfristige Folgen der vielfältigen Diskriminierungserfahrungen wurden Misstrauen (W1, 153-155) und eine allgemein negative Haltung gegenüber dem Gesundheitssektor (R2, 192-193) genannt. Diese negative Haltung führt bei vielen Teilnehmenden zu niedrigen Erwartungen bzw. zur Erwartung, wieder Gewalt zu erfahren, und einer darauffolgenden Vermeidung von Gesundheitsleistungen jeglicher Art. Aus Angst, erneut Gewalt zu erfahren, werden sowohl Vorsorgeuntersuchungen als auch unmittelbar notwendige Kontakte mit dem Gesundheitssystem oft aufgeschoben oder gar nicht wahrgenommen (Gaiswinkler et al., 2023; Markovic et al., 2021). Barbara berichtete von den Folgen von besonders schlimmen Erfahrungen in einer Psychotherapie aus der psychodynamischen Richtung: „Seitdem war ich nicht mehr in Therapie, obwohl ich glaube, dass das grundsätzlich keine schlechte Idee wäre. (4) (lachen) [...] Aber nicht in Therapie zu sein ist eine bessere Idee, als/ **Emely:** Als so eine Therapie“ (R2, 207-212). Die Vermeidung bzw. Verzögerung von potenziell stützenden, präventiven und notwendigen Gesundheitsangeboten trägt zu einer im Allgemeinen schlechteren gesundheitlichen Situation von trans Personen im Vergleich zur cis Bevölkerung bei (siehe Kapitel 1.2.1.; Gaiswinkler et al., 2023). Fütty (2019) analysiert die aktuelle Situation, in der trans Personen einer schlechten Gesundheitsversorgung und dadurch verfrühtem Tod ausgeliefert werden, als direkte Auswirkungen von cis-heteronormativer Biopolitik.

Dieses letzte Schlaglicht auf die Auswirkungen und Folgen schließt das Kapitel über die Erfahrungen mit dem regulatorischen Apparat im Umfeld der Begutachtungssituation ab. Es folgt nun ein Kapitel über die aus den Daten herausgearbeiteten möglichen Handlungsspielräume sowohl der trans Personen als auch der Psy*.

4.5. Potenziale des Widerstands

Innerhalb des regulatorischen Regimes haben sowohl die Psy* als auch die trans Personen – wenn auch ungleich viel – Handlungsmacht. Die Psy* sind nicht an engmaschig definierte Abläufe gebunden und die trans Menschen sind nicht nur passive Betroffene einer gewaltsamen Regulation. Wo sich die Handlungsspielräume

der jeweiligen Gruppen aufzunutzen und wie sie zum Wohl der Bedürfnisse der trans Personen genutzt wird, wird in diesem Kapitel skizziert. Zuerst werden verschiedene Strategien der trans Menschen dargestellt, durch die sie eine gefühlte und tatsächliche Selbstbestimmung innerhalb dieses Prozesses zurückgewinnen oder aufrechterhalten können. Danach werden Beispiele von relativ positiven Erfahrungen mit Psy* im Rahmen der Begutachtung dargestellt und diese als verantwortungsbewusste und bedürfnisorientierte Umgänge der großen Handlungsmacht derselben analysiert.

4.5.1. Strategien der trans Personen

Entgegen der einseitigen Darstellung von trans Personen als „victims or villains, insane or fascinating“ (Spade, 2006, S. 317), als passive, ohnmächtige Betroffene und Opfer wahlweise ihres Geschlechtsempfindens, cis- und heterosexistischer Diskriminierung oder der strengen staatlich-medizinischen Regulation, konnten Strategien von überlegtem, widerständigem Handeln aus den Daten herausgearbeitet werden, die die trans Menschen als eigenständige handlungsfähige Mitwirkende sichtbar machen.⁵³ Auch wenn der Handlungsspielraum der meisten trans Personen durch die regulatorischen Anforderungen und strukturelle Faktoren wie z.B. der ökonomischen Situation tatsächlich stark eingeschränkt ist, wurden zu fast jedem Zeitpunkt bzw. Prozessschritt der Regulation Möglichkeiten gefunden, den verfügbaren Handlungsspielraum entsprechend auszunutzen.

Viele Teilnehmende berichteten etwa, dass sie sich auf die Termine durch eine intensive Informationssuche vorbereitet haben. Informationen über den Ablauf, darüber welche Erfahrungen andere bei den Terminen gemacht haben und was am besten gesagt werden soll, damit die Stellungnahme möglichst reibungslos ausgestellt wird, werden über den eigenen Freund*innenkreis (R4, 268-272), Onlineforen und -ressourcen (W2, 80-81), Beratungsstellen und Communityorganisationen (R1, 15-20) gesucht und gefunden. Als besonders ‚wertvoll‘ wird Erfahrungswissen über die Erfahrungen bei den einzelnen Psy* von Personen, die geschlechtlich und sexuell ähnlich positioniert sind, gehandelt. Das kommt daher, dass aufgrund der Heterogenität von trans Lebensrealitäten die bereits aufgestellten Listen von

⁵³ Strategische Selbstdarstellungen von trans Personen sind so alt wie und eng mit der staatlich-medizinischen Regulation von Trans verwoben (Billings & Urban, 1982; Hirschauer, 2015; Spade, 2006).

vermeintlich transfreundlichen Psy* von vielen als nicht wirklich informativ beurteilt werden. So kann es z.B. sein, dass eine ältere binäre trans Frau mit einer bestimmten klinischen Psycholog*in kein Gatekeeping erfahren hat, einer jungen nicht-binären trans Person hingegen von derselben Psycholog*in die Anerkennung verweigert wird. Viele der Teilnehmenden haben bei den meisten Psy* schlechte Erfahrungen gemacht, obwohl ihnen diese Psy* persönlich oder durch z.B. queermed⁵⁴ als transfreundlich empfohlen wurden. Carmen berichtete von einer äußerst verletzenden Situation mit einer klinischen Psycholog*in, bei der andere trans Personen wahrscheinlich gute Erfahrungen gemacht haben: „Ich bin davon überzeugt, es gibt hier Leute, die laufen rum und sagen, dass sie wunderbare Erfahrungen haben mit dem klinisch-psychologischen Gutachten bei dieser Person. Aber (5) für mich ist diese Person ein Monster“ (R4, 50-53). Darüber, dass sie bei von queermed als transfreundlich empfohlenen Psy* schlechte Erfahrungen gemacht haben, sind viele Teilnehmende frustriert (P2, 64-65). Neben den Informationen, welche Psy* weniger ‚gatekeepy‘ sind, sind Informationen über mögliche Darstellungsstrategien und die Antizipation von potenziell gewaltvollen Gesprächsinhalten Gegenstand der Vorbereitung auf die Stellungnahmen. Ax berichtete von der Empfehlung, sich für die Termine eine transnormative Geschichte zurechtzulegen, folgendermaßen:

Ich habe mir, bevor ich angefangen habe, irgendwie, viel Gedanken darüber gemacht, wie ich das machen soll oder ob ich mir auch so eine Alias-Identity überlege, um durch den Prozess zu gehen. Ähm, eben, so auch (...) auf trans Mann machen. Weil es mir auch von vielen Seiten empfohlen wurde, dass es dann einfach einfacher ist. (W2, 15-19)

Neben dieser strategischen Überlegung über den Inhalt der Erzählung wird auch eine kognitiv-emotionale Vorbereitung auf potenziell verletzendes Verhalten der Psy* empfohlen. Wie K. es ausdrückte: „I was actually ready to hear all this bullshit“ (P2, 18-19).

In der Begutachtungssituation waren strategische Selbstdarstellungen, Forderungen stellen, auf der eigenen Perspektive beharren, Grenzen setzen, widersprechen und die Situation verlassen widerständige Handlungen. Barbara

⁵⁴ Queermed.at ist ein Onlineverzeichnis queer- und transfreundlicher Gesundheitsprofessionist*innen, welches auf Empfehlungen und Rezensionen aus der Community basiert.

beschrieb den Gesprächsbeginn des ersten psychotherapeutischen Termins so: „Grüß Sie, ich, ähm, bin trans, ich will Hormone, ich weiß das“ (R1, 31-32). Barbara weiß, dass sie trans ist und weiß, dass sie Hormone will. Sie geht mit diesem Selbstbewusstsein in den ersten Termin mit der Psychotherapeut*in, doch diese erkennt Barbaras Erfahrungswissen über das eigene Geschlechtsempfinden nicht an. Die Therapeut*in stellt die der Begutachtungssituation innewohnende therapeutisch-medizinische Autorität und Deutungshoheit mit dem Verweis darauf, dass sie Barbara „auf dem Weg begleiten und [...] gemeinsam draufkommen will, quasi, dass [Barbara] trans“ (R1, 34-35) ist, wieder her. Mehrere Teilnehmende berichteten, dass sie bei den Psy* darauf bestanden haben, dass die Psy* in die Stellungnahme die Empfehlungen bzw. Indikationen sowohl für die Personenstandsänderung als auch für die Hormontherapie als auch für eine oder mehrere chirurgische Maßnahmen schreiben sollen (W1, 119-124). Dieses von den trans Personen geforderte Zusammenfassen mehrerer konsekutiver Schritte des Ablaufes der ‚Behandlungsempfehlungen‘ verringert die Anzahl der zu erbringenden Stellungnahmen und die damit einhergehende Gefahr, Gewalt zu erfahren. Darüber hinaus spart diese Vorgehensweise Geld und Zeit und kann dadurch den Leidensdruck verringern. Einige Teilnehmende wussten bis zum Zeitpunkt der Diskussion nicht, dass dies möglich ist bzw. dieses von ihnen geforderte Vorgehen wurde von den Psy* abgelehnt (W1, 144-145). Rhetorische Strategien waren grenzüberschreitende Fragen zurückzuweisen bzw. mit Gegenfragen die Psy* zu einer Rechtfertigung der Frage zu drängen (S3, 9-15), auf der eigenen Perspektive zu beharren und verletzenden Deutungen zu widersprechen (R2, 188-192). Mehrere Teilnehmende berichteten davon, dass sie, wenn diese Strategien nicht zu rücksichtsvollerem Verhalten auf Seiten der Psy* geführt haben und sie den Handlungsspielraum dafür hatten, die Begutachtungssituation zur Wahrung ihrer Grenzen verlassen haben (P2, 27-32). Ax berichtete davon, dass eine Psychiater*in in einer niederösterreichischen Stadt Ax aufgrund der Nicht-Binarität keine Stellungnahme ausstellen wollte. Auf ein nicht näher beschriebenes – wahrscheinlich widerständiges – Handeln hat Ax dort Hausverbot bekommen (W1, 55-59).

Sowohl nach jedem einzelnen Stellungnahmentermin als auch nach Erbringung aller notwendigen Stellungnahmen nennt der Großteil der Teilnehmenden die Nachsorge durch den Austausch mit Gleichgesinnten als stützend, heilsam und manchmal sogar als überlebensnotwendig (R2, 10-11). Das gemeinsame Einordnen des Vorgefallenen und die Erkenntnis, dass viele andere

trans Personen die eigenen, meist schlechten Erfahrungen teilen, werden als besonders hilfreich im Umgang mit dem Erlebten geschildert. Vor allem die eigenen nahen Beziehungen, die (Online-)Community und auch erfahrungsspezifische Zusammenkünfte wie eben diese Gruppendiskussionen werden als wichtige Orte, an denen Erfahrungen des Verstanden-Werdens, der Selbstwirksamkeit, der Anerkennung und der Zugehörigkeit gemacht werden können, empfunden (W1, 88-92). Solche „*schützenden Inselerfahrungen*“ (Herv. i. O.; Lerch, 2019, S. 55) können bedeutende Schutzfaktoren vor (kumulativer) Traumatisierung und der Entwicklung von Traumafolgestörungen darstellen (Charak et al., 2023; Lerch, 2019).

Neben den Handlungsspielräumen der trans Menschen vor, während und nach den Terminen gibt es noch selbstbestimmte Handlungsoptionen, die die ganze Regulation überspannen. Hierzu gehört die Möglichkeit, sich Hormone abseits des legalen Weges zu besorgen, sie sich selbst zu verabreichen oder weiterzugeben. Die Möglichkeit der do-it-yourself (DIY) Beschaffung und Anwendung abseits des offiziellen, stark regulierten Zugangs zu Hormonen war für einige der Teilnehmenden enorm wichtig und entlastend.⁵⁵ Mico berichtete, dass Mico ca. zwei Wochen vor dem Beginn der ‚offiziellen‘, medizinisch begleiteten Hormontherapie bereits mit der Einnahme von Hormonen begonnen hat, die Mico von einer befreundeten Person bekommen hatte. Auch wenn es nicht unbedingt die Zeitersparnis war, so war für Mico besonders der Aspekt der körperlichen Selbstbestimmung vor der Möglichkeit der staatlich-medizinischen Verweigerung von Hormontherapie besonders wichtig (S3, 251-261). Die Beschaffung und Anwendung von DIY-Hormontherapie werden durchwegs als psychisch entlastend beschrieben. Ry beschrieb das Abfallen des ‚Prüfungsdrucks‘ der Begutachtungssituation wie folgt:

⁵⁵ Für jene trans Personen, die nicht den staatlich-medizinischen Zugang zu Hormonen erlangen können, stellt DIY-Hormontherapie die einzige Möglichkeit auf körperliche Selbstbestimmung dar. Medizinisch unbegleitete DIY-Hormontherapie kann erhebliche Risiken bergen: „Die Abdrängung auf den irregulären Gesundheitsmarkt für Hormonbehandlungen und operative Körpermodifikationen exponiert Trans* Menschen nicht nur für die strafrechtliche Kriminalisierung, sondern auch für erhöhte Gesundheitsrisiken, die noch weitestgehend unerforscht sind. [...] Erhöhte Gesundheitsrisiken umfassen vor allem ein gesteigertes HIV-Infektionsrisiko durch nicht-steril durchgeführte Hormon- oder Silikoninjektionen, Folgeerscheinungen von Selbstmedikation bei unkontrollierter Dosierung von Hormonpräparaten, sowie vor allem bei der Verwendung von medizinisch nicht zugelassenen Hormonersatzpräparaten und Silikonimitationen. [...] Im Kontext der biopolitischen Bevölkerungspolitik durch normativen und intersektionalen Ausschlusses [sic] von legaler und sozialstaatlich übernommener Trans*Gesundheitsversorgung sowie hinsichtlich existierender Kriminalisierungspraktiken ist es sehr wichtig, nicht die Praktiken oder Inanspruchnahme des irregulären Marktes zu kriminalisieren oder moralisch zu bewerten“ (Füty, 2019, S. 134-135).

Weil [...] dieser ganze Druck abgefallen ist. Das war so dieses halbe Jahr mich dem Auszusetzen. Ständig diesen Druck zu haben. So, krieg ich es? Habe ich? Sage ich das Richtige? Und dann so: jetzt kann ich machen, was ich will. Und so, ich kann es irgendwie/ kann Microdosing machen. Ich kann irgendwie so/ niemand redet mir mehr drein oder [...] hat irgendwas dazu zu sagen. Und ich habe jetzt irgendwie wieder die Kontrolle, was ich mache mit meinem Körper. Und es ist halt irgendwie so dieser Prozess dann so abgeschlossen mit/ dass der Staat Kontrolle hat über meinen Körper. (S3, 273-280)

Wie Mico und Ry beschrieb auch Ax die DIY-Hormontherapie als Versuch, die Kontrolle und Selbstbestimmung über den eigenen Körper gegenüber staatlich-medizinischer Machtausübung zu wahren oder zurückzugewinnen (W1, 78-85). Diese starken Emotionen deuten an, wie entmündigend und der eigenen körperlichen Autonomie enteignend der aktuelle Regulationsprozess von vielen trans Personen wahrgenommen wird.

Eine weitere Facette ist der selbstbestimmte Umgang mit den in den Stellungnahmen empfohlenen und dadurch ‚genehmigten‘ geschlechtsaffirmierenden medizinischen Maßnahmen und mit den auf offiziellem Wege verschriebenen Hormonen. Der erste Punkt bezieht sich darauf, dass einige trans Menschen, um innerhalb der Schranken der Regulation einen größeren Handlungsspielraum zu haben, in der Begutachtungssituation angeben eine innere Notwendigkeit nach bestimmten bzw. – den transnormativen Erwartungen folgend – ‚allen‘ körperverändernden Maßnahmen zu empfinden. Diese Strategie dient dazu, sich nach der Einholung der Stellungnahmen so viele Handlungsoptionen wie möglich offen zu lassen (W1, 126-131). Ein selbstbestimmter Umgang mit verschriebenen Hormonen kann sowohl in der individuell bestimmten Applikationsform, der Dosis und der Weitergabe erfolgen. Daniel beschrieb, das Abhängigkeitsgefühl in der Regulation mit der selbst gewählten Anwendungsform des Testosterongels auszugleichen. Anstatt eine Depotspritze durch eine Ärzt*in zu bekommen, hat Daniel auf Testosterongel bestanden (W1, 96-105). Die Darreichungsform des Gels gibt Daniel die Kontrolle selbst „entscheiden zu können. Okay, was mache ich mit dieser Creme jetzt? Also so schmiere ich mir das drauf? Schenk ich es weiter und schmiere mal nicht?“ (W1, 103-105).

4.5.2. Möglichkeiten der Psy*

Durch ihre privilegierte Machtposition besitzen die Psy* viel Handlungsspielraum. Wie sie diesen nutzen, hat große Auswirkungen auf die Qualität der Erfahrungen der trans Personen. Einige Teilnehmende berichten von reflektiertem, verantwortungsbewusstem und an den Bedürfnissen der trans Menschen ausgerichtetem Handeln einzelner Psy*. Diese ‚positiven‘ Erfahrungen des relativ wenig oder nicht wirklich Gatekeep-Werdens sollen hier kurz skizziert werden.

Es wurde als durchwegs positiv wahrgenommen, wenn die Psy* so wenig Termine wie möglich zur Erstellung der Stellungnahme verlangten und wenn diese(r) Termin(e) möglichst kurz war (W3, 81-82). Weitere positive Erfahrungen waren, wenn die Psy* eine kritische und reflektierte Haltung gegenüber der Regulation äußern (W3, 65-68), wenn die Psy* gut über das regulatorische Regime und über die Vielfalt von sexuellen und geschlechtlichen Lebensweisen informiert sind (R4, 196-201), wenn die Psy* die Erstellung der Stellungnahme gleich zu Beginn zusagen (W3, 96), wenn die Persönlichkeitsrechte respektiert werden und keine grenzüberschreitenden und sachfremden Fragen gestellt werden (W3, 82-86), wenn erklärt wird, welcher psychologische Test was testet (S3, 98-103), wenn eigenes Unwissen transparent gemacht wird und die Deutungshoheit abgegeben wird (R1, 83-84) und wenn den trans Personen die Möglichkeit gegeben wird, bei der Formulierung der Stellungnahmen teilzuhaben oder diese den trans Personen zum Korrekturlesen zu geben (W1, 47-52).

Neben den empirischen Befunden über die verantwortungsbewusste Nutzung des Handlungsspielraums der Psy* gibt es über die letzten Jahre hinweg immer mehr Fachliteratur, die sich mit einem menschenrechts- und bedürfnisorientierten Handeln der Psy* vor dem Hintergrund der nach wie vor existierenden Regulation beschäftigt (Coleman et al., 2022; Güldenring et al., 2019; Hansbury, 2017; Ihrig, 2023; Knutson et al., 2019; Nieder et al., 2017; Rauchfleisch, 2016; Seikowski, 2022; Solanki et al., 2023; Transgender Europe, 2019; Wierz & Nürnberg, 2024).

4.6. Ergebnisse der Kontextanalyse

Auf die Darstellung der Analyseergebnisse der in den Gruppendiskussionen erhobenen Daten entlang von Grounded Theory Methoden folgt nun die Ergebnisdarstellung der explorativen Kontextanalyse. Aufgrund forschungsökonomischer Einschränkungen war es weder möglich, eine umfassende

Analyse des regulatorischen Apparats durchzuführen noch die in meiner oberflächlichen Kontextanalyse erhobenen Daten systematisch auszuwerten. Die Ergebnisse und Interpretationen hieraus sind somit vorläufige. Eine systematische Untersuchung der regulationsseitigen Entitäten (Psy*, Krankenkassen, Hausärzt*innen, Chirurg*innen, Endokrinolog*innen, Standesbeamt*innen) wäre der besseren Durchdringung des Gegenstandsbereiches der staatlich-medizinischen Regulation von Trans sehr zuträglich.

Es werden zuerst die Rückmeldungen der Professionist*innen und dann die der Berufsverbände geschildert. Im Anschluss daran werden die Kontaktaufnahmen und Gesprächsinhalte mit den verschiedenen Krankenkassen, einer Ärzt*in, mit der Magistratsabteilung 63 der Stadt Wien, zuständig für Gewerberecht, Datenschutz und Personenstand, und der Wiener Antidiskriminierungsstelle besprochen.

4.6.1. Professionist*innen

Die explorative Erhebung eines ersten Eindrucks der Perspektive der Psy* erfolgte durch ein Mail mit der Aufforderung zur Forschungsteilnahme mittels direkter persönlicher Beantwortung der Fragen per Mail oder anonymer Beantwortung der Fragen via SoSci Survey-Link (Leiner, 2024; Anhang C.1.). Die vollständigen Antworten der Psychiater*innen und klinischen Psycholog*innen befinden sich in Anhang D.1., die der Psychotherapeut*innen in Anhang D.2. Von den 12 kontaktierten Psychiater*innen haben fünf die Onlinebefragung gestartet, allerdings wurden keine gültigen Antworten gegeben. Von den 23 kontaktierten klinischen Psycholog*innen haben drei die Onlineumfrage begonnen, jedoch hat nur eine die Fragen beantwortet. Diese Person nennt als verwendete standardisierte Tests das Diagnostische Interview bei psychischen Störungen (DIPS) und das Inventar Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen (IKP). Von den 72 kontaktierten Psychotherapeut*innen kamen eine personalisierte Antwort und 17 anonyme Antworten zurück. Aufgeschlüsselt nach angegebener Orientierung des Therapieverfahrens nahmen jeweils zwei tiefenpsychologisch-psychodynamisch und verhaltenstherapeutisch orientiert, drei systemisch und sieben humanistisch arbeitende Psychotherapeut*innen teil. Etwa ein Drittel der Therapeut*innen lässt die Themenwahl des anamnestischen Gesprächs gänzlich offen und etwas mehr als ein Drittel exploriert lediglich oberflächlich die Lebenssituation. Die Übrigen geben an, dass sie explizit Ursachen der Transgeschlechtlichkeit erforschen und konkret zum Sexualleben inklusive Selbstbefriedigung fragen. Ein Viertel der

Therapeut*innen gibt an, im Rahmen der Stellungnahmentermine über die möglichen körperlichen und sozialen Veränderungen im Rahmen von Transitionsprozessen gemäß einer *informed consent*-Haltung zu sprechen (Anhang D.2.). Die angegebenen Mindeststundenanzahlen, aufgeschlüsselt nach philosophisch-methodologischer Richtung der psychotherapeutischen Praxis, wird in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2

Mindeststundenanzahl nach therapeutischer Orientierung aufgeschlüsselt.

FN	Orientierung	Mindeststundenanzahl
23	vt	2-3
28	-	5
31	tp	10
32	tp	10
33	hu	5
35	hu	10-50
36	sys	nur während Therapie
38	hu	keine best. Anzahl
39	sys	1
41	vt	3-4
42	hu	4-5
43	hu	5
45	hu	keine best. Anzahl

Anmerkung. FN: Fallnummer, vt: verhaltenstherapeutisch, tp: tiefenpsychologisch-psychodynamisch, hu: humanistisch, sys: systemisch. Aufgrund fehlender Angaben wurde für diese Darstellung ein weiterer Fall ausgeschlossen.

Aus den angegebenen Daten lässt sich ein konservativ berechneter Durchschnitt von rund sechs Einheiten als Mindeststundenanzahl ermitteln. Bei durchschnittlichen Kosten zwischen 70€ und 150€ pro Sitzung (PsyOnline, 2023) können sich die Ausgaben allein für die psychotherapeutische Stellungnahme auf 420€ bis 900€ belaufen.⁵⁶ Hinsichtlich der Reflexion der eigenen Rolle betonen einige eine mögliche unterstützende Rolle von Psychotherapie. Wieder andere differenzieren ein jeweils unterschiedliches Rollenverständnis bei einer von der trans Person gewünschten Psychotherapie und einer rein diagnostischen Dienstleistung (Anhang D.2.).

⁵⁶ Diese Beispielrechnung berücksichtigt keine Fälle, in denen die psychotherapeutische Stellungnahme im Rahmen einer bereits stattfindenden Psychotherapie ausgestellt wird.

Angesichts der sehr geringen Rücklaufquote ist anzunehmen, dass vorwiegend Psychotherapeut*innen auf die Anfrage reagiert haben, die sich mit der Regulation bereits beschäftigt haben und fallweise eine kritische Haltung ihr gegenüber pflegen. Das demonstrierte Desinteresse der kontaktierten klinischen Psycholog*innen und Psychiater*innen lässt sich anhand der Daten nicht zufriedenstellend erklären. Eine mögliche Erklärung könnte jedoch sein, dass diese beiden Professionen durch die nähere Anbindung in Ausbildung und Berufsausübung an wahrheitsproduzierende Institutionen wie Universität oder Klinik an insgesamt seltener ihre Arbeitsweise rechtfertigen müssen und auch selbst oft wenig Grund sehen, ihre Arbeitsweise und Perspektive zu rechtfertigen, folgt diese doch vermeintlich immer dem aktuellen Stand der Forschung.

4.6.2. Berufsverbände

Die Gedächtnisprotokolle der Telefonate mit Melanie Schweinzer vom *Berufsverband Österreichischer PsychologInnen* (BÖP) und Elisabeth Vlasich vom *Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie* (ÖBVP) befinden sich in Anhang E. Weder der BÖP noch der ÖBVP haben interne Richtlinien zu einer evidenzbasierten und sorgfältigen Diagnostik im Rahmen der Stellungnahmen. Diese Tatsache kann zu einem Teil die große Heterogenität der Arbeitsweisen und somit auch der Erfahrungen der Teilnehmenden erklären. Keiner der beiden Berufsverbände plant zum Zeitpunkt des Gesprächs die Erstellung solcher Leitlinien. Auf die Frage danach, wie die Berufsverbände eine bedürfnisorientierte und evidenzbasierte Versorgung und Diagnostik gewährleisten wollen, konnte keine Antworten gegeben werden. Zwar bieten sowohl der BÖP als auch der ÖBVP Fortbildungen zu diesem Thema an, diese stellen jedoch keine Garantie für eine bedürfnisorientierte Versorgung dar (siehe Kapitel 4.4.1.1. und Kapitel 4.5.1.). Aufgrund der fehlenden verbandsinternen Leitlinien stellen die Schilderungen der Vertreter*innen der Berufsverbände deren persönliche Perspektive und Arbeitsweise dar.

Die Vertreter*in des BÖP berichtete davon, dass im Anamnesegespräch neben anderen Themen spezifisch auf Sexualität eingegangen wird. Als standardisierte Tests zur Abklärung von affektiven Störungen, Substanzmissbrauch, psychotischen und dissoziativen Symptomen, etwaigen Persönlichkeitsstörungen und autistischen Störungen legt sie den SKID-I und -II, ESI, SCL-90, FPI-R und SCID-5-PD vor. Darüber hinaus sollen die trans Personen bei der Vertreter*in die Leistungs-, Stress-,

Intelligenz- und Aufmerksamkeitstests WMT, CFT-20 und einen Test auf Intelligenzminderung machen. Da der Schwerpunkt der Vertreter*in auf ADHD und Autismusdiagnostik liegt und Trans ebenfalls eine ‚Störung der Körperwahrnehmung‘ sei, habe sie sich entschlossen, Transdiagnostik ebenfalls in das Leistungsspektrum aufzunehmen (Anhang E). Sowohl die veraltete Fachliteratur (es wurde sich auf ein Diagnostikbuch für Trans von 2013 bezogen), die exzessiven und gegenstandsfernen Testungen, die im Telefonat mit der Vertreter*in vom BÖP thematisiert wurden, und die grundsätzliche Perspektive, durch die Trans betrachtet wurde, entsprechen den Erfahrungen der trans Personen aus dem empirischen Material. Die geschilderte Perspektive der Vertreter*in des BÖP steht in der Tradition des Transsexualismus/Transsexualitäts-Paradigmas.

Die Perspektive der Vertreter*in des ÖBVP zeigt mehr Differenzierungen, stellt jedoch ebenfalls die persönliche Haltung der Vertreter*in dar. Vor allem das Betonen der Selbstbestimmung, Selbstverantwortung, der möglichen Unterstützung bei Coming-out und Transitionsprozessen und die wenige Stundenanzahl für die Erstellung der Stellungnahme fallen hier positiv auf (Anhang E). Leider spiegelt sich diese relativ progressive Perspektive der Vertreter*in kaum im empirischen Material wider.

Die Ärztekammer Wien hat sich bis Ende der Recherche (Februar 2024) nicht zurückgemeldet.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Berufsverbände der psy* Professionen ihrer Verantwortung, eine evidenzbasierte, sorgfältige und bedürfnisorientierte Versorgung für trans Menschen zu gewährleisten, nicht gerecht werden.

4.6.3. Krankenkassen

Der Kontakt mit den Krankenkassen gestaltete sich von Beginn an schwierig. Meine Fragen wurden von keiner Krankenkasse vollständig und schriftlich beantwortet. Von der KFA und der SVS kam keine Antwort auf meine Forschungsanfrage.

Der Kontakt mit der ÖGK beschränkte sich auf zwei Mailantworten, jeweils eine vom Medizinischen Dienst und von der Wahlarzthilfe, und einem Telefonat, ebenfalls mit der Wahlarzthilfe. Im Telefonat wurde lediglich auf die Nichtzuständigkeit der Abteilung verwiesen und versichert, dass in den nächsten Tagen ein Rückruf der zuständigen Abteilung erfolgen wird. Dieser Rückruf ist nicht

erfolgt. In den schriftlichen Antworten bestätigte die ÖGK, dass sie sich bezüglich der Kostenübernahme an die Anforderungen der ‚Behandlungsempfehlungen‘ des Gesundheitsministeriums halten (Anhang F.1.).

Der Kontakt mit der BVAEB vollzog sich ebenfalls anhand mehrerer Mails und einem Telefonat. Da die Leistungsübernahme immer eine Einzelfallentscheidung sei, könne die BVAEB keine allgemeingültige Liste der transitionsspezifischen Leistungen aufstellen (Anhang F.2.). Wie die ÖGK bezieht sich die BVAEB ebenfalls explizit auf die ‚Behandlungsempfehlungen‘ bei der Entscheidung der Kostenübernahme. Auf die Frage, wer dies innerhalb der Krankenkasse entschieden hat und warum diese Entscheidung – vor dem Hintergrund der Existenz aktualisierter, international anerkannter Richtlinien – so getroffen wurde, antwortet die BVAEB folgendermaßen:

Bei der Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit greift die BVAEB stets auf wissenschaftlich anerkannte Studien, Leitlinien und Empfehlungen zurück. Die BVAEB hatte aus medizinischer Sicht bislang keinen Grund, die Authentizität der wissenschaftlichen Empfehlung einer zuverlässigen öffentlichen Stelle in Frage zu stellen. Die Orientierung an den Empfehlungen des BMSGPK ist daher per se angezeigt und bedarf keiner gesonderten Entscheidung. (Anhang F.2.)

Im Telefonat mit dem Direktionsärztlichen Dienst der BVAEB wurde mitgeteilt, dass innerhalb der Krankenkasse die für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit zuständige Leistungsabteilung immer die letzte Entscheidung trifft.

4.6.4. Ärzt*in

In einem telefonischen Hintergrundgespräch mit einer in der trans Gesundheitsversorgung tätigen Ärzt*in konnten bisherige Rechercheergebnisse und Ableitungen meinerseits daraus bestätigt werden (Ärzt*in, persönliche Kommunikation, Oktober 2023). Die ‚Behandlungsempfehlungen‘ sind nicht rechtlich bindend, daher könnten Ärzt*innen z.B. Hormontherapie ohne das Einholen von Stellungnahmen verschreiben. In Österreich könnte demnach gemäß eines *informed consent*-Ansatzes (vgl. Deutsch, 2012; Schulz, 2018) mit aufklärendem Beratungsgespräch und Unterzeichnung einer Einverständniserklärung – auch zur rechtlichen Absicherung aufgrund des Off-label-use der entsprechenden Hormonpräparate – Hormontherapie ohne Pathologisierung

und Begutachtung durchgeführt werden. Informiertes Einverständnis als Handlungsanleitung für die Verschreibung von z.B. HRT setzt jedoch voraus, dass ausreichend Zeit für umfassende Aufklärungsgespräche zur Verfügung steht. Besonders in Kassenordinationen ist Zeit oft ein sehr limitierender Faktor. Daher werden der Begutachtungsprozess und die Stellungnahmen selbst als Basis des Informationsaustausches zwischen Ärzt*innen, Psy* und trans Personen verwendet bzw. werden trans Personen von Ärzt*innen primär an Psy* weitergeleitet, sofern sie den Begutachtungsprozess noch nicht durchlaufen haben (Ärzt*in, persönliche Kommunikation, Oktober 2023).

4.6.5. Magistratsabteilung und Wiener Antidiskriminierungsstelle

Die Informationen über die Vorgehensweise für eine Personenstandsänderung bei der Stadt Wien werden im Onlineauftritt der Stadtverwaltung auf der Themenseite der Wiener Antidiskriminierungsstelle für LGBTI-Angelegenheiten (WASSt) dargestellt. De jure liegt die Zuständigkeit für Personenstandsänderungen bei der Magistratsabteilung (MA) 63. Über den Webauftritt der MA 63 ist es nicht möglich, an Informationen über eine Personenstandsänderung zu gelangen. Die Website der WASSt klärt über die historische Entwicklung in Österreich (siehe Kapitel 2.2.1.2.) und die aktuellen Voraussetzungen – die in Kapitel 2.2.2.2. näher diskutierten ‚drei Punkte‘ (Erklärung des Geschlechtsempfindens, Annäherung an das Erscheinungsbild, Permanenz) – auf. Weiter ist dort zu lesen, dass die aktuellen Voraussetzungen durch die MA 63 festgelegt wurden und dass seit Herbst 2020 keine F64.0 Diagnose mehr verlangt wird (Stadt Wien & WASSt, 2023). Meine Anfragen an die MA 63 und die WASSt bezogen sich auf die Rechtsgrundlagen, gemäß derer die Stadt Wien eine psy* Stellungnahme von den Antragsteller*innen verlangt, auf die Hintergründe, Begründungen und Verantwortlichen der Verfahrensänderung im Herbst 2020 (Anhang C.4.). Im Mail- und Telefonkontakt mit der Stabsstellenleiter-Stellvertreterin der MA 63 Ulrike Kuzaj-Sefelin zu diesen Fragen wurde mir mitgeteilt, dass die Inhalte auf der Website der WASSt hinsichtlich der Verantwortlichkeit über die Entscheidungen der MA 63 falsch seien. Es sei zwar richtig, dass die Stadt Wien im Moment keine F64.0 Diagnose verlange, es habe aber keine Änderung in der Verwaltungspraxis gegeben, da sich die Rechtslage diesbezüglich seit 2010 nicht geändert habe. Die MA 63 vollziehe in diesem Fall im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung lediglich Bundesregelungen. Die MA 63 habe keine Regelungen verändert, da bei ihr weder die Kompetenzen lägen noch der

Handlungsspielraum dafür vorhanden wäre (U. Kuzaj-Sefelin, persönliche Kommunikation, 10.11.2023; Anhang F.3.).

Auf eine Nachfrage bei der WAST, wie die Änderung der Verwaltungspraxis im Herbst 2020 zustande gekommen ist (1), aus welchem Grund zwar die Diagnose nicht mehr verlangt wird jedoch die ‚Irreversibilität‘ und die Annäherung an das äußere Erscheinungsbild weiterhin bestätigt werden müssen (2) und wer die Entscheidungen über die Voraussetzungen einer Personenstandsänderung bei der Stadt Wien trifft bzw. traf (3), kam folgende Antwort:

1. Da viele Trans-Personen die Diagnose F 64.0 als Diskriminierung erleben und damals schon absehbar war, dass es zu einer Änderung im ICD-11 kommen wird, hat uns der Verein Trans-X gefragt, ob man diese nicht weglassen könnte.
Seitens der WAST fand ich das eine gute Idee und gemeinsam mit den zuständigen Rechtsabteilungen haben wir daher die Auffassung entwickelt, dass wir mit der nach wie vor nötigen Stellungnahme auch dann die seitens des BMI bestimmten Voraussetzungen für eine solche Stellungnahme erfüllen, wenn keine ‚Diagnose‘ angeführt wird, sondern nur das Empfinden und die Dauerhaftigkeit desselben (und die Angleichungsschritte) bestätigt wird.
2. Dies sind vom BMI definierte Voraussetzungen für die Personen- und Vornamensänderung, die Stadt Wien vollzieht hier nur Bundesregelungen (mittelbare Bundesverwaltung).
3. Die zuständigen Stellen der Stadt Wien, also MA 63 und WAST. (Anhang F.4.)

Die WAST erklärt, dass die Diagnose Transsexualismus auf Anregung von TransX unter Verweis auf die Entpathologisierung von Trans im ICD-11 in Absprache mit der Rechtsabteilung fallengelassen werden konnte. Offensichtlich erfüllt die aktuelle Regelung die Vorgaben der Rechtsgrundlagen hinreichend.

Die Tatsache, dass die Stadt Wien vor 2020 die Diagnose F64.0 von Antragsteller*innen verlangt hat, und das Schreiben der WAST belegen, dass die Aussagen der MA 63 Falschbehauptungen waren. Dass es tatsächlich eine Veränderung in der Verwaltungspraxis gegeben hat, belegt die Existenz eines gewissen Handlungsspielraumes bei den zuständigen Behörden.

Wenn sich die Rechtsquellen für die Personenstandsänderung in Bezug auf Trans seit 2010 nicht mehr geändert haben, 2020 sich die Exegese dieser Rechtsquellen durch Stadt Wien jedoch derart verändert hat, dass es zu einer folgenreichen Veränderung in der Verwaltungspraxis gekommen ist, drängt sich die Frage auf, auf welcher Rechtsgrundlage die Stadt Wien zwischen 2010 und 2020 die Diagnose Transsexualismus verlangt hat und ob diese veränderte Rechtsauslegung nicht schon früher möglich gewesen wäre. Auf Nachfrage verweist die MA 63 auf die WAST (obwohl die MA 63 die tatsächlich zuständige Behörde ist) und die WAST stellt fest, dass vor 2020 die Entpathologisierung im ICD nicht absehbar war und dass sich davor niemand bei ihnen diesbezüglich gemeldet hat (WAST, persönliche Kommunikation, 18.12.2023).

5. Diskussion

In der abschließenden Diskussion versuche ich, die bisherigen Ergebnisse zusammenzufassen, sie mit den theoretischen Bezügen zu verbinden, lose Fäden zusammen zu weben und einige vorläufige Schlussfolgerungen zu ziehen.

Mit Blick auf die drei Forschungsfragen nach den Erfahrungen der trans Personen im Rahmen der Erstellung der Stellungnahmen, dem Umgang mit diesen Erfahrungen und dem Verhältnis dieser Erfahrungen zu den diskursiven und regulatorischen Formationen, lässt sich Folgendes feststellen. Die Teilnehmenden berichteten von einer teils erzwungenen, teils vorauseilenden Transnormalisierung ihrer Erzählungen und ihres Ausdrucks, von diskursiven Gratwanderungen der Wahrheitsfähigkeit in Bezug auf psychische Gesundheit, Sexualität und Erscheinungsbild, von stark eingeschränkten Handlungsmöglichkeiten in einem steilen Machtverhältnis, von Abhängigkeit, Machtmissbrauch und Grenzüberschreitungen wie intrusives Fragen, cissexistisches und transnormatives Gaslighting und sexualisierter Gewalt. Des Weiteren berichteten sie von exzessivem Getestet-Werden durch klinische Psycholog*innen und von unverhältnismäßigem Hinauszögern der Stellungnahme durch Psychotherapeut*innen. Als psychische Folgen dieser Erfahrungen beschrieben die Teilnehmenden starke Ängste, Stress, Suizidgedanken, Unsicherheit, Entfremdung, Erschöpfung, Belastung und Selbstzweifel (siehe Kapitel 4.3.). Die Schilderungen des Umgangs mit diesem Erfahrungskomplex der trans Personen macht diese als selbstreflexive, eigenständige Handelnde sichtbar. Vor dem Hintergrund der eingeschränkten Handlungsmöglichkeiten durch die staatlich-medizinische Regulation stellen die

intensive Informationssuche bei Beratungsstellen, in Onlineforen oder im Freund*innenkreis vor den Terminen, strategische Selbstdarstellungen, grenzüberschreitendes Verhalten der Psy* zurückweisen oder die Situation verlassen während der Termine und – für viele besonders zentral – die Nachsorge durch einen unterstützenden Austausch mit Freund*innen oder anderen trans Personen nach den Terminen zentrale Strategien des Umgangs mit der vorgefundenen Situation und den darin erlebten Erfahrungen dar (siehe Kapitel 4.5.1.). Die Beantwortung der dritten Forschungsfrage, der Frage nach der Einbettung dieser Erfahrungen und der Strukturen, die diese Erfahrungen hervorbringen, in die diskursiven Formationen geschieht in diesem Kapitel.

Beginnend mit einer Identifikation der Spuren von Formen ‚traditioneller‘ Regierungsmacht im aktuellen regulatorischen Regime (Kapitel 5.1.) möchte ich mithilfe von Überlegungen im Anschluss an Butlers Subjektkonstitution (5.2.) bei einer vorläufigen Interpretation des Zwecks des regulatorischen Apparats und dessen Rolle in der heteronormativen Hegemonie ankommen (5.3.). Nach diesen Darstellungen werden aktuelle internationale Debatten um die Bedeutung, Relevanz, Funktion und Konsequenz rund um Trans kurz dargestellt (5.4.). Die Diskussion endet mit einem Versuch, in den Rissen und Spalten der Machtbeziehungen der gegenwärtigen Regulation Möglichkeitsräume für widerständige Diskursbewegungen zu situieren (5.5.).

5.1. Disziplinarmechanismen in der staatlich-medizinischen Regulation

Die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit unterstützen die Interpretation der Begutachtungssituation als multiple Prüfungssituation. Trans Personen müssen ihr trans Sein vor psy* ‚Expert*innen‘ beweisen. Das verkörperte Wissen und die eigene geschlechtliche Erfahrung werden erst durch die Bestätigung einer medizinischen Autorität gültig. In den meisten Fällen geschieht diese Validierung nur, wenn sich die Präsentation der trans Personen auf den Wegen der Transnormativität bewegt. Von der erwarteten Norm Abweichendes soll verschwiegen werden oder wird verworfen, ‚Lücken‘ sollen gefüllt werden. Erst durch die Unterwerfung unter die normativen Anforderungen hat das Individuum die Chance auf rechtliche Anerkennung und oft lebenswichtige medizinische Versorgung. Die transnormalisierte Selbstdarstellung in Form einer Unterwerfung unter die cis-heterosexuellen Normen ist – im Anschluss an Foucault und Butler – zugleich als Ermächtigung und Erweiterung der Handlungsmöglichkeiten zu verstehen. Die Gleichzeitigkeit von repressiven und

produktiven Machteffekten wird hier besonders deutlich: „einerseits die diskursive Unterwerfung unter die Bedingungen der Medizin als einer der Institutionen, die die herrschende geschlechtliche Identitätslogik bündelt und durch Individualisierung eines gesellschaftlichen ‚Problems‘ durchsetzt, andererseits die Möglichkeit, durch diese sozial legitimierte Form des Geschlechtswechsels existieren zu können“ (Genschel, 2001, S. 823).

In Kapitel 2.2.1.1. wurden die historischen Konstruktionsprozesse der Diagnose Transsexualität und die daraus hervorgehenden Implikationen für geschlechtlich anormalisierte Individuen nachgezeichnet. Während der Konstruktionsphase (Ende der 1950er bis Anfang der 1980er Jahre) waren die ‚gender identity clinics‘ als Disziplinarinstitutionen von zentraler Bedeutung bei der Produktion des exemplarischen ‚transsexuellen‘ Falles. Für den Zugang zu rechtlicher und medizinischer Affirmation müssen trans Personen gegenwärtig in Österreich keine derartigen totalen Disziplinar- und Normalisierungsinstitutionen mehr durchlaufen. Nichtsdestotrotz lassen sich in der aktuellen staatlich-medizinischen Regulation Disziplinar- und Normalisierungsmechanismen identifizieren. Solche einzelnen und teils abgewandelten Spuren ‚klassischer‘ Disziplinar- und Normalisierungsmacht finden sich in den ‚Behandlungsempfehlungen‘ und konkret in der Begutachtungssituation wieder. Wie in Kapitel 4.3. dargestellt, lässt sich die Begutachtungssituation als (multiple) Prüfung konzeptualisieren.

5.1.1. ‚Behandlungsempfehlungen‘

In den ‚Behandlungsempfehlungen‘ wird die grundlegende Konfiguration der Beobachtung und Befragung durch die Psy* festgelegt. Diese stellt eine Spielart des hierarchischen ärztlichen Blickes dar. Die der Disziplinartechnik der Prüfung innewohnenden Ko-Konstruktion des Individuums als einen Fall wird bereits in den ‚Behandlungsempfehlungen‘ sichtbar. Die ‚Ergebnisse‘ der Prüfungen (diagnostischer Prozess) sollen „durch eine Fallführende/einen Fallführenden [Psy*] in einer Stellungnahme“ (BMG, 2017a, S. 3) zusammengefasst werden. Das trans Individuum wird schon auf Seite drei der ‚Behandlungsempfehlungen‘ zu einem Fall gemacht. Der Fall ermöglicht es, das Individuum „beschreiben, messen, mit anderen vergleichen [zu können], [...] [dieses aber auch] zu dressieren oder zu korrigieren, zu klassifizieren, zu normalisieren, auszuschließen“ (Foucault, 2021, S. 246). Die Klassifizierung von ‚guten‘ und ‚schlechten‘ bzw. von ‚echten‘ und ‚unechten‘ trans Personen, wie sie im Material häufig sichtbar wurde, ist konkreter Ausdruck davon.

Ein weiteres Versatzstück disziplinarischer Machtmechanismen in den ‚Behandlungsempfehlungen‘ wird hier sichtbar:

Die fachärztliche, klinisch-psychologische oder psychotherapeutische Behandlung ist entsprechend dem Ausmaß des individuellen Leidenszustandes der Patientin/des Patienten durchzuführen. Sie dient nicht nur therapeutischen Zielen, sondern soll auch Teil des fortgesetzten diagnostischen Prozesses sein und die diagnostische Bewertung vertiefen. Ziel der Behandlung ist eine Verbesserung der psychischen und sozialen Situation (z.B. Selbstfürsorge, Arbeitsfähigkeit, Entwicklung tragfähiger Lebens- und Beziehungsperspektiven, realistische sexuologische Erwartungshaltung etc.) sowie die Stärkung der Identität der Patientin/des Patienten. (BMG, 2017a, S. 4)

Die angedachte psy* Behandlung wird als fortgesetzter diagnostischer Prozess und somit als verstetigte Prüfung und Überwachung konzipiert. Gleich im nächsten Satz wird versucht, diese Überwachung mit dem Wohl der trans Person zu rechtfertigen. In der ‚Zielbeschreibung‘ der Normalisierung werden die neoliberalen und kapitalistischen Anforderungen nach Selbstfürsorge und Arbeitsfähigkeit sowie die heteronormativen Annahmen über eine ‚realistische‘ – gemeint ist eine eingeschränkte bzw. nicht ‚echte‘ – Sexualität von trans Menschen genannt. Die verstärkte Überwachung von trans Personen dient jedoch primär nicht deren Gesundheit oder Wohlergehen. In der Medizin werden trans Personen (auch Frauen, behinderte, rassifizierte, inter, armutsbetroffene oder queere Menschen) im Kontrast zur Weißen, bürgerlichen, cisgeschlechtlichen, heterosexuellen und männlichen Norm als „bio-Others“ (Rail & Jette, 2015, S. 330) konstruiert. Diese werden als „risky“ or „at-risk“ and in need of (self) surveillance, management and extraordinary discipline to manage their health“ (Sebring, 2021, S. 4) konzipiert. Die intensivierte Überwachung dient hierbei nicht der vorgeschobenen Sorge um die vermeintliche oder tatsächliche prekäre Gesundheit der Personen, sondern ist Teil eines Disziplinar-, Normalisierungs- und Biomachtregimes. Durch die Individualisierung der strukturell erzeugten, möglicherweise prekären Situation der Individuen und deren Disziplinierung sollen die bio-Others zu gesunden, glücklichen, produktiven, reproduktiven, selbstverantwortlichen – und hier im Besonderen zu heterosexuellen und körperlich wie psychologisch binär geschlechtlichen – Bürger*innen normalisiert und regiert werden bzw. sie sollen sich selbst diesen normativen Imperativen folgend

regieren (Rail & Jette, 2015; Sebring, 2021). Die in der verstetigten Überwachung und Prüfung dokumentierten ‚Ergebnisse‘ in Form der durch die ‚Behandlungsempfehlungen‘ verlangten Stellungnahmen sind eine „Serie aufgeschriebener, archivierter und damit jederzeit verfügbarer Beobachtungen“ (Bogdal, 2020, S. 77). Den hier beschriebenen Disziplinierungsmechanismen, welche den ‚Behandlungsempfehlungen‘ bereits eingeschrieben sind, stelle ich im Folgenden disziplinierende Machttechniken, welche ‚innerhalb‘ der Begutachtungssituation wirken, zur Seite.

5.1.2. Begutachtungssituation

In den Begutachtungssituationen wird die Konformität der trans Personen auf verschiedenen Ebenen geprüft. Die leitenden Normen, an der sich diese Prüfung(en) orientieren, sind die transnormative Biographie und der transnormative Ausdruck. Diese sind wiederum Effekte der diagnostischen Anforderungen der Diagnose Transsexualismus, des in den entsprechenden Wissenschaften vorherrschenden Transsexualismus/Transsexualitäts-Paradigmas und der gegenwärtigen heteronormativ-hegemonialen Gesellschaftsverhältnisse. Grundlegende Prämisse ist, dass trans Personen nicht wahrheitsfähig sind. Valerie Rott analysiert die Verwerfung von Trans durch die Pathologisierung und den damit einhergehenden Verlust der Wahrheitsfähigkeit als direkten Effekt von Disziplinar- und Normalisierungsmacht. Rott interpretiert diese Sanktionierung als eine Strafe für das Abweichen bzw. nicht Erfüllen der gegenwärtigen cis und heterosexuellen Geschlechternormen (Rott, 2014). Fütty spricht im Kontext der Pathologisierung von Trans von einer „biopolitische[n] Bevölkerungsregulierung“ (Fütty, 2019, S. 96). Im Rahmen der Begutachtungssituation prüfen die Psy* die trans Personen auf drei Ebenen: Erstens auf ihre Konformität mit der transnormativen Biographie sowohl durch intrusives anamnestisches Explorieren der Kindheit, Jugend, Familienverhältnisse, Sexual- und Masturbationsverhalten und -phantasien, Beziehungsstatus, Körperverhältnis, Hobbies, Vorlieben. Dazu kommt eine optische Beurteilung von Kleidung, Accessoires, Ausprägung von Körperteilen wie Brust oder Haarwuchs und Körperhaltung. Bei den klinischen Psycholog*innen vollzieht sich die Prüfung auch durch exzessives Testen von möglichen psychischen Belastungen, möglichen psychischen Störungen, Persönlichkeitsstil, Intelligenz, Konzentration, Leistung, Aufmerksamkeit und Gedächtnis. ‚Außerhalb‘ der Begutachtungssituation können endokrinologische, radiologische, gynäkologische und urologische Prüfungen auf

„normale“ Hormonwerte, Ausprägungen der Geschlechtsorgane, Knochendichte und Chromosomenstatus hinzukommen. „Mit Hilfe dieser Quantifizierung, dieses Geldumlaufs von Guthaben und Schulden, dieser ständigen Notierung von Pluspunkten und Minuspunkten hierarchisieren die Disziplinarapparate die ‚guten‘ und die ‚schlechten‘ Subjekte im Verhältnis zueinander“ (Foucault, 2021, S. 233-234).

Diesen vielfältigen, ordnenden und „kalkulierte[n] Blicke[n]“ (Foucault, 2021, S. 229) schließt sich die transnormative „Mikro-Justiz“ (Foucault, 2021, S. 230) der Begutachtungssituation an, die alle Abweichungen korrigierend sanktioniert. Gemäß dem Diktum „strafbar ist alles, was nicht konform ist“ (Foucault, 2021, S. 231), geschieht dies konkret durch abwertende und demütigende Kommentare der Psy* zu Kleidung, Accessoires, Hobbies, Körperteilen, Auftreten oder Hormonwerten, welche vermeintlich nicht oder nicht genug den cis-hetero Geschlechternormen entsprechen; durch transnormatives oder cissexistisches Gaslighting; durch offene oder subtile Drohungen bei Nichtkonformität die Stellungnahme nicht zu schreiben; und durch sexualisierte Gewalthandlungen, die ebenfalls auf eine geschlechtliche Vereindeutigung zielen. Diese vielfältigen Machtmechanismen des normalisierenden Regimes dienen der Durchdringung „der Individuen selber: ihrer Natur, ihrer Anlagen, ihres Niveaus, ihres Wertes [...] [ihrer] *Wahrheit*“ (Herv. R. M.; Foucault, 2021, S. 234) und sollen gewährleisten, dass überhaupt nur ‚geeignete‘ Kandidat*innen den regulatorischen Apparat durchlaufen können und ‚am Ende‘ Normalität in Form von binärem und kohärentem Geschlechtsempfinden, heterosexuellem Sexualverhalten und -phantasien, den vorherrschenden Geschlechternormen entsprechendem äußerem Ausdruck, ‚gesunder‘ psychischer Verfassung und bestenfalls einem ‚eindeutigen‘ und dem binären Geschlecht entsprechenden Körper an und in den Individuen hergestellt wurde. Durch diese Normalisierung sollen die Individuen intelligibel – lesbar, erkennbar, schützenswert und handlungsfähig – gemacht werden.

Diese Herstellung intelligibler Subjekte ist kein passiver, den betreffenden Individuen äußerlicher Vorgang. Die trans Personen müssen die normative Macht und Gewalt auf sich selbst wenden, um ihre Intelligibilität nicht zu riskieren. Sie müssen die der heteronormativen Subjektkonstitution innewohnende Verwerfung jeglicher „unartikulierbarer, undenkbarer, unlebbarer Begehrens-, Liebes-, Lebens- und Existenzformen“ (Ludwig, 2011, S. 178) reproduzieren und alle Begehrensformen und Seinsmodi verschweigen und verdrängen, die nicht die hegemonialen cis-hetero Normen zitieren. Eine ‚gelungene‘ Subjektkonstitution geschieht somit durch die

Unterwerfung unter die vorherrschenden Normen durch die „Wendung [der Macht] auf sich selbst oder gar *gegen sich selbst*“ (Herv. i. O.; Butler, 2021, S. 9). Da Subjektivierung – in jeder Hinsicht, nicht nur geschlechtlich – das Ergebnis von „wiederholenden, die Norm zitierenden, performativen Praxen ist, wird auch die darin eingelagerte Gewalt in den Wahrnehmungs-, Sprech- und Begehrenspraxen des Subjekts wiederholt“ (Ludwig, 2011, S. 180). Zugespitzt formuliert sind es die binären Anerkennungsfolien des körperlichen Ausdrucks, die existenzielle Exklusivität von binär geschlechtlicher Subjektivität in der Sprache und die Verwerfung von Sexualität abseits von Heterosexualität, die als Machtwirkungen die sozialen Verhältnisse als heteronormative Hegemonie konstituieren.

5.2. Geschlechter_Rolle – Das Verhältnis Performativität – Performance

Wenn sich geschlechtliche Subjektkonstitution durch wiederkehrende, normative, performative Praktiken vollzieht und durch den regulatorischen Apparat Geschlecht normiert bzw. normalisiert wird, sollten die Machtwirkungen desselben auf die Überprüfung und Produktion von – nun veränderten, ‚gegengeschlechtlichen‘ – wiederholten performativen Praxen abzielen. Ein Individuum in all seinen – bewusst wie unbewusst – geschlechtlich informierten performativen Praxen zu überwachen und zu kontrollieren, bedürfte ein extrem engmaschiges Netz an Überwachung und Kontrolle. Die Ausdehnung des unmittelbaren Überwachungs- und Zugriffsnetzes auf trans Personen im Rahmen staatlich-medizinischer Transitionsprozesse in Österreich ist über die letzten Jahrzehnte jedoch zurückgegangen. Besonders die Aufhebung des Operationszwanges, des Alltagstests, der automatischen Scheidung und der verpflichtenden Psychotherapie stellen große Beschneidungen des staatlich-medizinischen Zugriffs auf die Leben und konkret die Körper der betreffenden Personen dar.⁵⁷ Stellte der Operationszwang die ultimative Disziplinierung und anatomisch-biologische Normierung eines Körpers durch die staatlich beauftragte Medizin dar, war der durch eine verpflichtende Psychotherapie kontrollierte Alltagstest der staatlich verordnete Zugriff der Psychotherapie auf die sozialen und psychischen Bereiche des Lebens der trans Person. Der in der Pflichttherapie kontrollierte Alltagstest, also die Kontrolle, ob die entsprechende Person ein ‚normales‘ (lies: heterosexuelles und bürgerliches) Leben im ‚anderen‘

⁵⁷ Für trans Kinder und Jugendliche gibt es in Österreich nach wie vor Pflichtpsychotherapie und Alltagstest (BMG, 2017a). Der staatlich-medizinische Zugriff auf trans Kinder und Jugendliche ist somit bedeutend größer als der auf Erwachsene.

Geschlecht leben kann, lässt sich – besonders hinsichtlich des iterativen Charakters und des zeitlichen Aspekts der Psychotherapie – als den Versuch der Kontrolle der *Performativität* des ‚neuen‘ bzw. ‚eigentlichen‘ Geschlechts verstehen. In den wiederholten Sitzungen der Pflichtpsychotherapie wurde die Authentizität der wiederholten diskursiven und performativen Praxen geprüft. Es wurde kontrolliert, ob die jeder geschlechtlichen Subjektivierung innewohnende normative Gewalt bereits ausreichend auf sich selbst angewandt worden ist.

Durch die schrittweise Aushöhlung der Totalität, der Ausdehnung bzw. des Zugriffs des regulatorischen Regimes infolge von aktivistischen Tätigkeiten und Gerichtsentscheidungen gibt es diese Art von intensivierter Kontrolle der geschlechtlichen Performativität nicht mehr. Die regulatorische Anforderung der vereinzelten Stellungnahmen kann auch als Residuum der ausgedehnten Überwachung durch die Pflichttherapie aufgefasst werden. Die ursprüngliche Funktion der vielfältigen Begutachtungssituationen, nämlich die Überprüfung, ob die wiederholten, alltäglichen performativen Praxen eine ausreichende Unterwerfung unter die cis-heterosexuellen Normen darstellen, und die gleichzeitige Herstellung einer konstanten, kohärenten, binären und heterosexuellen Geschlechtlichkeit, kann durch die aktuelle Situation nicht mehr ausreichend erfüllt werden.

Der regulatorische Apparat funktioniert nur mehr mangelhaft, er ist durchlässiger geworden. Anstatt der Kontrolle der geschlechtlichen *Performativität* verschiebt sich der Prüfungsgegenstand des aktuellen regulatorischen Apparates in Richtung der Geschlechter*performance* der Personen. Performance im Sinne einer voluntaristischen, strategischen Darstellung. Also gerade in dem Sinne, der Butlers Konzept der Performativität in einer schlechten Lesart häufig fälschlicherweise unterstellt wurde und von dem sich Butler wiederholt distanziert hat (Butler, 1997, 2021). In den Begutachtungssituationen muss eine normative Geschlechtlichkeit dargestellt werden. Es muss der Eindruck vermittelt werden, dass die eigene Seinsart ein anerkanntes und schützenswertes Leben ist. In der Begutachtungssituation werden die Bedingungen der Existenz, die Begrenzungen dessen sichtbar, was und wer wir sein können und was und wer schlichtweg nicht existiert. In den Worten Butlers werden die „Grenzen des Diskurses der Intelligibilität“ (Butler, 2017, S. 121) deutlich sichtbar. Das Vorbereiten und ‚Proben‘ durch den Austausch mit anderen trans Personen und die inhaltliche Vorbereitung (siehe Kapitel 4.5.1.), so wie die Ängste davor, dass die Darstellung nicht gut genug ist, unterstreichen den Charakter der Begutachtungssituation als ‚Bühne‘ und den trans Menschen als Darstellende

einer den Normen entsprechenden Rolle. Wie in jeder theatralischen Darstellung kann es selbstverständlich Parallelen zwischen der Rolle und den Darstellenden geben. Dass der Druck auf die Darstellenden enorm ist, da die Folgen einer nicht geglückten Darstellung weitreichende sind, wurde besonders in Kapitel 4.3.3. und Kapitel 4.4.4. deutlich.

Die Darstellung einer Verschiebung des Prüfungsgegenstandes in Richtung einer Performance soll nicht den Eindruck erwecken, dass es sich um eine Nebensächlichkeit oder ein unterhaltendes voluntaristisches Schauspiel handelt. Im Gegenteil. Die ‚Erfüllung‘ der Rolle für den Zugang zu rechtlicher und medizinischer Affirmation ist für die meisten trans Personen nicht einfach nur ein Wunsch oder eine Entscheidung. In den meisten Fällen ist sie alternativlos, eine Notwendigkeit (R3, 10-59). Die Realität des „transition or die“ (R3, 19) lädt enormes Gewicht auf die trans Personen in der Begutachtungssituation. Der zentrale Punkt in diesen Ausführungen ist, dass sich das Kontroll- und Zugriffsnetz verkleinert hat, dadurch durchlässiger geworden ist und daher nicht mehr die ursprünglich angedachte Normalisierung von geschlechtlich nicht-normativer Performativität zu einer normativen Performativität der Geschlechtskonstitution vollständig erfüllen kann. Die Aushöhlung des regulatorischen Apparates erzwingt und erfordert weniger Anpassungen an normative Geschlechtlichkeit, wodurch die Begutachtungssituationen als Prüfungen einer Darstellung (Performance) einer geschlechtlich normativen Performativität aufgefasst werden können. Das bedeutet jedoch nicht, dass die noch intakten Regulationsmechanismen nicht disziplinierende und normalisierende Wirkungen entfalten können. Die in dieser Arbeit dokumentierte Angst, die Anpassung, die tiefe Verunsicherung, die Entfremdung, das Schweigen, die Verletzungen und die Unterwerfungen bezeugen dies (siehe Kapitel 4.3.3. und 4.4.4.).

5.3. Regulatorischer Apparat als Instrument der heterosexuellen Hegemonie

Neben der historischen Entwicklung, der inneren Funktionsweise und den normierenden Mechanismen ist das Ziel der Regulation von besonderem Interesse. Auf die Frage, ‚wozu das alles dient‘, geben die verantwortlichen Stellen nicht freimütig Antwort. Dass eine Begutachtung notwendig sei, dass die ‚Behandlungsempfehlungen‘ des Gesundheitsministeriums einzuhalten seien, dass die ‚Echtheit‘ der Transgeschlechtlichkeit in jedem Falle zu überprüfen sei, wird von

allen Beteiligten stets wiederholt. Doch eine nachvollziehbare Begründung für die Prüfung bleiben die meisten Akteure des Regulationsapparates schuldig. Es scheint sich um eine Selbstverständlichkeit zu handeln. Lediglich die Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt formuliert in einer Stellungnahme zu „Intersexualität und Transidentität“ die offizielle Begründung der staatlich-medizinischen Regulation aus:

Die schweren Auswirkungen eines solchen Eingriffs auf die physische und psychische Integrität der Betroffenen legen besonders hohe Anforderungen an Einwilligungsfähigkeit und Aufklärung nahe. Zum Schutz vor Übereilung bedarf es daher einer intensiven und fachlich fundierten Beratung sowie psychologischer Betreuung von Personen mit einem Wunsch nach Geschlechtsumwandlung. Dies beinhaltet eine sachverständige Begutachtung der Ernsthaftigkeit dieses Wunsches und eine Aufklärung über die Irreversibilität eines solchen Eingriffs. Derartige Betreuungs- und Aufklärungserfordernisse dienen somit dem Schutz der Betroffenen, nicht deren Bevormundung. (Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt, 2017, S. 42)

Mögen staatliche Institutionen das Wohl der trans Personen als alleinigen Grund für die Begutachtung behaupten, sind für die übrigen an der Regulation Beteiligten weitere Motivationen zu vermuten. Neben der rechtlichen Absicherung der Ärzt*innen ist anzunehmen, dass ökonomische Motive der psy* Gutachter*innen ebenfalls eine Rolle in der Aufrechterhaltung des regulatorischen Regimes spielen. Den „Schutz der Betroffenen“ (Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt, 2017, S. 42) als alleinigen Grund für die Begutachtung zu nennen, erweist sich auf mehreren Ebenen als vorgeschobenes Argument. Zuerst stellt sich die Frage, wer wird hier vor wem oder vor was geschützt? Sollen die trans Personen vor sich selbst geschützt werden? Vor der cis- und heterosexistischen Gesellschaft? Oder sollen die vorherrschenden gesellschaftlichen Verhältnisse vor trans Personen geschützt werden? Dass die durch die Begutachtung vermeintlich erfüllten „Betreuungs- und Aufklärungserfordernisse“ (Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt, 2017, S. 42) schlicht nicht erfüllt werden, ist hinreichend belegt (siehe Kapitel 4.4.3.). Dass die Regulation nicht dem Schutz oder dem Wohl der trans Personen geht, zeigt nicht zuletzt die Möglichkeit der Verweigerung des Zugangs zu rechtlicher Anerkennung und transitionsspezifischer Gesundheitsversorgung, bei vollem Bewusstsein darüber, dass dies gravierende psychische Belastungen bis hin zum Suizid haben kann.

Julia Serano identifiziert in ihrer Untersuchung der Regulation von Trans in den USA eine „underlying agenda“ (Serano, 2016, S. 120) des Gatekeepings, die das Schutzargument als zynisch und paternalistisch entlarvt. Neben der Minimierung von trans Existenzen durch enorm hohe finanzielle und psychisch-emotionale Hürden in Form von diagnostischen Voraussetzungen, Ausschlusskriterien und verletzenden Disziplinierungstechniken, der binär heterosexuellen Normierung hinsichtlich Psyche, Sozialverhalten, Sexualität, Anatomie und Erscheinungsbild nennt Serano das Schweigen der Menschen, die die Regulation durchlaufen haben, als eigentliche Ziele der Regulation (Serano, 2016). Dass die von Serano auf die zweite Hälfte der 1990er Jahre in den USA bezogenen Beobachtungen in weiten Teilen für die aktuelle Situation in Österreich Gültigkeit besitzen, ist evident: So werden in den für die Psy* relevantesten Dokumenten – den ‚Behandlungsempfehlungen‘ und der ICD-10 – eindeutiges Passing⁵⁸ und Kontinuität des Geschlechtsempfindens als Voraussetzungen für die Diagnose bzw. die rechtliche oder medizinische Affirmation definiert. Die (trans-)normalisierenden Machttechniken und Effekte der Begutachtungssituation wurden in Kapitel 4.3. dargestellt und der Imperativ des Schweigens wird durch die andauernde Stigmatisierung, Pathologisierung und Diskriminierung, die die bloße Existenz des regulatorischen Regimes ausstrahlt, aufrechterhalten.

Diese ‚Agenda‘ verfolgt eine ‚Einhegung‘ und Reduktion von nicht-normativen, queeren Körpern, Subjektivitäten und Lebensweisen, da deren ‚unkontrollierte‘ Existenz⁵⁹ die heteronormative Hegemonie herausfordern könnten. Auf diese Weise wird sichtbar, wie „gender role distress“ (Spade, 2006, S. 319) anhand des medizinisch konstruierten Krankheitsbildes Transsexualität externalisiert wird. Diese Externalisierung und ihre „Einkörperung“ (Herv. i. O.; Foucault, 2020, S. 47) in ‚transsexuelle‘ Subjekte mithilfe von „spezialisierte[n] Normalisierungsinstanzen“ (Hirschauer, 2015, S. 339) individualisiert, privatisiert und entpolitisiert normabweichende Phänomene und wirkt sich sowohl konstituierend als auch stabilisierend auf die heteronormativ hegemonialen Verhältnisse aus (Hirschauer, 2015; Serano, 2016; Spade, 2006). Die potenziell gefährlichen ‚unkontrollierten‘

⁵⁸ Im ICD-10 ist das Passing als symptomatischer Wunsch und in den ‚Behandlungsempfehlungen‘ als Voraussetzung für z.B. eine Personenstandsänderung enthalten.

⁵⁹ Es geht nicht lediglich um die Existenz – und daher nicht ausschließlich um die Verhinderung oder Auslöschung – von nicht-normativen Lebensweisen. Die Existenz des ‚Anormalen‘ ist konstitutiv für das ‚Normale‘, sie stehen in einer existenziellen Abhängigkeit zueinander.

Existenzen sollen als „kontrollierte Dissidenz in die Norm integriert“ (Duval, 2023, S. 211) werden.

5.4. Trans liberation? - aktuelle Debatten

In ihrer Konzeptualisierung von heteronormativer Hegemonie und deren Wirkmechanismen und historischen Veränderungen im Neoliberalismus diskutiert Ludwig die Integration von homosexuellen Lebensweisen in die hegemoniale Ordnung.⁶⁰ Anschließend an die Überlegungen zu neoliberalen Flexibilisierungsprozessen der heteronormativen Hegemonie, in der durch die Bilder eines bestimmten „homosexuellen lifestyles“, denen zufolge die Subjekte flexibel und dynamisch sich selbst und ihren Lebensstil gestalten“ (Ludwig, 2011, S. 235), homosexuelle Lebensweisen bedingt anerkannt und in das „Normalitätskontinuum“ (Ludwig, 2011, S. 234) aufgenommen werden, stellt Ludwig in Bezug auf die Möglichkeiten einer Normalisierung von nicht-normativer Geschlechtlichkeit fest: „Die Vorstellung einer naturgegebenen Binarität der Geschlechter markiert allerdings die Grenze der Flexibilisierung“ (Ludwig, 2011, S. 247).

Ob nun analog zu dieser „projektive[n] Integration“ (Engel, 2008, S. 46) von nicht-normativer Sexualität auch nicht-normative Geschlechtlichkeit über eine bestimmte Vorstellung eines trans Lebensstils bzw. trans Existenzen, die „als Vorbilder zivilgesellschaftlicher konsumkapitalistischer Bürger_innenschaft figuriert werden“ (Engel, 2008, S. 46), in ein Spektrum des neoliberal und heteronormativ Normalen eingegliedert werden (können) oder ob jegliche affirmative Anerkennung von Trans als ‚normal‘ bereits jene Begrenzung der Ausdehnungsfähigkeit der Hegemonie überschreitet, ist Gegenstand von zeitgenössischen, teilweise äußerst hart geführten gesellschaftlichen Auseinandersetzungen (de Silva, 2017; Duval, 2023; Engel, 2008; Steinsberger & Ludwig, 2023). In diesem Zusammenhang stellt sich ebenfalls die Frage, ob die gesteigerter Sichtbarkeit in Sprache und Medien, die Anerkennung legaler Geschlechtseinträge abseits von männlich und weiblich, die Integration von Trans in Antidiskriminierungsgesetze, die Adressierung als Konsument*innen durch *corporate pride* oder die Liberalisierung des Zugangs zu transitionsspezifischer Gesundheitsversorgung im westeuropäischen und US-amerikanischen Raum über die vergangenen vier Jahrzehnte Zeichen eines tatsächlichen sozialen Wandels und einer tiefgreifenden Transformation sind. Deuten

⁶⁰ Auf die Rolle von Transgeschlechtlichkeit und deren Regulation innerhalb der heteronormativen Hegemonie geht Ludwig erstaunlicherweise nicht näher ein (Ludwig, 2011).

die gesteigerten Angriffe gegenüber geschlechtlich nicht-normativen Existenzen – insbesondere trans Leben – durch die erstarkende politische Rechte auf eine tiefe Krise des „ancient Regime“ (Preciado, 2020, S. 341) hin oder sind diese Liberalisierungen auch oder ausschließlich Ausdruck eines bedingten und „flexiblen Einschluss[es]“ (Ludwig, 2011, S. 236) zur Stabilisierung der heterosexuellen Hegemonie im Neoliberalismus des 21. Jahrhundert (de Silva, 2017; Fütty, 2019; Steinsberger & Ludwig, 2023; Thießen, 2022)?⁶¹ Diese Fragen nach der Bedeutung, Relevanz und den Konsequenzen von Trans werden ebenso aus der Perspektive von und bezogen auf trans Subjekte diskutiert. Hier finden sich – vereinfacht dargestellt – Positionen, gemäß derer Trans ausschließlich Diskurseffekt von patriarchalen heteronormativen Verhältnissen sei (Billings & Urban, 1982; Wenzel, 2021), Positionen, die Trans ein immanentes emanzipatorisches Potenzial zuschreiben (Preciado, 2016, 2021) und weniger optimistische Positionen, die Trans allein als „Signifikant einer Bewegung innerhalb dieses Systems, [...] [als] eine Verschiebung, ein Übergang, ein Adjektiv, aber niemals ein Seiendes an sich“ (Duval, 2023, S. 211-215) beschreiben.

Ohne in diesen Debatten klar Stellung zu beziehen, ist dennoch ein langsamer gesellschaftlicher Wandel von einer traditionellen binären und heterosexuellen Geschlechtervorstellung hin zu einer vermehrten Akzeptanz vielfältiger sexueller und geschlechtlicher Lebensweisen zu beobachten. Dieser schlägt sich in einer größeren Sichtbarkeit und Repräsentation in Sprache, Medien, Politik, einer allgemeinen sozialen Entstigmatisierung, im steten Perspektivwechsel in Medizin und Forschung hin zu einer bedürfnis- und menschenrechtsorientierten Versorgung durch Aufklärung und Entpathologisierung, in einer (bedingten) Einlösung einiger

⁶¹ De Silva (2017) analysiert die rechtlichen Liberalisierungen in Deutschland von 1960 - 2016 und stellt fest, „dass es mittels staatlicher Führung zu folgenden Verschiebungen in der heteronormativen Hegemonie gekommen ist: 1. Zunächst wurde das Prinzip der Wandelbarkeit des Geschlechts verankert, allerdings nur in Ausnahmefällen und im Rahmen der Geschlechterbinarität; 2. gleichgeschlechtliche Ehen wurden in Ausnahmefällen anerkannt, ohne aber die Ehe als verschiedengeschlechtliche Institution in Frage zu stellen; 3. während Geschlecht nicht mehr zwangsläufig somatisch fundiert sein muss, bleibt die initiale Geschlechtszuweisung zu einem von ausschließlich zwei Geschlechtern auf der Grundlage somatischer Faktoren erhalten. Somit blieb die heteronormative Hegemonie auf je historisch-spezifische Weise erhalten“ (S. 186). Hierzu passen auch die Diskussionen über das in Deutschland geplante Selbstbestimmungsgesetz. Anstatt die gesellschaftliche Relevanz und staatlich Prüfung von Geschlechternormen zu reduzieren, könnte das Selbstbestimmungsgesetz dazu führen, dass durch den sogenannten Hausrechtsparagrafen Diskurse um Relevanz, Kontrolle und Disziplinierung von Geschlechternormen vervielfältigt und verstärkt werden. Dieser Paragraph delegiert die Prüfung des Geschlechts bzw. des Passings und somit die Deutungshoheit über Geschlechtszugehörigkeit an z.B. Sauna- oder Schwimmbadbesitzer*innen.

grundlegender Menschenrechte und dem Zugewinn von individuellen Freiheiten durch die Verabschiedung liberalerer Gesetze (Hamm & Sauer, 2014).

Die dargestellten Veränderungen sind gewiss begrüßenswert, wenn auch bei weitem nicht ausreichend. Im Bestreben nach einer radikal transformierten Welt ist kollektives Handeln ohne Zweifel alternativlos. Dieses kann keinesfalls durch verantwortungsbewusstes individuelles Handeln ersetzt werden. Dennoch darf nicht vergessen werden, dass in den aktuellen gewaltvollen Verhältnissen jede – wenn auch bloß individuelle, interpersonelle oder reformatorische – Veränderung bereits zu einer bedeutsamen, möglicherweise entscheidenden, Verbesserung der Lebenssituation einiger führen kann. Aus diesem Grund halte ich es für wichtig, mögliche Risse, Brüche, Spalten und Ritzen in den (individuellen) Machtbeziehungen der aktuellen regulatorischen Formation zu identifizieren und diese als Möglichkeitsräume für widerständige Diskursbewegungen zu explizieren. Daraus ergibt sich der Fokus auf die individuellen Handlungsspielräume im folgenden Kapitel.

5.5. Risse, Brüche und Spalten – Handlungsspielräume der Schlüsselakteure

Durch die erfolgte explorative Untersuchung der an der Regulation beteiligten Entitäten im Rahmen der Kontextanalyse konnte auch ihre vorläufige Situierung erfolgen. Daraus konnten zwei Beobachtungen gewonnen werden, die im bisherigen Diskurs über die Regulation in Österreich nicht oder zu wenig beleuchtet werden. Sie können als Ansatzpunkte für eine Veränderung der aktuellen Situationen dienen.

5.5.1. Schlüsselakteure

Es zeigte sich, dass die eigentlichen Gatekeeper die Ärzt*innen, die Standesbeamte*innen und die Krankenkassen sind, nicht die Psy*. Für diese – *erste* – Beobachtung gibt es mehrere Anhaltspunkte. Grundsätzlich sind es in Bezug auf die Verschreibung von Hormontherapie und die Durchführung von chirurgischen Maßnahmen die (Haus-)Ärzt*innen⁶² und Chirurg*innen, die die Möglichkeiten und Fähigkeiten besitzen, diese geschlechtsaffirmierende Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Dazu kommt, dass es in Österreich keine gesetzliche Regelung zu Trans gibt. Die Gerichtsentscheidungen und Erlässe schreiben nicht vor, dass die

⁶² Theoretisch könnte jede Ärzt*in in Österreich jedes Medikament verschreiben.

„Behandlungsempfehlungen“ eingehalten werden müssen. Hinzu kommt die Tatsache, dass Ärzt*innen teilweise dieselben medizinischen Maßnahmen (z.B. Mastektomie, Brustverkleinerung und -aufbau, Verschreibung von Testosteron/Östrogen) bei cis Personen ohne psy* Begutachtung durchführen, dafür, dass es im Ermessen der Ärzt*innen liegt, ob sie die Stellungnahmen einfordern oder nicht.⁶³ Als weiterer Anhaltspunkt dafür, dass nicht die Psy* die eigentlichen Gatekeeper sind, dient die Tatsache, dass in den letzten Jahren von unterschiedlichen Akteure an unterschiedlichen Orten mehr oder weniger stark von den „Behandlungsempfehlungen“ abgewichen wurde. So verlangen z.B. die Standesämter der Städte Wien, Innsbruck und Linz die Diagnose F64.0 nicht mehr. In Tirol wird keine zusammengefasste Konsens-Stellungnahme verlangt, darüber hinaus verlangt dort eine Endokrinologieambulanz lediglich zwei Stellungnahmen für den Beginn von HRT. Des Weiteren können in der Praxis trans Personen, welche eine Personenstandsänderung und/oder mehrere medizinische Maßnahmen in Anspruch nehmen, in ein und dieselbe Stellungnahme die Empfehlung für sowohl z.B. die Personenstandsänderung als auch die Hormontherapie und Mastektomie schreiben lassen, sofern die Psy* dies tun. Dieses Vorgehen, welches die Anzahl der zu erbringenden Stellungnahmen erheblich verringern kann, wird in den „Behandlungsempfehlungen“ nicht genannt. Einige Psy* behaupten, diese Praxis wäre illegal, andere Psy* folgen dem Wunsch der trans Personen oder schlagen dies von sich aus vor. Die Gatekeeperrolle der Krankenkasse ist im Vergleich zu der der Ärzt*innen und Standesbeamt*innen theoretisch lediglich eine durch ökonomische Faktoren vermittelte Rolle. In der Praxis ist die ökonomische Ermöglichung von transitionsmedizinischen Maßnahmen durch die Kostenübernahme der Krankenkassen zentral. Denn selbst wenn Ärzt*innen von sich aus nicht mehr psy* Stellungnahmen verlangen, die Krankenkassen diese jedoch weiterhin fordern, bleibt die Situation für die meisten trans Personen unverändert. Daraus folgt, dass unter den „eigentlichen“ Gatekeepern – Ärzt*innen, Standesbeamt*innen und Krankenkassen – die Krankenkassen für den Zugang zu transitionsmedizinischen Maßnahmen eine Schlüsselposition einnehmen.

Die dargestellten Sachverhalte legen nahe, dass die Schlüsselakteure die Ärzt*innen, die Standesämter und – vermittelt durch die Kostenübernahme – die Krankenkassen sind. Die Motivlage, die die psy* Begutachtung als vorgeschaltete

⁶³ Explizite Ausnahmen hiervon sind chirurgische Eingriffe an den Genitalien. In diese kann nicht eingewilligt werden, außer es handelt sich um eine „Heilbehandlung“ (Baumgartinger, 2019).

regulatorische Hürde installiert, ist heterogen. Neben heteronormativen diskursiven Formationen, welche Transgeschlechtlichkeit als pathologisch, abnormal, unecht oder gefährlich stigmatisieren, sind Konventionen, Unsicherheit und Unwissen vermutlich von entscheidender Bedeutung. Aus Perspektive der Ärzt*innen dürften fehlende Zeit für ausreichende Aufklärungsgespräche und vor allem rechtliche Unsicherheiten im Bereich des Off-label-uses von Hormonpräparaten für trans Personen Aspekte sein, die dazu beitragen, dass diese einen Teil ihrer Verantwortung auf die Psy* abwälzen. Ein weiteres Element könnte die Unwissenheit sowohl in Bezug auf die rechtliche Unverbindlichkeit der ‚Behandlungsempfehlungen‘ als auch hinsichtlich der Existenz von anderen – im Gegensatz zu den ‚Behandlungsempfehlungen‘ – aktuellen und evidenzbasierten Leitlinien zur transitionsspezifischen Gesundheitsversorgung sein. Bei den Standesbeamt*innen könnten sowohl heteronormative Wissensregime als auch Unwissenheit und Unsicherheit über die Auslegung des immer noch gültigen Erlasses von 2010 und des Erkenntnisses von 2009 eine Rolle spielen. Auf die Eigenheiten der vermuteten Motivlage der Krankenkassen werde ich später genauer eingehen.

5.5.2. Handlungsspielräume

Die *zweite* Beobachtung ist, dass die genannten Akteure – teilweise große – Handlungsspielräume haben. Wenn es Handlungsspielräume gibt, ist es möglich, diese verantwortungsbewusst im Sinne einer menschenrechtsbasierten und bedürfnisorientierten Versorgung zu nutzen. Wie diese Forschung zeigt, werden die Handlungsspielräume aktuell meist entweder nicht erkannt bzw. anerkannt oder entgegen einer bedürfnisorientierten trans Gesundheitsversorgung ausgenutzt. Im Folgenden werden die Handlungsspielräume der Ärzt*innen, Standesbeamt*innen und Krankenkassen aufgezeigt. Die der Psy* wurden in Kapitel 4.5.1. besprochen. Für Ärzt*innen wäre es in Österreich rechtlich möglich, ein *informed consent*-Modell der transitionsspezifischen Gesundheitsversorgung umzusetzen. Auch wenn sich die Standesbeamt*innen der Stadt Wien darauf berufen, im Fall der Personenstandsänderung den „Rechtsnormen, Weisungen ihrer Oberbehörde (Bundesministerium für Inneres - BMI) und ständiger Rechtsprechung“ (Anhang F.3.) zu folgen und lediglich mittelbare Bundesverwaltung umzusetzen, wird bei einem Vergleich der Verwaltungspraxis mit den Rechtsquellen, Erlässen und Erkenntnissen deutlich, dass es bei der Auslegung des entsprechenden Erlasses (BMI, 2010) und des Erkenntnisses (Verwaltungsgerichtshof, 2009) sehr wohl

Interpretationsspielraum gibt. Dies zeigt nicht zuletzt die Veränderung der Verwaltungspraxis im Herbst 2020, die ohne eine Veränderung der Rechtsquellen oder Rechtsnormen zustande gekommen ist (siehe Kapitel 4.6.5.). Meinen Untersuchungen zufolge ist das Erkenntnis des Verwaltungsgerichtshofes von 2009 das einzige Rechtsdokument, in dem explizit eine Begutachtung zur Klärung der Fragen der Geschlechtspermanenz und des normkonformen äußeren Ausdrucks gefordert wird. Das Gericht betont die zentrale Stellung der Frage, ob

eine Person unter der zwanghaften Vorstellung gelebt hat, dem anderen Geschlecht zuzugehören, [...] [eine] deutliche Annäherung an das äußere Erscheinungsbild des anderen Geschlechts vorliegt und mit hoher Wahrscheinlichkeit damit zu rechnen ist, dass sich am Zugehörigkeitsempfinden zum anderen Geschlecht nichts mehr ändern wird. [...] Diese Frage, die in aller Regel nur durch Einholung eines Sachverständigengutachtens ausreichend geklärt werden kann, ist [...] entscheidungsrelevant. (Verwaltungsgerichtshof, 2009, S. 4-5)

Neben dieser Rechtsquelle, die zwar die gutachterlich geprüfte Konformität und Permanenz und die vage Formulierung einer ‚zwanghaften Vorstellung‘ – jedoch nicht explizit die Diagnose Transsexualismus – als Zugangsvoraussetzungen definiert, ist der Erlass von Ende März 2010 (BMI, 2010) für die Vorgehensweise bei einer Personenstandsänderung für die Standesbeamten*innen relevant. Dieser regelt, dass die Standesämter im Rahmen der Erlässe und Gerichtsentscheidungen über Personenstandsänderungen selbst entscheiden können (siehe Kapitel 2.2.1.2. und 2.2.2.2.; BMI, 2010). Bezugnehmend auf die im Erkenntnis des Verwaltungsgerichtshofes definierten ‚drei Punkte‘ (zwanghafte Vorstellung, Irreversibilität und äußerer Ausdruck) weist das Innenministerium die Standesämter an,

den wahren Sachverhalt zu ermitteln. Sie [die zuständige Behörde] hat das Beweisthema und den Beweisgegenstand zu bestimmen und für die Herbeischaffung der erforderlichen Beweise zu sorgen; dabei ist der wirkliche, für die Entscheidung bedeutsamen [sic] Sachverhalt festzustellen. Der Grundsatz der materiellen Wahrheit besagt, dass die Behörde hinsichtlich des Sachverhaltes nicht an das tatsächliche Partein vorbringen gebunden ist, sondern durch Aufnahme von Beweisen – unter Berücksichtigung des

Parteivorbringens – des [sic] wahren (objektiven) Sachverhalt festzustellen hat. (BMI, 2010, S. 2)

In bestem verwaltungsösterreichisch werden in diesem Absatz die epistemologische Perspektive und die Wahrheitshierarchie des Innenministeriums deutlich gemacht. Den Standesbeamt*innen wird nahegelegt, dass es – den als subjektiv, tendenziell unwahr und ideell denunzierten Wahrheiten der trans Personen zum Trotz – ausschließlich um die „materielle Wahrheit [...] [über den] durch Aufnahme von Beweisen [festgestellten] [...] wahren (objektiven) Sachverhalt“ (BMI, 2010, S. 2) geht (siehe Kapitel 4.4.1.).

Das Erkenntnis des Verwaltungsgerichtshofes und der Erlass des Innenministeriums, welcher schlussendlich für die Verwaltungsbeamt*innen bindend ist, sprechen davon, dass vor dem Hintergrund der österreichischen Rechtsordnung „jedenfalls in den Fällen, in denen eine Person unter der zwanghaften Vorstellung gelebt hat, dem anderen Geschlecht zuzugehören“ (BMI, 2010, S. 1), dieses Empfinden als irreversibel scheint und deren Erscheinungsbild sich dem Geschlecht angenähert hat, eine Personenstandsänderung durchgeführt werden muss. In dieser Passage finden sich zumindest drei ‚Risse‘ in den Formulierungen, in denen ein Handlungsspielraum der Standesbeamt*innen lokalisiert werden könnte.

Zum einen wurde die Formulierung der ‚zwanghaften Vorstellung dem anderen Geschlecht zuzugehören‘ offensichtlich als gleichbedeutend mit der Diagnose Transsexualismus ausgelegt bzw. für die ‚Behandlungsempfehlungen‘ vom Gesundheitsministerium in diese Bedeutung übersetzt. Es finden sich in den gültigen Rechtsquellen, Erlässen und Erkenntnissen keine direkten Bezüge zum ICD oder DSM. In keiner vergangenen und aktuellen Version des DSM oder ICD ist im Zusammenhang der Diagnose Transsexualismus von einer ‚zwanghaften Vorstellung‘ die Rede. Im Gegenteil; hier ist es „der Wunsch, als Angehöriger des anderen anatomischen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden“ (Dilling et al., 2015, S. 294), der den Kern des Konstrukts ausmacht. Zwischen der im Erlass und im Erkenntnis gesetzten ‚zwanghaften Vorstellung‘ und der in den ‚Behandlungsempfehlungen‘ und in Wien in der Praxis bis 2020 verlangten Diagnose Transsexualismus scheint ein nicht unerheblicher semantischer Spalt zu liegen. Ein Zwang ist nicht dasselbe wie ein Wunsch. Die Rechtsauslegung der selbstverständlichen Gleichsetzung zwischen der ‚zwanghaften Vorstellung‘ und der Diagnose Transsexualismus erklärt sich vermutlich durch eine ‚Überbrückung‘ oder

‚Füllung‘ des semantischen Spalts durch die hegemonialen heteronormativen Wissensformationen. Seit Herbst 2020 scheint die Stadt Wien die im Erlass als ‚zwanghafte Vorstellung‘ firmierende Voraussetzung nicht mehr als Diagnose Transsexualismus auszulegen. Vermutlich hätte das schon früher umgesetzt werden können. Ob diese Auslegung noch nachvollziehbar und vertretbar war und ist oder ob diese Auslegung eine grob fahrlässige und unvertretbare Rechtsansicht darstellt, kann hier nicht geklärt werden. Vor dem Hintergrund der Vagheit der Rechtsquellen ist jedenfalls festzustellen, dass es eine Entscheidung der Verwaltung der Stadt Wien war, sich bei der Beantwortung der Frage, ob eine Diagnose verlangt werden soll oder nicht, am ICD zu orientieren. Denkbar ist, dass diese Entscheidung irgendwo in der MA 63 oder der Rechtsabteilung gleichzeitig als Effekt von und zur Stabilisierung der hetero- und cisnormativen diskursiven Verhältnisse getroffen wurde. Es wäre vor diesem Hintergrund nachvollziehbar, zu der Ansicht zu gelangen, dass die Stadt Wien – zumindest – zwischen 2010 und 2020 die Diagnose F64.0 ohne eindeutige Rechtsgrundlage von Antragsteller*innen verlangt hat.⁶⁴ Welche weitreichenden Auswirkungen diese Psychopathologisierung als Drohung und als Stigma sowohl für trans Menschen, die die Regulation durchlaufen haben als auch für trans Personen, die sie aufgrund der verlangten Diagnose nicht durchlaufen haben bzw. konnten, hatte und hat, ist nur schwer zu bemessen. Ausschlüsse, Benachteiligungen, Stigmatisierungen und Gewalt durch die Pathologisierung können sich u.a. im Familienrecht (z.B. Verlust von Sorgerecht und erschwerte Adoption), im Arbeits- und Sozialbereich (Nachteile auf dem Arbeitsmarkt, der Arbeitslosenversorgung, der Krankenversicherung und der Rentenvorsorge) und in psychischem Leid ausdrücken. Das psychische Leid all jener trans Personen, die die Regulation aus unterschiedlichsten Gründen nicht durchlaufen haben und dadurch keinen legalen Zugang zu rechtlicher und vor Allem medizinischer Affirmation haben und hatten, ist nur schwer zu beschreiben. Die dramatisch hohen Depressions-, Angststörungen- und Suizidraten von trans Personen zeugen davon. Zu diesem Leid kommen die Gesundheitsrisiken durch eine do-it-yourself Anwendung von z.B. Hormontherapie hinzu (Füty, 2019).

Einen weiteren Spalt öffnet das Wort ‚jedenfalls‘.⁶⁵ Diese Formulierung stellt klar, dass *in jedem Fall*, bei dem die drei Voraussetzungen erfüllt sind, eine

⁶⁴ Dies gilt ebenso für andere Städte und Gemeinden. Standesämter, die nach wie vor eine Diagnose verlangen, tun dies folglich aktuell ohne eindeutige Rechtsgrundlage. Es handelt sich dabei um eine Entscheidung der jeweiligen Verwaltungen.

⁶⁵ Vielen Dank an Helmut Graupner für diesen Hinweis.

Personenstandsänderung durchgeführt werden muss. Semantisch eröffnet dieser Ausdruck das weite Feld *aller anderen Fälle*. Welche Fälle das sind und was für sie gilt, ist nicht weiter definiert. In der Formulierung wird die Möglichkeit impliziert, auch in einigen oder in allen anderen Fällen, in denen die Voraussetzungen nicht oder nicht ganz erfüllt sind, eine Personenstandsänderung durchzuführen. Die Inanspruchnahme dieses *andernfalls* in Form eines niederschweligen Zugangs zu einer Personenstandsänderung durch einen selbstbestimmten Sprechakt der antragstellenden Personen stellt einen Handlungsspielraum der Standesbeamt*innen dar.

Die dritte ‚brüchige‘ Formulierung bezieht sich auf die Aufforderung der Beweisaufnahme. Aufgrund fehlender Details zu den konkreten Mitteln dieser Beweisführung könnte ein weiterer Handlungsspielraum in einem pragmatischen Vorgehen bei jener liegen. Vorstellbar wäre, dass die Ermittlung der „materiellen Wahrheit [über den] wahren (objektiven) Sachverhalt“ (BMI, 2010, S. 2) auch darin bestehen könnte, dass die Beamt*innen die (verschriftlichten) Sprechakte der antragstellenden Person als ausreichenden ‚Beweis‘ für den ‚wahren Sachverhalt‘ anerkennen und somit die Wahrheit der antragstellenden Person als behördlich validierte ‚objektive‘ Wahrheit anerkennen. Die hier diskutierten Passagen sind Erlässen und Erkenntnissen entnommen. Diese stellen jedoch keine verbindlichen Rechtsquellen oder Rechtsnormen dar. Erkenntnisse sind als Gerichtsurteile nur für den verhandelten Fall rechtsbindend. In der Rechtsauslegung können Erkenntnisse allerdings richtungsweisend sein. Erlässe sind (An-)Weisungen einer Oberbehörde an die Unterbehörde. Diese sind ebenfalls nicht rechtsbindend. Die einzigen tatsächlich verbindlichen Rechtsquellen in diesem Zusammenhang sind das Personenstandsgesetz und das Allgemeine Verwaltungsverfahrensgesetz. Kein gültiger Erlass und keine der Rechtsquellen schreibt die Notwendigkeit einer psy* Begutachtung und die Diagnose Transsexualismus vor (H. Graupner, persönliche Kommunikation, 31.01.2024).

Bei diesen Ausführungen zur Rolle und den Handlungsspielräumen der ‚eigentlichen‘ Gatekeeper darf die zentrale Position der Krankenkassen nicht aus dem Blick geraten. Diese verlangen, obwohl in den ‚Behandlungsempfehlungen‘ explizit auf deren Unverbindlichkeit für die Kassen hingewiesen wird, die Einhaltung derselben. Auf die Nachfrage, auf welche Rechtsgrundlage, Verträge oder Entscheidungen diese Vorgehensweise zurückreicht, verweist die BVAEB auf ihr Vertrauen an die vermeintliche Zuverlässigkeit und Aktualität der

‚Behandlungsempfehlungen‘ und des Gesundheitsministeriums: „Die Orientierung an den Empfehlungen des BMSGPK ist daher per se angezeigt und bedarf keiner gesonderten Entscheidung“ (Anhang F.2.). Die Negation von Verantwortung und Handlungsspielraum durch diese (Nicht-)Entscheidung wird durch die Tatsache konterkariert, dass dieselbe Kasse keine verbindliche Liste der übernahmefähigen transitionsspezifischen Leistungen herausgeben könne, da die Kostenübernahme immer eine Einzelfallentscheidung mit individueller Prüfung sei, bei der sich jedoch an den ‚Behandlungsempfehlungen‘ orientiert werden kann (Anhang F.2.). Durch rhetorische Passivkonstruktionen, durch scheinbare Alternativlosigkeit oder Selbstverständlichkeiten, durch bürokratische Undurchsichtigkeiten und Entpersonalisierungen werden die Verantwortung, die Entscheidungsmacht und der Handlungsspielraum der Krankenkassen verschleiert.

Die Kosten von (möglicherweise) mehreren hundert Euro pro Stellungnahme, möglicherweise jahrelange (oder jahrzehntelange) Kosten für Hormone, mögliche Kosten von mehreren tausend Euro für Operationen oder weitere Gesundheitsbehandlungen stellen für die meisten – nicht klassenprivilegierten – trans Menschen die größte Hürde dar. Vor diesem Hintergrund ist die Frage der Bedingungen einer Kostenübernahme von großer Bedeutung. Denn selbst wenn es zu einem kollektiven Umdenken in Sachen trans Gesundheitsversorgung kommen würde⁶⁶ und sich die Standesbeamt*innen und alle Ärzt*innen ihrer Handlungsspielräume bewusst wären und diese in Richtung einer menschenrechtsorientierten, evidenzbasierten und bedürfnisorientierten Versorgung hin ausschöpfen würden, könnten die Krankenkassen die Kostenübernahme weiterhin an die Erfüllung der ‚Behandlungsempfehlungen‘ knüpfen und somit den erleichterten Zugang nur für einige wenige wohlhabende trans Personen ermöglichen. Die Kosten(-übernahme) als letzter und vielleicht größter Türsteher bliebe somit erhalten. Der nun schon seit Mitte der 1980er Jahre andauernde neoliberale Um- und Abbau des Sozialstaates, konkret die Reduzierung der übernahmefähigen Leistungen in der transitionsmedizinischen Versorgung (Baumgartinger, 2019), und die damit einhergehende Unterordnung des Gesundheitssystems unter Wirtschaftlichkeits- und Effizienzstandards lässt wenig

⁶⁶ Es ist davon auszugehen, dass bei einer Reform des Regulationsapparates die Psy* ihre Stellung nicht ohne weiteres aufgeben werden. Hierbei sind neben heteronormativen Diskursformationen ebenfalls ökonomische Motive zu vermuten, da sie durch den ökonomisch lukrativen Begutachtungssektor – gleich Vermietern – einfaches Geld an den Notwendigkeiten und Grundbedürfnissen anderer verdienen.

Raum für Hoffnung auf eine Verbesserung. In Anbetracht dessen ist anzunehmen, dass die Krankenkassen größtenteils aus ökonomischen Motiven heraus handeln, wenn sie die Einhaltung der ‚Behandlungsempfehlungen‘ verlangen.

6. Schluss und Ausblick

Vor dem Hintergrund der hier dargestellten Sachverhalte kann das regulatorische Regime mit der erzwungenen Begutachtung durch Psy* als Disziplinar- und Normalisierungsapparat bezeichnet werden. Die rechtliche und medizinische Affirmation von trans Leben geschieht in Österreich im Rahmen einer hetero binären Normierung. Aufgrund vielfältiger sozialer Aushandlungsprozesse ‚funktioniert‘ die aktuelle Regulation nurmehr mangelhaft. Folgende Faktoren ermöglichen die reale Vervielfältigung geschlechtlicher und sexueller Lebensweisen abseits der cis-hetero Norm: die Zurückdrängung und Verringerung der Zugriffs- und somit der Kontrollmöglichkeiten der staatlich-medizinischen Regulation durch politischen Aktivismus und Gerichtsentscheidungen; Praxen wie die Umgehung der nationalen Regelungen durch eine Inanspruchnahme von medizinischen Maßnahmen im Ausland; die selbstbestimmte do-it-yourself Beschaffung und Anwendung von Hormonpräparaten; die Identifizierung, Verbreitung und Anwendung von juristischen Manövern im Rahmen der Personenstands- oder Namensänderung und der allmähliche soziale Wandel und der langsame Paradigmenwechsel in den Wissenschaften weg von einem traditionellen Geschlechter- und Sexualitätsverständnis und die daran anschließenden veränderten Praxen in den Standesämtern, bei Ärzt*innen und bei den Psy*. Bei dieser Aufzählung darf jedoch nicht aus dem Blick geraten, dass die zwar ausgehöhlt, aber immer noch intakten gewaltvollen Disziplinar-, Normalisierungs- und Biomachtstechniken⁶⁷ der aktuellen Regulation allgemeines und spezifisches Leid produzieren. Die in dieser Arbeit dargestellte unregulierte Regulation, die starke Machtasymmetrie, die unklare Informationslage, der große Handlungsspielraum der Psy* und die – der Regulation inhärenten – Transnormalisierung stellen gewaltvolle

⁶⁷ Auf eine Analyse der Funktionsweisen und Effekte biopolitischer Macht musste in dieser Arbeit aus forschungsökonomischen Gründen verzichtet werden. Einige Kristallisationspunkte einer solchen Machtform, die in der Analyse aufgetaucht sind, waren eine verstetigte Kontrolle durch die wiederholte Rezeptausstellung, Nachlässigkeit und Fahrlässigkeit der Standesbeamt*innen, Krankenkassen, der Ärzt*innen und der Psy* in der Ausübung ihrer Tätigkeiten und die allgemeine schlechte Versorgungslage für trans Personen im Gesundheitswesen. Für eine Untersuchung biopolitischer Machteffekte auf trans Menschen im bundesdeutschen Kontext siehe Fütty (2019). Ebenso war es nicht möglich, Selbstregierungstechniken detailliert zu analysieren.

Erfahrungen dar bzw. ermöglichen oder begünstigen Gewalt, Willkür und Machtmissbrauch. Tamás Jules Fütty (2019) bezeichnet die strukturellen Ausschlüsse, die staatlich-medizinische hetero binäre Normierung sowie die Pathologisierung von trans Personen „als Nährboden für zwischenmenschliche Gewalt und Hass [...]. Zwischenmenschliche Gewalt stellt dabei eine spezifische Realisierung von Gewalt dar, die durch legalisierte und normative Staatsgewalt indirekt normalisiert und rationalisiert wird“ (S. 64). Diese zwischenmenschlichen und normativ-strukturellen Gewalterfahrungen fügen den betroffenen Personen oft beträchtliches Leid zu (siehe Kapitel 4.3.3.). Die gewaltsame Normierung birgt speziell für trans Frauen und transfeminine Personen große Risiken, von transmisogynen Gewalt betroffen zu werden. Ebenso ist das Risiko für nicht-binäre Personen, Gewalt zu erfahren, erhöht, da die aktuelle Regulation ausschließlich binäre Transitionen vorsieht. Die erfahrenen Verletzungen können sozialen Rückzug, psychische Belastungen wie Angststörungen, Depressionen und Suizid zur Folge haben. Die staatlich-medizinisch mediierte normative Gewalt führt zu einer Beeinträchtigung der Lebenschancen von trans Personen und setzt diese einem größeren Risiko für zwischenmenschliche Gewalt und verfrühtem Tod aus (siehe Kapitel 4.4.4.; Fütty, 2019; Pohlkamp, 2014).

Diese Situation gilt es zu verändern.

Die Identifikation der Ärzt*innen, Standesbeamt*innen und Krankenkassen als eigentliche Gatekeeper und die Auslotung von möglichen Handlungsspielräumen derselben könnten erste Ansatzpunkte für Veränderungsbemühungen anzeigen. Im Rahmen weiterer Forschungstätigkeiten wäre eine diskursanalytische Untersuchung sowohl der ‚Behandlungsempfehlungen‘ als auch der ‚Behandlungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche‘ als auch der ‚Stellungnahme der Bioethikkommission‘ interessant. Des Weiteren wäre eine systematische Untersuchung der Haltung und Perspektive der Psy*, aber vor allem der Ärzt*innen von Relevanz. Ebenfalls wäre eine genauere Untersuchung der Struktur, der Machtverhältnisse und der Entscheidungsprozesse der öffentlichen Krankenkassen der Transparenz und demokratischen Kontrolle derselben zuträglich. Weitere Untersuchungen zur Situation von mehrfachdiskriminierten trans Personen speziell in Österreich und der Situation von trans Personen, die nicht in Städten leben, wären ebenfalls von besonderem Interesse. Aus diesen Forschungsansätzen könnten sich wichtige Beiträge zu einer Verbesserung der trans Gesundheitsversorgung ergeben.

7. Literaturverzeichnis

- Abramson, K. (2014). TURNING UP THE LIGHTS ON GASLIGHTING. *Philosophical Perspectives*, 28(1), 1–30. <https://doi.org/10.1111/phpe.12046>
- Adamietz, L., & Bager, K. (2016). *Gutachten: Regelungs- und Reformbedarf für transgeschlechtliche Menschen* (Begleitmaterial zur Interministeriellen Arbeitsgruppe Inter- & Transsexualität Band 7). Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/114064/460f9e28e5456f6cf2ebdb73a966foc4/imag-band-7-regelungs-und-reformbedarf-fuer-transgeschlechtliche-menschen-band-7-data.pdf>
- Al-Youssef, M., Hausbichler, B., & Sica, J. (2023, 26. August). *15 Antworten zur Transgender-Debatte*. DER STANDARD. <https://www.derstandard.at/story/3000000184245/15-antworten-zur-transgender-debatte>
- American Psychiatric Association (Hrsg.). (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR* (5. Aufl., text revision). American Psychiatric Association Publishing.
- Applegarth, G., & Nuttall, J. (2016). The lived experience of transgender people of talking therapies. *International Journal of Transgenderism*, 17(2), 66–72. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1149540>
- Arias, I. (2009). *Die Wiener Gerichtsmedizin im Nationalsozialismus*. Verlagshaus der Ärzte.
- audiotranskription. (2020, 16. November). *F4x Automatische Spracherkennung*. <https://www.audiotranskription.de/f4x/>
- Bauer, R. (2017). Donna Haraways Konzept der Situierten Wissen: Wissensproduktion als verkörpert und verortet am Beispiel von Trans*Forschung. In J. Hoenes & M. Koch, *Transfer und Interaktion: Wissenschaft und Aktivismus an den Grenzen heteronormativer Zweigeschlechtlichkeit* (S. 23–42). BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.
- Baumgartinger, P. P. (2014). Mittendrin: Kritische Analyse im Spannungsfeld von Machtverhältnissen der staatlichen Regulierung von Trans* in Österreich. In H. von Unger, P. Narimani, & R. M' Bayo (Hrsg.), *Forschungsethik in der qualitativen Forschung: Reflexivität, Perspektiven, Positionen* (S. 97–113). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-04289-9_6
- Baumgartinger, P. P. (2017). *Trans studies: Historische, begriffliche und aktivistische Aspekte* (2. Aufl.). zaglossus.
- Baumgartinger, P. P. (2019). *Die staatliche Regulierung von Trans: Der Transsexuellen-Erlass in Österreich (1980-2010): Eine Dispositivgeschichte*. Transcript.

- Becker, L. (2022, 17. Juli). *Schnitte durch die zweite Haut*. Zeitschrift Luxemburg. <https://zeitschrift-luxemburg.de/artikel/schnitte-durch-die-zweite-haut>
- Billings, D. B., & Urban, T. (1982). The Socio-Medical Construction of Transsexualism: An Interpretation and Critique. *Social Problems*, 29(3), 266–282. <https://doi.org/10.1525/sp.1982.29.3.03a00050>
- Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt. (2017). *Intersexualität und Transidentität – Stellungnahme der Bioethikkommission* (Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt – Geschäftsstelle, Hrsg.).
- Blau, M. (2022, 20. November). Rede am Trans* Day of R*. *Trans Day of R**. <https://rrrr.noblogs.org/translations/>
- Blondeel, K., De Vasconcelos, S., García-Moreno, C., Stephenson, R., Temmerman, M., & Toskin, I. (2018). Violence motivated by perception of sexual orientation and gender identity: A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(1), 29-41E. <https://doi.org/10.2471/BLT.17.197251>
- Bundesministerium für Gesundheit. (1997). *Empfehlungen für den Behandlungsprozeß von Transsexuellen in Österreich*. <https://www.transx.at/Dokumente/Empfehlung97.pdf>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2014). *Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus nach der Klassifikation in der derzeit gültigen DSM bzw. ICD-Fassung*. <https://www.transx.at/Lib/Law/BMG%20BehaEmpfehlungen%20TS%20201408.pdf>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2017a). *Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie von Kindern und Jugendlichen nach der Klassifikation in der derzeit gültigen DSM bzw. ICD-Fassung*. https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:61c72a41-24e1-49c0-8bda-7669c68cdf4f/Transgender_Empfehlungen_KJ_Stand_14.12.2017_final%20mit%20neuer%20ICD-10-Verlinkung.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit. (2017b). *Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus nach der Klassifikation in der derzeit gültigen DSM bzw. ICD-Fassung*. https://www.sozialministerium.at/dam/sozialministeriumat/Anlagen/Themen/Gesundheit/Nicht-%C3%BCbertragbare-Krankheiten/Psychische-Gesundheit/Transsexualismus-Geschlechtsdysphorie/empfehlungen_transsexualismus2017.pdf
- Bundesministerium für Inneres. (1983). Transsexuelle; Personenstandsrechtliche Stellung (Zahl 10.582/24-IV/4/83). *Österreichisches Standesamt*, 9, 65.
- Bundesministerium für Inneres. (2010). *Transsexuellen-Erlass: Personenstandswesen—Transsexualität*. GZ.: BMI-VA 1300/0139-III/2/2010. https://www.transx.at/Lib/Law/TraL/BMI_23032010.pdf

- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Hrsg.). (2020). *Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten*.
<https://www.psychotherapie.at/sites/default/files/downloads/Berufskodex.pdf>
- Bogdal, K.-M. (2020). Überwachen und Strafen. In C. Kammler, R. Parr, & U. J. Schneider (Hrsg.), *Foucault-Handbuch: Leben – Werk – Wirkung* (2. Aufl.). J.B. Metzler. <https://doi.org/10.1007/978-3-476-05717-4>
- Bohnsack, R. (2021). *Rekonstruktive Sozialforschung: Einführung in qualitative Methoden* (10. Aufl.). Verlag Barbara Budrich.
- Bouvar, M. P. (2023, 19. September). Was lange währt, wird scheiße. *analyse & kritik* 696. <https://www.akweb.de/politik/selbstbestimmungsgesetz-was-lange-waehrt-wird-scheisse/>
- Breuer, F., Muckel, P., & Dieris, B. (2018). *Reflexive Grounded Theory: Eine Einführung für die Forschungspraxis* (3. Aufl.). Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-15421-9>
- Brunner, C. (2020). *Epistemische Gewalt: Wissen und Herrschaft in der kolonialen Moderne* (1. Aufl.). transcript Verlag.
<https://doi.org/10.14361/9783839451311>
- Bublitz, H. (2018). *Judith Butler zur Einführung* (5. Aufl.). Junius.
- Bustos, V. P., Bustos, S. S., Mascaro, A., Del Corral, G., Forte, A. J., Ciudad, P., Kim, E. A., Langstein, H. N., & Manrique, O. J. (2021). Regret after Gender-affirmation Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence. *Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open*, 9(3), e3477.
<https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000003477>
- Butler, J. (1991). *Das Unbehagen der Geschlechter* (K. Menke, Übers.; 1. Aufl.). Suhrkamp.
- Butler, J. (1997). *Körper von Gewicht. Die diskursiven Grenzen des Geschlechts* (K. Wördemann, Übers.; 1. Aufl.). Suhrkamp.
- Butler, J. (2017). *Die Macht der Geschlechternormen und die Grenzen des Menschlichen* (K. Wördemann & M. Stempfhuber, Übers.; 4. Aufl.). Suhrkamp.
- Butler, J. (2021). *Psyche der Macht. Das Subjekt der Unterwerfung* (R. Ansén, Übers.; 11. Aufl.). Suhrkamp.
- Caprioglio, T. (2021). Does ‘Queer Narrative’ Mean ‘Trauma Narrative’ on TV? Exploring Television’s Traumatized Queer Identity. *Journal of Trauma & Dissociation*, 22(4), 452–464.
<https://doi.org/10.1080/15299732.2021.1925865>
- Cha(i)nge. (2021, 27. Juni). *Der Weg zu Operationen*. Cha(i)nge - Trans Peer Group Vienna. <https://chaingepeergroup.at/der-weg-zu-operationen/>

- Charak, R., Cano-Gonzalez, I., Ronzón-Tirado, R., Ford, J. D., Byllesby, B. M., Shevlin, M., Karatzias, T., Hyland, P., & Cloitre, M. (2023). Factor structure of the international trauma questionnaire in trauma exposed LGBTQ+ adults: Role of cumulative traumatic events and minority stress heterosexist experiences. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 15(4), 628–636. <https://doi.org/10.1037/tra0001440.supp>
- Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory* (2. Aufl.). SAGE Publications.
- Chen, D., Berona, J., Chan, Y.-M., Ehrensaft, D., Garofalo, R., Hidalgo, M. A., Rosenthal, S. M., Tishelman, A. C., & Olson-Kennedy, J. (2023). Psychosocial Functioning in Transgender Youth after 2 Years of Hormones. *New England Journal of Medicine*, 388(3), 240–250. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2206297>
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W. J., Monstrey, S., Adler, R. K., Brown, G. R., Devor, A. H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D. H., ... Zucker, K. (2012). Standards of Care Versorgungsempfehlungen für die Gesundheit von transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Personen—Version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165–232. <https://doi.org/10.1080/15532739.2011.700873>
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., de Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., ... Arcelus, J. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(S1), S1–S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- Council of Europe. (2015). *Resolution 2048. Discrimination against transgender people in Europe*. <https://pace.coe.int/pdf/d553e6df013e8a0c8d587204abdc69e4c66e8875191093ea7788766390d33743/resolution%202048.pdf>
- de Silva, A. (2017). Trans und sozialer Wandel in der Bundesrepublik Deutschland. In J. Hoenes & M. Koch (Hrsg.), *Transfer und Interaktion: Wissenschaft und Aktivismus an den Grenzen heteronormativer Zweigeschlechtlichkeit* (S. 175–186). BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.
- Debus, K., Laumann, V., & Dissens - Institut für Bildung und Forschung e.V. (Hrsg.). (2018). *Pädagogik geschlechtlicher, amouröser und sexueller Vielfalt: Zwischen Sensibilisierung und Empowerment* (1. Aufl.). Dissens – Institut für Bildung und Forschung e.V.
- Deutsch, M. B. (2012). Use of the Informed Consent Model in the Provision of Cross-Sex Hormone Therapy: A Survey of the Practices of Selected Clinics.

- International Journal of Transgenderism*, 13(3), 140–146.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2011.675233>
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., Schulte-Markwort, E., Remschmidt, H., & Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.). (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien* (10. Aufl.). Hogrefe Verlag.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., Schulte-Markwort, E., & WHO (Hrsg.). (2016). *Internationale Klassifikationen psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis*. (6. Aufl.). Hogrefe.
- Drager, E. H. (2023). Early Gender Clinics, Transsexual Etiology, and the Racialized Family. *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, 29(1), 13–26.
<https://doi.org/10.1215/10642684-10144364>
- Dresing, T., & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (8. Aufl.). Eigenverlag.
- Duval, E. (2023). *Nach Trans—Sex, Gender und die Linke* (1. Aufl.). Verlag Klaus Wagenbach.
- Eder, S. (2022). *How the Clinic Made Gender: The medical history of a transformative idea*. University of Chicago Press.
<https://doi.org/10.7208/chicago/9780226573465-006>
- El-Hadi, H., Stone, J., Temple-Oberle, C., & Harrop, A. R. (2018). Gender-Affirming Surgery for Transgender Individuals: Perceived Satisfaction and Barriers to Care. *Plastic Surgery*, 26(4), 263–268.
<https://doi.org/10.1177/2292550318767437>
- Emcke, C. (2020). *Gegen den Hass* (3. Aufl.). S. Fischer.
- Engel, A. (2008). Gefeierte Vielfalt. Umstrittene Heterogenität. Befriedete Provokation. Sexuelle Lebensformen in spätmodernen Gesellschaften. In R. Bartel, I. Horwath, W. Konnonier-Finster, M. Mesner, E. Pfefferkorn, & M. Ziegler (Hrsg.), *Heternormativität und Homosexualitäten* (Bd. 3, S. 43–64). Studienverlag.
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2020). *A long way to go for LGBTI equality*. Publications Office of the European Union.
<https://doi.org/10.2811/348583>
- Federici, S. (2022). *Caliban und die Hexe: Frauen, der Körper und die ursprüngliche Akkumulation* (M. Birkner, Hrsg.; M. Henninger, Übers.; 10. Aufl.). Mandelbaum.
- Feinberg, L. (1998). *Trans Liberation: Beyond pink or blue*. Beacon Press.

- Fluch, A. (2017). *Auswirkungen des binären Geschlechterkonzepts auf das Sportverhalten von trans- und intergeschlechtlichen Personen* [Masterarbeit, Universität Wien]. <https://theses.univie.ac.at/detail/41656>
- Foucault, M. (1978a). Historisches Wissen der Kämpfe und Macht. Vorlesung vom 7. Januar 1976. In *Dispositive der Macht: Über Sexualität, Wissen und Wahrheit* (1. Aufl., S. 55–74). Merve.
- Foucault, M. (1978b). Nein zum König Sex. Gespräch mit Bernard-Henry Lèvy. In *Dispositive der Macht: Über Sexualität, Wissen und Wahrheit* (1. Aufl., S. 176–198). Merve Verlag.
- Foucault, M. (1978c). Wahrheit und Macht. Interview von A. Fontana und P. Pasquino. In *Dispositive der Macht. Über Sexualität, Wissen und Wahrheit* (1. Aufl., S. 21–54). Merve.
- Foucault, M. (2020). *Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit 1* (U. Raulff & W. Seitter, Übers.; 23. Aufl.). Suhrkamp.
- Foucault, M. (2021). *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses* (W. Seitter, Übers.; 19. Aufl.). Suhrkamp.
- Foucault, M. (2022). *Wahnsinn und Gesellschaft: Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft* (U. Köppen, Übers.; 25. Aufl.). Suhrkamp.
- Franzen, J., & Sauer, A. (2010). *Benachteiligung von Trans*-Personen, insbesondere im Arbeitsleben. Expertise für die Antidiskriminierungsstelle des Bundes* (Antidiskriminierungsstelle des Bundes, Hrsg.). https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/expertise_benachteiligung_von_trans_personen.pdf?__blob=publicationFile&v=3
- Fuß, S., & Karbach, U. (2019). *Grundlagen der Transkription: Eine praktische Einführung* (2. Aufl.). Verlag Barbara Budrich.
- Fütty, T. J. (2019). Gender und Biopolitik: Normative und intersektionale Gewalt gegen Trans* Menschen. In *Gender und Biopolitik* (Bd. 21). transcript. <https://doi.org/10.1515/9783839446294>
- Gaiswinkler, S., Pfabigan, J., Pentz, R., Teufl, L., & Winkler, R. (2023). *LGBTIQ+-Gesundheitsbericht 2022*. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK).
- Genschel, C. (2001). Erstrittene Subjektivität: Diskurse der Transsexualität. *Das Argument*, 243(6), 821–834.
- Ghattas, D. C., Kromminga, I. A., Matthigack, E. B., & Mosel, E. T. (2015). *Inter & Sprache—Von » Angeboren « bis » Zwitter «* (Das TransInterQueer-Projekt »Antidiskriminierungsarbeit & Empowerment für Inter*« In Kooperation mit IVIM / OII Deutschland, Hrsg.). http://inter.transinterqueer.org/wp-content/uploads/2021/05/InterUndSprache_A_Z.pdf

- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2008). *Grounded theory: Strategien qualitativer Forschung* (2. Aufl.). Huber.
- Grant, M. (2017). *How do trans people experience healthcare and psychological services during transition?* [Disseration, City, Universtiy of London].
<https://openaccess.city.ac.uk/id/eprint/19878/>
- Güldenring, A. (2015). *Zur Rolle der Medizin und aktuellen Trans*-Transgesundheitsversorgung in Deutschland* (Begleitmaterial zur Interministeriellen Arbeitsgruppe Inter- & Transsexualität 1; Gutachten: Begrifflichkeiten, Definitionen und disziplinäre Zugänge zu Trans- und Intergeschlechtlichkeiten, S. 31–40). Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
<https://www.bmfsfj.de/resource/blob/93956/d73e830e237b752dd4ef323a8432e1ba/geschlechtliche-vielfalt-data.pdf>
- Güldenring, A., van Trotsenburg, M., & Flütsch, N. (2019). Queering Medicine – Dringlichkeit einer bedürfnisorientierten und evidenzbasierten Transgendergesundheitsversorgung. *Journal für Klinische Endokrinologie und Stoffwechsel*, 12(3), 84–94. <https://doi.org/10.1007/s41969-019-00075-8>
- Hamm, J. (2020). *Trans* und Sex: Gelingende Sexualität zwischen Selbstannahme, Normüberwindung und Kongruenzerleben* (Originalausgabe, Bd. 26). Psychosozial-Verlag.
- Hamm, J., & Sauer, A. T. (2014). Perspektivenwechsel: Vorschläge für eine menschenrechts- und bedürfnisorientierte Trans*-Gesundheitsversorgung. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 27(1), 4–30. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1366140>
- Hansbury, G. (2017). Unthinkable Anxieties. *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, 4(3–4), 384–404. <https://doi.org/10.1215/23289252-4189883>
- Haraway, D. (1995). Situieretes Wissen. Die Wissenschaftsfrage im Feminismus und das Privileg einer partialen Perspektive. In *Die Neuerfindung der Natur. Primaten, Cyborgs und Frauen* (1. Aufl., S. 73–96). Campus.
- Haritaworn, J. (2007). (No) Fucking Difference? Eine Kritik an ‘Heteronormativität’ am Beispiel von Thailändischsein. In J. Hartmann, C. Klesse, P. Wagenknecht, B. Fritzsche, & K. Hackmann (Hrsg.), *Heteronormativität: Empirische Studien zu Geschlecht, Sexualität und Macht* (1. Aufl., S. 269–289). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-90274-6_1
- Herrn, R. (2012). Ver-körperungen des anderen Geschlechts—Transvestitismus und Transsexualität historisch betrachtet. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 62(20–21), 41–48.
- Hirschauer, S. (2015). *Die soziale Konstruktion der Transsexualität: Über die Medizin und den Geschlechtswechsel* (5. Aufl.). Suhrkamp.
- Hoenes, J., & Schirmer, U. (2019). Transgender/Transsexualität: Forschungsperspektiven und Herausforderungen. In B. Kortendiek, B. Riegraf,

- & K. Sabisch (Hrsg.), *Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung* (S. 1203–1212). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-12496-0_77
- Hornstein, R. R. (2021). Giftkunde der internalisierten trans* Unterdrückung: Zum Stand der Forschung und den Möglichkeiten einer solidarischen trans* Psychologie. In E. Mader, J. A. Gregor, R. A. Saalfeld, R. Hornstein, P. Müller, M. C. Grasmeier, & T. Schadow (Hrsg.), *Trans* und inter*studien: Aktuelle forschungsbeiträge aus dem deutschsprachigen raum* (Bd. 51, S. 103–129). Westfälisches Dampfboot.
- HOSI Wien, VIMÖ, TransX, & Aids Hilfe Wien. (2021). *Offener Brief*. <https://www.transx.at/Dokumente/Offener%20Brief%202021.05.pdf>
- Hübner, K. (2016). Fluchtgrund sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität: Auswirkungen von heteronormativem Wissen auf die Asylverfahren LGBTI-Geflüchteter: *Feministische Studien*, 34(2), 242–260. <https://doi.org/10.1515/fs-2016-0005>
- Hutfless, E. (2022). Von Identität zu Differenz zu Alterität: Jean Laplanche und das Denken nicht-normativer Geschlechtlichkeit in der Psychoanalyse. *Kinderanalyse*, 30(1), 4–27. <https://doi.org/10.21706/ka-30-1-4>
- Ihrig, F. L. (2023). The Potential of the „Compassionate Gaze“ against Epistemic Injustice in the Patient-Physician Relationship. *Re:visit*, 2, 83–97. https://doi.org/10.57974/Re:visit_2023_2.06
- Irving, D. (2013). Normalized Transgressions. Legitimizing the Transsexual Body as Productive. In S. Stryker & A. Z. Aizura (Hrsg.), *The transgender studies reader 2* (S. 15–30). Routledge.
- Jäggi, T., Jellestad, L., Corbisiero, S., Schaefer, D. J., Jenewein, J., Schneeberger, A., Kuhn, A., & Garcia Nuñez, D. (2018). Gender Minority Stress and Depressive Symptoms in Transitioned Swiss Transpersons. *BioMed Research International*, 2018, 8639263. <https://doi.org/10.1155/2018/8639263>
- Kafka, F. (2019). *Die Erzählungen und andere ausgewählte Prosa* (R. Hermes, Hrsg.; 13. Aufl.). Fischer Taschenbuch.
- Kasprowski, V. D., Fischer, M., Chen, X., de Vries, L., Kroh, M., Kühne, S., Richter, D., & Zindel, Z. (2021). Geringere Chancen auf ein gesundes Leben für LGBTQI*-Menschen. *DIW Wochenbericht*, 6, 79–88. https://doi.org/10.18723/diw_wb:2021-06-1
- Kimmel, M. (2005). Masculinity as Homophobia: Fear, Shame, and Silence in the contruction of Gender Identity. In *The Gender of Desire: Essays on Male Sexuality* (S. 25–42). State University of New York Press.
- Kirnbauer, M. (2019). *Geschlechtsinkongruenz in Österreich. Eine Schätzung der Größenordnung des Phänomens durch Daten aus der Literatur, in Österreich durchgeführten geschlechtsanpassenden Operationen und verordneter hormoneller Therapie*. Hauptverband der Österreichischen

- Sozialversicherung.
<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.718421&version=1568796537>
- Kleiner, B. (2015). *subjekt bildung heteronormativität: Rekonstruktion schulischer Differenzerfahrungen lesbischer, schwuler, bisexueller und Trans*Jugendlicher*. B. Budrich.
- Klöppel, U. (2012). Medikalisierung „uneindeutigen“ Geschlechts. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 62(20–21), 28–33.
- Knutson, D., Koch, J. M., & Goldbach, C. (2019). Recommended terminology, pronouns, and documentation for work with transgender and non-binary populations. *Practice Innovations*, 4(4), 214–224.
<https://doi.org/10.1037/prio0000098>
- Körner, M. (2017). Diskriminierung von Trans*Personen Subjektive Theorien zu Erklärungsansätzen. In J. Hoenes & M. Koch, *Transfer und Interaktion: Wissenschaft und Aktivismus an den Grenzen heteronormativer Zweigeschlechtlichkeit* (S. 121–138). BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.
- Kubinger, K. D. (2009). *Psychologische Diagnostik: Theorie und Praxis psychologischen Diagnostizierens* (2. Aufl.). Hogrefe.
- Kuhl, D. E. (2019). *Death of the Clinic: Trans-informing the Clinical Gaze to Counter Epistemic Violence* [Dissertation, University of Western Ontario].
<https://www.proquest.com/docview/2714865905/abstract/82EEEOC431604oDoPQ/1>
- Kühn, T., & Koschel, K.-V. (2018). *Gruppendiskussionen* (2. Aufl.). Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-18937-2>
- Laqueur, T. W. (1996). *Auf den Leib geschrieben: Die Inszenierung der Geschlechter von der Antike bis Freud* (1. Aufl.). Dt. Taschenbuch-Verl.
- Lavigne, A. (2002). *Sk8er Boi [Song]*. Let Go. Arista Records.
- Lefevor, G. T., Janis, R. A., Franklin, A., & Stone, W.-M. (2019). Distress and Therapeutic Outcomes Among Transgender and Gender Nonconforming People of Color. *The Counseling Psychologist*, 47(1), 34–58.
<https://doi.org/10.1177/0011000019827210>
- Leiner, D. J. (2024). *SoSci Survey* (3.5.01) [Software]. <https://www.soscisurvey.de>
- Lerch, L. (2019). Psychotherapie im Kontext von Differenz, (Macht-)Ungleichheit und globaler Verantwortung. *Psychotherapie Forum*, 23(1), 51–58.
<https://doi.org/10.1007/s00729-019-0117-y>
- LesMigraS. Antigewalt- und Antidiskriminierungsbereich der Lesbenberatung Berlin e.V. (Hrsg.). (2012). „...nicht so greifbar und doch real“ *Eine quantitative und qualitative Studie zu Gewalt- und (Mehrfach-) Diskriminierungserfahrungen von lesbischen, bisexuellen Frauen und Trans* in Deutschland*.

- https://lesmigras.de/wp-content/uploads/2021/11/Dokumentation-Studie-web_sicher.pdf
- Li, Y., & Samp, J. A. (2023). Gaslighting LGBTQ+ Individuals: Correlates of Gaslighting Experiences, Gaslighters' Characteristics, and Gaslighting Techniques. *Communication Studies*, 1–21. <https://doi.org/10.1080/10510974.2023.2209605>
- Lindqvist, E. K., Sigurjonsson, H., Möllermark, C., Rinder, J., Farnebo, F., & Lundgren, T. K. (2017). Quality of life improves early after gender reassignment surgery in transgender women. *European Journal of Plastic Surgery*, 40(3), 223–226. <https://doi.org/10.1007/s00238-016-1252-0>
- Löffelmann, F. (2022). *Rhetorisch-epistemische Unterdrückung am Beispiel von trans* Erfahrungen*. blog interdisziplinäre geschlechterforschung. https://www.gender-blog.de/beitrag/rhetorische_epistemische_unterdrueckung
- Loos, F. K., Köhler, A., Eyssel, J., & Nieder, T. O. (2016). Subjektive Indikatoren des Behandlungserfolges und Diskriminierungserfahrungen in der trans* Gesundheitsversorgung. Qualitative Ergebnisse einer Online-Befragung. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 29(3), 205–223. <https://doi.org/10.1055/s-0042-114866>
- Lorey, I. (2017). *Immer Ärger mit dem Subjekt: Theoretische und politische Konsequenzen eines juridischen Machtmodells: Judith Butler: mit einem Vorwort zur Neuauflage*. transversal texts, transversal.at.
- Ludwig, G. (2011). *Geschlecht regieren: Zum Verhältnis von Staat, Subjekt und heteronormativer Hegemonie*. Campus. <https://content-select.com/de/portal/media/view/519cc417-cbfc-4doe-b07e-29105dbbeaba>
- Lüthi, E. (2020). Trans*normal?: Die subtile Herstellung von Gendernormen durch psychiatrische Diagnosen. In V. Sperk, S. Altenberger, K. Lux, & T. Vogler (Hrsg.), *Geschlecht und Geschlechterverhältnisse bewegen* (S. 13–44). transcript Verlag. <https://doi.org/10.1515/9783839451014-002>
- Lüthi, E. (2021). Zur (Nicht-)Binarität von Gender und der Rolle von Gutachten in transspezifischen Diagnosen und Personenstandsregelungen. *Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften*, 179-191 Seiten. <https://doi.org/10.25365/OEZG-2020-31-3-10>
- Markovic, L., McDermott, D. T., Stefanac, S., Seiler-Ramadas, R., Iabloncsik, D., Smith, L., Yang, L., Kirchheiner, K., Crevenna, R., & Grabovac, I. (2021). Experiences and interactions with the healthcare system in transgender and non-binary patients in austria: An exploratory cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 6895. Scopus. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136895>

- McKinnon, R. (2017). Allies Behaving Badly: Gaslighting as epistemic injustice. In I. J. Kidd, J. Medina, & G. Pohlhaus (Hrsg.), *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice* (1. Aufl., S. 167–174). Routledge.
- Moro, J. (2023). *Es ist unmöglich, nicht-binär passing zu sein*. [Masterarbeit, Universität Wien]. <https://theses.univie.ac.at/detail/66795>
- Muller, J. (2021). *Gaslighting: A weapon of dominance against trans and gender diverse people* [Masterarbeit, Flinders University]. <https://flex.flinders.edu.au/file/4149ef79-0325-4d5c-946f-f792d3f36f1d/1/MullerThesis2022.pdf>
- Namaste, V. (2005). *Sex change, social change: Reflections on identity, institutions, and imperialism* (1. Aufl.). Women's Press.
- Nguyen, H. B., Chavez, A. M., Lipner, E., Hantsoo, L., Kornfield, S. L., Davies, R. D., & Epperson, C. N. (2018). Gender-Affirming Hormone Use in Transgender Individuals: Impact on Behavioral Health and Cognition. *Current Psychiatry Reports*, 20, 110. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0973-0>
- Nieder, T. O., Güldenring, A., Köhler, A., & Briken, P. (2017). Trans*-Gesundheitsversorgung: Zwischen Entpsychopathologisierung und bedarfsgerechter Behandlung begleitender psychischer Störungen. *Der Nervenarzt*, 88(5), 466–471. <https://doi.org/10.1007/s00115-017-0308-0>
- NS-Dokumentationszentrum München (Hrsg.). (2022). *TO BE SEEN. Queer lives 1900-1950. Glossar*. https://www.nsdoku.de/fileadmin/07_Ausstellungen/2022_To_be_seen/220906-nsdoku-Glossar-ToBeSeen-A5.pdf
- ORF.at. (2020, 9. September). *Drittes Geschlecht: Neuer Erlass für Dokumente*. news.ORF.at. <https://orf.at/stories/3180727/>
- Österreichische Gesellschaft für Sexualwissenschaften, Interdisziplinäre Expert*innengruppe „Trans* Inter* Geschlechtlichkeiten“ im ÖBVP, & Beratungsstellen COURAGE (Hrsg.). (2022). *FORTBILDUNGSCURRICULUM 2022/2023. Trans*Gender | Trans*Identitäten Transsexualismus (ICD-10) – Genderdysphorie (DSM-5) – Genderinkongruenz (ICD-11)*. <https://www.psychotherapie.at/sites/default/files/downloads/Folder-TransGender-2022.pdf>
- Pajkanovic, N. (2017). *Transgender community in Austria: Generating a discourse of recognition* [Masterarbeit, Universität Wien]. <https://services.phaidra.univie.ac.at/api/object/o:1334503/get>
- Paulitsch, K. (2023). Das psychiatrische Gutachten zur Transition. *Österreichische Zeitschrift für das ärztliche Gutachten*, 41(5), 96–99.
- Plattform Intersex & VIMÖ. (2020). *Positionspapier*. https://vimoe.at/wp-content/uploads/2020/05/2020_Positionspapier_VIMO%CC%88_PIO%CC%88.pdf

- Pöge, K., Dennert, G., Koppe, U., Güldenring, A., Matthigack, E. B., & Rommel, A. (2020). Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. *Journal of Health Monitoring*, 5(S1), 1–30. <https://doi.org/10.25646/6448>
- Pohlkamp, I. (2014). *Genderbashing: Diskriminierung und Gewalt an den Grenzen der Zweigeschlechtlichkeit*. UNRAST-Verlag. <https://opus.bsz-bw.de/fhdoo8/frontdoor/index/index/docId/586>
- Preciado, P. B. (2016). *TESTO JUNKIE: Sex, Drogen und Biopolitik in der Ära der Pharmapornografie* (S. Geene, Übers.). b-books.
- Preciado, P. B. (2020). *Ein Apartment auf dem Uranus: Chroniken eines Übergangs* (S. Lorenzer, Übers.; 1. Aufl.). Suhrkamp.
- Preciado, P. B. (2021). *Can the monster speak? A report to an academy of psychoanalysts* (F. Wynne, Übers.). Fitzcarraldo Editions.
- Przyborski, A., & Wohlrab-Sahr, M. (2021). *Qualitative Sozialforschung* (5. Aufl.). De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110710663-201>
- PsyOnline. (2023, 19. Dezember). *Überblick: Kosten der Psychotherapie*. [psyonline.at. https://www.psyonline.at/contents/7437/ueberblick-kosten-der-psychotherapie](https://www.psyonline.at/contents/7437/ueberblick-kosten-der-psychotherapie)
- Rachlin, K. (2002). Transgender Individuals' Experiences of Psychotherapy. *International Journal of Transgenderism*, 6(1), 23.
- Rail, G., & Jette, S. (2015). Reflections on Biopedagogies and/of Public Health: On Bio-Others, Rescue Missions, and Social Justice. *Cultural Studies ↔ Critical Methodologies*, 15(5), 327–336. <https://doi.org/10.1177/1532708615611703>
- Rauchfleisch, U. (2016). *Transsexualität - Transidentität: Begutachtung, Begleitung, Therapie* (5. Aufl.). Vandenhoeck & Ruprecht. <https://doi.org/10.13109/9783666462702>
- Riggs, D. W., & Bartholomaeus, C. (2018). Gaslighting in the context of clinical interactions with parents of transgender children. *Sexual and Relationship Therapy*, 33(4), 382–394. <https://doi.org/10.1080/14681994.2018.1444274>
- Riggs, D. W., Pearce, R., Pfeffer, C. A., Hines, S., White, F., & Ruspini, E. (2019). Transnormativity in the psy disciplines: Constructing pathology in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and Standards of Care. *American Psychologist*, 74(8), 912–924. <https://doi.org/10.1037/amp0000545>
- Ross, M. B., van de Grift, T. C., Elaut, E., Nieder, T. O., Becker-Hebly, I., Heylens, G., & Kreukels, B. P. C. (2023). Experienced barriers of care within European treatment seeking transgender individuals: A multicenter ENIGI follow-up study. *International Journal of Transgender Health*, 24(1), 26–37. Scopus. <https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1964409>

- Rott, V. (2014). *Wahrheitsspiele der Pathologisierung im klinisch-psychologischen und psychiatrischen Diskurs über die sogenannte Geschlechtsidentitätsstörung: Eine kritische Diskursanalyse von Lehrbuchtexten* [Diplomarbeit, Universität Wien].
https://usearch.uaccess.univie.ac.at/primo-explore/fulldisplay/UWI_alma21202089810003332/UWI
- Saalfeld, R. (2019). Von Zweigeschlechtlichkeit, Störung der Geschlechtsidentität und Geschlechtsdysphorie. In E. Mader, C. Schmechel, K. Kawalska, & A. Steinweg (Hrsg.), *Gegendiagnose II. Beiträge zur radikalen Kritik an Psychologie und Psychiatrie*. (S. 184–200). edition assemblage.
- Samuels, E. A., Tape, C., Garber, N., Bowman, S., & Choo, E. K. (2018). “Sometimes You Feel Like the Freak Show”: A Qualitative Assessment of Emergency Care Experiences Among Transgender and Gender-Nonconforming Patients. *Annals of Emergency Medicine*, 71(2), 170–182.e1.
<https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2017.05.002>
- Sauer, B. (2008). Neoliberale Transformationen von Staatlichkeit und Geschlechtergewalt. In N. Dimmel & J. Schmee (Hrsg.), *Die Gewalt des neoliberalen Staates* (S. 91–114). facultas.wuv.
- Schedlbauer, J. (2011). *Stop Trans Pathologization* [Diplomarbeit, bfi Wien].
<https://www.transx.at/Dokumente/StopTransPathologisation.pdf>
- Schönpflug, K., Hofmann, R., Klappeer, C. M., Huber, C., & Eberhardt, V. (2015). „Queer in Wien“ *Stadt Wien Studie zur Lebenssituation von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Transgender und Intersex Personen (LGBTIs)*. Institut für höhere Studien.
- Schulz, S., Sarah. (2018). The Informed Consent Model of Transgender Care: An Alternative to the Diagnosis of Gender Dysphoria. *Journal of Humanistic Psychology*, 58(1), 72–79. <https://doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.1177/0022167817745217>
- Sebring, J. C. H. (2021). Towards a sociological understanding of medical gaslighting in western health care. *Sociology of Health & Illness*, 43(9), 1951–1964.
<https://doi.org/10.1111/1467-9566.13367>
- Seikowski, K. (2022). Zur Problematik der Psychopathologisierung von Transsexualität. In C. Maier-Höfer & G. Schreiber (Hrsg.), *Praktiken von Transdiskursen: Ein multidisziplinärer Zugang* (S. 29–44). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-30770-7_3
- Serano, J. (2012, 3. April). Trans-misogyny primer [Blog]. *Whipping Girl*.
<https://juliaserano.blogspot.com/2012/04/trans-misogyny-primer.html>
- Serano, J. (2016). *Whipping girl: A transsexual woman on sexism and the scapegoating of femininity* (2. Aufl.). Seal Press.

- Serano, J. (2020). Autogynephilia: A scientific review, feminist analysis, and alternative 'embodiment fantasies' model. *The Sociological Review*, 68(4), 763–778. <https://doi.org/10.1177/0038026120934690>
- Slunecko, T., & Hengl, S. (2007). Language, Cognition, Subjectivity: A Dynamic Constitution. In J. Valsiner & A. Rosa (Hrsg.), *The Cambridge Handbook of Sociocultural Psychology* (1. Aufl., S. 40–61). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511611162.005>
- Snorton, C. R. (2017). *Black on Both Sides: A Racial History of Trans Identity*. University of Minnesota Press. <https://doi.org/10.5749/minnesota/9781517901721.001.0001>
- Solanki, P., Colon-Cabrera, D., Barton, C., Locke, P., Cheung, A. S., Spanos, C., Grace, J., Erasmus, J., & Lane, R. (2023). Gender-Affirming Hormone Therapy for the Trans, Gender Diverse, and Nonbinary Community: Coordinating World Professional Association for Transgender Health and Informed Consent Models of Care. *Transgender Health*, 8(2), 137–148. <https://doi.org/10.1089/trgh.2021.0069>
- Spade, D. (2006). Mutilating Gender. In *The Transgender Studies Reader*. Routledge.
- Stadt Wien & WAST. (2023, 23. Oktober). *Personenstandsänderung—Änderung Geschlechtseintrag im Personenstandsregister*. Stadt Wien. <https://www.wien.gv.at/menschen/queer/transgender/geschlechtswechsel/rechtlich/personenstand.html>
- Staples, J. M., & Fuller, C. C. (2021). Adult Sexual Assault Severity among Transgender People of Color: The Impact of Double Marginalization. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 30(5), 694–706. <https://doi.org/10.1080/10926771.2021.1894291>
- Steinsberger, Z. (2022, 17. Juli). *Den gewaltvollen Verstrickungen nahe bleiben*. Zeitschrift Luxemburg. <https://zeitschrift-luxemburg.de/artikel/den-gewaltvollen-verstrickungen-nahe-bleiben>
- Steinsberger, Z., & Ludwig, G. (2023). Trans* Ungleichzeitigkeiten und Trans*feminismen. Trans* Ungleichzeitigkeiten – Potenziale trans*feministischer Gesellschaftstheorie. Eine Einleitung. *FEMINA POLITICA – Zeitschrift für feministische Politikwissenschaft*, 32(2), 9–23. <https://doi.org/10.3224/feminapolitica.v32i2.02>
- Stryker, S. (2006). (De)Subjugated Knowlegdes. In S. Stryker & S. Whittle (Hrsg.), *The transgender studies reader* (S. 1–17). Routledge.
- Stryker, S., & Whittle, S. (Hrsg.). (2006). *The transgender studies reader*. Routledge.
- Sweet, P. L. (2019). The Sociology of Gaslighting. *American Sociological Review*, 84(5), 851–875. <https://doi.org/10.1177/0003122419874843>
- Tausz, L. (2019). *Die Lebenswelt von Trans*Menschen in Bildungskontexten* [Masterarbeit, Universität Wien]. <https://theses.univie.ac.at/detail/50478/#>

- Thießen, A.-K. (2022). Normschreibung Geschlecht: Die „dritte Option“ als heteronormative Produktion. In K. Korneli, B. H. Bartels, L. Biehler, B. M.-C. Bringmann, L. Bruhnke, F. Dobmeier, L. Grewe, A. M. Kamenik, A. Rose, & H. Wiese (Hrsg.), *Hinter_Fragen der Erziehungswissenschaft. Perspektiven auf Pädagogik, Wissenschaft und Gesellschaft* (S. 133–144). Verlag Barbara Budrich. <https://doi.org/10.3224/84742624>
- Transgender Europe (Hrsg.). (2019). *Guidelines to human rights-based trans-specific healthcare*. Transgender Europe. <https://www.tgeu.org/files/uploads/2023/12/TGEU-Guidelines-to-Human-Rights-Based-Trans-specific-Healthcare-EN.pdf>
- Transgender Europe. (2023). *Trans Murder Monitoring Update. Trans Day of Remembrance 2023*. Transgender Europe. https://transrespect.org/wp-content/uploads/2023/11/TvT_TMM_TDoR2023_Table.pdf
- TransX. (2004). *Empfehlungen für den Behandlungsprozess von Transsexuellen—Stellungnahme zum „Salzburger Konsensustreffen“*. https://www.transx.at/Dokumente/TX_Empfehlungen.pdf
- Tschan, W. (2005). *Missbrauchtes Vertrauen: Sexuelle Grenzverletzungen in Professionellen Beziehungen. Ursachen und Folgen*.
- tucan.ai. (2023). *Nie wieder Abtippen!* Tucan.ai. <https://www.tucan.ai/de/>
- Turban, J. L., Loo, S. S., Almazan, A. N., & Keuroghlian, A. S. (2021). Factors Leading to “Detransition” Among Transgender and Gender Diverse People in the United States: A Mixed-Methods Analysis. *LGBT Health*, 8(4), 273–280. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0437>
- Ussher, J. M., Hawkey, A., Perz, J., Liamputtong, P., Sekar, J., Marjadi, B., Schmied, V., Dune, T., & Brook, E. (2022). Crossing Boundaries and Fetishization: Experiences of Sexual Violence for Trans Women of Color. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(5–6), NP3552–NP3584. <https://doi.org/10.1177/0886260520949149>
- Valentine, S. E., & Shipherd, J. C. (2018). A systematic review of social stress and mental health among transgender and gender non-conforming people in the United States. *Clinical Psychology Review*, 66, 24–38. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.003>
- van Leerdam, T. R., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2023). The Effect of Gender-Affirming Hormones on Gender Dysphoria, Quality of Life, and Psychological Functioning in Transgender Individuals: A Systematic Review. *Transgender Health*, 8(1), 6–21. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0094>
- van Leeuwen, T. (2008). *Discourse and Practice: New Tools for Critical Analysis* (1. Aufl.). Oxford University Press, Incorporated. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/univie/detail.action?docID=3052986>

- Venib. (2023a, 2. Februar). *Verwaltungsgericht Wien ermöglicht Geschlechtseintrag „nicht-binär“ und verurteilt Gender-Diskriminierung des Innenministeriums – Genderklage*. <https://blog.genderklage.at/2023/02/vwg-enby-urteil/>
- Venib. (2023b, 30. März). *Antrag auf Streichung ebenfalls erfolgreich vor dem Verwaltungsgericht Wien*. <https://venib.at/antrag-auf-streichung-ebenfalls-erfolgreich-vor-dem-verwaltungsgericht-wien/>
- Venib. (2023c, 22. September). Venib Newsletter #8. Venib. <https://venib.at/venib-newsletter-8/>
- VERBI Software. (2021). *MAXQDA 2022* (22.8.0) [Software]. maxqda.com
- Verfassungsgerichtshof. (2018). *Erkenntnis VfSlg 20258/2018*. https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Vfgh/JFR_20180615_18G00077_01/JFR_20180615_18G00077_01.pdf
- Verwaltungsgerichtshof. (2009). *Erkenntnis VwSlg 17746 A/2009*. https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Vwgh/JWT_2008170054_20090227X00/JWT_2008170054_20090227X00.pdf
- Voß, H.-J. (2010). *Making Sex Revisited: Dekonstruktion des Geschlechts aus biologisch-medizinischer Perspektive* (1. Aufl.). transcript Verlag. <https://doi.org/10.1515/9783839413296>
- Vries, L. D., Fischer, M., Kasproski, D., Kroh, M., Kühne, S., Richter, D., & Zindel, Z. (2020). LGBTQI*-Menschen am Arbeitsmarkt: Hoch gebildet und oftmals diskriminiert. *DIW Wochenbericht*, 36, 619–627. https://doi.org/10.18723/DIW_WB:2020-36-1
- Wagenknecht, P. (2007). Was ist Heteronormativität? Zu Geschichte und Gehalt des Begriffs. In J. Hartmann, C. Klesse, P. Wagenknecht, B. Fritzsche, & K. Hackmann (Hrsg.), *Heteronormativität: Empirische Studien zu Geschlecht, Sexualität und Macht* (1. Aufl., S. 17–24). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-90274-6_1
- Wall, C. S. J., Patev, A. J., & Benotsch, E. G. (2023). Trans broken arm syndrome: A mixed-methods exploration of gender-related medical misattribution and invasive questioning. *Social Science & Medicine*, 320, 115748. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115748>
- Weinforth, G., Fakin, R., Giovanoli, P., & Nuñez, D. G. (2019). Quality of Life Following Male-To-Female Sex Reassignment Surgery. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116(15), 253–260. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0253>
- Weiss, V. (2009). „... Mit ärztlicher Hilfe zum richtigen Geschlecht?“—Zur Kritik der medizinischen Konstruktion der Transsexualität. Männerschwarm Verlag.
- Wenzel, M. (2021). *TERFs Falsche Freundinnen – Feminismus für privilegierte Frauen*. Heinrich Böll Stiftung. Gunda Werner Institut. <https://www.gwi-boell.de/de/2021/03/31/terfs-falsche-freundinnen-feminismus-fuer-privilegierte-frauen>

- Wetterer, A. (2010). Konstruktion von Geschlecht: Reproduktionsweisen der Zweigeschlechtlichkeit. In Becker, R. & Kortendiek, B. (Hrsg.), *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung* (S. 126–136). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wierz, V., & Nürnberg, M. (Hrsg.). (2024). *LSBTI* in Pflege und Medizin*. Thieme.
- Wittig, M. (1992). *The straight mind and other essays*. Beacon Press.
- Wolf, G. (2013, November). *Psychopathologisierungsprozesse von LSBT*I-Lebensweisen in DSM-5 und ICD 10, Kapitel F. 1. LSBTI-Wissenschaftskongress*. <http://hirschfeld-kongress.de/images/download/publikationen/Psychopathologisierungsprozesse%20von%20LSBT-I-Lebensweisen%20in%20DSM-5%20und%20ICD%2010,%20Kapitel%20F%20-%20Gisela%20Wolf.pdf>
- World Health Association. (2022). *International Statistical Classification of Diseases 11th Revision*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- World Professional Association for Transgender Health. (2016). *Position Statement on Medical Necessity of Treatment, Sex Reassignment, and Insurance Coverage in the U.S.A.* <https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Web%20Transfer/Policies/WPATH-Position-on-Medical-Necessity-12-21-2016.pdf>

8. Anhang

A – Aufruf zur Forschungsteilnahme	182
B – Transkripte	183
R1.....	183
R2	193
R3	200
R4	202
R5	210
R6	212
S1	218
S2.....	223
S3.....	226
W1.....	236
W2	242
W3	245
P1.....	250
P2.....	252
P3.....	255
C – Kontaktaufnahme für Kontextanalyse.....	258
1. Professionist*innen (Beispiel Psychotherapeut*innen)	258
2. Berufsverbände (Beispiel BÖP).....	258
3. Krankenkassen (Beispiel ÖGK)	259
4. Stadt Wien (Beispiel MA 63)	260
D – Daten der anonymen Onlinebefragung	261
1. Antworten der klinischen Psycholog*innen und Psychiater*innen	262
2. Antworten der Psychotherapeut*innen	262
E – Gedächtnisprotokolle der Telefonate mit Vertreter*innen der Berufsverbände.....	265
F – Mailverkehr (Auszüge)	267
1. ÖGK.....	267
2. BVAEB	268
3. MA 63.....	270
4. WASSt	272
G – Abstract	274

A – Aufruf zur Forschungsteilnahme

Teilnehmer*innen für Gruppendiskussion gesucht

Der Zugang für trans* Personen zu rechtlicher Anerkennung und transspezifischer Gesundheitsversorgung ist in Österreich nach wie vor durch verpflichtende psychiatrische, psychotherapeutische oder klinisch-psychologische Stellungnahmen geregelt. Diese Situation stellt eine gravierende Einschränkung fundamentaler Rechte von trans* Personen dar.

Ich heiße Raphi (keine Pronomen), 25, nicht-binär, und arbeite an meiner Masterarbeit in Psychologie. Ich interessiere mich für die Erfahrungen von trans* Personen im Kontext der Erstellung dieser Stellungnahmen. Daher suche ich nach trans* Personen, die mindestens eine psychiatrische, psychotherapeutische oder klinisch-psychologische Stellungnahme erbringen mussten und bereit sind, im Rahmen einer Gruppendiskussion gemeinsam mit anderen trans* Personen über ihre Erfahrungen zu sprechen.

In der Gruppendiskussion werden zwischen 2 und 6 Personen dabei sein. Die Diskussion wird je nach Anzahl der anwesenden Personen ca. 2-3h dauern. Ich werde den Ton des gemeinsamen Gesprächs aufzeichnen, anschließend abtippen und anonymisieren. Danach werden die Tonaufnahmen gelöscht. Die Inhalte der Gespräche und wer Sie sind werden absolut vertraulich behandelt. Es ist jederzeit möglich ohne Angabe von Gründen die Diskussion zu verlassen. Für meine Forschung - und möglicherweise daraus hervorgehenden Veröffentlichungen - werde ich lediglich einzelne Ausschnitte des abgetippten Gesprächs verwenden. In meiner Forschung nehme ich eine klar nicht pathologisierende Haltung zu trans* ein.

Bei Interesse oder Rückfragen zu meiner Forschung oder zum Ablauf melden Sie sich gerne per E-Mail bei mir.

gruppendiskussion_trans@systemli.org

Ich freue mich, von Ihnen zu hören.

Raphi Maier

B – Transkripte

1 **R1**

2 **Interviewer*in:** Ähm, ihr wisst's ja, ich hab's in dem Aufrufschreiben schon
3 reingeschrieben. Ich interessiere mich für die Erfahrungen von trans Personen im
4 Kontext der Gutachtenerstellung. Du hast es vorher schon kurz angedeutet mit den
5 Gatekeeping Personen. Ähm und welche Erfahrungen gemacht werden und wurden.
6 Ähm, und jetzt würden mich eure Erfahrungen interessieren, wie war das denn bei
7 euch?

8
9 **Barbara:** Gschissn! (beide lachen)

10

11 **Emely:** (unv.) Ich weiß gar nicht, bei mir war es irgendwie, ähm. (5)

12

13 **Barbara:** Keine Ahnung, also ich kann irgendwie vielleicht einen Überblick geben
14 wie das irgendwie so grob war, bei mir. Damit wir mal einen Einstieg haben. Also
15 genau also, ich bin halt irgendwie zu transX gegangen, vor (...) wann war das? Mai
16 2018 oder so? Juni 2018, keine Ahnung. Und wollte halt dort irgendwie
17 fragen, welche Therapeut*innen irgendwie okay sind. Ähm oder vergleichsweise okay,
18 weil ich halt ähm mich soweit schon informiert habe, dass das unter Umständen
19 weniger lustig sein kann, wenn man dann irgendwelche lustigen Stellungnahmen
20 oder Diagnostiken oder sonst was braucht. Ähm, genau. Also wegen dem bin ich dann
21 her und es war aus anderen Gründen dann auch irgendwie ähm eher unerfreulich,
22 aber ich habe im Endeffekt halt nur irgendwie diese Liste äh wurde immer nur auf
23 diese Liste verwiesen, die auch irgendwie online ähm abrufbar war wo halt irgendwie
24 dann, keine Ahnung (...) ein Duzend oder mehr Therapeut*innen dann draufstehen
25 und oder halt irgendwie, keine Ahnung, Therapeut*innen, Psycho/ Psychiater und so.
26 (...) Ähm, ja, also ich habe mir dann aus dieser Liste dann wenn es ja eh keinen
27 Unterschied macht, laut dieser Frau von transX, habe ich dann angerufen.
28 Beziehungsweise, ich glaube, ich habe nicht einmal selbst angerufen, sondern jemand
29 hat für mich angerufen und irgendwie die Person, die am wenigsten g'schissen
30 geklungen hat von irgendwie diesen fünf, die relativ bald ähm erreicht wurden, zu der
31 bin ich dann hingegangen. Ähm, bin beim ersten Termin halt irgendwie so ja ,Grüß
32 Sie, ich, ähm, bin trans, ich will Hormone, ich weiß das' und das ähm war halt etwas

33 auf/ im Nachhinein würde ich sagen, (...) das hat halt irgendwie nicht ins Bild gepasst
34 von dieser Therapeutin oder sogenannten Therapeutin, weil sie wollte halt mich auf
35 dem Weg begleiten und ähm mit mir gemeinsam draufkommen, quasi, dass ich trans
36 bin. Ähm, also das war halt so mein Eindruck. Ähm. Genau, und ich bin halt dann
37 Sitzung für Sitzung für Sitzung irgendwie hingegangen jede Woche. Und, ähm ja, also
38 ich habe jetzt da, abgesehen davon, habe ich jetzt nicht so viel Kontra gegeben, wie
39 ich vielleicht jetzt geben würde, weil, also ich bin auch/ ähm meine Eltern sind
40 irgendwie Impfgegner und glühende Homöopathen. Das heißt, der einzige Arzt mit
41 dem ich irgendwie Kontakt hab, bis ich irgendwie 23 war und das begonnen hat, war
42 mein Zahnarzt. Weil das ist dann offenbar doch irgendwie ein wichtiger Arzt. Wenn
43 dann die Zähne wehtun, dann kann man keine Globuli nehmen. Ähm, ja genau. Also
44 ja, ich schweife ab. Auf jeden Fall war ich ähm Woche für Woche dann irgendwie dort
45 und habe dann nach so fünf, sechs, sieben Sitzungen mal angefangen nachzubohren
46 ‚Ja, wie schaut es denn aus? Kann ich jetzt irgendwie dieses Gutachten?‘ und ähm
47 also ‚Nein, ich muss mir noch ein genaueres Bild von Ihnen machen.‘ Und, ja also
48 dann kamen irgendwelche Fragen/ also sie war sehr, sehr interessiert an meiner
49 Kindheit. Und, also das ist jetzt meine Vermutung, aber ich glaube sie hat halt
50 irgendwie gesucht nach irgendwelchen Traumata, die dann irgendwie verantwortlich
51 sind für das trans Sein oder/

52

53 **Emely:** (Missbrauch?)

54

55 **Barbara:** irgendwelche Komorbiditäten, wha/ whatever. Ähm, ja, das ist jetzt das.
56 Und ja ich hab dann da irgendwann dann doch einen Wisch bekommen nach so neun
57 oder zehn Sitzungen und bin/ hab dann für die ganze Sitzung irgendwie bezahlt für
58 die Stunde und bin nach zwei Minuten wieder raus. Und die war dann komplett
59 entgeistert und konnte es gar nicht glauben, wie das passieren kann. Und ich habe
60 mir gedacht gut, dann habe ich jetzt zumindest irgendwie mal das
61 psychotherapeutische Gutachten. Brauche ich noch das psychiatrische und das
62 klinisch-psychologische. Dann habe ich mich klinisch-psychologisch testen
63 lassen. Ähm (...) bringt es was, wenn ich Namen sage? (...) also, keine/

64

65 **Interviewer*in:** Also, natürlich, du kannst jederzeit Namen sagen. Es ist/

66

67 **Barbara:** Ja, also die erste Therapeutin war {Name der Therapeut*in B}. Dann bin
68 ich zum {Name der Psycholog*in Z} hingegangen zum/ für die klinisch-
69 psychologische Testung. Der hat mich dann so Dinge gefragt wie, an was ich denn
70 gedacht hab als ich irgendwie begonnen habe zu masturbieren. Was irgendwie Layers
71 hat, also. (beide lachen) Und halt auch so eine/ keine Ahnung, ich bin da dreieinhalb
72 Stund/ oder, nein, dreieinhalb? (unv.) ich weiß nicht mehr wie lange. Aber gefühlt
73 sehr, sehr lange Zeit irgendwie vor dem Computer gesessen und habe irgendwelche
74 Tests ausgefüllt. Ähm, nacheinander. Und ich war dann halt einmal dort und im
75 Prinzip ein sehr traumatisches Erlebnis, aber ich muss dann halt auch nicht nochmal
76 hin. Und im Gutachten selbst stehen dann auch halt Dinge, die halt so nicht wahr
77 sind. Ähm ich glaube, er war's, der ähm irgendwann mal reingeschrieben hat, dass
78 ich Pädagogik studiere. Was ich nicht tue und nie getan hab, sondern ich hab
79 Politikwissenschaft studiert und in jedem Folgegutachten steht drin, dass ich
80 Pädagogik studiere (Emely lacht). Weil {Name der Psycholog*in Z} ist ja mehr zu
81 glauben als mir. So, also das als Sidenote. Genau und dann bin ich halt zu einem
82 Psychiater noch gegangen, der war eigentlich eh urlieb. Das war ähm, wie heißt der,
83 {Name der Psychiater*in M}, glaub ich ähm. Der kannte sich jetzt wenig aus und hat
84 dann mehr oder weniger irgendwie mich ähm das formulieren lassen. Ähm, aber ich
85 konn/ ich kannte mich ja zu dem Zeitpunkt offenbar dann, so im Nachhinein, auch zu
86 wenig aus, dass ich irgendwie genau gewusst hätte, welchen lustigen Satz ich denn da
87 reinschreiben muss. Ähm und bin dann mit diesen drei Gutachten, die ich zu dem
88 Zeitpunkt hatte, dann ins {Name des Krankenhauses Ä}. Und dann hat mir {Name
89 der Endokrinolog*in 1}, die Endokrinologin, erklärt, dass das so nicht reichen wird
90 ähm weil da der Satz nicht drinnen steht. ‚Gegengeschlechtliche Hormontherapie ist
91 empfohlen, indiziert‘, oder sonst irgendwie, sondern es steht halt nur drinnen
92 ‚Hormontherapie‘. Und das reicht dann für die Krankenkasse nicht, weil sie hatte da
93 ja schon mal einen Fall und keine/ Also die {Name der Endokrinolog*in 1} ist in dem
94 Sinne eh nicht g'schissn. Aber keine Ahnung. Ja. Auf jeden Fall musste ich dann halt
95 mit diesen lustigen drei Gutachten nochmal zu einem Psychotherapeut, der mir das
96 Ganze dann zusammengefasst hat. Und ähm das von {Name der Therapeut*in B}
97 ganz am Anfang eh ausgespart hat, weil da dann überhaupt keine wichtigen
98 Informationen da drin waren. Und im Endeffekt habe ich dann über tausend Euro für
99 genau gar nichts ausgegeben bei dieser Frau. Gut, das ist Hormontherapie und
100 Namensänderung. Dann habe ich noch ein Gutachten braucht für Vaginoplastie,
101 Bottom Op. Da ging ich zum {Name der Psychiater*in N} gegangen. Also für das

102 psychiatrische Gutachten. Und ich brauchte dann noch ein zusammenfassendes
103 Psychotherapeutisches, nocheinmal. Das habe ich dann bei {Name der Therapeut*in
104 A} gemacht. Die ist eigentlich eh eine ganz gute Therapeutin. Ähm und genau, {Name
105 der Psychiater*in N} hat mich dann beim Gutachten/ der war sehr sexuell übergriffig.
106 Der hat ähm, keine Ahnung, so Fragen gestellt wie ‚Wie stellen Sie sich Ihre Vagina
107 vor?‘ Und ähm dann habe ich gefragt, wie er denn das meine. Und dann ist er näher
108 und näher und näher und näher zu mir gekommen und hat den Satz dann einfach
109 noch mal wiederholt mit ‚Wie stellen Sie sich Ihre Vagina vor?‘ Und, ja, hat auch
110 irgendwie ähm Fragen zu meiner Fettverteilung. Und halt also sehr, sehr
111 dehumanisierende Fragen halt gestellt. Und als ich halt irgendwie die auch noch
112 ernst genommen habe. Mir bleibt da irgendwie wenig Wahl, weil ich brauch ja
113 irgendwie dieses Gutachten sehr, sehr dringend. Ja, also keine Ahnung. Ich habe
114 dann wegen der Frage zu den Fettvertei/ wegen der Fettverteilung hab ich dann
115 gesagt ‚ja ich bin schon sehr zufrieden und Hormone bringen irgendwie eh, keine
116 Ahnung, und (...) und dann hat er irgendwie so gefragt, mit was ich denn zufrieden
117 sei und dann habe ich irgendwie mir irgendwie gesagt und irgendwann habe ich halt
118 gesagt ‚Ja, mit meinen Brüsten bin ich auch ganz zufrieden‘, und starrt er mir
119 irgendwie drauf und ist sicher irgendwie schon so nah dran und sagt irgendwie ‚Ja
120 viel ist eh noch nicht da‘ Ähm ja/
121

122 **Emely:** What the Fuck! Wie ist das relevant für/
123

124 **Barbara:** JA! Keine Ahnung, da hat er mich auch beim Oberschenkel irgendwie so
125 herumgestreift. Und das Absurde dann danach ist, also ich hab mir das natürlich, ich
126 habe mir das halt nicht irgendwie direkt danach irgendwie so, was halt gescheit
127 gewesen wäre, ähm direkt irgendwie Gedächtnisprotokoll geschrieben. Ähm damit
128 ich das halt ähm immer noch so präsent habe. Und, ja ich weiß jetzt gar nicht, wie viel
129 ich dann irgendwie so in der Erinnerung noch verändert habe oder (...) aber ja. Also
130 das ‚Wie stellen Sie sich Ihre Vagina vor?‘ hat er mich sicher gefragt. Das mit den
131 Brüsten ist auch ganz sicher passiert. Und ja, keine Ahnung (unv.) es war auch über
132 eine Stunde und ich weiß jetzt an sich jetzt auch nicht mehr so viel. Ja. Genau und
133 mit diesen lustigen zwei Gutachten wollte ich mir dann von der Krankenkasse eine
134 OP in Deutschland genehmigen lassen. Und das hat nicht funktioniert. Ähm weil die
135 gemeint haben für das brauche ähm ich eine Stellungnahme von einem/ ähm vom
136 jeweiligen zuständigen Universitätsspital. Das ist in Wien das {Name des

137 Krankenhauses Ä} und da hätte sich {Name der Chirurg*in 9} quasi seine eigene
138 Inkompetenz bestätigen lassen müssen und das hat er dann nicht gemacht. Ähm
139 genau, und dann habe ich mich entschieden, das Ganze privat in Thailand zu
140 machen. Ähm, nach thailändischem Recht brauche ich aber da auch wieder ein
141 Gutachten. Und das geht natürlich nicht auf Deutsch. Ähm, und die Person, die das
142 ausstellt, muss einen Dokortitel haben. Deswegen ist meine Therapeutin, die {Name
143 der Therapeut*in A}, nicht gegangen und ich musste quasi wieder beim {Name der
144 Psychiater*in N} anfragen, dass er mir doch bitte sein Arsch-Gutachten da
145 übersetzen soll. Für Geld. Ähm, der hat dann gleich mal gemeint, das geht ja nicht,
146 weil das Gutachten ist schon über ein Jahr her, weil der muss ja nochmal irgendwie
147 nochmal ein Gutachten machen, keine Ahnung was. Und bis ich ihm dann irgendwie
148 erklärt hab, dass ich das für Thailand sowieso nicht brauche, dass das nicht so aktuell
149 sein muss. Ähm, und ihm irgendwie noch fast den ganzen Preis für ein neues
150 Gutachten geschrieben hab und ihm angeboten habe, ich kann es auch irgendwie
151 selbst übersetzen. Ähm (...) ja, nun hat er mir das dann irgendwie zukommen lassen
152 und irgendwie, keine Ahnung, er hat sogar zwei Absätze vergessen zu übersetzen und
153 ich habe ihm für das dann auch wieder irgendwie zweihundert-irgendwas ähm
154 gezahlt. Ähm. Ja (...)

155

156 **Emely:** (Ich höre?) von diesem {Name der Psychiater*in N} nur weirde Sachen.
157 Jedes/
158

159 **Barbara:** NEIN, aber das ist halt, keine Ahnung. Alle wissen es irgendwo. Aber viele
160 sagen ‚ja, er ist halt ein bisschen komisch‘ und das richtig Traurige an dieser ganzen
161 Geschichte ist, dass der Typ halt empfohlen wird, weil man nur eine Sitzung braucht.
162 Es gibt ja Leute, wo man dann eben wieder gegatekeepert wird und dieses Gutachten
163 nicht bekommt. Aber bei ihm bekommt man halt au/ das Gutachten, wo diese Sätze
164 auch genau so drinnenstehen. Und er sitzt in der Courage. Mittlerweile nicht mehr,
165 ich glaube aus gesundheitlichen Gründen ist er jetzt irgendwo in Gerasdorf. Aber
166 einmal im Monat, glaube ich, ist er noch da. (4) Und DAS sind dann die finanzierten
167 Beratungsstellen. (4)

168

169 **Emely:** What the fuck (5) that sounds interesting (lacht) Boah. Also ich hab/ (...) Ich
170 habe eigentlich (...) Weiß nicht. Ich habe das Gefühl gehabt, bei mir war eigentlich
171 der ganze Weg mit Stellungnahmen (...) vergleichsweise einfach. Also ich habe sogar

172 mehr hinausgezögert, als ich müsste, hätte müssen. Also ich war halt, ähm, mein/
173 also (bei?) der Therapeut, den ich hatte, (unv.) dem ich mich halt geoutet habe, der
174 hat da dann gesagt, ähm ‚Ja, also ich kenne mich mit dem ganzen Thema nicht aus.
175 Es ist besser, wenn Sie sich eine andere Psychiaterin suchen‘. Und da hat er zufällig
176 irgendwen gekannt, mit nem Kind das trans ist. Und ähm, sie haben mich dann zu
177 dieser Psychiaterin geschickt. Ähm, ah, nicht Psychiaterin. Ähm, Therapeutin. Der/
178 die {Name der Therapeut*in C} ist das. Ähm, die sich halt auskennt mit dem Ganzen
179 und lauter/ auch einen Haufen Patienten, Patient*innen hat, die ähm trans sind. Und
180 da bin ich halt zu der gegangen. Und habe mich eigentlich instant verstanden gefühlt,
181 weil die eigentlich sofort wusste, was los ist und normal mit mir geredet hat. Auch
182 über die ganzen trans Themen. Auch nicht irgendwie angefangen hat dann von einer
183 Geschlechtsumwandlung zu reden oder von so, so weirde Sachen. Weil das habe ich
184 jetzt vor kurzem in der Tagesklinik auch erlebt, dass halt Psychotherapeutin mich
185 fragt. Also so gleich in der ersten Einzelstunde so. ‚Ach ja, und wie schaut es denn mit
186 der Geschlechtsumwandlung aus?‘ So, obwohl es irgendwie nicht mal irgendwie grad
187 Thema war. Ja. Ah genau. Ich war dann eben bei dieser Therapeutin und ähm ich
188 habe halt gesagt, ich würde gerne Hormontherapie anfangen, weil ich halt/ ähm ich
189 wusste, das gibt es. Und mir war eigentlich von Anfang an klar. Nachdem ich
190 herausgefunden habe, dass Hormontherapie existiert, dass ich das gern haben (will?).
191 Ähm das habe ich in der ersten Stunde gesagt. Und ähm (...) habe dann quasi
192 gedacht, sie braucht quasi noch/ (...) also ohne dass ich sie überhaupt gefragt habe.
193 Ich habe einfach gedacht, sie wird ein paar Stunden brauchen, bis ich/ ähm (4) bis sie
194 mir quasi diese Stellungnahme ausstellen kann. Und halt irgendwie nach so acht
195 Stunden oder so, da fragt sie mich ‚Was ist jetzt eigentlich die Stellungnahme?
196 Wollen sie nicht langsam mal haben?‘. Und ähm dann habe ich gesagt ‚JA, gerne! Ich
197 dachte, ich muss warten drauf, weil ich irgendwie so/ mir immer wieder gesagt wurde
198 ‚Ja, da gibt es irgend/‘ Also ich habe halt auch so weirde Infos bekommen, dass man
199 irgendwie ein Jahr lang als trans Person irgendwie out leben muss, bevor man
200 überhaupt hoffen kann, eine Stellungnahme zu kriegen. Und beim Therapeuten
201 mindestens zehn oder zwanzig Sitzungen haben muss, damit der Therapeut sich
202 überlegen kann, einem vielleicht Stellungnahmen zu geben. Ähm im Endeffekt hat sie
203 gesagt ‚Ja, ich habe eigentlich die Stellungnahme. Ich kann Ihnen die instant geben.
204 Suchen, holen Sie einfach die anderen und beim/ (...) ähm dann habe ich eine
205 Psychologin gefunden, die, ich glaube die {Name der Psycholog*in Y} war das. Ähm,
206 zu der bin ich dann hin wegen der psychologischen Stellungnahme. Ich weiß nicht,

207 wo ich die gefunden habe. Genau, ich glaube, ich habe ähm eine psychologische
208 Praxis gefunden, die für Kinder zuständig ist aber nur. Denen habe ich halt
209 geschrieben und die haben gesagt die machen nicht/ die arbeiten nicht mit
210 Erwachsenen, aber die/ sie kennen diese {Name der Psycholog*in Y} und die ist/
211 ähm die macht öfter Stellungnahmen für trans Personen. Ähm, dann war ich bei der.
212 Und habe halt dort diese Testung gemacht. Ich weiß gar nicht mehr, was da dabei
213 war. Da war glaube ich so Stresstest oder so dabei. Ähm und so ein Frage/ so ein
214 trans Fragebogen, wo man halt ankreuzen musste, so. Ich weiß gar nicht, was da
215 mein Gehirn noch dazu dichtet, weil ich kenne dann paar so trans Fragebögen online,
216 die irgendwie dann so Fragen drin war/ haben wie, mit was für (einem?) Spielzeug
217 habe ich als Kind immer gespielt. Und habe ich die Kleider meiner Mutter immer
218 anprobiert? Und/
219

220 **Barbara:** Immer! Nur manchmal (beide lachen) nur manchmal [leider nicht, ja,
221 (kann man nichts machen?)
222

223 **Emely:** Immer! Und ich war dann halt so.] Ich war halt schon so geprimed, dass
224 solche Fragen kommen werden und habe mich in meinem Kopf schon da/ in Modus
225 gesetzt ,Okay, du musst jetzt schauen, du musst jetzt alles was in deiner
226 Vergangenheit (unv.) ist irgendwie, ähm so interpretieren, dass du es der Psychologin
227 jetzt verkaufst, dass es ein Zeichen ist, dass du trans bist. Ähm. Und. (...) Ja. Es gab
228 da/ also ich hatte eben diesen Test, Stresstest. Dieses, diesen Fragebogen. Ein kurzes
229 Interview, mit mir geführt. Also so kurze Unterhaltung mit mir, wie die Situation halt
230 ist. Ich kann mich nicht mehr so genau erinnern, aber ich habe halt, keine Ahnung.
231 ,Ja, ich weiß schon immer, dass ich eine Frau sein woll/' Ich glaube, ich habe damals
232 sogar gesagt, dass ich auf jeden Fall eine Vaginoplastie haben will. Obwohl es
233 überhaupt nicht klar war. Einfach damit ich halt/ ähm weil sobal/ wenn ich mal die
234 Hormone hab, dann wird mich eh niemand zwingen die Vaginoplastie zu machen.
235 Dann habe ich mal die Hormone. Ähm. Voll. Und. Bei der Stellungnahme. Das fand
236 ich auch ein bisschen weird. Da hat sie (...) da hat sie mich misgendert in der
237 Stellungnahme, weil sie gemeint hat, das muss so sein. Ähm (...) ich hab das halt
238 nicht gefragt. Ich habe mir gedacht, ja, das klingt irgendwie logisch, dass das die
239 Leut/ dass die Krankenkasse das machen (wird?). Ähm. Also nicht logisch. Aber ich
240 kann mir vorstellen, dass die Krankenkasse sagt ,Es muss so gegendert sein, wie es im
241 Ausweis steht.' (macht Behördenstimme nach) Ähm. Genau. Diese {Name der

242 Psycholog*in Y} hat mich dann zur (...) boah ich weiß gar nicht mehr, wie die heißt.
243 Da gibt es so irgendwie eine Gruppenpraxis, war das mit {Name} und (4) wie heißt
244 der Andere/ ich weiß nicht, aber es waren halt eine/ zu einer Psychologin hat sie mich
245 dann verwiesen. Die in irgendsoeiner Gruppenpraxis arbeitet. Die Psychologin selber
246 war/ hat aber alle Plätze voll gehabt. Deswegen war halt dann irgendwie eine andere
247 Ärztin, also eine andere Psychiaterin dort. Die hatte noch Plätze frei und die hat halt
248 dann gesagt ‚Ja, ich kann ja mit der reden‘ und dann/ (unv.) (4) ähm, ja dann habe
249 ich eben bei der einen Termin gehabt für die psychiatrische Stellungnahme. Bin halt
250 mit der Psychologischen hingegangen und die hat im Prinzip eigentlich das meiste
251 einfach abgeschrieben von der/ (unv.)

252

253 **Barbara:** Das machen sie gern.

254

255 **Emely:** Psychologischen. Hm?

256

257 **Barbara:** Das tun sie gern.

258

259 **Emely:** Ja. Und dann stand da halt ich weiß nicht, da standen da noch ein paar
260 Sachen drin, die ich irgendwie gar nie gesagt habe. Weil die Fragen, die dann do/
261 gekommen sind, waren dann/ si/ haben dann irgendwie schon so gezielt darauf
262 abgezi/ so hingedeutet auf irgendwas. ‚Ah ja, aber das ist dann sicher so gewesen für
263 sie, oder?‘ Obwohl das, keine Ahnung. Und (...) Weiß gar nicht mehrwas Fragen das
264 genau waren. Ich habe letztens die Stellungnahme durchgelesen und da standen
265 urviele Sachen drin, wo ich weiß, die habe ich nicht so gesagt. Ähm (...) Und. Ja (4)
266 Bei der hat es dann lustigerweise funktioniert, dass sie mich weiblich gegendert hat.
267 Ähm, halt mit sie/ihr Pronomen. Und das war kein Problem apparently, weil sonst
268 hätte ich keine Hormone bekommen. Ähm, das fand ich dann ein bisschen weird. Ich
269 fand es bei der Psychiaterin aber irgendwie so angenehm, dass ich einfach/ also ich
270 bin immer noch bei der, weil ich gehe einfach hin zu ihr und sage einfach ‚Das will ich
271 gerne‘ und ‚Ja bitte, (hier?) haben Sie es‘. Also es war bei der Stellungnahme
272 eigentlich ähnlich. (4) Ähm. Ja und dann habe ich eben beide Stellungnahmen gehabt
273 und bin zu meiner Therapeutin und habe gesagt, ich hätte das jetzt gerne und dann
274 hat sie es mir gegeben. Und ich hatte damals auch ein bisschen Glück, weil {Name
275 der Endokrinolog*in 1}, wo halt sonst immer alle hingehen. Die hatte ir/ das war
276 während Covid. Und da hat die irgendwie so ein Jahr Wartezeit oder so. Ähm/

277

278 **Barbara:** Die hatte vor Covid neun Monate. (Emely: Wow) Ich habe neun Monate
279 gewartet.

280

281 **Emely:** Da kannst du ein Kind austragen. (unv.) (lachen) Aber eben. Die war dann
282 schon bei über einem Jahr Wartezeit. Und dann habe ich Gott sei Dank von so einer
283 Studie erfahren, die die Wirkung von Hormonen irgendwie so testet. So bevor man
284 halt anfängt. Blutabnahme und so alles mögliche. Und dann irgendwie neun Monate/
285 nein wenn man sechs Monate auf Hormonen ist, dann dann gibt es nochmal
286 Blutabnahmen und so. Und die zwei Ärztinnen, die das gemacht haben, die haben
287 dann quasi auch mich mit dem ganzen Hormonzeug bek/ begleitet. Und da habe ich
288 irgendwie zwei Wochen Wartezeit gehabt. Also das ging irrsinnig schnell. Und da bin
289 halt hin mit den Stellungnahmen. Das hat eigentlich alles gepasst. Also sowohl die
290 männlich als auch die weiblich gegenderte, ähm (...) Stellungnahmen haben gepasst
291 (4) Ja, und ich habe dann eigentlich ziemlich schnell die Hormone bekommen. Also
292 ich hätte sie wahrscheinlich sogar früher bekommen. Also ich habe weniger als ein
293 Jahr gebraucht von dem Punkt, wo ich mich geoutet habe, bis ich wo ich Hormone
294 gekriegt hab. Und wenn ich meiner Therapeutin schon von anfang an gesagt (hätte?)
295 (lachend) ‚Geben sie mir einfach gleich die Stellungnahme‘, dann wäre ich
296 wahrscheinlich schon nach einem halben Jahr auf Hormone gewesen. Ähm. Voll (...)
297 Ja und jetzt ähm, habe ich wieder eine Stellungnahme braucht, weil jetzt ähm mach
298 ich noch eine Orchiektomie in Deutschland und da braucht man als Stellungnahme
299 nur vom Psychiater, oder Psychiaterin. Ähm (...) Das war eigentlich auch wieder
300 unkompliziert. Ich bin einfach hingegangen zu ihr, ‚ich die Stellungnahme gern‘, ‚da
301 ist die Stellungnahme‘. Ich habe sie hingeschickt. Die haben gesagt ‚Da fehlt der Satz‘.
302 Ich habe ihr gesagt ‚Da fehlt der Satz‘. Sie hat den Satz reingeschrieben. Ich hab es
303 hingeschickt. Also das war/ (...) Ich meine, ich fand das irgendwie weird, weil halt
304 irgendwie (unv.) Da stand halt irgendwie drinnen gegen/ ‚Espricht nichts gegen eine
305 Orchiektomie‘. Und sie müssten halt reinschreiben. Ähm, als/ Da gibt es (unv.) dieses
306 Kontraindikation. Das gilt in Österreich. Aber wenn das in Deutschland ist, muss
307 man anscheinend explizit dazuschreiben, dass das aus therapeutisch/ aus
308 psychiatrischer Sicht unterstützt wird oder irgendwie so. (unv.) (lachen) Ja. Es war
309 also irgendw/ (unv.) Kleinscheiß, was vollkommen Irrelevant ist. Aber ja. Ähm, ich
310 hab es eh ganz problemlos bekommen. Ja. Jetzt steht die an.(...) Das war meine
311 Erfahrung mit Stellungnahmen.

1 **R2**

2 **Emely:** Ich glaube eben gut ist es, wenn man Geld hat (lacht), weil man halt dann
3 wenn dann halt so Sachen sind, wo du dann fünf mal irgendwie mit einem blöden
4 Gutachten rumtust und ist Geld jetzt nicht dein Problem und du kannst halt oke
5 hundert Euro nochmal drauf und dann krieg ich was ich brauch, das ist gut zu haben.
6 Ich weiß nicht, mir hat es glaub ich, mir, mein Gatekeeping das scheint bei mir noch
7 recht milde gewesen zu sein. Ähm (...) ich glaub grundsätzlich würeds mir da helf/
8 hilfts mir da einfach, dass ich halt Leute hab, die das verstehen.

9

10 **Barbara:** Im Nachhinein da drüber zu reden mit [Gleichgesinnten ist glaub ich das
11 wichtigste, ja.

12

13 **Emely:** Das man nicht durchdreht] und sich selber danach fertig macht und
14 traumatisiert ist von jeder scheiß Stellungnahme, weil man halt dann/

15

16 **Barbara:** Das bin ich sowieso schon aber NACHHER halt dann, also das ist, der
17 Schaden alles schon (Emely lacht) getan.

18

19 **Emely:** Dass du dich halt nicht noch weiter traum/ retraumati/ selber
20 retraumatisierst, indem du dir da Sachen einredest.

21

22 **Barbara:** Ich meine, es hat ja ein bisschen was von einer Selbst-Traumatisierung,
23 weil mir war ja vor jeder scheiß Sitzung mit dieser lustigen Frau, nach der ersten,
24 klar, dass das mir nicht gut tut und dass ich da rausgehe und ihr hundert Euro
25 bezahlt hab, damit es mir dann schlechter geht als vorher. (...)

26

27 **Emely:** Das finde ich auch (unv.) mit dem schlechter gehen, dass sich irgendwie dass
28 das Gefühl hab, wenn ich irgendwo hingehe und mit ner Stellungnahme bin und
29 dann glücklich bin (lacht), das darf gar nicht sein. Ich muss schauen, dass ich
30 möglichst irgendwie dann irgendwelche Trauergeschichten erzählen [muss und
31 (unv.)

32

33 **Barbara:** Ja, ich hab genau] den umgekehrten Zugang irgendwie so für mich
34 verfolgt damals, weil es irgendwie so, weil ja Komorbiditäten und wir müssen

35 ausschließen, dass du jetzt irgendwie, weiß ich nicht, ADHD oder Autismus oder
36 sonst irgendwas hast du sonst kriegst du es ja nicht. Man hört ja irgendwie
37 Geschichten und ja, deswegen habe ich dann irgendwie das alles irgendwie
38 verstecken versucht und dass es mir irgendwie eh nicht gut geht. Aber wahrscheinlich
39 ist das dann auch wieder kontraproduktiv, weil dann geht es mir ja zu gut, dass ich
40 irgendwie keine Ahnung was. Und das geht ja so weit, keine Ahnung, also dass, ich
41 hab immer noch keine, ich habe keine Diagnose, aber ich habe höchstwahrscheinlich
42 irgendwie ähm ADHD und ähm das hab ich sicher zwei drei Jahre rausgeschoben
43 genau deswegen. Weil keine Ahnung, also da habe ich auch irgendwie einen
44 Kommentar jetzt von {Name der Therapeut*in A} also die, die die beste von diesen
45 ganzen Personen habe ich dann noch irgendwie einen Kommentar im Kopf, wie sie
46 sie schreibt ungerne Stellungnahmen nach Medikamentenumstellung, in so einem
47 Beisatz hat sie das irgendwann einmal gesagt und ich habe dann nicht nach Kontext
48 gefragt und so jetzt im Nachhinein ist es jetzt an sich als Meldung jetzt noch nicht in
49 die die roteste aller Flags aber das macht halt dann auch irgendwie was. (8)

50

51 **Emely:** Mei, ja, es is/ das ist irgendwie so (räuspern). Dir darf es nicht zu schlecht
52 gehen, weil sonst hast du and/ plötzlich irgedwie anderes kriegst du dann
53 aufgedichtet und dann ist wieder so: Wow, fuck, krieg ich das jetzt, weil das ist jetzt
54 eine andere Diagnose? Und wenn es dir zu gut geht, dann ist es ja eh kein Problem
55 und du fühlst dich ja eh wohl so wie du bist. Dann brauchst du es ja auch nicht und
56 das ist halt irgendwie.

57

58 **Barbara:** Es ist ja immer dieses Spannungsfeld zwischen keine Ahnung, dir darf es
59 nicht zu gut gehen, weil sonst brauchst du es eh nicht es eh nicht und zu schlecht darf
60 es dir auch nicht gehen, weil das müssen wir ausschließen und dann auch zu du darfst
61 nicht zu männlich unter Führungszeichen herumlaufen, weil dann wirst du nicht
62 ernst genommen, aber du darfst auch nicht zu weiblich unter Führungszeichen
63 (Emely: Parodie) herumlaufen, weil sonst bist du eine, ja genau, eine Parodie oder du
64 fetischisierst irgendwie (Emely: Oh Gott!) Frauenkörper und du darfst, ja, und das
65 bei diesen ganzen Dingen. Da kannst du (unv.) (4)

66

67 **Emely:** Ja voll. Das finde ich auch irgendwie so, ich meine, es ist jetzt (unv.)
68 Gatekeeping, aber so wenn du halt (...) ich bin mir nicht mehr genau sicher, wie das

69 thematisiert wurde, aber es wurde auf jeden Fall meine Sexualität thematisiert bei
70 den ganzen Stellungnahmen.

71

72 **Barbara:** ‚Sind Sie sicher, dass Sie nicht einfach nur schwul sind?‘, (Emely: What
73 the fuck!?) hat mich {Name der Therapeut*in B} genauso gefragt. Nein, nein, {Name
74 der klinischen Psycholog*in Z} war es! Ich weiß es nicht wer es war. Das ist ja das
75 Nächste. Also, keine Ahnung. Ich denk mir dann auch wieder, keine Ahnung, weil ich
76 irgendwie zu nett bin oder so. Ich sollte den Leuten nicht Unrecht tun, wenn ich nicht
77 mehr genau weiß, was sie/ aber natürlich weiß ich es nicht mehr genau, weil es ist
78 traurig. I don't know. (beide lachen müde)

79

80 **Emely:** Aber ja, so, dass die Sexualität dann da plötzlich irgendwie mit reinkommt
81 und dann irgendwie ich nicht weiß, soll ich jetzt, keine Ahnung, soll ich da jetzt sagen
82 ich hab drüber phantasiert, dass ich dass ich irgendwie von einem großen Mann als
83 kleine, zarte Frau penetriert werd/

84

85 **Barbara:** Autogynephilie! Bist du [schon ausgeschlossen. Da hast du schon verloren,
86 da hast du schon verloren (betont).

87

88 **Emely:** GENAU! Voll! Da ist das. Ist es dann das] oder muss ich das sagen, damit
89 mir die Leute glauben, dass ich wirklich eine Frau sein will? Und wenn ich sage, ich
90 steh auf Frauen dann ist halt aber warum, also dann kommt echt von vielen Leuten
91 irgendwie so gleich mal die Frage ‚Warum wollen sie denn überhaupt transitionen?‘
92 Also halt von ähm also ich hab das noch nie von/

93

94 **Barbara:** LESBIANISM! (gehaucht)

95

96 **Emely:** Genau. Aber man kann ja nur ein Buchstabe von LGBT sein.

97

98 **Barbara:** Ja, ich war eh schon fast alle. (beide lachen) ähm, ja (4) ‚Sind Sie sicher,
99 dass Sie nicht einfach nur schwul sind?‘, nachdem ich ihm erklärt habe, dass ich bi
100 bin. (...)

101

102 **Emely:** Ja, da sind wir beim nächsten Thema (lacht): bi erasure (5) Also ich habe
103 auch irgendwie so, ich weiß nicht, ich bin richtig in so einen, also so am Anfang von

104 der Transition bin ich so in einen Modus gegangen, wo ich mir gedacht habe, okay,
105 was wollen die Leute alle hören von mir? Was ist so der common thread? Und der
106 thread ist halt, dass du dann eine heterosexuelle trans Frau sein willst, die von nichts
107 anderem träumt, als irgendwie von einem riesengroß-beschwanzten Mann irgendwie
108 penetriert zu werden und ähm die sich weiblich anzieht und schon immer wusste,
109 dass sie eine Vagina haben will und ich bin dann so, SO in den Modus reingegangen,
110 dass ich mittlerweile nicht mehr weiß, was war jetzt wirklich Dysphorie von mir und
111 was war einfach nur: ich [muss das halt wollen].

112

113 **Barbara:** Ja, was] haben die Leute dann selbst irgendwie reingepflanzt in mein
114 Hirn? [Das ist das/

115

116 **Emely:** Genau] Ich weiß bis jetzt nicht, wie das bei mir mit meiner bottom Dysphorie
117 ist, weil ich hatte echt so ich war so richtig an dem Punkt, wo ich arge
118 Selbstmordgedanken einfach hatte, weil ich keine Vagina hab und jetzt bi/ jetzt ist es
119 absolut nicht mehr da und ich weiß jetzt nicht.

120

121 **Barbara:** Ich glaube das ist ein ganz guter Punkt. Also ich bin davon überzeugt, dass
122 das Gatekeeping zu mehr Detransitionern führt, die das irgendwie bereuen. Weil du
123 wirst halt irgendwie, keine Ahnung, du wirst halt gezwungen, dass du irgendwie
124 genau diesem Bild irgendwie entsprichst. Und du das und das und das und das
125 machst.

126

127 **Emely:** Ja und wenn ich das Geld damals gehabt hätte, ich hätte wahrscheinlich
128 sofort einen Vaginoplastie Termin ausgemacht. Wahrscheinlich wäre ich dann,
129 vielleicht wäre ich dann auch einer von diesen Leuten, die: Oh Gott, meine Vagina,
130 ich ähm (lacht) mein Penis ist weg! Ich vermiss ihn. ähm. (...)

131

132 **Barbara:** Ja, also da, ja da gibt es ja ganz eigene Leute. (4) ja/

133

134 **Emely:** Und (...) auch, ich meine auch dieses Ding, was es ja Gott sei Dank nicht
135 mehr gibt aber was ja in vielen Ländern auch ist, mit dem du kannst dein (Barbara:
136 Sterilisationszwang) Geschlecht sein, wenn, genau, Sterilisationszwang oder
137 überhaupt, dass du gezwungen wirst, gleich voll eine Vaginoplastie zu machen, damit
138 du überhaupt den Namen ändern kannst und den Geschlechtseintrag.

139

140 **Barbara:** Naja, also du wirst glaub ich, as far as I know, nirgendwo gezwungen
141 wirklich eine Vaginoplastie zu machen, weil as we all know the two genders are
142 anwesender Penis und abwesender Penis (Emely lacht).

143

144 **Emely:** Du musst (unv.) (beide lachen)

145

146 **Barbara:** Ja, das ist ja das Nächste. Okay. Das wollte ich auch noch reden. Ähm
147 dieses ganze Gatekeeping ist passiert und dann irgendwie so ähm (...) ich glaub ein
148 Jahr darauf oder so wollte ich irgendwie Therapie machen, um das aufzuarbeiten
149 ähm (...) und hab mir halt irgendjemanden gesucht, der sich absolut nicht auskennt
150 bei trans, weil das sind ja alles Leute, die irgendwelche Zusatzausbildungen und
151 wohin das führen haben wir ja gesehen, so in meinem Kopf ähm (...) und genau so
152 bin ich, kam ich halt bin ich halt zu dem Therapeuten hingegangen so in Ausbildung
153 und irgendwie scheint eh ganz gut. Das heißt ich zahle irgendwie nur die Hälfte,
154 kriegt zwar nix von der Kranken/ keine Ahnung, aber es hat eh irgendwie ganz gut
155 gepasst ähm so bisschen weird psychoanalytisch, aber ja das (...) geh ich halt zur
156 ersten Sitzung hin und sage ihm halt so, was geht in der Therapie, was kann man
157 irgendwie so (...) so was will ich überhaupt von ihm, oder? Und ich habe das
158 irgendwie sehr, sehr befreiend gefunden, als irgendwie als erstes, dass das irgendwie
159 so meine erste Situation war, wo ich irgendwie nicht abhängig war von den Leuten
160 für irgendwelche Zettel und es hat dann eh irgendwie am Anfang (räuspern)
161 irgendwie ganz gut funktioniert bezüglich dem und private Geschichten und
162 irgendwie das Warten auf bottom Op und so weiter und so fort. Das hat irgendwie eh
163 und irgendwann ist irgendwie dieser Termin immer näher gekommen ist und ich
164 hätte glaube ich ähm, genau, das war der 20. Juli damals ähm letzten Jahres wäre der
165 Op Termin gewesen. Der wurde dann später verschoben wegen Covid, aber das ist
166 eine andere Geschichte. Ähm und irgendwann so Anfang Juni, also dass wäre halt
167 dann eineinhalb Monate hin gewesen und ähm fing es halt so an mit ähm, ob ich
168 denn mit meinen Eltern schon großartig gesprochen hätte wegen bottom Op und so.
169 Dann sage ich, ja, also so mit/ also wie es mit uns ist, dass ich das will. Und meine
170 Mutter weiß auch, dass das genau so ist. Und mit meinem Vater habe ich noch nicht
171 gesprochen und auf das hat er sich dann irgendwann einmal hingekrallt. Und so in
172 den nächsten zwei, drei Wochen ist es mehr und mehr und mehr geworden, bis er
173 dann beim letzten Mal irgendwie von phallischen Energien gesprochen hat und dass

174 das sehr wichtig ist, dass ich mit meinem Vater noch einmal rede, weil das könnte ja.
175 Und diese, ich habe mich so betrogen gefühlt, weil ich renne zu dem Typen seit
176 Oktober jede scheiß Woche fast, erzähle ihm irgendwie meine intimsten Details,
177 arbeite noch mein Trauma von dem Gatekeeping-Blödsinn auf und dann kommt
178 sowas.

179

180 **Emely:** Phallische Energien (lacht) what the fuck!

181

182 **Barbara:** PHALLISCHE Energien! (Emely: ja) Phallus.

183

184 **Emely:** Ja, ich mein (beide lachen) what the fuck einfach nur, but why? (lacht)

185

186 **Barbara:** Und selbst dann, wenn, ich meine (...) ich war zu dem Zeitpunkt jetzt eh
187 irgendwie schon mehr, als irgendwie damals, als ich irgendwie ganz begonnen habe,
188 irgendwie am Beginn von meiner Transition, habe dann irgendwie so nachgefragt
189 und keine Ahnung und ähm dass ich das halt irgendwie nicht okay find, dass der jetzt
190 irgendwie das Körperteil Penis irgendwie direkt mit Männlichkeit irgendwie
191 verbindet, weil das ist etwas, wo ich in der ersten Sitzung reingegangen bin und das
192 ihm mitgeteilt habe, weil ich geh ja nicht einmal hin mit der Vorstellung, dass der das
193 eh alles versteht, sondern ich geh ja extra irgendwie. Ja (...) ähm genau, und dann
194 kommen halt und und dann sind so Sätze gekommen ‚Was haben denn phallische
195 Energien mit einem Penis zu tun?‘ Und dann hab ich mir gedacht/ (6) ja, keine
196 Ahnung. Ich weiß gar nicht, was ich darauf geantwortet habe/

197

198 **Emely:** Er hat gesagt, dass phallische Energien im Peni/

199

200 **Barbara:** ‚Nein, ich meine ja gar nicht den Penis. Ich meine ja phallische Energien.‘
201 Oder nein ich weiß nicht, wie der Wortlaut genau war, aber das JA! NEIN! (empört
202 ausgerufen) aber so absurd wird das. Nein, er meinte nicht den Penis. Er meinte
203 phallische Energien. Er meinte irgendwie Carl Gustav Jung. Er meint irgendwie
204 Anima Animus. Und das ist ja alles irgendwie unabhängig vom Körper. Dann sage ich
205 so, ja aber warum ist das jetzt genau jetzt in dieser Situation, wo es ja immer etwas
206 Körperliches geht, jetzt gerade wichtig? ‚Ja, nein, weil, grundsätzlich‘ Und keine
207 Ahnung und dieses Gaslighting dann auch noch irgendwie so drauf und ja, seitdem
208 war ich nicht mehr in Therapie, obwohl ich glaube, dass das grundsätzlich keine

209 schlechte Idee wäre. (4) (lachen) (Emely: what the fuck) Aber nicht in Therapie zu
210 sein ist eine bessere Idee, als/
211
212 **Emely:** Als so eine Therapie. Ja, immer so dieser weirde Fokus auf Genitalien. Ich
213 mein, obviously geht es um Genitalien bei einer Vaginoplastie, aber halt, keine
214 Ahnung, so alles einfach darauf hin führen. Es geht nur um die Genitalien und wa/
215 keine Ahnung mir wurde irgendwie so gesagt, es war so/

1 **R3**

2 **Interviewer*in:** Was hat euch so geholfen, mit den Erfahrungen umzugehen? Oder
3 hilft euch immer noch mit den Erfahrungen umzugehen? (4)

4

5 **Candice:** Ich habe es tatsächlich schon Normalisiert, traurigerweise. Die ganze
6 Transphobie. Also ich wundere mich nicht mehr, wenn ich misgendet werde oder so
7 von cis Menschen. Es hat sich schon normalisiert in meinem Kopf. Es ist traurig.
8 Traurig, aber wahr. (4) ähm Das hat sich normalisiert, in mein/ für mich. (11)

9

10 **Carmen:** Naja einerseits, also (...) man macht das (Gegebene?) nicht zum
11 Selbstzweck, sondern, man hat dann ja ähm man hat halt irgendwie die Ops, die
12 einem den Körper geben, in dem man sich wohler fühlt. Ähm (5) und es ist furchtbar,
13 dass dieses Gatekeeping zwischen einem und diesen Zielen bestehen. Ähm (...) Aber
14 trotzdem ist es das wert. Also quasi (...) aber alles, wäre das wert, weil das ist
15 alternativlos, also/ (allgemeine Zustimmung)

16

17 **Barbara:** Also ich weiß nicht mit/ wie oft ich das schon gehört habe, aber ich glaube,
18 die meisten trans Leute würden irgendwie/ haben das irgendwie so ähnlich erfahren
19 wie ich. Also das es dann irgendwann halt die Frage war: transition or die. Und nie
20 irgendwie so ja (...) this is (Carmen: Dann mach ich es halt nicht) actually eine option
21 oder so in einem normalen Leben, sondern erst wenn man irgendwie alles andere,
22 und was auch immer das dann ist, irgendwie ausprobiert hat, was sonst irgendwie
23 möglich wäre. Also so war es halt zumindest für mich. (5)

24

25 **Carmen:** Also durch das Gatekeeping durchzugehen und mir Sachen anzuhören, die
26 ich furchtbar finde und so (...) ähm, aber dafür halt dann den Zugang zu bekommen,
27 zu Hormonen, zu Ops (unv.) (...) ist definitiv viel besser als die Alternative ähm (10)
28 und ich glaube dieses (9) diese Unterstellung (kommt?), ich müsste das ja nicht
29 machen, ich könnte ja auch ein femininer Mann sein. Haha (sarkastisch) (müdes
30 Lachen der anderen) (Candice: Kotzemoji) Das ist/ (7)

31

32 **Barbara:** Ich meine, erstens kann man das in bestimmten Kontexten genauso wenig
33 (...) ähm

34

35 **Carmen:** Eh, das ist mein Punkt, dass das eben nicht ging, dass das nicht (...) dass
36 die Frage nicht ist, könnte ich irgendwie/ nehme ich das Gatekeeping auf mich und
37 dafür kann ich dann die meine trans Identität leben oder stattdessen lebe ich halt
38 anders. Das ist nicht/ (...) das sind nicht die Optionen, die sich mir da (unv.) waren.

39 (4)

40

41 **Barbara:** Und die Alternative ist ja dann auch nicht irgendwie, du lebst irgendwie
42 als/ ALSO es geht ja sowieso nicht! Das ist eh klar, aber die Alternative ist ja dann
43 auch nicht du lebst irgendwie als gesellschaftlich akzeptierter Mann, weil den Nazis
44 ist es ja eigentlich wurscht, ob du jetzt irgendwie eine trans Frau bist oder eine Drag
45 Queen oder irgendwie ein sehr, sehr femininer Mann. Das ist ihnen völlig wurscht.

46

47 **Carmen:** Und das ist auch ein/ (10) Es sind die gleichen Leute, die auf der einen
48 Seite sagen: kannst du nicht ein femininer Mann sein? und auf der anderen Seite
49 sagen: ja, aber weißt du, Weiblichkeit hängt ja nicht an all diesen Dingen. Es gibt
50 genug cis Frauen, die einen Bart haben und (unv.). Ja, wie geht die Gesellschaft um
51 mit femininen Männern? Wie geht die Gesellschaft um, mit cis [Frauen, die männlich
52 aussehen, ja? Es ist ähm/

53

54 **Emely:** Die sagen cis Frauen, sie sind keine echten Frauen] (...) Das ist dann weird,
55 wenn dann cis Frauen Transfeindlichkeit abkriegen, weil sie irgend/ behaarte Beine
56 haben und Leute ihnen dann sagen, sie sind Männer, quote unquote.

57 **Carmen:** Oder weil sie große Füße haben

58

59 **Emely:** Oder breite Schultern oder groß sind. (unv.)

1 **R4**

2 **Interviewer*in:** Habt ihr in all diesen Erfahrungen in dem Gutachten irgendwelche
3 Unterschiede gemerkt zwischen Psychiater*innen, klinischen Psycholog*innen oder
4 Psychotherapeut*innen? Oder kann man da keine/
5

6 **Carmen:** Also was mir dazu einfällt, was eine Geschichte ist, die ich mit
7 verschiedensten Namen immer wieder gehört habe, ist, Leute sagen, ich war zuerst
8 bei Person XY. Egal um welche von diesen drei Gutachten es jetzt geht. ähm. Und
9 dann war ich bei der anderen Person so und so. Und die erste Person war furchtbar
10 und die zweite Person war viel besser. Und man kann quasi/ (...) man findet die
11 gleichen Namen manchmal als die erste Person und manchmal die zweite Person in
12 der Geschichte. Weil die eigentlich alle scheiße sind und es geht nur darum, ob du
13 schon genug gelitten hast. Und wenn du vorher bei jemanden anderen warst und der
14 hat dich dann schon ein halbes Jahr gequält. Und dann bist du de facto schon ein
15 halbes Jahr in Transition, wenn du zu zwei Personen gehst. Dann hast du dort einen
16 viel besseren ersten Eindruck. ähm, und du hast ja schon mehr gelitten und unter
17 Beweis gestellt und glaubt dir dann einfach viel eher, dass du trans bist. Und das ist
18 so ein Ding, was ich so unglaublich frustrierend finde. Dass man nicht herumlaufen
19 kann und sich anhören kann, mit wem hast du gute Erfahrungen gemacht, mit wem
20 hast du schlechte Erfahrungen gemacht. Und dann eine Liste zusammenstellen mit
21 den Guten. Weil die Guten sind einfach immer die, die halt (...) dich zum Ersten Mal
22 gesehen haben, wo du ein paar Monate in Transition schon wars. Und. (...) Das hat
23 dann einfach anders ausgesehen. Ähm (...) also das ist das Hauptding, was mir
24 auffällt, zu Unterschieden zwischen/ dass die eigentlich nicht wirklich an der Person
25 hängen, sondern, ob der die Rolle der ersten Person hat oder die Rolle der zweiten
26 Person. Ich glaube, dass sich das auch überträgt auf diese individuellen drei
27 Gutachten. In der Regel wollen die immer die Gutachten von anderen schon sehen,
28 bevor sie ihr eigenes schreiben. Also jeder von den dreien möchte am liebsten die
29 dritte Person sein. ähm (...) Und quasi/ Je mehr die abschreiben können von anderen
30 und mehr sich anhängen daran, dass eine andere Person schon gesagt hat: ‚ja, ja,
31 trans‘ desto einfacher wird es. Und das macht es so schwierig zu sagen, wer gut ist
32 und wer nicht gut ist. (...) Für mich persönlich war wahrscheinlich die schlimmste
33 Erfahrung das klinisch-psychologische, ähm. (...) Das ist so abgelaufen, dass die mich
34 gefragt hat zu Dysphorie. ähm, und ich (...) ähm (...) gesagt hab ähm (4) die

35 Hauptdysphorie, die ich habe eigentlich/ das ist alles nur mit den Haaren. Und zu
36 dem Zeitpunkt habe ich diese Kappe getragen, mit welcher ich heute reingekommen
37 bin. Und zu dem Zeitpunkt war hier kein einziges Haar (zeigt auf den vorderen Kopf)
38 ähm (...) Das ist alles von einer/ von zwei Haartransplantationsop's, (fast?) vier Tage
39 in Summe. (4) ähm. Und dann hat die auf eine ähm (5) dass das invalidierende Art
40 gesagt: ‚Naja, so schlimm kann das ja nicht sein‘ quasi. ähm (...) und dann habe ich
41 halt kurz überlegt und dann habe ich meine Kappe runtergenommen. (...) Und ähm,
42 war irgendwie für zwei Minuten oder so Totenstille. Und dann hat sie angefangen zu
43 reden und hat für fünf Minuten nicht mehr darüber aufgehört zu reden, dass ich das
44 niemanden zeigen soll. (Emely: What the fuck) Und ich meine. I know! That's why
45 this is the thing (unv.) Darum hab ich so viel Dysphorie. Darum wollte ich mich
46 umbringen zu diesem Zeitpunkt. Wegen meinen Haaren. Und ich habe es ihr nur
47 gezeigt, weil sie diese Erfahrung invalidiert hat und gemeint hat so schlimm kann es
48 nicht sein. Und dann reagiert die auf diese g'schissene Art darauf, dass ich ihr das
49 dann halt zeige. ähm. Und dann hat sie mir das Gutachten geschrieben. Und im
50 Gutachten hat sie mich über 50 Mal misgendert. (4) ähm (5) Und ich bin davon
51 überzeugt, es gibt hier Leute, die laufen rum und sagen, dass sie wunderbare
52 Erfahrungen haben mit dem klinisch-psychologischen Gutachten bei dieser Person.
53 Aber (5) für mich ist diese Person ein Monster. (4) Ich verstehe nicht, wie man in
54 dem Bereich arbeiten kann und sich dann so verhalten kann.

55

56 **Emely:** Ja vor Allem, wenn man regelmäßig Stellungnahmen für trans Leute
57 ausstellt.

58

59 **Carmen:** Ja. Und dann verhält man sich so. (7)

60

61 **Emely:** Ich habe ähm. Also ich habe irgendwie das Gefühl gehabt, ich habe/ also (...)
62 die schlimmste Stellungnahme war auch die Erste. Aber war auch die erste, aber die
63 war nicht schlimm. Also mehr, als (nicht schlimm?) also das einzige war, dass in der
64 Stellungnahme hat sie mich halt misgendert, weil sie gemeint hat, das muss für die
65 ÖGK so sein. Dass da männliche Pronomen drinstehen, weil es ist ja offiziell.
66 Trotzdem hat es bei den anderen zwei Stellungnahmen/ war es dann egal.

67

68 **Carmen:** Jeder einzelne von diesen Idioten hat irgendwelche Vorstellungen davon,
69 wie Dinge sein müssen. (Barbara: Ja und dann wird man zusammengeschissen, wenn

70 man irgend/) Und die tun das nicht einmal untereinander abklären, was sie denn mit
71 dieser festen Überzeugung glauben, wie Dinge sein müssen.

72

73 **Emely:** Ja. Und dann haben andere abgeschrieben von dem aber dann/ die haben
74 dann gesagt, ja das ist ja irgendwie weird, dass da ‚er‘ steht. (unv.) und haben ‚sie‘
75 hingeschrieben. (4) Und ich muss sagen/ ich war eben auch schon ähm (...) ich war
76 halt schon bei einer Therapeutin, die hat zwar die Stellungnahme erst am Ende
77 ausgestellt, aber hat mir basically zugesichert, ich kriege die, sobald ich die anderen
78 Stellungnahmen habe. Also deswegen bin ich auch irgendwie so halb mit/ schon in
79 der Transition hingegangen sozusagen und nicht (...) geboymoded. quasi. ähm (...)

80

81 **Carmen:** Wieder von Polen. ähm (...) Dort. (Emely: das Land.) Genau. Dort ist es so,
82 dass es tatsächlich üblich ist, dass dort ähm die falschen Pronomen stehen. Weil dort
83 hast du ja nicht nur die Stellungnahmen, sondern musst du mit diesen
84 Stellungnahmen zu einem Richter gehen. (...) Und dort ist es so, dass manche Richter
85 sich pissed fühlen und eine Stellungnahme dismissen, wenn sie das Gefühl haben,
86 dass die Stellungnahme ihre richterliche Entscheidung vorwegnimmt. (4) Und darum
87 ist das so, dass dort die Gutachter quasi sich nicht trauen, richtige Pronomen zu
88 verwenden, weil es sein kann, dass du an einen Arsch-Richter kommst, der das dann
89 als persönlichen Angriff sieht. Dass der Gutachter quasi seine Entscheidung vorgreift
90 und jetzt schon die anderen Pronomen verwendet. Aber bei uns hast du das nicht.
91 Weil bei uns reicht das Gutachten. Es gibt niemanden, der dann noch einmal darüber
92 richten muss. Und darum ist das natürlich ein absoluter Schwachsinn, wie das
93 angeblich sein muss. Für wen, weil/

94

95 **Barbara:** Und ja (...) diese Gespräch (unv.) Also ich/ Ich wollte es halt dann ab
96 einem gewissen Zeitpunkt irgendwie genau wissen. Weil natürlich wollte ich das. (...)
97 Und ich habe irgendwie monatelang irgendwie versucht herauszufinden, was jetzt
98 denn wirklich der dezidierte Unterschied zwischen einer Stellungnahme, einer
99 Diagnostik und einem Gutachten ist. (...) Bis ich dann irgendwann einmal später
100 dann, wenn es eh vorbei ist, habe ich die {Name der Therapeut*in A} nur
101 interessehalber gefragt und die meint dann: ‚Es ist eh wurscht‘.

102

103 **Emely:** Ich glaube, ein Gutachten, ist umfangreicher. Wesentlich umfangreicher.
 104 Also das, was wir kriegen, sind Stellungnahmen. Aber (...) [das ist ja eh wurscht. Die
 105 nennen das ja auch gegenseitig falsch.
 106

107 **Barbara:** Nein, aber das sind so Dinge. Ich/] (...) ja, ja, nein. Aber das sind halt so
 108 Dinge. Ich geh zum {Name der Psycholog*in Z} hin mit meinem ersten Wisch von der
 109 {Name der Therapeut*in B}. Da steht Stellungnahme drauf. Ich nenne das einmal
 110 Diagnostik und werde zusammengeschissen was ich mir denn überhaupt erlaube,
 111 dass das irgendwie da (...) falsch (6) (unv.) nicht zusammengeschissen, aber halt
 112 irgendwie so zurechtgewiesen oder halt irgendwie so/ weil man das ja eh weiß und
 113 keine Ahnung (...) wie sie alle wissen.
 114

115 **Carmen:** Ja, ja. Ja, ja.
 116

117 **Emely:** Aber nicht mal selber wissen.
 118

119 **Barbara:** Für was habe ich aufgehört Germanistik zu studieren? Damit ich das ir/
 120 (lachen) (6)
 121

122 **Carmen:** Ja. Mich haben sie bei der Post kürzlich zusammengeschissen, weil ich
 123 nicht gewusst habe, dass Dinge, die man abholen muss, bis bis zum Dritten Montag
 124 nach dem Zustellversuch/ (lachen) Und ich Dummkopf habe gedacht, es sind drei
 125 Wochen/ Und dann ist einmal was an einem Montag zugestellt worden, und dann
 126 sind es noch zwei Wochen Wochen, weil ja (unv.) erste Montag ist. Und dann bin ich
 127 zusammengeschissen worden, weil ich halt das nicht weiß, dass das nicht drei
 128 Wochen aufgehoben wird, sondern dass die aufgehoben wird bis zum Dritten Montag
 129 nach dem Zustellversuch. (4)
 130

131 **Interviewer*in:** Wir haben gerade die Fragestellung wo du nicht da warst ähm, ob
 132 es Unterschiede in euren Erfahrungen gibt zwischen Psychiater*innen, klinisch
 133 Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen? (unv.) geredet/
 134

135 **Carmen:** Ich habe sie lange geantwortet, dass sie alle scheiße sind. (lachen)
 136

137 **Barbara:** Ja. Nein. Also ich hätte jetzt irgendwie positiv/ sowohl neg/ sowohl als
138 auch positive und negative Beispiele jetzt Psychiater und Therapeut*innen. Klinische
139 Psycholog*innen kenne ich jetzt eigentlich keine Positivbeispiele. (lacht) ähm. Aber
140 (...) Ja keine Ahnung. Also diese (...) weil es halt irgendwie Psychotherapie ist. Und
141 wenn man in der Natur der Sache, dass irgendwie dann die Leute irgendwie öfter
142 sieht oder länger sieht. Hat das irgendwie schon einen anderen Charakter. Und
143 irgendwie, keine Ahnung. Kann viel perfider werden, habe ich so das Gefühl. (4) So
144 jede Woche da/ Ich kann mich erinnern, als die {Name der Therapeut*in B} so meine
145 einzelnen Kleidungsstücke irgendwie so kommentiert hat. Und das ist. Was nicht
146 weiblich aussieht und keine Ahnung was. (Candice: Was!?) Und was aus welcher
147 Abteilung irgendwie ist. Und dann hat sie irgendwie so entschieden, dass meine Brille
148 ja irgendwie sehr weiblich sei. Und das ist irgendwie das einzige Accessoire, was ich
149 irgendwie noch gehabt, was ich irgendwie vor Transition gehabt. (lacht) Und
150 irgendwie so, weiß ich nicht. Aber mein Fehler war ja, eine Hose anzuziehen und
151 nicht irgendwie/ (5) (unv.) Ich habe dann fast ein ganzes Jahr lang nur Röcke und
152 Kleider getragen. Nachdem ich bei der {Name der Therapeut*in B}/ Und ich glaube
153 während ich bei der {Name der Therapeut*in B} war/ so weit war ich noch nicht,
154 irgendwie da einen Rock anzuziehen. Aber sie hat mich irgendwie so weit rein
155 konditioniert/
156

157 **Emely:** Ja, voll. Ich bin auch nur mehr mit Rock und Kleid hingegangen zu den
158 Stellungnahmen. Weil, natürlich/ (4)
159

160 **Carmen:** Ich bin mit Minirock und/ also so im (unv.) (Emely: so Highheels?) ja, ja.
161 Wirklich. Mit Highheels und Minirock. Und/
162

163 **Barbara:** Ja da gibts ja eh immer/
164

165 **Carmen:** Der {Name der Psychiater*in N} hat mir sofort alles geschrieben (unv.)
166 (lachen)
167

168 **Emely:** Du kummsch do ned [rein mit diese Schuhe!
169

170 **Barbara:** Was hab ich schon wieder falsch gemacht/ (lacht)
171

172 **Carmen:** Ähm (4) weil ich glaube, ähm (...) bei Therapeuten ist das auch so eine
173 Frage von (...) Willst du eigentlich quasi selber in Therapie sein und hast du da einen
174 guten Platz und so weiter und so fort? Oder machst du das, damit du diesen blöden
175 Wisch hast? Für möglichst wenig Geld. Und ich glaub da ist ein Spektrum/ (...)weil
176 ich bin sehr sehr zufrieden mit meiner Therapie und hab quasi null issues gehabt das
177 therapeutische Gutachten zu bekommen für irgendwas. Aber ich bin halt jede Woche
178 in Einzeltherapie und das kostet halt 60 € jede Woche. Und ich weiß halt, es gibt
179 dann Leute, die sind halt in einer Therapiegruppe. Und versuchen (unv.) die
180 minimale Anzahl von Stunden, damit sie diese Stück Papier haben. Und ich glaube,
181 dass das dann sehr schnell/ ähm. (...) Ja, wie du sagst (...) wenn das deine Beziehung
182 ist zu dem Therapeuten. ähm (...) Und (...) und du willst das Gutachten haben. Und
183 der sagt dann, aber nein, nach noch drei oder vier Stunden ich bin mir noch nicht
184 sicher, ja.

185

186 **Barbara:** Und dann nach drei oder vier Stunden sagt er nochmal nach drei [oder
187 vier Stunden.

188

189 **Carmen:** Ja genau. Ja.] Und. Irgendwann wirfst du dann halt das Handtuch und
190 entscheidet quasi von vorne anzufangen mit irgendeinem anderen. Und dich nicht
191 mehr von dem (unv.) weiter (hänseln?) zu lassen. (...) Der Effekt ist immer so groß
192 von diesem ersten Eindruck, dass/ diese Leute arbeiten Feld und schaffen es offenbar
193 nicht, irgendwie die ersten Eindrücke abzulegen. Und das macht so einen
194 Unterschied, ob das der Therapeut ist, der dich halt irgendwie gesehen hat, eine
195 Woche nach deinem Coming out. Oder ob der dich zuerst gesehen hat. Drei, vier
196 Monate nach dem Coming out. (7) Also ich bin sehr sehr happy mit meiner Therapie,
197 wie gesagt. Aber (...) ich/ ich mag diese Therapie. Also ich würde die auch haben
198 wollen, wenn ich kein Gutachten bräuchte. ähm und (4) Und meine Therapeutin ist
199 die Person, die Herausgeberin ist von Queering Psychoanalysis. Was halt auch
200 irgendwie nicht unbedingt/ ja. (4) Die ist auf einem Wissensstand, auf dem sind viele
201 von den Leuten, die diese Gutachten schreiben, schlicht und ergreifend nicht.

202

203 **Barbara:** Was ich/ Wissensstand, was die Leute betrifft, die diese Gutachten
204 schreiben und sich irgendwie so spezialisiert schimpfen. Also was eine ganz
205 interessante Beobachtung ähm (5) also meine Beziehungsperson war bei einem/
206 einer Therapeutin in Ausbildung und das hat irgendwie mehr oder weniger gut

207 funktioniert. Also da gibt es sicher irgendwie kritikwürdige Dinge, aber es war im
208 Großen und Ganzen gut. Und dann ging die zu einer Weiterbildung, spezifisch zur
209 Arbeit mit trans Menschen. Und das war dann schlechter als vorher. (Emely lacht)
210 (unv.) Und da/ Nein, aber natürlich, klar. Ich meine, woher haben die ganzen Leute
211 das? Natürlich haben die irgendwelche offiziellen Zertifikate, damit die dann
212 irgendwie whatever. Aber wer bietet denn überhaupt diese Lehrgänge an? Wer
213 macht/ also [keine/
214

215 **Carmen:** Ja die] anderen Spezialexperten, [die das seit 30 Jahren machen.
216

217 **Barbara:** JA JA, genau. (und das ist?)] Und alle wixsen im Kreis seit 50 Jahren.
218 (Carmen: Ja, ja!) (lachen)
219

220 **Emely:** Das war in der Tagesklinik auch so. Da haben sie mir fünf Mal gesagt, sie
221 haben schon Unmengen an Fortbildungen gehabt mit trans Leuten. (Barbara: Keine
222 Sorge! Keine Sorge!) Und kommt die Einzeltherapie. Erste Stunde. Fragt mich
223 (wegen?) der Geschlechtsumwandlung. (4) So/
224

225 **Carmen:** Geschlechtsumwandlung! Was für ein Wort. (allgemeine Zustimmung)
226

227 **Candice:** Das Wort habe ich auch schon öfters im medizinischen Bereich hören
228 müssen. (...)
229

230 **Barbara:** Ja vor allem im medizinischen Bereich, wo die Leute/ wo sie eigentlich/
231 weil da kommt ja das Argument dann immer, man muss ja irgendwie genau sein,
232 man muss ja irgendwie genau beschreiben, was irgendwie los ist. Und dann kommt
233 so ein schwammiger [Scheiß
234

235 **Emely:** Einer hat] angefangen von Ladyboys zu reden. Aus vom Therapeutenteam.
236 Er hat gesagt, ja da gibt es/ in Thailand gibt es diese Ladyboys. [Sowas sind sie dann
237 eh auch/
238

239 **Barbara:** Ja ja. Der {Name der Psychiater*in N} hat die Lara auch als Ladyboy
240 bezeichnet. (Emely: Wirklich?) Ja, oder nein oder sie gefragt, ob sie gerne ein

241 Ladyboy (Emely: Oh stimmt) sein möchte. Ja, das bekommt man dann, wenn man
 242 Brustop haben möchte und nicht Vagnioplastie. Dann bekommt man den Scheiß.
 243

244 **Candice:** Imagine, if you are non-binary and go to one of this people.
 245

246 **Carmen:** Ich bin froh, dass ich bei dem nur war für die Hormone und nicht für die
 247 ähm Orichi. Weil dieses Gespräch hätte ich nicht führen wollen mit dem Trottel. (6)
 248

249 **Emely:** Oder was auch war bei/ wo wir waren wegen der Op. Da haben sie auch
 250 angefangen dann zu sagen, weil wir nicht die Vagionplastie wollten/ dann haben sie
 251 irgendwie angefangen zu sagen, ach so, ja dann sind sie nicht-binär oder? (...) es ist
 252 irgendwie.
 253

254 **Carmen:** Und vielleicht wollen wir eines Tages doch weibliche Genitalien haben. (...)
 255 Den Satz fand ich am [Geilsten
 256

257 **Emely:** (An das?) kann ich] mich gar nicht mehr erinnern. (unv.) klingt so/ (unv.)
 258

259 **Barbara:** Ja und das sind aber die guten Leute. (Carmen: Ja) Das sind die guten
 260 Leute, wo man extra privat zahlt und extra ins Ausland fährt. (Carmen: Genau) also/
 261 (5) Nein, also (...) In Thailand war es (eh?) großartig. (6)
 262

263 **Candice:** Da beneide ich euch zwei wirklich, dass ihr da bessere Erfahrungen hattet.
 264 Als ich mit den Ops. Und jetzt kommt auch noch die Brust-Op bald dazu. Ich brauche
 265 halt nur noch ein Gutachten, muss das nach der Krankenkasse einreichen, dann
 266 könnte ich eigentlich schon gleich einen Op-Termin ausmachen. (5) Ich bin schon
 267 mal gespannt, ob ich wieder misgendert werde oder ob es diesmal in anderen
 268 Krankenhaus (Barbara: Wo willst du machen?) besser klappt. Ähm, Göttlicher
 269 Heiland bei der {Name der Chirurg*in 8}, genau. (unv.) (...) Bis jetzt hatte ich
 270 eigentlich gute Erfahrung von {Name einer Freund*in} gehört (...) Also eine
 271 Beziehungsperson von (unv.) und mir. (6) Also ja. Da werde ich dann auch
 272 Erfahrungen machen/ also Erfahrungen sagen über, die Dinge.

1 **R5**

2 **Candice:** Tatsächlich war ich bei einer/ also ich war bei der {Endokrinolog*in 1}
3 zuerst und die hatte mich tatsächlich zu wem hingeschickt, zu einer
4 Psychotherapeutin, ähm, die ich jetzt nicht namentlich erwähnen möchte, die mich
5 tatsächlich ge/ hart gegatekeeppt hatte, dass ich (unv.) grade/ genau diesen letzten
6 (Bescheid?) von ihr zu bekommen (unv.)

7

8 **Carmen:** (unv.) könnt ja jeder daherkommen (lachen)

9

10 **Candice:** Genau, ähm (...) ich habe da wirklich dann ne/ ich hatte dann wirklich nur
11 noch Selbstmordversuche. Mir ging es nicht sehr gut in der Zeit (...) (unv.) I/ (the?)
12 thing was, for me/ (...) it was a nightmare time (...) Dann, paar Jahre später habe ich
13 das dann endlich geschafft mit der Hilfe vom {Allgemeinärzt*in A}, die Hormone zu
14 bekommen. (...) Weil der mich gleich intern zu einer Psychotherapeutin geschickt
15 hatte, die mir das dann in drei vier Anrufen, also Telefonate, ausgestellt hatte. Es war
16 ziemlich erleichternd dann die Hormone zu haben. (...) ähm. Ich hatte dann die
17 GaOP, ähm (...) als die Wartezeit von ein Jahr genau abgelaufen war von den
18 Hormonen. Ich halt dann die OP machen durfte. Ich hab tatsächlich (...)
19 Diskriminierung erfahren durch ähm das Krankensystem (Seufzen)

20

21 **Barbara:** Surprise! (4)

22

23 **Candice:** Also (...) Ich wurde, keine Ahnung wie oft, misgendet im Krankenhaus
24 (...) Ähm ja, und das Schlimmste war die (...) die Anästhesistin. Die war (...) die war
25 definitiv Transfeindlich, like. Ähm, Ich hab sogar mit anderen Patienten geredet
26 gehabt (...) Ähm, Ja, ähm, ich unter anderem und sehr viele anderen ist so
27 (gegangen?). Wir sind nach der OP gelähmt rausgekommen, also mit einer
28 Fehllagerung und haben das Gehen neu lernen müssen (...) Es waren höllische
29 Schmerzen. (unv.) Ähm, ja, aber mittlerweile ist es nicht mehr der Fall, zum Glück
30 (...) ähm, ja (5) ich sollte noch glaube ich sagen davor zum Thema ähm bevor jetzt die
31 OP, da hatte ich auch die Namensänderung. Da hatte ich sehr lange warten müssen,
32 bis die Namensänderung durchgeführt wer/ wurde. Von dem Antragstag an bis zum
33 Bescheid mit der neuen Staatsbürgerschaft in der Hand. Das Ganze hatte so sechs,
34 sieben Monate gedauert, was ziemlich ziemlich fies ist, muss ich sagen (...) Und die

35 haben ich zweimal gefragt gehabt, ob ich denen nicht eine andere Version von der (...)
36 psychotherapeutischen Befundstellung für die Namensänderung nehmen kann. Habe
37 ich natürlich gemacht. Ich habe zwei mal zwei verschiedene Versionen eingereicht.

1 **R6**

2 **Barbara:** Ja, ja, sowieso. Aber auf was ich hinaus will, also/ die/ die/ diesselben
3 Entitäten können halt für die einen Leute irgendwie hilfreich sein und für die
4 anderen Leute/ also keine Ahnung, ob man jetzt/ du hast gesagt die
5 {Endokrinolog*in 1} (...) ähm, die dich ähm gegatekeep hat bis zum dort hinaus und
6 (...) mich nicht, zum Beispiel. Oder halt irgendwie die/ (...)

7

8 **Carmen:** Warst du bei der {Endokrinolog*in 1} als erstes oder was du vorher
9 woanders und bist nachher zur {Endokrinolog*in 1}?

10

11 **Barbara:** Endokrinologin war die die Erste. (unv.) (...) Das Einzige war, dass sie/
12 ähm, also ich weiß nicht, wie wahr das ist und ob das die Krankenkasse wirklich
13 abgelehnt hätte. Wegen dem Satz, der in dem Gutachten drinnen steht, dass ich
14 irgendwas Hormontherapie indizierte ist aber halt nicht gegengeschlechtlich dabei
15 gestanden ist. Und das irgendw/ aber ja, [ob das dann wirklich nicht funkti/ aber
16 keine Ahnung, also sie/

17

18 **Emely:** Dass sie dir dann Testosteron geben (lachen)]

19

20 **Barbara:** ja, NEIN, EH! Also [das ist keine Ahnung (unv.) ich hätte es eh
21 genommen, hätte das dann verteilt an irgendwelche trans Männer. ähm

22

23 **Carmen:** Was wäre dann? (unv.) Muss man dann/ muss man dann ab der
24 Personenstandsänderung ein neues] Gutachten holen, wo nicht mehr
25 gegengeschlechtlich drinnensteht, weil (jetzt habe?) ich ja die (Emely: Exactly)
26 Personenstandsänderung? (zustimmendes schmunzeln)

27

28 **Barbara:** JA! Und ich/ Ja, nein! Es ist wirklich/ und zwischen diesem ersten Termin
29 irgendwie Ende Jänner und dem zweiten Termin Mitte Februar hatte ich genau
30 meine Personenstandsänderung, das heißt zu dem Zeitpunkt, als in meinem Pass
31 noch männlich stand, hatte ich das Gutachten nur mit Hormontherapie und als in
32 meinem Pass bereits weiblich stand habe/ bin ich zu diesem vierten Psychoheinz
33 dann hingegangen und habe ihn gebeten doch bitte gegengeschlechtlich da reinzu/ es
34 ist alles so absurd. (lachen) (...) (Emely: What the fuck!) Und ja, keine Ahnung.

35 Irgendwie auf der Metaebene ist es halt so arg wie (...) bekannt das irgendwie so
36 innerhalb der Community ist und wie (...) das eigentlich sonst niemand weiß. Weil es
37 halt/ (6)

38

39 **Carmen:** Was ich heftig finde bei der Personenstandsänderung ist, halt, hat bei mir
40 auch fast ein halbes Jahr gedauert ähm, nur die Amtsgeschichte. Da hab ich die/

41

42 **Barbara:** Nein, in der MA (...) als die im 20. Bezirk, da Brigittaplatz. Da sitzt
43 offenbar/ oder habe ich halt mal gehört, zu dem Zeitpunkt, wo ich das gemacht habe,
44 dass da wer drinnen sitzt, der absichtlich diese Dinge dann vergisst und liegen lässt.

45

46 **Carmen:** Und bei mir war das dann so, ich habe halt irgendwie jedes Monat
47 irgendwie urgiert und dann hat es halt (irgendwie geheißen?) ‚Ah, ist irgendwie
48 liegengeblieben‘ (öffnet Stimme nach) Was weiß ich (Candice: Das war bei mir auch!),
49 blabla, Covid. ähm. und/

50

51 **Emely:** Der Zettel war [Covid infiziert. (lacht)

52

53 **Carmen:** Dann] habe ich einen Anruf bekommen, irgendwann. Von einer netten
54 Dame, die gesagt hat, der Typ, mit dem wir seit einem halben Jahr am Schreibtisch
55 liegt, der ist auf Urlaub und sie ist die Vertretung. Und wenn ich noch die Woche
56 vorbeikommen könnte, wink wink. Und dann bin ich halt die Woche
57 vorbeigekommen und dann ist das erledigt gewesen. Ja. Aber es ist quasi erst durch,
58 nachdem irgendjemand die Urlaubsvertretung gemacht hat und dann beschlossen
59 hat, irgendwie, die trans Anträge durchzugehen, die der halt irgendwie seit einem
60 halben Jahr stapelt.

61

62 **Emely:** What the fuck.

63

64 **Barbara:** Hmh. Ja. Und (Emely: Gut, dass ich im dritten war.) es ist ja nur dieses
65 magistratische Bezirksamt für ganz Wien, für diese Sachen zuständig.

66

67 **Carmen:** Ja, weil apparently ist das so, dass ein Bezirksamt quasi sich/ also dass ein
68 Standesbeamter sagt: ‚Ich möchte der sein, der‘ (...) Und das ist dann halt jetzt der,
69 der sich selbsterklärt [hat als/

70

71 **Barbara:** Es ist nicht mehr im] 20. Bezirk, sondern [irgendwo anders, aber. Ja.

72

73 **Emely:** Es ist im Dritten]. Ja. Also ich war/ Ich habe alles im Dritten gemacht. Ja.

74 (unv.)

75

76 **Barbara:** Ja ich war noch im 20., aber wahrscheinli/

77

78 **Carmen:** Aber vielleicht ist der Standesbeamte über/ (um?) gezogen und das/ (unv.)

79

80 **Barbara:** Im Endef/ ob es jetzt ein anderer ist, oder keine Ahnung. Auf jeden

81 (Emely: Bei mir gings nämlich schnell) Fall, ich meine das war bei mir noch vor Covid

82 und ich habe irgendwie fünfmal angerufen und war irgendwie dreimal dort und dann

83 hat es irgendwie noch drei Wochen gedauert. (4)

84

85 **Carmen:** Und halt alle anderen im System reagieren so auf diesen Marker, als ob

86 das das leichteste der Welt wäre, den zu ändern. Und wenn dort nicht weiblich steht,

87 dann ist das doch ganz sicher, weil ich das so will und weil ich mich nicht weiblich

88 sehe oder was auch immer. Weil ansonsten hätte ich das ja schon längstens geändert

89 und das hat bei mir hat länger gedauert als die Hormone.

90

91 **Barbara:** Das wirklich perverse ist, wie einfach es ist, das zu ändern. Ich habe dem

92 Typen zugeschaut. (...) Ja, ja, ich war dann dort in diesem Büro und setzt/ und der

93 hat dann irgendwie einen Computer und ich sitze irgendwie so schräg, dass ich da

94 irgendwie das noch sehe. Und dann hat er da irgendwie eine Maske offen und dann

95 hat er da seine Tastatur und da steht dann irgendwie mein alter Name und der Typ ist

96 irgendwie alt und schaut hin. Drückt ein paar Mal auf die Minustaste, schreibt

97 meinen Namen falsch. Ich sag: ‚Nein, mit A‘. (lachen) Nein, und das sind halt so

98 (lachen). (unv.) (...)

99

100 **Carmen:** Ja, aber wie solle es denn sonst sein? (5) Ja, das braucht nicht sechs

101 Monate, wenn das so kompliziert ist, das zu ändern. Also/ (...) Weil es so einfach ist,

102 dich daran zu hindern. (7)

103

104 **Emely:** Ich glaube bei mir waren es zwei/ zweiun/ Monate oder drei Monate.
 105 Obwohl Covid war, waren es zwei Monate, glaub ich. Wo ich es hingeschickt habe.
 106 Und es kamen einfach immer mal wieder Updates dazu, dass es jetzt an dieser Stelle
 107 ist und dass ich jetzt da Rechnung für diese Stelle/ für diesen Schritt in der
 108 Bürokratie zahlen muss.
 109

110 **Barbara:** Die Bundesstempelabgabe! (lachen) (...) Ja. Schön.
 111

112 **Emely:** Ja und dann irgendwann. Ich habe halt nicht gewusst, wann ist jetzt endlich
 113 der letzte (Stempel?)/ wann ist endlich der letzte/ die letzte Rechnung zum zahlen.
 114 Aber irgendwann ist dann (dahergeflogen?). (Neue?) Geburtsurkunde. (...)
 115

116 **Carmen:** Na bei mir hat das länger gedauert als/ Die Hormone habe ich nach fast
 117 zwei Monaten oder sowas fertig gehabt. ähm. Was halt (5) nur eine Frage von dem
 118 ist, wie viel Geld man auf das Problem werfen möchte. ähm. Das ist/ Was ich so
 119 absurd finde. Dann gibt es halt Leute, die können sich das nicht selber leisten und die
 120 sind dann halt (...) ein Jahr bei der Courage oder so auf der Warteliste, bis sie dann
 121 den einen Termin haben und [was ist wenn der eine sich dann/
 122

123 **Barbara:** Und dann vom {Psychiater*in N} belästigt] werden dürfen.
 124

125 **Carmen:** Ja genau. Weil wenn der {Psychiater*in N} dann sagt ‚Nein‘, dann war das
 126 halt die eine Chance und es ist quasi vorbei und vergeben. ähm. Und wenn du das
 127 Problem mit hinreichend viel Geld bewerfen kannst. Diese (...) ähm (...) dieses
 128 Schreiben schreibt er ja für dich. Das wird ja nirgends zentral eingereicht, sonst/ Du
 129 kannst irgendwie zu zehn verschiedenen Psychiatern gehen und hoffen, dass einer
 130 davon einfach dir das schreibt. Und wenn du das leisten kannst, ist es kein Problem.
 131 Aber wenn du dir das nicht leisten kannst, dann ist das halt eine Riesenhürde. Und
 132 ähm, das fand ich irgendwie in diesem ganzen Prozess sehr (...) ähm (4) das war mir
 133 sehr präsent. Wie viele Abkürzungen ich da eigentlich die ganze Zeit nehme, ähm, die
 134 vielen anderen Leuten nicht zur Verfügung stehen. Und dann dauert das, was für
 135 mich in zwei Monaten erledigt war, für jemanden anderen halt ein Jahr oder länger.
 136 Und ich weiß nicht, ob ich ein Jahr oder länger durchgehalten hätte. Also das wäre
 137 einfach nicht gegangen bei mir. (...)
 138

139 **Barbara:** Was mir jetzt, ich weiß nicht/ Was mir jetzt noch eingefallen ist zu dem, ist
140 ähm. (...) Als ich dann irgendwie bei der {Endokrinolog*in 1} war beim ersten Mal.
141 Und sie mich dann gefragt hat, ob ich denn irgendwie schon abseits des offiziellen
142 Weges irgendwie Hormone nimm ähm. Und ich dann gesagt hab Nein. Und sie dann
143 kommt mit ‚Das ist ja unüblich‘ Und keine Ahnung was/
144
145 **Emely:** Es ist unüblich?! (lacht)
146
147 **Carmen:** Woher sollst du wissen wie?
148
149 **Barbara:** JA! Beziehungsweise woher soll ich wissen, dass irgendwie die Wartezeit
150 so g'schissn ist und das das nicht irgendwie/ dass ich vornherein irgendwie/ dann
151 muss ich ja auch irgendwie mir investieren rein, damit ich das irgendwie/
152
153 **Carmen:** Kommst du als nichts ahnendes Landei nach Wien (...)
154
155 **Barbara:** Ja. (lachen) (unv.) (gessen?) (unv.) (mit Kraut?) (lachen) (6) Und. Ja (...)
156 vielleicht noch anschließend, ich glaube, da wart ihr noch nicht da, als wir irgenwie/
157 ähm gesprochen haben, dass die Leute ja so eine Vorstellung haben, dass das/ WAS
158 das alles irgendwie bedeutet, dass du irgendwie das machen musst und das und das.
159 Und du brauchst deine Hormone und du brauchst irgendwie deine Vaginoplastie und
160 du brauchst deine Brustvergrößerung und nanana. Und/
161
162 **Carmen:** Wenn du irgendwas davon nicht willst, dann bist du nicht richtig [trans.
163 Dann kriegst du den ganzen Rest auch nicht.
164
165 **Emely:** Dann bist du (nein?) non-binary (lachen)
166
167 **Barbara:** Das sind halt so absurde Situationen da, wie ähm (...) der {Psychiater*in
168 N}, der mir irgendwie fast dieses Brustgutachten irgendwie reindrücken wollte (...) zu
169 einem Zeitpunkt, wo ich das überhaupt nicht wollte und ich will eigentlich das immer
170 noch nicht machen. Aber weil halt er irgendwie befunden hat, dass da ‚eh noch nicht
171 so viel da ist‘ ähm muss er mir das da irgendwie rein reklamieren. Und fragt mich da
172 jetzt öfters und dann höre ich halt dann von Leuten, die wegen halt so was hingehen
173 [und/

174

175 **Carmen:** Na, wie willst] du denn eine Frau sein, ohne dass der {Psychiater*in N}
 176 dich sexuell begehrt. Und der begehrt dich halt nicht, wenn deine/
 177

178 **Barbara:** Ja offenbar (lachen) offenbar tut er das/ ja. (unv.) hätte ihn ja sonst auch
 179 nicht gestört offenbar.
 180

181 **Carmen:** Ach Gott. So ein Ungustl. (unv.) (lachen)
 182

183 **Emely:** Die {Name einer Bekannten} hat das lustigerweise anders gehabt, dass wie
 184 sie die Brust-Op gemacht hat, dass sie gefragt wurde, ob sie nicht vorher die
 185 Vaginoplastie machen will. (...) Obwohl das gar keine Option/ gar nicht mal im Raum
 186 stand. (...) so, weil das ist der richtige Ablauf anscheinend, dass man [zuerst die
 187 Vagina
 188

189 **Barbara:** Der richtige Ablauf ist [immer genau/]
 190

191 **Carmen:** Das muss ja] wichtiger sein!
 192

193 **Emely:** Ja genau. Die Vagina muss wichtig sein, weil das ist ja das Einzige, was [da
 194 d/ (unv.)
 195

196 **Carmen:** Dort sitzt] ja die Weiblichkeit.
 197

198 **Emely:** Genau. Da sitzt die Weiblichkeit. (...)
 199

200 **Carmen:** Am oberen Drittel der linken Scham(lippe?) (lachen) (und?) wenn diese
 201 Stelle fehlt, dann bist du nicht weiblich.
 202

203 **Emely:** Genau. (lachen) (...) Du musst die Männlichkeit aus dir entfernen, bevor du
 204 die Brüste machen kannst oder so/ Keine Ahnung (...) (lachen) What the fuck (unv.)

1 **S1**

2 **Lea:** Ich kann voll gern gleich anfangen, außer irgendwer anderer will unbedingt. (4)
3 Mhh. Ich habe das mit den ganzen Gutachten/ Das ist ziemlich genau vier Jahre her.
4 Zu Weihnachten sind es vier Jahre. Ach, nach vier Jahren war die/ Ah, moment,
5 Rückfrage. Ähm, in Bezug auf Vornamens-, Personenstandsänderung oder
6 medizinisches oder beides?

7

8 **Interviewer*in:** Alles.

9

10 **Lea:** Alles. Passt. Vornamens, Personenstandsänderung sind vier Jahre her. Ähm (...)
11 Hormontherapiebeginn dreieinhalb Jahre. (4) Wie das so war? Ich war damals nicht
12 groß/ Ich bin noch immer nicht groß connected, irgendwie in Community, aber doch
13 wesentlich mehr als damals. Sondern habe mir eher von ein, zwei Leuten irgendwie
14 Empfehlungen geholt. (...) Ich habe (4) Ich habe mich ziemlich angeschissen. Ähm.
15 Ich habe vor allem, was mir mittlerweile auffällt, dass ich das Gefühl habe, was sich
16 so am meisten verändert hat/ aber es würde mich auch voll interessieren, weil ich es
17 immer nur so mitkriege und das so meine Phantasie ist, dass ich es damals noch so
18 erlebt habe, dass es zumindest bei den Leuten, wo ich war, alles noch sehr binär
19 abgelaufen ist. Ähm und das inzwischen wesentlich freier ist. Dass es da inzwischen
20 wesentlich mehr Leute gibt, die mit Nicht-binartität okey sind. Die dementsprechende
21 Gutachten ausstellen. Dass die auch angenommen werden. Also Stellungnahmen.
22 ähm, genau. Was ich persönlich eine coole Entwicklung finde, dass es einfach die
23 Möglichkeit gibt, weil das da/ bei mir vor Allem bei der klinisch-psychologischen
24 Diagnostik wirklich so war/ also (...) relativ strikt binär. Hat damals auch ganz gut
25 gepasst, aber es war trotzdem so ‚Hey, eigentlich würde ich gern mit wem drüber
26 reden‘. Und als ich dann in der klinischen-psychologischen Diagnostik irgendwie
27 angefangen hab mit/ auf die Frage: ‚Und wollen sie eine Frau sein?‘ Dann halt
28 irgendwie das ein bissi aufmachen wollten und Ding und ja. ‚Ja, definitiv. Und ich bin
29 mir sicher, dass das der richtige Schritt ist.‘ Aber das und das und das und das. Und
30 es (war?) einfach so: ‚Und wollen Sie eine Frau sein?‘ Also es war irgendwie ganz klar,
31 es geht um dieses klassische Abhaken ähm, der binären F64 Diagnose. Ähm, was jetzt
32 auch nicht tragisch war in dem Sinne, dass ich es schon vorher wusste und ich habe
33 mich darauf eingestellt. Aber es war halt jetzt auch echt kein Kontext, der mir
34 irgendwas gebracht hat. Es war eher dieses klassische, ähm, ja Abklappern, damit

35 man halt Stellungnahmen kriegt. Und (...) da, wo ich heute bin, muss ich sagen,
 36 würde mich das ziemlich (anfahen?), wenn ich in der Situation von vor vier Jahren
 37 wär. Ähm, und mich dann super binär geben müsste. Also das war bei mir auch ein
 38 Prozess, der sich auch seitdem nochmal geändert hat. Ähm (4) genau. Also meine
 39 ganzen Stellungnahmen sind auch sind auch binär ausgestellt von damals (5) Ich
 40 überlege gerade (...) das psychiatrische Gespräche, war ziemlich chillig. (...) Da war
 41 ich beim {Name der Psychiater*in O}. Und (...) Psychotherapie war auch sehr chillig.
 42 Den hatte ich schon und da konnte ich schon drüber reden. Da war es eher mein
 43 Problem, dass ich Nicht-binarität noch nicht so gut in Worte fassen konnte (5) Genau
 44 (4) Vielleicht fällt sonst jetzt irgendwem was ein. [Ich mach mal einen Punkt.
 45
 46 **Alice:** Ja, ich]. Ich meine, ich weiß, dass viele das ähm, das Verfahren bei uns in
 47 Österreich sehr gatekeepy beurteilen und sagen das ist viel zu viel Aufwand und alles.
 48 Das kann ich so nicht nachvollziehen, weil ich dieses Gefühl nicht hatte. Ja, ich
 49 musste die drei Stellungnahmen einholen, aber das war bei mir alles andere als ein
 50 großer Aufwand. Ich weiß allerdings nicht, ähm, ob das nicht daran liegt, dass ich halt
 51 doch schon älter war und dass insbesondere das vielleicht eine Altersfrage ist und bei
 52 jüngeren trans Personen ähm, da einfach viel mehr Gatekeeping betrieben wird als
 53 bei mir, wenn ich da mit {Ende 30} hingehe. Also ähm, ich habe mich geoutet letztes
 54 Jahr zu Weihnachten und habe dann dieses Frühjahr die Stellungnahmen
 55 durchlaufen und dann im Mai mit der Hormontherapie begonnen. Und ja, ich bin zur
 56 Therapie gegangen. Als erstes und es war bei der zweiten Therapiesitzung, hat sie mir
 57 schon gesagt: ‚Ja, das ist überhaupt kein Problem‘, ich werde das kriegen. Sie wird es
 58 nur als Letzte machen. Ich solle mir einfach die anderen Termine holen. Ich war bei
 59 der Psychologin, ich war beim Psychiater. Es war beides/ Psychologin hat länger
 60 gedauert wegen diesem standardisierten Test. Aber es war ein Termin. Es war relativ
 61 klar. Beim Psychiater war ich auch beim {Name der Psychiater*in O} lustigerweise.
 62 Das war auch in 45 Minuten erledigt. Also mir hat da niemand Steine in den Weg
 63 gelegt oder lang nachgefragt oder Gatekeeping betrieben. Es ist aber/ wie gesagt, ich
 64 glaube schon, dass das ist, wenn ich da mit {Ende 30} dort aufschlug und sag ich/ ja,
 65 ich habe jetzt lang genug mit Selbsthass und denial gehadert und ich habe mir das
 66 schon gut überlegt. Ich brauche jetzt keine Überlegungsphase mehr, dass das dann
 67 schon anders ist, als wenn da vielleicht jemand mit unter 20 hinkommt, ja, und. Da
 68 glaube ich, dass da schon viel mehr Gatekeeping betrieben wird und deswegen weiß
 69 ich schon, wo das herkommt. Aber für mich persönlich war es eben gar nicht so.

70 Sondern war es ein relativ gechilltes Erlebnis. Hilft mir natürlich auch, dass ich das
71 Ganze in einem sehr binären Kontext gemacht habe. Also da kann ich jetzt gar nichts
72 drauf sagen. Obwohl ich in letzter Zeit tatsächlich überlege, ob ich nicht eher besser
73 das agender Label tragen sollte, weil ich irgendwie feststelle, je länger ich, ich jetzt
74 quasi ich selbst bin, dass Genderbilder allgemein/ ich weiß nicht, was es Abseits von
75 Stereotypen oder (Lea: Es franst so ein bisschen aus, gell?) Rollenerwartungen ist. Es
76 ist irgendwie/ ja, es sind Stereotype, es sind Rollenerwartungen. Am Anfang dieses
77 Jahres habe ich extrem überkompensiert in Richtung alles stereotyp Weibliche. Und
78 irgendwann merkt man halt ja, braucht man eigentlich nicht. Was ist weiblich, was ist
79 männlich? Es sind ja alles nur Stereotype. Am besten bräuchte man das gar nicht, ja.
80 Aber im Alltag ist es halt für mich sehr viel einfacher, wenn ich nach wie vor sagt: ‚Ja,
81 ich bin binär, ich bin eine Frau.‘ Das ist/ das lebe ich im Alltag. Ähm, aber wie gesagt,
82 so in der Innenperspektive ist es anders. Aber den Prozess habe ich halt auch nur mit
83 dem/ da hatte ich das gar nicht auf dem Schirm, dass ich irgendwas anderes als binär
84 sein könnte. Von daher habe ich da leider gar keinen Input dazu, wie es in Bezug auf
85 das ist. (4) Ja, wär so mein Anfangstatement.

86
87 **Lea:** Ich würde vielleicht noch kurz was hinzufügen auf das, was ich gesagt habe
88 bezogen. Ähm (...) weil ich es gar nicht per se gatekeepy so schlimm find. Also
89 Gatekeeping finde ich äußerst schlimm, aber (...) auch ich habe jetzt kein Problem per
90 se mit den drei Stellungnahmen. Ich finde halt die Kontexte, wie und wie es abläuft/
91 weil (...) ähm für mich gab es damals mit den Erfahrungen, die ich hatte, nur
92 Binarität. Was sich aber nie ganz richtig angefühlt hat und ich konnte das extrem
93 schwer differenzieren. Also ich war mir relativ sicher, dass das alles ne richtige
94 Entscheidung ist. Vielleicht, hoffentlich. Aber überhaupt nicht, dass ich da mit
95 irgendeiner Selbstsicherheit irgendwo hingehen konnte. (...) Und damit war es auch/
96 und das ist es halt für viele (...) ähm, so stark mit der Angst verbunden, dass ich diese
97 Stellungnahme nicht krieg. Und ich fänd/ ich zum Beispiel, ich mache selber auch die
98 Psychotherapieausbildung grade. Ähm, und werde dementsprechend solche
99 Stellungnahmen relativ bald ausstellen auch. Und ich bin nicht per se Fan davon,
100 dass es sie gibt. Ich finde es vor allem schade, dass es halt nicht in einem caring
101 Kontext stattfind/ meistens stattfinden kann. Also/ dass man eher immer noch Leute
102 suchen muss. Man kann nicht zu jeder/ Also ich würde Leute, die bei mir in Therapie
103 kommen nicht zu jedem x beliebigen Psychiater*in und oder Psycholog*in schicken,
104 sondern sehr sehr ausgewählt und mit denen Kontakt aufnehmen bzw. wenn ich sie

105 nicht eh schon persönlich kenne. (...) Und so, und das finde ich vor allem schade
106 daran. Dass man abklärt, dass wer nicht psychotisch, ist okay. Aber eben das geht
107 auch in einer Stunde. Es ist halt alles nicht klar definiert. Es gibt immer noch die
108 Therapeut*innen, die sagen ;jetzt kommen sie ein Jahr zu mir und dann schauen wir
109 mal.' Also solche Sachen, ähm (...) genau, finde ich halt ungut. Und eben, ich war
110 damals nicht mehr unter 20, aber halt super, super unsicher. Was den ganzen Prozess
111 so stressig gemacht hat. Weil ich habe zwar gewusst in der Theorie sollte das alles gut
112 gehen, wenn ich dahingehe und dahingehe und das und das sage, aber es war halt
113 einfach mit super viel Angst verbunden. (4) Genau. (10)

114
115 **Alice:** Ich will nicht schon wieder direkt antworten (lacht) (...) euch beiden auch die
116 Möglichkeit geben/
117

118 **Mico:** Naja, also was/ Ich denke mir halt dabei. Ähm, also bei mir hat der Prozess so
119 ausgesehen/ also ich habe als erstes/ ich habe actually ganz am Anfang schon
120 gemerkt hey, ich bin non-binary und das Label hat gepasst. Und so und das war dann
121 erst später, dass ich dann draufgekommen bin, dass ich hormonell Transitionieren
122 möchte. Und ähm dann/ zum Glück hatte ich halt die {Name der Therapeut*in A} als
123 Psychotherapeutin. Ähm, die auch non-binary inklusive ist und selber trans ist. Also
124 das ist/ was die Kommunikation doch wesentlich leichter gemacht hat. Ähm (...) und/
125 aber trotzdem habe ich extrem viel Stress erfahren. Was die Bewilligung für HRT
126 betrifft, weil ich halt Angst hatte, dass ich als nicht trans genug wahrgenommen
127 werde. Ähm und äh (...) also im Endeffekt hat es dann eh funktioniert. Also ich habe
128 jetzt meine drei Gutachten bekommen. Also die Zusammenfassende hat die {Name
129 der Therapeut*in A} selber gemacht und die anderen beiden waren vom {Name der
130 Psychiater*in N} und {Name der Psycholog*in Z}. Ähm (...) Es gab aber auch da halt
131 irgendwie (4) ja, ähm (...) Also der Umgang war jetzt nicht immer ganz (...)
132 transfreundlich oder non-binary freundlich. Also, ähm, zum Beispiel ähm dass ich
133 dann in den Berichten halt, also, misgendet werde oder (...) ähm, das sind so
134 klassische Sachen halt. Es ist auch generell, dass (4) irgendwie die Kommunikation
135 einfach nicht geklappt hat. Weil zum Beispiel der {Name der Psycholog*in Z} hat bei
136 mir aufgeschrieben, dass ich keine Hormontherapie ähm geplant ist bei mir. Aber das
137 stimmt nicht, weil das war ja der Grund, warum ich das Ganze überhaupt beantragt
138 habe. Also irgendwie ist die Kommunikation da komplett falsch gegangen. Also, ähm,
139 ja, es war eine mega Erleichterung, dass ich das (...) das fertig zu kriegen. Aber ja, vor

140 Allem dieser psychische Stress hat mir nicht gut getan halt von quasi okay ich muss
141 jetzt beweisen, dass ich trans genug bin. Ähm, und was halt ähm das Ding ist. Es
142 wiederholt sich ja auch irgendwie halt. Also, ähm, weil zum Beispiel habe ich
143 nächstes Jahr ähm, Bottom Surgery geplant und ähm dafür bräuchte ich dann wieder
144 Bewilligungen halt. Und ähm in dem Fall (...) also die Bewilligung für
145 Hormontherapie. Also da steht jetzt drauf, dass ich non-binary bin, also Transition to
146 non-binary halt. Aber ähm, (4) Ich weiß es nicht, ob das/ also das ist so eine Angst
147 von mir, wo ich mir denke, ja shit. Könnte das dann vielleicht ein Stein im Weg sein
148 oder könnten deswegen dann Leute sagen ‚Hey ja, aber es ist ja nur, wenn du eine
149 Frau bist, dann kannst du Vaginoplastie machen lassen‘, zum Beispiel. Also, ich
150 meine, das ist ähm (...) ja, ähm. Also ich fühl mich da sehr unsicher, was das betrifft
151 und so. Vor allem, muss ich dazu sagen, weil ich Vaginoplastie in dem Fall halt im
152 Ausland geplant habe, also ähm in Thailand. Und die Klinik dort ist halt in dem Fall
153 jetzt auch eigentlich komplett binär halt. Also ähm (...) ja, also ähm habe ich mir auch
154 gedacht, okay, jetzt muss ich halt also basically so tun, als ob ich jetzt eine Frau bin
155 für die nächste Zeit, damit ich das dann machen kann (lacht), weil es halt eine gute
156 Klinik ist. Aber ja und das is weird. (12)

1 **S2**

2 **Ry:** So ich würde vielleicht gleich anschließen. Bei mir war es auch voll der Stress.
3 Also ich habe gleich alle, ähm Stellungnahmen Anfang 2021 gemacht. So zwischen
4 Februar und Juni oder so. Und ich habe angefangen mit der klinisch-psychologischen
5 und ich war auch beim {Name der Psycholog*in Z}. Und habe auch voll diese Angst
6 gehabt nicht trans genug zu sein. Und das hat das auch voll verstärkt da bei dem zu
7 sein. Obwohl der irgendwie/ also bei mir steht überall non-binary drinnen, obwohl
8 ich gar n/ also ich kann gar nicht so viel mit dem Label für mich anfangen. Aber ich
9 erfülle halt/ also (lachen) ich habe das Gefühl, ich erfülle das, was ich erfüllen sollte,
10 nicht. Also halt auch das ‚ich bin nicht trans genug‘. Aus tausend Gründen. Und diese
11 Befragung da bei dem war halt, ähm, ist halt voll. Also auch wenn der da non-binary
12 reingeschrieben hat. Und jetzt auch ähm, glaube ich jetzt manche Leute, die nicht-
13 binär sind, da okay gefühlt haben oder den auch weiterempfehlen. War es halt so,
14 also, der hat halt glaub ich auch so einen Leitfaden genommen, der 20 Jahre alt war.
15 Also ich habe bei TransX so Gutachten angeschaut, die sind genau nach dem Schema
16 von diesen Fragen aufgebaut gewesen. Das ist halt irgendwie so dreigliedrig mit ähm
17 Kindheit, Jugend und Erwachsensein. Das ist halt so: ‚Waren deine Haare lang ähm
18 mittel oder kurz? Mit was das du gespielt?‘, ähm, da habe ich natürlich nicht gesagt,
19 dass ich voll auf Barbies abgefahren bin. Also es war so/ (unv.) Ich habe so die ganze
20 Zeit das Gefühl gehabt, mich selber/ Ich muss jetzt mit/ Also es ist wie so eine
21 Stimme im Kopf mitgelaufen (unv.) ich gesagt ‚Holzspielzeug‘ (äfft tiefe Stimme
22 nach). Ich hab mit Hol/ Also das stimmt auch (lachen), aber ich habe halt gedacht,
23 dass ist dann unverfänglich und ähm halt auch so/ dann hat er gefragt, ob in
24 Rollenspielen die Mutter oder der Vater war. Also ist alles so hyper binär.

25

26 **Lea:** Ganz kurz nur vielleicht. Die Person von den vorher erzählt habe, ich war auch
27 beim {Name der Psycholog*in Z}. Wo dieses ‚Und wollen Sie eine Frau sein?‘ Wo er
28 es mir wirklich so gestellt, dass klar war, er will einfach ein Hackerl machen können.
29 Das reinschreiben, ja.

30

31 **Ry:** Ja. Was, also eh/ das war für mich das allerschlimmste, weil der hat halt auch/
32 also das hat er euch wahrscheinlich auch gefragt, so nach meinen ersten sexuellen
33 Erfahrungen. Ob ich sexuelle Erfahrungen habe. Ob ich/ ähm, mit wem ich Sex habe.
34 Er hat sogar gefragt, was ich für, wie ich mich vorstelle in meinen sexuellen

35 Phantasien. Und das ist also es war so, das war die einzige Frage, wo ich es auch
36 geschafft habe. Also da war es so eine rote Linie. Wo ich gesagt habe, ich antworte
37 nicht auf das. Aber. Im Nachhinein tut es mir voll leid, was/ also, was ich alles
38 beantwortet habe, weil ich dem voll persönliche Sachen gesagt habe, die ihn nichts
39 angehen. Also. Der wollte wissen, an was meine Mutter gestorben ist. Er wollte
40 wissen, was meine Schwester arbeitet. Er wollte wissen/ er hat sich dann irgendwie,
41 glaube ich, hatte das total/ war das superwichtig für ihn, dass meine Eltern
42 geschieden waren und da hat also/ ja. Ich habe halt auch voll das Gefühl gehabt, er
43 sucht nach nach dem Grund für mein trans Sein oder er sucht halt irgendwie das
44 Problem. Und ähm ja. also, es war/ also. Ich war so fertig, wo ich da rausgegangen
45 bin und ich wollte/ er hat halt auch/ hat halt einfach so ein Protokoll geschrieben von
46 diesem Gespräch und ich habe das dann gehabt und mir gedacht: scheiße, ich will
47 nicht, dass die Krankenkasse da diese super persönlichen Sachen über mich weiß.
48 Und dann habe ich versucht, ihn anzurufen und zu sagen, ob er das nicht
49 zusammenfassen kann auf einer Seite, wo es halt einfach nur in Bezug auf
50 Geschlechtsidentität ähm (...) das halt irgendwie so ein bisschen kondensiert ist.
51 Dann hat er gemeint, da muss er sich jetzt mit einem Rechtsanwalt sich besprechen.
52 Er kann diesen Befund nicht mehr ändern. Und ich/ Im Endeffekt habe dann/ also
53 dann halt 300 € zahlt, um das nochmal zu machen bei einer anderen Person, wo die
54 Erfahrung voll anders war. Und ich habe mir halt auch gedacht, so, ich kann mir das
55 jetzt leisten, aber voll viele Leute können sich/ können nicht einfach mal so 300 €
56 ausgeben, um das neu zu machen. Und (...)und. Ja, die anderen waren dann/ da war
57 ich dann schon mehr darauf vorbereitet, was da passieren kann. Und war halt auch
58 irgendwie/ habe mir so voll meine Geschichte zurechtgelegt und habe halt gewusst,
59 bestimmte Sachen/ ich habe gelog/ also ich habe so viel gelogen. Ich habe, glaube ich,
60 habe alle angelogen. Also ich habe halt voll viele Sachen nicht erzählt. (...) Aber ich
61 denke mir halt so/ also ich war halt auch so/ also ich bin halt so total naiv da
62 reingegangen. Und das sollte nicht so sei/ also. (unv.) Für mich ist das alles so
63 absurd, weil/ dann (unv.) also bei der Psychiaterin. Das war jetzt auch nicht so die
64 tolle Erfahrung. Aber es war halt okay. Weil ich da schon besser/ irgendwie agieren
65 hab können. Aber ich habe eine chronische Erkrankung und ich muss auch Hormone
66 nehmen und ich wollte halt wissen, wie Testo und diese Erkrankung oder
67 Erkrankungen, die ich habe, wie das zusammen/ Und ich hatt ja keine Ahnung
68 gehabt. Also so, ich finde das hat halt so die Absurdität gezeigt, dass/ man muss sich
69 diesem Prozess ausliefern, bevor man überhaupt Infos kriegt, die so medizinisch

70 relevant (unv.) Also ich muss mich für was entscheiden, bevor ich überhaupt weiß, ob
71 mein Körper, ob mein Körper das gut gut verträgt. So, das ist so, also das hat so eine
72 Absurdität in diesem ganzen Prozess.

1 **S3**

2 **Ry:** Ich habe auch voll viel über das nachdenken müssen. So Zugänge und so und so
3 wie Gatekeeping dann also subtil funktioniert, also über Geld, so halt auch.
4 Irgendwie. Also ich hab dann, wie viel? Ich hab eben die 300 € bezahlt für das
5 klinisch-psychologische Gutachten, weil ich das eine nicht verwenden wollte. Dann
6 200 € für die Psychiaterin, wo das nur der Freundschaftspreis war, weil eigentlich
7 kostet es 300 € für zweimal hingehen, ne halbe Stunde, und weil sonst hätt das halt
8 ewig dauert mit den Wartezeiten. Und was die zum Beispiel gesagt hat, das hab ich
9 voll krass gefunden. Die hat mich halt auch so Sachen gefragt. Ähm und da habe ich
10 es auch geschafft, bestimmte Sachen nicht zu beantworten. Wie zum Beispiel (...) Ich
11 habe meine Namensänderung schon vorher gemacht und dann wollte sie halt wissen,
12 was der Geburtsname war. Und ich hab gesagt: Wieso? Das ist jetzt irrelevant. Also
13 das war halt auch so etwas, was sie immer gefragt haben. (unv.) Also das ist komplett,
14 also das tut nichts zur Sache. Ich mag ihn nicht sagen. Er geht dich nichts an, so. Und
15 was die aber dann irgendwann gesagt hat, war so ja, sie drücken sich ja so gut aus, Sie
16 können das ja so kohärent erzählen. Und dann habe ich mir auch gedacht, da kommt
17 halt auch schon so viel mit rein, was sie (...) Also (unv.) also, ich habe studiert. Ich
18 habe gelernt, mich gut auszudrücken. Ich weiß/ also ich kann das voll gut einsetzen
19 so eine gebildete Sprache, die ich ja selber gelernt habe, aber ich setzt die halt ein bei
20 Ämtern und Behörden und im medizinischen Bereich, um halt gute Versorgung zu
21 kriegen. Und ich habe mir gedacht, das ist so krass für vielleicht/ und ich bin mitte
22 30. Also so eine junge Person, die da hingeht. Vielleicht auch voll verunsichert ist.
23 Vielleicht sich jetzt auch nicht so sicher ist, wie ich. Und halt nicht gelernt hat, sich so
24 gut auszudrücken. Vielleicht dann noch, ich weiß nicht, jetzt nicht deutsch als
25 Erstsprache/ Das sind schon so viele Sachen, wie einer Person nicht glaubwürdig/
26 Also ich bin halt glaubwürdig, weil ich diese ganzen Privilegien habe, aber das ist so,
27 ich finde das so hart, irgendwie so ‚Ja gut, machen Sie das. Brav. Richtig.‘ (lacht) und
28 also mich ärgert das noch immer. So/

29

30 **Alice:** Kann ich voll verstehen. Das geht auch ein bisschen in die Richtung, die ich
31 gesagt hab. Ich schlag dort auch mit 38 auf als Juristin. Mir glaubt jeder alles. Das ist,
32 das ist. Das ist genau das, was ich vorher ein bisschen gemeint habe auch, ja, es ist
33 genau dieselbe Schiene und ich geb dir da voll und ganz recht. Wenn du da als junge
34 Person oder als unsichere Person oder eben als Person, die rhetorisch nicht so

35 gewappnet ist, hingehst, glaube ich sofort, dass du dann schwere Probleme kriegst.
 36 Ja/
 37
 38 **Mico:** Ich meine, ich hatte ja die Erfahrung beim {Name der Psycholog*in Z} halt, ja.
 39 Also das einerseits/ ich meine, das überschneidet sich ja auch ein bisschen mit so
 40 Neurodiversität halt und so. Also ich habe zum Beispiel zu der Zeit so extreme soziale
 41 Ängste gehabt und/ deswegen bin ich/ aus dem Grund bin ich dann im Endeffekt halt
 42 so, ähm, also in boymode quasi hingegangen. Habe mich halt männlich präsentiert.
 43 Aber nicht, weil ich mich (unv.) das mag, sondern weil ich sonst nicht mit meinen
 44 sozialen Ängsten zurechtgekommen wäre und sonst gar nicht den Termin hätte
 45 wahrnehmen können. Aber das hat dann vielleicht sein Bild auch beeinflussen
 46 können {Name der Psycholog*in Z}, wenn er nicht weiß, dass Präsentation ist nicht
 47 gleich gender identity. Und zweitens halt/ Was mir auch ein Dorn im Auge ist, ist er
 48 hat einen Intelligenztest gemacht. Und der war basierend auf deinem Wortschatz, wie
 49 viele deutsche Wörter du kennst. Und als Person, die keinen Deutschunterricht hatte,
 50 weil ich in Belgien aufgewachsen bin und ich kann nur Deutsch sprechen, weil meine
 51 Mutter das auch/ weil meine Mutter Wienerin ist halt. Ähm. Ich habe natürlich da
 52 schlecht abgeschnitten bei dem Test. Und das hat er dann auch so formuliert und so.
 53 Und dass das als Basis genommen wird, also aus dem Kontext gerisse/ Also für mich
 54 zeigt das einfach, wie absurd diese Standardtests sind und wie sinnlos einfach so/ (...)
 55
 56 **Lea:** Ich finde es auch/ Ich meine, das kann wirklich seinem Alter geschuldet sein,
 57 aber wenn wir/ (...) darf ich dich kurz mit einbeziehen und fragen, ob du diesen Test
 58 kennst und ob er noch verwendet wird, weil es ist ja echt ein bisschen (...) [(hart?)
 59 und rassistisch.
 60
 61 **Interviewer*in:** Ja (...) ich weiß es nicht ob der noch verwendet wird. Aber ich/
 62 Also meine bisherigen Erfahrungen sind, dass da die Vorgehensweisen der
 63 verschiedenen klinischen Psycholog*innen auch unterschiedlich sind.
 64
 65 **Lea:** Voll, weil das eine ist zu sagen wir testen den Wortschatz und das bildet ab,
 66 welchen Wortschatz die Person hat oder verwenden kann oder so. Das andere ist zu
 67 sagen, darauf schließen wir (auf die Intelligenz?)
 68

69 **Alice:** Ich, ich, ich überlege gerade, wie das war. Es gab auf jeden Fall auch einen
70 sprachlichen Teil in dieser, in diesem Kognitionstest. Aber das war nur ein kleiner
71 Teil. Es ist dieser/ Dieser gesamte Test hat drei Stunden gedauert, glaube ich. Und
72 dann noch eine halbe Stunde Gespräch hintendran. Und es gab auf jeden Fall einen
73 Teil, der genau das abgefragt hat. Aber wie gesagt, das war ein Teilbereich und ich
74 habe es jetzt leider nicht mitgenommen. Ich kann mich auch erinnern, es stand so
75 was drinnen wie eine eine Einzelbewertung der einzelnen Bereiche. Und dann eine
76 Gesamtbewertung. Also ich würde mal behaupten, das ist schon noch in Verwendung.
77 Aber nicht als alleiniges Mittel einer Intelligenzermittlung oder einer
78 Kognitionstestung, sondern halt einfach als okay, es wird Bereich A bis Z abgetestet
79 und dann gibt es ein Gesamtergebnis. Also/
80

81 **Mico:** Ähm naja. Also ich kann es ja sagen, wie es bei mir war halt. Also da steht
82 einfach beim Test halt: ‚Punktintelligenz im sprachlich bildungsabhängigen Bereich
83 zeigt {Nachname von Mico} Deadname eine gerade noch durchschnittlich
84 ausgeprägte Leistungsfähigkeit.‘ Und das ist alles, was über Intelligenz steht. Also in
85 dem Fall war dieser Test das Ausschlaggebende in dieser Kategorie. Und es wurde
86 halt nicht in Betracht gezogen, dass ich meine/ er hat es eh gewusst, das ich halt nicht
87 in Österreich aufgewachsen bin, in einer deutschen Schule halt. Deutschsprachigen
88 ja, aber/ (6)
89

90 **Ry:** Voll mir ist gerade/ ich habe das verdrängt, aber den/ wo ich den Test kriegt
91 habe, ich habe es auch voll krass gefunden, weil ich mir gedacht habe, das ist soo
92 absurd/ es ist darum gegangen, Wörter oder irgendwelche so Spezialbegriffe zu
93 kennen. (...) Also so/ Ich hab mir auch gedacht/ ja es ist so, es ist so krass, weil es halt
94 irgendwie nur auf Leute, die das als Erstsprache haben und wie du jetzt auch gesagt
95 hast, also schreiben können und halt so bestimmte ähm/ halt einfach/ ähm, wie heißt
96 das? So Sprach- ähm ich weiß nicht, ja -kenntnis halt so eine total Spezifische. Und
97 die/ und ähm und das hat aber zum Beispiel die andere klinische Psychologin hat das
98 nicht gemacht. Also da war das/ Da war überhaupt kein Intelligenztest dabei, die hat
99 der teilweise ähnliche Tests gemacht, aber die waren teilweise waren die auch anders
100 und bei der ist auch genau dabeigestanden, wie die heißen und was die/ wozu die gut
101 sind. Und da waren schon auch/ also, ich glaube, da ist es darum gegangen ähm
102 rauszufinden ob ich Depressionen hab. Was jetzt, irgendwie jetzt nicht so irrelevant
103 finde in dem Zusammenhang. (...) Das waren irgendwie andere Test, so habe ich den

104 Eindruck gehabt. Die Fragen, die machen auch irgendwie Sinn. Also ich finde ganz
105 viele von diesen Fragen an diesem uralten Computer, die haben irgendwie auch
106 überhaupt keinen Sinn ergeben oder die waren für mich so losgelöst von dem wieso
107 ich da war. (5)

108

109 **Lea:** Voll. Bei Sachen wie, ähm, Depressionsgeschichten abfragen oder auch andere
110 Sachen, finde ich, also da fällt mir wieder die Deklaration ein, vorher zu sagen,
111 warum man das macht. Das ist halt voll der krasse Unterschied, ob du sagst ähm, ich
112 würde das einfach gerne abtesten, um zu schauen, wenn es was gibt, ich ihnen
113 vielleicht was empfehlen kann oder so. Oder, und die gibt es ja auch, ähm auch
114 Therapeutinnen, die sagen: Ah, Sie schaffen es oft nicht in die Stunde, weil sie so
115 depressiv sind. Deswegen kann ich ihnen keine Stellungnahme ausstellen. Also ob
116 das dann als Rechtfertigung wieder verwendet wird, um irgendwas nicht auszustellen
117 oder ob es/ gibt es eh glücklicherweise immer mehr, ähm, Leute gibt, die vielleicht
118 den Kurzschluss machen von vielleicht ist aufgrund einer noch nicht erfolgten
119 Transition ein gewisser Leidensdruck und Depressionen da. Und vielleicht sollte man
120 den Leuten einfach zuhören. Aber das war damals/ also ich weiß noch, dass das große
121 Überlegungen bei mir waren. Weil ich hatte Voraufenthalte und ich bin jetzt nur am
122 Handy, weil ich den Bericht von damals anschau. ähm. (...) Ich hatte vor Aufenthalt
123 auf der Psychiatrie damals. Ah ja, die habe ich ihm auch mitgebracht. Die haben
124 anscheinend nicht gestört. Aber ich hatte halt extrem Angst, dass ich wegen diesen
125 Diagnosen/ Ich glaube, heutzutage würde ich die auch einfach gar nicht mehr
126 mitbringen. Aber damals war ich eben so unsicher, dass ich ihm die alle mitgebracht
127 hab und gleichzeitig voll Angst gehabt habe, dass er mir wegen dem, was da drin
128 steht, auch nichts ausstellt. Und da frage ich mich ein mich ein bisschen, weil du die
129 unterschiedlichen Erfahrungen angesprochen hast. (...) Ich kann mir vorstellen, dass
130 es ur den Unterschied macht, wenn man rechtlich versiert ist. Habe ich das Gefühl.
131 Ähm. Genau. Also ich merke, ich kenn mich so im Bereich Psychotherapie und was
132 geht sich aus und was nicht so, halbwegs gut/ Aber das ist halt noch kein rechtliches/
133 Ich merke, sobald ich an irgendwas Rechtliches komme, scheitere ich an jeglichem
134 Basiswissen. So und meine Vorstellung ist aber, ich würde mich extrem sicher fühlen,
135 wenn ich zumindest weiß, was geht und was geht [nicht (unv.)]

136

137 **Alice:** Ich sag, diese] Vorstellung ist vielleicht nicht ganz zutreffend, weil wir sind,
138 wir sind auch nicht gescheiter. Und weil ich Recht studiert habe, weiß ich auch nicht

139 alles. Ich weiß halt, wo ich im Zweifel nachschaue. Aber was es jedenfalls hat, ist,
140 glaube ich, gar nicht so sehr auf der Eigenebene, sondern auf der Ebene des
141 Gegenübers. Wenn ich, wenn ich sage, ich bin Juristin, trage ich damit irgendwie
142 automatisch eine Aura der Seriosität vor mir her, die ich wahrscheinlich gar nicht
143 verdient habe, ja. Weil ich, ja, aber/ Aber irgendwie merke ich das halt schon immer,
144 dass das kommt und/ das stimmt sicher. Da spielt das sicher mit rein, ja. Ähm, gar
145 nicht so sehr, wie ich dann auftrete, sondern allein die Tatsache, dass ich dort
146 komme. Und da steht Beruf: Juristin, ja. Ähm lässt die Leute dann schon mal
147 schlucken und vorsichtiger sein, ja, und eher korrekter sein als wenn was anderes
148 dort steht. Das ist schon so eine Aura der Seriosität, die einfach mit dem Beruf
149 kommt und die eigentlich total falsch ist. Ich kann es nicht anders sagen, ja/
150

151 **Lea:** Und oder der unterschwelligen Angst, oh, wenn ich da was ungesetzliches [sag,
152 dann krieg ich eine Klage angehängt. (...)
153

154 **Alice:** Ja genau! Dann werd ich sofort verklagt. Ja, genau.] Das ist ja.
155

156 **Lea:** Äh, ja. Danke für die Differenzierung. Ich kann mir das voll gut vorstellen.
157 (lacht)
158

159 **Alice:** Vielleicht sind andere Jurist*innen auch so. Ich weiß es nicht, ja (lacht) Aber
160 ich fühle mich nicht seriöser als irgendjemand anders. Aber ich merke, dass ich diese
161 Aura immer ausstrahle, ja. (10)
162

163 **Ry:** Ich hab grad noch/ weil du gesagt hast/ (unv.) also, dass / darüber hab ich auch
164 viel nachgedacht so, ähm. Psychische Erkrankungen, oder wie/ Als wie dann halt
165 auch/ wie es für manche Leute viel schwieriger wird dann diese/ also halt einfach
166 Zugang zu kriegen zu (...) Hormonen oder so. Und ich (unv.) ich habe halt gelogen
167 teilweise. Ich habe Sachen nicht erzählt, die ich erlebt habe oder Sachen, die ich
168 gehabt habe. Weil ich mir halt gedacht habe, so ich will mir das nicht verspielen oder
169 ich/ Also es war/ Ich habe nie das Gefühl gehabt, ich bin da sicher oder so. Oder die/
170 oder das bringt vielleicht was denen was zu sagen, was (...) weiß nicht, dass ich
171 Depressionen gehabt habe oder so und die helfen mir dann. Sondern so/ also das
172 finde ja auch halt so krass, dass das ähm (...) ja das/ halt irgendwie/ (...) anstatt dass
173 es unterstützend ist, eigentlich nur stressig ist. (unv.) also ich/ also ich bin so fürs

174 Abschaffen von diesen Gutachten. Also ich finde das muss halt komplett anders
175 gedacht werden und halt nicht von dem irgendwie was der Staat erlaubt oder nicht
176 erlaubt, sondern halt was brauchen trans Personen, um gut zu leben und gesund zu
177 leben und zufrieden zu sein. Und das fängt bei Informationen an und bei ganz viel
178 Schulung auch. Also so/ ja/ (3)

179

180 **Lea:** Information, die nichts kostet, die niederschwellig zugänglich ist, die
181 diskriminierungsfrei ist. (3)

182

183 **Ry:** Weil ich hab zum Beispiel/ also ich habe eine total gute, ähm,
184 Psychotherapeutin, also ich war schon viel/ also ähm, ich bin schon ganz lange bei
185 der. Und die, also ähm, ist eine queere Person und ich bin da voll safe, aber/ aber in
186 dem Moment, wo sie mir dann/ wo sie diese Stellungnahme geschrieben hat, hat es
187 voll was mit dem Vertrauensverhältnis zu ihr gemacht. Weil sie halt in diese Rolle
188 gegangen ist, dass sie mir jetzt für/ ich weiß nicht, wie heißt das genau? Was ist das
189 genau? Eine Störung, also diagnostiziert mir eine Störung. (lacht) Und das hat halt/
190 Also es war halt voll die krasse Erfahrung in dem Therapieprozess eigentlich. Wo
191 plötzlich die Person, die mich eigentlich total unterstützt und zu der ich gern hingeh,
192 dann plötzlich so in diese andere Rolle kommt. (7)

193

194 **Alice:** Hat das Vertrauen/ Entschuldige, wenn die Frage zu persönlich ist, nicht
195 beantworten natürlich. Aber hat es das Vertrauensverhältnis nachhaltig zerstört,
196 oder?

197

198 **Ry:** Nein. Also, es ist eine Psychoanalyse. Es war dann sehr viel Thema und es hat
199 sehr viel Raum geben, über das/ das irgendwie zu verarbeiten und, ähm. Und es war
200 dann nach einer Zeit wieder/ also eher gut, sich damit auseinanderzusetzen. Und sie
201 hat ja eine total/ also die hat eine total reflektierte Haltung dazu. Das ist auch voll
202 gut. Aber es ist mir halt aufgefallen so, dass da plötzlich was reinkommt, was halt
203 vorher in dem/ in diesem Vertrauensverhältnis gar nicht da war. Und das ist halt von
204 außen reinkommen durch diesen/ halt einfach durch die Pathologisierung, die durch
205 diese [Stellungnahme (gegeben?)

206

207 **Alice:** Pathologisierung ist glaube ich ein] gutes Wort, ja. Das/ die haben wir immer
208 noch gesetzlich. Da gibt es nichts zu beschönigen. Also ja (...) Mehr kann man dazu

209 glaube ich gar nicht sagen. Außer die Hoffnung, dass es irgendwann anders wird. (7)
210 Ich meine, die ICD 11 hat vom Wording her einen Fortschritt, aber da wehrt sich
211 Österreich eh auch mit Händen und Füßen, die überhaupt nur anzuerkennen. (4) Hat
212 aber andere Gründe. Darüber lasse ich mich jetzt besser nicht aus. (lacht)
213
214 **Ry:** Jetzt sind wir neugierig. (allgemeines lachen) (unv.)
215
216 **Alice:** Wenn du am Server mitliest, dann hast du es vielleicht gesehen. Dort hab ich
217 das schon 1 bis 10 Mal, glaube ich, meinen Ärger darüber schon Luft gemacht. (10)
218
219 **Mico:** Ich würd vorher vielleicht noch erzählen, was halt so Zugriff auf, ähm, so
220 Hormontherapie im Generellen betrifft. Ich habe unlängst eine trans Frau
221 kennengelernt, die seit sieben Jahren auf Hormonen ist. Aber immer noch keine
222 Bewilligung hat, wegen diversen psychischen Problemen halt. Und aber, ich meine/
223 deswegen macht sie das halt/ naja, halt, inoffiziell halt. Also sie holt sich halt
224 Hormone/ Sie hat glaube ich auch (erzählt?) aus China (unv.) kann man sich das
225 angeblich kaufen, aber. Es ist trotzdem einfach so absurd. Ein Mensch der seit sieben
226 Jahren auf Hormontherapie ist. Aber weil das System einfach so/ Also für einen
227 Mensch, der jetzt (...) ähm, schon psychische Schwierigkeiten hat, also (unv.) das
228 System einfach da zu schwierig ist, dass das auf illegalem Weg passieren muss. Also
229 ja/ (3)
230
231 **Alice:** Illegal ist es ja nicht. Es ist ja. Es zu machen ist ja nicht illegal. Es ist ja nur/ es
232 zu vermitteln ist illegal. Ja, das ist/
233
234 **Mico:** Du bekommst halt keine Unterstützung.
235
236 **Alice:** Genau. Es ist/ Du bist völlig auf dich/ auf dich allein gewiesen/ auf dich allein
237 gestellt. Und auf dich selbst angewiesen. Aber das ist mir schon wichtig festzuhalten.
238 Da kommt dann die Juristin doch wieder durch. Ja, es ist es. Es ist nicht illegal, Do it
239 yourself zu machen, ja.
240
241 **Ry:** Aber die Weitergabe ist illegal. [Das heißt, wenn ich mein Testo teile, dann mach
242 ich gerade was illegales (lacht)
243

244 **Alice:** Die Weitergabe ist illegal. Genau. (...) Ja, das geht eher] nicht, ja. Deswegen
245 bestellt man es am Besten im Ausland. (4) Weil dann ist derjenige, der sich strafbar
246 macht, im Ausland und nicht greifbar und derjenige, der es bestellt, macht ja nichts
247 Strafbares.

248

249 **Mico:** Also in dem Fall dann/ das Ding ist, dass/ das habe ich noch nicht erzählt,
250 aber/ ich habe eben, als ich diesen Prozess gemacht hat mit den ganzen
251 Bewilligungen. Und aber/ eigentlich habe ich zwei Wochen bevor ich dann offiziell -
252 also über den offiziellen Weg sage ich mal - Hormone bekommen habe, schon mit
253 Hormontherapie angefangen. Da habe ich mir einfach von einer Freundin von mir so
254 eine Packung Estrofem geben lassen. Und ähm, es ging dabei gar nicht um die Zeit
255 sondern halt wegen dem psychischen Druck halt. Weil ich wollte einfach für mich
256 halt dieses Gefühl haben von: hey, selbst wenn mich der Staat halt irgendwie/ wenn
257 es über den staatlichen Weg jetzt nicht funktioniert und ich da keine Unterstützung
258 bekommen kann. Dann habe ich trotzdem die Kontrolle über meinen eigenen Körper
259 und das hat mir psychisch extrem geholfen halt. Ähm, auch wenn es, wie gesagt, jetzt
260 zeitlich zwei Wochen, also es war nicht notwendig. Ich hätte auch noch zwei Wochen
261 warten können, aber mir hat es halt trotzdem gut getan. Obwohl es eigentlich in dem
262 Fall ja/ also das war jetzt illegal, wenn ich das jetzt richtig verstanden habe. (lacht)

263

264 **Alice:** Ja von deiner Sicht aus nicht.

265

266 **Mico:** Genau. Ja, (unv.) Sicht von meiner Freundin. (allgemeines lachen) Aber, ja.
267 (3)

268

269 **Alice:** Einer der wichtigsten Sprüche in Juristerei ist: Wo kein Kläger, da kein
270 Richter. (allgemeine Zustimmung) (7)

271

272 **Ry:** Ich habe so ein Gefühl gehabt, mit/ die Kontrolle wiederzuerlangen. In dem/ ab
273 dem Moment, wo ich dann das Testo gehabt habe. Weil das einfach/ dieser ganze
274 Druck abgefallen ist. Das war so dieses halbe Jahr mich dem Auszusetzen. Ständig
275 diesen Druck zu haben. So, krieg ich es? Habe ich? Sage ich das Richtige? Und dann
276 so: jetzt kann ich machen, was ich will. Und so, ich kann es irgendwie/ kann
277 Microdosing machen. Ich kann irgendwie so/ niemand redet mir mehr drein oder
278 (weder?) hat irgendwas dazu zu sagen. Und ich habe jetzt irgendwie wieder die

279 Kontrolle, was ich mache mit meinem Körper. Und es ist halt irgendwie so dieser
280 Prozess dann so abgeschlossen mit/ dass der Staat Kontrolle hat über meinen Körper.
281 Das heißt/ Oder die, das medizinische System oder so/
282

283 **Mico:** Ich glaube, ich muss sagen/ Also ich habe eigentlich immer noch oft das
284 Gefühl. Aus dem Grund, weil ich ja immer wieder neue Rezepte brauche. Also, ich
285 finde es extrem scheiße, dass es einfach kein Dauerrezept gibt oder einfach, dass ich
286 dann/ optimal wäre es, wenn ich überhaupt kein Rezept brauch, wenn ich Hormone
287 brauche. Weil ist es für mich jetzt, wie/ ich sehe als etwas wie Insulin halt. Also ich
288 meine/ okay du kannst theoretisch das Mensch ohne Sexualhormone leben, aber/ ja
289 also, ähm, ich habe irgendwie trotzdem grade noch das Gefühl, dass ich, wenn ich
290 jedes Mal, wenn ich zu meiner Hausärztin gehe und sie um ein Rezept bitten muss für
291 meine Hormone. Dass das auch wieder so eine Kontrolle ist halt. So, weil/ aus
292 irgendeinem Grund/ ich meine, ich weiß, sie wird es nicht machen. Aber rein
293 theoretisch könnte sie von einem Tag auf den anderen Tag sagen: okay, du kriegst
294 deine Hormone nicht mehr. Und dann bin ich im Arsch. Halt, also/
295

296 **Alice:** Du sprichst du einen wichtigen Punkt an. Ich kenne einen Fall - gute Freundin
297 von mir - der ist genau das passiert. Die ist seit über einem Jahr auf Hormontherapie
298 und hat eben immer das Rezept bei der Hausärztin sich dann geholt hat nach Initial.
299 Und irgendwann. Plötzlich ist der Hausärztin eingefallen, sie glaubt das jetzt nicht
300 mehr und sie braucht jetzt einen neuen Arztbrief. Und sie kriegst das Rezept nicht. Ich
301 meine, sie hat dann natürlich sehr schnell die Hausärztin gewechselt. Aber es ist
302 genau dieser Fall, den du beschreibst, ist da passiert. Und das war vor zwei Monaten.
303 Also es ist (...) brandaktuell, dieses Problem, ja. (4)
304

305 **Lea:** Darf ich fragen, ob du jedes Mal rein musst zu ihr, um das Rezept zu holen?
306 Weil das war jetzt bisschen so meine Vorstellung. Und bei anderen Praxen/ Also ich
307 schreibe ein E-Mail und krieg meistens in den Öffnungszeiten innerhalb von zwei
308 Stunden eine Antwort. Ist als E-Rezept drauf (unv.)/
309

310 **Alice:** Ja, ist bei mir auch so.
311

312 **Mico:** Ja, das habe ich jetzt vor kurzem entdeckt, dass das auch geht halt. Ähm, aber
313 naja. Vom Prinzip ist es ja gleich, halt. (Lea: Also es kann trotzdem immer noch

314 passieren) Es geht um das Machtverhältnis halt. Weil ich muss sie bitten, dass sie das
315 macht. Und sie muss die Entscheidung treffen und mir das geben, halt. Ähm, also ja.
316 Ich meine, einmal hatte ich auch schon Probleme halt. Obwohl wie gesagt meine
317 Hausärztin eh gut ist. Aber sie hat mir erzählt, dass/ (unv.) ich war eine zeitlang auf
318 acht Milligramm auf Estro/ also Estradiol, ähm, pro Tag und, ähm. Angeblich/ Also
319 ich weiß nicht mehr genau, wer das kontrolliert hat. Aber meine Hausärztin hat mir
320 erzählt, dass von oben, sag ich mal allgemein, oder von der Kasse her, dass die wissen
321 wollten, warum ich so viel Estradiol nehme. Und beziehungsweise/ da musste ich
322 erstmal beweisen, über meine Endokrinologin, dass ich wirklich so viel brauche.
323 Ähm, weil sie sonst/ (unv.) weil/ und dann haben sie mir angedroht, dass sie mir
324 sonst nicht zu viel Hormone/ also nicht in der Dosis Hormone ausstellen.

325

326 **Alice:** Von der Krankenkasse aus, oder?

327

328 **Mico:** Ich glaube es war von der Krankenkasse aus, ja.

329

330 **Alice:** Ja, dann geht es da/ dann geht es da aber tatsächlich ausschließlich ums Geld.
331 Das ist, das ist leider sehr oft das Problem, dass es einfach ums Geld geht. Dass viel
332 vom Gatekeeping einfach auch eine finanzielle Frage ist. So quasi: müssen wir denen
333 das wirklich zahlen? So, quasi. (10)

334

335 **Ry:** Ich frage mich gerade, ob es da einen Unterschied gibt? Also irgendwie/ wie so
336 mehr, dass da mehr Kontrolle ist bei Estradiol? Weil ich hab das nie. Also mir hat nie
337 wer. Ich habe/ weil ich besorg halt das Testo/ (...) Okay, das/ Wurst/ könnt's euch
338 vorstellen. Also so/ aber ich habe halt wirklich viel. Und niemand kontrolliert. Also
339 so/ oder ich habe halt immer.

1 **W1**

2 **Max:** Ja, also bei mir ist das/ also ich hab mit Therapie 2018 begonnen. Und hab
3 dann/ meine Therapeutin hat dann gleich gesagt, sie wird mir so erst nach sechs
4 Monaten, ähm, Befund schreiben, Gutachten schreiben. Und, ähm, (...) (unv.)
5 psychiatrische und klinisch-psychologische habe ich dann ein paar Monate später
6 gemacht. Also auch noch 2018. Hab das dann halt schnell gekriegt. Aber ja. Dieses
7 von der Psychotherapeutin/ sie hat mir das/ ich hab das mit Nachdruck sagen
8 müssen: ‚Bitte schreiben Sie mir das endlich.‘ Und hab das dann, ja ca. sechs Monate
9 später erst bekommen. (...) Ja. Und, ähm. Das war halt für die Hormone. Und dann
10 später bin ich nochmal/ also ich hab dann wieder aufgehört. Sie hat gesagt, es wäre
11 gut weiterhin noch während ich Hormone nimm, ähm, zu ihr zu gehen. Aber das war
12 mir dann zu viel. Und danach habe ich sie dann erst wieder kontaktiert, wie ich, ähm,
13 meine Mastektomie haben wolle. Und (...) das war dann (...) ich glaube ich war
14 zweimal bei ihr dann noch. Und dann hat sie es mir geschrieben für Mastektomie
15 noch. (...) Ja.

16

17 **Daniel:** Bei einer Psychotherapeutin, die mir von einer anderen trans Personen
18 empfohlen worden ist. Die mir aber/ also wo ich gewusst habe, dass mir die keine
19 Stellungnahme schreiben darf, weil sie noch in Ausbildung ist oder war zu dem
20 Zeitpunkt. Habe aber mit ihr dann eigentlich ausgemacht gehabt, dass sie mich an
21 wen weiterleitet und der Person, ähm, praktisch Unterlagen über mich mitgibt, damit
22 der Prozess beschleunigt ist. Das ist dann anders gekommen als/ abgelaufen. Ich
23 habe mir dann selbst eine Therapeutin noch suchen müssen, die mir die
24 Stellungnahme schreibt. (...) Und, ähm, das war auch ein bisschen blöd. Weil ich zu
25 dem Zeitpunkt schon mehrere Monate in Psychotherapie bei der ersten Therapeutin
26 zu der ich gegangen bin. Bin dann zu der gekommen, von der ich die Stellungnahme
27 haben wollte. Und ihr war es aber sehr wichtig, dass ich nicht nur für die
28 Stellungnahme komme, sondern dass wir uns auch kennenlernen. Und dass wir/ Ja,
29 ähm, das hat dann auch wieder/ ich glaube es hat ungefähr ein halbes Jahr dann fast
30 noch gedauert. Ähm (...) Und dann war eigentlich auch so meine Nachfrage so/ hey
31 wann kann ich denn diese Stellungnahme jetzt mal haben? Ähm. Ist aber dann nach
32 meiner Nachfrage (unv.) ähm recht schnell gegangen. Und die, ähm/ ich bin auch von
33 ihr zu einem klinischen Psychologen weitergeleitet worden. War eine Einheit.

34 Unproblematisch. Ähm und habe mir selbst auch noch einmal den Psychiater
 35 gesucht. Wo ich auch nur eine Einheit war. (5)
 36
 37 **Ax:** Ähm. (...) Bei mir ist auch noch nicht so lange her. Also auch letztes Jahr. Ähm.
 38 (...) Das war irgendwie echt ein mühsamer Prozess. (lacht) Aber, ähm. Ich habe
 39 angefangen mir auch eine Psychotherapeutin dafür zu suchen. (...) Und habe da aber
 40 echt verschiedene Anläufe gebraucht, weil ich gemerkt habe, in den/ so in den
 41 Erstgesprächen, dass halt immer wieder diese/ dieses Gespräch aufkommt von ja, es
 42 gibt halt keine Regelung, wie oft wir uns sehen müssen, bis ich dir das schreiben darf
 43 und ich schreibe es dir halt erst, wenn ich mir sicher bin, dass du trans bist. Also so
 44 dieses Narrativ. Und ich bin echt immer rausgegangen und dachte mir so/ ja, sorry/
 45 fickt/ also fickt euch, so. Ich bleib jetzt sicher nicht so lange da, bis du beschlossen,
 46 dass/ wie ich mich fühle. Ähm. Und hab dann aber auch irgendwie über Friends
 47 mitbekommen, dass es eine Person gibt, die da ein bisschen offener ist. Und die hat
 48 dann auch nach/ also genau ein Kennenlerngespräch und dann in der zweiten Einheit
 49 haben wir das/ die Stellungnahme zusammen geschrieben. Was voll gut getan hat
 50 und auch eine schöne Erfahrung war, irgendwie. So den Laptop zu bekommen und/
 51 also es war eine/ war dann irgendwie für die psychotherapeutische Stellungnahme
 52 ganz schön. Ähm. (...) Bei dem Psychiatrischen/ (...) war es/ habe ich auch mehrere
 53 Anläufe gebraucht. (lacht) Ähm, da war ich erst mal auch mit einer befreundeten
 54 Person/ habe ich noch einen Termin bekommen, als die Person den Termin auch
 55 hatte in {Stadt in Niederösterreich}. (lacht) Und, es war schrecklich. Tatsächlich,
 56 weil/ also die Psychiaterin war halt so/ (...) also binär trans ist ja okay, aber was soll
 57 jetzt dieses nicht-binär? So/ Hallo?! Und hat mir halt auch nichts geschrieben. Ähm
 58 (...) und wir haben dann auch so/ also wir haben dann tatsächlich auch irgendwann
 59 so Hausverbot bekommen (lacht) also, nicht nach {Stadt in Niederösterreich} fahren!
 60 Und, ähm. Genau dann hab ich da irgendwie erst mal pausiert, weil ich ein bisschen
 61 Abstand gebraucht habe. Und hab dann einen Termin Ende Oktober bekommen. Bei
 62 einem anderen Psychiater. (...) Und ja/ da war es/ war es okay. Halt
 63 psychopathologischer Status ist irgendwie nie so angenehm. Aber, genau hat gepasst
 64 ungefähr. Und (...) was ich da so ein bisschen schwierig fand war, weil ich auch gesagt
 65 hab halt irgendwie Hormontherapieren und Mastektomie gerne zusammen. Damit
 66 ich/ also ich hab mich da jetzt irgendwie noch/ ich hab noch keine Entscheidung
 67 getroffen. Aber es ist ja ein Jahr gültig. Und dann dachte ich, es ist halt irgendwie
 68 besser direkt beides zu machen, um das zumindest mal zu haben. Und mir dann

69 weiter/ genau es einfach mitzunehmen. Und die Person war dann aber auch so, ne,
70 das dürfte er nicht. Und das geht gegen irgendeine Leitlinie, dass man das irgendwie
71 alles gleichzeitig/ Und hat mich halt so voll/ Also ich war dann auch sehr
72 verunsichert und hat/ er hat mir dann noch ne E-Mail geschickt mit so einem
73 Leitfaden zu irgendwie Frauengesundheit irgendwas. Ähm. (5) Und ja/ Es hat ultra
74 viel Geld gekostet (...) Ähm, und. Das psychologische Gutachten war okay. Ich finde
75 es halt irgendwie im Nachhinein immer spannend dann die Stellungnahme zu lesen
76 und zu merken: okay, krass! Du hast meinen IQ getestet und du hast es mir nicht mal
77 gesagt. (lacht) So, sneaky! (...) Danke, den wollte ich eigentlich nie wissen. (...) Ähm,
78 genau. Und ich bin jetzt gerade irgendwie so/ also es hat die Krankenkasse hat das
79 jetzt irgendwie erst vor ein paar Wochen ähm, wie nennt man das (...) halt das okay
80 gegeben. Und ich habe aber, genau, einfach eigeninitiativ die Hormontherapie schon
81 im Frühjahr gestartet. Und merke jetzt so, dass ich mich eigentlich ärger, dass/ Also
82 ich habe irgendwie gedacht, das ist cool, schon mal so selbstbestimmt zu starten. Und
83 dann halt die Stellungnahmen währenddessen (...) machen zu lassen, damit ich das
84 Gefühl habe, dass nicht andere Menschen komplett darüber entscheiden, was ich
85 mache und was nicht mache. Und merke jetzt/ also im Prozess gerade merke ich,
86 dass ich mich so ein bisschen ärgere, den anerkannten Weg gegangen zu sein. Weil es
87 auch noch anders auch funktionieren würde und ich jetzt mehr Informationen habe,
88 wie das funktioniert. Ähm, dass ich so gemerkt habe. Es ist irgendwie so kompliziert.
89 Es es so teuer. Es macht echt keinen Spaß. (lacht) Es ist extrem verunsichernd. Es
90 hätte auch anders sein können. Also deswegen finde ich es auch voll wichtig, dass das
91 hier gerade passiert irgendwie um zu schauen, wie es gerade der Stand und kann man
92 es verbessern. (...) Ähm (...) Voll. Das war's. (5)

93
94 **Daniel:** Also ich finde das voll interessant, dass du gesagt hast, dass so/ diese
95 selbstbestimmte Hormoneinnahme vielleicht das auch ein bisschen ausgleichen hätte
96 sollen. Dass man mit diesen Stellungnahmen, die man sich da besorgen muss/ dass
97 es sich sehr wenig selbstbestimmt anfühlt. Weil das habe ich auch ein bisschen
98 gehabt/ das zu versuchen, durch die Einnahme der Hormone dann auszugleichen.
99 Also ich glaube, dass das mit ein Aspekt war, weshalb es mir wichtig war, das nich
100 durch Spritze zu kriegen, sondern mir das selbst schmieren zu können. Und dann
101 wirklich so entscheiden zu können. Okay, was mache ich mit dieser Creme jetzt? Also
102 so schmiere ich mir das drauf? Schenk ich es weiter und schmiere mal nicht? (...)
103 Einfach auch, weil ich so (...) verärgert war, dass man in dem Prozess überhaupt

104 dahin zu kommen. (...) Einfach so viel in den Weg gelegt worden ist, dass ich dann
105 (unv.)/ Okay, jetzt hab ich es. Und jetzt entscheide ich selbst, wie ich das verwende.
106 (4)

107

108 **Ax:** Ja, es ist/ Ich finde es ist halt irgendwie voll voll der Balanceakt zwischen
109 irgendwie das Gefühl zu haben, ein bisschen unabhängig vom Gesundheitssystem zu
110 sein. Aber trotzdem halt drin zu sein (lacht) Oder auch das Privileg zu haben, drin zu
111 sein. Also (...) ja, es ist auf jeden Fall irgendwie immer (...) Achterbahnfahrt (lacht).

112

113 **Nick:** So einerseits schätzt man's, weil man da auch die Möglichkeit überhaupt hat,
114 an Hormone zu kommen. Andererseits ist man so: Okay, der Weg dahin ist jetzt nicht
115 so, dass man sagt Cool, machen wir jetzt einfach mal. (4) Zwei Seiten irgendwie. (4)

116

117 **Daniel:** Weil ihr berichtet habt, dass ihr/ dass teilweise nicht alles in einer Sitzung
118 machen habt lassen. So Stellungnahme für Testosteron und für Mastek und so. Ähm.
119 Bei mir war das schon so. Also bei/ in allen drei Stellungnahmen, die ich von den drei
120 verschiedenen Personen hab, steht bei mir die Personenstandsänderung, ähm, also
121 Namensänderung auch, und Hormone und Mastektomie drinnen.

122

123 **Nick:** Voll (...) Ja, bei mir auch. (unv.) Darauf habe ich bestanden (Daniel: Ja,
124 same.). Weil/ also ich weiß nicht/ wolltest du noch was sagen oder?

125

126 **Daniel:** Na, weil mir ist es nur darum gegangen, dass ich das nicht noch einmal
127 machen wollte (Nick stimmt zu). Ich meine, jetzt müsste ich es eh machen, weil
128 Mastek habe ich bis heute nicht gemacht. Da habe ich mir gedacht, sie sollen es
129 einfach mal reinschreiben. Ich überleg mir dann später ob ich es eigentlich möchte,
130 weil ich werd sicher nicht wieder diesen Prozess neu beginnen. Ich werde das jetzt
131 einfach alles mal so drinstehen haben.

132

133 **Nick:** Ja, das war auch so mein Gedanke, weil ich habe mir halt gedacht, okay, das
134 sind die zwei Sachen, wo ich mir sicher bin. Ähm. Das heißt, ich schreibe einfach
135 gleich beides rein, weil ich will nicht noch mal irgendwie dafür zahlen müssen. Ich
136 will nicht noch mal hin. Weil diesmal ging es gut mit den Terminen. Dass es halt
137 innerhalb von zweieinhalb Monaten, drei Monaten erledigt war. (...) Aber wenn ich
138 halt dann irgendwie so im Sommer drauf komme, okay, ja, jetzt will ich die Mastek

139 machen und dann dauert es halt ein Jahr oder so. Ist auch nicht so schön. (...)
140 Deshalb gleich aufs Ganze eigentlich. Und das hat bei mir aber auch gar keine
141 Probleme gemacht. Also ich habe gesagt Ja, bitte schreiben Sie alles rein. Und die
142 waren so: okay, passt. Machen wir.

143

144 **Max:** Ich habe nicht gewusst, dass das auf einmal geht. Weil das/ also meine
145 Therapeutin hat halt gesagt: ‚Ja, das muss separat sein.‘ Und das habe ich einfach
146 geglaubt. (...) Und, ja. Ich meine, zumindest habe ich darauf bestanden, dass nicht
147 nur Mastektomie dann steht, sondern operative Eingriffe. Also, falls ich/ (unv.) was
148 anderes, aber/ (4) ja.

149

150 **Ax:** Ja ich merke auch. Mich macht es irgendwie so eine Mischung aus wütend und
151 traurig, weil man sich so darauf verlassen muss, was einzelne Personen sagen. Also
152 so/ also ich bin zumindest irgendwie so (...) ich hab's schon so ein bisschen in mir,
153 dass ich das Menschen auch erst mal irgendwie glaube (lacht). Und es ist so, du
154 musst immer gegengehen, du musst immer alles selbst kontrollieren und musst
155 immer irgendwie schauen stimmt das, was du mir gerade sagst? Und/ genau ich
156 merk halt auch/ okay, eine Person hat halt zu mir gesagt das funktioniert nicht. Und
157 ich habe dann schon gesagt: ‚Hey, ich glaube, ich bin mir da jetzt nicht so sicher. Sie
158 können da schon Mastektomie auch drauf schreiben.‘ Und ist dann so abhängig von
159 einer Person, ähm, ob das funktioniert oder nicht. (...) Das ist extrem schade, dass/
160 also ich hatte auch einfach nicht genügend Tools, da jetzt irgendwie zu diskutieren.
161 Aber ich finde auch, das müsste ich eigentlich nicht haben, weil das die Person, die
162 mir die Infos zu geben hat. Ähm. Und, genau (4) Aber gut, dass ihr die Erfahrung
163 gemacht habt (lacht) dass es auf einmal geht. (6)

164

165 **Max:** Ja, ich/ Bei mir war es halt so die Therapeutin hat mir sehr oft gesagt, dass sie
166 mir eh sofort geglaubt hat und alles. Und dass es klar war, dass ich trans bin. Aber
167 trotzdem musste ich halt so lange zu ihr. Und irgendwie hat sie das irgendwie nur
168 hinausgezögert, finde ich. Also ich hätte eigentlich/ Eigentlich wollte ich auch
169 Therapie für andere Sachen, aber das hat sie irgendwie nicht (...) therapiert. Also sie
170 hat das/ Ich habe sie angefragt. Ja, ich würde gern über das und das sprechen. Das
171 hat sie nicht wirklich miteingebracht. Und, ja. Das ist schade. (...)

172

173 **Ax:** Und was denkst du, warum sie sich dann so viel Zeit dafür genommen hat?

174

175 **Max:** Weil sie dachte, dass sie es machen muss? (...) Keine Ahnung.

176

177 **Nick:** Also eigentlich auch so ein Mangel an Informationen, wie das jetzt abläuft?

178

179 **Max:** Mhh, eigentlich nicht. Also sie hat schon sehr lange, ähm, trans Personen in

180 Therapie gehabt. (...) Aber das ist wahrscheinlich auch, weil es davor halt/ gab's ja

181 auch diese Mindestanzahl von Sitzungen, die man haben musste. Und so. Und da hat

182 sie die 50 Sitzungen dann halt auf 25 reduziert. Das ist ja eh schon viel, nicht

183 (ironisch). Vielleicht ist das von dem her.

1 **W2**

2 **Daniel:** Habt ihr das Gefühl gehabt, ihr habt alle Themen und sehr offen mit den
3 Menschen sprechen können? Also vor allem mit eurer Psychotherapeut*in, die euch
4 ja länger/ also mehrere Einheiten (...) begleitet hat? (...)

5

6 **Max:** Nicht ganz. Also ich habe mich als trans Mann ausgegeben. (...) ähm, gar nicht
7 erwähnt, dass ich nicht-binär bin. Und es war eigentlich auch gut so, glaube ich. Weil
8 sie hat dann so was Abfälligeres gesagt. (...) Ähm. (...) Ja. Ähm. Sonst, ja. Ähm. (...)
9 Wollte ich. Weil ich wollte ja auch wegen anderen Sachen in Therapie gehen bei ihr.
10 Aber das hat sie nicht so ganz, ähm, also es nicht direkt angesprochen und mich dann
11 zum Weiterreden, ähm, gebracht, ja. (...) Aber, ja das ist auch schon lang/ ein
12 bisschen länger her und ich verdrängt es auch. Also kann ich mich nicht mehr so ganz
13 genau erinnern. (7)

14

15 **Ax:** Also (Nick: Alles gut.) ähm, ich habe mir, bevor ich angefangen habe, irgendwie,
16 viel Gedanken darüber gemacht, wie ich das machen soll oder ob ich mir auch so eine
17 Alias-Identity überlege, um durch den Prozess zu gehen. Ähm, eben, so auch (...) auf
18 trans Mann machen. Weil es mir auch von vielen Seiten empfohlen wurde, dass es
19 dann einfach einfacher ist. Ähm, und dann habe ich mir gedacht: Fuck you, ich hab
20 irgendwie gerade Kapazitäten. Ich kann es mir irgendwie gerade/ Mich interessiert
21 das auch. Mich interessiert das Gesundheitssystem. Ähm, mich interessiert es, wie ist
22 es als nicht binäre Person da durchzugehen. Und hab es dann so ein bisschen
23 versucht als Experiment dadurch Distanz zu schaffen. Weil es ja auch das neue ICD
24 gab oder gibt. Was aber von den Menschen, bei denen ich war, noch nicht angewandt
25 wurde. Also (...) (lacht) (Nick: Bringt viel!) genau mir hat das/ also genau. Dieses das
26 als Experiment wie ist eigentlich das Gesundheitssystem und wie ist es als nicht-
27 binäre Person im Gesundheitssystem zu sein hat die Distanz für mich glaube ich
28 aufgehoben, die ich mir sonst glaub ich auch genommen hätte als mich als nicht/
29 nicht nicht-binäre Person auszugeben/ als binär trans auszugeben. Ähm (...) voll.
30 Aber ich hatte auch nicht das Gefüh/ Also ich habe nicht das Gefühl gehabt, dass ich
31 jetzt voll ehrlich (...) über meine Dinge geredet habe. Sondern mir ging es echt nur
32 um die Stellungnahme. Und ich war auch vorher lange Zeit in Therapie, wo so/ ja wo
33 ich (...) mich auf jeden Fall gut aufgehoben gefühlt habe. Deswegen habe ich mich
34 irgendwie gut prepared gefühlt. Und jetzt merke ich aber auch. Jetzt bin ich auch

35 gerade wieder voll auf der Suche nach Therapie und total verunsichert. Wo kann ich
36 hingehen? Und wie ist es? Woher weiß ich das? Und irgendwie ist auf nichts Verlass.
37 Also ich/ da ist irgendwie grade echt so ein bisschen Boden unter den Füßen weg.
38 Und ganz wenig, ähm (4) Gefühl von irgendwie aufgefangen sein im
39 Gesundheitssystem, was halt Therapie betrifft. Also da/ bin schon lange auf der
40 Suche und traue mich nicht so recht wieder anzufangen. Also. (...) Voll. (5)

41
42 **Nick:** Ähm, bei mir war es eigentlich so/ Also ich habe aus einem anderen Grund/
43 vielleicht muss ich ein bisschen ausholen. (...) Also (...) Mhh 2020 hat es eigentlich so
44 begonnen, wo halt so die Frage aufgekommen ist: okay, bin ich trans? Und da stimmt
45 irgendwas nicht. Und ähm, ich würde das gerne einfach ein bisschen quasi
46 erforschen, einfach schauen, okay, was genau steckt da jetzt dahinter? Und dann
47 habe ich mir immer wieder gedacht, ich will/ Therapie wäre vielleicht ganz hilfreich,
48 um da einfach, ähm, um mir da sozusagen unter die Arme zu greifen und zu sagen:
49 Okay, womit/ Wie kann man da irgendwie besser rangehen? Wie kann man das für
50 sich selber rausfinden? Ähm, aber es war für mich halt psychisch eine ziemlich
51 anstrengende Zeit. Und schließlich bin ich dann aus einem anderen Grund in die
52 Therapie gekommen. Und dadurch war es dann kein trans-erfahrener Therapeut.
53 Und dann war ich halt am Anfang so okay. Soll ich diese Therapie dann überhaupt
54 machen? Und dann habe ich so kurz überlegt, soll ich dann zu meinen Eltern/ weil
55 die haben halt den Therapeuten gefunden. Weil sie letztendlich gesagt haben, ja,
56 Therapie wäre glaube ich ganz gut. Und (...) dann war ich so: okay, entweder ich sage
57 ihnen, warum ich eigentlich schon länger in Therapie gehen wollte oder ich belasse es
58 halt so bei dem oberflächlichen Thema. Weil ich hatte so einfach/ Ich weiß nicht, hat
59 irgendwer von euch/ so/ Triggerwarnung bezüglich Selbstverletzungen oder so. Also
60 nur, dass ich weiß, wie offen man darüber reden kann. (unv.) Also das hat halt so
61 2020 im Oktober begonnen. Und hat sich einfach so bis April 21 gezogen. Und dann
62 haben es halt meine Eltern eben im April mitbekommen und waren so: Okay, jetzt
63 brauchen wir Therapie. Und dann war halt das so dieses ausschlaggebende Thema,
64 weshalb ich zum Therapeuten gegangen bin. Und das habe ich aber, glaube ich, ein
65 dreiviertel Jahr gar nicht mal angesprochen in der Therapie. Weil es einfach/ weil so
66 die anderen Themen viel wichtiger waren, die eigentlich dazu geführt haben,
67 wahrscheinlich zu dieser Selbstverletzung. Ähm. (...) Und ich habe echt so in den
68 ersten zwei drei Wochen nach dem Erstgespräch so überlegt. Okay, sage ich jetzt
69 meinen Eltern, ich will einen anderen Therapeuten, der sich halt damit auskennt.

70 Aber da hätte ich mich halt irgendwie auch ein bisschen outen müssen. Und da war
71 ich so: Okay, nein, dafür bin ich einfach noch nicht bereit. Und dann habe ich es
72 tatsächlich dem Therapeuten so nach der dritten oder vierten, ich glaube, sogar schon
73 in der dritten Einheit gesagt. Und habe gesagt Ja, das ist einfach ein Thema, mit dem
74 ich mich jetzt auseinandersetze. (...) Und ich habe eigentlich das Gefühl, dass ich sehr
75 offen drüber reden konnte. Ich habe es teilweise aber nicht gemacht, weil ich eben so
76 diese Angst hatte, dass so ein Gegenwind kommt. Dass dann irgendwie so kommt. Ja,
77 aber was ist, wenn das ist? Und was ist/ also so, das passt irgendwie nicht so ganz in
78 dieses trans Schema oder so, was auch immer. Da war ich irgendwie nicht ganz
79 sicher. Das heißt, ich habe eigentlich sehr viel mit mir selber ausgemacht.
80 Wahrscheinlich kennt ihr das auch. Videos geschaut. Artikel gelesen. Mit anderen
81 trans Personen ausgetauscht. Eigentlich nur übers Internet und habe es dann
82 irgendwie langsam so für mich selber aufgearbeitet. Und hab dann einfach auch
83 durch die Outings gemerkt, die ich dann/ die ich gemacht habe. So, okay. Das tut mir
84 gut, das wirkt für mich gut. Und sonst habe ich eigentlich in der Therapie dann nicht
85 sehr oft über das Thema geredet. Es war schon immer wieder da. Und vor allem
86 gegen Ende war es dann einfach auch so, dass ich gesagt habe: Ja, es geht mir mit den
87 Outings besser. Ähm, ich fühle mich besser. (...) Aber jetzt/ ich habe nicht so explizit
88 so diese Zweifel, die ich hatte, habe ich jetzt eigentlich in der Therapie fast nie
89 angesprochen. Auch weil ich mir gedacht habe: Okay, was ist, wenn (...) auf Testo,
90 wenn es dann mit der Stimme/ wenn die dann sinkt. Und wie ist es dann beim
91 Singen? Ähm, da hatte ich ur lange Zweifel. Ich glaube, die sind auch immer noch da.
92 Aber dann habe ich mir gedacht okay, irgendwie werde ich es schon herausfinden,
93 weil (...) das war so eigentlich eine der wenigen größeren Hemmungen, die ich
94 bezüglich Testo hatte. Wo ich mir gedacht hab: okay (...) da bin ich noch ein bisschen
95 unsicher. Weil ich singe halt ur gern. Ich war auch im Chor, im Schulchor. Und war
96 so, okay. Will ich dieses Risiko eingehen, dass das irgendwie ausfaded oder dass es
97 dann nicht mehr so möglich ist, wie ich es mir vorstelle. Und da war ich/ habe ich mir
98 irgendwann gedacht okay, nein, ich brauche es einfach so für mich. Und ich werde
99 irgendeinen Weg finden. Wenn es jetzt irgendwie so ist, dass das schwieriger wird.
100 Weil es gibt ja mittlerweile/ wir haben ja auch in der Gruppe haben wir jetzt glaube
101 ich/ hat jemand einen Artikel reingeschickt darüber. Das war gestern ein Thema und
102 da war ich auch okay. Es gibt einfach mittlerweile so viele Möglichkeiten, wie man
103 darüber schreiben kann, was man da verbessern kann. Ja. Das war es jetzt mal.

1 **W3**

2 **Ax:** Ich finde dieses Zweifel Thema während den Stellungnahmen eigentlich voll
3 spannend. Weil ich habe auch das Gefühl, dass ich so meine Zweifel komplett
4 ausknipsen musste. Das letzte halbe Jahr war dafür einfach kein Raum während den
5 Stellungnahmen. Weil du dich immer nur darstellen musst als: Ich bin mir ganz, ganz
6 sicher und das wird sich nie wieder ändern. Und es war schon immer so. Dass ist/
7 also, ich habe dieses/ ich hab das auch teilwei/ also ich merke jetzt, dass es jetzt
8 wieder voll viel Arbeit ist, es wieder zu/ eben, Zweifel wieder zuzulassen und dass sie
9 auch okay sind. Und so ein bisschen zu/ auseinander zu halten von okay, das ist jetzt
10 die Story, die ich dann immer wieder erzählt habe. Und was bin ich und wo sind
11 meine Zweifel gerade? Dass ich die wieder anknipse. Also sie sind eh schon wieder
12 da. Das passt (lacht) (...) aber das hat mich/ ich glaube, das war auch einfach der
13 Grund, was mich so gestört hat bei diesen/ bei den ersten Erstgesprächen für die
14 Psychotherapie. Weil es einfach/ Ich habe mir auch (unv.) wenn ich jetzt zehn
15 Einheiten mit der Personen Zeit verbringe, nur um die ganze Zeit zu sagen: Ich bin
16 mir 100-prozentig sicher. Ich weiß nicht, ob mir das/ also es tut mir definitiv nicht
17 gut. Und ähm, das war auch das/ genau der erste Gedanke, der da war, als ich
18 rausgegangen bin. So, oida, ich darf keine Zweifel teilen. Was ist das? Also, wie soll
19 ich Therapie machen, wenn ich keine Zweifel teilen darf? Also, ähm, ich kann mich
20 auch/ Also das bringt ja/ leads nowhere. Und ist ja einfach. Hat sich sehr angefühlt
21 wie so eine Sackgasse. Ja (5)

22

23 **Max:** Ich hätte mich wahrscheinlich nicht wirklich getraut deswegen in Therapie zu
24 gehen, wenn ich mir nicht schon davor wirklich sicher gewesen wäre, was ich
25 überhaupt möchte. Weil, irgendwie, die Vorstellung ich geh da hin und ich weiß gar
26 nicht genau, was ich möchte. (unv.) schon irgendwie beängstigend. (...) Dass ich
27 dann, ja/ (7)

28

29 **Ax:** Bei mir war es halt teilweise auch so, dass ich also/ auch Zweifel, wie (...) selber
30 nicht genau zu wissen, was jetzt Testo alles auf körperlicher Ebene macht. Also so den
31 Anspruch zu haben, ich bin mir sicher und ich habe jetzt keinen Zweifel daran, ob ich
32 Hormontherapie machen möchte oder nicht. Aber ich weiß auch nicht genug darüber,
33 dass ich überhaupt/ also so/ also Zweifel, die jetzt vielleicht auch nicht unbedingt
34 Zweifel an meiner Identität sind oder so. Aber halt so die Berechtigung, dass ich die

35 Entscheidung getroffen habe. So ein bisschen in die Richtung. Also dass auch für so
36 größere Zweifel/ mini Zweifel. Genau, dass ich die/ das Gefühl hatte, ich muss die
37 komplett abschalten, um halt an Stellungnahmen zu kommen. (...) ja. (...) Was halt
38 dann auch wieder viel Arbeit ist. Die wieder hochzuholen. (43)

39
40 **Interviewer*in:** Habt ihr, ähm, in verschiedenen Stellungnahmen, beziehungsweise
41 bei den verschiedenen (4) Professionen, wo man halt hingehen muss. Psychiater*in,
42 Psychotherapeut*in, klinische Psycholog*innen. Habt ihr da Unterschiede gemerkt,
43 ähm, die ihr irgendwie mit den unterschiedlichen Berufen in Zusammenhang bringt?
44 Oder war das/ oder nicht? (4)

45
46 **Max:** Ja, also bei der klinisch-psychologischen Untersuchung war das halt/ War
47 diese/ Habe ich diesen Computertest gemacht. (...) Zum Anklicken. Wie jetzt/ wie ich
48 psychisch halt dastehe. Also das war dann (...) Während ich dann/ wegen der
49 Mastektomie war ich ja dann noch einmal. (...) Nein, das war ein Psychiater. (...) Ja,
50 also das ist halt schon was anderes, weil das halt wirklich auf. (...) Weiß ich nicht/
51 (unv.) Computertest, wie ich mich fühle. So ankreuzen. (lacht) (...) Während
52 Psychiater halt nur/ war nur Gespräch. (...) Ausgefragt werden. (6)

53
54 **Daniel:** Ich glaube, es unterscheidet sich sehr, wie übel den Leuten ich das generell
55 auch genommen habe, dass ich jetzt da hin muss. Und diese Zeit mit ihnen
56 verbringen muss. Was wahrscheinlich so ist. Dadurch, dass es mit meiner
57 Psychotherapeutin halt am längsten gedauert hat, bis ich die Stellungnahme
58 bekommen habe. Ist da besonders viel Frust auch irgendwie da. Bei dem klinischen
59 Psychotherapeuten/ Psychologen war es bei auch so, dass es einfach ein
60 Computertest war und ich habe so einen/ wie heißen die? Rorschach-Test, diese
61 Tintenklecks-Tests habe ich gemacht, ja. (lacht) Bei dem Menschen habe ich mir
62 einfach gedacht. Die Person/ ich weiß nicht, ob ich/ also die Person hat sicher keine
63 große Ahnung über trans Personen gehabt. Da ist mich am meisten angegangen, dass
64 er in meiner Stellungnahme die ganze Zeit die falschen Pronomen und meinen
65 Deadname verwendet hat. Und meine angenehmste Erfahrung war eigentlich mit
66 dem Psychiater. Weil ich da das Gefühl habe, dass wir uns irgendwie/ dass so ein/
67 also Übereinkunft da ist, dass wir beide nicht ganz dahinter stehen, dass ich jetzt da
68 bin und das machen muss. Also er hat sehr kurz gehalten. Ich glaube das Gespräch,
69 das wir gehabt haben, war so maximal eine Stunde. Und wir haben net durchgehend

70 so über mich/ also so geredet, sondern wir haben uns auch, äh, über Literatur
71 unterhalten. Weil er ein fettes Bücherregal in seinem Büro gehabt hat und ich ja
72 Germanistik studiere. Und da war es/ also das ist mir einfach am angenehmsten
73 vorgekommen.
74

75 **Nick:** Darf ich fragen welche Psychiater das war?
76

77 **Daniel:** Der {Name der Psychiater*in O}
78

79 **Nick:** Okay, (unv.) (durcheinanderreden) ja, schon der {Name der Psychiater*in O}.
80 Weil spätestens bei dem Bücherregal. (lachen) Ich war so: Okay, das war definitiv so.
81 Bei mir war es auch/ das war eine halbe Stunde Gespräch oder so bei mir. Und
82 eigentlich/ ich würde sagen recht entspannt. Also jetzt auch keine unglaublich
83 intimen Fragen. Also ich glaub das ärgste war irgendwie. (4) Ich glaube, zu welchem
84 Geschlecht man sich hingezogen fühlt oder so. Und das war glaube ich irgendwie so
85 das, was irgendwie noch so am Intimsten war. Und sonst war ich so okay. Ist ganz
86 okay. Weil ich habe so ein paar Fragebögen, ähm, ein paar Bilder von Fragebögen von
87 den Verfahren in Deutschland mal gesehen. Und das ist/ also da hat es mir irgendwie
88 (...) alles aufgestellt, wo ich mir gedacht habe. Ich bin so froh, dass ich nicht in
89 Deutschland lebe. Weil da einfach Fragen drauf stehen, wo man sich einfach nur in
90 den Kopf greift und so sagt (...) wie kommt man darauf, solche Fragen jemandem zu
91 stellen. Die haben so gar nichts damit zu tun. Also das/ alles ist (unv.) Abseits vom
92 Thema. (...) ja, das hat mich/ Ich (unv.) so irgendwie von deiner Erzählung war ich
93 so, das muss der {Name der Psychiater*in O} sein. (lacht) (...)
94

95 **Max:** Ja, bei mir war es noch so/ ich bin zu ihm gegangen wegen
96 Mastektomiebefund. Und er hat gleich gesagt: Ja, ich schreibe ihnen das definitiv und
97 es muss auch nicht so lang sein. Ich muss nur irgendwas wissen über sie, weil ich
98 muss irgendwas reinschreiben. (lacht) (Nick: Ganz genau) Und ja (...) Fertig. (6)
99

100 **Ax:** Mhh, ich hab das Gefühl, ich hab einige von den Fragen abbekommen, die nicht
101 so cool sind. Also ich hab leider keinen Termin beim {Name der Psychiater*in O}
102 bekommen. Ich wusste schon, dass der cool war, aber das hat irgendwie noch ein
103 halbes Jahr länger gedauert. Und, ähm (4) ich bin schon mit bestimmten
104 Erwartungen zu bestimmten Berufsgruppen gegangen, so. Und ich habe schon

105 bemerkt, bei so Psychiater*innen ist die Hemmung am größten. Weil ich auch noch
106 keine Erfahrung hatte, schätze ich mal, mit Psychiater*innen. Es ist nur so, keine
107 Ahnung, so mit Literatur und so ganz viel Freud und (lacht) keine Ahnung. So ganz
108 viel (unv.) irgendwie unangenehmes Gefühl bei der ganzen Sache. Und (...) ich bin
109 dann irgendwie reingekommen und hab mir auch gedacht, (unv.) wohl irgendwie im
110 letzten Jahrhundert gelandet. Also die Bücher, die da rumstanden und auch so
111 irgendwie, so der Gestus und weißer, langer Bart. Ach, keine Ahnung. Es war so alles
112 Bilderbuch- (...) Psychiater-Stimmung. So, wie ich mir das irgendwie vorgestellt
113 habe. Und er dann schon auch echt so Fragen wie, keine Ahnung, hast du früher
114 Jungen- oder Mädchenkleider get/ also so, ähm (...) irgendwie Fragen, die ich auch
115 nicht unbedingt immer beantworten wollte. Und/ Aber mich voll so gefühlt habe
116 (unv.) ich jetzt beantworten muss. Weil sonst krieg ich halt nichts. Ähm. Und ich bin/
117 also am Entspanntesten mit zur psychologischen/ klinisch-psychologischen Gutach/
118 Stellungnahmedings, ähm, gegangen. Weil ich dachte, okay, mache ich irgendwelche
119 Computertests. Irgendwie entspannt. Ich hab versucht das irgendwie/ das hat dann
120 irgendwie auch Spaß gemacht, irgendwelche Knöpfe zu drücken. Und dann kam aber
121 noch/ genau, das Gespräch war auch okay. Und dann hat die Person mir noch zwei
122 Tests mitgegeben zum zu Hause Ausfüllen und zurückschicken. Und das heißt, ich
123 habe die ja vor Ort gar nicht angeschaut. Ähm, weil es irgendwie so mit Corona hat
124 sich das irgendwie so etabliert, dass sie das öfter gemacht haben. Dass man nicht so
125 lange in Kontakt ist. Und hab mich dann noch irgendwie in Park gesetzt (unv.) Sonne
126 schön geschienen und so. Und dann waren das SO absurde Fragen. (Dachte?) echt/
127 irgendwie (...) Ich weiß nicht von welchem Jahr dieser Test war. Ich hab dann auch
128 echt so getan, als ob ich eine andere Person bin, die das ausfüllt. (unv.) hab
129 irgendwas ausgefüllt. Ähm. (...) Und, ich hab vergessen, wie der Test heißt, aber ich
130 habe ihn auf jeden Fall auch auch noch irgendwie aufbewahrt. Ähm, genau. Und im
131 Gutachten hat die Person mich auch ständig misgendert. Aber/ (pfffff) ja, irgendwie
132 war ich da sehr distanziert von dem Ganzen. (7) Also ich glaub was ich halt so
133 durchzieht durch alles, ist halt die/ (...) nicht die Möglichkeit zu haben, wirklich
134 ehrlich zu sein (unv.) Also, genau. Also wirklich nur für die Stellungnahme irgendwo
135 hinzugehen.

136

137 **Nick:** Ja (...) ich glaube, da wäre es halt extrem wichtig, dass man dann so von den
138 Personen, von den Ärzt*innen, Therapeut*innen einfach wirklich gesagt bekommt:
139 okay, ja, es geht wirklich darum, dass einfach so über alle Zweifel gesprochen werden

140 kann und über alle Gedanken, die du hast. Und dass man sich dann halt einfach (...)
141 dem annähert, dass man sagen kann, okay, bist du dir sicher? Und wenn nicht, dann
142 bearbeiten wir das halt einfach noch mal. Aber ohne dass wir jetzt irgendwie sagen
143 Ja, dann bist du nicht trans oder so. Also ich glaub, das ist halt einfach extrem
144 wichtig, dass sich das etabliert. Dass eben diese Angst genommen wird. Weil (...) ich
145 würde mal behaupten, dass es bei sehr vielen Personen ist und nicht nur bei uns jetzt
146 in diesem Raum. Dass (...) weil jeder von uns hat gesagt, okay, wir waren jetzt nicht
147 ganz sicher, können wir das sagen oder nicht? Und wird uns dann irgendwie noch ein
148 weiterer Stein in den Weg gelegt. Also (...) da sollte sich definitiv was ändern.

1 **P1**

2 **K.:** Uh, yeah. Me, I mean, I, I felt a kind of a lot of pressure because I was living in
3 {Ort in Nordamerika} before, in {Ort in Nordamerika}, and, uh, in {Ort in
4 Nordamerika} you still have to get one letter from a therapist to get, uh, top surgery
5 or any kind of surgery that is related to trans identity. And/ but for the hormones you
6 don't have to get a letter. The only thing in {Ort in Nordamerika} is like the/ you have
7 to wait a long time before you can get an appointment with the doctor, that will be
8 willing to give you a prescription that. And so when I came to Austria and I saw that
9 the process was/ uh, like I had to get the three letters and I really/ like, I already
10 waited for, uh, some time in {Ort in Nordamerika} to get the hormones, but I, I didn't
11 get the chance to get them before I came to Austria. So I came to Austria. And so the
12 first thing I had to do was, while finishing my PhD, like, looking for specialists that
13 would fit those three boxes. Because you need three letters from three different kinds
14 of therapists. And uh, so yeah, I didn't/ And, I think the first thing is like, I really
15 didn't like that I had to go through this process because I didn't need to see those
16 therapist and those therapists asked me very personal questions with a lot of
17 assumptions about what it means to be trans and what it brings you to affirm yourself
18 and want to have hormones or to go through a surgery. And, so/ even if, like I
19 eventually met like, people who were understanding my situation and who actually
20 didn't ask me to come many times, like I don't know/ it was like/ it took me a lot of
21 energy to go through this process and to to get those letters. (...) Um, yeah, that's my
22 first intervention.

23

24 **Gialu:** Yeah. I mean, I relate to a lot of what you said. I am from {Land in
25 Osteuropa}. So that's on the/ I think, different like side of the spectrum compared to
26 {Ort in Nordamerika}. So when I came here, I was very happy that I'm finally in a
27 country where this can actually happen. But then when I was confronted with how
28 the process works, was like very disheartened, like disappointed. It's still, like, very
29 dehumanizing and expensive and all of that.

30

31 **K.:** Yeah, I think the/ I think what helped me actually to go through this process is,
32 um, I read Whipping Girl from Julia Serano. And there is one/ at some point she's
33 talking about this. Like having to see a therapist just to get letters to get hormones or
34 surgery. And she said something like: Anyway, all those specialists who think that

35 they know trans people because of like, trans people coming to them, like to get those
36 kind of statements. Like, they just have like some kind of bullshit story about trans
37 people. We just tried to just get those letters/ because one thing also with this process
38 that we have to go through is like/ you/ It doesn't matter that you say the truth. You
39 have to prove that you are a trans person and that you are in need for getting
40 hormones and surgery. And so/ it's kind of challenging because you have/ I mean,
41 me, I realized that I have to be careful with the kind of information I was giving to
42 those people. Because/ for example, one of the therapists was really/ like he really
43 believed that I was trans. And he was really willing to give me the letter. But at some
44 point he told me, Yeah, I still have to check if you have some other mental health
45 issues because if you have, uh, maybe it will change my, uh, um, my diagnosis of you.
46 And so/ and I felt very insecure suddenly because (...) I realised that even if you
47 come, like, thinking, okay, I don't have to tell them everything about me, and I don't
48 even have to tell them, like, exactly how/ like, my life just was or whatever. Like/ me,
49 I learned on the spot that something that I didn't think about might really, uh, how
50 do you say, um, (impact?) uh, uh, make them change their mind about, like, giving or
51 not a statement. Um (...) So.

1 **P2**

2 **K.:** Uh, I don't know if you want us to go back to the therapist/ uh, I think/ what I
3 was saying or so with queermed, for example, um, it's not perfect. Like the first guy I
4 went to was on queermed. And so/ I mentioned to one of the organisation that this
5 guy shouldn't be, like, in this list. Because, basically what happened is that I went to
6 see him and it didn't go well because this person/ first thought that you he was an
7 expert on trans people. So/ And but he wanted to see me like it was like saying, oh
8 yeah, I have to see you, like for, I don't know, maybe six months, one year. Because I
9 really have to know you to make this kind of statement. Because it's a legal thing. So
10 there is this kind of legal responsibility that came into the picture. And then he
11 started to to tell me that he really wanted to make sure that there was a true trans
12 person. And I just/ (lacht) (Gialu: (unv.) (allgemeines lachen)

13

14 **Eileen:** Didn't you ask him if he was a true psychiatrist? (lachen)

15

16 **K.:** Yeah. I mean/ I was/ I think it's really hard to handle these kind of interactions.
17 Like I was kind of prepared for actually this to be a bad first time. But I was so/ (...)
18 what I wanted was to get this letter, like, quickly. So I was actually ready to hear all
19 this bullshit and just reply what you wanted me to reply. But yeah, once I figured that
20 he won't change his mind/ because before I came to Austria, I got a letter from a, uh,
21 psychologist to get, um, the operation in {Ort in Nordamerika}. And so I showed him
22 the letter. I was like, okay, if you don't trust me that I'm trans, just when I say I'm
23 trans, I have someone who already diagnosed me. Um, and he even didn't want to
24 hear about it. So/ and he started also to tell me, yeah, because, you know, like, I have
25 this person coming, uh, to see me. And, uh, they also wanted to have, like, a
26 statement. And so I saw them for like two months. And after two months I just
27 realised that they were not actually trans. And I was like, What the fuck are you
28 telling me? I, I don't know. It was very/ you know, this idea, I think, of being a true
29 trans person, which also means having a true mental, uh, health issue in Austria. I
30 mean, depending on who is like meeting this person, you/ it can be very, very/ like
31 me. It was just a matter of like saying, okay, now I'm just leaving, uh, like your office
32 and that's it. Uh, but I don't know if (4) I don't/ I still don't understand why I still
33 have to take the risk of meeting those kind of people who are going to say, uh, that
34 I'm not trans, that will want to really, like, dig into my life and really personal things,

35 uh, to state that I can get T. When cis men can just get T when they want to, just
36 because/ like, we think that, like the yeah, like the hormones, uh, fit the sex they have
37 been assigned at birth. I don't know. (4)

38
39 **Gialu:** For me. (...) the first, like mental health person I went to was the therapist
40 and then the psychiatrist and then the clinical psychologist. And (...) when I was like
41 talking with the therapist, I was like, I'm nonbinary, But I was like avoiding the word
42 nonbinary. Just, I was just using trans and I wasn't really planning on like going into
43 that. But she seemed like/ I don't know. I sort of by the end of the session, I was sort
44 of thinking that she wouldn't like, send me away or like, not give me a letter. And so I
45 said that I'm nonbinary. And that I'm not really sure, like how to navigate this within
46 the system. And she said that she's not going to put that down in the letter because
47 they're not going to accept it. And that when I move to the next sessions with the
48 other mental health professionals that I shouldn't/ or she advises that I don't say that.
49 Which is what I thought anyway, but/ And then/ and she ended up being right, like/
50 (...)the clinical psychologist that I went to. That was like really traumatic experience.
51 Like, if I think back, I think I, I received so much like transphobia during this process
52 from people that are supposed to be like/ the health care system is supposed to be
53 there to like help people. But anyway, this psychologist was/ (unv.) an absurd
54 experience for me because/ (...) well, the whole thing lasted like less than half an
55 hour. And then he sent me the letter, like, two months later. Um, and that was the
56 most expensive. It was (280?). But anyway, he (...) he had this (...) this really like
57 weird, like last century idea of what a man is. And he was telling me things like/ he
58 asked me whether I smoke or not, and I said I don't because I don't. And he said, Oh,
59 but the real men smoke, so (lachen) (Eileen: What?!) I was expecting bullshit. But
60 that's, like, next level. (lachen) Yeah.

61
62 **Eileen:** Famously, Spartans. Not real men. (allgemeines lachen) No!

63
64 **Gialu:** I think some of these people who are/ and this person was on queermed. Like
65 everyone I went to or I called/ or talked to, was on queermed. And I don't know why.
66 But clearly he had like experience with trans people and he was sure if he is an expert.
67 I really don't know/

68
69 **K.:** Maybe it was the same one? (lacht)

70

71 **Gialu:** It was an Italian guy.

72

73 **K.:** No, no. (...) Uh, so

74

75 **Gialu:** I can't remember his name, but (...)

76

77 **Interviewer*in:** You can say names. So you don't have to/ [so if/ you know, I just
78 want to say you can, but you don't have to.

79

80 **Gialu:** I genuinely can't. Yeah,] I'm really bad at remembering names.

1 **P3**

2 **K.:** Yeah, there still are those assumptions about/ I actually, like thinking of it, I
3 think it was a mix of what they had to put in the letter, as you mentioned, and what
4 they actually still think about what being trans mean or might mean. And apart from
5 the non-binary issue that I also faced, that I really understood that it's better to stay
6 on the male/ masculine side of the spectrum, which is okay for me. But yeah, yeah. If
7 you put non-binary somewhere in the letter, you really have to put a lot of stuff saying
8 that/ (unv.) Yeah, a trans man. But anyway yeah/ I don't know like the kind of
9 question they ask to write a letter where still so intrusive. And you know they put
10 themselves as like understanding my situation, trying to make their best to write a
11 letter in a very short way. Um, there were like one of them also tell me if I didn't have
12 to do it, I wouldn't do it. But at the same time/ this person is also/ that was the
13 psychiatrist. She was the one really went deep into, like, she really wanted to know
14 the kind of whole story of my life and if I had mental issues and what's my
15 relationship with like my, um, family, like non queer family and also (...) I don't
16 know. And (...) When I (unv.) So I read the letter, like, I don't know, maybe I can put
17 two in one, um, intermission. But like, all those letters are in German. So when you
18 don't read and you don't understand German, like this is a kind of a real problem, I
19 think, when you have to go through this process. Speaking English, I think was kind
20 of a, uh, privilege in the sense that many professionals here seems to speak in English
21 and might be willing to (exchange?) in English, but they still have to write the letter in
22 German, which is really about personal stuff. Even if, again, maybe you didn't really
23 say the truth, but/ And just to understand what they say, I had to use a really like, you
24 know, a translator online. And like for private information, this is so bad. But anyway,
25 once I figure out what they put in the letter, it's, as you say, it's really binary. It's
26 really, like, they really have to show that we think of ourselves as a man or I suppose
27 as a woman. And also according to, uh, norms that are really cis and uh, hetero in, in
28 the way they all thought. So (lacht) you don't have/ I mean, yeah, when you say we
29 have to navigate this, like, you not really have to navigate, you have to get what's, uh,
30 yeah, you have to really fit in the box to get hormones or top surgery.

31

32 **Eileen:** From what you tell me, they're imposing some requirements that not even a
33 lot of cis people will be able to, uh, to fulfil.

34

35 **K.:** Yeah. Bec/ I mean, in this case, they don't have to get, uh, statements to get
36 hormones or to get surgery. Uh, but yeah, no, I found it, at least in my case, very (...)
37 cis-heteronormative, so.

38

39 **Gialu:** When I was/ when I was like in the session with the/ it was the clinical
40 psychologist, who I think like completely sort of joined sexuality with gender identity,
41 like sexual orientation. And he was asking me like literally ten minutes into the
42 appointment, whether I have ever been penetrated by a penis and whether I enjoyed
43 that. And (...) it was/ I mean, I feel like that's/ (unv.) one, I don't think that's okay to
44 ask. Two, I don't think it has anything to do with my gender. Like, there are binary cis
45 men who like that. (...) But he very clear was like, have you ever?/ So he was asking
46 about romantic relationships. Whether I have ever been attracted to men. Which
47 again has nothing to do with this. But he clearly had this idea of what the man, quote
48 unquote, is supposed to be. And I mean, it was clear what my answers were (...)
49 supposed to be. So I gave those answers. And then he wrote the letter. But it was, um
50 (...) I really, uh, I don't think I ever have to like (...) I don't think I've ever been
51 expected to present so much like a binary man as at this appointment, which is (...)
52 supposed to be like the opposite kind of space where you don't (...) like, have to be,
53 like, binary or, like, passing this.

54

55 **Eileen:** This sort of, uh, mixing up of gender identity and sexual orientation. I have
56 found the same with my therapist. And it was quite confusing when she was asking
57 me questions or trying to figure out. Uh, yeah. It was like/ sometimes it was a
58 question. Like (what?) But then you feel like, um. Like you would like to, um. To have
59 sex with men? I mean, a bit too late. (lacht) But, yeah, like how is that related to at
60 all? And also bringing up my current partner into the conversation. Which is like,
61 that's not/ that's not a welcome question. I don't want to involve my partner/ I mean,
62 I want to involve her but not at the what it is level, right? Yeah. And I think that in

63 general, um, in the psychology slash psychiatry whatnot, community in Austria, there
64 is a bit of an issue with not really understanding these concepts.

65

66 **Gialu:** Actually, my therapist, the one that I go to for, like, actual therapy, not for the
67 papers. She studied here in university in Vienna and said like she went through the, I
68 don't know, the education system of what therapists in Vienna go through. And still is
69 completely clueless about everything. I mean, still as in (...) I suppose it's still better
70 than {Land in Osteuropa}/ although I haven't done (through?) either.

71

72 **Eileen:** For me to more worrying, right, that most of these issues are issues that, at
73 least from my very bubble perspective, that most people already understand. Right.
74 Like, most known psychologists already understand these things or already have an
75 intuition about these things. So for me, it's very surprising that when it comes to a
76 therapy room or to a doctor's office. Now, suddenly all that knowledge that is
77 supposed to be like established disappears. And they go to their diagnostic manuals
78 that contradict everything that you can experience outside of the clinic. So I don't
79 know exactly what's wrong, but something feels/ like there's a (...) discrepancy, right?
80 And again, this is between not having even gone through the process. Right. And I
81 can already see that that there is some massive misunderstanding.

C – Kontaktaufnahme für Kontextanalyse

1. Professionist*innen (Beispiel Psychotherapeut*innen)

Guten Tag,

im Rahmen einer explorativen Erhebung zur Gesundheitsversorgung von trans Personen in Wien an der Fakultät für Psychologie der Universität Wien werden psychotherapeutische Praxen kontaktiert und gebeten, an einer Befragung teilzunehmen. In diesem Zusammenhang interessieren uns auch die Arbeitsabläufe und Perspektiven der Expert*innen. Falls sich Ihre Arbeitsschwerpunkte und das Erhebungsinteresse überschneiden, bitten wir Sie, die unten angeführten Fragen zu beantworten. Falls nicht, melden Sie uns bitte dies ebenfalls kurz zurück.

Sie können die Fragen direkt per Mail oder anonym über den beigefügten Link beantworten.

1. Erstellen Sie Stellungnahmen, welche für eine Personenstandsänderung, Hormontherapie oder operative Eingriffe im Kontext einer Transition notwendig sind?
2. Wie laufen Anamnesegespräche/diagnostische Gespräche/Explorationsgespräche ab? Welche Themen werden angesprochen?
3. Wie viele Sitzungen werden in der Regel für eine Stellungnahme bei Ihnen benötigt?
4. Wie schätzen Sie Ihre Rolle im Transitionsprozess ein?

Link zum Onlinetool (anonym):

https://www.soscisurvey.de/gesundheitsversorgung_trans/?d=BWEDV549BYHSM7SV

Falls Sie weitere Fragen haben, wenden Sie sich gerne an uns.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme,

Raphi Maier

2. Berufsverbände (Beispiel BÖP)

Guten Tag,

im Rahmen einer explorativen Erhebung über die Gesundheitsversorgung von trans Personen in Wien, der Fakultät für Psychologie an der Universität Wien, bitten wir Sie, das Leitungsteam der Fachsektion klinische Psychologie der BÖP, uns einige Fragen zu beantworten.

Gibt es berufsverbands-/fachinterne Empfehlungen oder Richtlinien, wie ein diagnostisches Gespräch mit trans Personen im Rahmen der Erstellung der Stellungnahmen ablaufen soll?

Wenn ja, wie sehen diese aus? Welche Themen- und Lebensbereiche sollen besprochen werden? Welche standardisierten Testverfahren und welche Fragebögen sollen vorgelegt werden?

Wenn nein, wie gewährleistet der BÖP eine sorgfältige und evidenzbasierte Diagnostik und Versorgung von trans Personen?

Wie schätzen Sie die Rolle von klinischen Psycholog*innen im Transitionsprozess ein?

Der Hintergrund der Erhebung ist die derzeitige Praxis der verpflichtenden Stellungnahmen für den Zugang zu Personenstandsänderung und Transitionsmedizin.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit,

Raphi Maier

3. Krankenkassen (Beispiel ÖGK)

Guten Tag,

im Rahmen einer explorativen Erhebung zur Gesundheitsversorgung von trans Personen in Wien an der Fakultät für Psychologie der Universität Wien interessieren uns auch die Arbeitsabläufe und Perspektiven der für die Kostenübernahme zuständigen Verantwortlichen der ÖGK. In diesem Zusammenhang bitten wir Sie um Informationen darüber, welche transspezifischen Gesundheitsleistungen von der ÖGK übernommen werden. Daraus ergeben sich folgende Fragen für uns:

Welche konkreten transitionsmedizinischen Leistungen übernimmt die ÖGK?

Welche Maßnahmen werden komplett und welche werden teilweise übernommen?
Wenn teilweise, in welcher Höhe werden die Kosten übernommen?

Welche Bedingungen müssen erfüllt werden, dass die ÖGK die (teilweise) Übernahme der Kosten bewilligt?

Falls Sie weitere Fragen haben, wenden Sie sich gerne an uns.

Vielen Dank und herzliche Grüße,

Raphi Maier

4. Stadt Wien (Beispiel MA 63)

Guten Tag,

im Rahmen einer explorativen Erhebung zur Gesundheitsversorgung und Lebenssituation von trans Personen in Wien an der Fakultät für Psychologie der Universität Wien interessieren uns die Arbeitsabläufe und Perspektiven der für die Personenstandsänderung verantwortlichen Behörden. In diesem Zusammenhang bitten wir Sie, folgende Fragen schriftlich zu beantworten.

1. Mit welcher Rechtsgrundlage verlangt die Stadt Wien eine psychiatrische, klinisch-psychologische oder psychotherapeutische Stellungnahme zur Durchführung einer Personenstandsänderung?
2. Mit welcher Begründung wurde im Herbst 2020 die Diagnose F64.0 als Voraussetzung gestrichen?
3. Mit welcher Begründung wurden die Punkte 2) und 3) der Behandlungsempfehlungen (Irreversibilität des Geschlechtsempfindens, Annäherung an das äußere Erscheinungsbild des anderen Geschlechts) als Voraussetzungen beibehalten?
4. Wer trifft bzw. traf die Entscheidungen über die Voraussetzungen einer Personenstandsänderung bei der Stadt Wien?

Vielen Dank für Ihre Teilnahme. Falls Sie weiterführende Fragen zu dieser Forschungsarbeit haben, melden Sie sich gerne unter dieser Mailadresse oder kontaktieren Sie Prof. Dr. Thomas Slunecko (thomas.slunecko@univie.ac.at) auf.

Herzliche Grüße,

Raphi Maier

D – Daten der anonymen Onlinebefragung

Anmerkung:

FN: Fallnummer

PR: Profession

OR: philosophisch-methodologische Orientierung der psychotherapeutischen Praxis;
1 = tiefenpsychologisch-psychodynamisch, 2 = humanistisch, 3= systemisch, 4 =
verhaltenstherapeutisch

PI: Psychiater*in

KP: klinische Psycholog*in

Fragen:

PI01: Wie laufen Anamnesegespräche/diagnostische
Gespräche/Explorationsgespräche ab? Welche Themen werden angesprochen?

PI02: Wie schätzen Sie Ihre Rolle im Transitionsprozess ein?

KP01: Wie laufen Anamnesegespräche/diagnostische
Gespräche/Explorationsgespräche ab? Welche Themen werden angesprochen?

KP02: Welche standardisierten Testverfahren und welche Fragebögen werden
vorgelegt?

KP03: Wie schätzen Sie Ihre Rolle im Transitionsprozess ein?

PT01: Wie laufen Anamnesegespräche/diagnostische
Gespräche/Explorationsgespräche ab?
Welche Themen werden angesprochen?

PT02: Wie viele Sitzungen werden in der Regel für eine Stellungnahme bei Ihnen
benötigt?

PT03: Wie schätzen Sie Ihre Rolle im Transitionsprozess ein?

1. Antworten der klinischen Psycholog*innen und Psychiater*innen

FN	PR	KPo1	KPo2	KPo3	PIo1	PIo2
12	PI	-	-	-	-	-
13	PI	-	-	-	-	-
14	KP	-	-	-	-	-
15	PI	-	-	-	-	-
17	PI	-	-	-	Ruhig; Chronologie der Gedanken und des Fühlens	Gering
18	KP	-	-	-	-	-
20	KP	das thema transidentität spielt kaum eine Rolle. ich nehme es als "gegeben" hin ich hinterfrage nicht	hauptsächlich dips / ikp ikp eg	unbedeutend .. unterstützend	-	-
21	PI	-	-	-	-	-

2. Antworten der Psychotherapeut*innen

FN	OR	PTo1	PTo2	PTo3
23	4	Aktuelles Anliegen; Pronomen, Geschlechtsidentität nennen/beschreiben; Erfahrungen im Gesundheitssystem bisher (auch Fokus auf invalidierende bzw. Diskriminierungserfahrungen); inneres Outing, äußeres Outing, Dysphorieerleben, Leidensdruck; Wünsche; Ressourcen; Abklärung psychischer Erkrankungen, Aufklärung über Risiken und Erwartungen geschlechtsmodifizierender medizinischer Behandlungen im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung;	2-3	Ich möchte Trans* Personen die Möglichkeit geben, sich über Transitionsmaßnahmen, ihre Geschlechtsidentität auszutauschen; Informationen bereitstellen; Wirkungen und Nebenwirkungen anzusprechen und bei der Entscheidungsfindung zu unterstützen;
28	-	-	Sollten keine zusätzlichen psychischen Erkrankungen vorliegen, dann ca. 5 Sitzungen	-
30	-	Ich exploriere das soziale Umfeld, Arbeit, Familie, Schule. Abklärung fraglicher Komorbiditäten und deren Zusammenhang mit TG - Symptomatik. Abklärung und	-	Wichtig für diagnostische Abklärung, Aufklärung über Risiken, Beratung und Therapie bei zusätzlichen Erkrankungen die möglicherweise

		Umfang der Auseinandersetzung mit TG und dem Ursprung des Wunsches. Sexuelle Ausrichtung und Sexualleben. Fragen nach Körperempfinden.		Einfluss auf das Körper- und Geschlechtsempfinden haben.
31	1	Ich lasse die Themenwahl komplett frei und offen	Mind. 10	PT ist ein wichtiger Teil zur Stärkung des Selbstbildnis und Selbstwertes. Gleichzeitig werden viele belastende Ereignisse der Vergangenheit aufgearbeitet. Die Therapie bietet auch eine wichtige Stütze, die ansonsten häufig in Familie und/oder Freundeskreis fehlt
32	1	Strukturiert, dynamisch und wertschätzend, bei Bedarf auch OPD - alle Themen haben Platz, wie bei jeder Therapie.	Unterschiedlich, bisher stellte ich nach rund 10 Einheiten eine Stellungnahme (Hormontherapie) aus - andere Personen sind in der Therapie geblieben und die Stellungnahme (Operation) war nur ein Teil dessen.	Begleitend, unterstützend und aufklärend. Das Thema ist sehr komplex! Persönlich denke ich, dass ein begleitender Prozess notwendig ist und dieser von der jeweiligen Kasse auch getragen werden sollte - wie übrigens alle Psychotherapien, egal mit welcher Indikation eine Person kommt.
33	2	Abklärung Auftrag/Anliegen (Psychotherapie oder nur Stellungnahme?), Rahmenbedingungen, Schweigepflicht, Absageregelung, Kosten, Erwartungshaltung, Familienanamnese und Exploration des Umfeldes bzw. der Lebenssituation - die Klient*innen entscheiden über weitere Themen	völlig unterschiedlich, mind. 5	unterstützend, als Case Managerin und Koordinatorin zwischen Fachärzt*innen und anderen Expert*innen - zB. Zusammenfassung der Stellungnahmen von Psychiater*in, Psycholog*in und Therapeut*in
35	2	Überblick über Lebenssituation, Biographie mit besonderem Augenmerk auf Geschlechtsempfinden	Sehr unterschiedlich und von der Person abhängig: 10-50	Als Wegbegleiterin, Informantin, Hilfe beim Sortieren auftauchender Empfindungen
36	3	-	die Stellungnahmen werden im Rahmen von laufenden psychotherapeutischen Prozessen erstellt. Diese Frage stellt sich daher in der Regel nicht bei mir.	-
37	2	So wie Anamnese und Exploration bei Psychotherapie sonst auch stattfindet. Psychotherapeutische Stellungnahmen, auch im Rahmen einer sog. "Fallführung", werden nur für Klient*innen ausgestellt, die sich in psychotherapeutischer Behandlung befinden.	-	hoffentlich unterstützend im Sinne von mehr Lebenszufriedenheit und geschlechtsbezogenen Kongruenzerlebens.
38	2	Die Themen, die die Klienten:innen einbringen. In der Regel beinhalten diese auch alle für mich relevanten Themen eines ersten Gesprächs.	keine bestimmte Anzahl. Sehr individuell, je nachdem was Klient:innen für sich benötigen.	Unterstützend, beratend, sortierend, facilitativ
39	3	Grundsätzlich kläre ich vor der Exploration über den diagnostischen Gesprächsverlauf auf u.a. welche inhaltlichen Kriterien für eine Kassenabrechnung in der STN enthalten sein müssen, damit eine	Bei Erwachsenen gibt es nur einen diagnostischen Termin, sofern keinen gravierenden Kontraindikationen vorliegen, da ich auf Basis des informed consent u. d. Eigenverantwortung v. Erwachsenen	Ich unterscheide zw. meiner diagnostischen Rolle für die Befunde u. einer therapeutischen Transitionsbegleitung. Die ca. 2/3 d. Personen i. meiner Praxis wünschen entweder eine begleitende

		Finanzierung übernommen wird (siehe Leitlinien des BMG u. der Krankenkassen). Zudem informiere ich auf Basis des "informed consent" über Risiken und Nebenwirkungen körpermodifizierender medizinischer Maßnahmen. Ein solches Aufklärungsblatt ist auch Teil der STN u. wird v. d*. KL unterschrieben. Dann lasse ich die Personen aus Ihrem Erleben über ihre trans*Bio erzählen. Ich bespreche immer vorher, was in der STN enthalten sein wird u. lasse Klient*innen diese prüfen. Bei Bedarf nehmen wir Änderungen vor. Spezifisch persönliche u. therapeutische Inhalte, die über ein erforderliches Maß für die Anerkennung der STN hinausgehen sind nicht in d. STN enthalten.	operiere. Bei Kindern u. Jugendlichen gestaltet sich der Prozess, wie Sie bestimmt wissen, manchmal leider etwas umfangreicher, abhängig von der Compliance des Familiensystems und der Positionen des Behandlungsteams. Aber auch da, je nach Fall, können STN durchaus nach wenigen Sitzungen erfolgen, wenn z.B. die anderen Befunde schon vorliegen, oder Sorgeberechtigte mit an Board sind.	Psychotherapie od. wählen mich als fallführende Person für den Konsensbeschluss. Ca. 1/3 wünscht nur die Diagnostik u. die Stellungnahme mit Fallführung d. eine d. anderen Professionist*innen.
40	3	-	-	-
41	4	Soziales Umfeld Ressourcen Entstehung der Identitätssuche/-krise (Beginn, Verlauf, Umgang, Körperdysmorphie vs -dysphorie etc) Familiäre Verhältnisse Psychische Erkrankungen in der Familie Sexualität (nicht zwingend Ausrichtung sondern Wichtigkeit/Entstehung/Selbstbefriedigung, etc)	3-4	Gering, wenn es nur um die Ausstellung der Stellungnahme geht; sehr hoch, wenn der Prozess noch nicht ganz klar ist und begleitet werden muss
42	2	Ablauf: 1-2 Sitzungen zum Kennenlernen, Schreiben der Stellungnahme, Besprechung und Adaption. Themen: Lebensgeschichtliche Eckdaten im Zusammenhang mit der Entscheidung zur Transition Überlegungen die zur Entscheidung geführt haben Bisherige und erwartete Auswirkungen auf die aktuelle Lebens- und Alltagsgestaltung Informiertheitsstand über zu erwartende Veränderungen und potenzielle Probleme	Mindestens 3, eher 4-5. So viele wie ich brauche um das was ich in die Stellungnahme schreibe auch nach bestem Wissen und Gewissen unterschreiben zu können.	Das ist von Person zu Person unterschiedlich, manchmal prozessbegleitend, oft mehr Mittel zum Zweck.
43	2	Alles mögliche – normalerweise erst nach dem wir uns gut kennengelernt haben kann ich so eine "Diagnose" erstellen. Alles kann wichtig sein, um die Phänomenologie des Klient*innens vollständig zu verstehen. Wichtig ist: die subjektive Verständnis des Transgenderisms in Anspruch zu nehmen.	5	ich unterstütze und versuche zu verstehen. zu schauen was für ein Wert diese Prozesse bedeuten für die Person. Niemanden kennt sich besser als die Person selbsts, ich verstehe Transitionsprozesse eine Umwandlung, die nicht unbedingt wichtig für die Trans-realität ist.
44	-	-	-	-
45	2	Bezogen auf Trans*Geschlechtlichkeit wird die	Dafür gibt es keine Regel. Es hängt von den Umständen ab, in der sich	Als Psychotherapeutin arbeite ich im Interesse meiner Klient*innen und

persönliche Geschichte erhoben (seit wann gibt es ein gendernonkonformes Empfinden, wie äußert sich das (gibt es zB Dysphorie und wenn ja, in welcher Form), wie ist bisher damit umgegangen worden, seit wann ist klar, dass es um Trans*Geschlechtlichkeit / Nicht-Binarität geht), die aktuelle Lebenssituation (gibt es Menschen, die davon wissen, die unterstützend sind, lebt die Person in einer partner*innenschaftlichen Beziehung etc.) und die Ziele, die die Person erreichen möchte (PSÄ/VNÄ, HRT, gaOPs, Teile davon, nichts davon usw.). Bei Kindern und Jugendlichen werden auch anamnestische Gespräche mit den Eltern / Obsorgeberechtigten geführt und ich berate im Hinblick auf mögliche Schritte der Transition inkl. Wirkungen / Nebenwirkungen. Eine entsprechende Beratung findet selbstverständlich auch bei Erwachsenen statt, die geschlechtsangleichende Schritte planen.	eine Person befindet. Bei Erwachsenen, die keinerlei zusätzliche Belastungsfaktoren aufweisen, kann eine Diagnostik inkl. Stellungnahme nach bereits wenigen Sitzungen erfolgen; bei Menschen, die in vielen Bereichen ihres Lebens aktuell recht instabil sind, kann es notwendig sein, zumindest einige dieser Bereiche zu stabilisieren, bevor der gewünschte Schritt sinnvoll ist. Gerade eine HRT oder auch eine gaOP kann mitunter viel auslösen, im Positiven wie im Negativen, daher ist hier eine zumindest ausreichende Stabilität Voraussetzung. Stellungnahmen für eine PSÄ/VNÄ stelle ich meist sehr rasch aus, da dies keine irreversible Veränderung darstellt, aber häufig eine erste große Entlastung der Person bewirkt. Bei Kindern und Jugendlichen(sowie deren familiäres Umfeld) ist es häufig sinnvoll, dem Thema überhaupt erst einmal (mehr) Raum zu geben für die notwendige Auseinandersetzung damit.	als Expertin für meinen Bereich, das gilt natürlich auch für Transitionsprozesse. Als Person, die Stellungnahmen ausstellt, habe ich - leider - eine Rolle, in der Menschen in gewisser Weise von meinem Tun abhängig sind. Das ist mir bewusst und ich gehe offen damit um. Auf der einen Seite sitzt eine Person, in deren Interesse es (meistens) ist, ihren Prozess möglichst rasch zu starten, auf der anderen Seite sitze ich, deren Aufgabe es ist zu hinterfragen, ob dies genau zum momentanen Zeitpunkt sinnvoll bzw. tatsächlich unterstützend ist. Es ist nicht immer einfach, diesen Spagat gut hinzubekommen, aber bisher glaube ich, dass das gelungen ist.
--	---	---

E – Gedächtnisprotokolle der Telefonate mit Vertreter*innen der Berufsverbände

Telefonat am 9. Februar 2023 mit Melanie Schweinzer aus dem Leitungsteam der Fachsektion klinische Psychologie des BÖP

Sie spricht über Trans von einem Trend. In der Praxis wird ICD-10 verwendet. Übergang zu ICD-11 wird ein fließender sein. Sie selbst diagnostiziert nach beiden Manualen. Problem ist das System der Krankenkassen, das sich nach ICD-10 richtet.

Interne Richtlinien zur Diagnostik von Trans gibt es in schriftlicher Form nicht. Der BÖP hat keine Leitlinien. Es gibt allerdings die allgemeinen Qualitätskriterien und Fortbildungen zum Thema. Dazu zählen z.B. Fallsupervisionen und Fortbildungspflicht. Sie sagt, interessierte Psycholog*innen sollen Fortbildungen und Supervisionen machen. Auch von einer Kooperation mit der Community, sie nennt die Courage, spricht sie.

Sie spricht davon, dass es viele Komorbiditäten gäbe, weshalb es oft zu einer Zuweisung zur Diagnostik kommt und entsprechenden Zuweisungen für weitere Versorgung. Austausch mit Communityorganisationen gibt es allerdings nicht.

Auf die Frage nach den konkreten Inhalten und Abläufen der Diagnostik sagt sie, sie könne nicht für alle sprechen. Sie erklärt jedoch, wie sie es in ihrer Praxis macht. Sie verweist auf die Nieder, Brinken, Appelt (2013) als fachliterarische Referenz.

Das Anamnesegespräch besteht bei ihr aus einer allgemeinen und spezifischen Anamnese. Ausgewählte Schwerpunkte der spezifischen Anamnese sind Identitätsaspekte, Begehrensaspekte, Geschlechterrollenaspekte, Erleben und Verarbeiten pubertätsbedingter Körperveränderungen und die eigene Auffassung von Männlichkeit und Weiblichkeit.

Des Weiteren testet sie mithilfe des SKID-I und -II bzgl. affektiver Störungen und Substanzmissbrauch. Jedoch geht es hier nicht um irgendetwas Explizites. Psychotische und dissoziative Symptome müssen ausgeschlossen werden. Wenn diese auftauchen, müssen diese zuerst behandelt werden. Weiters werden der ESI und SCL-90-S verwendet. Dann werden Persönlichkeitsfragebögen vorgelegt, da es sich ja bei Trans um eine Persönlichkeitsstörung handle. Hier lässt sie den FPI-R, SCID-5-PD und ein Screening für autistische Störungen machen.

Des Weiteren werden Leistungs- und Stresstests, Intelligenz- und Basisdiagnostik, WMT, CFT-20, Leistungs- und Aufmerksamkeitstests, CTMT gemacht. Dann noch ein Test, um Intelligenzminderung auszuschließen.

Sie sagt, ihr Schwerpunkt liege eigentlich bei ADHS und Autismusdiagnostik, aber da es sich bei Trans ebenso um eine Körperwahrnehmungsstörung handle, macht sie das auch noch dazu.

Auf die Frage, wie der BÖP eine sorgfältige und evidenzbasierte Diagnostik und Versorgung von trans Personen gewährleisten kann, verweist sie erneut auf die Fortbildungen der BÖP-Akademie.

Telefonat mit Elisabeth Vlasich am 17. November 2023 von der Expert*innengruppe ‚Trans* Inter* Geschlechtlichkeiten – Psychotherapie‘ im ÖBVP

Der ÖBVP hat keine internen Richtlinien zur Diagnostik von Trans. Elisabeth Vlasich sagt, dass sie, also der ÖBVP, nichts vorschreiben können und auch nichts kontrollieren können. Wenn, dann wird das Thema in der Ausbildung angesprochen, aber da sind die Institute zuständig.

Auf die Frage, wie der ÖBVP eine sorgfältige und evidenzbasierte Versorgung ohne Richtlinien gewährleisten will, verweist sie darauf, dass viele Kolleg*innen, die das machen, bereits viel Erfahrung mit trans Diagnostik besäßen. Trans war und ist eine Selbstdiagnose und wird es auch bleiben. Schlussendlich bleibt die Frage jedoch unbeantwortet.

Hinsichtlich der Rolle der Therapeut*innen im Transitionsprozess spricht sie von Begleitung in Outingprozessen in Beziehungen und Arbeitsplatz. Gibt es weitere Erkrankungen? Kinderwunsch?

Angesichts der Frage nach dem Spannungsfeld der Freiwilligkeit/Unfreiwilligkeit von Psychotherapie im Rahmen der Stellungnahmen spricht Vlasich von einer schwierigen Situation. Es gab auch schon Beschimpfungen gegen Therapeut*innen. Sie selbst macht ein oder zwei Gespräche bei Erwachsenen. Diese sind selbst verantwortlich.

Elisabeth Vlasich hat noch von keinen Detransitionern in Österreich gehört.

Sie erzählt, dass die Krankenkassen sehr wohl DSM-5 Diagnosen akzeptieren würden, aber noch keine ICD-11 Diagnosen. Dies werde mindestens noch fünf Jahre dauern und kann auch damit zusammenhängen, dass das ICD-11 noch nicht auf deutsch verfügbar ist.

Auf die Frage, was sich in der aktuellen psychotherapeutischen Praxis ändern muss, dass die Versorgung von trans Personen besser wird, antwortet sie:

Es braucht das Wissen, dass es eine Selbstdiagnose ist. Bei Erwachsenen ist es eine Selbstdiagnose. Als Therapeut*in kann man nur begleiten und informieren. Therapeut*innen müssen den Menschen zugestehen, dass sie sich so fühlen.

F – Mailverkehr (Auszüge)

1. ÖGK

Erste Antwort auf erste Kontaktaufnahme (siehe Anhang C.3.)

Betreff: AW: Leistungen zu transspezifischen Gesundheitsleistungen

Von: "OFFICE.MD (OEGK-11)" <md-11@oegk.at>

Datum: 03.10.2023, 08:44

An: 'Raphi Maier' [REDACTED]

Sehr geehrter Herr Maier!

In Bearbeitung Ihrer Anfrage teilen wir mit, dass eine mögliche Bewilligung nach abgeschlossener Diagnostik entsprechend den Empfehlungen (siehe Sozialministerium) geprüft werden kann.

Über die konkreten transmedizinischen Leistungen der ÖGK bzw. der Kostenübernahmefragen, wird Sie unsere entsprechende Abteilung gesondert informieren.

Freundliche Grüße

Medizinischer Dienst

Wienerbergstraße 15-19, 1100 Wien

Tel. +43 5 0766-112165

Fax +43 5 0766-113581

md-11@oegk.at

www.gesundheitskasse.at

Informationen nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung betreffend die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie auf unserer Website unter www.gesundheitskasse.at/datenschutz.

2. BVAEB

Antwort auf Anfrage an den Direktionsärztlichen Dienst

Betreff: AW: Forschungsanfrage

Von: oea <oea@bvaeb.at>

Datum: 06.11.2023, 14:07

An: [REDACTED]

Sehr geehrter Herr Maier!

Die BVAEB orientiert sich bezüglich des Behandlungsprozesses für die Transition an den Empfehlungen des Bundesministeriums, welche sich in weiten Teilen auf die Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, The World Professional Association for Transgender Health (WPATH), 7th Version, Atlanta/USA, 2011 und dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Version 5 (DSM-5), der American Psychiatric Association, May 2013 beziehen.

Diese Empfehlungen legen, wie alle anderen Leitlinien, keine Verpflichtung zur Leistungserbringung der Krankenversicherungsträger fest.

Grundsätzlich erfolgt eine Prüfung der medizinischen Notwendigkeit etwaiger Leistungen jedenfalls immer im Einzelfall und beruht auf einer individuellen Prüfung der vorgelegten Unterlagen unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes der Patien*innen. Bei dieser Prüfung können die genannten Leitlinien zur Orientierung dienen. Aus diesem Grund kann in diesem Zusammenhang keine allgemeingültige Liste über Leistungen erstellt werden.

Mit freundlichen Grüßen
Norbert Quirxtnr

Abt. 02 Generaldirektion/Öffentlichkeitsarbeit
Tel. 050405-22210
Fax 050405-22209
oea@bvaeb.at
www.bvaeb.at | Facebook

**Antwort auf Nachfrage zur Entscheidung der BVAEB, die
'Behandlungsempfehlungen' heranzuziehen**

Betreff: AW: Forschungsanfrage
Von: oea <oea@bvaeb.at>
Datum: 13.11.2023, 11:52
An: 'Raphi Maier' [REDACTED]

Guten Tag Raphi Maier!

Wie bereits in unserer E-Mail mitgeteilt, bezieht sich die Empfehlung des Bundesministeriums bezüglich des Behandlungsprozesses für die Transition in weiten Teilen auf international anerkannte Empfehlungen, wie z.B. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, The World Professional Association for Transgender Health (WPATH), 7th Version, Atlanta/USA, 2011 und dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Version 5 (DSM-5), der American Psychiatric Association, May 2013. Somit finden diese internationalen Empfehlungen auch Eingang in die Vorgehensweise der BVAEB.

Bei der Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit greift die BVAEB stets auf wissenschaftlich anerkannte Studien, Leitlinien und Empfehlungen zurück. Die BVAEB hatte aus medizinischer Sicht bislang keinen Grund, die Authentizität der wissenschaftlichen Empfehlung einer zuverlässigen öffentlichen Stelle in Frage zu stellen. Die Orientierung an den Empfehlungen des BMSGPK ist daher per se angezeigt und bedarf keiner gesonderten Entscheidung.

Mit freundlichen Grüßen
Claudia Lambacher

*Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter,
Eisenbahnen und Bergbau
Abteilung 02 – Generaldirektion, Öffentlichkeitsarbeit
Josefstädter Str. 80, 1080 Wien
E-Mail: claudia.lambacher@bvaeb.at
www.bvaeb.at | Facebook*

3. MA 63

Antwort auf erste Kontaktaufnahme (siehe Anhang C.4.)

Von: Kuzaj-Sefelin Ulrike <ulrike.kuzaj-sefelin@wien.gv.at>
Datum: 07.11.2023, 14:32
An: '*EXTERN* Raphi Maier' [REDACTED]

Guten Tag,

seitens der Stadt Wien – Abteilung für Gewerberecht, Datenschutz und Personenstand (Standesamt Wien) lassen sich Ihre 4 Fragen mit folgendem Satz beantworten:

Die Entscheidungen der Personenstandsbehörde basieren auf entsprechenden Rechtsnormen, Weisungen ihrer Oberbehörde (Bundesministerium für Inneres - BMI) und ständiger Rechtsprechung.

Ich hoffe, Ihnen mit dieser Antwort gedient zu haben, und verbleibe mit freundlichen Grüßen

Mag.a Ulrike Kuzaj-Sefelin
Stabsstellenleiter-Stellvertreterin
Budget, Controlling und Öffentlichkeitsarbeit

Gewerberecht, Datenschutz und Personenstand
1010 Wien, Neutorgasse 15/2. Stock/Zi.211

Telefon +43 1 4000 97092
Fax +43 1 4000 99 97092
Web wien.gv.at

Präzisierung des Gegenstandes und erneute Nachfrage meinerseits

Von: *EXTERN* Raphi Maier [REDACTED]
Gesendet: Mittwoch, 8. November 2023 07:44
An: Kuzaj-Sefelin Ulrike <ulrike.kuzaj-sefelin@wien.gv.at>
Betreff: Re: Anfrage auf Forschungsteilnahme

Guten Tag,

Vielen Dank für Ihre Antwort.

In unserer bisherigen Recherche konnten wir die Erlässe des Innenministeriums von 23.3.2010 bzw. 11.5.2010 (GZ.; BMI-VA 1300/0139-III/2/2010) und das Erkenntnis des VwGH von 27.2.2009 (VwSlg 17746 A/2009) als gültige Weisungen und gültige Rechtsprechung identifizieren. Wir

nehmen an, Sie beziehen sich auf diese. Nun lassen diese erheblichen Spielraum für die Unterbehörden bzw. für die Standesbeamt*innen. Dies zeigt sich schon in der von der Stadt Wien im Herbst 2020 vollzogenen Abweichung von der vorher gängigen Praxis, die durch die Behandlungsempfehlungen verlangte Diagnose F64.0 für eine Personenstandsänderung ebenfalls zu verlangen. Aktuell erfordert die Stadt Wien eine psychiatrische, psychotherapeutische oder klinisch-psychologische Stellungnahme mit folgendem Inhalt:

1. Die Erklärung, dass ein Zugehörigkeitsempfinden zum anderen Geschlecht besteht, und
2. dass dieses aller Voraussicht nach weitgehend irreversibel ist.
3. Die Mitteilung, dass eine deutliche Annäherung an das äußere Erscheinungsbild des anderen Geschlechts zum Ausdruck kommt.

Aus unserer Perspektive ergibt sich die Frage, wer diese veränderte Praxis vorgeschlagen bzw. entschieden hat und aus welchen Gründen sich für die Beibehaltung der Punkte 2) und 3) der Behandlungsempfehlungen als Voraussetzung für die Personenstandsänderung entschieden wurde.

Herzliche Grüße,

Raphi Maier

Antwort der MA 63 auf Nachfrage

Betreff: AW: Anfrage auf Forschungsteilnahme
Von: Kuzaj-Sefelin Ulrike <ulrike.kuzaj-sefelin@wien.gv.at>
Datum: 08.11.2023, 15:53
An: 'Raphi Maier' [REDACTED]

Guten Tag,

zu Ihrer neuerlichen Frage verweisen wir auf unser gestriges Antwortschreiben.

Personenstandsrecht gehört zu den Angelegenheiten der mittelbaren Bundesverwaltung. Auch in dieser Frage ist die Personenstandsbehörde nicht von den Vorgaben der Oberbehörde (Bundesministerium für Inneres – BMI) abgewichen.

Ich hoffe, dass nun alle Unklarheiten beseitigt sind und verbleibe mit freundlichen Grüßen

Mag.a Ulrike Kuzaj-Sefelin
Stabsstellenleiter-Stellvertreterin

Budget, Controlling und Öffentlichkeitsarbeit

Gewerberecht, Datenschutz und Personenstand
1010 Wien, Neutorgasse 15/2. Stock/Zi.211

Telefon +43 1 4000 97092

Fax +43 1 4000 99 97092

Web wien.gv.at

4. WAST

Antwort auf erste Kontaktaufnahme

Von: Wilhelm Wolfgang <wolfgang.wilhelm@wien.gv.at>

Datum: 24.11.2023, 11:11

An: [REDACTED]

Lieber Raphi Maier!

Gerne hier die Antworten auf Ihre Fragen:

1. Da viele Trans-Personen die Diagnose F 64.0 als Diskriminierung erleben und damals schon absehbar war, dass es zu einer Änderung im ICD-11 kommen wird, hat uns der Verein Trans-X gefragt, ob man diese nicht weglassen könnte.

Seitens der WAST fand ich das eine gute Idee und gemeinsam mit den zuständigen Rechtsabteilungen haben wir daher die Auffassung entwickelt, dass wir mit der nach wie vor nötigen Stellungnahme auch dann die seitens des BMI bestimmten Voraussetzungen für eine solche Stellungnahme erfüllen, wenn keine „Diagnose“ angeführt wird, sondern nur das Empfinden und die Dauerhaftigkeit desselben (und die Angleichungsschritte) bestätigt wird.

2. Dies sind vom BMI definierte Voraussetzungen für die Personen- und Vornamensänderung, die Stadt Wien vollzieht hier nur Bundesregelungen (mittelbare Bundesverwaltung).

3. Die zuständigen Stellen der Stadt Wien, also MA 63 und WAST.

LG,

Wolfgang Wilhelm.

Mag. Wolfgang Wilhelm, MAS MSc
Leiter

Büro der Geschäftsgruppe Bildung,
Jugend, Integration und Transparenz

Wiener Antidiskriminierungsstelle
für LGBTIQ-Angelegenheiten

1080 Wien, Auerspergstraße 15
Telefon +43 1 4000 81442
Mail wolfgang.wilhelm@wien.gv.at
Homepage wien.gv.at/queer

G – Abstract

Für den Zugang zu rechtlicher Anerkennung und transitionsspezifischer Gesundheitsversorgung müssen trans Personen in Österreich psychiatrische, klinisch-psychologische und psychotherapeutische Begutachtungen durchlaufen. Diese Studie nimmt die Erfahrungen von erwachsenen trans Personen im Rahmen dieser Begutachtungspraxis, den Umgang mit diesen Erfahrungen und die Rolle der Begutachtung in der staatlich-medizinischen Regulation von Transgeschlechtlichkeit in den Blick. Hierfür wurden in dieser Arbeit die in vier Gruppendiskussionen erhobenen Erfahrungsberichte von trans Personen im Rahmen der reflexiven Grounded Theory Methodologie analysiert. Auf Basis der Datenanalyse konnte gezeigt werden, dass das regulatorische Regime der erzwungenen Begutachtung mit der starken Machtasymmetrie, der unklaren Informationslage, der unregulierten Regulation und dem großen Handlungsspielraum der Psy* Gewalt, Willkür und Machtmissbrauch ermöglicht oder begünstigt und dass dieses als Disziplinar- und Normalisierungsapparat im Dienste der heteronormativen Hegemonie bezeichnet werden kann. Die rechtliche und medizinische Affirmation von trans Leben in Österreich funktioniert über eine heterosexuelle und binärgeschlechtliche Normierung. Die Teilnehmenden berichteten von Transnormalisierung ihrer biographischen Erzählungen und ihres Ausdrucks, von diskursiven Gratwanderungen der Wahrheitsfähigkeit in Bezug auf psychische Gesundheit, Sexualität und Erscheinungsbild, von stark eingeschränkten Handlungsmöglichkeiten in einem steilen Machtverhältnis, von Abhängigkeit, Machtmissbrauch und Grenzüberschreitungen wie intrusives Fragen, cissexistisches und transnormatives Gaslighting und sexualisierter Gewalt. Als psychische Folgen dieser Erfahrungen beschrieben die Teilnehmenden starke Ängste, Stress, Selbstzweifel, Depression, Unsicherheit, Entfremdung, Erschöpfung und Suizidgedanken. Das aktuelle Regime kann sozialen Rückzug, die Beeinträchtigung der Lebenschancen von trans Personen und ein größeres Risiko für zwischenmenschliche Gewalt und verfrühten Tod zur Folge haben. Im Rahmen einer explorativen Kontextanalyse wurden Ärzt*innen, Standesbeamte*innen und Krankenkassen als die eigentlichen Gatekeeper identifiziert und mögliche Handlungsspielräume dieser aufgezeigt.

In Austria, trans people must undergo psychiatric, clinical-psychological and psychotherapeutic assessments in order to gain access to legal recognition and transition-specific healthcare. This study focusses on the experiences of adult trans people within these assessment practices, on how they handle these experiences and on the role of assessment in the legal-medical regulation of transgender. To do so, this study analysed the experiences of trans people collected in four group discussions using the reflexive grounded theory methodology. Based on the data analysis, it was shown that the regulatory regime of forced assessment with its strong power asymmetry, ambiguous information situation, unregulated regulation and the psy*'s wide scope for action enables or encourages violence, arbitrariness and abuse of power and that it can be described as a disciplinary and normalisation apparatus in the service of heteronormative hegemony. The legal and medical affirmation of trans life in Austria functions via heterosexual and binary normalisation. The participants reported transnormalisation of their biographical narratives and expression, of discursive tightrope walks of their ability to tell the truth in relation to mental health, sexuality and appearance, of severely restricted options for action in a steep power structure, of dependency, abuse of power and transgressions such as intrusive questioning, cissexist and transnormative gaslighting and sexualised violence. As psychological consequences of these experiences, the participants described severe anxiety, stress, self-doubt, depression, insecurity, alienation, exhaustion and suicidal thoughts. The current regime can result in social withdrawal, impaired life chances for trans people and a greater risk of interpersonal violence and premature death. As part of an exploratory context analysis, doctors, registrars and health insurance companies were identified as the actual gatekeepers and their range of action was highlighted.