

MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Begutachtung, Bewertung, Bedingung: Eine Kritische Diskursanalyse
trans-bezogener Behandlungsempfehlungen in Österreich

verfasst von | submitted by

Carolin Bedus BSc

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

Wien | Vienna, 2025

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

Betreut von | Supervisor:

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

Danksagung

Diese Arbeit ist in vielerlei Hinsicht ein Gemeinschaftsprojekt. Mein besonderer Dank gilt Felix, der gewissermaßen Mitschuld an ihr trägt: Er hat mich ermutigt, nicht den naheliegenden, sondern den stimmigen Weg zu wählen, mich den unbequemen Fragen zu stellen und mein Interesse an anderen Blickwinkeln ernst zu nehmen. Deine Geduld, deine Zuversicht und deine beharrliche Ermutigung haben mich durch diese Arbeit getragen.

Ebenso danke ich Julia, die unermüdlich gelesen, kommentiert und korrigiert hat – für dein aufmerksames Mitdenken, deine klaren Rückmeldungen, deine bestärkende Art und nicht zuletzt für deine Freundschaft.

Ein großer Dank gilt auch Raphi Maier. Die Irritationen, die durch die Ergebnisse deiner Arbeit bei mir entstanden, waren Ausgangspunkt für mein eigenes Arbeiten. Besonders danke ich dafür, dass ich dein empirisches Material nutzen durfte – es hat mir ermöglicht, die Konsequenzen der staatlich-medizinischen Regulation von Trans noch sichtbarer werden zu lassen.

Meinem Betreuer Thomas Slunecko danke ich herzlich für die wertschätzende Begleitung, das Vertrauen in meine Herangehensweise und die Freiheit, meine Perspektiven entfalten zu können.

Schließlich danke ich meinen Eltern, sowie Annemarie und Werner, Gertraude und Günther, die mir das Studium erst ermöglicht haben. Ihr Leben und ihr Wirken haben den Boden bereitet, auf dem ich heute stehen kann.

Inhaltsverzeichnis

I. EINLEITUNG	1
1.1 TRENDPHÄNOMEN TRANS.....	5
1.2 TRANS ALS KRANKHEIT – ENTWICKLUNGEN UM DAS 19. JAHRHUNDERT BIS HEUTE.....	14
1.3 TRANS IN ÖSTERREICH: REGIERT UND REGULIERT	17
1.3.1 Unregulierte Regulation.....	17
1.3.2 Bürokratie und Bürgerliche Kälte.....	20
1.4 DIE BEHANDLUNGSEMPFEHLUNGEN.....	24
1.5 SCHLUSSFOLGERUNGEN UND FORSCHUNGSFRAGEN.....	25
II. METHODISCHE GRUNDLAGEN: MICHEL FOUCAULT & DISKURSTHEORIE	28
2.1 FOUCAULTS PERSPEKTIVEN AUF WISSEN UND MACHT.....	28
2.1 Der Macht-Wissens-Komplex.....	28
2.1.2 Macht als relationale, produktive Kraft.....	30
2.1.3 Disziplinarmacht.....	31
2.1.4 Diskurs	34
2.2 (KRITISCHE) DISKURSANALYSE	36
2.2.1 Problematisieren & Kritisieren.....	36
2.2.2 Diskurse analysieren.....	37
2.2.3 Die Methode der Kritischen Diskursanalyse	38
III. KONTEXTANALYSE	40
3.1 HISTORISCH-SOZIALER, ZEITDIAGNOSTISCHER KONTEXT.....	40
3.1.1 Der Transsexuellen-Erlass.....	41
3.1.2 Inhalte des Erlasses 1983	42
3.1.3 Veröffentlichung der ersten Behandlungsempfehlungen.....	46
3.1.4 Entwicklung und Anpassung der Behandlungsempfehlungen (1997-2017)	47
3.2 INSTITUTIONELL-ORGANISATORISCHER KONTEXT.....	49
3.3 SITUATIVER KONTEXT	51
IV. FEINANALYSE	52
4.1 PRÄAMBEL.....	52
4.1.1 Institutionelle Deutungshoheit und Wissensproduktion.....	52
4.1.2 Medizin und Bürokratie.....	55
4.1.3 Hierarchisierung ohne Täter.....	57
4.1.4 Trans als Krankheit.....	58
4.1.5 Die Frage des Geschlechts	59
4.1.6 Vage Professionalität und Verlässlichkeit	60
4.1.7 Objektivität suggerieren, Verantwortung delegieren	62
4.2 BEHANDLUNGSPROZESS	63

4.2.1. Diagnostischer Prozess zur grundsätzlichen Feststellung des Vorliegens einer Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus	64
4.2.2. Behandlungsbestätigung	67
4.2.3. Therapeutischer Prozess	70
4.2.4. Vor der Hormonbehandlung.....	74
4.2.5. Hormonbehandlung	76
4.2.6. Vor operativen Eingriffen.....	77
4.2.7. Dokumentation & 4.2.8. Operation	80
4.2.9. Postoperativ	82
V. ERGEBNISDARSTELLUNG.....	83
5.1 WISSENSORDNUNGEN UND WAHRHEITSANSPRÜCHE IN DEN BEHANDLUNGSEMPFEHLUNGEN	83
5.1.1 Zur diskursiven Ordnung von Wissen und Wahrheit in den Behandlungsempfehlungen.....	84
5.1.2 Aus dem Off – Zur Unsichtbarkeit diskursmächtiger Akteur*innen	86
5.1.3 Über Empfehlungen im Befehlston	89
5.1.4 Ohne Haftung – zur strategischen Entlastung diskursmächtiger Instanzen.....	90
5.2 SICHTBARE SUBJEKTE: ZUR DARSTELLUNG VON TRANS UND PSY* IN DEN BEHANDLUNGSEMPFEHLUNGEN	95
5.2.1 Die Trans Person	96
5.2.2 Klinisch bedeutsames Leiden: Zur Pathologisierung von Trans in DSM-V und ICD 10	97
5.2.3 Entsprechend dem Ausmaß des individuellen Leidenszustandes: Legitimierungen der Kontrolle....	100
5.2.4 Zur Konstruktion von Geschlecht: Zwischen Geburtsgeschlecht und subjektiv empfundener Geschlechtsrolle.....	102
5.2.5 Am Ende der Transitionsphase: Über die ideale Trans Person und transnormative Narrative.....	104
5.2.6. Beobachten, Einschätzen, Bestätigen: Die diskursive Funktion von Psy*.....	107
5.2.7 Unsichtbare Handlungsmacht – Psy* als passive Exekutive hegemonialer Wahrheiten.....	107
5.2.8 Kontrollinstanz mit Spielraum – die paradoxe Rolle der Psy*.....	109
5.2.9 Psy* als Wahrheitsinstanzen und Überwachende der Normalität	113
5.2.10 Psy* zwischen Macht, Verantwortung und Unsichtbarkeit.....	115
5.3 DIE PRÜFUNG.....	116
5.3.1 Sichtbarkeit in der Machtausübung.....	118
5.3.2 Dokumentierbare Individualität.....	120
5.3.3 Jedes Individuum ein Fall.....	121
5.4 INTERNATIONALE VERGLEICHE	123
5.4.1 Umfang und Transparenz	124
5.4.2 Pathologisierung und Diagnostik	126
5.4.3 Die Rolle der Fachkräfte und Überlegungen zur therapeutischen Gestaltung	128
5.5 MÖGLICHKEITEN INNERHALB DES SYSTEMS: HANDLUNGSSPIELRÄUME NUTZEN.....	131
VI. ABSCHLIEßENDE GEDANKEN	133
LITERATURVERZEICHNIS.....	136
ANHANG	144

I. Einleitung

Trans Leben in Österreich ist in vielfacher Hinsicht an das Gesundheitssystem und insbesondere an psychologische, psychiatrische und psychotherapeutische Instanzen – im Folgenden als Psy* zusammengefasst – gebunden. Personen, die medizinische Maßnahmen im Rahmen einer Transition in Anspruch nehmen wollen oder eine rechtliche Anerkennung ihrer Geschlechtsidentität wünschen, sehen sich mit einer Reihe verpflichtender Kontaktpunkte mit Psy* konfrontiert: Medizinische und juristische Schritte sind an die Vorlage psychologischer, medizinischer und psychotherapeutischer Stellungnahmen gebunden. Konkret sind in Österreich für Maßnahmen im Rahmen der Gesundheitsversorgung und rechtlicher Anerkennung von trans Personen mehrere Stellungnahmen durch Psy* erforderlich. Dies betrifft unter anderem die Einnahme von Hormonen, chirurgische geschlechtsangleichende Eingriffe sowie die Änderung des Personenstands – der Anpassung des Namens und des Geschlechtseintrags im Personenstandsregister. Je nach Bedürfnissen einer trans Person können mehrere dieser Stellungnahmen notwendig werden. Die Inhalte und Ziele der Stellungnahmen unterscheiden sich je nach Kontext, beinhalten jedoch typischerweise die Feststellung der Diagnose F 64.0 „Transsexualismus“ nach ICD-10 oder DSM-5¹, eine Einschätzung zur Dauerhaftigkeit der empfundenen Geschlechtsidentität, eine Indikationsstellung für die angestrebten Maßnahmen sowie teilweise auch die Einschätzung, ob sich das äußere Erscheinungsbild bereits in Richtung der gewünschten Geschlechtsrolle verändert hat.

Vor diesem Hintergrund untersucht Raphi Maier (2024), wie trans Personen die Erstellung solcher Stellungnahmen erleben und wie sie mit den damit verbundenen Anforderungen umgehen. Im Zentrum steht dabei die Frage, welche Erfahrungen sie im Kontakt mit Psy* machen, wenn sie sich diesen institutionell notwendigen Begutachtungen für die Erlangung der Stellungnahmen unterziehen. Dabei werden Perspektiven auf Prozesse sichtbar gemacht, die in der bisherigen Forschung in Österreich weitgehend unbeachtet geblieben sind. Maier (2024) erkennt das Erfahrungswissen von trans Personen über ihre eigene Lebensrealität explizit als Erkenntnisquelle an und integriert es in die akademische Wissensproduktion.

¹ ICD-10: *International Statistical Classification of Diseases*, 10th Revision (World Health Organization, 2019); DSM-5: *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-5*, Deutsche Ausgabe (American Psychiatric Association, 2013)

Die Ergebnisse der Arbeit zeigen, wie unklar die Informationslage zu medizinischen und rechtlichen Prozessen von Trans in Österreich ist und es an einfach zugänglichen Regelungen mangelt. Unter diesen Bedingungen entsteht ein erheblicher Ermessensspielraum für Psy*, der strukturelle Gewalt und Machtmissbrauch begünstigen kann. In der Zusammenfassung der Ergebnisse heißt es unter anderem:

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 (Maier, 2024, S. 141)

Die Ergebnisse der Gruppendiskussionen machen deutlich, dass die Begutachtungssituation für viele trans Personen mit erheblichem psychischem Druck und emotionaler Belastung verbunden ist. Viele der Teilnehmenden gaben an, ihr Auftreten oder ihre Erzählungen gezielt an die Vorstellungen der Psy* angepasst zu haben, um als „glaubwürdig“ oder „geeignet“ zu gelten. Als psychische Folgen nannten die Befragten starke Ängste, Stress, Suizidgedanken, Unsicherheit, Entfremdung, Erschöpfung, Belastung und Selbstzweifel. Maier (2024) gibt damit einen systematischen Einblick in die Erfahrungswelten von trans Personen im österreichischen Begutachtungssystem und benennt zentrale Problembereiche, die bislang weder wissenschaftlich aufgearbeitet noch institutionell reflektiert wurden.

Die von Maier erfassten Erfahrungen von trans Personen werfen eine grundlegende Frage auf: Wie ist es möglich, dass Fachpersonen, deren Berufsbild auf Unterstützung, Fürsorge und der Förderung psychischer Gesundheit basiert, von trans Personen in einem solchen Ausmaß als Quelle von Belastung beschrieben werden? Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen und Psychiater*innen verfügen über eine umfangreiche Ausbildung und sind an berufsethische Standards gebunden, die sie zur Wahrung des Wohlergehens ihrer Patient*innen verpflichten. Vor diesem Hintergrund erscheint es zunächst irritierend, dass gerade im Kontakt mit dieser Berufsgruppe so häufig von Entmündigung, Übergriffen oder Abwertung berichtet wird.

Diese Irritation bildet den Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit. Ich schließe dabei an die Analysen von Raphi Maier (2024) an, die einen systematischen Einblick in die Erfahrungswelten und deren Entstehungsbedingungen von trans Personen im österreichischen Begutachtungssystem geben. Aufbauend auf diesen Erkenntnissen richtet sich der Blick dieser Arbeit auf ein zentrales Dokument, das im österreichischen Kontext als weisungsgebend für die klinische Arbeit mit trans Personen gilt: die sogenannten „Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus nach der Klassifikation in der derzeit gültigen DSM bzw. ICD-Fassung“, kurz: Behandlungsempfehlungen. Diese sollen Fachpersonen eine Orientierung im Umgang mit trans Personen bieten – und entfalten damit maßgeblichen Einfluss auf die Praxis der Begutachtung und Behandlung. In dieser Arbeit werden die Behandlungsempfehlungen anhand einer Kritischen Diskursanalyse untersucht – mit dem Ziel, die in ihnen enthaltenen Wissensordnungen, Normalitätsvorstellungen und Machtverhältnisse sichtbar zu machen, um deren Einfluss auf die konkrete Praxis der Begutachtung und Behandlung von trans Personen in Österreich kritisch zu reflektieren.

In den Texten und Schriften, mit denen ich mich im Rahmen dieser Arbeit auseinandersetze, wird häufig eine andere Begrifflichkeit verwendet als jene, mit der sich trans Personen selbst bezeichnen. Besonders im medizinisch-psychiatrischen Diskurs ist in Österreich nach wie vor der Begriff „Transsexualität“ weit verbreitet – einerseits aufgrund der derzeit gültigen Fassung der ICD-10, andererseits durch die Behandlungsempfehlungen für trans Personen. Im DSM-V, welches von vielen Psycholog*innen in Österreich verwendet wird, finden sich spezifische Unterscheidungen zwischen Begriffen wie „transgender“ und „transsexuell“: Während Transgender als übergeordneter Begriff für alle Menschen genutzt wird, deren Geschlechtsidentität vom ihnen bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht abweicht, wird Transsexuell für Personen genutzt, die eine körperliche Geschlechtsangleichung anstreben oder vollzogen haben (APA, 2018, S.621).

In dieser Arbeit entscheide ich mich bewusst gegen diese Verwendungen, da diese einer pathologisierenden Tradition heraus entstammen und im Falle des Begriffs der Transsexualität eine unnötige Verknüpfung zur Sexualität suggerieren, die mit der Geschlechtsidentität nicht inhärent verbunden ist. Taucht dieser Begriff im Folgenden auf,

geschieht dies ausschließlich in Zitaten oder bei der Bezugnahme auf institutionelle Begriffe, wie etwa im ICD-10. Stattdessen bediene ich mich im weiteren Verlauf der Arbeit des Begriff *Trans*. Dieser bezieht sich auf die Selbstbezeichnung von Personen, die sich nicht mit dem ihnen bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht identifizieren – unabhängig davon, ob sie sich einem binären oder nicht-binären Geschlecht zuordnen (vgl. Trans*Inter*Beratungsstelle, o.J.; TransX, o.J.a). Ziel des Begriffes ist es, möglichst viele Selbstbezeichnungen und Lebensrealitäten mitzudenken.

Dabei sollte anerkannt werden, dass jede trans Person selbst bestimmt, mit welchen Begriffen sie sich beschreibt. Es steht weder wissenschaftlichen noch institutionellen Instanzen zu, darüber zu entscheiden, welche Bezeichnung „richtig“ oder „gültig“ ist. Sprache fungiert in diesem Zusammenhang nicht nur als beschreibendes Mittel, sondern auch als Ausdruck von Selbstverortung und Anerkennung. Die in dieser Arbeit gewählten Begriffe sind daher als Versuch zu verstehen, möglichst viele Selbstbezeichnungen mitzudenken, ohne sie zu vereinheitlichen oder festzuschreiben.

1.1 Trendphänomen Trans

Am 20. Januar 2025 hält Donald Trump, der gerade frisch gewählte Präsident der Vereinigten Staaten, seine Antrittsrede. In der halbstündigen Rede erklärt er unter anderem:

This week, I will also end the government policy of trying to socially engineer race and gender into every aspect of public and private life. We will forge a society that is colorblind and merit-based. As of today, it will henceforth be the official policy of the United States government that there are only two genders: male and female. (The White House, 2025)

Diese Ankündigung setzt ein bereits in seiner Wahlkampagne formuliertes Vorhaben um. In einer Rede im Juli 2024 in Florida verkündete er:

With a stroke of my pen on day one we're going to stop the transgender lunacy. And I will sign executive orders to end child sexual mutilation, get transgender out of the military and out of our elementary schools and middle schools and high school. [...] We will keep men out of women's sports. And that will likewise be done on day one. [...] Under the Trump administration it will be the official policy of the United States government that there are only two genders: male and female. (Trump, 2024)

Trump beschreibt Transgeschlechtlichkeit als „Wahnsinn“ und stellt eine direkte Verbindung zur „sexuellen Verstümmelung“ von Kindern her. Zudem verspricht er, trans Personen aus dem Militär sowie aus Schulen zu entfernen und das binäre Geschlechtsmodell als offizielle Regierungsposition festzulegen. Damit solle eine Gesellschaft entstehen, die „farbenblind“ und auf Leistung basierend funktioniert. Bereits an seinem ersten Amtstag setzt er diese Vorhaben um. Am 20. Januar 2025 unterschreibt er den Erlass *Defending Women From Gender Ideology Extremism And Restoring Biological Truth To The Federal Government*. Die Anordnung beschreibt die Verbreitung von „Gender-Ideologien“ als eine gezielte Leugnung der biologischen Realität von Geschlecht und warnt davor, dass sie Frauenrechte untergraben und geschützte Frauenräume gefährden. Rechtliche und soziale Zwangsmittel würden eingesetzt werden, um Männern zu ermöglichen, sich als Frauen auszugeben und so Zugang zu den geschützten Räumen zu erlangen (The White House, 2025). Um diesen vermeintlichen Problemen zu begegnen, verpflichtet sich die Regierung in diesem Erlass etwa dazu, nur zwei Geschlechter – männlich und weiblich – anzuerkennen, die als biologisch determiniert und unveränderlich betrachtet werden. Diese Maßnahmen werden als notwendige Schritte zur Verteidigung von Frauenrechten und zur Wiederherstellung einer „biologischen Wahrheit“ präsentiert. Die zugrundeliegende Rhetorik suggeriert, dass sich die USA in einer fundamentalen Krise befindet, die ein entscheidendes

staatliches Eingreifen erfordert. Der Erlass konstruiert eine Dringlichkeit, in der eine sogenannte Gender-Ideologie als existenzielle Bedrohung stilisiert wird, gegen die nur ein starkes Eingreifen der Regierung helfen könne. Alle Bundesbehörden müssen sich dieser Definition anpassen. Dies betrifft auch staatliche Dokumente wie Pässe, welche nur noch das „biologische“ Geschlecht ausweisen sollen – also das Geschlecht, welches bei der Geburt zugewiesen wurde. Zudem sollen alle staatlich finanzierten Programme und Dokumente, die sich auf „Gender Identity“ beziehen, überprüft und entfernt werden. Entsprechende Fördermittel werden gestrichen.

Butler (2024) stellt fest, dass „Gender“ in Teilen der Welt zu einem Thema von außerordentlichem Alarm geworden ist. Der Begriff sei zu einem Phantasma, einer Art Schreckensgespenst, geworden, welches sich zu einer Projektionsfläche für zahlreiche zeitgenössische Ängste und Paniken entwickelt habe. Diese Fokussierung lenke von anderen gesellschaftlichen Krisen – Klimakrise, wachsende ökonomische Unsicherheit, Krieg, Polizeigewalt – ab und wird von der politischen Rechten zu einem allumfassenden Feindbild stilisiert, das eine Vielzahl diffuser Bedrohungsgefühle bündelt. Die mit „Gender“ verknüpfte Bedrohung wird durch polarisierende Sprache zugespitzt, die Ängste schürt und ein Gefühl der Dringlichkeit erzeugt. So entsteht ein psychosoziales Instrument gesellschaftlicher Steuerung: Intime Ängste werden kollektiv organisiert und in politische Energie umgewandelt.

Im Rahmen seiner Wahlkampagne investierten Präsident Trump und republikanische Organisationen Schätzungen zufolge bis zu 215 Millionen US-Dollar, die auf diese Ängste abzielen (Dodds, 2024) – mehr als zu jedem anderen Thema in seiner Wahlkampagne. Allein zwei Werbespots kosteten rund 20 Millionen Dollar und wurden bis zu 55.000-mal ausgestrahlt, unter anderem während NFL-Football-Spielen – einem der reichweitestärksten Formate im US-amerikanischen Fernsehen (Barrón-López et al., 2024). Diese strategische Platzierung sicherte maximale Sichtbarkeit in einem breiten Publikum. In einem dieser Spots wird die Angst gezielt personalisiert, er endet mit dem Slogan: „Kamala is for they/them. Trump is for you“. Damit wird auf die geschlechtsneutrale Pronomenform *they/them* angespielt, die manche trans und nicht-binäre Personen verwenden. Der Satz konstruiert ein klares Feindbild: Auf der einen Seite stehen die vermeintlich bedrohlichen Minderheiten – auf der anderen Seite das heteronormative, mehrheitliche Wir. Trump stehe so auf der Seite der „normalen Leute“, während politische Gegner*innen mit queeren Identitäten und Anliegen assoziiert werden. Die Mechanismen dieser Angstmobilisierung zeigen sich auch in Trumps Reden. Das Thema Trans wird dort etwa mit der „sexuellen Verstümmelung“ von Kindern verknüpft – eine Formulierung, die extreme Gewalt und Missbrauch suggeriert. Innerhalb weniger Sätze entwirft er ein Szenario multipler Gefahren: Transgeschlechtlichkeit gehe mit Kindesmissbrauch, militärischer Schwäche und unfairen Vorteilen im Sport einher.

Diese Argumentationslogik setzt sich in dem von Trump unterzeichnetem Erlass vom 20. Januar 2025 fort: Männer würden sich als Frauen ausgeben, um Zugang zu geschützten Frauenräumen zu erhalten. Die Wortwahl – etwa "Defending Women" und "Restoring Biological Truth" – suggeriert eine existenzielle Bedrohung, die entschlossen abgewehrt werden muss.

Die Verbreitung des Phantasmas „Gender“, in diesem Falle vor allem Transgender, diene staatlichen, kirchlichen und politischen Akteuren als Mittel, um Menschen durch Angst in ihre Reihen zurückzutreiben, Zensur zu legitimieren und Furcht sowie Hass auf vulnerable Gruppen zu projizieren (Butler, 2024). Durch die Darstellung von sexuellen und geschlechtlichen Minderheiten als Gefahr für die Gesellschaft wird der Entzug grundlegender Rechte, Schutzmechanismen und Freiheiten als notwendige Maßnahme gerechtfertigt. Je stärker die geschürte Panik wächst, desto mehr Handlungsspielraum erhält der Staat, um gegen jene vorzugehen, die durch das Phantasma „Gender“ als Bedrohung der Nation konstruiert werden.

Die politische und rechtliche Umsetzung dieser Rhetorik zeigt sich in den USA in konkreten Konsequenzen, auch im Gesundheitssystem. Am 1. Februar 2025 berichtet die Washington Post, dass große Datenbestände des Center for Disease Control (CDC), der amerikanischen Gesundheitsbehörde, gelöscht wurden (Sun et al., 2025). Darunter alle Erwähnungen von Begriffen wie "Gender", "Transgender", "Nonbinary" oder "LGBT". Wissenschaftler*innen wurden angewiesen, diese Begriffe in ihrer Forschung nicht mehr zu verwenden (Heidt, 2025). Diese Maßnahmen haben direkte Auswirkungen auf Forschung und Gesundheitsversorgung. Werden Begriffe wie „Transgender“ aus offiziellen Datenbanken gelöscht und aus der wissenschaftlichen Sprache verbannt, wird nicht nur die Wissensproduktion in diesem Bereich massiv eingeschränkt, auch der Zugang zu bereits vorhandenem Wissen wird blockiert – etwa für medizinisches Personal, das auf diese Informationen angewiesen ist, um fundierte Entscheidungen bei der Gesundheitsversorgung treffen zu können.

Am 6. Februar 2025 klagt die Organisation "Doctors for America" gegen mehrere Regierungsbehörden, um die gelöschten Datenbanken wiederherstellen zu lassen (Doctors for America, 2025). Dabei argumentieren sie unter anderem, dass durch die Entfernung dieser Inhalte gefährliche Lücken in der wissenschaftlichen Datengrundlage entstehen. Ärzt*innen werden wichtige Ressourcen entzogen, die sie für die angemessene Versorgung ihrer Patient*innen benötigen. Damit werde nicht nur die Gesundheit einzelner Personen gefährdet, sondern auch die Qualität medizinischer Forschung und öffentlicher Gesundheitsversorgung untergraben. Ein Richter gibt der Klage statt, woraufhin gegen ihn ein Amtsenthebungsverfahren eingeleitet wird (U.S. Congress, 2025). Parallel dazu sind trans Personen unmittelbar von der neuen Politik betroffen. So zeigt die trans Schauspielerin Hunter Schafer am 21. Februar 2025 auf TikTok ihren neu ausgestellten Pass, welcher nun als Geschlechtseintrag „M“ (male) angibt (Schafer, 2025).

Die Frage der Gesundheitsversorgung von trans Personen lässt sich nicht losgelöst von gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen betrachten. Medizinische Versorgung und medizinisches Wissen erscheinen häufig als neutrale, objektive und autonome Bereiche – tatsächlich sind sie aber eng verflochten mit normativen Vorstellungen, politischen Aushandlungen und gesellschaftlichen Deutungen. Die Art und Weise, wie Transgeschlechtlichkeit medizinisch adressiert wird, steht in Wechselwirkung mit kulturellen Diskursen, staatlichen Regulierungen und gesellschaftlichen Vorstellungen von Geschlecht. Anhand der geschilderten Entwicklungen in den USA – darunter politische Erlässe gegen trans Personen, der gezielte Einsatz erheblicher finanzieller Mittel für Anti-Trans-Kampagnen, das Löschen gesundheitlicher Datensätze und somit die Einschränkung von Wissenszugängen für Forschung und medizinischem Personal – verdeutlicht wie sehr der Zugriff auf Wissen und so auch auf gesundheitspolitische Handlungsmöglichkeiten, Teil politischer Auseinandersetzung ist. Auch wenn sich die konkreten Beispiele auf die USA beziehen, verweisen sie auf grundlegende Mechanismen, die über nationale Grenzen hinaus von Bedeutung sind. Sie machen sichtbar, dass medizinische Fragen nicht isoliert zu betrachten sind, sondern auch als Ausdruck gesellschaftlicher Aushandlungen über Normalität, Abweichung und staatliche Kontrolle. Im Folgenden wird deshalb die Situation in Österreich näher betrachtet – mit einem Fokus auf die strukturellen Bedingungen, unter denen trans Gesundheitsversorgung hier stattfindet.

Die aktuellen öffentlichen Diskussionen rund um trans Personen werden häufig als neu und besonders dringlich wahrgenommen. In Teilen der Bevölkerung und medialen Berichterstattung entsteht mitunter der Eindruck, es handle sich um ein modernes gesellschaftliches Phänomen. Dass zunehmend mehr Menschen offen über trans Erfahrungen sprechen oder eine Transition in Anspruch nehmen, wird dabei nicht selten als Ausdruck eines vermeintlichen „Trends“ oder gar eines „Transgender-Wahns“ (Feddersen & Kutter, 2023) gedeutet. Die politische Zuspitzung in den USA – insbesondere durch die Äußerungen und Maßnahmen Donald Trumps – hat das Thema zudem international stärker in den Fokus gerückt. Auch in Österreich lässt sich anhand medialer Berichterstattung und öffentlicher Debatten nachvollziehen, wie Vorstellungen von Geschlecht, Abweichung und Normalität verhandelt werden – und wie trans Personen dabei immer wieder zum Gegenstand gesellschaftlicher und politischer Aushandlung werden.

So berichtete Der Standard etwa über einen Rechtsstreit, in dem einer trans Frau Recht gegeben wurde: Die österreichische Krankenversicherung wurde verpflichtet, die Kosten für eine Haarentfernung zu übernehmen – ein Urteil, das als richtungsweisend für die gesundheitliche Versorgung von trans Personen gilt (APA, 2025a). Auch auf europäischer Ebene kam es kürzlich

zu einer Stärkung von Rechten von trans Personen: Der Europäische Gerichtshof entschied, dass Mitgliedstaaten den Wechsel des Geschlechtseintrags erleichtern müssen, was als Fortschritt in Bezug auf die rechtliche Anerkennung gesehen wird (APA, 2025b). Gleichzeitig wird auch kritischen Stimmen im deutschsprachigen Raum medial Gehör verschaffen, häufig aus dem medizinisch-psychiatrischen Bereich. Der Jugendpsychiater Alexander Korte etwa warnt vor einem gesellschaftlichen Trend, in dem Transgeschlechtlichkeit als neue „Identifikationsschablone“ fungiere, die insbesondere vulnerable Jugendliche – vor allem Mädchen – anspreche. In einem Interview verweist er zudem auf seine therapeutischen Erfahrungen und stellt die umstrittene These auf, dass trans Identitäten bei Jugendlichen mit sexuellen Traumatisierungen der Mütter in Zusammenhang stehen könnten (Feddersen & Kutter, 2023). Auch die Wiener Psychiaterin Bettina Reiter plädiert in einem Interview dafür, trans Jugendliche ausschließlich psychotherapeutisch zu behandeln. Ihrer Ansicht nach handele es sich in vielen Fällen um eine vorübergehende Entwicklung, die sich ohne medizinische Maßnahmen wieder auflösen könne (Busch-Holewik, 2024). Im Standard wurde zudem über den Anstieg von trans und nichtbinären Identifikationen berichtet (Al-Youssef, 2023). In dem Artikel wird unter anderem Diana Klinger interviewt, eine Psychologin, die am Allgemeinen Krankenhaus Wien mit trans Jugendlichen arbeitet. Auch sie bestätigt die Wahrnehmung eines Anstiegs, insbesondere unter trans maskulinen Jugendlichen, weist jedoch auf alternative Erklärungsansätze hin: So könne eine frühere Einsetzung der Pubertät bei Mädchen zu einem früheren Erleben von Geschlechtsdysphorie führen. Zudem betont sie, dass trans Frauen oft mit stärkerer gesellschaftlicher Ablehnung konfrontiert seien, was ein späteres oder erschwertes Coming-out zur Folge haben könne (vgl. European Union Agency for Fundamental Rights, 2024, S. 34). Auch in Gruppendiskussionen mit trans Personen in Österreich geht hervor, dass trans Frauen im österreichischen Gesundheitssystem strukturell benachteiligt und häufig unter erschwerten Bedingungen behandelt werden (Maier, 2024, S. 93). Gleichzeitig macht Klinger deutlich, dass es sich bei diesen Beobachtungen lediglich um Hypothesen handle – ein klarer Kausalzusammenhang lasse sich nicht nachweisen.

Die zuvor beschriebenen Beispiele aus den USA zeigen, dass Wissen nicht neutral, sondern Gegenstand politischer Auseinandersetzungen ist. Ähnlich wie sich Zugänge zu medizinischem Wissen verändern lassen, etwa durch das gezielte Löschen gesundheitlicher Daten über trans Personen, unterliegt auch historische Wissensproduktion politischen und gesellschaftlichen Machtverhältnissen. Die Vorstellung, trans sei ein Phänomen der Gegenwart oder ein Produkt moderner gesellschaftlicher Entwicklungen, verkennet, dass trans Personen in unterschiedlichen historischen Kontexten immer existiert haben. Dass ihre Geschichten in der dominanten Geschichtsschreibung häufig nicht auftauchen, verweist nicht auf ihre Abwesenheit,

sondern darauf, dass bestimmte Perspektiven im Laufe der Geschichte aktiv bevorzugt und andere ausgeschlossen wurden. Geschichte ist in diesem Sinne nicht bloße Sammlung objektiver Tatsachen, sondern selbst ein umkämpftes Feld, in dem bestimmte Perspektiven überliefert und andere systematisch verdrängt werden. Auch in diesem Bereich zeigt sich, wie zentral die Frage ist, wer über welches Wissen verfügt – und wer in der Lage ist, dieses Wissen sichtbar zu machen oder zu entziehen.

Besonders eindrücklich zeichnet Leslie Feinberg (1997) in *Transgender Warriors* die Geschichte von trans Personen nach – eine Geschichte, die lange aus der dominanten Geschichtsschreibung verdrängt wurde. Feinberg verknüpft akribische historische Recherche mit persönlichen Erfahrungen und macht damit deutlich, dass binäre Geschlechterordnungen weder universell noch zeitlos sind. Eine erste Entdeckung der historischen Vielfalt geschlechtlicher Ausdrucksformen machte Feinberg (1997) selbst in der Auseinandersetzung mit indigenen Kulturen Nordamerikas. Sie verweist auf Gesellschaften, in denen fluide Geschlechtsidentitäten sozial eingebettet und vielfach geachtet waren. In einem von der Organisation Gay American Indians dokumentierten Geschichtsprojekt finden sich Hinweise auf mehr als 135 indigene Nationen, in denen Geschlechterrollen jenseits der binären Ordnung existierten. Feinberg (1997) berichtet, wie koloniale Gewalt nicht nur Land und Leben nahm, sondern auch gezielt auf die Zerschlagung geschlechtlicher Vielfalt zielte. Berichte von Missionaren, Kolonialbeamten oder Anthropologen sprechen von „unnatürlich“, „verwerflich“ oder „abscheulich“ – Begrifflichkeiten, die Geschlechtervielfalt abwerteten und ihre gewaltsame Unterdrückung legitimieren halfen. Die erzwungene Einführung europäisch-binärer Geschlechterrollen, etwa durch Kleidungs Vorschriften oder Umerziehungsmaßnahmen in sogenannten Boarding Schools, war Teil dieser Assimilationspolitik (Feinberg, 1997). Trotz dieser tiefgreifenden Zerstörung blieben Spuren und Praktiken geschlechtlicher Vielfalt in vielen Communities erhalten.

Doch nicht nur im Kontext kolonialer Unterdrückung wurde geschlechtlicher Nonkonformität mit Gewalt begegnet. Auch in Europa lassen sich jahrhundertealte Konflikte um Geschlechtergrenzen nachzeichnen: eines der bekanntesten Beispiele stellt Jeanne d’Arc dar. Diese wurde 1431 im Alter von neunzehn Jahren verbrannt – nicht zuletzt, weil sie sich weigerte, auf das Tragen von Männerkleidung zu verzichten. Bereits mit siebzehn Jahren führte sie, in Männerkleidung, das französische Heer zu entscheidenden Siegen gegen England, insbesondere in der Schlacht von Orléans. Sie galt als Symbol der Befreiung Frankreichs im Hundertjährigen Krieg. 1430 wurde sie von den Burgundern, Verbündeten der Engländer, gefangen genommen, die sie als „hommasse“ – als Mannsweib – bezeichneten. Der englische König Heinrich VI. beschrieb ihre Kleidungswahl als „entgegen dem göttlichen Gesetz“. Hinter dieser Empörung stand nicht nur religiöser Eifer, sondern auch eine starke Klassenfeindlichkeit: Jeanne d’Arc war eine

analphabetische Bauerntochter. Dass diese Rüstung trug und auf einem edlen Pferd ritt, galt als Affront gegenüber dem Adel. Ihr Prozess begann am 9. Januar 1431, die Inquisition klagte sie wegen ihrer Kleidung an und unterstellte ihr, als Heidin aufgewachsen zu sein. Die Region Lothringen, ihre Heimat, galt kirchlichen Autoritäten seit Langem als Rückzugsort heidnischer Praktiken und matrilinearere Traditionen – so wurde dort etwa noch zur Zeit Jeannes der Nachname der Mutter an die Kinder weitergegeben. Auch der Umgang mit Feen wurde ihr vorgeworfen, ein Vorwurf, der Teil der kirchlichen Bekämpfung vorchristlicher Überlieferungen war. Jeanne selbst erklärte, ihre Kleidung sei religiös motiviert – eine göttliche Eingebung habe sie zum Tragen von Männerkleidung gedrängt (Feinberg, 1997). Ihre Visionen, so betonte sie, seien für sie höher zu bewerten als die Autorität der Kirche. Auch wenn viele Historiker*innen Jeannes Kleidung als nebensächlich betrachten, bildete gerade der Verstoß gegen Geschlechternormen den Kern der Anklage – und war letztlich der Grund für ihre Hinrichtung (Feinberg, 1997). Jeanne d’Arc, eine Bauerntochter aus einer Region, die mit vorchristlichen Traditionen und matrilinearen Praktiken in Verbindung gebracht wurde, widersetzte sich sowohl den Geschlechternormen durch ihre Kleidung als auch der sozialen Ordnung durch ihre militärische Rolle – ihr Prozess zeigt exemplarisch, wie geschlechtliche Nonkonformität, soziale Grenzüberschreitungen und religiöse Abweichung politisch geahndet wurden, um bestehende Hierarchien zu sichern.

In *Transgender Warriors* (1997) rekonstruiert Feinberg eine weitgehend verdrängte Geschichte transgeschlechtlichen Lebens. Dabei wird sichtbar, dass trans Existenzen weltweit und über Jahrhunderte hinweg präsent waren, trotz wiederholter Versuche, sie zu marginalisieren, zu unterdrücken oder gewaltsam auszulöschen. Diese Kontinuität zeigt sich bis in die Gegenwart, etwa in Form von transfeindlichen Gesetzgebungen wie jene unter Donald Trump. Feinberg (1997) wirft die zentrale Frage auf, warum Transfeindlichkeit so tief in kulturellen und religiösen Systemen verankert ist. Einen frühen Beleg der Institutionalisierung gegen Trans findet Feinberg dabei im Alten Testament der Bibel: Im Deuteronomium heißt es, dass Frauen keine Männerkleidung tragen dürften und umgekehrt – wer dies tue, sei dem Herrn „ein Gräuel“. Auch körperliche Eingriffe, etwa die Entfernung der Hoden oder des Penis, wurden dort untersagt, sonst dürfe man nicht in die Versammlung des Herren (vgl. Stryker, 2008, S. 27). Für Feinberg (1997) deutet diese strikte Ablehnung darauf hin, dass entsprechende Praktiken verbreitet waren – sonst hätten sie nicht ausdrücklich verboten werden müssen. Diese Verbote entstanden in einer Zeit, in der sich patriarchale Klassenverhältnisse verstärkten und Religionen, die weibliche Göttinnen verehrten, zurückgedrängt wurden. In deren Ritualen war Cross-Dressing mitunter fest verankert. Feinberg (1997) argumentiert, dass dieselbe historische Entwicklung – der Übergang von gemeinschaftlichen, egalitären Gesellschaften hin zu Klassengesellschaften mit Privateigentum –

auch für die Unterdrückung von trans Personen verantwortlich ist. Sie greift dabei auf Friedrich Engels und dessen Analyse der Entstehung von Klassengesellschaften zurück, der wiederum auf anthropologische Studien von Lewis H. Morgan über matrilineare Gesellschaften verweist. Diese waren gemeinschaftlich organisiert, Eigentum wurde über die mütterliche Linie vererbt, und soziale Rollen waren oft weniger starr. Mit der Entwicklung neuer Werkzeuge und Techniken stieg die Produktivität menschlicher Arbeit. Menschen begannen, mehr zu produzieren, als sie zum unmittelbaren Überleben benötigten. Diese Überschüsse konnten gespeichert, getauscht oder angeeignet werden, was erstmals die Ansammlung von Reichtum in größerem Maßstab ermöglichte. Ein wesentlicher Wendepunkt war dabei die Domestikation von Tieren, die überwiegend von Männern betrieben wurde. Vieh wurde zu einem der ersten bedeutenden Besitzgüter und damit zu einem zentralen Bestandteil männlich konnotierter Arbeit (Feinberg, 1997). Je stärker sich Reichtum und Besitz in diesem Bereich konzentrierten, desto mehr verschob sich die gesellschaftliche Organisation: Aus gemeinschaftlichem Eigentum wurde privates, und aus matrilinearvererbter wurde patrilinear weitergegeben. Männer begannen, ihren Besitz gezielt an ihre Söhne zu vererben, was wiederum feste Geschlechterrollen, patriarchale Familienstrukturen und eine scharfe Unterscheidung zwischen Mann und Frau erforderlich machte. Alles, was diese Klarheit infrage stellte – etwa geschlechtliche Nonkonformität, Intergeschlechtlichkeit oder gleichgeschlechtliche Beziehungen – wurde zunehmend als Bedrohung wahrgenommen. Feinberg (1997) zeigt, dass diese Form der sozialen Kontrolle nicht „natürlich“ ist und verortet den Ursprung transfeindlicher Strukturen deshalb genau an der historischen Schnittstelle zwischen dem Ende matrilinear-egalitärer Gesellschaften und dem Aufstieg patriarchaler Klassengesellschaften. Religiöse und juristische Gesetze, wie jene im Deuteronomium, kodifizierten diese neuen Machtverhältnisse und sorgten für deren langfristige Absicherung.

Mit dem Übergang zu kapitalistischen Gesellschaftsformen wurde die strikte binäre Geschlechterordnung zunehmend zentral (Federici, 2022). Die klare Unterscheidung zwischen „Mann“ und „Frau“ fungierte dabei nicht nur als kulturelle Norm, sondern auch als funktionales Ordnungssystem: Sie ermöglichte die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung, die Kontrolle reproduktiver Arbeit und die Verfestigung patriarchaler Machtverhältnisse. Geschlechtsidentitäten, die diese Ordnung infrage stellen oder sich ihr entziehen, können daher als fundamentale Herausforderung gesellschaftlicher Strukturen verstanden werden – in ökonomischer als auch in sozialer Hinsicht. Im Übergang vom Feudalismus zum Kapitalismus, einem Prozess der im 16. Jahrhundert einsetzte, wurde eine neue patriarchale Geschlechterordnung etabliert, in der Frauen zunehmend auf die Rolle von Ehefrauen und Müttern beschränkt wurden. Ihre produktive Tätigkeit, etwa in Haushalt, Pflege oder im bäuerlichen Kontext, wurde entwertet oder gänzlich entkannt, indem sie als „natürliche Pflicht“ und nicht als Arbeit verstanden wurde. Diese

Unsichtbarmachung weiblicher Arbeit trug dazu bei, dass Frauen zunehmend als Ressource erschienen – vergleichbar mit Luft oder Wasser – auf die jederzeit zugegriffen werden konnte. Diese Entwicklung war kein beiläufiger Prozess, sondern wurde mit Gewalt durchgesetzt: Frauen, die sich der neuen Ordnung widersetzen oder den normativen Vorstellungen von Weiblichkeit nicht entsprachen, wurden der Hexerei beschuldigt und verbrannt (vgl. Federici, 2022). Die Hexenverfolgungen stehen für eine Phase intensiver Disziplinierung der Frauen, in der sich die kapitalistische Gesellschaftsordnung gegen alte solidarische, gemeinschaftlich organisierte Strukturen durchsetzte. Ein zentrales Ergebnis dieser neuen Ordnung war die Einführung einer geschlechtlichen Arbeitsteilung: Männer und Frauen wurden in unterschiedliche Tätigkeitsbereiche gedrängt, aber auch in unterschiedliche Erfahrungen, Lebensweisen und Rollen in der neuen Wirtschaftsordnung – etwa darin, wer Lohnarbeit leisten sollte, wer Eigentum besitzen konnte und wessen Arbeit unbezahlt blieb. Diese Einteilung erzeugte ein tiefes Machtgefälle und eine nachhaltige Spaltung innerhalb der entstehenden Arbeiterklasse. Die geschlechtliche Arbeitsteilung diente somit nicht nur der Organisation von Arbeit, sondern auch der Aufrechterhaltung sozialer Kontrolle und der Stabilisierung kapitalistischer Herrschaftsverhältnisse – indem sie Frauen auf unbezahlte Reproduktionsarbeit festlegte und Männer in abhängige Lohnarbeitsverhältnisse drängte (Federici, 2022).

Auch wenn sich konkrete gesellschaftliche Bedingungen seitdem stark verändert haben, lassen sich aus Federicis (2022) Analyse der geschlechtlichen Arbeitsteilung grundlegende strukturelle Erkenntnisse ableiten, die bis heute wirken. Geschlecht ist keine biologische Konstante, sondern eine historisch gewachsene Kategorie, die tief in ökonomische, politische und gesellschaftliche Machtverhältnisse eingebettet ist. Auch Leslie Feinberg (1997) versteht die Zweigeschlechterordnung nicht als naturgegeben, sondern als ideologisches Konstrukt, das bestimmte Machtverhältnisse absichert. Die bloße Existenz von trans Personen stellt diese Ordnung infrage – und zwar nicht nur symbolisch, sondern auch ganz konkret im Alltag, im Rechtssystem, in der Medizin und am Arbeitsmarkt. Obwohl die heutige kapitalistische Arbeitswelt formal „geschlechtsneutral“ auftritt und Frauen, Männer und nicht-binäre Menschen grundsätzlich Zugang zur Lohnarbeit haben, bleibt das Ideal des binären Geschlechtersystems wirkmächtig. Die Vorstellung, dass nur zwei „natürliche“ Geschlechter existieren, deren jeweilige Aufgaben und Eigenschaften historisch fixiert sind, erfüllt nach wie vor eine Ordnungsfunktion: Sie strukturiert unsere Vorstellungen von Familie, Arbeit, Sexualität und Normalität – und markiert all jene als abweichend, die sich dieser Ordnung nicht fügen. Die starre Binarität von Geschlecht ist jedoch kein Naturgesetz, sondern ein historisch konstruiertes Produkt. Sie wurde aktiv geschaffen, um Eigentumsverhältnisse, Abstammungslinien und soziale Kontrolle zu sichern – und ist mit patriarchalen, heteronormativen und klassengebundenen Strukturen verknüpft. Sie

dient nicht der Beschreibung, sondern der Disziplinierung von Menschen. Trans Personen fordern diese Ordnung auf mehreren Ebenen heraus – sie untergraben die binäre Vorstellung von Mann und Frau als stabile, eindeutige und natürliche Kategorien. Sie machen sichtbar, dass Geschlecht keine biologisch festgelegte Wahrheit ist, sondern ein Feld gesellschaftlicher Aushandlung. Und sie entziehen sich – gewollt oder ungewollt – einer geschlechtlich organisierten Disziplinierung, wie Federici (2022) sie beschreibt. Wer sich nicht eindeutig in die binäre Ordnung einfügt, stellt das System infrage, das auf dieser Ordnung beruht.

Die Ausgrenzung und die Pathologisierung, mit denen trans Menschen konfrontiert sind, lassen sich durch die Analysen Feinbergs (1997) und Federici (2022) somit nicht nur als individuelle Vorurteile oder gesellschaftliche Rückständigkeit verstehen. Vielmehr können sie als Fortsetzung einer historischen Spaltung gelesen werden, die im Zuge der ursprünglichen Akkumulation – der gewaltsamen Durchsetzung kapitalistischer Produktionsverhältnisse – erstellt wurde. Die klare Zuweisung geschlechtlicher Rollen, Aufgaben und Verhaltensnormen bleibt ein wirksames Instrument der sozialen Kontrolle. Trans Personen widersetzen sich dieser Kontrolle. Nicht zwangsläufig durch aktive Rebellion, sondern durch ihre bloße Existenz. Als Menschen, deren geschlechtliche Identität nicht in das vorhergesehene binäre System der Gesellschaft passt, wird ihre Existenz immer wieder problematisiert.

Die anhaltende Debatte über Trans Menschen, die derzeit in den USA, aber auch in Österreich und Deutschland intensiv geführt wird, zeigt, wie herausfordernd und neu das Thema für viele gesellschaftliche Bereiche erscheint. Doch Trans Identitäten sind keineswegs ein modernes Phänomen. Diese Erkenntnis findet sich nicht nur in den Arbeiten von Autor*innen wie Feinberg (1997), die historische Beispiele von trans Identitäten anführt, sondern auch in der kritischen Auseinandersetzung mit den historischen Veränderungen von Geschlechterrollen, die mit der Entstehung kapitalistischer Gesellschaften einhergingen (Federici, 2022).

1.2 Trans als Krankheit – Entwicklungen um das 19. Jahrhundert bis heute

Geschlechternormen sind, wie bereits beschrieben, keine festen Strukturen, sondern werden fortwährend gesellschaftlich ausgehandelt. Diese Aushandlung hat sich im Laufe der Geschichte verändert: Wurde im biblischen Kontext der Eintritt in das Reich Gottes verweigert und im Mittelalter Widerstand gegen Geschlechternormen oft mit körperlicher Züchtigung bestraft, so fand die Norm zunehmend Eingang in die medizinische Sphäre. In der Folge rückten Trans Identitäten immer mehr in den Bereich der Pathologisierung, sodass an dieser Stelle eine kurze Zusammenfassung der zentralen Aspekte der Konstruktion von Trans als Krankheit hilfreich erscheint.

Im deutschsprachigen Raum entstand um 1900 eine rege neue Forschungssparte – die Sexualforschung. Zu dieser Zeit begann eine intensive Auseinandersetzung mit Fragen der Sexualität und Geschlechtsidentität. So beschrieb der deutsche Psychiater Carl Westphal die „conträre Sexualempfindung“, eine Diagnose die als Sammelbezeichnung für all jene galt, deren Gefühls- und Verhaltensweisen von den damaligen Geschlechternormen abwichen (Herrn, 2012). Gegengeschlechtliche Verhaltens- und Empfindungszuweisungen wurden problematisiert und pathologisiert und erstmals zu einer Diagnose der „Geistesstörung“ (Saalfeld, 2019). Der Grazer Psychiater Richard von Krafft-Ebbing differenzierte Westphals Konzept weiter in seinem Werk „Psychopathia Sexualis“ aus (Stryker, 2008). Er stellte eine hierarchisch-ontologische Ordnung auf, in der verschiedene Zeichen der Geschlechtermischung nach einer aufsteigenden Skala eingeordnet wurden. Ein prominenter Name, der sich gegen Pathologisierung und Kriminalisierung der Homosexualität einsetzte, war der Jurist und Schriftsteller Karl Heinrich Ulrichs (Saalfeld, 2019). Dieser entwickelte eine Theorie der sexuellen Zwischenstufen, die ab 1903 unter dem Begriff der „Zwischenstufentheorie“ geführt wurde. Der wohl bekannteste Name in der emanzipatorischen Sexualwissenschaft war Magnus Hirschfeld. Er setzte sich intensiv mit Ulrichs Zwischenstufentheorie auseinander. Für Hirschfeld war die Vielfalt der Geschlechtsidentitäten ein natürlich vorkommendes, naturnotwendiges Phänomen zwischen den beiden Polen Mann und Frau (Stryker, 2008). Zwischen 1899 und 1923 verfassten Hirschfeld und seine Mitarbeitenden 20.000 Seiten, die in den „Jahrbüchern für sexuelle Zwischenstufen“ veröffentlicht wurden. Die These: Zwischen „Vollmann“ und „Vollweib“ gibt es eine unendliche Anzahl an Abstufungen und Mischungen. 1919 eröffnete er das „Institut für Sexualwissenschaften“, welches neben wissenschaftlichem Arbeiten auch Beratungsstelle und Archiv für sexualwissenschaftliche Literatur wurde (Magnus-Hirschfeld-Stiftung, o.J.). Bereits zu dieser Zeit wurden erste operative Eingriffe entwickelt und durchgeführt, die wir heute als geschlechtsaffirmierend bezeichnen würden. Der Berliner Chirurg Richard Müssam führte 1912 die erste Operation an einem als „weiblichen Transvestiten“ bezeichneten Patienten durch. Brüste, Gebärmutter und später auch die Eierstöcke wurden entfernt. Die Begründung: Die operierte Person empfand sich als Mann und wollte äußerlich wie ein Mann erscheinen. Sie empfand die weiblichen Organe als fremd und bat um deren Entfernung (Herrn, 2012). Die Fortschritte und das Wissen über Trans gingen jedoch verloren: im Zuge des Nationalsozialismus wurde 1928 das Institut für Sexualwissenschaften geplündert und schließlich geschlossen (Stryker, 2008). Ein Großteil des gesammelten und erarbeiteten Materials wurde am 10. Mai 1933 im Rahmen der Bücherverbrennungen vernichtet (Magnus-Hirschfeld-Stiftung, o.J.). Erst in den 1950ern nahm die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit geschlechtlicher Vielfalt erneut Fahrt auf, diesmal in den USA. Der Arzt Harry Benjamin prägte in dieser Zeit den Begriff der „Transsexualität“. In einem Aufsatz von 1953 bringt er den Terminus „transsexuell“ in die medizinische Diskussion ein

(Saalfeld, 2019). Er beschrieb die Transsexualität als konstitutionelle Prädisposition und psychische Konditionierung, die nicht etwa durch Psychotherapie aufgelöst werden könne (Hoenes & Schirmer, 2019).

Die heute meistgenutzte Definition, um Trans im klinischen Kontext zu beschreiben und festzustellen, findet sich einerseits in der *Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten* (ICD) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), andererseits wird auch das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) der American Psychiatric Association (APA) genutzt.

Die WHO beschreibt Trans erstmals 1975 im ICD-9 unter den „Sexuellen Verhaltensabweichungen und Störungen“ unter dem Namen „Transsexualität“ (Rauchfleisch, 2024). Die Beschreibung: Die feste Überzeugung, dass das offensichtliche körperliche Geschlecht falsch sei mit daraus resultierendem Verhalten, das entweder darauf gerichtet sei, die Geschlechtsorgane operativ zu verändern oder das körperliche Geschlecht vollständig zu verbergen, indem sowohl die Kleidung als auch das Verhalten des anderen Geschlechts angenommen werden (WHO, 1977). Im DSM der APA wurden erstmals „Störungen der Geschlechtsidentität“ mit der Diagnose „Transsexualismus“ 1980 in der 3. Version des Werks angeführt. Personen seien als transsexuell zu betrachten, die „den über mindestens zwei Jahre lang anhaltenden Wunsch ausdrücken, ihr körperliches und ihr soziales Geschlecht zu ändern“ (APA, 1980).

In der neuesten, elften Version des ICD befindet sich Trans erstmalig nicht mehr in der pathologischen Kategorie der Psychischen und Verhaltensstörungen, sondern in einem neu entworfenen Kapitel über sexuelle Gesundheit. Der Begriff „Transsexualismus“ wird ersetzt durch „Geschlechtsinkongruenz“ – diese wird beschrieben als eine ausgeprägte und anhaltende Diskrepanz zwischen erlebtem Geschlecht eines Individuums und dem zugewiesenen Geschlecht, welches oft zu dem Wunsch nach einer „Transition“ führen kann, um durch Hormonbehandlung, Operation oder anderen Gesundheitsmaßnahmen den Körper, so weit wie möglich, in Einklang mit dem erfahrenen Geschlecht zu bringen (WHO, 2021). Laut WHO (o.D.) wird gegenwärtiges Wissen angewendet, demzufolge trans-spezifische und geschlechtsdiverse Anliegen keine Zustände mentaler Krankheit sind. Die Reklassifizierung im ICD-11 soll zu einer Entstigmatisierung von trans Personen beitragen, während mit der Beibehaltung unter einem neuen Kapitel dennoch der Zugang zu medizinischer Versorgung ermöglicht wird. Dies trage im weiteren Sinne zu der Anerkennung bei, dass Trans keine grundlegende psychische Pathologie mit sich bringt, wie etwa Disstress oder Funktionsbeeinträchtigung (Askecis-Leherpeux et al., 2019), sondern dass diese Erfahrungen von trans Personen oft mit der erfahrenen Gewalt und Ablehnung

in ihrem sozialen Umfeld assoziiert sind. So versucht die WHO, durch die neue Definition von Trans, gesellschaftliche Machtstrukturen zu berücksichtigen.

Momentan gilt in Österreich für Diagnosen und Krankheitsdefinitionen das ICD-10, welches Trans unter dem Begriff „Transsexualismus“ im Kapitel der Psychischen und Verhaltensstörungen beschreibt. Im ICD-10 wird F64.0, Transsexualismus, als ein Wunsch beschrieben, als Angehöriger des anderen Geschlechts zu leben und anerkannt zu werden. Dieser gehe meist mit Unbehagen oder dem Gefühl der Nichtzugehörigkeit zum eigenen anatomischen Geschlecht einher. Es bestehe der Wunsch nach chirurgischer und hormoneller Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht so weit wie möglich anzugleichen (WHO, 2019).

Die aktuelle, fünfte Version des DSM beschreibt in einem eigenen Kapitel den Begriff der „Geschlechtsdysphorie“, dass sich jemand nicht im Einklang mit dem Zuweisungsgeschlecht erlebt (APA, 2022). Die Diagnose F64.0 enthält dabei „eine seit mindestens 6 Monaten bestehende ausgeprägte Diskrepanz zwischen Gender und Zuweisungsgeschlecht“. Die Kriterien für eine Diagnose beschreiben eine ausgeprägte Diskrepanz zwischen dem eigenen Gender und den zugewiesenen körperlichen Geschlechtsmerkmalen, verbunden mit einem starken Wunsch nach Veränderung dieser Merkmale sowie nach Zugehörigkeit und Behandlung entsprechend des empfundenen Geschlechts. Zusätzlich muss ein klinisch relevantes Leiden oder eine Beeinträchtigung in wichtigen Lebensbereichen vorliegen.

1.3 Trans in Österreich: Regiert und Reguliert

In Österreich ist die ICD 10-Diagnose des „Transsexualismus“ für trans Personen notwendig, um Zugang zu medizinischer Unterstützung, vor allem hormoneller und operativer, zu erlangen. Auch juristische Anerkennungsprozesse wie eine Namens- oder Personenstandsänderung setzen eine Diagnose voraus (Bundesministerium für Gesundheit [BMG], 2017). Dafür müssen sich trans Personen häufig mehrere Bestätigungen über ihre „Transsexualität“ in Form von Stellungnahmen holen – von Psycholog*innen, Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen (zusammengefasst: Psy*).

Dass Psy* auch Teil des diskriminierenden Systems sind, dem etwa der überarbeitete ICD-11 gerne Rechnung tragen würde, und gesellschaftliche (Macht-)Verhältnisse oftmals weiter aufrechterhalten, wird ersichtlich, wenn trans Personen von ihren Erfahrungen mit diesen berichten.

1.3.1 Unregulierte Regulation

Im Rahmen qualitativer Gruppendiskussionen befragte Maier (2024) trans Personen zu deren Erfahrungen im Zuge von Gutachtenerstellungen, die für trans Gesundheitsversorgung oder

Personenstandsänderungen in Österreich verlangt werden. Diese werden durch die Psy*-Berufe ausgestellt, je nach Anforderung muss für ein Verfahren eine Stellungnahme von mehreren Psy* eingeholt werden. Die geschilderten Erlebnisse mit den Psy* sind oft belastend, mitunter sogar traumatisch – die Spannweite reicht von irritierend über demütigend bis hin zu übergriffig. Die Begutachtungssituation wird dabei von den meisten als Prüfung empfunden, in der sie beweisen müssen, „trans genug“ zu sein. Um nachvollziehen zu können, wie trans Personen in Österreich die regulatorischen Anforderungen rund um Gesundheitsversorgung und rechtlicher Anerkennung erleben, werden im Folgenden zentrale Eindrücke und Erfahrungen aus den Gruppendiskussionen Maiers (2024) zusammengefasst. Diese Einführung gibt einen ersten Einblick in die Perspektiven der trans Personen; im weiteren Verlauf der Arbeit werden einzelne Aspekte vertiefend aufgegriffen (vgl. [Ergebnisdarstellung](#)).

Fast alle Teilnehmenden schildern die Situation der Begutachtung als ausgesprochen unangenehm, viele empfinden sie als Situation, in der sie sich rechtfertigen und eine bestimmte Vorstellung von Transsein erfüllen müssen. Der Kontakt mit den Psy* wird dabei selten als unterstützend erlebt. Viele Behandelnde fordern eine *transnormative Geschichte* (Maier, 2024) ein: Von trans Personen wird erwartet, dass sie möglichst geschlechtsstereotyp auftreten, heterosexuell begehren, den Wunsch nach geschlechtsangleichenden Maßnahmen – insbesondere genitalchirurgischen – früh und eindeutig verspüren und sich absolut sicher in ihrer Entscheidung zeigen. Werden diese Anforderungen nicht erfüllt, drohen Infragestellen des Empfindens der trans Personen, invalidierende Kommentare der Psy* oder auch gar die Unterlassung einer Gutachtenausstellung. Um diesen Erwartungen gerecht zu werden, berichten viele Teilnehmende der Gruppendiskussionen, ihre Geschichte bereits im Vorfeld angepasst oder – in Reaktion auf subtile Andeutungen oder offene Hinweise – im Gespräch verändert zu haben. Besonders das äußere Erscheinungsbild steht immer wieder im Fokus: Kleidung und Körpermerkmale werden kontrolliert, kommentiert oder abgewertet. Es wird etwa nachgefragt, ob Kleidung in der Männer- oder Frauenabteilung gekauft wird oder es erfolgen direkte körperbezogene Aussagen. In den Gruppendiskussionen schildern einige Teilnehmende, dass sie sich gezwungen fühlten, sich geschlechterstereotyp zu kleiden und zu verhalten, um in das erwartete Bild der Psy* zu passen. Eine Person berichtet, dass ein Psy* die als von ihr positiv empfundenen Veränderungen der Hormone auf ihr Brustwachstum relativierte und mit den Worten kommentierte: „Ja, viel ist eh noch nicht da“ (Maier, 2024, S. 186, Z. 119-120) und sie in Folge zu einer Operation zu drängen versuchte. Fast alle Befragten berichten davon, explizit nach sexuellen Phantasien, Vorlieben und Verhalten gefragt worden zu sein. Diese Fragen wurden häufig als unangemessen, entwürdigend oder übergriffig erlebt. Eine teilnehmende Person schildert einen sexuellen Übergriff: Nach entwürdigenden Fragen zur Vorstellung ihrer Vagina habe der Psychiater ihr über den Oberschenkel gestrichen (Maier, 2024, S. 186, Z. 124-125). Im Rahmen der Begutachtungen wird

eine Vielzahl an Tests durch klinische Psycholog*innen durchgeführt: Neben Screenings zu psychischen Belastungen kommen auch Intelligenz-, Aufmerksamkeits-, Leistungs- und sogar projektive Verfahren wie der Rorschachtest zum Einsatz (Maier, 2024, S. 106). Viele dieser Testungen erscheinen den Betroffenen als nicht nachvollziehbar und teilweise veraltet. Das teils exzessive, intrusive und für die trans Personen oft völlig sinnlose Testen führte bei vielen zu Irritationen, Ärger, Stress und Frust.

Während die meisten Stellungnahmen bei Psycholog*innen oder Psychiater*innen nach ein bis zwei Terminen eingeholt werden können, nutzten einige Psychotherapeut*innen ihre Machtposition aus und drängten die trans Personen in eine monatelange Psychotherapie, bevor sie Stellungnahmen ausstellten. Dies kostete vielen Patient*innen hunderte bis tausende Euro, die nicht von der Kasse refundiert wurden, und verlängerte oder erhöhte den Leidensdruck oftmals über Monate hinweg (Maier, 2024, S. 109). Eine Person berichtet dies als besonders frustrierend: „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 beschloss, dass/ wie ich mich fühle“ (Maier, 2024, S. 237, Z. 44-46). Eine andere Person spricht von diesen Therapiestunden als „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“ (Maier, 2024, S. 193, Z. 22-25).

Ein zentrales Gefühl, das viele Teilnehmende der Gruppendiskussionen im Zusammenhang mit der Gutachtensituation beschreiben, ist Angst (vgl. Maier, 2024, S. 111ff.). Angst, vor den Psy* nicht als „wirklich“ trans zu erscheinen; Angst, etwas „Falsches“ zu sagen; Angst, durch scheinbar unpassende Kleidung oder widersprüchliche Aussagen die benötigte Stellungnahme zu verlieren. Viele berichten von einem hohen organisatorischen und emotionalen Aufwand: Die psychologische Begutachtung verlangt es, sich über Wochen hinweg auf Gespräche vorzubereiten, das eigene Verhalten zu überwachen und strategisch zu antworten – um den Erwartungen der Psy* gerecht zu werden. Viele der Teilnehmenden beschreiben die psychologische Begutachtungssituation als ein Machtverhältnis, in dem sie den Psy* ausgeliefert sind – häufig ohne Möglichkeit, grenzüberschreitende Fragen oder Kommentare zurückzuweisen.

Diese Berichte zeigen, dass die Intention des ICD-11, gesellschaftliche Diskriminierungen zu berücksichtigen, in der Umsetzung schwer einzulösen sein wird. Denn die Akteur*innen, die innerhalb dieses medizinisch-bürokratischen Systems handeln, sind selbst Teil jener gesellschaftlichen Strukturen, die Diskriminierung reproduzieren. Eine gesetzliche Grundlage, die klare Standards für die Begutachtungen schafft, die trans Personen in Österreich durchlaufen müssen, existiert bisher nicht. Die Diagnose „Transsexualismus“ (F64.0) wird nach Ermessen der Behandelnden vergeben. Dies führt zu hochgradig unterschiedlichen Verfahren, darunter auch Testungen, die wissenschaftlich nicht mehr haltbar sind. Maier (2024) spricht in diesem

Zusammenhang von „unregulierter Regulation“: Psy* erhalten Entscheidungsgewalt ohne klare Handlungsanleitungen, was willkürliches Verhalten ermöglicht. Die trans Personen sind dieser Urteilsmacht weitgehend ausgeliefert. Eine Person der Gruppendiskussionen fasst dies so zusammen: „Mir bleibt da irgendwie wenig Wahl, weil ich brauch ja irgendwie dieses Gutachten sehr, sehr dringend“ (Maier, 2024, S. 186, Z. 112-113).

Ein Beispiel für diese Willkür zeigt sich in der Verwendung von Pronomen und Namen in den Gutachten. Mehrere Teilnehmende berichten, in ihren Stellungnahmen misgendert oder mit dem Deadname² angesprochen worden zu sein. Auf Nachfrage verweisen die Psy* häufig auf notwendige bürokratische Anforderungen, etwa durch die Krankenkassen. Bei der Misgenderung einer trans Frau durch eine Psychologin erklärt ihr diese: „dass muss für die ÖGK so sein. Dass da männliche Pronomen drinstehen, weil es ist ja offiziell“ (Maier, 2024, S. 203, Z. 64-66). Dafür gibt es aber weder gesetzliche, noch von den Krankenkassen vorgeschriebene, Regelungen. Dass die korrekte Pronomenwahl manchmal doch von den Krankenkassen akzeptiert wird, zeigt sich bei derselben Teilnehmenden in der Stellungnahme einer Psychiaterin: „Bei der hat es dann lustigerweise funktioniert, dass sie mich weiblich gegendert hat. Ähm, halt mit sie/ihr Pronomen. Und das war kein Problem apparently, weil sonst hätte ich keine Hormone bekommen“ (Maier, S. 190, Z. 265-268). So können Psy* den Hinweis auf bürokratische Notwendigkeiten nutzen, um ihr willkürliches Handeln zu rechtfertigen, ohne diese tatsächlich vorweisen zu müssen.

Die Arbeit von Maier (2024) zeigt, dass trans Personen innerhalb eines Systems agieren müssen, das durch eine Mischung aus unklaren Vorgaben, institutioneller Macht und individueller Willkür gekennzeichnet ist. Psy* übernehmen dabei eine Kontrollfunktion – sie verfügen über eine große Deutungsmacht, die ihnen vom medizinisch-bürokratischen System verliehen wird, indem deren Gutachten etwa für die Krankenkasse oder für Ämter, die über Personenstandsänderungen entscheiden, ausschlaggebend sind. Gleichzeitig existieren keine klaren gesetzlichen Regelungen, an denen sie ihr Handeln verlässlich orientieren könnten. Diskriminierendes oder übergriffiges Verhalten wird häufig mit dem Verweis auf „Vorgaben“ oder „die Kassen“ gerechtfertigt – eine Strategie, die es erlaubt, Verantwortung abzugeben und das eigene Handeln als bloße Umsetzung externer Anforderungen darzustellen.

1.3.2 Bürokratie und Bürgerliche Kälte

In der Praxis bleibt die Verantwortung für Gutachten und Entscheidungen über medizinische Behandlungen und rechtliche Anerkennung oft diffus. Behandelnde Personen

² Ein Deadname ist ein abgelegter, alter Name, der meistens bei der Geburt gegeben wurde. Für trans* Personen, die einen neuen Namen gewählt haben, um sich in der gewünschten Geschlechtsidentität einzufinden, kann Deadnaming sehr verletzend sein. (siehe z.B. <https://queer-lexikon.net/2019/12/23/deadname/>)

verweisen auf vermeintlich festgeschriebene Vorgaben, die sich bei näherer Betrachtung als unklare bürokratische Praxis entpuppen. Die dadurch entstehende Willkür wird nicht als solche benannt, sondern unter dem Deckmantel der Notwendigkeit legitimiert. Genau hier setzt die Analyse von Hannah Arendt (2023) an, wenn sie vor der Bürokratie als eine „Herrschaft des Niemand“ warnt: Eine Form von Macht, die sich der konkreten Verantwortungszuschreibung entzieht. In diesem System tritt „die Verordnung an die Stelle des Gesetzes und die anonyme Verfügung eines Büros an die Stelle öffentlich-rechtlicher Entscheidungen [...]“ (Arendt, 2023, S. 307). Da in Bezug auf Trans in Österreich keine klaren gesetzlichen Regelungen existieren, erhält die Bürokratie hier Autonomie – sie entscheidet über Zugänge zu medizinischer Versorgung oder rechtlicher Anerkennung, ohne dass ihre Entscheidungsprozesse transparent oder nachvollziehbar wären. Die Zuständigkeiten bleiben dabei schwer greifbar. Arendt (2023) beobachtet, dass Betroffenen der Zugang zu den Gründen und Absichten hinter solchen Verordnungen immer sorgfältig verwehrt werde – als handle es sich um höchste Staatsgeheimnisse. In diesem System bleiben trans Personen ungeschützt vor Behandelnden, deren individuelle Verantwortung durch den Verweis auf unklare Vorschriften verschleiert wird. Die Bürokratie wird so zu einem Instrument, das es Psy* erlaubt, sich ihrer Verantwortung zu entziehen und eigenes willkürliches Handeln als bloße Umsetzung externer Anforderungen zu präsentieren. Kohpeiß (2023) beschreibt dieses Phänomen als einen Entlastungsmechanismus: Bürokratische Strukturen zerstreuen Verantwortung und ermöglichen es Einzelnen, sich von der ethischen Last ihrer Entscheidungen zu distanzieren. Kohpeiß (2023) verbindet Arendts Überlegungen mit der Frage nach Affekt und Verantwortung. Unter dem Begriff der *bürgerlichen Kälte* beschreibt sie eine affektive Haltung, die es ermöglicht, Gewalt mitzuvollziehen, ohne sich emotional auf das verursachte Leid einlassen zu müssen. Diese Kälte ist dabei keine persönliche Gefühllosigkeit, sondern eine gesellschaftlich eingeübte Sozialtechnik, die sich besonders gut mit der Logik der Bürokratie verbindet. Psy* können sich auf bürokratische Notwendigkeiten berufen, um trans Personen den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu erschweren, ihnen intime oder übergriffige Fragen zu stellen oder Verfahren unnötig zu verzögern. Die dadurch verursachte Belastung wird in affektiv abgekühlter Form hingenommen. Bürokratie verhindere empathische Beziehungen und verschleierte die Menschlichkeit der Betroffenen (Kohpeiß, 2023). Wenn Diagnosemethoden infrage gestellt werden, genügt der Verweis auf angeblich notwendige Vorgaben – ohne eine Verpflichtung, deren Ursprung oder Sinnhaftigkeit offenzulegen. Bürokratie wirkt hier als Vermittlungstechnik, die Verantwortlichkeiten technisch zerstreut und das individuelle Gewissen entlastet. Besonders problematisch wird dieser Verselbständigungsprozess bürokratischer Regelungen, wenn Betroffene keine Schutz- oder Widerspruchsmöglichkeiten haben. Wie Maier (2024) herausarbeitet, sind die Handlungs- und Widerstandsmöglichkeiten von trans Personen

durch mehrere strukturelle Faktoren eingeschränkt: durch die Abhängigkeit von psychologischen Einschätzungen, durch lange Wartezeiten oder durch intransparente Regelungen zur Kostenübernahme durch die Krankenkassen. Diese Faktoren greifen ineinander und schaffen eine Situation, in der es kaum möglich ist, sich gegen bestehende Abläufe zu stellen, ohne dabei persönliche Risiken einzugehen.

Kohpeiß (2023) beschreibt *bürgerliche Kälte* als eine affektive Sozialtechnik, die den Fortbestand der bürgerlichen Gesellschaft sichern soll. Sie vergleicht diese Haltung mit einer Klimaanlage – einer komplexen Technik, die ein Raumklima zuverlässig reguliert, bis es den darin befindlichen Personen als natürlich erscheint. Bürgerliche Räume – institutionelle wie affektive – bleiben so kühl und angenehm, während es draußen brennt. Diese bürgerlichen Räume lassen sich auf mehreren Ebenen verorten: Einerseits sind es die konkreten Behandlungsräume von Psy*, in denen über Diagnosen entschieden und Gutachten erstellt werden. Andererseits sind es auch die Institutionen und Forschungsstätten, die definieren, wie Transsein im medizinischen System beschrieben, klassifiziert und behandelt wird. Die affektive Kälte wirkt dabei nicht nur innerhalb der individuellen Praxis, sondern ist strukturell eingebettet in ein System, das seine Definitionsmacht über trans Lebensrealitäten absichert. In der konkreten Umsetzung diagnostischer Verfahren zeigt sich dies darin, dass die Auswirkungen institutioneller Praxis auf trans Personen selten thematisiert oder reflektiert werden. Die Klimaanlage-Metapher beschreibt dabei auch, wie affektive Distanz professionell hergestellt und aufrechterhalten wird: Für viele Psy* ist es möglich – und gesellschaftlich legitimiert –, sich nicht mit dem Leid auseinanderzusetzen, das trans Personen durch diagnostische Verfahren und institutionelle Abläufe erfahren. Der Verweis auf vermeintlich objektive Vorgaben ermöglicht es, sich gegen Kritik abzugrenzen. Bürgerliche Kälte stellt behandelnden Personen einen sicheren affektiven Raum bereit, in dem selbst grenzüberschreitendes Verhalten nicht als solches anerkannt werden muss. Sie agieren innerhalb eines Systems, das ihnen Deutungshoheit, Expertise und Autorität zuschreibt – und gerade dadurch erscheint ihr Verhalten ihnen selbst als professionell, angemessen oder sogar hilfreich.

In diesem Rahmen wirkt bürgerliche Kälte als doppelte Entlastung: Sie erlaubt einerseits, das Leid von trans Personen als sachlich notwendige Nebenfolge zu betrachten, und schützt andererseits die Handelnden davor, ihre eigene Rolle und Wirkung kritisch zu reflektieren. Kritik am diagnostischen Vorgehen kann damit als Ausdruck von Unwissen oder persönlicher Betroffenheit abgewertet werden, während das institutionelle Wissen selbst als unhintergebar gilt.

Wie sich die Phänomene der bürgerlichen Kälte und Arendts (2023) Beobachtungen zur Bürokratie in der Praxis in Österreich manifestieren, wird bei Maiers (2024) Versuch, Praktizierende und Krankenkassen zu ihren Vorgehensweisen zum Thema Trans zu befragen, sichtbar. Während einige Psychotherapeut*innen eine von Maier (2024) erstellte explorative Online-Umfrage noch umfangreicher beantworten, bleiben die Antworten von klinischen Psycholog*innen und Psychiater*innen fast gänzlich aus. Konkret wurden zwölf Psychiater*innen, 23 klinische Psycholog*innen und 72 Psychotherapeut*innen kontaktiert, von denen kein*e Psychiater*in gültige Antworten gab, eine klinische Psychologin die Fragen beantwortete und 18 Psychotherapeut*innen den Fragebogen ausfüllten.

Maier (2024) vermutet hinter dem demonstrierten Desinteresse der kontaktierten Psy*, dass diese Berufsgruppen durch ihre enge Anbindung an wahrheitsproduzierende Institutionen wie Universitäten und Kliniken seltener dazu angehalten sind, ihre Arbeitsweisen zu rechtfertigen. Da ihr berufliches Handeln als eng an den aktuellen Stand der Forschung geknüpft gilt, sehen sie womöglich selbst wenig Anlass, ihre Perspektiven zu rechtfertigen oder erklären. Den Kontakt zu den Krankenkassen beschreibt Maier (2024) als von Beginn an schwierig, die gestellten Fragen wurden von keiner Krankenkasse vollständig beantwortet, von KFA (Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien) und SVS (Sozialversicherungsanstalt der Selbstständigen) kamen keine Antworten auf die Forschungsanfrage zurück.

Im Mailverkehr mit der österreichischen Krankenkasse (ÖGK) wird knapp darauf verwiesen, dass eine Bewilligung nach abgeschlossener Diagnostik entsprechend den Empfehlungen (vgl. BMG, 2017) geprüft werden könne. Über konkrete transmedizinische Leistungen der ÖGK bzw. der Kostenübernahmefragen würde die entsprechende Abteilung gesondert informieren – ohne weitere Informationen, wer diese entsprechende Abteilung sei oder wie man mit dieser Kontakt aufnehmen könne. In einem Telefonat mit der Wahlarzthilfe wurde auf die Nichtzuständigkeit der Abteilung verwiesen und ein Rückruf der zuständigen Abteilung versichert, welcher nie erfolgte. Die BVAEB (Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau) teilte in einer E-Mail mit, sich ebenfalls an den Empfehlungen des Bundesministeriums zu orientieren, und verwies dabei darauf, dass diese wiederum auf den Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People der World Professional Association for Transgender Health (WPATH) und dem DSM-V, der American Psychiatric Association beruhen. Außerdem wird betont, dass die medizinische Notwendigkeit etwaiger Leistungen immer einzeln überprüft werde, somit also auch keine allgemeingültige Liste über Leistungen erstellt werden könne. Bei der Nachfrage Maiers (2024), wie die BVAEB sich dazu entschied, die Behandlungsempfehlungen heranzuziehen, wird

erneut darauf hingewiesen, wie diese auf internationalen Standards beruhe und weiteres vermerkt: „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.“ (Maier, 2024, S. 269)

Die Antwort der MA63 – welche für den Personenstand, also etwa Namens- oder Geschlechtseintragsänderungen, zuständig sind, wird auf eine erste Kontaktaufnahme in bürokratischer Manier geantwortet: Die Entscheidungen der Personenstandsbehörde würden auf entsprechenden Rechtsnormen, Weisungen ihrer Oberbehörde (also dem Bundesministerium für Inneres – BMI) und ständiger Rechtsprechung basieren. Auf Nachfrage Maiers zu einer Präzisierung werden die Erlässe des Innenministeriums von 23.3.2010 bzw. 11.5.2010 und der Erkenntnis des VwGH von 27.2.2009 als Weisungen angegeben.

Die Ärztekammer Wien hatte sich bis Ende der Recherche Februar 2024 nicht zurückgemeldet.

Die von Maier (2024) geschilderten Reaktionen machen deutlich, wie sich die von Arendt (2023) beschriebene Struktur der Bürokratie in der Praxis manifestiert. Die Verweigerung konkreter Auskünfte, das Verweisen auf nicht näher definierte Zuständigkeiten, das Ausbleiben zugesagter Rückmeldungen und die Berufung auf externe Weisungen ohne Erläuterung zu Entstehung oder Interpretation lassen ein System erkennen, in dem sich Verantwortung systematisch entzogen wird. Es scheint, wie Arendt (2023) beschreibt, als würde der Zugang zu den Gründen und Absichten bürokratischer Entscheidungen gezielt verwehrt, als handle es sich um geheime Staatsangelegenheiten. Durch die geschilderten Beispiele wird ersichtlich, wie auf individueller Ebene bei den befragten Psy*, wie auch auf institutioneller Ebene wie bei den Krankenkassen, eine Form von Machtausübung stattfinden kann, die sich durch formale Korrektheit absichert, aber faktisch zu Intransparenz und Empathieverlust führt – und damit zentrale Merkmale der von Kohpeiß (2023) beschriebenen bürgerlichen Kälte aufweist.

1.4 Die Behandlungsempfehlungen

Eine Verordnung die sowohl in den Gruppendiskussionen mit trans Personen selbst als auch in der explorativen Befragung von Psy* und Krankenkassen in Maiers (2024) Arbeit zur Erklärung von Entscheidungen und Verhalten genannt wird, sind die *Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus nach der Klassifikation*

in der derzeit gültigen DSM bzw. ICD-Fassung aus dem Jahre 2017 des Bundesministeriums für Gesundheit.

Diese wurden im Auftrag des Bundesministeriums erstellt und zuletzt 2017 aktualisiert. Sie stellen kein Gesetz dar, sondern ein weisungsgebendes Dokument, das von einer „*Expertinnen- und Expertengruppe*“ (BMG, 2017) überarbeitet wurde. Sie sollen als Orientierungshilfe für Fachpersonen im Gesundheitsbereich dienen, insbesondere für Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen und Psychiater*innen (Psy*), die mit trans Personen arbeiten. Sie werden insbesondere dann herangezogen, wenn trans Personen eine medizinische Transition anstreben, also etwa eine Hormonbehandlung oder geschlechtsangleichende Operationen, oder wenn sie eine Änderung ihres Personenstands (Namens- oder Geschlechtseintrag) beantragen. Der Text formuliert dabei Empfehlungen zu diagnostischen Abläufen, beschreibt den therapeutischen Prozess und enthält konkrete Vorgaben zur Ausstellung von Dokumenten, die für den Zugang zu weiteren Maßnahmen erforderlich sind, etwa Behandlungsbestätigungen oder Stellungnahmen. Auch Voraussetzungen für medizinische Interventionen werden beschrieben – etwa unter welchen Bedingungen Hormonbehandlungen begonnen oder Operationen durchgeführt werden dürfen. Zusätzlich widmet sich das Dokument den rechtlichen Rahmenbedingungen einer Personenstandsänderung, da für diese meist auch medizinische und psychologische Gutachten notwendig sind.

Die Behandlungsempfehlungen stellen in Österreich ein zentrales Dokument bei medizinischen und verwaltungstechnischen Fragen im Zusammenhang mit Trans dar. Sowohl Psy* als auch Krankenkassen berufen sich auf sie, um Behandlungsentscheidungen, medizinische Maßnahmen oder deren Kostenübernahme zu rechtfertigen. Sie strukturieren Abläufe medizinischer Versorgung, regeln den Zugang zu Maßnahmen und prägen durch ihre Vorgaben maßgeblich, wie der Behandlungsprozess von trans Personen in Österreich verläuft. In der Praxis bedeutet das, wer in Österreich als trans Person Zugang zu medizinischer Behandlung oder rechtlicher Anerkennung erhalten will, muss sich entlang der Logiken und Anforderungen dieser Empfehlungen bewegen. Sie stellen damit eine zentrale Schnittstelle zwischen individueller Lebensrealität und institutioneller Anerkennung dar.

1.5 Schlussfolgerungen und Forschungsfragen

Am Beginn der vorliegenden Arbeit standen persönliche Irritationen bezüglich des Umgangs mit trans Personen im klinisch-psychologischen Kontext. Diese entstanden einerseits

durch eigene Erfahrungen im Pflichtpraktikum des Psychologiestudiums und verfestigten sich bei der Lektüre von Maiers (2024) Arbeit zu Erfahrungen von trans Personen im österreichischen Gesundheitssystem, spezifisch bei der Einholung von Gutachten, die trans Personen benötigen, um Zugang zu Gesundheitsversorgung und rechtlicher Anerkennung zu erlangen.

Eine erste theoretische Auseinandersetzung wurde in der Einleitung skizziert: Geschlecht ist keine neutrale Kategorie, sondern eine, die seit Jahrhunderten zentral für die Aufrechterhaltung gesellschaftlicher Ordnungssysteme ist und bis heute politisch umkämpft und gesellschaftlich ausgehandelt wird. Feinberg (1997) zeigt, dass die Durchsetzung geschlechtlicher Binarität eine lange Geschichte hat, die tief mit Herrschaftsverhältnissen verwoben ist – sei es im religiösen, ökonomischen oder sozialen Kontext. Auch das kapitalistische System beruht auf einer klaren Einteilung in „Mann“ und „Frau“ (Federici, 2022). Trans Personen machen praktisch sichtbar, dass die binäre Einteilung der Geschlechter und deren Grenzen durchlässiger und fluider sind, als viele gesellschaftliche Wahrheitsordnungen glauben machen wollen – sie fordern durch ihre bloße Existenz geschlechtlich Normen und Glaubenssysteme heraus. Die Regulierung von trans Personen erscheint in diesem Licht als Mittel der Stabilisierung bestehender Ordnungen. Während früher Gewalt in Form von Verfolgung und Vernichtung angewendet wurde (vgl. Federici, 2022), geschieht dies heute subtiler – etwa durch Pathologisierung und bürokratische Regulierung. Disziplinierung findet über Diagnosemanuale und Stellungnahmen statt.

Vor diesem Hintergrund erscheint es mir notwendig, jene Strukturen zu untersuchen, die Erfahrungen wie die der trans Personen in Maiers (2024) Arbeit ermöglichen. Dabei richtet sich der Fokus nicht nur auf trans Personen selbst, sondern auch auf jene, denen in Dokumenten wie den Behandlungsempfehlungen eine spezifische Beziehung zu trans Personen zugeschrieben wird: Psy* und anderen Fachpersonen, die durch ihre diagnostische Autorität und institutionelle Einbettung in eine Position versetzt werden, über trans Personen zu urteilen, sie zu bewerten und ihren Weg zur Gesundheitsversorgung und rechtlicher Anerkennung zu regulieren.

Sucht man nach aktuell anerkannten Wahrheiten über trans Personen und wie diese die Handlungen von Psy* strukturieren – oft in einer Form affektiver Kälte (vgl. Kohpeiß, 2023) oder professioneller Gleichgültigkeit, trotz des Leids, dass sie verursachen – muss man den Blick auf jene Dokumente richten, die als wahrheitsproduzierende Instanzen fungieren. In meinem zukünftigen Berufsfeld der Psychologie sind das etwa Diagnosemanuale wie das DSM oder ICD. In Österreich kommt ein weiteres, einflussreiches Dokument hinzu: die *Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus*, herausgegeben vom Bundesministerium für Gesundheit (2017). Dieses Dokument verleiht Psy* die Deutungsmacht über das Leben von trans Personen und stellt den zentralen Gegenstand der Analyse dieser Arbeit dar.

Die zentrale Fragestellung dieser Arbeit lautet daher: Welche Wahrheitsansprüche über trans Personen werden in den österreichischen Behandlungsempfehlungen formuliert und wie strukturieren diese Vorstellungen die Rolle von Psy* im Umgang mit diesen im Gesundheitssystem?

Untersucht wird in der vorliegenden Arbeit, welche Vorstellungen von Geschlecht, Normalität, Pathologie und Professionalität in diesem Dokument transportiert werden.

Daraus ergeben sich folgende Forschungsfragen:

- Welche Wissensformen und Wahrheitsansprüche über trans Personen etablieren die Behandlungsempfehlungen und wem wird in diesem Zusammenhang die Autorität über gültiges Wissen zugesprochen?
- Wie werden trans Personen und Psy* in den Behandlungsempfehlungen positioniert?
- Welche Beziehung wird zwischen trans Personen und Psy* konstruiert und wie wird die Zuteilung von Verantwortung, Entscheidungsbefugnis und Handlungsraum gestaltet?

II. Methodische Grundlagen: Michel Foucault & Diskurstheorie

Zur Bearbeitung der Fragestellung der vorliegenden Arbeit wird die Methode der kritischen Diskursanalyse herangezogen. Mit der kritischen Diskursanalyse stellt Jäger (2024), aufbauend auf Foucaults Diskurstheorie, ein Verfahren zur Analyse von Diskursen bereit. Die Bedeutung des Zusammenhangs von Wissen und Macht sowie ihre strukturierende Wirkung auf Gesellschaft und Individuen stehen dabei im Zentrum. Um die Ideen zu Diskursen und deren kritischen Analyse nach Foucault und Jäger zu verstehen, erscheint es zunächst wichtig, bestimmte Begriffe zu definieren, die für die weitere Erklärung der Wirkung von Diskursen genutzt werden. Prägend für den diskursanalytischen Zugang sind Foucaults Ideen zu Wissen und Wahrheit und wie diese sich in gesellschaftliche Machtverhältnisse und unser Selbstbild einweben.

2.1 Foucaults Perspektiven auf Wissen und Macht

Foucaults umfassende Auseinandersetzung mit Macht bildet eine zentrale theoretische Grundlage dieser Arbeit. Er entwickelte ein theoretisches Gerüst, das unter anderem deutlich macht, wie Macht nicht nur unterdrückt, sondern auch formt – bestimmte Vorstellungen, Rollen oder Identitäten überhaupt erst entstehen lässt. Für diese Arbeit ist insbesondere relevant, wie Macht durch Wissen, Normen und Bewertungen wirkt. Foucault zeigt, dass scheinbar neutrale Strukturen – wie etwa Gutachten oder Diagnosen – nicht frei von Macht sind. Das zeigt sich zum Beispiel dann, wenn trans Personen berichten, sich auf bestimmte Weise darstellen zu müssen, um als glaubwürdig zu gelten und Zugang zu medizinischer Versorgung zu bekommen (vgl. Maier, 2024). Foucault bietet ein Vokabular, um solche Erfahrungen nicht als Einzelfälle, sondern Teil eines größeren, normierenden Systems zu verstehen.

2.1 Der Macht-Wissens-Komplex

Foucault (2021) beschreibt in seinem Konzept des Macht-Wissens-Komplex die enge Beziehung zwischen dem, was als wahr und plausibel angesehen wird, und den Machtdynamiken in der Gesellschaft. Wissen und Macht existieren dabei nicht unabhängig voneinander, sondern bedingen und erzeugen sich wechselseitig. Machtverhältnisse bestimmen, welches Wissen legitim ist und als wahr gilt, während dieses Wissen wiederum die bestehenden Machtverhältnisse stabilisiert und weiterführt. So habe jede Gesellschaft ihre eigene Ordnung der Wahrheit, mit Mechanismen und Instanzen, die eine Unterscheidung von

wahren und falschen Aussagen ermögliche, sowie bestimmte Personen, welchen die Autorität zugesprochen werde, über dies zu entscheiden. Diese Ordnung kann sich über die Zeit verändern, sowohl die Techniken zur „Wahrheitsfindung“ wie auch die Aussagen, die als wahr akzeptiert werden, können variieren und angepasst werden. Dabei geht es bei dem Wahrheitsbegriff nach Foucault (2021) nicht darum, wie etwa in den Naturwissenschaften, unwiderlegbare Fakten als Wahrheit durch Widerlegen und Bestätigen von Hypothesen zu generieren. Vielmehr interessiert ihn, was eine bestimmte Gesellschaft zu einer bestimmten Zeit, nach bestimmten Regeln und Ordnungen als wahr akzeptiert. Wahrheit ist ein Werk an Regeln, nach denen Wahres und Falsches getrennt wird, wobei das Wahre mit einer spezifischen Machtwirkung ausgestattet wird. Diese Regeln sind historisch bedingt und werden unter anderem bestimmt durch die Techniken der Wahrheitsfindung, die institutionellen Orte der Wahrheitssuche (Medizin, Jura, Wissenschaft, Politik, usw.) und durch die Wahrheitsträger*innen (Philosoph*innen, Ärzt*innen, Jurist*innen, Wissenschaftler*innen, usw.) (Jäger, 2024).

Ein praktisches Beispiel, bezogen auf das Thema dieser Arbeit, zeigt sich bei der Diagnose Trans. So findet die Ordnung der Wahrheit über trans im klinischen Kontext vor allem über Diagnosemanuale statt, deren Definition von Psy* als gültig anerkannt wird. Die momentan anerkannten Mechanismen der Wahrheitsfindung beruhen dabei vorrangig auf institutionalisierter, wissenschaftlicher Forschung – also Wissen, das an Universitäten, Krankenhäusern und in Labors erzeugt wird. Diese Forschung wird von Wissenschaftler*innen durchgeführt, denen die Autorität zugesprochen wird, festzulegen, was als Wahrheit über Trans gilt. Dass diese Ordnung und das produzierte Wissen variieren kann, zeigt sich etwa im Vergleich älterer und neuerer Diagnosemanuale: Während trans in früheren Versionen als psychische Störung klassifiziert wurde, vermeidet das aktuelle ICD-11 eine Pathologisierung.

Wahrheit und gesellschaftliche Machtwirkungen sind in einem gegenseitigen Abhängigkeitsverhältnis zu betrachten, Foucault bezeichnet sie als innig verflochten. Die Produktion von Wahrheit unterliegt gewissen Machtverhältnissen, sowie von der Wahrheit selbst auch Machtwirkungen ausgehen. Es geht ihm also nicht um die eingängige, aber seines Erachtens falsche Formel »Wissen ist Macht«, sondern darum, dass Macht immer mit Wissen verbunden ist (Jäger, 2024). Um bei dem Beispiel der Diagnose Trans zu bleiben: Die Produktion von Wissen über Trans im klinischen Kontext unterliegt bestimmten Machtverhältnissen. Wissenschaftler*innen müssen sich an Methoden und Verfahren halten, die momentan als wahrheitsproduzierend anerkannt werden, um Wissen zu generieren – etwa

durch empirische Studien, Formulierung von Hypothesen oder statistischer Auswertung von Daten. Nur Wissen, das auf diese Art und Weise produziert wird, wird als wissenschaftlich fundiert und somit als wahr anerkannt. Dieses produzierte Wissen wiederum bringt Machtwirkung hervor: Es wird von Psy* genutzt, um festzulegen, wer als trans gilt und wer eine entsprechende Diagnose erhält. Damit beeinflusst es den Zugang zu medizinischen Maßnahmen und bestimmt, welche trans Personen Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen können – und welche nicht.

2.1.2 Macht als relationale, produktive Kraft

Foucaults Verständnis von Macht unterscheidet sich grundlegend von klassischen Vorstellungen, in denen Macht als repressiv, zentralisiert und von oben nach unten wirkend gedacht wird. Stattdessen beschreibt Foucault (2021) Macht als eine relationale und produktive Kraft: Sie wirkt nicht ausschließlich durch Zwang oder Verbot, sondern gerade auch durch das Erzeugen von Wissen, Normen und Subjektpositionen. Macht ist nichts, das man besitzt, sondern etwas, das in sozialen Beziehungen zirkuliert – sie wird ausgeübt, angenommen, zurückgewiesen oder umgeleitet. Sie zeigt sich etwa im Verhältnis zwischen Lehrperson und Schüler*in, Ärzt*in und Patient*in oder Psy* und trans Person. Aufgrund ihrer Einbettung in soziale Beziehungen ist Macht nie vollständig stabil, sondern stets in Bewegung und veränderbar. Foucault formuliert dies unter anderem so: „Die Macht ist nicht eine Institution, nicht eine Struktur, ist nicht eine Mächtigkeit einzelner Mächtiger. Die Macht ist der Name, den man einer komplexen strategischen Situation in einer Gesellschaft gibt“ (Foucault, 1983, S. 94). Sie durchdringt gesellschaftliche Verhältnisse von unzähligen Punkten aus und formt dadurch Subjekte – nicht nur durch Einschränkung, sondern auch durch Hervorbringung. So zeigt sich Macht beispielsweise dort, wo durch medizinische Leitlinien und Diagnosekriterien festgelegt wird, wer als trans Person gilt, welches Wissen über Geschlecht als legitim gilt und welche Vorstellungen von Körpern als behandelbar erscheinen. Macht beschränkt hier nicht nur, sondern produziert auch – etwa Bilder von „der“ trans Person oder normative Erwartungen an ihre Lebensrealität.

Da diese Arbeit sich mit Empfehlungen befasst, die vom Bundesministerium für Gesundheit herausgegeben wurden, von einer staatlichen Institution mit hohem Einfluss, erscheint es hier wichtig, eine Unterscheidung zu erwähnen, die Foucault in seiner Machtanalyse vornimmt: jene zwischen Macht und Herrschaft. Denn auch wenn Foucault Macht als etwas versteht, das sich in Beziehungen vollzieht und potenziell verhandelbar ist, bedeutet das nicht, dass alle Beteiligten unter gleichen Bedingungen verhandeln können. Gesellschaftliche Verhältnisse sind häufig so strukturiert, dass bestimmte Akteur*innen mehr

Handlungsmacht und Einfluss zukommt als anderen. Mit seiner Differenzierung zwischen Macht und Herrschaft bietet Foucault eine Möglichkeit, Mechanismen staatlicher Institutionen zu beleuchten. Während Macht ein dynamisches, dezentrales Geflecht beschreibt, das sich in sozialen Praktiken manifestiert, verweist Herrschaft auf stabilisierte, institutionalisierte Machtverhältnisse, die über längere Zeiträume bestehen. Diese Unterscheidung macht es möglich, sowohl die Perspektive alltäglicher Machtausübung als auch die breiter gefasste Ebene staatlicher Regulierung zu analysieren. Dabei merkt Foucault (1978) an: „Ich will nicht sagen, dass der Staat nicht wichtig ist; was ich sagen will, ist, dass die [Betrachtung der] Machtverhältnisse und infolgedessen die Analyse, der man sie unterziehen muss, über den Staat hinausgehen müssen. Dies in zweierlei Hinsicht: vor allem weil der Staat, selbst mit seiner Omnipotenz, selbst mit all seinen Apparaten, weit davon entfernt ist, den ganzen tatsächlichen Bereich der Machtverhältnisse zu besetzen, und dann, weil der Staat nur auf der Grundlage vorher bestehender Machtbeziehungen funktionieren kann.“

So wird sich später zeigen, dass auch wenn Spielräume durch Herrschaftsverhältnisse stark eingeschränkt werden, dennoch Möglichkeiten des Widerstands und der Umgestaltung existieren, beispielsweise wenn trans Personen wiederholt die Behandlungsempfehlungen juristisch herausfordern (vgl. Baumgartinger, 2019).

2.1.3 Disziplinarmacht

Das Gesundheitsministerium ist als institutionelle Instanz machtvoll – etwa indem es Empfehlungen veröffentlicht, die prägen, wie trans Personen im österreichischen Gesundheitssystem beschrieben, eingeordnet und behandelt werden. Wie bereits erwähnt, entfalten sich Machtverhältnisse auf alltäglicher Ebene, etwa im direkten Kontakt zwischen trans Personen und den Psy*, deren Notwendigkeit durch die Behandlungsempfehlungen hergestellt wird.

Foucaults (2021) Konzept der Disziplinarmacht hilft, diese subtilen Machtmechanismen in den Blick zu nehmen. Disziplinarmacht wirkt nicht durch offene Gewalt, sondern durch Überwachung, Kontrolle, Einübung und Normierung. Ziel ist es, dass sich Menschen selbst im Sinne gesellschaftlicher Normen regulieren. Foucault beschreibt dieses Zusammenspiel aus Bewertung, Normierung und Korrektur auch als „Mikro-Justiz“ – es geht dabei nicht um das Bestrafen von außergewöhnlichen Verstößen oder Verbrechen, sondern um die Kontrolle und Regulierung alltäglicher Verhaltensweisen, wie Pünktlichkeit, Benehmen oder Körperhaltung. Genauso sind auch die Sanktionen für ein Fehlverhalten nicht etwa wie bei der klassischen Justiz Gefängnis oder Geldbußen, sondern subtilere Formen von

Druck, die dazu führen, dass Menschen sich an gesellschaftliche Normen anpassen. „Die Disziplinarstrafe hat die Aufgabe, Abweichungen zu reduzieren. Sie ist darum wesentlich *korrigierend*.“ (Foucault, 2021, S. 232). Dabei werden Strafmechanismen des Übens, des intensivierten, vervielfachten, wiederholten Lernens eingesetzt. Diese subtilen Prozesse der Normierung münden oft in klare Einteilungen: Wer als „normal“ gilt, erfüllt die Anforderungen, die durch solche stillen Machtmechanismen vorgegeben werden und wer abweicht, wird mit Kategorien wie „krank“ oder „anders“ belegt. Diese Bewertungen beschränken sich dabei nicht nur auf das Verhalten, sondern prägen, wie Menschen sich selbst und andere wahrnehmen. Für trans Personen bedeutet dies oft eine Anpassung an cisnormative³ Erwartungen, um Zugang zu medizinischer Versorgung zu erhalten – mit der Folge, dass sie die zugrunde liegenden Normen teilweise übernehmen (müssen). Damit wird deutlich, dass medizinische Institutionen trans Identitäten nicht nur ermöglichen, sondern auch stark formen, indem sie bestimmte Identitäten fördern und andere ausschließen.

So zeigt auch Maier (2024), wie die Logik der Disziplinarmacht im Zuge der Regulation von trans Personen in Österreich greift. Indem psychologische Fachpersonen ein normiertes trans Subjekt mit bestimmten transnormativen Eigenschaften voraussetzen (vgl. Maier, 2024, S. 98), wird die „innere“ Ordnung der trans Personen befragt – etwa hinsichtlich Sexualität, Fantasien oder Körperempfinden. Weicht dieses Erleben vom „richtigen“ Narrativ ab, wird die Authentizität der trans Identität infrage gestellt. Die Folge können Sanktionen wie die Verzögerung des oder der Ausschluss aus dem Behandlungsprozess sein. Verhalten sich trans Personen den normativen Erwartungen der Psy* entsprechend, werden sie mit ausgestellten Stellungnahmen und Zugang zu Gesundheitssystem „belohnt“.

Foucault (2021) schreibt dem Erfolg der Disziplinarmacht dreier Instrumente zu: dem hierarchischen Blick, der normierenden Sanktion und deren Kombination im Verfahren der Prüfung.

Die hierarchische Überwachung besteht aus kleinen, übergreifenden Techniken der Kontrolle, die in den Alltag eingelassen sind. Foucault beschreibt sie als „Blicke, die sehen, ohne gesehen zu werden“ (2021, S. 221) – eine spezifische Form der Sichtbarmachung, die gliedert und detailliert verläuft. Was sichtbar wird, kann bewertet und eingeordnet werden. Der Begriff der Hierarchie verweist dabei auf ein einseitiges Machtverhältnis innerhalb dieses

³ Cisnormativität bezieht sich auf die Norm in unserer Gesellschaft, bei der davon ausgegangen wird, dass alle Menschen cisgeschlechtlich sind, sich also mit dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht identifizieren (Queer Lexikon, 2024).

Blickes: Ärzt*innen beobachten Patient*innen, Lehrer*innen ihre Schüler*innen, Psycholog*innen ihre Klient*innen. Die eine Seite sieht, bewertet, protokolliert – die andere wird sichtbar gemacht. Diese Sichtbarmachung beschränkt sich dabei aber nicht auf einzelne Beobachter*innen. Sie entsteht vielmehr durch ein dichtes Netz von Beobachtungspunkten – etwa durch institutionelle Abläufe, schriftliche Protokolle, Vorschriften und Zuständigkeiten. Die hierarchische Beobachtung sorgt damit für eine permanente Sichtbarkeit derjenigen, die beobachtet werden – nicht um ihrer selbst willen, sondern als Voraussetzung für Beobachtung, Einordnung und Korrektur. Sie macht Beherrschte sichtbar – und schafft damit die Voraussetzung für deren Disziplinierung.

Während die hierarchische Überwachung auf Sichtbarkeit zielt, wirkt die normierende Sanktion durch Bewertung und Vergleich. Sie schafft eine ständige Möglichkeit, Verhalten und Subjektmerkmale als „abweichend“ oder „konform“ zu markieren. Grundlage dafür ist nicht primär das Gesetz, sondern die Norm – ein Maßstab, der nicht als äußere Vorschrift auftritt, sondern als selbstverständlich erscheint: das, was „normal“ ist.

Jede Dimension einer Person wird potenziell sanktionierbar: Pünktlichkeit, Benehmen, Körperhaltung, Sprachverhalten, Produktivität, Sexualität. Die „innere“ Ordnung – Wünsche, Verhalten, Identität – werden mit der „äußeren“ Ordnung gesellschaftlicher Normen verknüpft. Durch Lob und Sanktion werden Menschen dahingehend beeinflusst, ihr Verhalten gemäß festgelegten Wertungen auszurichten. Wer sich der Norm anpasst, wird belohnt; wer abweicht, erfährt Sanktionen. Diese sind meist subtil – kleine Demütigungen, Entzug von Rechten, Rangverluste oder Ausschlüsse. Es entsteht eine Mikroökonomie der Disziplin, die Subjekte kontinuierlich dazu anhält, sich zu optimieren, anzupassen, zu verbessern. Ziel ist nicht Reue, sondern Korrektur – durch Wiederholung, Übung und Vergleich.

Auch bei der normierenden Sanktion kommt eine Hierarchisierung ins Spiel: sie übe einen ständigen Druck auf Personen aus, sich alle demselben Muster zu unterwerfen (Foucault, 2021, S. 235). Wer abweicht, wird markiert – wird sichtbar. Dabei wird Differenz zugleich homogenisiert – denn alle sollen sich einem gemeinsamen Maßstab unterwerfen und individualisiert – jede*r wird auf eine individuelle Position innerhalb dieser Ordnung festgelegt. Die normierende Sanktion schafft so ein Gefühl dafür, was als „normal“ gilt – und grenzt jene aus, die diesem Anspruch nicht entsprechen.

In der Prüfung vereinen sich der hierarchische Blick und die normierende Sanktion: ein normierender Blick entsteht, „eine qualifizierende, klassifizierende und bestrafende Überwachung“ (Foucault, 2021, S. 238).

Personen aus Maiers (2024) Gruppendiskussionen reden mehrmals von den Gutachtensituationen als Prüfungen und beschreiben somit ein zentrales Element der Disziplinarmacht. Sie verbindet Macht, Wissen und Subjektivierung auf spezifische Weise: Sie vergleicht individuelles Verhalten mit kanonisiertem Wissen. In diesem Abgleich werden Subjekte hervorgebracht, die sich anhand normativer Maßstäbe messen lassen müssen. Prüfungsverfahren finden sich dabei nicht nur im Bildungssystem, sondern in nahezu allen gesellschaftlich relevanten Feldern – von der Psychiatrie über die Pädagogik bis zur Medizin. Was geprüft wird, ist nicht nur fachliches Wissen, sondern auch Verhalten, Haltung und „Normalität“ (Foucault, 2021, S. 239).

Der hierarchische Blick, die normierende Sanktion und die Prüfung bilden zentrale Mechanismen der Disziplinarmacht: Sie machen Menschen sichtbar, bewerten sie entlang normativer Maßstäbe und erzeugen dadurch Wissen über das Subjekt – ein Zusammenspiel, das sich im österreichischen System der Stellungnahmen und Gutachten etwa darin zeigt, wie trans Personen beobachtet, beurteilt und entlang vorgegebener Vorstellungen von Geschlecht eingeordnet werden. Dahinter steht Foucaults Verständnis von Macht als etwas, das nicht nur unterdrückt, sondern produktiv wirkt – insbesondere in der Herstellung von Wissen: Macht schafft Wissen, und dieses Wissen stabilisiert und legitimiert wiederum bestehende Machtverhältnisse. Welche Wahrheiten über Geschlecht und Transsein als gültig gelten, ist damit keine neutrale Feststellung, sondern Ergebnis spezifischer Macht-Wissens-Prozesse, die auch bestimmen, wer spricht, wer gehört wird und welche Subjektpositionen als legitim anerkannt werden. Um zu verstehen, wie bestimmte Wahrheiten über Geschlecht und Transsein entstehen, welche Erzählungen sich durchsetzen und wie diese wiederum Handlungsmöglichkeiten begrenzen oder ermöglichen, wird im nächsten Schritt Foucaults Diskursbegriff erläutert.

2.1.4 Diskurs

Der Begriff des Diskurses wird von Foucault selbst über längere Zeit entwickelt, dabei im Laufe der Jahre immer wieder neu und anders akzentuiert (Kammler et al., 2014). So klingt die Idee eines Diskurses und deren Analyse erstmals in der *Ordnung der Dinge* (2023/1974) an. Zu diesem Zeitpunkt beschreibt Foucault das „positive Unbewusste“ – einen Begriff den ich als passend erachte, wenn wir versuchen wollen, aus den vielen Definitionen und Ansichten zu Diskursen Sinn zu schöpfen. Bevor also der Begriff des Diskurses war, gab es das positive Unbewusste.

Dabei wird das positive Unbewusste als bestimmte Denkweisen beschrieben, die in einer Epoche so tief verankert sind, dass alternative Denkweisen fast undenkbar scheinen.

Dabei ist die Rede von impliziten, unbewussten Regeln und Strukturen, die das Wissen und wissenschaftliche Praktiken einer bestimmten Epoche bestimmen. Es geht um grundlegende, oft unausgesprochene Annahmen und Mechanismen, die bestimmen, wie Wissen geordnet, wahrgenommen und systematisiert wird, ohne dass diese Annahmen den Denkenden zwingend bewusst sind. Um dies auf die Definition der Diskurse umzulegen, könnte man also sagen, diese bestimmen die Art und Weise, wie in einer Gesellschaft über bestimmte Themen gesprochen wird – welche Meinungen, Wahrheiten und Regeln als gültig angesehen werden.

In seinem Vortrag *Die Ordnung des Diskurses* (2001/1970) beschreibt Foucault Diskurse als etwas Wucherndes, Gewalttätiges, als ein ordnungsloses Rauschen. Diesem Chaos stehen Prozeduren gegenüber, die versuchen zu kontrollieren, selektieren und kanalisieren – das macht also das positive Unbewusste aus, Sachen erscheinen als selbstverständlich, werden aber eigentlich durch Prozeduren geformt. Diskurse sind nicht neutral, sondern unterliegen bestimmten Ordnungsmechanismen, die bestimmen, wer was, wann und wie sagen darf. Wie diese Mechanismen aussehen, legt Foucault (2001/1970, S. 13) in seinem Vortrag dar: Ein zentraler Mechanismus ist die Ausschließung durch Verbot – dabei wird durch verschiedene Mechanismen festgelegt, welche Themen, Sprecher*innen und Umstände als legitim gelten – und welche nicht. Foucault beschreibt dabei drei Formen:

- (1) Das Tabu des Gegenstandes bestimmt, was gesagt werden darf und was nicht. Bestimmte Themen sind gesellschaftlich tabuisiert – sie dürfen nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen angesprochen werden. Das Tabu macht bestimmte Gegenstände oder Fragen unaussprechlich.
- (2) Das Ritual der Umstände beschreibt, wer wann und wie sprechen darf: es gibt formale Regeln und Rituale, die bestimmen, in welchem Kontext Aussagen gemacht werden dürfen.
- (3) Durch das ausschließliche Recht des sprechenden Subjekts wird beschrieben, wer das Recht hat, zu sprechen und somit auch, wer dieses Recht nicht besitzt. Nur bestimmte Personen oder Institutionen haben die gesellschaftlich anerkannte Autorität, über bestimmte Themen zu sprechen.

Eine weitere Methode der Ordnung der Diskurse beschreibt Foucault (2001/1970) anhand der Disziplinen: diese erlauben es, Wissen zu konstruieren, aber nach ganz bestimmten Spielregeln; eine Disziplin definiert sich durch einen Bereich von Gegenständen, ein Bündel von Methoden, ein Korpus von als wahr angesehenen Sätzen, ein Spiel von Regeln und Definitionen; stellt eine Konstruktionsanleitung dar, es können endlose Sätze

gebildet werden, aber nach ganz bestimmten Regeln. Darüber hinaus beschreibt Foucault, wie Diskurse durch Prozeduren geordnet werden, ist durch die Verknappung der sprechenden Subjekte. So legt das Ritual fest, wer sprechen darf und wie das geschehen muss – so kommt es auf die Qualifikation der Sprecher*innen an, auf die formalen Abläufe und die soziale Position. Durch den Begriff der Doktrin im Diskurs beschreibt Foucault fixierte Wahrheiten, bestimmte Aussagen, die als wahr gelten und nicht in Frage gestellt werden sollen. So müssen sich die Sprecher*innen diesen Wahrheiten unterwerfen – nur wer diese Wahrheiten anerkennt, gehört dazu. Außerhalb der Doktrin Liegendes wird abgewertet oder als falsch betrachtet.

2.2 (Kritische) Diskursanalyse

Ausgehend von den Beschreibungen über Diskurse und den Prozeduren, die diese zu ordnen und regulieren versuchen, sowie der Annäherung an die Begriffe von Wissen, Wahrheit und Macht, formuliert Foucault Anforderungen an die Analyse von Diskursen: So sollen das Ausgeschlossene und die Mechanismen der Verknappung und Ausschließung erfasst werden. Die Diskursanalyse möchte damit machterhaltende Strategien und Strukturen anhand diskursiv hervorgebrachter Gegenstände – hier die Behandlungsempfehlungen – sichtbar machen. Foucaults Anliegen ist es, die vielfältigen Beziehungen zwischen Wissen und Macht, die in jeder Gesellschaft bestehen, in ihren wechselseitigen Wirkungen zu untersuchen: „Denn nichts kann als Wissenselement auftreten, wenn es nicht mit einem System spezifischer Regeln und Zwänge konform geht – etwa mit dem System eines bestimmten wissenschaftlichen Diskurses in einer bestimmten Epoche“ (Foucault, 1993, S. 33). Daraus ergibt sich die zentrale Bedeutung der Macht-Wissens-Beziehungen für die kritische Diskursanalyse. Ihr Ziel ist es, die dem Wissen impliziten Machteffekte und die Bedingungen ihrer Akzeptanz offenzulegen, um Veränderungen möglich zu machen.

2.2.1 Problematisieren & Kritisieren

Friedrich (2025) entwickelt Foucaults Denken weiter und führt für die Analyse von Diskursen den Begriff des *Problematisierens* ein. Durch diesen soll verdeutlicht werden, dass Probleme keine Entitäten sind, auf die reagiert wird, sondern selbst bereits Ergebnis eines gesellschaftlichen Konstruktionsprozesses. Statt Probleme als feste, unveränderliche Tatsachen zu betrachten, untersucht die kritische Diskursanalyse, wie bestimmte Themen oder Zustände zu Problemen gemacht werden. Die Definition eines Problems ist somit untrennbar mit gesellschaftlichen Voraussetzungen sowie Wissen, Macht und Herrschaftsverhältnissen

verbunden. Die Anerkennung des konstruierten Charakters von Problemen erlaubt eine kritische Analyse des zugrunde liegenden Wissens sowie der Interessen und Machtstrukturen, die bestimmen, was als problematisch gilt. Im Fokus stehen daher nicht die Probleme selbst, sondern die Prozesse, durch die bestimmte Zustände oder Verhaltensweisen als problematisch definiert werden. Foucault formuliert dazu folgende Fragen:

Wie und warum wurden unterschiedliche Dinge in der Welt zum Beispiel unter dem Begriff ›Geisteskrankheit‹ zusammengefasst, gekennzeichnet, analysiert und behandelt? Welches sind die für eine gegebene ›Problematisierung‹ relevanten Elemente? (Foucault 1996; zitiert nach Jäger, 2024).

Durch eine Analyse dessen, was als wahr gilt und was nicht, kann den Problematisierungen, die Gesellschaften vornehmen, nachgespürt werden. Dabei gilt es zu hinterfragen, wie und warum gewisse Dinge zu einem Problem wurden. Wenn man erkennt, dass scheinbar feste Wahrheiten das Ergebnis bestimmter Entstehungsprozesse sind, wird es möglich, Alternativen zu denken und eine kritischere Haltung gegenüber vermeintlich selbstverständlichen Annahmen einzunehmen (Friedrich, 2025). Das Nachzeichnen von Problematisierungen stellt bereits einen kritischen Schritt dar: Wahrheiten und Normen werden nicht als zeitlos und objektiv verstanden, sondern als Ergebnisse gesellschaftlicher Prozesse. Diese Perspektive macht deutlich, dass sie veränderbar sind. Indem man ihre Entstehung offenlegt, entsteht Raum, um bestehende Annahmen zu hinterfragen und alternative Sichtweisen zu entwickeln. Foucault definiert Kritik in diesem Zusammenhang wie folgt:

[Kritik heißt] nicht, dass man lediglich sagt, die Dinge seien nicht gut so, wie sie sind. Kritik heißt herausfinden, auf welchen Erkenntnissen, Gewohnheiten und erworbenen, aber nicht reflektierten Denkweisen die akzeptierte Praxis beruht. (Foucault, 1994, zitiert nach Jäger, 2024, S. 88).

2.2.2 Diskurse analysieren

Die Diskursanalyse möchte Diskurse kritisieren, indem sie etwa Problematisierungen nachgeht und die Mittel verdeutlicht, mit denen die Akzeptanz momentan gültiger Wahrheiten produziert wird. Für die kritische Diskursanalyse bedeutet das, Kritik und Wahrheit als historisch erzeugte diskursive Effekte zu begreifen. Sie untersucht, was als wahr gilt, um die Konstruktionsprozesse von Wahrheit offenzulegen und einer kritischen Analyse zu unterziehen. Dabei richtet sich der Fokus darauf, Wahrheiten und Normalitäten nicht als historisch

zusammenhangslos oder unabhängig zu betrachten, sondern ihre Entstehung im Zusammenhang mit soziokulturellen und ökonomischen Machtbeziehungen zu analysieren.

Bei der Diskursanalyse geht es darum zu erfassen, welche Wahrheiten als rational und vernünftig angesehen werden. Die Frage ist, was gerade sagbar ist – und was nicht. So erfassen Diskursanalysen „Felder des Sagbaren“, wie Jäger (2024) es umschreibt: alle Aussagen, die geäußert werden (können). Dabei soll die Diskursanalyse auch Strategien, mit denen das Feld des Sagbaren ausgeweitet oder eingeengt wird, erfassen.

So ist es auch ein Ziel der Diskursanalyse, das jeweils Sagbare sichtbar zu machen und auch die Strategien, mit denen das Sagbare eingeschränkt oder erweitert wird, etwa die oben erwähnten Prozeduren der Ausschließung. So kann auch sichtbar werden, was zu einem bestimmten Zeitpunkt in einer bestimmten Gesellschaft nicht sagbar ist. Das Sagbare kann dabei durch direkte Verbote und Einschränkungen, wie die Gesetze oder Richtlinien, aber auch durch Anspielungen und Implikate, definiert werden. Nachzuweisen, wie das Sagbare begrenzt wird, ist somit ein weiteres Ziel der Diskursanalyse.

2.2.3 Die Methode der Kritischen Diskursanalyse

In meiner Methodik orientiere ich mich vorwiegend an den Vorgehensvorschlägen Jägers (2015, 2024), der zentrale Impulse für die Praxis der Kritischen Diskursanalyse liefert. Dabei versteht er diese nicht als starres methodisches Schema, das linear abgearbeitet werden kann. Vielmehr betont er die Offenheit und Flexibilität des Vorgehens: Die verschiedenen methodischen Bausteine lassen sich als Werkzeuge begreifen, die je nach Fragestellung und Material angepasst und kombiniert werden können.

Jäger et al. (2024) bieten einige Vorschläge, um das Gewimmel von Aussagen und Aussagefeldern, aus denen Diskurse bestehen, strukturiert darzustellen und so deren prinzipielle Ordnung durchschaubar und analysierbar zu machen. Grundsätzlich kann eine Unterscheidung zwischen *Spezialdiskursen* und *Interdiskursen* getroffen werden. Spezialdiskurse beziehen sich auf die Diskurse der Wissenschaften, während Interdiskurse Alltagsdiskurse und populärwissenschaftliche Diskurse beschreiben. Die beiden Diskurse sind aber nicht strikt voneinander getrennt zu betrachten, sondern beeinflussen sich gegenseitig – indem Elemente der Spezialdiskurse in Interdiskurse einfließen, wie auch umgekehrt Interdiskurse die Spezialdiskurse anregen können. Unter *Spezialdiskurse* fallen etwa der juristische oder der medizinische Diskurs. Diese Diskurse unterscheiden sich meist deutlich, etwa durch ihr eigenes spezifisches Vokabular. In Spezialdiskursen sei eine eindeutige Fachsprache und Präzision gefragt. Lyrische Sprache, Symbolik und Mehrdeutigkeit spielen

in diesem Kontext keine Rolle. Dadurch sind sie oft nur für Expert*innen verständlich und schwer zugänglich für benachbarte Spezialdiskurse oder gar die Allgemeinheit (Jäger, 2015).

Diskurse sind weiter unterteilbar in *Diskursfragmente*, welche Texte oder Textteile darstellen, die ein bestimmtes Thema behandeln (Jäger, 2024). Mehrere Diskursfragmente bilden zusammen *Diskursstränge*, die als thematisch einheitliche Diskursverläufe verstanden werden können. Diese haben synchrone und diachrone Dimensionen: Ein synchroner Schnitt durch einen Diskursstrang zeigt, welche Aussagen zu einem bestimmten Zeitpunkt gesagt werden oder sagbar sind. Eine diachrone Perspektive hingegen erlaubt es, historische Entwicklungen nachzuvollziehen.

Diskursstränge treten selten isoliert auf, sondern sind mit anderen Diskurssträngen verschränkt. Verschränkungen können dazu führen, dass verschiedene Diskurse sich gegenseitig beeinflussen und verstärken. So erscheinen Diskursstränge auf unterschiedlichen *Diskursebenen*: In verschiedenen sozialen Kontexten, aus denen heraus jeweils gesprochen wird. Jäger (2024) beschreibt etwa Ebenen der Wissenschaft, Politik, Medien, des Alltags und der Erziehung. Diese Ebenen sind nicht unabhängig voneinander, sondern stehen in Wechselwirkung: Sie wirken aufeinander ein, indem sie sich aufeinander beziehen, einander nutzen und gegenseitig durchdringen.

Die vorliegende Arbeit untersucht einen Spezialdiskurs, da sie sich mit dem medizinisch-psychologischen Feld befasst. Die Behandlungsempfehlungen sprechen vor allem Behandelnde wie Ärzt*innen oder Psycholog*innen an und nutzen dabei eine Sprache, die für Personen außerhalb des klinisch-medizinischen Diskurses schwer verständlich ist. Im Zentrum der Analyse steht der Diskursstrang zur Behandlung von trans Personen in Österreich. Als Diskursfragment dienen die aktuellen Behandlungsempfehlungen, die in Österreich zur Anwendung kommen. Zwar existieren vergleichbare Manuale auch in Deutschland und auf internationaler Ebene, der Fokus wurde hier aber bewusst auf Österreich gelegt. Diese Entscheidung begründet sich durch die Relevanz des lokalen Kontexts: Die Regelungen und Empfehlungen, die in Österreich gelten, betreffen trans Personen unmittelbar in ihrer Lebensrealität und Gesundheitsversorgung.

III. Kontextanalyse

Um transparent zu machen, in welchem Kontext eine Äußerung Bedeutung erlangt, schlägt Jäger (2024) vor, zu Beginn einer Kritischen Diskursanalyse den diskursiven Kontext zu skizzieren. Dabei handle es sich um eine Annäherung zu einer Skizze des Kontextes, da dem gesamten epistemisch-kognitiven Hintergrund gerecht zu werden, unmöglich sei. Ziel sei es, einerseits diachronisch die Vergangenheit des Diskursstranges zu beschreiben, sich an vergangenen diskursiven Ereignissen zu orientieren, die den zu untersuchenden Diskursstrang betreffen. Andererseits soll in der synchronen Dimension die unmittelbare Umgebung eines Diskursstrangs beschrieben werden. Wichtig sei dabei für Jäger (2024) herauszuarbeiten, was zum Verständnis des Untersuchungsgegenstands relevant ist.

Für die Analyse und Einordnung des Untersuchungsgegenstands in einen Kontext schlägt Keller (2011) eine Untergliederung in drei Kontextdimensionen vor, die ich zu einer Gewinnung der Übersicht des analysierten Inhalts nutze und so zu Jägers Vorschlägen ergänze. Um den *historisch-sozialen, zeitdiagnostischen Kontext* zu erörtern, wird analysiert, in welchem zeitgeschichtlichen und gesellschaftlichen Kontext die Aussagen entstehen. Der *institutionell-organisatorische Kontext* bezieht sich auf das institutionelle Feld und organisatorische Setting, in dem das Material entstanden sind. Fragen dazu wären etwa: Was sind besondere Strukturmerkmale, Regeln und Textformate dieses Feldes? Für welches Publikum wurden die Texte verfasst? Wie werden sie verbreitet? Welche Sprachformen, Themen, Machtverhältnisse sind charakteristisch für dieses Feld? Die Beschreibung des *situativen Kontexts* fragt nach konkreten Autor*innen und Verantwortlichen für einen Text. Auch, von welcher institutionell-organisatorischen und situativen Person heraus der Text verfasst wurde.

3.1 Historisch-sozialer, zeitdiagnostischer Kontext

Um die österreichischen Behandlungsempfehlungen angemessen zu analysieren, wird nun deren Entstehungsgeschichte und zeitgeschichtlicher Kontext beleuchtet. Die Ausführungen widmen sich dabei in größerer Ausführlichkeit der Frage, unter welchen Bedingungen die Behandlungsempfehlungen entstanden sind. Diese detaillierte Kontextualisierung bildet die Grundlage, um die Empfehlungen als Produkt bestimmter historischer Entwicklungen zu verstehen.

3.1.1 Der Transsexuellen-Erlass

Der Entstehung der Behandlungsempfehlungen geht der sogenannte Transsexuellen-Erlass voraus, welcher erstmals 1983 durch das Innenministerium veröffentlicht wurde. Elemente dieses Schreibens ziehen sich bis in die heute aktuellen Behandlungsempfehlungen durch. Der Erlass und die Behandlungsempfehlungen sind stark ineinander verwoben, bauen implizit aufeinander auf und bedingen auch beide die praktischen Folgen für trans Personen in Österreich. Der Transsexuellen-Erlass ergab sich aus der von den Ministerien wahrgenommenen Notwendigkeit, eine einheitlichere Bearbeitung der Vornamensänderungen und Änderungen bei der Geschlechtseintragung zu etablieren (Bundesministerium für Inneres [BMI], 1981). Das Bundesministerium für Inneres forderte Ämter der Landesregierungen in einem Erlass von 1981 dazu auf, Anträge auf Änderung von Geschlechtseinträgen oder zur Vornamensänderung nach Abschluss der Ermittlungen, an die zuständigen Bundesministerien für Inneres und Justiz weiterzuleiten, um deren Rechtsansicht einzuholen und eine einheitliche Entscheidungsgrundlage sicherzustellen. Wollte eine trans Person also in diesen Jahren ihre Namens- oder Geschlechtseintragung – den Personenstand – korrigieren, kam es zu folgendem Prozess: Für einen Antrag auf Vornamensänderung wurden als zuständige Stellen Bezirksverwaltungsbehörde und Bundespolizeibehörde, bei der Änderung der Geschlechtseintragung Standesbeamte genannt (BMI, 1981). Der erste Schritt für trans Personen war also, herauszufinden, wer eigentlich für ihre Anliegen zuständig war. Durch den Erlass von 1981 ist davon auszugehen, dass hier auch sogenannte Ermittlungen von diesen zuständigen Stellen durchzuführen waren, wie etwa medizinische und/oder psychologische Gutachten. Bei einer Antragstellung mussten trans Personen sich Untersuchungen unterziehen (Baumgartinger, 2019) um dafür ein Gutachten zu erhalten. Diese Gutachten wurden dann von den zuständigen Stellen an das Bundesministerium für Inneres geschickt, mit einer Bekanntgabe der beabsichtigten Erledigung (Korrektur der Namens- oder Geschlechtseintragung). Die zusammengesammelten Unterlagen aus Antrag, Gutachten und Vorhaben der Behörden wurden anschließend von dem Innenministerium geprüft und erforderlichenfalls auch an das Justizbundesministerium weitergeleitet. Anschließend gab das Bundesministerium für Inneres seinen Entscheid bekannt, ob der Antrag auf eine Personenstandsänderung stattgegeben werde. Erst dann entschieden die zuständigen Ämter endgültig über die eingelangten Anträge und nahmen etwaige Änderungen im Geburtenbuch oder Namensregister vor. Nach mehreren Besprechungen zwischen dem Bundeskanzleramt, Verfassungsdienst und den Bundesministerien für Gesundheit und Umweltschutz, für Inneres und für Justiz, sowie medizinisch Sachverständigen folgte der *Transsexuellen-Erlass* von

1983, welcher das rechtliche und verwaltungsbehördliche Vorgehen bei der Personenstandsänderung von trans Personen zu regeln beabsichtigte.

3.1.2 Inhalte des Erlasses 1983

Das Schreiben eröffnet mit der Feststellung, dass die „medizinische Seite des Transsexualismus bisher nicht einmal in diagnostischer Hinsicht zu einer auch nur annähernd einheitlichen Auffassung geführt habe“ (BMI, 1983) und auch gesetzliche Regelungen bei Anträgen von Transsexuellen zur Änderung des Geschlechtseintrags oder zur Namensänderung in einzelnen Staaten stark voneinander abweichen. Begründet durch diese Ausgangslage kam es zu einer übereinstimmenden Auffassung aller beteiligten Bundesministerien, dass ein neues Gesetz (oder Gesetzesänderungen) nicht zweckmäßig wäre, um die rechtliche Situation von Trans zu regeln, „zumal es sich offenkundig nur um wenige Fälle handelt“ (BMI, 1983). Dennoch wurde sich darauf geeinigt, dass die Fälle „bereinigt“ werden sollen, in denen bereits operative oder andere medizinische Maßnahmen zur Angleichung an das gewünschte Geschlecht durchgeführt wurden. Dabei sei die einzige Möglichkeit für trans Personen, ihre Identität abzusichern, ein Randvermerk im Geburtenregister, der die Änderung des Geschlechts dokumentierte. Bei einer Änderung reiche aber, wie auch in dem Erlass von 1981, die Vorlegung der Dokumente der antragsstellenden Person nicht. Eindeutigere Angaben zum Vorgehen wurden nun beschrieben: Ein geeigneter Sachverständiger sollte von der berufenen Behörde, in der Regel dem Standesamt, bestellt werden, der aufgrund von Ausbildung und Erfahrung mit den Themen des Transsexualismus besonders vertraut war und ein Gutachten erstellen. Damit die Vorgehensweise der Expertenprüfung über das Vorhandensein der Transsexualität bei einer Person einheitlich von statten läuft, sollten die Gutachten alle vom Institut für Gerichtsmedizin in Wien erstellt werden. Für diese gab es unter Punkt 3.3 des Schreibens Voraussetzungen. Es musste bezeugt werden, dass die antragstellende Person schon längere Zeit unter der zwanghaften Vorstellung lebte, dem anderen Geschlecht zuzugehören, welche sie dazu veranlasst hatte, sich geschlechtskorrigierenden Maßnahmen zu unterziehen. Weiteres mussten diese Maßnahmen zu einer deutlichen Annäherung an das äußere Erscheinungsbild des anderen Geschlechts geführt haben und zu guter Letzt musste mit hoher Wahrscheinlichkeit damit zu rechnen sein, dass sie dieses Zugehörigkeitsempfinden zum anderen Geschlecht nicht mehr ändern wird (BMI, 1983) – diese Beschreibungen befinden sich etwa noch in den aktuellen Behandlungsempfehlungen von 2017. Die entstandenen Kosten durch die Einholung der erforderlichen Gutachten war dabei von der antragstellenden Person zu bezahlen. In Punkt 3.5.1 des Erlasses wird festgehalten, dass bei der Eintragung

eines Randvermerks über die Änderung des Geschlechts bei verheirateten Personen die Ehe nicht mehr bestehe. Durch die Anerkennung der trans Identität verloren die Personen dadurch automatisch (zumindest im rechtlichen Sinne) ihre Ehepartner*innen.

Punkt 4 beschrieb die Option für antragstellende Personen, sich nur mit der Änderung des Vornamens zu begnügen. In diesem Falle wäre keine Änderung der Geschlechtseintragung im Geburtenbuch notwendig. Dennoch musste es auch hier ein Gutachten geben, dass die in Punkt 3.3 beschriebenen Voraussetzungen bestätige.

In einem fünften, letzten Punkt unterstreicht der Erlass die Notwendigkeit der Unterstützung für zuständige Behörden. Entscheidungen über Anträge von Transsexuellen seien oft komplex, so werde an der Weisung festgehalten, Anträge von Transsexuellen nach Abschluss der Ermittlungen, vor allem nach Einholen des Gutachtens, beim Bundesministerium für Inneres vorzulegen.

Knapp vor der Veröffentlichung des *Transsexuellen-Erlass* fand am 11. Juni 1983 im Auftrag des Gesundheitsministeriums eine Vollversammlung des Obersten Sanitätsrats zum Thema „Transsexualismus; operative Geschlechtsumwandlung“ statt (Baumgartinger, 2019). Das erarbeitete Gutachten wird 1984 veröffentlicht. Dabei wird „Transsexualismus“ in vier Punkten beschrieben: Trans sei ein „Symptombild kontraseuell identifizierter Personen“, welche eine „Abscheu gegen ihre Genitalausstattung“ und daher den „unverrückbaren Wunsch nach operativer Geschlechtsumwandlung“ haben. Ein „operatives Vorgehen als auch eine lebenslange medikamentöse Verabreichung von Hormonen“ wird als zwingend angesehen. Außerdem wurden zwei Jahre Psychotherapie und etliche psychiatrische Gutachten gefordert (Baumgartinger, 2019).

Zusammenfassend manifestierten sich nach den Erlässen 1981 und 1983, sowie dem Protokoll der Versammlung des Obersten Sanitätsrates, bis heute quasi unveränderte, Realitäten für trans Personen in Österreich:

Vage Angaben. Aus dem Erlass geht hervor, dass es keine einheitlichen medizinischen oder rechtlichen Sichtweisen auf Transgeschlechtlichkeit gab. Es fehlte ein umfassendes, klar geregeltes (rechtliches) Rahmenwerk. Stattdessen mussten Behörden Einzelfallentscheidungen treffen, die in der Handhabung stark variierten. Trotz dieses unsicheren Gerüsts für den rechtlichen Umgang mit trans Personen wurde sich einvernehmlich darauf geeinigt, dass dies auch weiter so bleiben solle. So waren trans Personen fallweiser, individueller Bearbeitungen ihrer Anträge bei den zuständigen Ämtern ausgesetzt, ohne Zugang auf transparent vermittelte, allgemeinzugängliche Regelungen. Ab dem Erlass 1983 wurden die Behörden beauftragt, Sachverständiger zu engagieren, welche

die trans Identität der Personen überprüfen sollten. Klare Regelungen, mit welchen Mitteln das festgestellt werden sollte, bestanden aber dennoch nicht.

Bürokratische Hürden. Trans Personen wurden mit erheblichen bürokratischen Herausforderungen konfrontiert. Das Bundesministerium für Inneres stellte zwar Regeln auf, welche Voraussetzungen Betroffene erfüllen mussten, die von den zuständigen Ämtern und Gerichtsmediziner*innen eingehend geprüft werden sollten, stellten dabei aber keine zentralisierten Informationen zur Verfügung. So wurden trans Personen mit den komplexen rechtlichen und medizinischen Forderungen allein gelassen. Auch die finanziellen Kosten für Gutachten mussten von den trans Personen selbst bezahlt werden.

Abhängigkeit von staatlichen Behörden. Trans Personen wurde ein autonomer Zugang zu rechtlicher Anerkennung verwehrt. Stattdessen macht der Erlass von 1983 klar, dass jede Entscheidung über die rechtliche Anerkennung des Geschlechts von der Zustimmung staatlicher Behörden abhing. Die Einbindung mehrerer Ämter (Bundesministerium für Inneres, für Justiz, Institut für Gerichtsmedizin, Standesamt) verstärkte die Abhängigkeit weiter, da Entscheidungswege länger und komplizierter wurden. Der letzte Punkt des Erlasses 1983 verdeutlicht die Ansicht des Bundesministeriums für Inneres, dass bei Entscheidungen zum Personenstand von Trans eine Bevormundung notwendig ist. Trotz den Gutachten der von ihnen anerkannten Expert*innen gilt das Innenministerium als letzte Instanz, die final über die Anträge der trans Personen entscheidet.

Fokus auf körperliche Geschlechtsangleichung. Der Erlass des BMI, sowie das Gutachten des Obersten Sanitätsrates, legen einen starken Fokus auf medizinische Maßnahmen - der OSR beschreibt einen „unverrückbaren Wunsch nach operativer Geschlechtsumwandlung“ (OSR, 1984, zitiert nach Baumgartinger, 2019, S. 104). Unter Punkt zwei des Erlasses klingt an, dass vor allem für Personen, die sich bereits operativer oder sonstiger medizinischer Maßnahmen unterzogen haben, die Möglichkeit einer rechtlichen Anerkennung besteht. Durch die Voraussetzungen, die in Punkt 3 gefordert werden (es wird von schon stattgefundenen geschlechtskorrigierenden Maßnahmen und einer deutlichen Annäherung an das äußere Erscheinungsbild geschrieben), erscheint es schwer, ohne diese Maßnahmen eine Chance auf eine Personenstandsänderung zu haben. Herausfordernd wird der Anspruch der geschlechtskorrigierenden Maßnahmen und der deutlichen Annäherung an das äußere Erscheinungsbild in den Jahren nach der Veröffentlichung des Erlasses auch deswegen, weil in dieser Zeit Operationen der Geschlechtsmerkmale noch strafrechtlich definiert sind - im Sinne einer Körperverletzung nach § 90 Abs 2 StGB und „Verstoß wider die guten Sitten“ § 90 Abs 1 StGB. Für geschlechtsangleichende Operationen reisten viele

trans Personen nach Marokko (Casablanca) oder in die Schweiz, nach Basel (Baumgartinger, 2019).

Auflösung der rechtlichen Partnerschaft. Gleichgeschlechtliche Ehen waren 1983 in Österreich nicht anerkannt. Eine Änderung des Geschlechtseintrags war somit unvereinbar mit den bestehenden Ehegesetzen. Verheiratete trans Personen, die ihren Geschlechtseintrag ändern lassen wollten, waren daher gezwungen, ihre Ehe auflösen zu lassen.

In den Jahren, die zwischen der Veröffentlichung des *Transsexuellen-Erlasses* und den *Behandlungsempfehlungen von Transsexuellen* liegen, etabliert sich die im Erlass beschriebene Praxis bei der Handhabung von Personenstandsfragen bei trans Personen. Weitere Versionen des Erlasses änderten den originalen Text und die originalen Anforderungen leicht ab, so kam es 1996 zum Beispiel statt einer automatischen Auflösung der Ehe zu einem Scheidungszwang: einer Personenstandsänderung wurde nur unverheirateten Personen stattgegeben, verheiratete trans Personen mussten sich also vor der Beantragung auf Änderung scheiden lassen.

Parallel dazu fordert in diesen Jahren die Trans-Bewegung in Österreich immer wieder den Erlass heraus, steht dabei etwa für eine freie Vornamenswahl und gegen den Scheidungs- und OP-Zwang ein. Dazu gehen immer wieder trans Personen vor Gericht, um gegen einzelne Punkte des Erlasses vorzugehen (Baumgartinger, 2011, 2019). 2005 wird der *Transsexuellen-Erlass* vom Verfassungsgerichtshof in seiner Rechtmäßigkeit in Bezug auf Verfassungs- und Menschenrechte in Frage gestellt, veranlasst von einer trans- und einer cisgeschlechtlichen Frau, die gegen den Scheidungszwang klagten. Am 8. Juni 2006 werden die Punkte 2 und 3 des Erlasses als rechtswidrig festgestellt und aufgehoben, sowie auch der Scheidungszwang, der mit dem Erlass einhergeht. Am 18. Juli des gleichen Jahres wird der gesamte *Transsexuellen-Erlass* durch das Innenministerium aufgelöst (Baumgartinger, 2019).

2007 kommt es zu der paradoxen Umkehrung, dass der in dem Jahr neu veröffentlichte Erlass auf den Behandlungsempfehlungen von 1997 beruht – welcher wiederum auf den Erlass 1983 beruht. Beide gehen von dem Befund des Obersten Sanitätsrats 1983/4 aus. Somit ändert sich in der Realität nicht viel – Geschlechtseintragsänderungen erfordern weiterhin ein Ermittlungsverfahren, welches psychotherapeutische Gutachten und Befunde bedingen, um den Personenstand zu ändern. Der letzte *Transsexuellen-Erlass* erscheint im Mai 2010 mit dem Titel „Änderung des Vornamens und der Eintragung des Geschlechts im Geburtenbuch“ – eine geschlechtsangleichende Operation ist für eine Änderung des Geschlechtseintrags nicht mehr notwendig, für die Änderung des Namens gibt

es zwei Möglichkeiten. Für eine Änderung zu einem geschlechtsneutralen Namen benötigt es eine Diagnose der *Transsexualität*, für einen geschlechtsspezifischen Namen wird eine Geschlechtseintragsänderung vorausgesetzt. Zuständig sind die einzelnen Bundesländer, eine zentrale Regelung gibt es weiterhin nicht.

3.1.3 Veröffentlichung der ersten Behandlungsempfehlungen

Die *Empfehlungen für den Behandlungsprozess von Transsexuellen* in Österreich erscheinen erstmals im Juni 1997. Sie basieren auf dem Gutachten des im Juni 1983 stattgefundenen Treffens des Obersten Sanitätsrates. Dabei wird auf einer Seite in zehn Punkten die klinisch-psychologisch-medizinische Behandlung von trans Personen abgehandelt. Die Art und das Ausmaß der Störung sollte in einem dreiteiligen diagnostischen Prozess erfolgen - durch eine psychiatrische Diagnosestellung, einer urologisch-gynäkologischen Abklärung, welche bei Bedarf auch endokrinologische bzw. zytogenetische Untersuchungen einschließen konnte, und einer „psycho-(psychologische)“ Diagnostik (BMG, 1997). Durch diese Abklärung konnten anschließend Indikationen zur Anwendung geeigneter psychotherapeutischer Methoden gestellt werden. In einem dritten Punkt wurde eine Psychotherapie vorausgesetzt, welche mindestens ein Jahr bzw. 50 Stunden lang durchgeführt werden sollte. Diese sollte neben dem Erreichen therapeutischer Ziele auch den diagnostischen Prozess und die diagnostische Bewertung weiterführend vertiefen. Nach dem Behandlungszeitraum erfolgte eine erneute Befundung der Therapierenden. Mit diesem Befund sollten trans Personen sich nun in einem vierten Schritt einer psychiatrischen Kontrolle und einer weiteren Indikationsstellung für den weiteren Behandlungsverlauf unterziehen. Ist eine der Indikationen die Einleitung einer somatischen Behandlung, so hatte eine Hormontherapie zu erfolgen, welche „kontinuierlich ärztlich kontrolliert“ (BMG, 1997) werden musste. Parallel dazu sei die Behandlung mit psychotherapeutischen Methoden fortzusetzen und ein „Alltagstest“ (d.h. Leben bereits unter den geänderten geschlechtlichen Bedingungen) durchzuführen. Diese fünfte Phase, mit den drei parallel verlaufenden Behandlungsteilen, hatte mindestens ein Jahr lang zu erfolgen. In einem sechsten Schritt steht eine erneute psychiatrische und gynäkologisch-urologische Befundung an. Dabei sollten Ärzt*innen Indikationen für operative Veränderungen der geschlechtlichen Morphologie stellen, wobei die Kontinuität und Unbeeinflussbarkeit des transsexuellen Wunsches eindeutig hervorgehen musste. Dieser Befund gelangte anschließend in Schritt sieben an das Institut für Gerichtliche Medizin der Universität Wien, welche eine zusammenfassende Indikationsstellung im Hinblick auf die im Einzelfall durchzuführenden Operationen bereitstellte. Punkt acht stellte die Durchführung der Operation und die Erstellung eines

Operationsbefundes dar, Punkt neun verschrieb bei Bedarf, postoperativ die Behandlung mit psychotherapeutischen Methoden weiterzuführen. Diese neun Punkte gaben einen kontinuierlichen Verlauf an, der sich von der Diagnose bis zur postoperativen Behandlung erstreckte.

Im zehnten Punkt wurde angeordnet, dass bei Vorliegen von Transsexualität für den Behandlungszeitraum des Patienten auf Verlangen eine ärztliche Bestätigung erfolgen solle, aus der die diagnostische Zuordnung sowie die Darstellung des Zusammenhanges zwischen Behandlung und äußerem Erscheinungsbild hervorgehe. Diese Bestätigung durfte eine maximale Gültigkeitsdauer von zwei Jahren haben.

Zusammengefasst mussten sich trans Personen einer dreiteiligen Diagnose (psychiatrisch, urologisch-gynäkologisch, psychologisch) aussetzen, verpflichtend 50 Stunden Psychotherapie bewältigen, bei denen die Echtheit der Transgeschlechtlichkeit kontrolliert und bestätigt werden sollte, neben den Befunden der dreiteiligen Diagnose weitere vier Befunde einholen, die an verschiedenen Schritten der Transition die Echtheit und den Erfolg dieser bezeugen sollen und einen Alltagstest durchlaufen, indem die Authentizität der Rolle im Leben des anderen Geschlechts bewiesen werden sollte.

3.1.4 Entwicklung und Anpassung der Behandlungsempfehlungen (1997-2017)

Zwischen der ersten Version der Behandlungsempfehlungen und der momentan aktuellen Veröffentlichung erschienen vier weitere Versionen.

Forderungen nach Überarbeitung und Kritik durch TransX. Forderungen nach einer Überarbeitung der Behandlungsempfehlungen gibt es quasi seit deren Erscheinen. Der Verein TransX formuliert schon 2001 in seinem Schreiben „Forderungspaket“ eine umfassende Kritik an den Bedingungen, die die Empfehlungen für trans Personen schaffen. Unter anderem wird das Recht auf freie Namenswahl gefordert, da eine Änderung des Vornamens erst nach verpflichtender Therapie und geschlechtsangleichenden Operationen möglich war. Auch werden auf die vielen, die Privatsphäre verletzenden, Untersuchungen hingewiesen (TransX, o.J.b). Für eine Änderung im Personenstand benötigte es, trotz vorliegender Operationsberichte, eine Untersuchung des Instituts für Gerichtliche Medizin im Genitalbereich, dessen Kosten erneut von den trans Personen selbst zu tragen waren.

Im November 2004 findet in Salzburg die „Fachtagung zur Behandlung von Transsexuellen in Österreich“ statt, ein Ziel dieser Tagung war auch die Diskussion über mögliche Anpassungen der Behandlungsempfehlungen (TransX, o.J.b). Der Verein TransX wurde eingeladen, ein Statement einzubringen – daraus entstanden Forderungen zur Anpassung der Empfehlungen, die auf vier Seiten zusammengefasst sind. Im ersten Punkt

wird die Ermöglichung eines körperlich unversehrten, sozial integrierten Lebens von trans Personen gefordert. Dabei wird, wie in den Forderungen aus 2001, auf die Problematik der Kontrollen durch das Wiener Institut für Gerichtliche Medizin hingewiesen. Im den weiteren Punkten wird ein erleichterter Zugang zur Hormoneinnahme, zu Operationen und eine Besserung der Bedingungen des Alltagstests gefordert, sowie eine genauere Beschäftigung mit dem Thema von Detransitionierenden⁴, um auch für diese angemessene Maßnahmen zur Verfügung stellen zu können.

Die erste Aktualisierung der Behandlungsempfehlungen ließ noch länger auf sich warten, diese wurden am 1. Juli 2014 veröffentlicht. Eine revidierte Version wird im August 2014 veröffentlicht, die nächste folgte im Oktober 2014 und schließlich im Februar 2015, bis es zur momentan aktuellen Version vom Juni 2017 kommt. Die Versionen ab August 2014 sind sich formal wie auch inhaltlich sehr ähnlich und verändern sich nur gering. Ab 2014 handelt es sich nun nicht mehr wie bei dem Original um eine einseitige Anweisung der Behandlung, sondern um sieben Seiten, die den empfohlenen Umgang von Psy* mit trans Personen beschreiben.

Ab 2014 gliedert sich der Text grob in zwei Teile. In einer Präambel werden Hintergrund und Kontext an Lesende herangeführt. Etwa, dass die ersten Empfehlungen 1997 nach Beratungen des Obersten Sanitätsrates veröffentlicht wurden und 2014 nach Änderungen wissenschaftlicher Kenntnisse, neuer Diagnoseregeln im DSM und Änderungen im Personenstandsrecht von einem Expertinnen- und Expertenteam überarbeitet wurden. Diese hätten sich dabei in Teilen an den *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People* der World Professional Association for Transgender Health (WPATH), sowie dem DSM-5 der American Psychiatric Association orientiert. Zusätzlich wird vorweggenommen, dass die Empfehlungen sich nur auf volljährige Personen beziehen, keinen Anspruch auf Krankenkassenleistungen begründen und regelmäßig evaluiert werden. Die Voraussetzungen einer Personenstandsänderung werden besprochen, bei der eine fachliche Stellungnahme notwendig ist, die u. a. die Diagnose einer Geschlechtsdysphorie sowie die Dauerhaftigkeit und Irreversibilität des Wunschgeschlechts bestätigt. Eine Berufserfahrung sowie Fort- und Weiterbildungen werden behandelnden Psy* nahegelegt. Den zweiten Teil stellen die anschließenden Empfehlungen zur Behandlung dar, welche 9 Punkte enthalten, die dem 1997 erschienenen Schreiben stark ähneln: Zunächst

⁴ Detransition wird als Abbruch einer Transition, also dem Abbruch des Prozesses von geschlechtsangleichenden Maßnahmen sowie/oder des Abbruchs des sozialen Rollenwandels verstanden. (vgl. <https://dgti.org/2022/09/28/jenny-wilken-detransition-fakten-und-studien-9-2-2022/>)

erfolgt eine diagnostische Abklärung durch psychiatrische, klinisch-psychologische und/oder psychotherapeutische Fachpersonen. Darauf folgt eine mögliche therapeutische Begleitung zur Stabilisierung der psychischen und sozialen Situation, die zugleich als diagnostischer Prozess fungiert. Somatische Maßnahmen wie Hormonbehandlungen und Operationen sind an weitere fachliche Stellungnahmen und ärztliche Untersuchungen gebunden. Dabei wird auch auf eine kontinuierliche Dokumentation und Qualitätssicherung Wert gelegt. Die Empfehlungen enden mit einem Musterformular zur Bestätigung eines abweichenden äußeren Erscheinungsbilds.

Die darauf folgenden Versionen ändern sich nur geringfügig – im Oktober 2014 etwa wird der Verweis auf die freie Behandlerwahl gestrichen. Auch wird der Absatz des therapeutischen Prozesses etwas überarbeitet, so sollen bei koexistierenden Störungen spezifische Fachkräfte hinzugefügt werden. Außerdem soll die Dokumentation nicht mehr nur nachvollziehbar, sondern auch nach berufsrechtlichen Vorgaben, erfolgen. Ab Februar 2015 wird den Anpassungen des Personenstandsrechts eine eigene Seite gewidmet. DSM-5, ICD-10 und die WPATH Standards of Care werden verlinkt und die Gültigkeit aller Stellungnahmen dürfen nun nur mehr ein Jahr gültig sein.

Den aktuellen Behandlungsempfehlungen geht eine längere Geschichte voraus, die mit dem sogenannten Transsexuellen-Erlass von 1983 beginnt. Sowohl dieser Erlass als auch die späteren Empfehlungen hatten und haben maßgeblichen Einfluss auf die rechtlichen und medizinischen Handlungsspielräume von trans Personen. Zwar wurde der Text seither mehrfach überarbeitet, insbesondere unter dem Druck von trans Personen, die bessere Versorgung und mehr Selbstbestimmung einforderten – gleichzeitig zeigen sich in der heutigen Version noch immer auffällige Parallelen zu früheren Fassungen aus 1997 und sogar zum Erlass von 1983.

3.2 Institutionell-organisatorischer Kontext

Der Text wendet sich an „alle am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen bzw. an die mit der Vollziehung des Personenstandsrechts betrauten Verwaltungsbehörden, implizit auch an Betroffene“ (BMG, 2017). Namentlich genannt werden unter anderem Fachärzt*innen für Psychiatrie, andere Fachärzt*innen, Klinische Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen. Der primäre Einsatzort der österreichischen Behandlungsempfehlungen ist in der klinischen Praxis, die Autor*innen benennen das Dokument als „Orientierung für sorgfältiges Handeln“ (BMG, 2017). Durch ihre Funktion, adressierte Zielgruppe und Selbstbeschreibung lassen sich die Empfehlungen dem Genre der

Leitlinien zuordnen. Diese sind ein häufig im medizinischen Feld etabliertes Textformat, das Handlungssicherheit schaffen soll. Sie bieten systematisch entwickelte Empfehlungen, die auf einer strukturierten Sichtung von Wissen sowie einer Bewertung der Vor- und Nachteile unterschiedlicher Behandlungsoptionen basieren, mit dem Ziel, die Versorgung von Patient*innen zu optimieren (vgl. Lin & Slawson, 2009). Wesentliche Qualitätsmerkmale von Leitlinien umfassen neben der medizinischen Wirksamkeit auch Effizienz, Ökonomie, Transparenz der Evidenzbasis, Anwendbarkeitsmöglichkeiten im jeweiligen Praxisfeld, Anwendungsflexibilität, sowie eine klare und gut verständliche Sprache mit eindeutigen Handlungsempfehlungen (Brouwers et al., 2019; Wertli et al., 2024). Leitlinien verfolgen also das Ziel, Erkenntnisse aus Forschung und praktischer Erfahrung in strukturierte, nachvollziehbare und anwendbare Empfehlungen für Behandelnde zu übersetzen.

Wertli et al. (2024) beschreiben, wie häufig zugrundeliegende Evidenz für Empfehlungen ungenügend dargestellt, der Entwicklungsprozess und Interessenskonflikte nicht transparent dargelegt und die Relevanz für Patient*innen und Fragen der Implementierung zu wenig berücksichtigt werden. Teilweise würden Guidelines mehr dazu dienen, Interessen einzelner Fachbereiche durchzusetzen und nicht selten zu einer Zunahme an Bürokratie ohne klinischen Mehrnutzen führen. Zu viel der formulierten Guidelines würden sich ausschließlich auf sogenannte Expert*innenmeinungen berufen (Wertli et al., 2024).

Dabei zeigt sich das von Wertli et al. (2024) beschriebene Problem der Bürokratisierung auch in den österreichischen Behandlungsempfehlungen: Indem medizinisch-psychologische Empfehlungen mit bürokratischen Anweisungen – wie etwa zur Personenstandsänderung – verknüpft werden, entsteht ein Text, der fachlich und strukturell schwer zu verorten ist. Einerseits richtet er sich an Gesundheitsberufe wie die Psy*, andererseits aber auch an Verwaltungsbehörden, die mit der rechtlichen Umsetzung von trans Anerkennung betraut sind. Damit vereint der Text unterschiedliche Logiken oder auch Ansprüche und Fragen über Trans in Österreich und adressiert gleichzeitig medizinische, psychologische, psychotherapeutische und verwaltungsrechtliche Kontexte. Das Resultat ist ein hybrides Dokument, welches schwer klassifizierbar ist – eine Art „administrativ-medizinischer Grenztext“, in dem sich wissenschaftlich-medizinische Ansprüche und behördliche Regelungsbedarfe verschränken.

3.3 Situativer Kontext

Der situative Kontext der österreichischen Behandlungsempfehlungen für trans Personen ist schwer nachzuvollziehen. Im Dokument selbst werden weder Autor*innen noch konkrete Verantwortliche genannt. Auch auf der Website des Bundesministeriums, auf der das Dokument als PDF zugänglich ist, fehlen Hinweise auf Urheber*innenschaft oder aus welchen Personen die „Expert*innengruppe“ besteht, die dieses Dokument aktualisiert haben. Einige mitwirkende Personen lassen sich nach eigener Recherche vermuten, etwa Mitglieder der *Arbeitsgruppe Trans* Inter* Geschlechtlichkeit* – gesicherte Informationen sind jedoch nicht öffentlich zugänglich. Die fehlenden Angaben bezüglich konkreter Autor*innenschaft erschwert eine kontextuelle Einordnung des Dokuments. Veröffentlicht und in Auftrag gegeben wurde das Dokument vom österreichischen Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Der Text trägt somit die Signatur einer staatlichen, politischen Instanz, was seiner Wirkung im medizinischen, psychologischen und rechtlichen Bereich zusätzliches Gewicht verleiht.

IV. Feinanalyse

Die folgende Feinanalyse widmet sich dem zentralen Untersuchungsdokument, den österreichischen *Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus nach der Klassifikation in der derzeit gültigen DSM bzw. ICD-Fassung von 2017 (BMG)*. Im Mittelpunkt steht dabei der Text selbst: Welche sprachlichen Mittel, Argumentationsmuster und strukturellen Elemente zur Herstellung bestimmter Wahrheiten, Subjektpositionen und normativer Vorgaben beitragen. Die Analyse bleibt bewusst dicht am Text und verzichtet größtenteils auf externe Kontextualisierungen, diese folgen in der anschließenden Ergebnisdarstellung. Die Analyse folgt dabei im Aufbau der Gliederung des Originaldokuments und orientiert sich an dessen Struktur. Das analysierte Dokument inklusive nummerierter Zeilen ist in vollständiger Form im Anhang dieser Arbeit einsehbar.

4.1 Präambel

Die ersten zwei Seiten der Behandlungsempfehlungen bieten unter dem Titel einer Präambel eine Einführung in deren Kontext und Zielsetzung, gefolgt von mehreren einleitenden Abschnitten über Rahmenbedingungen und Hinweise für Behandelnde. Dabei treten mehrere zentrale Themen hervor, die im Folgenden näher analysiert werden.

4.1.1 Institutionelle Deutungshoheit und Wissensproduktion

In den ersten Zeilen der Behandlungsempfehlungen werden mehrere Institutionen genannt: die Weltgesundheitsorganisation, die American Psychiatric Association und der Oberste Sanitätsrat (OSR). Diese scheinen unhinterfragt als geeignete Parteien, um über Trans* Gesundheit urteilen zu können. So sind es die Beratungen des OSR, denen wir die Behandlungsempfehlungen zu verdanken haben, und die Diagnosemanuale DSM-V (American Psychiatric Association, kurz APA) und ICD-10 (World Health Organisation, kurz WHO), die uns eine Definition von Trans zur Verfügung stellen. Es folgen keine weiteren Erläuterungen, warum genau diese Institutionen als Referenz herangezogen werden. Die Rollen dieser Organisationen als übergeordnete Autoritäten und als wegweisende Referenzen erscheinen so selbstverständlich, dass ihre Auswahl und Legitimität nicht kritisch hinterfragt werden. Auch ist es eine „multiprofessionelle, interdisziplinäre Expertinnen- und Expertengruppe“ (Z. 34), welche „unter Einbindung des für Personenstandsrecht zuständigen Bundesministerium für Inneres“ (Z. 35), die Behandlungsempfehlungen überarbeitete. Diese wiederum orientierten sich „in weiten Teilen“ (Z. 39) an den *Standards of Care for the Health*

of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People (World Professional Association for Transgender Health, kurz WPATH) und dem *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Version 5* (APA). Im Text werden genannte Institutionen und die Expert*innen-Gruppe per se als vertrauenswürdig und kompetent vorausgesetzt, ohne dies näher zu begründen. Konkrete Details und Verantwortlichkeiten bleiben vage, wir erhalten keine weiteren Informationen über die beteiligten Berufsgruppen oder Autor*innen, die für die Überarbeitung der Behandlungsempfehlungen tätig waren. Durch die wiederholte Bezugnahme auf institutionelle Autoritäten und international anerkannten Standards wird ein Rahmen aufgebaut, der die Behandlungsempfehlungen als objektiv, wissenschaftlich fundiert und schwer kritisierbar erscheinen lässt. Damit schaffen die Autor*innen eine Form Unangreifbarkeit: Als Expert*innen, die sich auf internationale Standards stützen, schützen sie sich vor potenzieller Kritik.

Im Zuge der Nennung dieser Institutionen und Expert*innen werden Begriffe genutzt, die dem wissenschaftlich-medizinischen System entstammen: Diagnose, internationaler Diagnoseschlüssel, Klassifikation, Behandlungsstandards. Durch diese Wortwahl wird ein bestimmter Deutungsrahmen eröffnet, innerhalb dessen Trans in den Behandlungsempfehlungen verhandelt wird. Die Begriffe verweisen auf ein medizinisch-bürokratisches System, das von standardisierten Verfahren, quantifizierbaren Kriterien und normierten Abläufen geprägt ist. Die Beschreibung von Trans wird damit an Kontexte wie Diagnosepraxis, Klassifikationslogik und evidenzbasierte Standardisierung gebunden. Die wiederholte Bezugnahme auf ein solch einheitliches Vorgehen vermittelt ein Bild von Verlässlichkeit, Objektivität und fachlicher Autorität, das in den Empfehlungen behandelte Wissen scheint auf Eindeutigkeit und Klassifizierbarkeit zu beruhen. Gleichzeitig verweist die uneinheitliche Verwendung von Begriffen wie „Transgender, Transsexuell und gender-nonkonform“ darauf, dass eine klare, widerspruchsfreie Beschreibung von Trans innerhalb dieses Rahmens nicht vollständig gelingt.

Zusätzlich wird die Verantwortung für Fortschritt allein den wissenschaftlichen Institutionen und deren kontinuierlicher Weiterentwicklung zugeschrieben, indem etwa Verbesserungen in der Beschreibung der Erfahrungen von trans Personen explizit den Revisionen von Diagnosekatalogen wie dem Übergang vom DSM-IV zum DSM-5 zugeschrieben werden (Z. 21-24). Der Fokus liegt auf einer vermeintlich neutralen, sachlichen Weiterentwicklung innerhalb dieser Institutionen, während soziale, politische und aktivistische Kontexte vollständig ausgeblendet werden:

In diesen Jahren haben sich die wissenschaftlichen Kenntnisse und die Behandlungsstandards für die Gesundheit von transsexuellen, transgender und gender-nonkonformen Menschen vertieft, sodass es sowohl in Bezug auf das Recht auf Selbstbestimmung der Geschlechtsrolle, als auch bezüglich der Behandlungsstandards international zu einem epochalen Umdenken kam. (Z. 13-17)

Wissensproduktion über Trans wird hier ausschließlich im Rahmen wissenschaftlicher Institutionen verortet. Es ist die Vertiefung „wissenschaftlicher Kenntnisse“ (Z. 14 – 15), denen wir ein epochales Umdenken und Änderungen in den Behandlungsstandards zu verdanken haben. Der Begriff suggeriert Objektivität, Rationalität und wissenschaftliche Nachprüfbarkeit – ohne dass diese durch konkrete Belege oder Referenzen gestützt werden. Damit grenzt sich der Text implizit von subjektiven Erfahrungen oder politischen Positionierungen ab. Durch die gewählte Formulierung wird der Eindruck erweckt, der wissenschaftliche Fortschritt habe sich von selbst vollzogen: die wissenschaftlichen Kenntnisse „haben sich vertieft“ (Z. 14, 16). Konkrete Akteur*innen bleiben anonym, während der Fortschritt als ein neutraler, sachlicher Prozess erscheint, der keiner aktiven Gestaltung oder Aushandlung bedarf.

Der Begriff des „epochalen Umdenken“ deutet auf eine tiefgreifende, historisch bedeutsame Veränderung hin. Die Autor*innen positionieren sich so implizit auf der Seite des Fortschritts, lassen dabei jedoch offen, worin diese Weiterentwicklung konkret besteht oder inwiefern frühere Ansätze als unzureichend galten. Frühere Empfehlungen erscheinen als überholt, ohne dass sie kritisch reflektiert werden und obwohl sich viele Punkte nicht zu älteren Versionen unterscheiden ([vgl. Kontextanalyse](#)). Stattdessen wird ein Bruch konstruiert, der die neuen Empfehlungen als hochaktuell und wissenschaftlich fundiert erscheinen lässt. Auf diese Weise wird der Raum für Kritik eingeschränkt. Diese Fortschrittserzählung fungiert so auch als Abwehrmechanismus gegenüber Einwänden. Indem sich die Autor*innen mit institutionalisierter Wissenschaft und internationalen Standards identifizieren, verorten sie sich auf der Seite eines anerkannten, institutionalisierten Wissens – potenzielle Kritik wird so bereits im Vorfeld entwertet. Zugleich bleibt unklar, wer diese Einschätzung des „epochalen Umdenkens“ vornimmt und auf welcher Grundlage: Weder werden die Autor*innen noch die genannten Expert*innen (Z. 34) benannt. Durch die fortgehende Passivierung und Anonymisierung der beteiligten Akteur*innen erscheint der beschriebene Wandel als objektiv, alternativlos und keiner weiteren Begründung bedürftig. Der Text vermittelt so eine

geschlossene Fortschrittserzählung, die subjektive Entscheidungen und Aushandlungsprozesse unsichtbar macht.

4.1.2 Medizin und Bürokratie

Nach den einleitenden Zeilen der Behandlungsempfehlungen, folgt in einem kurzen zweiten Absatz folgender Hinweis:

Darüber hinaus gab es auch Änderungen im Personenstandsrecht (siehe Exkurs auf Seite 6). (Z. 29 – 30)

Während zunächst wissenschaftliche Institutionen als maßgebliche Autoritäten etabliert werden, wird mit der Beschreibung der Personenstandsänderungen eine zusätzliche Autoritätsinstanz eingeführt: Das Rechtssystem. Eine ähnliche Rhetorik wie zuvor beim „epochalen Umdenken“ (Z. 17) wird angewendet: Die Formulierung „es gab“ lässt gesetzliche Änderungen als automatisch und kontextlos erscheinen – als seien sie einfach passiert, ohne Akteur*innen, Prozesse oder politischen Auseinandersetzungen.

Der Verweis auf den Exkurs auf Seite 6 führt schließlich zu einer Übersicht über rechtliche Rahmenbedingungen für die Änderung von Namen und Geschlecht:

Die Rechtsordnung berücksichtigt nach derzeitigem Stand „Transsexualität“ nicht ausdrücklich. Das Personenstandsgesetz normiert in § 41, dass Beurkundungen zu ändern sind, wenn sie nach der Eintragung unrichtig geworden sind. Die folgenden Kriterien für eine Personenstandsänderung beruhen auf dem Erkenntnis des Verwaltungsgerichtshofes (VwGH) vom 27.02.2009, Zahl 2008/17/0054. (Z. 225 – 229)

Durch die Thematisierung des Personenstands und relevanter Gesetzestexte wird eine Verbindung zwischen medizinischen und rechtlichen Aspekten hergestellt. Warum in den Empfehlungen auch rechtliche Informationen integriert sind, wird im weiteren Textverlauf deutlich: Für eine Bewilligung einer Personenstandsänderung braucht es eine Stellungnahme „einer Fachärztin/eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin oder einer Klinischen Psychologin/eines Klinischen Psychologen oder einer Psychotherapeutin/eines Psychotherapeuten“ (Z. 232 – 235). Dabei wird festgehalten, welche Inhalte die Stellungnahme aufweisen muss, damit trans Personen ihren Personenstand ändern dürfen (Z. 237 – 243):

- 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.

Die Empfehlungen verfolgen eine Doppelfunktion – sie dienen als medizinische Orientierung und entfalten zugleich durch ihre Verknüpfung mit rechtlichen Aspekten eine normative Wirkung. Eine Abhängigkeit der trans Personen von Psy* wird ersichtlich: diese sind zentrale Instanzen, die über deren Identität entscheiden. Um ihren Personenstand zu ändern, müssen sie diesen beweisen, dass die ursprünglichen Eintragungen des bei der Geburt eingetragenen Geschlechts und/oder Namen unrichtig geworden sind.

Die formulierten Anforderungen, dieses Unrichtigwerdens bleiben unspezifisch und lassen Fragen nach ihrer konkreten Umsetzung offen. Psy* müssen dabei die Authentizität einer trans Identität durch eine Diagnose bestätigen – *Geschlechtsdysphorie* nach DSM-5 (APA) oder *Transsexualismus* nach ICD-10 (WHO). Damit übernehmen sie die Rolle über die trans Personen zu sprechen und deren Empfinden zu validieren, sie müssen durch eine Diagnose bestätigen, dass die trans Personen „wirklich“ trans sind und prognostizieren, dass dies mit großer Wahrscheinlichkeit auch so bleiben wird. Wie diese Tatsachen festgestellt werden sollen, wird nicht weiter ausgeführt. Besonders auffallend ist die Anforderung nach der Bezeugung, dass sich das äußere Erscheinungsbild der gewünschten Geschlechtsrolle *deutlich angenähert* haben muss. Die fehlende Konkretisierung dieser Vorgabe eröffnet einen weiten Interpretationsspielraum. Trans Personen werden dazu angehalten, ihr Geschlecht auf eine bestimmte Weise sichtbar zu machen, um als authentisch anerkannt zu werden. Da keine klaren Kriterien vorgegeben sind, liegt die Entscheidung im Ermessen der begutachtenden Psy*. Dies überträgt ihnen nicht nur eine erhebliche Verantwortung, sondern auch einen Spielraum für subjektive Einschätzungen, der den Begutachtungsprozess zusätzlich von individuellen Geschlechterbildern und klassenspezifischen Stereotypen abhängig und letztlich recht willkürlich macht (Maier, 2024; Maier & Slunecko, 2025).

Erst durch diese entsprechende Stellungnahme, die bestätigt, dass eine Person tatsächlich Trans ist und es auch bleiben wird, wird es möglich, bürokratische Schritte wie die Änderung des Namens oder des Geschlechtseintrags vorzunehmen.

4.1.3 Hierarchisierung ohne Täter

Über wissenschaftliche, medizinisch-psychologische, aber auch administrative Prozesse wird in der Passivform geschrieben, wodurch menschliche Entscheidungen als automatisch und objektiv dargestellt werden. Diese Wortwahl trägt dazu bei, Verantwortlichkeiten zu zerstreuen und handelnde Akteur*innen weitgehend unsichtbar zu machen: Wissen vertieft „sich“ (Z. 14 – 16), „es kommt“ zu einem Umdenken (Z. 17 – 19), eine Diagnose „fällt“ in eine Klassifikation (Z. 26 – 27), es „gab“ Änderungen im Personenstandsrecht (Z. 29), die Empfehlungen (nicht etwa die Autor*innen) „orientieren sich“ in weiten Teilen an der World Professional Association for Transgender Health und der American Psychiatric Association (Z. 38 – 44). Ebenso „erlischt“ die Gültigkeit aller Stellungnahmen, die trans Personen von Psy*, meist verbunden mit hohen Kosten, erhalten, nach zwölf Monaten (Z. 75 – 77) – durch die Wortwahl erscheint dies wie ein natürlicher Prozess, etwa wie ein Docht einer Kerze, der abbrennt, anstatt dass die Autor*innen ihre Entscheidung, diese Frist festzulegen, ansprechen.

In diesen Formulierungen bleiben die menschlichen Akteure, die diese Prozesse initiieren, steuern und umsetzen, unbenannt. Der Eindruck einer sachlichen, neutralen und quasi natürlichen Entwicklung entsteht, konkrete Machtstrukturen werden verschleiert. Statt Mediziner*innen und Psycholog*innen, die Diagnosen erschaffen, definieren und vergeben, erscheint es in diesem Text, als seien sie naturgegeben.

Sprachlich wird eine Grenzziehung zwischen wissenschaftlichen Institutionen und trans Personen vollzogen: Während wissenschaftliche Prozesse als abstrakte, objektive, Mechanismen beschrieben werden, wird es bei trans Personen konkreter und persönlicher. Sie haben eine „Erfahrung“ (Z. 23), sie „leiden“ darunter (Z. 20), sind „Betroffene“ davon (Z. 23), sich entgegen ihres „Geburtsgeschlechts“ zu „identifizieren“ (Z. 20 – 21). Es scheint eine persönliche Empfindung beschrieben zu werden, welche von der objektiven, naturgegebenen Realität (dem „Geburtsgeschlecht“) abweicht. Die Perspektive von trans Personen wird als persönliche und emotionale Sichtweise gerahmt, im Vergleich zu scheinbar naturgegebenen, objektiven und eigentlich unveränderlichen Tatsachen. Die Annahme, dass trans Personen sich nur „identifizieren“, stellt deren Wahrnehmung dem als objektiv gesetzten „Geburtsgeschlecht“ gegenüber – und macht deutlich, wem in diesem Diskurs die Autorität über geschlechtliches Wissen zugesprochen wird. Der sprachliche Kontrast trägt dazu bei,

dass das Wissen der trans Personen weniger seriös wirkt, da es nicht im selben objektiven Rahmen wie das von Institutionen geschaffene Wissen verhandelt wird. Ihre Perspektiven und Einschätzungen werden sprachlich als weniger verlässlich als die der institutionellen Bewertungen gerahmt. Die Formulierungen in den Empfehlungen erwecken den Eindruck, den Empfindungen von trans Personen sei nicht uneingeschränkt zu trauen. Statt mit ihnen, wird über sie entschieden. Dadurch werden trans-Personen zu Objekten eines medizinischen, administrativen und juristischen Prozesses, indem Diagnosen und Behandlungswege maßgeblich von externen Instanzen bestimmt werden. Sie werden „mit Geschlechtsdysphorie diagnostiziert“ (Z. 21), ihre Erfahrungen werden „durch das DSM“ (Z. 19 – 21) beschrieben – ein externes, autorisiertes Urteil wird als notwendig vorausgesetzt.

4.1.4 Trans als Krankheit

In den ersten Zeilen der Behandlungsempfehlungen wird deutlich die Ansicht vermittelt, dass Trans als pathologisch zu betrachten ist: „Menschen, die darunter leiden, dass ihr Geburtsgeschlecht dem entgegengestellt ist, mit dem sie sich identifizieren“ (Z.19-20). Das Leid wird als Reaktion auf die Diskrepanz zwischen dem „Geburtsgeschlecht“ und der empfundenen Geschlechtsidentität beschrieben, wodurch eine medizinisch-psychologische Einordnung nahegelegt wird. Die sprachliche Verknüpfung von abweichender Geschlechtsidentität und Leid dient dabei auch als Legitimationsgrundlage für medizinisch-therapeutische Maßnahmen: Sie rahmt Transgeschlechtlichkeit nicht als Vielfalt, sondern als Leiden, das behandelbar gemacht werden muss. Subtil wird die Differenz zwischen dem „empfundenen“ Geschlecht und dem als objektiv gesetzten Geburtsgeschlecht als Problem markiert, das einer ärztlichen Abklärung bedarf. Damit wird Pathologisierung nicht nur ermöglicht, sondern erscheint geradezu notwendig, um mit der Abweichung umzugehen. Durch die Definition von Trans als eine Abweichung, die mit Leid verbunden ist, wird eine Notwendigkeit hergestellt, trans Personen durch festgelegte Regeln und Prozesse behandeln zu müssen. Medizinische Überwachung und Regulierung wird als notwendig nahegelegt, um trans Personen unterstützen zu können. Diese Normalisierung des medizinischen Zugangsrahmens verstärkt die Abhängigkeit von trans Personen von medizinischen und bürokratischen Instanzen. Indem Trans-Sein in den Behandlungsempfehlungen vor allem durch den Filter von Pathologie und Behandlungsbedürftigkeit beschrieben wird, wird suggeriert, dass Hilfe nur innerhalb einer engen, durch Diagnosen geregelten Struktur möglich sei. Dies verschiebt die Deutungshoheit über Geschlechtsidentität in die Hände Außenstehender und reproduziert Machtasymmetrien, die die Autonomie der trans Personen einschränken. Darüber hinaus verstärkt die sprachliche Trennung zwischen wissenschaftlicher

Fachsprache und subjektivierenden Begriffen eine Hierarchisierung: Während die Institutionen als rational und wissenschaftlich positioniert werden, wird Trans-Sein als eine Erfahrung dargestellt, die einer objektiven Diagnose von einer außenstehenden Instanz bedarf.

4.1.5 Die Frage des Geschlechts

Eine widersprüchliche Haltung wird bei der Darstellung von Geschlecht in der Präambel ersichtlich: Während die Aufzählung mehrerer Begriffe im zweiten Satz – „transsexuelle, transgender und gender-nonkonforme Menschen“ (Z. 15 – 16) – die Vermutung auf verschiedene Möglichkeiten des Geschlechtsausdrucks offen stellt, suggeriert der Begriff des „entgegengestellten Geschlechts“ (Z. 20) im Folgesatz ein binäres Geschlechtermodell, das einen vielfältigen Geschlechtsausdruck negiert.

Die Begriffe und Beschreibungen über die Trans Erfahrung scheinen teilweise dem DSM-V (APA, 2013) entnommen zu sein, welches bei der Begriffsdefinition von Trans referenziert wird. So finden sich die Begriffe „transsexuell, transgender und gender-nonkonform“ im Zusammenhang mit der Diagnose F64.0 im DSM-V (2013) und werden dort näher erläutert, die Übernahme der Begriffe erfolgt jedoch selektiv. So wird das im DSM-V beschriebene „Zuweisungsgeschlecht“ in den Behandlungsempfehlungen mit dem Begriff des „Geburtsgeschlechts“ (Z. 20) ersetzt:

Als geschlechtsatypisch bzw. **nicht geschlechtskonform** werden somatische Merkmale oder Verhaltensweisen bezeichnet, die für Personen mit dem gleichen Zuweisungsgeschlecht in einer bestimmten Gesellschaft und einem historischen Zeitraum unter statistischen Gesichtspunkten atypisch sind. Als **Transgender** werden all jene bezeichnet, die sich vorübergehend oder dauerhaft mit einem Gender identifizieren, das sich von ihrem Zuweisungsgeschlecht unterscheidet. Als **transsexuell** werden Personen bezeichnet, die eine Geschlechtsangleichung anstreben oder diese vollzogen haben. (APA, 2013, S. 620)

Im ersten Abschnitt der Behandlungsempfehlungen wird auch der Begriff der „Geschlechtsdysphorie“ (Z. 21) erläutert, dabei sei dies laut DSM-V, dass trans Personen „darunter leiden, dass ihr Geburtsgeschlecht dem entgegengestellt ist, mit dem sie sich identifizieren“ (Z. 20 – 21). Dieser Satz erscheint jedoch recht losgelöst vom ursprünglichen Kontext und lässt wesentliche Aspekte der DSM-V Definition aus. Die Definition im DSM-V lautet:

Geschlechtsdysphorie bezieht sich auf den klinisch relevanten Leidensdruck, der sich aus der Diskrepanz zwischen Gender und Zuweisungsgeschlecht ergeben kann. Auch wenn nicht alle Personen unter der beschriebenen Diskrepanz leiden, erleben viele einen Leidensdruck, wenn die angestrebten somatischen Behandlungsmaßnahmen nicht verfügbar sind.

Während im DSM-V betont wird, dass ein Leidensdruck entstehen *kann*, setzen die Behandlungsempfehlungen einen solchen als bereits vorhanden voraus. Der zentrale zweite Satz, der darauf hinweist, dass der Leidensdruck nicht zwangsläufig aus dem Trans-Sein selbst, sondern aus der mangelnden Verfügbarkeit angestrebter Behandlungsmaßnahmen resultiert, wurde vollständig weggelassen. Diese Auslassung führt zu einer Verkürzung der ursprünglichen Bedeutung und erweckt den Eindruck, dass der Leidensdruck untrennbar mit der Trans-Identität selbst verbunden ist.

Der Begriff der „Geschlechtsrolle“ (Z. 17) – der im Zuge des Rechts auf Selbstbestimmung genutzt wird – lässt zumindest zwei Interpretationen zu: Einerseits kann dieser Begriff als Einräumung dafür gesehen werden, dass Geschlecht nicht nur biologisch, sondern auch kulturell und gesellschaftlich bestimmt ist – dass es sich um ein soziales Konstrukt handelt, welches viele Formen annehmen kann. Gleichzeitig schwingen hier Implikationen mit, dass trans Personen eine Rolle einnehmen, das trans-Sein also nur spielen. Diese Auffassung distanziert die Realität von trans Personen erneut von objektiven, authentischen, biologischen Zuständen und relativiert so erneut die Erfahrung von trans Personen.

4.1.6 Vage Professionalität und Verlässlichkeit

Ab dem vierten Absatz (Z. 38) widmet sich die Präambel der Behandlungsempfehlungen einer Reihe von klarstellenden Hinweisen, die auf den Anwendungsbereich und die Anforderungen der Empfehlungen eingehen.

Orientiert wird sich bei den Behandlungsempfehlungen „in weiten Teilen“ (Z. 39) an den *Standards of Care of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People* der WPATH, 7th Version, Atlanta/USA, 2011 und dem *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Version 5 (DSM-5)*, der APA, May 2013 (Z. 39 – 44). Sowohl der Begriff der Standards of Care, wie auch der WPATH führen durch einen Link auf weiterführende Websites. Öffnet man die Seite, die bei den Standards of Care verlinkt ist, erscheint ein Error 404, die WPATH Verlinkung führt zu der Website der Organisation.

Die bloße Bezugnahme auf diese Quellen genügt offenbar, um den eigenen Empfehlungen den Anschein von Verlässlichkeit und Professionalität zu verleihen. Es bleibt dabei unklar, welche spezifischen Elemente dieser beiden Textgrundlagen übernommen wurden und in welchem Ausmaß die Empfehlungen sich tatsächlich daran orientieren. Da schon ersichtlich wurde, wie die Autor*innen der Behandlungsempfehlungen bei der Definition der *Geschlechtsdysphorie* nach DSM-V Begriffe wie Zuweisungsgeschlecht in Geburtsgeschlecht änderten, bleibt fraglich, wie genau sich an den referenzierten Quellen orientiert wird.

Für alle behandelnden Psy* wird eine zweijährige Berufserfahrung sowie regelmäßige Weiterbildungen zu den Themen Gender-Nonkonformität, Transgender, Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus nachdrücklich empfohlen (Z. 48 – 58). Von den Fachkräften wird während des Behandlungsprozesses eine evidenzbasierte Vorgehensweise vorausgesetzt (Z. 70-71).

Der Begriff „evidenzbasiert“ trägt eine spezifische Bedeutung, die vor allem in der medizinischen und psychologischen Sphäre weit verbreitet ist. Laut Duden verweist „Evidenz“ etwa auf „unumstößliche Tatsachen“ oder „faktische Gegebenheiten“, die durch empirische Forschung nachgewiesen werden müsse (Dudenredaktion, o.J.). In diesem Kontext wird Wissen, das diesen Standards entspricht, als objektiv, verlässlich und universell gültig angesehen. Diese Auffassung hat zur Folge, dass andere Wissensformen – wie das eigene Erfahrungswissen von trans Personen – oft als weniger valide oder irrelevant abgewertet werden. So werden nur jene Erkenntnisse als legitim anerkannt, die bestimmten wissenschaftlichen Standards entsprechen. Diese Ausrichtung auf Standardisierung und Eindeutigkeit wird bereits in den ersten Zeilen der Empfehlungen etabliert, etwa durch Begriffe wie „Diagnoseschlüssel“ oder „Klassifikation“ (Z. 26) und wird durch den Begriff der Evidenzbasiertheit weiter verstärkt. In diesem Zusammenhang entsteht eine Binäropposition: Den Fachkräften wird das Wissen über unumstößliche Tatsachen und faktische Gegebenheiten zugesprochen, während das Wissen von trans Personen als subjektiv abgewertet wird. Diese Dichotomie, die den wissenschaftlichen Ansprüchen eine übergeordnete Gültigkeit zuschreibt, schränkt die Möglichkeit einer gleichwertigen Auseinandersetzung mit den Erfahrungen der trans Personen ein.

Zusätzlich wird angekündigt, dass die Empfehlungen aus Gründen der Qualitätssicherung regelmäßig evaluiert werden würden (Z.71 – 72). Dabei werden direkte Aufforderungen oder Aussagen aber vermieden. Details zu der praktischen Umsetzung all dieser Punkte werden nicht zur Verfügung gestellt.

Der Hinweis zur gesetzlichen Krankenversicherung wirkt auf den ersten Blick vage, stellt jedoch auf subtile Weise eine klare Positionierung dar:

Diese Empfehlungen sind nicht im Zusammenhang mit der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung zu sehen. Dies ist Verhandlungsgegenstand der Vertragspartner. (Z. 60-62)

Die Behandlungsempfehlungen verweisen darauf, dass Fragen zur Kostenübernahme nicht geregelt sind, sondern von einzelnen Vertragspartnern – etwa Ärzt*innen, Psycholog*innen oder Krankeneinrichtungen – direkt mit den Krankenkassen ausgehandelt werden müssen. Eine einheitliche, flächendeckende Lösung wird nicht benannt oder vorgeschlagen. Die Verantwortung für die Klärung finanzieller Fragen wird letztlich den Behandelnden zugeschrieben, ohne dass weiterführende Orientierung oder konkrete Regelungen geboten werden. Die Frage der Kostenübernahme bleibt damit außerhalb des behandelten Rahmens der Behandlungsempfehlungen.

4.1.7 Objektivität suggerieren, Verantwortung delegieren

Der erste Abschnitt der Behandlungsempfehlungen, die Präambel, suggeriert durch die wiederholten Anlehnungen an Wissenschaft, Evidenzbasiertheit, regelmäßigen Evaluierungen, aber auch durch die Erwähnung einer Expertinnen- und Expertengruppe einen Eindruck von Objektivität, Kompetenz und Verlässlichkeit. Bei genauerer Betrachtung wird dieser Eindruck jedoch brüchig. Wer genau sind diese Expert*innen, wie genau orientieren diese sich an DSM-V und Standards of Care, wohin wendet man sich bei Fragen der Leistungspflicht, welche Konsequenzen ziehen die auf zwölfmonatige Gültigkeit beschränkten Stellungnahmen nach sich? Viele zentrale Aspekte bleiben vage und unbestimmt. Die Ungenauigkeit vieler Aussagen ermöglicht es, Verantwortung an einzelne Akteur*innen zu delegieren, während die Autor*innen der Empfehlungen selbst keine klare Position beziehen.

Der Text stützt seine Argumentation dabei vorrangig auf Autorität renommierter Institutionen, ohne die tatsächliche inhaltliche Auseinandersetzung oder die methodische Herleitung transparent zu machen. Trotz etwa der Betonung eines „epochalen Umdenkens“ (Z. 18) bleiben zentrale diagnostische Kategorien und Pathologisierung bestehen, ohne dass diese Widersprüchlichkeit im Text thematisiert wird. Quellen wie die WPATH Standards of Care oder das DSM der American Psychiatric Association werden genannt, um Seriosität und Legitimität zu suggerieren. Diese Berufungen wirken überzeugend, da sie bekannte und

angesehene Instanzen ins Spiel bringen. Gleichzeitig bleibt die tatsächliche Integration dieser Quellen im Text oft unklar oder oberflächlich. Durch diese Strategie erscheinen die Empfehlungen als wissenschaftlich legitim, gleichzeitig entziehen sie sich jedoch so einer klaren Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit. Wird dem institutionalisierten Wissen die Fähigkeit zur Definition von Trans zugeschrieben, so werden im Gegensatz dazu trans Personen als Betroffene mit subjektiven Empfindungen beschrieben – ein Wissensgefälle wird hergestellt, in dem die Einschätzung ihrer Lebensrealität letztendlich durch externe, institutionelle Urteile autorisiert werden muss.

4.2 Behandlungsprozess

An die Präambel anschließend folgt das Herzstück der Empfehlungen – der Behandlungsprozess. Dieser ist nummeriert, beginnend mit 1. Diagnostischer Prozess bis 9. Postoperativ. Die Nummerierung suggeriert eine klare Abfolge, die eingehalten werden muss: Jeder Schritt baut auf dem vorherigen auf. Erst wenn ein Abschnitt abgeschlossen ist, kann der nächste folgen. Dieses Muster zieht sich durch den gesamten Text – die Struktur stellt eine Liste dar, bei der jeder Punkt mit spezifischen Kriterien, möglichen Ausnahmen oder zusätzlichen Anforderungen versehen ist. Die Kohärenz des Textes wird maßgeblich durch diese nummerierte Abfolge hergestellt. Punkt für Punkt wird festgelegt, welche Bedingungen erfüllt sein müssen, damit trans Personen bestimmte (medizinische) Behandlungen oder rechtliche Anerkennung erhalten können. Die Anordnung vermittelt nicht nur eine organisatorische Reihenfolge, sondern auch eine normative Vorstellung davon, wie der Behandlungsverlauf auszusehen hat. Das vorgegebene Schema ist dabei wenig flexibel und lässt kaum Raum für individuelle Abweichungen.

Für die weitere Analyse habe ich mich daher für eine chronologische Betrachtung der einzelnen Schritte entschieden. Durch diese Herangehensweise wird nachvollziehbar, welcher administrative und diagnostische Aufwand trans Personen auferlegt wird. An manchen Stellen wirkt das eventuell repetitiv, wie etwa bei der wiederholten Thematisierung von Stellungnahmen, doch gerade diese Wiederholungen spiegeln die Realität wider: Sie verdeutlichen, wie stark der Zugang zu medizinischen Maßnahmen durch bürokratische Hürden strukturiert ist. Diese Struktur soll sich auch in der Lektüre abbilden – die Akkumulation von Anforderungen, die trans Personen bewältigen müssen, wird auf diese Weise unmittelbar erfahrbar.

4.2.1. Diagnostischer Prozess zur grundsätzlichen Feststellung des Vorliegens einer Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus

Das Vorliegen einer Trans Identität soll im ersten Punkt der Behandlungsempfehlungen durch psychiatrische, klinisch-psychologische und psychotherapeutische Fachkräfte festgestellt werden. Durch die Aufzählung von drei benötigten Diagnosen wirkt der Prozess umfassend und fachlich. Ein primäres Ziel wird in den einführenden Zeilen beschrieben (Z. 93 – 95):

Abklärung der Art und des Ausmaßes des Unbehagens oder Missempfindens verursacht durch die Diskrepanz der subjektiv empfundenen Geschlechtsrolle und dem Geburtsgeschlecht

Die Formulierung erinnert an die Beschreibung der Geschlechtsdysphorie nach der American Psychiatric Association („Leidensdruck, der sich aus der Diskrepanz zwischen Gender und Zuweisungsgeschlecht ergeben kann“) und der ICD-10 Definition von Transsexualismus („geht meist mit Unbehagen [...] zum eigenen anatomischen Geschlecht einher“). Auch die Begriffe in den Überschriften – „Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus“ – legen nahe, dass diese Konzepte hier weitgehend synonym gebraucht werden. Dabei gehen jedoch feine, aber bedeutsame Unterschiede verloren: Während Geschlechtsdysphorie einen potenziell vorübergehenden Zustand bezeichnet, der bei trans Personen auftreten kann und durch entsprechende Maßnahmen gelindert oder aufgelöst werden soll (siehe dazu etwa Standards of Care der WPATH, S. 7), beschreibt Transsexualität eine Identität – in der gängigen Praxis und Alltagssprache dient der Begriff häufig als Bezeichnung für eine Personengruppe, wird nicht als vorübergehende Erfahrung sondern als feste Eigenschaft einer Person begriffen. Diese Differenzierung fehlt in den Empfehlungen. Statt zwischen einem möglichen, situativ bedingten Leidenszustand (Dysphorie) und der trans Identität zu unterscheiden, wird Transgeschlechtlichkeit insgesamt als Problem gerahmt. Dadurch erscheint nicht nur das Leid als konstitutiv für trans Sein, sondern auch als Voraussetzung für eine Anerkennung im medizinischen System. Der Beginn des Behandlungsprozesses setzt damit implizit voraus, dass trans Personen zunächst ein bestimmtes Maß an Unbehagen empfinden müssen, um Zugang zu Versorgung und Anerkennung zu erhalten.

Alternative Narrative – etwa eine positive Erkundung der eigenen Geschlechtsidentität – finden innerhalb dieser Logik kaum Raum.

Wie auch in der Präambel der Behandlungsempfehlungen wird eine essentialistische Sichtweise auf Geschlecht vertreten: Das „Geburtsgeschlecht“ (Z. 95) wird der „subjektiven“ (Z. 94) Empfindung der trans Person gegenübergestellt. Die Fremdbestimmung von trans Personen wird weiter legitimiert - das eigene Empfinden scheint so unglaublich, dass drei verschiedene Personen dieses durch eine Diagnostik absichern sollen (Z. 97 – 99):

[...] folgenden 3-teiligen diagnostischen Prozess:

- psychiatrische Diagnostik,
- klinisch-psychologische Diagnostik,
- psychotherapeutische Diagnostik.

Dabei bleibt unbegründet, warum die dreifache Begutachtung notwendig ist. Es bleibt unklar, ob jede Instanz unterschiedliche Aspekte prüfen soll oder welchen spezifischen Zweck diese mehrfache Absicherung erfüllen soll. Ohne weitere Erläuterung erscheint der Prozess als eine redundante bürokratische Hürde. Die Auflistung der diagnostischen Ziele ist recht unspezifisch formuliert und gibt keine Hinweise darauf, wie diese durch die jeweiligen Fachpersonen festgestellt werden sollen. So lauten die Aufgaben des diagnostischen Prozesses (Z. 103 – 106):

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.

Die Punkte geben grobe Angaben über die Ziele der Diagnoseerstellung, betrachtet man sie genauer, bleiben jedoch viele Fragen offen. Es wird nicht spezifiziert, anhand welcher Kriterien die Diagnose erstellt werden soll – durch die mehrmalige Erwähnung des DSM und des ICD in den einführenden Seiten der Behandlungsempfehlungen könnten diese als Grundlage vorausgesetzt werden. Letztendlich bleibt es den Psy* aber selbst überlassen, wie sie zu einer Feststellung gelangen. Während den Psy* eine erhebliche Entscheidungsmacht eingeräumt wird, werden trans Personen hingegen als unfähig angesehen, eigenständig über

ihren Körper, ihre Bedürfnisse und den Verlauf ihrer Transition zu entscheiden. Stattdessen sind sie darauf angewiesen, sich der dreifachen diagnostischen Beurteilung zu unterziehen.

Auch die Beschreibung der „psychosozialen, gesundheitlichen Situation“ bleibt ungenau – es wird nicht näher beschrieben, welche Aspekte erfasst werden sollen oder ob und inwiefern diese in die Diagnose einfließen. Dadurch entsteht ein erheblicher Ermessensspielraum für die Psy*. So kann je nach Perspektive die psychosoziale Situation einer trans Person als Argument für oder gegen eine Diagnose gewertet werden. Während einige Psy* soziale oder psychische Belastungen möglicherweise als Hinderungsgrund für eine Diagnose sehen, könnten andere die gleichen Faktoren als Argument für eine notwendige Unterstützung betrachten. Die unklaren Angaben führen dazu, dass trans Personen der subjektiven Einschätzung der jeweiligen Psy* ausgeliefert sind.

Die Tatsache, dass sich die „Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus“ (Z. 104) der trans Person nicht mehr ändert, muss mit „sehr großer Wahrscheinlichkeit“ (Z. 105) bezeugt werden. Wie Psy* das genau feststellen sollen, wird nicht näher beschrieben.

Neben der Diagnose liegt es auch an den Psy*, eine „Indikationsstellung“ für weitere Behandlungsschritte zu verordnen (Z. 106). Sie entscheiden, ob und welche Maßnahmen als notwendig eingestuft werden. Eine selbstbestimmte Entscheidung der trans Personen über geschlechtsaffirmierende Maßnahmen wird erschwert – so sind sie darauf angewiesen, dass Psy* diese als erforderlich oder begründet einstufen. Die Entscheidungsgewalt über den eigenen Körper wird ihnen somit entzogen und an psychologisch-medizinische Autoritäten übertragen.

So bleibt mit diesen Angaben zu Zielen der Diagnoseerstellung für Psy* unklar, nach welchen Kriterien sie die Diagnose und Indikationsstellung vornehmen sollen, während sich trans Personen einer unklaren und möglicherweise uneinheitlichen Diagnostik unterwerfen müssen, die von individuellen Einschätzungen geprägt zu sein scheint. Obwohl die Angaben zum diagnostischen Prozess normativen Charakter haben, Regeln darstellen, fehlt es ihnen an praktischer Orientierungshilfe – ein Widerspruch zum eigentlichen Zweck von Behandlungsempfehlungen, die Klarheit und Entscheidungshilfe bieten sollen. So wird es möglich, dass trans Personen von den subjektiven Einschätzungen der Psy* abhängig werden.

Der Text folgt einem stark formalen, administrativen Stil, der Muster aus bürokratischen und medizinischen Texten aufgreift. Medizinisch-diagnostische Schemata werden bedient, bei denen eine klare Diagnose- und Behandlungslogik verfolgt wird. Formulierungen wie „Feststellung des Vorliegens einer Geschlechtsdysphorie“ (Z. 90), „Diagnoseerstellung“ (Z. 103) und „Indikationsstellung“ (Z. 106) unterstreichen den

medizinischen Rahmen. Eine lineare Abfolge wird suggeriert: Problem identifizieren, bewerten und Behandlung indizieren. Die Wortwahl „psychiatrische Diagnostik, klinisch-psychologische Diagnostik, psychotherapeutische Diagnostik“ (Z. 97 – 99) verschleiert durch Passivkonstruktion, wer genau entscheidet. Dies lenkt den Fokus von der Verantwortung der Fachkräfte ab, stattdessen erscheinen die Prozesse wie von selbst zu verlaufen, sodass die Diagnostik als selbstverständlich und objektiv erscheint.

Die fallführende Fachperson wird im Text als zentrale Instanz dargestellt, die für die Erstellung zusammenfassender Stellungnahmen verantwortlich ist und in diesem Rahmen auch in vertretender Funktion für die trans Person agiert (Z 108 – 114):

Die Ergebnisse der jeweiligen diagnostischen Prozesse sowie die Indikationsstellung für etwaige weitere Behandlungsschritte, sind durch eine Fallführende/einen Fallführenden in einer Stellungnahme zusammen zu fassen, aus der ein Konsens klar ersichtlich sein soll.

Die/der Fallführende ist eine/ein von der Patientin/dem Patienten selbst bestimmte Vertreterin/bestimmter Vertreter der bereits eingebundenen Fachkräfte.

Eine strukturierte, regulierte und dokumentationspflichtige Abwicklung wird vorgegeben. So soll eine „Stellungnahme“ die diagnostischen Prozesse zusammenfassen und einen klaren Konsens, sowie weitere Behandlungsschritte, beschreiben. Dies entspricht einem Muster der bürokratischen Absicherung, bei dem jede Entscheidung auf Grundlage einer schriftlichen Begründung und eines formellen Prozesses erfolgt. Der Gebrauch von Verben wie „feststellen, eingestuft, zusammen zu fassen“ verstärkt den Eindruck einer bürokratischen Abhandlung, in der trans Personen nicht als handelnde Subjekte, sondern als Objekte eines administrativen Verwaltungsprozesses erscheinen.

4.2.2. *Behandlungsbestätigung*

Der Abschnitt beginnt mit einer Wenn-Dann-Logik, bei der die Diagnose als notwendige Voraussetzung für die Ausstellung der Behandlungsbestätigung etabliert wird.

Bei Vorliegen von Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus ist für den Zeitraum der Behandlung der Patientin/des Patienten auf Verlangen eine Bestätigung einer behandelnden Fachkraft mit der maximalen Gültigkeitsdauer von zwei Jahren auszustellen, [...] (Z. 118 – 121)

Die Formulierung „Vorliegen von Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus“ unterstreicht den medizinischen Rahmen, indem suggeriert wird, dass eine objektiv feststellbare Bedingung erfüllt sein muss, bevor trans Personen Zugang zu bestimmten Rechten oder Maßnahmen erhalten. Hat eine trans Person also die diagnostischen Prüfungen des vorherigen Abschnitts „bestanden“, kann sie nun in die nächste Phase der Behandlungsempfehlungen übergehen. Die Sprache bleibt dabei administrativ und bürokratisch („auf Verlangen“, „auszustellen“). Die Diagnose wird so nicht nur als Voraussetzung für medizinische Maßnahmen etabliert, sondern auch als Grundlage für behördliche Absicherung. Psy* erhalten die Rolle, die Identität einer trans Person zu bestätigen, wodurch trans Personen von dieser Fremdbestätigung abhängig gemacht werden. Zudem hat die Behandlungsbestätigung eine „maximale Gültigkeitsdauer von zwei Jahren“. Damit wird eine zeitliche Begrenzung geschaffen: Entweder müssen trans Personen nach zwei Jahren erneut eine Behandlungsbestätigung einholen – verbunden mit weiteren Kosten und einer erneuten Begutachtung – oder sie treffen innerhalb dieses Zeitraums möglichst viele geschlechtsangleichende Maßnahmen, sodass sie nicht länger auf eine solche Bestätigung angewiesen sind. Die Befristung fungiert somit also als implizite Handlungsanweisung. Besonders problematisch wird dies für trans Personen, die noch nicht ihren Personenstand ändern konnten, da dies an das Kriterium geknüpft ist, dass das äußere Erscheinungsbild „deutlich an das gewünschte Geschlecht angepasst“ (siehe dazu der Exkurs zum [Personenstand](#)) sein muss. Die Befristung der Bestätigung kann somit den Druck verstärken, sich schneller und stärker an eine binäre Geschlechtsstruktur anzupassen, obwohl eventuell nicht alle trans Personen diesen Weg in demselben Tempo oder überhaupt in dieser Form gehen möchten.

Die Wortwahl fällt passiv aus: „Bei Vorliegen von Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus ist [...] eine Bestätigung einer behandelnden Fachkraft [...] auszustellen“ (Z. 118 – 121). Die behandelnde Fachkraft erscheint weniger als aktiv Handelnde, sondern als ausführende Instanz eines extern festgelegten medizinischen Befunds. Die passive Formulierung lässt die Ausstellung der Bestätigung als automatische Folge einer Diagnose erscheinen. Dadurch wird die Fachkraft nicht als entscheidende Instanz sichtbar, sondern als Organ objektiver Vorgaben. Auf diese Weise wird es Psy* ermöglicht, sich der Verantwortung zu entziehen. Die Entscheidungsmacht bleibt faktisch bestehen, wird aber sprachlich entpersonalisiert. So können sich Psy* von ihrer Rolle als Machtinstanz distanzieren. Die Abhängigkeit der trans Person bleibt jedoch bestehen – der Zugang zu Bestätigung ist weiterhin an die fachliche Einschätzung gebunden. Die Begrenzung der Gültigkeitsdauer und

die regelmäßige Reevaluierung unterstreichen die kontrollierende und überwachende Dimension des Verfahrens, bei dem die Selbstbestimmung der trans Personen zugunsten einer standardisierten Zuordnung und Überprüfung in den Hintergrund tritt.

Unklar bleibt, für wen diese Bestätigung vorgesehen ist und in welchen Kontexten sie verlangt oder verwendet wird. Die Formulierung „auf Verlangen“ (Z. 119) lässt offen, wer dieses Verlangen äußern darf – die trans Person selbst oder externe Stellen wie Behörden, Arbeitgeber*innen oder Banken, Versicherungsträger, etc.? Diese Unklarheit deutet darauf hin, dass trans Personen sich in einem rechtlichen Graubereich bewegen, in dem sie auf Bestätigung angewiesen sind, deren genaue Funktion nicht eindeutig geregelt ist.

Das beiliegende Muster (auf Seite 7 der Empfehlungen) enthält neben auszufüllenden Angaben zu Namen, Geburtsdatum und Geburtsort, Datum und Unterschrift, folgenden Text (Z. 259 – 262):

Das äußere Erscheinungsbild der angeführten Person kann aufgrund eines diagnostisch festgestellten Zustandes und einer derzeitigen Behandlung von den in Dokumenten angeführten Angaben über das Geschlecht bzw. dem ersten Vornamen abweichen.

Die Gültigkeit dieser Bestätigung endet am:

Hier wird ersichtlich, dass die Bestätigung Unsicherheiten in bürokratischen und institutionellen Kontexten entschärfen soll – vermutlich bei Behörden, am Arbeitsplatz oder im Gesundheits- und Versicherungssystem. Die Formulierung „diagnostisch festgestellter Zustand“ kombiniert mit „derzeitiger Behandlung“ impliziert, dass medizinische Begründung nötig ist, um als glaubwürdig zu erscheinen. Trans scheint nur dann anerkannt und geduldet zu werden, wenn sie in einem pathologischen Rahmen erklärt werden kann. So wird durch das Muster die Notwendigkeit erzeugt, trans Identitäten durch medizinische Diagnosen und laufende Behandlungen zu legitimieren. Die Bestätigung fungiert dabei nicht nur als bürokratisches Dokument, sondern auch als eine Art zeitlich begrenzte Legitimierung der geschlechtlichen Uneindeutigkeit. Eine Abweichung zwischen äußerem Erscheinungsbild und offiziellen Dokumenten erscheint nur dann als legitim, wenn sie durch medizinische Behandlung erklärbar ist. Die Existenz einer Geschlechtsidentität, die nicht mit offiziellen Dokumenten übereinstimmt, wird nicht als solche anerkannt, sondern muss erst pathologisiert und medizinisch begleitet werden, um als begründet zu gelten. Durch die Behandlungsbestätigung wird versucht, eine vermeintliche Inkongruenz zwischen Person und

Dokumenten wieder „passend“ zu machen – im Zentrum steht die Verwaltbarkeit von Abweichung.

4.2.3. *Therapeutischer Prozess*

Der Textabschnitt beginnt erneut mit einer Bedingung – wenn es bei Punkt 1 zu einem Konsens und einer Indikation für Behandlungsschritte kam, dann darf diese Behandlung jetzt stattfinden (Z. 130 – 131):

Basierend auf der, unter Punkt 1 genannten Stellungnahme, aus der ein Konsens hervorgehen soll, erfolgen die weiteren Schritte zur Behandlung.

Diese Behandlung soll je nach Bedürfnissen – oder wie beschrieben, „entsprechend dem Ausmaß des individuellen Leidenszustandes“ (Z. 133) – erfolgen. Dabei wird vorausgesetzt, dass trans Personen sich grundsätzlich in einem behandlungsbedürftigen Leidenszustand befinden. Die Formulierung suggeriert, dass diese Herausforderungen primär durch professionelle Intervention bewältigt werden müssen, wodurch eine Abhängigkeit von psychologischen und medizinischen Fachkräften erzeugt wird. Insbesondere die Verwendung des Begriffs „Leidenszustand“ rahmt trans Personen als behandlungs- und heilungsbedürftig.

Die Möglichkeit, keine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch zu nehmen, scheint in den österreichischen Behandlungsempfehlungen als ausgeschlossen. Es wird als selbstverständlich dargestellt, dass trans Personen einer Therapie bedürfen und diese auch aktiv in Anspruch nehmen wollen. Dadurch wird die Vorstellung gestärkt, dass trans Identität mit psychischer Belastung einhergeht, die einer professionellen Begleitung bedarf. So wird Trans implizit mit Therapiebedürftigkeit verknüpft.

Die therapeutische Behandlung wird zudem an eine weitere Funktion geknüpft (Z. 134 –135):

Sie dient nicht nur therapeutischen Zielen, sondern soll auch Teil des fortgesetzten diagnostischen Prozesses sein und die diagnostische Bewertung vertiefen

Die gleichzeitige Funktion der Therapie, die Diagnose zu vertiefen, legt eine Notwendigkeit der permanenten Kontrolle nahe. Unklar bleibt dabei, welchem Zweck die vertiefende Diagnostik dienen soll oder warum sie notwendig ist. Dies versetzt trans Personen in eine besonders prekäre Lage, da die Diagnose eine zentrale Voraussetzung für medizinische Maßnahmen und Personenstandsänderungen darstellen. So scheint es, als müssten sich trans Personen mit jeder Therapiesitzung einer erneuten Evaluation unterziehen. Der Aufbau einer

therapeutischen Beziehung, die auf Transparenz und Vertrauen basieren sollte, erscheint damit erschwert. Wenn Psy* während therapeutischen Sitzungen immer weiter nach „diagnostischen“ Beweisen suchen, verschiebt sich der Fokus weg von den individuellen Erfahrungen der trans Patient*innen hin zur Validierung einer Diagnose. Dadurch besteht die Gefahr, dass nicht primär die persönlichen Anliegen und Bedürfnisse der Patient*innen im Mittelpunkt stehen, sondern stattdessen die Übereinstimmung mit einem festgelegten diagnostischen Raster.

Als Ziele der Behandlung werden die „Stärkung der Identität der Patientin/des Patienten“ (Z. 139), sowie die „Verbesserung der psychischen und sozialen Situation“ (Z. 136) genannt. Diese werden mit Beispielen konkretisiert (Z. 137 – 138):

z.B. Selbstfürsorge, Arbeitsfähigkeit, Entwicklung tragfähiger Lebens- und Beziehungsperspektiven, realistische sexuologische Erwartungshaltung etc.

Die angegebenen Ziele erscheinen nicht nur im Hinblick auf das Wohlbefinden der trans Personen von Bedeutung, sondern tragen auch einen normierenden Charakter. Die Fokussierung auf die Arbeitsfähigkeit als Therapieziel legt nahe, dass psychische Gesundheit und Wohlbefinden in diesem Kontext vorrangig daran gemessen werden, ob eine Person arbeitsfähig ist. Dabei bleibt unberücksichtigt, dass jemand auch psychisch stabil sein kann, ohne in einem Arbeitsverhältnis zu stehen, oder dass eine Person trotz psychischer Belastung erwerbstätig sein kann. Die Verknüpfung zwischen psychischer Gesundheit und Arbeitsfähigkeit spiegelt eine normierende Erwartung wider: Ein „gelungenes“ Leben wird mit Arbeitsfähigkeit gleichgesetzt. In diesem Kontext könnte Arbeitsfähigkeit als Voraussetzung für die ökonomische Selbstständigkeit und soziale Teilhabe betrachtet werden, was für die meisten Menschen an Lohnarbeit gebunden ist, und so als therapeutisches Ziel formuliert werden. Es wird suggeriert, dass es einer therapeutischen Behandlung bedarf, um trans Personen wieder „funktionsfähig“ zu machen – Arbeitsunfähigkeit erscheint, als wäre sie eine Folge von Transgeschlechtlichkeit. Diese Sichtweise ignoriert, dass Arbeitsfähigkeit nicht nur von der individuellen psychischen Verfassung abhängt, sondern in hohem Maße von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen beeinflusst wird. Während die Therapie darauf abzielt, trans Personen für den Arbeitsmarkt fit zu machen, bleibt unbeachtet, welche strukturellen Barrieren sie dort erwarten und inwiefern die Arbeitswelt selbst an die Bedürfnisse marginalisierter Gruppen angepasst ist.

Psy* werden in den Beispielen der Therapiethemen weiters dazu aufgefordert, mit trans Personen über deren sexuologischen Erwartungshaltungen zu sprechen. Eine Recherche nach dem Begriff „sexuologisch“ bleibt weitgehend ergebnislos – sowohl im wissenschaftlichen als auch im populären Diskurs findet sich kaum eine definierte oder gängige Verwendung. In lexikalischen Suchsystemen wird der Begriff lediglich auf *Sexologie* bzw. *sexologisch* zurückgeführt, was allgemein die Sexualwissenschaft meint. Dort ist Sexologie definiert als „Wissenschaft, die sich mit der Erforschung der Sexualität und des sexuellen Verhaltens befasst“ (Dudenredaktion, o.J.a). Vor diesem Hintergrund erscheint der Begriff „sexuologisch“ unpräzise. Im therapeutischen Prozess können individuelle Vorstellungen, Wünsche oder Befürchtungen Thema sein – nicht jedoch wissenschaftliche Erwartungen an Sexualität. Der Begriff wurde vielleicht gewählt, um fachlich oder objektiv zu wirken und damit ein Wissensgefälle zu markieren, in dem Psy* als Expert*innen erscheinen. Der Ausdruck dient dabei weniger der inhaltlichen Klärung als der Herstellung von Autorität durch Sprache. Selbst wenn unter sexuologisch einfach sexuell verstanden werden kann, bleibt die Formulierung problematisch. Sie betrifft einen intimen Bereich, in dem viele trans Personen in diesem Kontext möglicherweise kein Gesprächsbedürfnis haben. Besonders kritisch ist, dass keine weiteren Erläuterungen oder Einschränkungen zu dieser Aufforderung formuliert werden. Sexualität, Intimität und Beziehungspräferenzen sind sensible Themen, die nicht zwangsläufig mit medizinischem oder therapeutischem Personal geteilt werden möchte. Hinzu kommt die Machtposition von Psy*: Da sie erforderliche Stellungnahmen ausstellen, kann für trans Personen die Sorge bestehen, dass ein verweigerter Austausch über intime Themen negative Konsequenzen haben könnte. Subtil scheint ein Wissensgefälle vorausgesetzt zu werden – Therapeut*innen wird zugeschrieben, darüber urteilen zu können, ob eine „sexuologische Erwartungshaltung“ realistisch ist, während diese den trans Personen erst vermittelt werden muss. Dabei bleibt zu hinterfragen, ob Psy* tatsächlich genug informiert über Möglichkeiten und Bedingungen der trans Erfahrung sind, um fundierte Aussagen tätigen zu können. Trans Personen sollen eine „realistische“ Erwartung und „tragfähige“ Lebens- und Beziehungsperspektive beigebracht werden – diese Begriffe erscheinen in dem Zusammenhang zu implizieren, dass es von außen festgelegte, akzeptable Erwartungen gibt, die trans Personen im Hinblick auf ihre Sexualität oder Beziehungen haben dürfen oder können. Trans Personen müssen sich an ein bestimmtes, aber unbestimmt bleibendes Verständnis von Sexualität und Beziehung anpassen. Die Aufforderung, in Therapie realistische Erwartungen zu entwickeln, transportiert subtile Grundannahmen. Hinter dem Begriff der „realistischen Erwartungshaltung“ befindet sich eine

normative Perspektive – die Erwartungen von trans Personen scheinen nicht ebenso realistisch wie die von cis-heteronormativen⁵ Menschen zu sein. Eine negative Implikation wird geschaffen: Die Erwartungen von trans Personen werden als defizitär bis realitätsfern beschrieben, anstatt sie als ein gleichwertiges Potential menschlicher Erfahrung zu betrachten. Die Formulierung der „realistischen Erwartungshaltung“ scheint hier eine gesellschaftliche Wertung über Formen der Sexualität zu beinhalten. Trans wird in eine Defizitperspektive gedrängt, in der Betroffene sich mit reduzierten oder „angepassten“ Erwartungen zufriedengeben müssen. Insbesondere im Bereich der Sexualität könnte dies die Vorstellung aufrechterhalten, dass die Wünsche und Bedürfnisse von trans Personen eingeschränkt oder eben „realistisch“ angepasst werden müssen. Die realistischen Erwartungen scheinen weniger die tatsächlichen Bedürfnisse zu reflektieren als vielmehr gesellschaftliche und normative Vorstellungen.

Die Beschreibung des therapeutischen Prozesses der Behandlungsempfehlungen adressiert nicht die Bedürfnisse der trans Personen, sondern trägt vor allem normative Erwartungen an sie heran. Die Anpassung der trans Personen an bestehende Strukturen wird nahegelegt. Die Empfehlungen dienen hier nicht nur als gesundheitliche Empfehlungen, sondern nehmen diskursiv Einfluss darauf, wie Transgeschlechtlichkeit verstanden und in einen normativen Rahmen eingebettet wird. Für Psy* bedeutet dies, dass sie nicht nur eine unterstützende oder beratende Funktion einnehmen sollen, sondern innerhalb eines Systems agieren, das ihnen eine Rolle als Kontrollinstanz zuschreibt. Sie finden sich in der Position wieder, trans Personen auf eine als „realistisch“ definierte Zukunft vorzubereiten. Dabei wird von ihnen erwartet, dass sie nicht nur therapeutische Begleitung leisten, sondern auch über den Therapieprozess hinweg diagnostizieren („fortgesetzten diagnostischen Prozesses“, „diagnostische Bewertung vertiefen“) und die Einfindung von trans Personen in vorgegebene Lebens- und Sexualitätsentwürfe fördern.

In der unausgesprochenen Annahme, dass trans Personen grundsätzlich psychologische Begleitung benötigen, wird den Psy* eine paternalistische Rolle zugeteilt. Sie erscheinen in den Behandlungsempfehlungen nicht nur als diagnostische oder unterstützende Instanz, sondern als essenzielle Akteur*innen für das Wohlbefinden von trans Personen. Dass

⁵ *Cis* bezieht sich hier auf Cisgeschlechtlich. Dieser Begriff wird genutzt um Personen zu beschreiben, die das Geschlecht annehmen, dass ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde (Queer Lexikon, 2017). *Heteronormativ* bezieht sich auf eine gesellschaftliche Norm, bei der davon ausgegangen wird, dass es zwei Geschlechter gibt, jeder Mensch nur ein Geschlecht hat, welches ihm bei der Geburt zugewiesen wurde, dass sich diese zwei Geschlechter grundlegend unterscheiden und gegenseitig heterosexuell begehren (Queer Lexikon, 2017).

manche keine therapeutische Unterstützung in Anspruch nehmen möchten und lediglich die erforderlichen Gutachten benötigen, bleibt unberücksichtigt. Implizit wird in den Behandlungsempfehlungen erwartet, dass trans Personen eine therapeutische Betreuung aufsuchen.

4.2.4. Vor der Hormonbehandlung

Der vierte Punkt scheint in erster Linie der verwaltungstechnischen Genauigkeit zu dienen, indem er sicherstellt, dass alle erforderlichen Schritte vor einer Hormonbehandlung formal abgearbeitet werden. Die Struktur des Absatzes erinnert erneut an eine Checkliste für eine strukturierte bürokratische Verwaltung der Behandlung. So erscheint es erneut, dass Trans reguliert, überwacht und standardisiert werden muss.

Nach dem diagnostischen Prozess erfolgt, bei Wunsch nach einer Hormonbehandlung, eine urologisch-gynäkologische Untersuchung und ein Risikoscreening hinsichtlich möglicher Kontraindikationen. Bei Bedarf kann eine zytogenetische Untersuchung indiziert sein.

Im Falle des Vorliegens von Kontraindikationen sind diese in die fachärztliche, klinisch-psychologische oder psychotherapeutische Behandlung einzubeziehen. (Z. 148 – 151)

Durch die angezeigten Untersuchungen erscheint die Hormontherapie als besonders risikoreich. Der Fokus befindet sich bei potenziellen medizinischen Gefahren und lässt dabei aus, welche positive Konsequenzen eine Hormongabe produzieren kann. Erstmals werden im Behandlungsprozess an dieser Stelle Aufgaben für Fachbereiche außerhalb der Psy* erwähnt – etwa Gynäkologie, Urologie und gegebenenfalls Endokrinologie. Dabei bleibt erneut unklar, wer konkret zuständig ist und wie die jeweiligen Untersuchungen organisiert werden sollen. Der Text suggeriert eine reibungslose, quasi automatische, Weiterleitung in medizinische Fachbereiche („es erfolgt [...] eine Untersuchung“, „bei Bedarf kann [...] indiziert sein“), ohne dabei auf die realen Hürden im Gesundheitssystem einzugehen: Etwa, ob eine Überweisung an Fachärzt*innen notwendig ist oder ob trans Personen selbst für die Koordination dieser Schritte verantwortlich sind. Auch ist nicht ersichtlich, welche konkreten Untersuchungen im Rahmen der gynäkologisch-urologischen Abklärung durchgeführt, welche Kontraindikationen dabei geprüft und nach welchen Kriterien eine zytogenetische Untersuchung indiziert wird. Die durchgängige Passivierung verschleiert dabei, wer für die Durchführung und Einordnung der Untersuchungen zuständig ist, und trägt so zu einer Darstellung bei, in der medizinische

Abläufe wie automatisch oder neutral erscheinen – obwohl sie in Wirklichkeit an konkrete Institutionen, Berufsgruppen und Entscheidungen gebunden sind.

Für die endgültige Freigabe einer Hormonbehandlung bedarf es folgend auf die medizinischen Untersuchungen erneut einer klinisch-psychologischen oder psychotherapeutischen Stellungnahme, sowie einer psychiatrischen Kontrolluntersuchung. Anschließend soll die fallführende Person eine dritte Stellungnahme aus diesen beiden ableiten, aus der ein klar ersichtlicher Konsens hervorgehen soll (Z. 156 – 172). Dabei soll eine gemeinsame Indikationsstellung der beteiligten Berufsgruppen für den weiteren Behandlungsverlauf hinsichtlich psychischer und somatischer Behandlungskomponenten ersichtlich werden.

Auffällig ist dabei, dass die Kriterien als recht streng und verbindlich auftreten, dabei aber keine konkreten Anforderungen an die Stellungnahmen nennen. Während im Abschnitt des diagnostischen Prozesses (Z. 103-106) noch einige Angaben zu dessen Aufgaben gemacht werden, fehlen hier jegliche weiterführende Erläuterungen. Es bleibt unklar, welche Feststellungen von Psy* in den Gutachten erarbeitet werden sollen oder welche Risiken in dem Risikoscreening zu beachten sind. Es wirkt widersprüchlich, dass die Behandlungsempfehlungen eine „Orientierung für sorgfältiges Handeln“ (Z. 70) bieten wollen, dabei aber in ihren Anforderungen so vage und unkonkret bleiben. In der Abklärung vor einer Hormongabe bei trans Personen scheint es eher um die Etablierung bürokratischer Prozesse zu gehen, als um eine klare, inhaltliche Unterstützung für eine sorgfältige Behandlung.

Der Text konstruiert eine Perspektive auf trans Sein, die strenge Kontrolle, Regulierung und externe Bestätigung notwendig hat. Die trans Person wird nicht als autonom Handelnde positioniert, sondern als jemand, über den Expert*innen eine „Indikationsstellung“ treffen. Der Fokus auf Risiken, Kontrollinstanzen und bürokratische Prozesse verdeutlicht, dass die Empfehlungen Trans in einem spezifischen normativen Rahmen behandeln, welcher durch diagnostische Verfahren immer wieder aufs Neue legitimiert werden muss.

Diese Darstellungsweise bringt mit sich, dass Psy* primär als Kontrollinstanzen dargestellt werden. Ihre zugewiesene Aufgabe besteht nun darin, über die „Eignung“ von trans Personen für Hormonbehandlungen zu entscheiden. Eine begleitende, affirmierende Unterstützung von selbstbestimmten Transitionen wird dadurch erschwert. Stattdessen wird von Psy* eine distanzierte, diagnostisch-fokussierte Haltung eingefordert, die mit medizinisch-psychiatrischer Pathologisierung von trans Personen verbunden ist. Die unzureichende Konkretisierung der diagnostischen Anforderungen kann Unsicherheiten in der

Praxis verstärken. Den Behandelnden bleibt es selbst überlassen, welche Maßstäbe sie anlegen.

4.2.5. Hormonbehandlung

Erneut wird im fünften Punkt mit einer Bedingung in den Textabschnitt eingeführt (Z. 175 – 176): „Erst bei Indikationsstellung zur Einleitung somatischer Behandlungsschritte darf eine Hormontherapie erfolgen, die kontinuierlich ärztlich kontrolliert werden muss.“

Die strikte Befolgung der vorgegebenen Reihenfolge scheint durch die immer wieder erneute Betonung ein wichtiger Punkt der Behandlungsempfehlungen zu sein. Durch die Wortwahl wird eine hohe Verbindlichkeit suggeriert, obwohl die Behandlungsempfehlungen explizit nicht als bindende Kriterien für Krankenkassen deklariert werden (Z. 60 – 62). Wörter wie „darf“ und „muss“ legen eine Regelmäßigkeit nahe, ohne dass eine juristische Grundlage oder eine medizinische Begründung für diese strenge Formulierung gegeben wird. Die Empfehlungen treten als zwingende Vorschriften auf, obwohl sie formal keine sind.

Parallel dazu ist die fachärztliche, klinisch-psychologische oder psychotherapeutische Behandlung nach Bedarf fortzusetzen [...] (Z. 177-178)

Bei der Fortsetzung der Behandlung ginge es vor allem um die Begleitung der „real life experience“, also dem „Leben in der angestrebten Geschlechtsrolle“ (Z. 179). Der Begriff „real life experience“ wirkt hier sehr spezifisch, nirgends sonst in den Behandlungsempfehlungen werden Begriffe in englischer Sprache genutzt. Eine mögliche Antwort auf den Ursprung dieses Begriffs lässt sich in den Standards of Care der WPATH (2012) finden: Dabei wird ein kontinuierliches Leben in der angestrebten Geschlechtsrolle der Patient*innen für 12 Monate als ein Kriterium für geschlechtsangleichende Genitaloperationen angegeben (S. 72). Trans Personen sollen ausreichend Gelegenheiten erhalten, Erfahrungen in der gewünschten Geschlechtsrolle zu sammeln, bevor sie sich unumkehrbaren Operationen unterziehen. Die dafür vorgesehene zwölfmonatige Phase soll verschiedene Lebensbereiche abdecken – etwa familiäre, zwischenmenschliche, schulische, berufliche, wirtschaftliche und rechtliche –, um den Patient*innen eine möglichst umfassende Erprobung der neuen Geschlechtsrolle im Alltag zu ermöglichen. Dieser Prozess wird in den Standards of Care auch als „real life experience“ beschrieben.

Die Vorgabe, dass die Hormongabe „kontinuierlichen ärztlich kontrolliert“ (Z. 176) werden muss, bleibt vage formuliert, ohne konkrete Angaben zu sinnvollen Untersuchungsintervallen oder medizinischen Notwendigkeiten. Zwar lässt sich ableiten, dass

eine engmaschige Begleitung besonders in der Einstellungsphase sinnvoll ist, doch ohne präzisere Hinweise bleibt unklar, was genau unter der kontinuierlichen Kontrolle zu verstehen ist. In der Praxis kann dies dazu führen, dass sehr unterschiedliche Anforderungen an trans Patient*innen gestellt werden. Psy* und Ärzt*innen werden erneut durch die vagen Formulierungen viel Handlungsfreiheit überlassen. Die Formulierung legt den Fokus weniger auf eine bestmögliche medizinische Versorgung, sondern mehr auf die Überwachung und Regulierung von trans Personen innerhalb des Behandlungssystems.

Die empfohlene Dauer der Hormontherapie wird mit einem Jahr angegeben, anschließend können bei Wunsch genitalchirurgische Eingriffe vorgenommen werden (Z. 179 – 181). Es wird auch auf Ausnahmen hingewiesen – es gibt chirurgische Eingriffe, die ohne vorherige Hormontherapie durchgeführt werden können (Z. 183 – 185). Explizit wird hier die Mastektomie, die Entfernung des Brustgewebes, genannt. Es bleibt jedoch unklar, nach welchen Kriterien entschieden wird, welche Eingriffe ohne vorherige Hormontherapie möglich sind und welche nicht. Bemerkenswert ist außerdem, dass die Behandlungsempfehlungen keinerlei Ausführungen zu den konkreten Herausforderungen enthalten, die während der Hormontherapie auftreten können. Die Einnahme von Hormonen geht mit körperlichen und psychischen Veränderungen einher und kann eine anspruchsvolle Phase für trans Patient*innen darstellen.

Schließlich bleibt offen, inwiefern Psy* trans Personen hinsichtlich hormoneller oder chirurgischer Eingriffe beraten sollen. Es fehlt an Entscheidungsgrundlagen, die eine Orientierung für Psy* und trans Patient*innen bieten könnte. Die Unschärfe der Vorgaben verdeutlicht nicht nur die Lücken oder Unklarheiten, die die Behandlungsempfehlungen verabsäumen, zu adressieren, sondern zeigt auch, wie eng medizinische und bürokratische Prozesse miteinander verwoben werden – die Kontrolle über Trans scheint in den Behandlungsempfehlungen stärker gewichtet als ihre angemessene medizinische Versorgung.

4.2.6. Vor operativen Eingriffen

Der sechste Punkt der Behandlungsempfehlungen verfolgt erneut eine Struktur, die der Abarbeitung einer Checkliste gleicht:

Am Ende dieser Transitionsphase soll bei Wunsch nach geschlechtsanpassenden operativen Eingriffen eine neuerliche

- klinisch-psychologische (a)
- ODER
- psychotherapeutische Stellungnahme (a)

- sowie eine psychiatrische Kontrolluntersuchung und Stellungnahme (b) durchgeführt werden. (Z. 189 – 196)

Falls eine trans Person operative Eingriffe wünscht, muss sie sich erneut mehreren Stellungnahmen unterziehen. Welche operativen Eingriffe dieses intensive Verfahren mehrerer Begutachtungen notwendig machen und welche nicht, bleibt in den Behandlungsempfehlungen weiterhin unklar. Ausgehend von Punkt 5 scheint es nicht immer notwendig, das Prozedere der Stellungnahmen zu durchlaufen, wie etwa bei der Mastektomie (Z. 183 – 185). Auffällig zu den benötigten Stellungnahmen – jeweils angezeigt bei Personenstandsänderung, diagnostischem Prozess, für die Einnahme von Hormonen, sowie Operationen – ist, dass die Person(en), die diese ausstellen sollen, sich unterscheiden: Während bei der Änderung des Personenstands die Stellungnahme von nur einer Psy*-Berufsgruppe als notwendig erachtet wird, findet die Feststellung der Diagnose durch alle drei Psy*-Berufe statt und bei dem Wunsch nach Hormoneinnahme und Durchführung von Operationen muss jeweils ein*e Psychiater*in begutachten und zusätzlich ein*e Psychotherapeut*in oder Psycholog*in. Die Regelung der Ausstellung der Stellungnahmen bei medizinischen Maßnahmen (Hormone und Operationen) legen eine gewisse Hierarchisierung nahe: Während die Stellungnahmen von Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen im Bereich der medizinischen Maßnahmen als weitgehend gleichwertig und damit austauschbar erscheinen, bleibt die psychiatrische Stellungnahme in allen Fällen erforderlich. Die psychiatrische Expertise wird durch diese Struktur als primäre Instanz der Begutachtung und Entscheidung positioniert, während die anderen Berufsgruppen eine sekundäre Rolle einnehmen.

Die einleitenden Worte „Am Ende dieser Transitionsphase“ stellen den Moment vor operativen Eingriffen als Endpunkt eines Transitionsprozesses dar. Dabei eröffnet sich die Frage, was hier als „Ende“ definiert wird. Ist eine Transition dann abgeschlossen, wenn eine Person sozial und hormonell möglichst eindeutig in binäre Geschlechterkategorien von männlich/weiblich einordbar ist? Die Setzung eines Endpunktes suggeriert einen klaren Ablauf, an dessen Ende eine möglichst nahtlose Integration in die binäre Geschlechterordnung steht. Dabei bleiben nicht nur nicht-binäre trans Personen unberücksichtigt, sondern auch jene, die nicht dem stereotypen Bild von Männlichkeit oder Weiblichkeit entsprechen (wollen). Transition wird so nicht als individueller, offener Prozess verstanden, sondern als eine normierte Abfolge, die einem bestimmten Ziel – der Angleichung an eine gesellschaftliche anerkannte Geschlechtskategorie – zuarbeiten soll.

Die Behandlungsempfehlungen verweisen auf vorherige Schritte und machen diese zur Voraussetzung für den nächsten Schritt. Auch die einzelnen Schritte im sechsten Punkt erscheinen als stringenter Ablauf: Beginnend mit dem Wunsch der trans Person nach operativen Eingriffen erfolgen Kontrolluntersuchungen und klinisch-psychologische beziehungsweise psychotherapeutische Stellungnahmen, die in einen gemeinsamen Konsens und einer Indikationsstellung münden sollen, um schließlich Überweisungen zu operativen Eingriffen zu ermöglichen. Der Prozess wird als unumstößlich dargestellt: Abweichungen und alternative Wege finden keinen Raum.

Die von der/von dem Fallführenden zusammengefasste Stellungnahme (a&b) muss einen klaren Konsens hinsichtlich der Kontinuität und Unbeeinflussbarkeit des transsexuellen Wunsches bzw. der angestrebten Geschlechtsrolle aufweisen. (Z.198 – 200)

Die wiederholten Stellungnahmen dienen dabei als Absicherung, ob die Transition soweit abgeschlossen ist, dass ein operativer Eingriff zulässig ist – die Wünsche der trans Personen selbst reichen nicht aus, stattdessen sind die Bewertungen durch Psy* ausschlaggebend dafür, wie der weitere Prozess aussieht. Die trans Person muss die prüfenden Psy* bei Wunsch nach - manchen - operativen Eingriffen davon überzeugen, dass der „transsexuelle Wunsch“ bzw. „die angestrebte Geschlechtsrolle“ (Z. 200) „kontinuierlich“ und „unbeeinflussbar“ (Z. 199) ist.

Der Begriff der Unbeeinflussbarkeit sticht dabei heraus. Die Formulierung wirft die Frage auf, ob Transgeschlechtlichkeit grundsätzlich beeinflussbar sei. Wird implizit davon ausgegangen, dass Trans durch äußere Faktoren geformt und verändert werden kann? Soll das eine Anweisung an Psy* sein, die Transgeschlechtlichkeit zu beeinflussen? Die Wortwahl legt einen besonderen Beweiszwang nahe und suggeriert, dass die Überzeugung der trans Personen infrage gestellt wird.

Der Text stützt sich stark auf die Autorität medizinischer und psychologisch-psychotherapeutischen Fachpersonen, dadurch entsteht eine Argumentationsstruktur, die Fachkompetenz über individuelle Entscheidung stellt. Trans Personen dürfen einen „Wunsch“ (Z. 189) haben, letztendlich sind es aber Psy*, die sich auf „einen klaren Konsens“ (Z. 199) einigen - nicht der Wunsch der betroffenen Person ist ausschlaggebend, sondern deren externe Begutachtung und Legitimation. Dadurch entsteht eine argumentative Distanzierung von individueller Erfahrung hin zu einem institutionalisierten Prüfungsprozess.

Diese Hierarchie wird sprachlich untermauert: Durch konditionale Sprachmuster – etwa „Am Ende dieser Transitionsphase soll ...“, „muss ... aufweisen“, „kann ... überwiesen werden“ – wird ein implizit festgelegtes Regelwerk mit Pflichten und Bedingungen produziert. Begriffe wie „klinisch-psychologische Stellungnahme“ oder „psychiatrische Kontrolluntersuchung“ stellen eine spezialisierte und reglementierte Sprache dar und unterstreichen den bürokratischen Charakter des Verfahrens. Die Verwendung der Passivkonstruktionen bei diesen Begriffen führen zudem zu einer Entpersonalisierung, sodass der Fokus weniger auf der individuellen Lebenssituation der trans Personen liegt als vielmehr auf dem standardisierten, bürokratischen Ablauf.

Die Verknüpfung zwischen rechtlichen, medizinischen und psychologischen Diskursen wird hier ersichtlich: Medizinische Maßnahmen sind unmittelbar von psychologischen Gutachten abhängig und die Validierung des persönlichen Erlebens erfolgt durch institutionell definierte Akteur*innen. Rechtlich-regulatorische Anforderungen – etwa das geforderte „Bestehen“ bei der Stellungnahme – werden dabei unmittelbar mit konkreten medizinischen Eingriffen verknüpft. So entsteht ein geschlossenes System, in dem trans Personen auf die Zustimmung verschiedener Fachinstanzen angewiesen sind. Wie bei der Analyse ersichtlich wird: viele Male.

Zusammenfassend suggeriert der Abschnitt, dass die beschriebenen Schritte zur Entscheidungsfindung vor operativen Eingriffen unumgänglich sind. Die implizite Argumentationsstrategie – bei der ein alternativer, individueller Weg kaum Raum erhält – unterstreicht, dass die Kontrolle über trans Personen hier im Vordergrund steht, während individuelle Wahlmöglichkeiten als eingeschränkt erscheinen. Erneut bleiben die Angaben eher vage – insbesondere zu konkreten Aspekten von Operationen und den Themen, die dabei mit Patient*innen besprochen werden könnten, finden sich keine konkreten Hinweise. Gleichzeitig entziehen sie sich damit der Verantwortung, klare und hilfreiche Behandlungsempfehlungen bereitzustellen. Der Fokus liegt erneut alleinig auf den administrativen Abläufen.

4.2.7. Dokumentation & 4.2.8. Operation

Die Bürokratisierung und technische Verwaltung des trans Subjekts kommt in den Punkten sieben und acht besonders hervor. Der siebte Punkt bezieht sich dabei gänzlich auf die Dokumentation:

Der gesamte Behandlungsverlauf ist gemäß der berufsrechtlichen Vorgaben nachvollziehbar zu dokumentieren. (Z. 207 – 208)

Dabei stellt sich die Frage, für wen diese Dokumentation primär gedacht ist: Für die trans Person selbst, um ihre Behandlung nachzuvollziehen? Oder für medizinische, psychologische und rechtliche Instanzen, die den Prozess verwalten und bewerten? Durch die Bezugnahme auf „berufsrechtliche Vorgaben“ wird eine Verknüpfung zwischen Medizin und Recht geschaffen. Die Dokumentation ist nicht nur medizinisches Mittel zur Qualitätssicherung, sondern auch bürokratische Kontrolle, die sicherstellen soll, dass alle Schritte der Transition im Einklang mit institutionellen Anforderungen erfolgen. Während Dokumentationspflichten im medizinischen Bereich üblich sind, erscheint hier die enge Verzahnung mit rechtlichen Anforderungen besonders auffällig. Die Transition wird nicht allein als medizinischer oder therapeutischer Prozess beschrieben, sondern als verwalteter Vorgang, dessen Legitimität durch Akten und Protokolle gesichert werden muss.

Auch im achten Punkt, der nur knapp die Durchführung der Operation anspricht, wird explizit der „Operationsbefund“ genannt (Z. 211):

Durchführung der Operation(en) und Erstellung eines Operationsbefundes.

Die Sprache bleibt administrativ: Die geschlechtsangleichende Operation wird nicht als medizinische Maßnahme zur Verbesserung der Lebensqualität oder psychischen Gesundheit diskutiert, sondern als verwalteter, überprüfbarer Akt. Dabei werden weder Hinweise zu verschiedenen chirurgischen Optionen noch möglichen Risiken gegeben. Stattdessen bleibt die Darstellung sehr abstrakt.

Die Punkte sieben und acht setzen damit die zuvor etablierte lineare Logik der Behandlungsempfehlungen fort: Die Transition wird als starrer, schrittweise abzuarbeitender Prozess beschrieben. Die Art und Weise, wie diese Punkte beschrieben werden und welche Aspekte dabei hervorgehoben werden, zeigt, dass es weder um eine informierte Entscheidungsfindung in Zusammenarbeit mit trans Personen geht, noch darum, ihre individuellen Bedürfnisse in den Fokus zu stellen. Stattdessen wird die Notwendigkeit der lückenlosen Dokumentation der einzelnen Schritte betont. Das Bild der trans Personen bleibt dabei unsichtbar – sie treten hinter die Logik der Verfahrensschritte zurück. Nicht die individuelle Situation oder das subjektive Erleben stehen im Mittelpunkt, sondern die korrekte Abfolge und Dokumentation der vorgesehenen Maßnahmen. Der Text erzeugt so einen Handlungsrahmen, in dem nicht über die inhaltliche Bedeutung oder Angemessenheit der Schritte reflektiert werden muss, sondern lediglich deren regelkonforme Umsetzung zählt.

4.2.9. *Postoperativ*

Der neunte und letzte Punkt weist darauf hin, dass auch postoperativ fachärztliche, klinisch-psychologische bzw. psychotherapeutische Behandlung angeboten werden solle (Z. 219 – 220). Der Konjunktiv „sollte“ hebt sich von den vorherigen Formulierungen ab, die meist durch konditionale oder imperative Strukturen geprägt sind („muss“, „ist zu“). Dies könnte darauf hinweisen, dass die postoperative Behandlung nicht zwingend vorgesehen ist, sondern als Möglichkeit oder Empfehlung besteht. Während vorherige Schritte als strikte Regeln auftreten und Dokumentationspflichten unterliegen, wird die Nachsorge lediglich als Möglichkeit formuliert. Dies könnte darauf hindeuten, dass mit dem operativen Abschluss des Prozesses die institutionelle Verantwortung für trans Personen endet. Auch hier bleibt der Text weiter unspezifisch. Es gibt keine Hinweise darauf, welche Art von postoperativer Behandlung empfohlen wird oder welche gesundheitlichen Aspekte im Fokus stehen sollten. Die Behandlungsempfehlungen scheinen dabei weniger an einer langfristigen, lebenslangen gesundheitlichen Betreuung interessiert zu sein, sondern mehr an der Regulierung des Weges bis zur Operation – was wiederum die Verwaltbarkeit der Transition als zentrales Narrativ dieser Empfehlungen bestätigt.

Gerade die letzten drei Punkte sind sehr knapp formuliert, was darauf hindeuten könnte, dass spätestens mit dem operativen Abschluss die institutionelle Verantwortung als beendet angesehen wird. Die Versorgung von trans Personen scheint bis zur Geschlechtsangleichung von Interesse – darüber hinaus tritt ihre Betreuung in den Hintergrund. Diese Schwerpunktsetzung spiegelt wider, dass trans Personen in den Augen der Verwaltung vor allem so lange relevant sind, wie ihre Körper als „unvollständig“ gelten. Bereits im 6. Punkt „Vor operativen Eingriffen“ (ab Z. 187) wird nach einer längeren Hormoneinnahme das Ende einer Transitionsphase beschrieben, da durch die hormonelle Behandlung bereits eine Anpassung in das binäre Geschlechtersystem stattfinden kann. Sobald trans Personen also durch medizinische Interventionen hinreichend in dieses Geschlechtersystem eingepasst wurden, verlieren sie für die behördliche Ordnung an Bedeutung.

V. Ergebnisdarstellung

Im abschließenden Teil der Arbeit werden die zentralen Ergebnisse der diskursanalytischen Feinanalyse der Behandlungsempfehlungen für trans Personen von 2017 zusammengeführt, mit theoretischen Konzepten in Beziehung gesetzt und hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Lebensrealität von trans Personen reflektiert. Die zuvor herausgearbeiteten diskursiven Muster werden dazu mit Erfahrungen von trans Personen aus Gruppendiskussionen Raphi Maiers (2024) kontextualisiert sowie mit weiteren normgebenden Texten und theoretischen Konzepten verglichen.

Im Zentrum der Analyse stand die Frage, wie in den Behandlungsempfehlungen, herausgegeben durch das österreichische Gesundheitsministerium, Wahrheiten über Trans diskursiv hergestellt, stabilisiert und abgesichert werden. Die Feinanalyse verdeutlicht, dass der Text nicht nur Aussagen über trans Personen trifft, sondern zugleich ein spezifisches Verhältnis von Wissen, Autorität und Subjektivität entwirft. Ziel der folgenden Ergebnisdarstellung ist es, diese diskursiven Ordnungen systematisch zu bündeln und ihre Logik mit theoretischen Konzepten – insbesondere Foucaults Überlegungen zum *Macht-Wissen-Komplex* und zur *Disziplinarmacht* – zu durchdringen. Ergänzend wirken auch Jägers Konzepte zur kritischen Diskursanalyse und deren Möglichkeit, *Felder des Sagbaren* ersichtlich zu machen, um die Grenzen dessen aufzuzeigen, was sagbar ist – und was nicht. Leitend werden dabei folgende Fragen: Wie wird Wissen über trans Personen in den Empfehlungen diskursiv produziert und mit Geltungsanspruch versehen? Welche Machtverhältnisse strukturieren das Dokument? Wie werden Verantwortung, Autorität und Handlungsspielräume zwischen den beteiligten Akteur*innen – insbesondere trans Personen und Psy* - verteilt?

Durch die Verknüpfung der zentralen Ergebnisse der Feinanalyse mit theoretischen Konzepten und praktischen Konsequenzen soll verdeutlicht werden, dass es sich bei den Behandlungsempfehlungen nicht allein um medizinische Orientierung handelt, sondern um ein machtvolleres Dokument, das gesellschaftliche Normen über Geschlecht, Gesundheit und Subjektivität mitproduziert, reguliert und diszipliniert.

5.1 Wissensordnungen und Wahrheitsansprüche in den Behandlungsempfehlungen

Foucault (1978) beschreibt *Wahrheit* nicht als objektive Gegebenheit, sondern als Ergebnis vielfältiger Zwänge: Jede Gesellschaft habe ihre eigene Ordnung der Wahrheit, akzeptiere bestimmte Diskurse als „wahr“ mit Mechanismen und Instanzen, die eine

Unterscheidung von wahren und falschen Aussagen ermöglichen, bevorzugten Techniken und Verfahren der Wahrheitsfindung und einen Status für jene, die darüber zu befinden haben, was wahr ist und was nicht. Bei dieser Beschreibung von Wahrheit setzt die Kritische Diskursanalyse nach Jäger et al. (2024) an. Sie fragt nach der Konstruktion von Wahrheit und den damit verbundenen Ausschlussmechanismen und Voraussetzungen. Sie hinterfragt Selbstverständlichkeiten, problematisiert sie und ermöglicht so Kritik an den herrschenden Diskursen.

Dementsprechend richtet sich der Fokus dieses Kapitels auf die Frage, welcher Ordnung der Wahrheit die Behandlungsempfehlungen folgen: Welche Instanzen werden als legitimierende Autoritäten herangezogen? Welche Diskurse treten im Text in Erscheinung – und welche nicht? Welche Sprecher*innen erscheinen als fachlich zuständig und wie wird dieser Status hergestellt?

5.1.1 Zur diskursiven Ordnung von Wissen und Wahrheit in den Behandlungsempfehlungen

Da es sich bei dem analysierten Text um ein staatlich herausgegebenes Dokument handelt, entfalten die formulierten Aussagen eine hohe Wirkmächtigkeit im Feld der gesundheitlichen Versorgung von trans Personen und strukturieren, was sagbar, denkbar und legitim erscheint. Institutionen wie das Gesundheitsministerium stellen dabei „Kristallisationspunkte von Machtverhältnissen“ (Madjlessi-Roudi, 2022, zitiert nach Jäger, 2024, S. 225) dar, in denen sich gesellschaftliche Normen, Interessen und Deutungsmuster verdichten.

Im analysierten Material sind es vor allem wissenschaftliche Diskurse an der Schnittstelle von Psychologie, Medizin und evidenzbasierter Forschung, die als Träger*innen von Wahrheit fungieren. Die Empfehlungen verweisen auf Autoritäten wie die WHO, die American Psychiatric Association (APA) oder die WPATH, welche innerhalb medizinischer und psychologischer Diskurse als Instanzen der Wissens- und Normsetzung fungieren und legitimieren ihre Aussagen durch Bezug auf diese weisungsgebenden Institutionen. Die genannten Institutionen fungieren als Wahrheitsorte und stehen dabei für eine bestimmte wissenschaftliche Ordnung, innerhalb derer Wissen gültig ist. Auffällig ist dabei, dass die Wahl, sich auf diese Organisationen zu beziehen, nicht näher erläutert wird – ihre Autorität wird als selbstverständlich vorausgesetzt. Dies lässt sich im Sinne von Foucault (1978) als Ausdruck des *positiven Unbewussten* verstehen: Es handelt sich um tief verankerte, unhinterfragte Wahrheiten, die innerhalb eines bestimmten Diskurses nicht mehr erklärungsbedürftig sind. Die genannten Institutionen sind als wahrheitsproduzierende

Instanzen so selbstverständlich in den Diskurs eingeschrieben, dass sie als neutrale Gegebenheiten erscheinen. Indem bestimmte Institutionen und Akteur*innen unhinterfragt als Träger*innen der Wahrheit konstituiert werden, wird auch deutlich, in welchem Rahmen sich *Wahrheit* in diesem Diskurs formieren darf. Es werden so spezifische *Felder des Sagbaren* (Jäger, 2015, 2024) eröffnet: Durch die Etablierung dieser Wissensträger*innen wird klar umrissen, welche Arten des Wissens, welche Sprecher*innen und welche Formen der Evidenz innerhalb dieser Ordnung als gültig angesehen werden. Nur jene Wissensformen, die sich innerhalb dieser Ordnung bewegen, erscheinen als gültig oder überhaupt als sagbar.

So wird etwa der „Vertiefung wissenschaftlicher Kenntnisse“ (Z. 14–15) explizit wert beigemessen, während gleichzeitig die Definitionen aus dem DSM-V und dem ICD-10 vorgeben, wie „Trans“ zu verstehen ist. Wer Zugang zu gesundheitlicher Versorgung oder rechtlicher Anerkennung erhalten will, muss sich diesen Deutungsrahmen unterordnen. Damit regulieren diese Diagnosemanuale nicht nur medizinisch-psychologische Klassifikationen, sondern auch, welche trans Erfahrungsweisen als gültig anerkannt werden – und welche nicht.

Auf die Thematik der „wahren“ trans Erfahrung und der Subjektpositionen, die innerhalb der Behandlungsempfehlungen konstruiert werden, wird im anschließenden Kapitel (vgl. [Kapitel 5.2.5](#)) noch näher eingegangen. An dieser Stelle soll jedoch bereits ein Zitat aus den Gruppendiskussionen, die im Rahmen der Studie von Maier (2024) geführt wurden, angebracht werden, dass die zugrundeliegende Problematik der spezifisch umgrenzten Felder des Sagbaren in der Praxis prägnant auf den Punkt bringen:

It doesn't matter that you say the truth. You have to prove that you are a trans person and that you are in need for getting hormones and surgery. (Maier, 2024, S. 251, Z. 38–40)

Mehrere Personen aus Maiers Gruppendiskussion berichten davon, dass ihre persönlichen Erfahrungen und Bedürfnisse im Prozess der Diagnostik sowie im medizinischen Setting keine Berücksichtigung fanden. Stattdessen sehen sie sich mit eng gesteckten Erwartungen und normativen Vorstellungen konfrontiert, die vorgeben, wie eine „richtige“ trans Person aufzutreten habe. Vielen war bewusst, dass sie bestimmten Erwartungshaltungen entsprechen müssen, um einen möglichst reibungslosen Zugang zu medizinischen Maßnahmen zu erhalten. Die Darstellung der eigenen Realität wurde dabei strategisch angepasst – Offenheit oder Ehrlichkeit über komplexe oder ambivalente Selbstverhältnisse erschien unter diesen Bedingungen nicht möglich.

Durch die Etablierung der Wahrheitssysteme in den Behandlungsempfehlungen wird auch Foucaults (2021) Begriff des *Macht-Wissens-Komplexes* greifbar: Wissen entsteht nicht unabhängig von Macht, sondern immer in konkreten Machtverhältnissen – und es stabilisiert diese Machtverhältnisse auch wieder. Das untersuchte Dokument – die Behandlungsempfehlungen – hat Einfluss auf den medizinisch-psychologischen Diskurs über Trans in Österreich. Gleichzeitig begründet es seine eigene Gültigkeit, indem es sich auf Institutionen wie die WHO, APA oder WPATH bezieht. Es verweist auf bereits etablierte und anerkannte Instanzen, um sich selbst als glaubwürdig darzustellen. Es ordnet sich diesen Institutionen unter und es verstärkt gleichzeitig ihre Definitionsmacht, indem es deren Vorstellungen weiterträgt und als handlungsweisend für österreichisches Fachpersonal etabliert. Wissen und Macht greifen hier ineinander: Das Dokument ist nicht einfach eine neutrale Information, sondern Teil einer Ordnung, die festlegt, wie über Trans gesprochen und gedacht wird – und wer das tun darf. Damit ist auch die Perspektive von trans Personen selbst in besonderer Weise reguliert: Um Zugang zu Behandlung zu erhalten, müssen trans Personen oftmals spezifische, diskurskonforme Selbstbeschreibungen liefern – solche, die den in der Empfehlung etablierten normativen Vorstellungen von Transsein entsprechen. Eigene, komplexe oder davon abweichende Erfahrungen geraten so an die Grenze des Sagbaren und drohen, als „nicht gültig“ zu erscheinen. Der Zugang zu medizinischer Versorgung ist damit eng an die Fähigkeit gekoppelt, eine bestimmte „Wahrheit“ über sich selbst zu formulieren – eine Wahrheit, die durch bestehende Wissensordnungen und professionelle Anforderungen mitkonstituiert wird.

5.1.2 Aus dem Off – Zur Unsichtbarkeit diskursmächtiger Akteur*innen

Die Struktur der diskursiven Wahrheitserzeugung zeigt sich unter anderem darin, dass sich das untersuchte Material stark auf Expert*innenpositionen beruft. Diese werden nicht näher vorgestellt oder individualisiert, sondern erscheinen durch ihre bloße Nennung – etwa als „Expert*innen“, „Fachpersonen“ oder in Bezug auf konkrete Institutionen – als Autoritäten. Im untersuchten Text darf über Trans nur dann gesprochen werden, wenn sich dieses Sprechen auf wissenschaftliche Evidenz, Studien, Klassifikationen (wie sie im DSM-V oder ICD-10 aufzufinden sind) und institutionell abgesicherte Kategorien bezieht. Erfahrungswissen oder selbstdefinitorische Begriffe Betroffener erscheinen nicht, wodurch sich ein hegemonialer Wahrheitsdiskurs etabliert, der andere Wissensformen ausschließt.

Ein zentrales Schlagwort des in den Behandlungsempfehlungen entfalteten Wahrheitsdiskurses ist der Begriff der *Evidenzbasiertheit*. In einem eher beiläufig erscheinenden Satz heißt es: „Die Empfehlungen [...] setzen eine evidenzbasierte

Vorgehensweise voraus“ (Z. 71). Damit wird markiert, dass sich der Text selbst als Teil eines wissenschaftlichen, objektivitätsbasierten Diskurses positioniert – ohne jedoch genauer zu erläutern, welche Formen der Evidenz hier überhaupt gemeint sind oder wie diese zustande kommen.

Slunecko (2023) beschreibt den Begriff der Evidenzbasiertheit als „Zauberwort“ der Klinischen Psychologie und Psychotherapie: Es suggeriert methodische Strenge und objektive Gültigkeit, bleibt aber häufig vage in Bezug auf die dahinterliegenden Praktiken und Autoritäten. So fragt Slunecko (2023): Wessen Evidenz zählt? Von wem und nach welchen Kriterien werden Wirksamkeitsbelege erbracht? Die Beantwortung dieser Fragen wird dadurch erschwert, dass die wissenschaftlichen Beobachter*innen sich selbst aus dem Diskurs herausnehmen. Die Autorität der Forschung spricht „aus dem Off“: „von einem neutralen, als unbeteiligt gedachten Beobachter, der von sich selbst zu schweigen gelernt hat und dessen Rolle nur darin besteht, aufzuzeichnen, was seine Methoden ihm berichten“ (Slunecko, 2023, S. 108). Dadurch entsteht der Eindruck einer reinen Abbildung der Realität, eines Wissens ohne Subjekt, das unangreifbar scheint.

Auch in den Behandlungsempfehlungen wird aus dem Off berichtet: Die Autor*innen bleiben anonym, ihre Perspektive erscheint neutral, ihr Status als wissenschaftliche Expert*innen gilt als gegeben. Dadurch wird ein Schreibstil möglich, der suggeriert, es handle sich um bloße Tatsachenberichte. Der Text wird als Abbildung objektiver Tatsachen präsentiert – er wirkt aber auch als ein Instrument, durch das Wirklichkeit erst diskursiv hergestellt wird. So heißt es etwa „die wissenschaftlichen Kenntnisse“ hätten sich „vertieft“ (Z. 14-15), oder es habe ein „epochales Umdenken“ (Z. 18) stattgefunden. Wer aber hier konkret geforscht, gedacht, interveniert oder entschieden hat, bleibt unbenannt. Die Akteur*innen verschwinden hinter einer Sprache, die Prozesse als wie von selbst geschehen erscheinen lässt. Erkenntnisse scheinen aus einem neutralen Wissensstrom zu stammen, der keiner Subjektivität unterliegt. Die Bedingungen der Wissensproduktion und deren Selektivität, mit der nur bestimmte Inhalte Eingang finden, werden ausgeblendet.

Diese Konstruktion erschwert es, Verantwortlichkeiten für die präsentierten Inhalte nachzuvollziehen. Das Dargestellte wird als wissenschaftlich legitimiert positioniert, ohne dass sichtbar wird, wer an der Auswahl, Interpretation und Formulierung des Wissens beteiligt war. Komplette unerwähnt bleiben dabei die Forderungen und Erfolge der Trans-Aktivist*innen in Österreich, die einen erheblichen Teil zu den Verbesserungen der Gesundheitsversorgung beigetragen haben (vgl. Baumgartinger, 2011).

Die Unsichtbarkeit von Verantwortung wird sprachlich durch eine Verschiebung der Handelnden verstärkt: Statt konkret benennbaren Personen wie Psycholog*innen, Psychiater*innen oder Therapeut*innen werden in den Empfehlungen Begriffe wie „Diagnostik“ oder „Behandlung“ als aktive Instanzen benannt. In dieser Form der Anthropomorphisierung – der Zuschreibung von Handlungsmacht an abstrakte Konzepte – übernehmen Verfahren und Institutionen die aktive Rolle: Es ist nicht eine Psy*, die eine Diagnose stellt, sondern „die Diagnostik“ (Z. 97-99); nicht Fachpersonen behandeln, sondern „die Behandlung“ (Z. 132). Auch Untersuchungen, Screenings und Kontrollen werden als automatische Abläufe beschrieben, ohne dass ausführende Akteur*innen genannt werden. Diese sprachliche Struktur zieht sich durch den gesamten Text: In den rechtlichen Passagen ist es „die Rechtsordnung“ (Z. 225), die trans Personen nicht ausdrücklich berücksichtigt. Ebenso ist es „das Personenstandsgesetz“ (Z. 226), das vorgibt, wie im Fall von „Transsexualität“ rechtlich vorzugehen sei. So entsteht der Eindruck, als würden sich Verfahren, Regeln und Standards aus sich selbst heraus durchsetzen – unabhängig von den Personen und Instanzen, die sie erarbeiten, anwenden oder mitgestalten.

Durch die vermeintliche Uninvolviertheit der einzelnen Akteur*innen, die das Wissen und die Behandlung von trans Personen formen, werden Forscher*innen, Psy* und Autor*innen weitgehend aus dem Blickfeld genommen. Dadurch erscheinen die Behandlungsempfehlungen als ein neutrales Dokument, das Tatsachen präsentiert, frei von subjektiven Einflüssen. Gleichzeitig wird der Behandlungsprozess an mehreren Stellen so dargestellt, als geschehe er wie von selbst – etwa bei „der Diagnostik“ – ohne Kontextualisierung oder alternative Deutungsmöglichkeit.

Diese Unsichtbarkeit der handelnden Subjekte entspricht einer spezifischen Machtausübung, wie sie Michel Foucault (2021) beschrieben hat: Die Macht wird hier nicht offen demonstriert, sondern entfaltet gerade durch ihre Unsichtbarkeit ihre Wirkung. Die Akteur*innen, die den Diskurs und die Behandlungsmethoden in Österreich maßgeblich prägen, bleiben verborgen. In den Behandlungsempfehlungen wird diese Machtausübung sprachlich sichtbar, indem die handlungsfähigen Expert*innen größtenteils durch abstrakte Verfahren und Institutionen ersetzt oder ausgeblendet werden. Statt dass Psy* als handelnde Subjekte benannt werden, übernimmt „die Diagnostik“ oder „die Behandlung“ die aktive Rolle. Verfahren und Regelwerke erscheinen so als autonome Instanzen, die sich quasi selbst durchsetzen, ohne dass deren menschliche Akteur*innen erkennbar werden. Diese sprachliche Konstruktion verstärkt die Unsichtbarkeit der Machtausübenden und verschleiert zugleich soziale, kulturelle und politische Dimensionen des Wissens über Trans.

5.1.3 Über Empfehlungen im Befehlston

Trotz der Betonung eines evidenzbasierten, standardisierten Vorgehens werden konkrete Bezüge zu Studien, Forschungsergebnissen oder klar definierten Standards im analysierten Text nur selten hergestellt. Die Bezüge zu weisungsgebenden Instanzen bleiben allgemein, Quellenangaben zu aufgestellten Behauptungen fehlen. Was als objektiv und evidenzbasiert markiert wird, entzieht sich damit der Überprüfbarkeit und erscheint weniger als transparenter Verweis auf wissenschaftliche Grundlagen, sondern vielmehr als autoritative Setzung von Gültigkeit. Stattdessen dominieren Formulierungen, die stark an verpflichtende Anweisungen erinnern. Der Ton wirkt verbindlich – nicht wie eine Sammlung möglicher, bedarfsorientierter Handlungsoptionen, sondern wie die Darstellung eines klar vorgegebenen Pfads, dem strikt zu folgen sei. Durch den gewählten Sprachton wird eine Verbindlichkeit konstruiert, die durch fehlende Erläuterungen zur konkreten Umsetzung verschärft wird.

Besonders deutlich wird dies in Formulierungen wie zu der Thematik einer Hormonbehandlung: „*Erst bei* Indikationsstellung zur Einleitung somatischer Behandlungsschritte *darf* eine Hormontherapie erfolgen, die kontinuierlich ärztlich kontrolliert werden *muss*“ (Z. 175-176). Durch solche konditionalen Sprachmuster wird ein implizit festgelegtes Regelwerk mit Pflichten und Bedingungen produziert. Während die Autor*innen anonym bleiben und sich auf vermeintlich objektive, evidenzbasierte Standards berufen, sprechen sie in einem Ton, der einer verpflichtenden Handlungsanweisung gleichkommt. Die Unbestimmtheit der wissenschaftlichen Grundlagen verstärkt dabei den Autoritätsanspruch: Gerade weil nicht klar benannt wird, auf welchen Evidenzen diese Vorgaben basieren, wird es für Außenstehende unmöglich, sie kritisch nachzuvollziehen. Die Autor*innen können sich jederzeit auf das Argument berufen, nach geltenden Standards zu handeln – ohne diese offenlegen zu müssen.

Ein Vergleich zum Thema der Hormonbehandlung mit den in den Behandlungsempfehlungen referenzierten Empfehlungen der WPATH (2011) zeigt diese Lücke besonders deutlich: In den Standards of Care wird auf etwa zwanzig Seiten eine detaillierte Beschreibung möglicher körperlicher Auswirkungen jeweiliger Hormone mit Tabellen zu dem zeitlichem Verlauf, ausführliche Anführungen zu möglichen körperlichen Risiken und Nebenwirkungen, einer Liste mit Verantwortungsbereichen des Fachpersonals, Aufgaben der Risikoabschätzung, Vorsorgeuntersuchungen und Risikoüberwachung, möglichen Behandlungspläne der Hormongabe und einem Kapitel zur reproduktiven Gesundheit – dabei vor allem das Thema Kinderwunsch und welche Möglichkeiten bestehen (siehe SoC, WPATH, 2011; Kapitel 4, S. 42 – 61). All diese Aspekte bleiben in den

Behandlungsempfehlungen gänzlich unberücksichtigt. So versäumen die Autor*innen der Behandlungsempfehlungen, einen praxisnahen Leitfaden für Behandelnde bereitzustellen, der helfen könnte, trans Personen in dieser Phase adäquat zu unterstützen.

Die strenge Reglementierung in den österreichischen Behandlungsempfehlungen durch administrative und medizinische Vorgaben steht dabei in einem Spannungsverhältnis zu dem Anspruch medizinischer Leitlinien (vgl. [Kapitel 3.2](#)). So beschreibt etwa die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) das Ziel medizinischer Leitlinien darin, „die Entscheidungsfindung von Ärzt*innen und Gesundheitsberufen für eine angemessene Versorgung bei spezifischen Gesundheitsproblemen zu unterstützen“ (DGfS, 2021). Vorrangiges Ziel sei demnach die Verbesserung der medizinischen Versorgung. Die hier analysierten Empfehlungen hingegen produzieren durch ihren Tonfall, die Vagheit ihrer Aussagen und die fehlende Transparenz hinsichtlich der wissenschaftlichen Grundlage ein Klima der Verunsicherung, das die Handlungsspielräume der Behandelnden weitet, während es die Bedürfnisse der Patient*innen eher einschränkt als fördert.

Statt auf Unterstützung zielt die Logik des Textes vielfach auf Disziplinierung ab – nicht nur von trans Personen, sondern auch von Psy*, die dieser folgen sollen, ohne über die Gültigkeitsgrundlagen verfügen zu können.

5.1.4 Ohne Haftung – zur strategischen Entlastung diskursmächtiger Instanzen

Während der Schreibstil der Empfehlungen streckenweise an behördliche Anweisungen erinnert und einen hohen Grad an Verbindlichkeit suggeriert, wird Verantwortung an zentralen Stellen zurückgewiesen oder ausgelagert. Damit entsteht ein ambivalentes Verhältnis zwischen autoritativem Ton und institutioneller Absicherung. Statt Verantwortung dort klar zu markieren, wo konkrete Auswirkungen auf trans Personen entstehen, verweisen die Autor*innen regelmäßig auf andere Instanzen – das Rechtssystem, die Diagnostik oder medizinische Klassifikationen wie das DSM-V und ICD-10. In zentralen Fragen, etwa zur Diagnosestellung, zur konkreten Ausgestaltung von Behandlungen oder zur rechtlichen Anerkennung von trans Personen bleiben sie vage oder verweisen explizit auf andere zuständige Stellen.

Besonders deutlich wird dies in der Aussage zur Regelung der Kostenübernahme der Krankenkassen bei medizinischen Maßnahmen: „Diese Empfehlungen sind nicht im Zusammenhang mit der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherungen zu sehen. Dies ist Verhandlungsgegenstand der Vertragspartner“ (Z. 60-62).

Die Behandlungsempfehlungen sehen keine Zuständigkeit dafür vor, wie die darin genannten Anforderungen – etwa die Einholung mehrerer Gutachten – finanziert werden sollen. Die Verantwortung für die Klärung der Kostenübernahme wird an Vertragspartner im Gesundheitssystem ausgelagert. Praktisch kann das zur Folge haben, dass unklar bleibt, ob und unter welchen Bedingungen die geforderten Leistungen tatsächlich übernommen werden. Für trans Personen kann dies zu einer erheblichen finanziellen und bürokratischen Belastung werden, während es Krankenkassen ermöglicht, die Entscheidung einer Kostenübernahme auf individueller Basis und ohne klare Vorgaben zu treffen. Das Thema der Kosten im Rahmen einer trans Identität in Österreich wurde auch im Rahmen der Gruppendiskussionen Maiers besprochen. Eine teilnehmende Person fasst zusammen:

Ich glaube eben gut ist es, wenn man Geld hat (lacht), weil man halt dann wenn dann halt so Sachen sind, wo du dann fünf mal irgendwie mit einem blöden Gutachten rumtust und ist Geld jetzt nicht dein Problem und du kannst halt oke hundert Euro nochmal drauf und dann krieg ich was ich brauch, das ist gut zu haben (Maier, 2024, S. 193, Z. 2-5).

Die finanzielle Lage einer trans Person kann also maßgeblich die Situation ihrer Gesundheitsversorgung beeinflussen:

Die Hormone habe ich nach fast zwei Monaten oder sowas fertig gehabt. Ähm. Was halt (5) nur eine Frage von dem ist, wie viel Geld man auf das Problem werfen möchte. ähm. Das ist/ Was ich so absurd finde. Dann gibt es halt Leute, die können sich das nicht selber leisten und die sind dann halt (...) ein Jahr bei der Courage oder so auf der Warteliste, bis sie dann den einen Termin haben [...] (Maier, 2024, S. 215, Z. 116-121).

Eine andere Person der Gruppendiskussionen reflektiert:

Ich habe auch voll viel über das nachdenken müssen. So Zugänge und so und so wie Gatekeeping dann also subtil funktioniert, also über Geld, so halt auch. Irgendwie. Also ich hab dann, wie viel? Ich hab eben die 300 € bezahlt für das klinisch-psychologische Gutachten, weil ich das eine nicht verwenden wollte. Dann 200 € für die Psychiaterin, wo das nur der Freundschaftspreis war, weil eigentlich kostet es 300 € für zweimal hingehen, ne halbe Stunde, und weil sonst hätt das halt ewig dauert mit den Wartezeiten. (Maier, S. 226, Z. 2-8).

Obwohl die Empfehlungen mitunter klare Vorgaben formulieren, etwa durch eine konditionale und verbindlich wirkende Sprache, bleibt offen, wie diese Vorgaben in der medizinischen Praxis umgesetzt und finanziert werden können. Diese Leerstelle verweist auf ein Spannungsverhältnis zwischen normativer Orientierung und praktischer Umsetzbarkeit: Während Anforderungen benannt werden, bleibt ihre Umsetzung ungeklärt.

Als im Auftrag des Gesundheitsministeriums erstelltes und veröffentlichtes Dokument verfügen die Empfehlungen über eine gewisse politische und administrative Reichweite. Dennoch wird auf mögliche Barrieren, die aus der finanziellen oder institutionellen Umsetzung der formulierten Anforderungen entstehen können, nicht eingegangen.

Ohne eindeutigere Zuständigkeitszuweisungen entsteht ein diffuser Text, dessen Funktion zunehmend unklar erscheint. Die Empfehlungen wollen Orientierung bieten – erschweren aber durch vage Vorgaben und das ständige Verschieben der Verantwortung eine klare Handlungsgrundlage. In dem Spannungsfeld zwischen formaler Autorität, unklarer Zuständigkeiten und abgelegtem Verantwortungsbewusstsein lässt sich eine spezifische diskursive Machttechnik erkennen: Die Möglichkeit, normierende Aussagen zu treffen, ohne sich selbst als normsetzendes Subjekt sichtbar zu machen.

Dass die diffusen Formulierungen in den Behandlungsempfehlungen auch in der Praxis spürbare Auswirkungen haben, zeigt sich exemplarisch an mehreren Stellen der Gruppendiskussionen in Maier (2024) Untersuchung. So berichtet eine Person, dass ein Psychiater „eh urlieb“ gewesen sei, sich jedoch kaum mit den Anforderungen für ein Gutachten auskannte – woraufhin die betroffene Person den Gutachtentext quasi selbst verfassen musste:

Genau und dann bin ich halt zu einem Psychiater noch gegangen, der war eigentlich eh urlieb. [...] Der kannte sich jetzt wenig aus und hat dann mehr oder weniger irgendwie mich ähm das formulieren lassen. Ähm, aber ich kann/ ich kannte mich ja zu dem Zeitpunkt offenbar dann, so im Nachhinein, auch zu wenig aus, dass ich irgendwie genau gewusst hätte, welchen lustigen Satz ich denn da reinschreiben muss. Ähm und bin dann mit diesen drei Gutachten, die ich zu dem Zeitpunkt hatte, dann ins {Name des Krankenhauses Ä}. Und dann hat mir {Name der Endokrinolog*in 1}, die Endokrinologin, erklärt, dass das so nicht reichen wird ähm weil da der Satz nicht drinnen steht. ‚Gegengeschlechtliche Hormontherapie ist empfohlen, indiziert‘, oder sonst irgendwie, sondern es steht halt nur drinnen ‚Hormontherapie‘. Und das reicht dann für die Krankenkasse nicht [...] (Maier, 2024, S. 185, Z. 81-94)

An diesem Beispiel wird deutlich: Die Verantwortung für eine fachlich und formal korrekte Formulierung wurde auf die Patientin selbst abgewälzt. Die Aussage macht sichtbar, wie viel Expertise trans Personen im Behandlungsprozess selbst aufbringen müssen. Offenbar gibt es bestimmte, für die Krankenkasse relevante Begriffe oder Formulierungen, die erfüllt werden müssen, damit ein Antrag genehmigt wird – welche das konkret sind, bleibt jedoch unklar. Die korrekte Formulierung muss entweder erraten oder durch die individuelle Berufserfahrung Behandelnder erschlossen werden. Ein weiterer Diskussionsbeitrag macht die Frustration deutlich, die aus diesem Zustand erwächst:

Jeder einzelne von diesen Idioten hat irgendwelche Vorstellungen davon, wie die Dinge sein müssen [...] Und die tun das nicht einmal untereinander abklären, was sie denn mit dieser festen Überzeugung glauben, wie die Dinge sein müssen (Maier, 2024, S. 203, Z. 68-71).

Auch hier zeigt sich, dass die Folgen der unklaren Empfehlungen nicht nur auf institutioneller Ebene wirksam werden, sondern sich konkret in den Erfahrungen der trans Personen niederschlagen: Der gesamte Begutachtungsprozess – sowohl zur medizinischen als auch zur rechtlichen Anerkennung – erscheint den Befragten als chaotisch und uneinheitlich. Es fehlt an transparenten Regelungen, Verantwortlichkeiten und Abläufen. Maier (2024) beobachtet, dass diese Unklarheiten nicht nur trans Personen verunsichern, sondern auch bei Psy* erhebliche Orientierungslosigkeit auslösen. Die Gruppendiskussionen zeigen deutlich, wie einige Psy* versuchen, diese Unsicherheiten durch Strategien des Autoritätsaufbaus zu kompensieren. Dabei wird häufig auf angebliche externe Vorgaben verwiesen: So wird das Misgelden mit der Begründung gerechtfertigt, dass „die Krankenkasse das so verlangt“ (Maier, 2024, S. 203); eine zusammenfassende Stellungnahme wird unter Verweis auf eine nicht näher definierte Leitlinie verweigert (Maier, 2024, S. 237); und die angeblich notwendige Mindestdauer einer Psychotherapie wird mit dem vagen Argument eines „legal thing“ (Maier, 2024, S. 252, Z. 9) erklärt. Diese Aussagen verweisen nicht nur auf das Fehlen einheitlicher Standards, sondern auch auf eine Rhetorik, mit der Verantwortung abgewehrt und Unsicherheit kaschiert wird.

Wahrheit erscheint in den Behandlungsempfehlungen nicht als verhandelbare oder kontextabhängige Konstruktion, sondern als objektives Ergebnis wissenschaftlicher Verfahren. Doch was als neutraler Wissensstand vermittelt wird, ist vielmehr das Resultat einer Vielzahl diskursiver Zwänge und Ausschlüsse. Es ist eine Wahrheit, die sich auf

vermeintlich objektives, quantitativ erzeugtes Fachwissen stützt – getragen von internationalen Institutionen und vermittelt durch Vertreter*innen psychologischer und medizinischer Disziplinen. Dabei bleibt das Wissen von trans Personen selbst weitgehend unsichtbar. Ihre Perspektiven scheinen nur dann Gültigkeit zu besitzen, wenn sie sich in die erwarteten Wahrheitsordnungen einfügen. Wer als Sprecher*in gilt und welche Aussagen als wahr akzeptiert werden, folgt einer klaren Logik wissenschaftlicher Autorisierung – eine Logik, die trans Personen sehr wohl durchschauen, und auf die sie sich oftmals strategisch einstellen, um Zugang zu medizinischer Versorgung und rechtlicher Anerkennung zu erhalten (Maier, 2024). Die diskursmächtigen Sprecher*innen treten dabei kaum in Erscheinung. Typisch für moderne Machtformen – und insbesondere im Sinne Foucaults – bleiben sie im Hintergrund: anonymisiert, entpersonalisiert, scheinbar neutral. Der Text konstruiert sich als objektives Wissen ohne Subjekt – eine sprachlich erzeugte Realität, die durch Passivierungen, institutionelle Verweise und fachsprachliche Autorität gestützt wird. Doch genau in dieser Unsichtbarkeit zeigt sich die Macht: Sie wirkt nicht durch offene Unterdrückung, sondern durch Setzung von Normen, Standards und Verfahren, die bestimmte Subjektpositionen ermöglichen – und andere ausschließen. Die Behandlungsempfehlungen präsentieren sich als unterstützendes Instrument, formulieren jedoch zahlreiche implizite und explizite Anforderungen, die in der Praxis oft als Hürde erlebt werden. Gleichzeitig bleiben zentrale Fragen – etwa zur konkreten Verantwortung oder zur Finanzierung – diffus, was zu Verunsicherung und Unklarheit führt.

Im Sinne Foucaults richtet sich der Blick moderner Macht nicht auf jene, die sie ausüben, sondern auf jene, an denen sie wirksam wird. Nachdem im vorangegangenen Abschnitt deutlich wurde, wie sich Macht in den Empfehlungen sprachlich und institutionell organisiert – und wie sie sich dabei zugleich ihrer Sichtbarkeit entzieht – soll im Folgenden der Blick auf die Subjekte gelenkt werden, die im Zentrum dieser diskursiven Ordnungen stehen: auf die Professionistinnen der Psy*-Disziplinen, die als diagnostische und therapeutische Instanzen auftreten – und auf die trans Personen, die durch diese Verfahren adressiert, klassifiziert und in spezifische Subjektpositionen, bestimmte gesellschaftliche Rollen und Bedeutungszuschreibungen, gedrängt werden. Dabei ist der Machtbegriff bei Foucault nicht als ausschließlich unterdrückend zu denken: Macht funktioniert nicht nur über Verbote und Ausschlüsse, sondern auch über das Sichtbarmachen, das Erzeugen und Strukturieren von Subjektpositionen.

5.2 Sichtbare Subjekte: Zur Darstellung von Trans und Psy* in den Behandlungsempfehlungen

In den Behandlungsempfehlungen werden zwei zentrale Subjektpositionen sichtbar, deren Verhältnis zueinander als binäre Opposition gestaltet wird: Auf der einen Seite stehen die Psy*, jene Fachpersonen, die durch ihre Einbindung in wissenschaftlich-medizinische Institutionen als Träger*innen von Wahrheit gelten. Durch ihre Ausbildung, in der sie lernen, Konzepte und Verfahren anzuwenden, die im hegemonialen Diskurs als wissenschaftlich legitim gelten, werden Psy* zu autorisierten Instanzen, die befugt sind, Urteile zu fällen und Deutungsmacht über Geschlecht und Identität auszuüben. Auf der anderen Seite stehen die trans Personen, auf die sich ein forschender, prüfender, definierender Blick richtet – sie erscheinen als Objekte dieses Wahrheitsdiskurses, als diejenigen, die dem Licht der Beobachtung (Foucault, 2021, S. 222) ausgesetzt sind.

Die Behandlungsempfehlungen reihen sich damit in ein größeres Gefüge medizinisch-psychologischer Diskurse ein, die trans Personen systematisch pathologisieren und auf diese Weise die hierarchische Struktur der Beziehung zwischen Psy* und trans Personen stabilisieren. Rott (2014) zeigt in ihrer diskursanalytischen Untersuchung von Lehrbuchtexten, die im Studium der Medizin oder Psychologie zur Anwendung kommen, wie diese eine Perspektive vermitteln, in der Psy* und Professionist*innen mit Handlungsfähigkeit, Wissen und Objektivität ausgestattet sind, während trans Personen als rein subjektiv empfindende, passiv reagierende Objekte medizinisch-psychologischer Deutung erscheinen. Während sich die Psy* diagnostisch, forschend und therapeutisch betätigen, erscheinen trans Personen in diesen Texten vor allem als von Wunsch, Unzufriedenheit oder innerem Erleben getriebene Individuen – ohne Handlungsmacht im Diskurs der Wahrheit. Rott (2014, S. 209) fasst dies prägnant zusammen: „Diskurse der Wahrheit stehen Diskursen der Wahrnehmung gegenüber“.

Nachdem im vorherigen Kapitel analysiert wurde, wer innerhalb der Behandlungsempfehlungen die Definitionsmacht beansprucht und auf welchen Formen institutionalisierter Autorität diese beruht, richtet sich der Blick nun auf die Subjektpositionen, die durch diese Wissensproduktion hervorgebracht werden: Welche Vorstellungen von Psy* und von trans Personen entstehen in diesen Texten? Welche Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Eigenschaften werden ihnen jeweils zugeschrieben – und welche Konsequenzen ergeben sich daraus für ihre Beziehung zueinander?

Im Sinne der Kritischen Diskursanalyse nach Jäger (2014) geht es in diesem Kapitel darum herauszuarbeiten, was über diese Subjekte sagbar ist und was nicht, welche

Bedeutungsrahmen ihnen zugewiesen werden und welche sozialen Realitäten dadurch hergestellt werden.

5.2.1 Die Trans Person

In den Behandlungsempfehlungen erscheinen trans Personen vorrangig als Objekte, über die gesprochen und geurteilt wird, die definiert und geprüft werden. Dabei lässt sich eine deutliche sprachliche Passivierung beobachten: Trans Personen treten nicht als handelnde Subjekte in Erscheinung, sondern als Personen, über die verfügt wird – über die gesprochen und über die entschieden wird. Sie werden mit Störungen diagnostiziert, ihre Empfindungen werden von Psy* festgestellt, Fachpersonen finden einen Konsens über die trans Person. Eine Behandlungsbedürftigkeit wird vorausgesetzt, ebenso wie die Notwendigkeit von professioneller Hilfe durch Psy*, um die Lebenssituation der betroffenen Person zu verbessern. Innerhalb des beschriebenen Ablaufs im medizinisch-psychologischen System „geschehen“ trans Personen die Dinge – Untersuchungen „erfolgen“, Diagnosen werden „gestellt“ – ohne, dass der Text einen aktiven Beitrag oder eine Entscheidungsbefugnis der betroffenen Personen vorsieht. Auf deren Bedürfnisse wird an keiner Stelle explizit eingegangen. Auch wenn trans Personen im Text eine passive Rolle zugewiesen wird, produzieren die Behandlungsempfehlungen dennoch spezifische Subjektpositionen – sie formen mit, wer trans Personen in diesem Kontext sein dürfen und wie sie sich verhalten sollen. Die Diskurse entfalten dabei nicht nur eine repressive, sondern auch eine produktive Wirkung: Sie schaffen Wirklichkeiten, bestimmen Positionen und begrenzen mögliche Handlungsspielräume. Foucault beschreibt diesen Zusammenhang in seiner Diskurstheorie mit dem Begriff der Doktrin. In *Die Ordnung des Diskurses* (2001) schreibt er:

Die Doktrin bindet die Individuen an bestimmte Aussagetypen und verbietet ihnen folglich alle anderen; [...] Die Doktrin führt eine zweifache Unterwerfung herbei: die Unterwerfung der sprechenden Subjekte unter die Diskurse und die Unterwerfung der Diskurse unter die Gruppe der sprechenden Individuen (Foucault 1971/2023, S. 29).

Trans Personen werden in den Behandlungsempfehlungen so in ein System eingebunden, das ihnen bestimmte Formen des Sprechens und Denkens erlaubt, während andere ausgeschlossen bleiben. Die Behandlungsempfehlungen gestalten also nicht nur Abläufe medizinisch-psychologischer Betreuung, sondern auch normative Vorstellungen davon, was eine „richtige“ oder „behandelbare“ trans Person ist.

5.2.2 Klinisch bedeutsames Leiden: Zur Pathologisierung von Trans in DSM-V und ICD 10

Da die Behandlungsempfehlungen eingangs DSM-V und ICD-10 für ihre Zuschreibungen über Trans referenzieren, lohnt sich ein Blick auf die dort enthaltenen Darstellungen von Trans. Die kritische Auseinandersetzung mit den diagnostischen Kriterien soll dabei helfen zu verstehen, wie Trans im Rahmen dieser Systeme konstruiert wird und welche Subjektpositionen trans Personen durch diese Diagnostikmanuale, die die Behandlungsempfehlungen maßgeblich beeinflussen, angeboten werden.

Bereits im einleitenden Abschnitt des DSM-V (APA, 2018) zur Diagnose „Geschlechtsdysphorie“ zeigt sich eine hierarchische Struktur – nach Foucault (2021) ein hierarchischer Blick – wie sie auch in Lehrbüchern (vgl. Rott, 2014) und den Behandlungsempfehlungen aufzufinden ist: Die Diagnosekriterien wurden von „spezialisierten Klinikern unterschiedlicher Fachrichtungen“ (APA, 2018, S. 619) entwickelt – und nicht etwa unter Einbezug der Perspektive von trans Personen.

Die Diagnose „Geschlechtsdysphorie“ setzt einen klinisch relevanten Leidensdruck voraus, der aus der Diskrepanz zwischen Genderidentität und Zuweisungsgeschlecht entstehen kann (DSM-V, S. 620). Dabei wird festgehalten, dass nicht alle Personen unter dieser Diskrepanz leiden, häufig entstehe jedoch Leidensdruck durch die fehlende Verfügbarkeit angestrebter medizinischer Maßnahmen. Ziel sei es, die Diagnose – nicht die Identität – in den Mittelpunkt zu stellen. Das stelle eine Veränderung zum DSM-IV dar, wo die Geschlechtsidentität selbst stärker pathologisiert wurde (APA, 2018, ebd.).

Für die Diagnose bei Jugendlichen und Erwachsenen müssen über mindestens sechs Monate mindestens zwei der folgenden Kriterien erfüllt sein: eine ausgeprägte Diskrepanz zwischen Genderidentität und primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmalen (bzw. deren erwarteter Entwicklung bei Jugendlichen), ein starkes Verlangen, die eigenen Geschlechtsmerkmale loszuwerden oder jene des „anderen“ Geschlechts zu besitzen, ein ausgeprägtes Verlangen, dem „anderen“ oder einem alternativen Geschlecht anzugehören, sowie das Bedürfnis, auch entsprechend behandelt zu werden. Zusätzlich muss eine klinisch relevante Beeinträchtigung in sozialen, schulischen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen vorliegen (APA, 2018, S. 621).

In der weiteren Beschreibung der diagnostischen Merkmale wird betont, dass zusätzlich zur Diskrepanz zwischen Zuweisungsgeschlecht und Gender ein klinisch bedeutsames Leiden vorliegen muss. Damit wird deutlich: Die Anerkennung als trans Person im Rahmen dieser Diagnose ist an das Vorliegen von Leid gebunden. Eine alternative, nicht-

leidende Subjektposition wird nicht vorgesehen. Trans wird hier nicht als mögliche Variante von Geschlecht verstanden, sondern als behandlungsbedürftige Abweichung, die nur über das Leiden eine medizinische Relevanz erhält.

Obwohl das DSM-V darauf hinweist, dass Genderidentität auch jenseits binärer Geschlechtervorstellungen bestehen kann, reproduzieren die anschließenden Beschreibungen stereotype und teils überholte Geschlechterbilder – insbesondere bei Kindern und Jugendlichen. So wird etwa bei Kindern mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht von einem bevorzugten Tragen „typisch männlicher Kleidung“ und „entsprechendem Haarschnitt“ (vgl. DSM-V Diagnose F64.2) gesprochen, während Männlichkeit mit Raufen, Kontaktsport und körperlicher Aktivität verbunden wird. Weiblichkeit wird hingegen über das Spielen mit Puppen, Verkleidungsspiele, Vater-Mutter-Kind-Spiele und Bildermalen, mit Barbie spielen, Meiden von Wettkampfsportarten und Desinteresse an Autos und Lastwagen definiert (APA, 2018, S. 623). Dabei werden deutlich Geschlechtervorstellungen reproduziert, die sich an tradierten binären Mustern orientieren.

Während bei Kindern die Geschlechterklischees noch offen benannt werden, verzichtet das DSM-V bei Erwachsenen weitgehend auf solche expliziten Zuschreibungen. Der Fokus wird hier primär auf sogenannte *Geschlechtsmerkmale* gesetzt:

Die trans Person soll ein starkes Verlangen danach zeigen, bestimmte körperliche Merkmale loszuwerden und jene des „anderen“ Geschlechts zu erlangen. In der konkreten Beschreibung zeigt sich ein anderes Bild als in der anfänglichen Betonung, auch nicht-binäre Geschlechtsidentitäten mitzudenken: Die Sprache bleibt eindeutig binär. Vorstellungen von „männlich“ und „weiblich“ werden als feste Bezugspunkte verwendet, das diagnostische Kriterium zielt auf einen Wechsel zwischen diesen beiden Polen ab. Damit stehen die anfänglichen Versprechungen einer Öffnung über binäre Geschlechtergrenzen hinweg im Kontrast zur tatsächlichen sprachlichen und inhaltlichen Umsetzung. Auch in der Beschreibung der zugehörigen Merkmale zur Diagnosesicherung wird deutlich, dass trans Personen sich binär konform verhalten müssen, um als „glaubwürdig“ zu gelten: So sollen etwa Jugendliche mit männlichem Zuweisungsgeschlecht sich die Beine rasieren oder den Penis zurückbinden. Die zugrunde liegende Logik folgt der Annahme, dass nur ein möglichst „kohärentes“ (sprich: in binären Klischees aufgehendes) Verhalten die Diagnose plausibel macht. Zudem wird trans Personen eine mit Scham besetzte Beziehung zu ihrem Körper zugeschrieben. So heißt es etwa, sexuell aktive Jugendliche würden „ihrem Partner in der Regel ihre primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale nicht zeigen und sich dort auch nicht berühren lassen“ (APA, 2018, S. 624). Eine selbstbestimmte, neugierige oder

lustvolle Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper bleibt in dieser Beschreibung unerwähnt. Die hier entworfene Subjektposition ist jene der leidenden, sich schämenden Transperson, deren Sexualität als gestört oder defizitär erscheint.

Schließlich gibt das DSM-V auch sehr detaillierte Auskünfte über sexuelle Orientierungen und deren Zusammenhang mit dem Diagnoseverlauf. So wird etwa zwischen frühem und spätem Beginn der Dysphorie unterschieden, wobei diesen unterschiedliche sexuelle Orientierungen zugeschrieben werden: Jugendliche mit männlichem Zuweisungsgeschlecht und frühem Beginn seien überwiegend androphil, jene mit spätem Beginn hingegen häufiger gynäphil. Auch für trans Personen mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht werden eindeutige Zuordnungen getroffen (APA, 2018, S. 626). Diese detaillierte Kategorisierung vermischt Geschlechtsidentität und sexuelle Orientierung, ohne deren Unterschiedlichkeit zu reflektieren. Woher die dafür herangezogenen Daten stammen, bleibt unklar. In der Konsequenz wird ein Bild von Trans entworfen, das stark normativ, binär und mit negativ konnotierter Sexualität ausgestattet ist – und das kaum Raum für selbstbestimmte, vielfältige oder widersprüchliche Erfahrungen lässt.

Auch das ICD-10 der WHO schreibt trans Personen spezifische Subjektpositionen zu, die stark durch eine binäre Geschlechterordnung, eine problematisierende Perspektive auf trans Sein sowie einen Fokus auf körperliche Angleichung geprägt sind. Die Definition 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)

Diese Formulierung legt nahe, dass trans Sein in erster Linie mit einem Leiden verbunden ist, das aus der Diskrepanz zwischen Körper und Geschlechtsidentität resultiert. Die zentrale Figur, die hier entworfen wird, ist die der leidenden, körperlich „falsch“ verorteten trans Person, die medizinische Maßnahmen anstrebt, um eine Angleichung an das „bevorzugte“ Geschlecht zu erreichen. Auch hier wird die Binarität der Geschlechter nicht nur vorausgesetzt, sondern durch die Begrifflichkeit „anderes Geschlecht“ aktiv reproduziert. Indem körperliche Angleichung als zentrales Merkmal des trans Seins definiert wird, wird zugleich eine normative Vorstellung davon geschaffen, wie eine „richtige“ trans Person zu sein hat: nämlich jene, die den Wunsch nach medizinischer Transition äußert. Andere

Lebensrealitäten – etwa die Entscheidung gegen körperliche Eingriffe oder das Selbstverständnis als nicht-binär – bleiben in dieser Definition unsichtbar oder erscheinen implizit als abweichend oder weniger legitim. Das ICD-10 erzeugt somit eine spezifische, eng umrissene Subjektposition, die an medizinische Normen, an binäre Geschlechtervorstellungen und an einen bestimmten Leidensdiskurs gebunden ist. Trans wird hier nicht nur definiert, sondern durch Beschreibungen auch reguliert – die Manuale werden zu Instanzen, die darüber entscheiden, wer als „echt“, „glaubwürdig“ oder „behandlungsbedürftig“ gilt. Im Sinne Foucaults (2021) lässt sich hier eine Technik der *normierenden Sanktion* erkennen: Individuen werden bewertet, verglichen und vermessen – mit dem Effekt, dass alle dazu angehalten werden, sich an ein bestimmtes Muster anzupassen.

5.2.3 Entsprechend dem Ausmaß des individuellen Leidenszustandes: Legitimierungen der Kontrolle

Die analysierten Behandlungsempfehlungen übernehmen zentrale Konzepte und Begrifflichkeiten aus den Diagnostikmanualen ICD-10 und DSM-V und führen deren logische Struktur fort: Trans Personen erscheinen vorrangig als behandlungsbedürftige Subjekte. Bereits der Titel der Empfehlungen impliziert, dass trans Personen sich einem Prozess der Behandlung unterziehen müssen. Auch wird auf einen therapeutischen Zugang, der einen Leidenszustand als Ausgangspunkt voraussetzt, fokussiert. Diese Annahme wird im Textverlauf durch wiederkehrende sprachliche Strategien legitimiert – insbesondere durch die Konstruktion eines Leidenszustands und der Generalisierung eines Unterstützungsbedarfs. So wird etwa formuliert, trans Personen würden „darunter leiden, dass ihr Geburtsgeschlecht dem entgegengestellt ist, mit dem sie sich identifizieren“ (Z. 20-21). Im diagnostischen Teil der Empfehlungen (Z. 90–114) wird gefordert, Art und Ausmaß des Unbehagens oder Missempfindens zu klären – ein Leiden wird hier zur Voraussetzung für medizinische Anerkennung. Damit geht auch eine bestimmte narrative Erwartung einher: Die Erzählung von Leid wird zur Voraussetzung für Unterstützung, da das Gesundheitssystem auf die Diagnose von Abweichung und Pathologie ausgerichtet ist – und nur dort aktiv wird, wo es „Krankheit“ erkennt.

Eine Person aus Maiers (2024, S. 193, Z. 28-31) Gruppendiskussionen berichtet: „[...] wenn ich irgendwo hingeh und mit ner Stellungnahme bin und dann glücklich bin (lacht), das darf gar nicht sein. Ich muss schauen, dass ich möglichst irgendwie dann irgendwelche Trauergeschichten erzählen [muss]“.

Zugleich wird das Wissen von trans Personen über sich selbst sprachlich abgeschwächt: Es wird als Empfindung, Bewusstsein oder Wahrnehmung bezeichnet. Besonders auffällig wird dies an einer Formulierung in Zeile 94, in der von einer „subjektiv empfundenen Geschlechtsrolle“ geschrieben wird. In dieser Formulierung überlagern sich gleich mehrere Abwertungsstrategien: Erstens wird das Geschlechtsempfinden von trans Personen nicht als sicheres Wissen oder klare Identität anerkannt, sondern auf eine Empfindung reduziert. Zweitens wird diese Empfindung ausdrücklich als subjektiv markiert – als rein persönliche Einschätzung, die ohne Überprüfung nicht als objektiv oder allgemeingültig gelten kann. Drittens wird statt von Geschlecht selbst von einer Rolle geschrieben – was nahelegt, dass es sich lediglich um ein Verhalten, ein Auftreten oder eine symbolische Aneignung handelt, nicht aber um eine authentische Identität. Diese Formulierung steht exemplarisch für eine dreifache Unterminierung trans Wissens: Sie stellt infrage, ob trans Personen überhaupt wissen, wer sie sind; sie entwertet dieses Wissen als persönliche Meinung; und sie rückt die gelebte Identität in die Nähe einer Rolle, also einer potenziell unauthentischen Inszenierung. Damit wird trans Subjektivität nicht nur sprachlich relativiert, sondern auch aus dem Bereich des anerkannten Wissens ausgeschlossen und lediglich als persönliche Empfindung oder Gefühl dargestellt. Dieses Gefühl wiederum kann überprüft, validiert oder korrigiert werden.

In ihrer Kombination mit pathologisierenden Beschreibungen und der Konstruktion eines umfassenden Unterstützungsbedarfs tragen solche Formulierungen entscheidend zur diskursiven Legitimierung therapeutischer Kontrolle bei. Wer über sich selbst nicht verlässlich Auskunft geben kann, erscheint als besonders behandlungsbedürftig, als besonders „sichtbar“ im Sinne Foucaults (2021) – als Subjekt, das unter Beobachtung gestellt werden muss. So dient die therapeutische Begleitung nicht nur der Unterstützung, sondern auch der Überprüfung und Einordnung eines als unsicher markierten Subjekts. Sprachliche Konstruktionen wie die der „subjektiv empfundenen Geschlechtsrolle“ verankern diese Kontrollbedürftigkeit auf der Ebene der Begriffe – sie machen sie selbstverständlich, plausibel und notwendig.

Ein weiteres zentrales Legitimierungsmuster liegt in der Zuschreibung von Defiziten. Trans Personen wird nicht nur ein therapeutischer Bedarf in Bezug auf ihre Geschlechtsidentität unterstellt, sondern auch in anderen Lebensbereichen: So sollen sie Unterstützung bei der Entwicklung von Selbstfürsorge, beruflicher Orientierung, Beziehungsfähigkeit und „realistischen sexuologischen Erwartungshaltungen“ (Z. 136-139)

benötigen. Diese Zuschreibungen basieren nicht auf individuellen Bedürfnissen, sondern erscheinen als generalisierte Annahmen über die Gruppe der trans Personen. Die Sprache impliziert, dass sie ohne professionelle Begleitung nicht in der Lage seien, diese Aspekte selbstständig zu bewältigen. Hier wird nicht argumentiert, sondern vorausgesetzt – und gerade diese voraussetzende Form trägt dazu bei, dass der Bedarf an Regulation und Kontrolle selbstverständlich erscheint.

Auch die therapeutische Behandlung wird in diesem Zusammenhang doppelt gerahmt: Einerseits als Hilfeleistung, andererseits als Teil eines fortlaufenden diagnostischen Prozesses – als Mittel zur kontinuierlichen Beobachtung und Bewertung (vgl. Z. 128–144). Die „Unterstützung“ wird damit zu einem Kontrollmechanismus, der durch die vorausgehenden Zuschreibungen über trans Personen als plausibel und notwendig legitimiert wird.

Die verschiedenen sprachlichen Techniken – Pathologisierung, Subjektivierung und Generalisierung von Defiziten – greifen ineinander und formen ein diskursives Bild von trans Personen als grundsätzlich zu überprüfende Subjekte. Ihre Wahrnehmungen gelten als ungesichert, ihre Selbstdefinition als unzureichend, ihre Lebensgestaltung als potenziell defizitär. Genau dadurch erscheint medizinische Überwachung nicht als Zwang, sondern als Fürsorge – und Kontrolle nicht als Eingriff, sondern als logische Notwendigkeit.

Präsentieren sich trans Personen vor Psy* als entschlossene, wissende Subjekte, kann es dazu kommen, dass ihnen dieses Wissen abgesprochen wird (Maier, 2024, S. 183, Z. 31–36)

Ähm bin beim ersten Termin halt irgendwie so ja ‚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.

Das Wissen der befragten Person über sich selbst wurde hier nicht anerkannt, stattdessen erwartete die Psy* ein Entdecken über einen therapeutisch begleiteten Prozess, der nach deren Vorstellungen abzulaufen habe.

5.2.4 Zur Konstruktion von Geschlecht: Zwischen Geburtsgeschlecht und subjektiv empfundener Geschlechtsrolle

In den analysierten Behandlungsempfehlungen wird Geschlecht nicht systematisch reflektiert oder definiert, sondern erscheint als selbstverständliche Kategorie. Diese vermeintliche Klarheit lässt jedoch unbeachtet, dass hier eine spezifische Vorstellung von

Geschlecht konstruiert und vorausgesetzt wird – eine Vorstellung, die sich durch ein Spannungsverhältnis zwischen einer behaupteten Offenheit für geschlechtliche Vielfalt und einer zugleich wirkmächtigen binären Ordnung auszeichnet. So werden im einleitenden Teil der Behandlungsempfehlungen, der Präambel, Begriffe wie „transsexuell“, „transgender“ und „gender-nonkonform“ (Z. 15–16) verwendet, die zunächst auf ein vielfältigeres Verständnis von Geschlecht hindeuten. Doch wenig später wird der Begriff des „entgegengestellten Geschlecht“ (Z. 20) eingeführt – ein Begriff, der auf eine klassische Zwei-Geschlechter-Logik verweist. Die Möglichkeit, Geschlecht als Kontinuum oder als soziales Konstrukt jenseits fester Pole zu verstehen, bleibt hier unbeachtet. Dies zeigt sich auch in der Verwendung weiterer Begriffe wie „Geburtsgeschlecht“ (Z. 20) und „Geschlechtsrolle“, (Z. 17) die eine klare, beobachtbare und bewertbare Einordnung nahelegen. Dass etwa im Rahmen der Stellungnahmen eine „Annäherung an die gewünschte Geschlechtsrolle“ auch im äußeren Erscheinungsbild bestätigt werden soll (Z. 242–243), verweist auf die Vorstellung, Geschlecht sei von außen lesbar – und damit auch kontrollierbar. Die Passung von Körper, Rolle und Geschlechtsidentität wird so nicht als individuelle Realität, sondern als überprüfbare Erfüllung bestimmter Erwartungen dargestellt. Trans wird dabei diskursiv nicht als Variante innerhalb geschlechtlicher Vielfalt verhandelt, sondern als Abweichung, die eines Ausgleichs, einer Korrektur, einer medizinisch-therapeutischen Anpassung bedarf. Von Beginn des beschriebenen Behandlungsprozess in den Empfehlungen steht trans Sein unter dem Vorzeichen des Unbehagens: Abweichungen der binären Geschlechtslogik wird nicht als ein möglicher Ausdruck, sondern als behandlungswürdiger Zustand beschrieben, dessen Ziel die Einordnung in diese Logik ist. Diese Sichtweise folgt der Logik disziplinierender Macht (Foucault, 2021): weil sie durch die Abweichung von einer normativ gesetzten Geschlechtsordnung sichtbar – und damit auch kontrollierbar – werden, geraten trans Personen in den Fokus medizinischer und psychologischer Institutionen. Die Behandlungsempfehlungen produzieren trans Subjektivität nicht nur als Leidenszustand, sondern auch als regulierungsbedürftige Abweichung – sie konstruieren ein Subjekt, das durch therapeutische Führung an einen imaginierten Normalzustand herangeführt werden muss. Die Begriffe über Geschlecht fungieren in diesem Zusammenhang als Instrumente der Disziplinierung: Um ein zuvor analysiertes Beispiel erneut aufzugreifen, zeigt sich dies besonders deutlich in der Formulierung von der „subjektiv empfundenen Geschlechtsrolle“ (Z. 94). Diese Beschreibung relativiert die Geschlechtsidentität von trans Personen auf dreifache Weise: Sie ist „empfunden“ – also kein Wissen, sondern bloßes Gefühl; sie ist „subjektiv“ – also nicht verlässlich und bedarf Überprüfung; und sie ist eine „Rolle“.

Geschlecht erscheint als etwas, das nicht selbstverständlich gewusst oder benannt werden kann – es sei denn, es deckt sich mit der cis-normativen Zuschreibung. Diese ist unsichtbar, während Transgeschlechtlichkeit sichtbar gemacht wird.

Insgesamt entfalten die Behandlungsempfehlungen damit ein normatives Bild von Geschlecht, das Vielfalt zwar begrifflich anreißt, sie aber diskursiv nicht anerkennt. Stattdessen wird Geschlecht entlang eines binären Ordnungsschemas denkbar gemacht, innerhalb dessen Abweichungen entweder als „nicht konform“ oder als behandlungsbedürftig erscheinen – niemals aber als gleichwertige Ausdrucksformen. In diesem Spannungsfeld zwischen Anerkennung und Abwertung, zwischen Differenz und Korrektur wird nicht nur Geschlecht reguliert, sondern auch trans Leben auf eine bestimmte Form des Erkennens und Handelns eingeschränkt.

5.2.5 Am Ende der Transitionsphase: Über die ideale Trans Person und transnormative Narrative

Im abschließenden Abschnitt zur diskursiven Konstruktion von Trans Subjektpositionen wird nun zusammengeführt, welches Bild von trans Personen in den Behandlungsempfehlungen implizit (und teils explizit) angenommen und vorausgesetzt wird. Slunecko und Maier (2025) beschreiben Transnormativität als einen zentralen Themenkomplex, die trans Personen in Gruppendiskussionen (Maier, 2024) immer wieder ansprechen. Viele der Befragten berichten, sich in Begutachtungssituationen gezielt an erwartete Vorstellungen der Psy* angepasst zu haben – etwa durch Kleidung, Körperhaltung oder die selektive Darstellung ihrer Lebensrealität. Folgend soll reflektiert werden, wie eine trans Person aussehen und sich verhalten müsste, um den Anforderungen, Normvorstellungen und Zuschreibungen der Behandlungsempfehlungen zu entsprechen. Damit werden zuvor analysierte Annahmen über Trans-Sein gebündelt, ergänzt und in Bezug auf das resultierende Subjektmodell lesbar gemacht.

Die Auswertung orientiert sich unter anderem an Maiers (2024) Beschreibung der *transnormativen Biographie*. Vergleichbare Beobachtungen wurden in der Forschung bereits unter verschiedenen Begriffen formuliert, etwa als *transnormatives Narrativ* (Lüthi, 2020), das *Idealbild eines Transsexuellen* (Saalfeld, 2019) oder das *Transsexualitäts-Paradigma* (Baumgartner, 2019). Ihnen allen ist gemeinsam, dass sie auf die Wiederholung bestimmter Figuren hinweisen, die als „typisch“ für trans Personen gelten (sollen) – formuliert durch externe Akteur*innen aus den Wissenschaften, der Medizin oder Psychologie, ohne die Erfahrungsrealitäten und das Wissen von trans Personen selbst einzubeziehen. Im analysierten

Text – den Behandlungsempfehlungen – lassen sich folgende zentrale Merkmale der angenommenen trans Subjektposition identifizieren:

1. Geschlechtliche Binarität

Trotz der teilweise geschlechtsvielfältigeren Begriffe, die – wie im vorangegangenen Kapitel analysiert – punktuell verwendet werden, bleibt das grundlegende Ordnungsprinzip binär. Es wird erwartet, dass trans Personen einen eindeutigen, idealerweise durch medizinische Maßnahmen (Hormone, Operationen) unterstützten Wechsel von einem der beiden Geschlechterpole zum anderen vollziehen wollen. Dies zeigt sich etwa in Formulierungen wie dem „entgegengesetzten“ Geschlecht oder in der strukturellen Logik des Behandlungsverlaufs. Die Vorstellung eines klaren Endpunkts (Z. 189) suggeriert, dass Transition ein linearer Prozess mit definiertem Ziel sei. Zwar werden Maßnahmen durch den Begriff „*bei Wunsch*“ (Z. 148; Z. 189) als optional und nicht zwingend markiert, doch fehlt es gänzlich an Ausführungen, was geschieht, wenn solche Wünsche nicht bestehen. Alternativen zu medizinischen Anpassungen werden weder beschrieben noch als legitim markiert – was die Option formal zur Verfügung stellt, sie diskursiv aber schließt. Das trans Subjekt bleibt eines, das binär denkt, empfindet und handelt.

2. Dauerhaftigkeit und Eindeutigkeit

In den Anforderungen an diagnostische Stellungnahmen wird wiederholt betont, dass die trans Identität „dauerhaft“ sein muss. Eine zentrale Aufgabe der Psy* ist es, diese Dauerhaftigkeit in den Stellungnahmen, aber auch während therapeutischen Sitzungen, festzustellen. Trans ist hier kein offener oder prozesshafter Zustand, sondern eine zu beurteilende, möglichst stabile Eigenschaft. Fluidität, Wandelbarkeit oder ein Spiel mit dem Geschlecht finden darin keinen Raum – stattdessen wird Beständigkeit als Voraussetzung für Legitimität behandelt.

3. Kohärenz zwischen Innerem und Äußerem

Das aus den Empfehlungen hervorgehende Transsubjekt präsentiert ein sichtbares, kohärentes äußeres Erscheinungsbild, welches deutlich das empfundene Geschlecht widerspiegelt. Widersprüche, Ambivalenzen oder uneindeutige Darstellungen gefährden etwa den Zuspruch für eine Namens- oder Personenstandsänderung. In der dafür notwendigen Stellungnahme muss durch eine Psy* festgestellt werden, dass sich „das äußere Erscheinungsbild der gewünschten Geschlechtsrolle deutlich angenähert hat“ (Z. 242 – 243). Bei weiteren Stellungnahmen muss von der Diagnose bis zu

Operationen immer wieder erneut bestätigt werden, „dass die Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus ohne Behandlung aus heutiger Sicht mit sehr großer Wahrscheinlichkeit als dauerhaft eingestuft werden kann“ (Z.103-105) und dass „hinsichtlich der Kontinuität und Unbeeinflussbarkeit des transsexuellen Wunsches bzw. der angestrebten Geschlechtsrolle“ (Z. 199-200) ein klarer Konsens der zu beurteilenden Psy* besteht.

4. **Leidensdruck**

Trans Personen werden in den Empfehlungen unhinterfragt als leidend beschrieben – und zwar an einem Zustand, der ihnen gewissermaßen „widerfährt“. Der Fokus liegt auf einem passiven Subjekt, das unter der Differenz zu seinem „eigentlichen“ Geschlecht leidet. Damit wird einerseits die medizinische Interventionsberechtigung begründet, andererseits werden auch trans Realitäten ausgeschlossen, die ohne Leidensdruck oder gar mit Freude ihrer Geschlechtsidentität begegnen.

5. **Wunsch nach therapeutischer Begleitung**

Die in den Empfehlungen beschriebene trans Person wird als therapiebedürftig und -willig beschrieben. Die therapeutische Auseinandersetzung wird als natürlicher Bestandteil der trans Geschlechtlichkeit betrachtet, womit eine weitere normative Setzung sichtbar wird: Die „richtige“ trans Person ist reflektiert, einsichtig und behandlungswillig.

In den österreichischen Behandlungsempfehlungen erscheint das trans Subjekt weniger durch direkte Beschreibung als vielmehr durch eine Reihe von Vorannahmen, die erfüllt sein müssen, damit der beschriebene Behandlungsprozess überhaupt einsetzbar wird. Diese Annahmen werden nur selten explizit benannt, entfalten aber dennoch eine strukturierende Wirkung: Sie legen fest, welche Art von Trans-Sein als plausibel, glaubwürdig und behandelbar gilt. Sichtbar wird dadurch ein normierendes Narrativ, das bestimmte Erwartungen an trans Personen heranträgt. Viele dieser Anforderungen gewinnen vor allem deshalb Bedeutung, weil sie im Verlauf des Behandlungsprozesses mehrfach von Psy* bestätigt werden müssen. Damit zeichnet sich auch ein bestimmtes Bild von Psy* ab – als Instanzen, die trans Personen einschätzen, bewerten und legitimieren sollen.

5.2.6. Beobachten, Einschätzen, Bestätigen: Die diskursive Funktion von Psy*

In den Behandlungsempfehlungen wird das Bild gegenüberliegender Pole konstruiert: Während trans Personen als zu prüfende Objekte erscheinen, treten Psy* aus der Position derer auf, die bewerten, einschätzen und letztlich Wahrheit produzieren. Ihnen wird epistemische Autorität zugesprochen – sie sind es, die Stellungnahmen ausstellen und damit über den Zugang zu medizinischen, sozialen und juristischen Transitionen entscheiden.

5.2.7 Unsichtbare Handlungsmacht – Psy* als passive Exekutive hegemonialer Wahrheiten

Trotz ihrer zentralen Funktion treten Psy* im analysierten Text sprachlich kaum als handelnde Subjekte in Erscheinung. Vielmehr werden sie in ihrer Rolle als Ausführende diskursiv entpersonalisiert. Diagnostische und therapeutische Prozesse werden in den Behandlungsempfehlungen oftmals sprachlich verselbstständigt: Es ist „die Diagnostik“, „die Behandlung“, „die Stellungnahme“, die durchgeführt und ausgestellt wird, ohne dass deutlich wird, wer hier zu handeln hat (Z. 97-99, 132, 149-156). Damit wird menschliches Zutun ausgelassen, Handlungsmacht verschleiert – Diagnostik und Behandlung erscheinen als objektive Instanzen, losgelöst von subjektiven Einschätzungen. Nur an wenigen Stellen treten die sogenannten Fachkräfte sprachlich ins Blickfeld. Eine der wenigen Sichtbarmachung geschieht zu Beginn der Behandlungsempfehlungen bei der Beschreibung, welche Fachberufe in dem Dokument adressiert werden: Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, andere Fachärzt*innen, Klinische Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen (Z. 48-51). Damit wird ein klar definiertes Zuständigkeitsfeld eröffnet und zugleich eingegrenzt – nur diesen Berufsgruppen wird die nötige Expertise zugesprochen, um über Trans entscheiden zu können. Diesen wird dabei „dringend empfohlen“, über eine zweijährige Berufserfahrung zu verfügen und sich gezielt mit Themen wie Gender-Nonkonformität, Transgender, Geschlechtsdysphorie oder Transsexualismus auseinanderzusetzen – insbesondere im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen (Z. 52–58). In der Empfehlung zur beruflichen Weiterbildung wird deutlich, wie ein bestimmtes Verständnis von Wissen über Trans etabliert und zugleich begrenzt wird. Fachkräfte sollen sich in spezifischen Bereichen – insbesondere der Psychodiagnostik, Psychopathologie sowie klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Kompetenzen – weiterbilden (Z. 56–57). Damit wird ein Wissensrahmen vorgegeben, der vor allem medizinisch-psychologisch orientiert ist. Erfahrungswissen von trans Personen selbst oder aktivistische Perspektiven finden in diesem Kontext keine Erwähnung. Wissen über Trans gilt demnach ausschließlich innerhalb eines fachlich institutionalisierten Rahmens als abgesichert.

Dabei entfaltet die Empfehlung zu Fort- und Weiterbildungen eine normative Wirkung: Sie definiert, was als relevante Expertise gilt, und gibt vor, welche Perspektiven auf Trans als legitim erscheinen. Indem Fort- und Weiterbildungen – meist geleitet von Vertreter*innen derselben Professionen – als Quelle anerkannten Wissens markiert werden, wird das epistemische Feld zirkulär geschlossen. Fachkräfte sollen sich in einem System weiterbilden, das die Deutungsmacht über Trans bereits in Anspruch nimmt. Die Notwendigkeit von Berufserfahrung und zusätzlicher Qualifikation vermittelt zudem, dass Transgeschlechtlichkeit als besonders komplexes, schwieriges Thema behandelt wird. Damit wird nicht nur ein hoher Anspruch an die beteiligten Berufsgruppen formuliert, sondern auch ein Bild von Trans erzeugt, das besondere fachliche Steuerung und Kontrolle nahelegt. Der Anspruch auf fachlich abgesichertes Wissen über Trans wird dabei auf die Fachkräfte projiziert: Sie sollen zuständig, kompetent und verantwortlich sein – über „richtiges“ oder „authentisches“ Transsein mitentscheiden.

In Gruppendiskussionen von trans Personen zeigt sich, dass der Aufruf zur Fort- und Weiterbildung zum Thema Trans nicht zwangsläufig zu einer verbesserten Praxis führt. Maier (2024) dokumentiert ein Beispiel, das aufzeigt, wie die Teilnahme an einschlägigen Fortbildungen in einzelnen Fällen sogar zu einer Verschlechterung der therapeutischen Beziehung führen kann:

Dann ging die zu einer Weiterbildung, spezifisch zur Arbeit mit trans Menschen. Und das war dann schlechter als vorher. (Maier, 2024, S. 119)

In der gemeinsamen Reflexion der Diskutierenden werden dabei konkrete Inhalte und Strukturen der Weiterbildungen infrage gestellt, in denen Wissen produziert wird und zirkuliert. Deutlich wird eine Skepsis bezüglich der Frage, wer dieses Wissen vermittelt und welche Perspektiven darin zum Vorschein kommen. Eine teilnehmende Person bringt dies pointiert zum Ausdruck:

Aber wer bietet denn überhaupt diese Lehrgänge an? [...] Die anderen Spezialexperten, die das seit 30 Jahren machen. [...] Und alle wixsen im Kreis seit 50 Jahren. (ebd.)

Maier (2024) arbeitet heraus, dass die Weiterbildung der Therapeutin offenbar zu einer verstärkten Identifikation mit der eigenen Expert*innenrolle geführt habe, wodurch die Perspektiven der trans Personen weniger Gehör fanden. Das Erfahrungswissen der trans Klient*innen wurde in diesen Kontexten tendenziell entwertet – zugunsten eines

formalisierten Wissens, das über Fortbildungsangebote vermittelt wird. Dies kann laut Maier zu einer Reproduktion von Wissenshierarchien führen, in denen trans Personen nicht als Wissensträger*innen, sondern primär als zu diagnostizierende Objekte erscheinen. Die kritische Rückmeldung aus der Praxis zeigt die realen Effekte professioneller Wissenslogiken. Die Aussagen verdeutlichen, wie Fort- und Weiterbildungen nicht nur der Wissensvermittlung dienen, sondern auch an diskursiven Prozessen der Subjektformierung von Psy* beteiligt sind, indem sie spezifische professionelle Selbstbilder und Wissensordnungen stabilisieren.

Die Rolle der Psy* wird in einem Rahmen verhandelt, in dem sie Teil der epistemischen Deutungsmacht sind – zu Beginn werden sie als Expert*innen sichtbar gemacht, ausgestattet mit dem Wissen, das im medizinisch-psychologischen Wissensfeld als wahr gilt, um danach hinter dieses Wissen zu treten. Nachdem in der Präambel der Behandlungsempfehlungen Psy* als Expert*innen mit Deutungsmacht über Trans markiert werden, verschwinden sie im weiteren Verlauf des Dokuments weitgehend – ab Seite drei, dem beschriebenen Behandlungsprozess, wird es schwierig, ihre konkreten Aufgaben und Verantwortlichkeiten nachvollziehbar zu erkennen. Deren wirkungsvolle Handlungsmacht, die Stärke, mit der sie über Trans Leben entscheiden, verschwindet nun hinter personifizierten Vorgängen – so sind es zum Beispiel nicht die Aufgaben der Psy*, die im Rahmen der Diagnosestellung beschrieben werden, sondern die „Aufgaben des diagnostischen Prozesses“ (Z. 101). Diese Formulierung wirkt auf den ersten Blick unauffällig. Der Inhalt scheint verständlich, die Aussage klar. Im Gesamtzusammenhang des analysierten Textes zeigt sich jedoch, dass solche sprachlichen Unschärfen eine Wirkung entfalten: Wenn Zuständigkeiten immer wieder unkonkret bleiben und handelnde Personen nicht benannt werden, wird Verantwortung uneindeutig und schwerer zu erkennen.

5.2.8 Kontrollinstanz mit Spielraum – die paradoxe Rolle der Psy*

Obwohl Psy* selten direkt adressiert werden, ergibt sich aus den Empfehlungen ein komplexes Aufgabenfeld für sie: Im Rahmen der Erstellung von Stellungnahmen sollen sie feststellen, ob eine Person unter „Transsexualismus“ leidet, ob diese Diagnose als dauerhaft einzustufen ist, welche Behandlungsschritte indiziert sind (z. B. Hormongabe oder chirurgische Eingriffe) und ob sich das äußere Erscheinungsbild einer Person hinreichend an eine Geschlechtsrolle angenähert hat. Auch Ansprüche an den therapeutischen Prozess werden in den Behandlungsempfehlungen gestellt.

Durch die Behandlungsempfehlungen werden Psy* als Relaisstationen (Foucault, 2021, S. 225) der Disziplinarmacht positioniert: Ihnen wird ein normativer Blick auf trans Personen nahegelegt, durch den sie normierende Sanktionen vollziehen – sei es auf Basis

medizinischer Klassifikationen wie DSM-V und ICD-10 oder impliziter Anforderungen durch Krankenkassen, die letztlich über den Zugang zu medizinischen Leistungen entscheiden. Die Macht der Psy* liegt dabei in ihrer Definitionshegemonie: sie entscheiden, wer als „trans genug“ gilt und welche Behandlungen als angemessen erscheinen. Gleichzeitig bleibt diese mächtige Rolle in den Behandlungsempfehlungen diffus. Die konkreten Kriterien, nach denen einschneidende Entscheidungen über trans Personen zu treffen wären, sind in den Empfehlungen vage, knapp oder fehlen ganz. Exemplarisch seien hier die Angaben für die Stellungnahmen genannt. Weder werden inhaltliche Anforderungen benannt noch werden strukturierende Hilfestellungen, wie Muster oder standardisierte Fragenkataloge, angeboten (vgl. Z. 156–172; 189–200). Ähnlich vage bleiben die Formulierungen zum therapeutischen Prozess: Allgemeine Therapieziele (Z. 137–139) werden genannt, ohne dass deren Umsetzung oder Zielrichtung näher erläutert würde.

Wiederholt ist in den Empfehlungen davon die Rede, dass bei „koexistenten Störungen“ (Z. 140) oder „Kontraindikationen“ (Z. 153) zusätzliche Behandlungen notwendig seien – durch Personen aus dem bereits erwähnten Psy*-Feld. Dabei bleibt unklar, wie genau mit solchen Situationen umzugehen ist. Statt konkrete Wege für den Umgang mit komplexen psychischen Lagen aufzuzeigen, bleibt es bei vagen Hinweisen. Die Empfehlungen überlassen die Entscheidung darüber, was zu behandeln ist, in welcher Reihenfolge und mit welchem Ziel, den Einzelpersonen im Praxisfeld. Daraus folgt ein paradoxes Verhältnis von Verantwortung und Unklarheit: Psy* tragen zentrale Entscheidungen, ohne jedoch über eine klare Anleitung zu verfügen. Diese Leerstellen eröffnen große Ermessensspielräume – die vage Sprache in den Behandlungsempfehlungen lässt Raum für Psy*, nach eigenem Ermessen zu handeln. Statt Orientierung zu geben, überlassen die Empfehlungen viele Entscheidungen jenen, die ohnehin bereits in einer Machtposition sind – ohne zugleich sicherzustellen, dass diese Macht verantwortungsvoll und diskriminierungsfrei ausgeübt wird.

Die Problematik vager Angaben in den Behandlungsempfehlungen und der Willkür, die sich daraus ergeben kann, wird in den Gruppendiskussionen Maier (2024) deutlich: Einige der befragten trans Personen berichten von ihrer Wahrnehmung, dass Psy* oft wenig Wissen zu geltenden Abläufen und Anforderungen hätten und Entscheidungen inkonsistent oder widersprüchlich ausfielen. Besonders häufig wird dabei von fehlerhaftem oder bewusst falschem Gendern in Stellungnahmen berichtet (Maier, 2024, S. 203, Z.50; S. 209, Z. 267; S. 221, Z. 133; S. 248, Z. 131) – etwa mit der Begründung „das muss für die ÖGK so sein“ (Maier, 2024, S. 203, Z. 65). Auch Unsicherheiten im Umgang mit Stellungnahmen berichten die Teilnehmenden: an einer Stelle der Gruppendiskussionen wird besprochen, wie die Psy*

untereinander „gerne abschreiben“. Eine behandelnde Psychiaterin habe den Text der Stellungnahme im Wesentlichen von der Psychologin übernommen – sie habe „im Prinzip das meiste einfach abgeschrieben von der [Psycholog*in]“ (Maier, 2024, S. 190, Z. 249-250) – wobei lediglich auffiel, dass diese korrekt genderte: „bei der hat es dann lustigerweise funktioniert, dass sie mich weiblich gegendert hat. Ähm, halt mit sie/ihr Pronomen. Und das war kein Problem“ (Maier, 2024, S. 190, Z. 266).

Die fehlenden Standards und unklaren Anforderungen der Empfehlungen führen somit dazu, dass der Umgang mit trans Personen oft weniger durch fachliche Expertise oder einheitliche Vorgaben geprägt ist als durch Zufälle, Vorannahmen oder persönliche Erfahrungen der Psy*. Insbesondere im Hinblick auf die Stellungnahmen erscheint die Taktik vieler Psy* schlüssig, dass Inhalte voneinander übernommen werden: Die Empfehlungen fordern mehrfach mehrere Stellungnahmen für dieselbe Maßnahme, ohne jedoch zu konkretisieren, worin sich diese unterscheiden sollen, worauf sich die jeweilige Expertise bezieht oder warum eine Mehrzahl überhaupt notwendig ist.

Die vagen Angaben die Psy* in den Behandlungsempfehlungen erhalten, schlagen sich in der Praxis auch bei der Begutachtung nieder: Psy* treffen zentrale Entscheidungen über trans Personen häufig auf Grundlage persönlicher Einschätzungen, normativer Vorstellungen und subjektiver Eindrücke. So wurde etwa die Weiblichkeit einer Teilnehmerin der Gruppendiskussionen durch ihre Kleidung beurteilt – ihre Brille wurde von eine*r Psy* als besonders weiblich, ihre Hose als zu männlich beurteilt (Maier, 2024, R4, Z. 144-150), obwohl die Brille bereits vor der Transition getragen wurde. Die Trans-Identität einer anderen Person sollte durch Fragen zur Kindheit abgesichert werden: Ob sie als Kind lieber kurze oder lange Haare hatte, ob sie beim Spielen die Mutter oder den Vater verkörperte (Maier, 2024, S. 223, Z. 17–24). Diese Logik erinnert an die bereits analysierten Kriterien aus dem DSM-V, in denen kindliches Verhalten entlang binärer Geschlechterstereotype interpretiert wird – etwa, dass trans Jungen „typische Jungsspiele“ bevorzugen oder trans Mädchen „mädchenspezifische“ Interessen zeigen sollten. Besonders deutlich wird eine Grenzüberschreitung bei denselben Teilnehmenden, als dieser Fragen gestellt wurden, deren Relevanz für die Feststellung der Geschlechtsidentität nicht nachvollziehbar begründet wird: Sie wurde unter anderem zu ihren ersten sexuellen Erfahrungen, zur Todesursache ihrer Mutter, zum Scheidungsgrund ihrer Eltern und zur Berufsausübung ihrer Schwester befragt. Die Entscheidungen über medizinische und therapeutische Zugänge beruhen also häufig auf höchst subjektiven, zum Teil grenzüberschreitenden Einschätzungen von Psy*, die durch die unklaren Vorgaben der Empfehlungen weder kontrolliert noch eingehegt werden.

Viele Psy* scheinen sich ihrer Machtposition unhinterfragt anzunehmen. Da ihnen etwa durch die Behandlungsempfehlungen eine Expert*innenposition zugeschrieben wird, reichen persönliche Einschätzungen oder subjektive Eindrücke oftmals aus, um folgenschwere Entscheidungen zu treffen. In Verbindung mit den vagen Vorgaben der Empfehlungen führt dies nicht nur zu Unsicherheiten in der praktischen Umsetzung, sondern eröffnet auch Spielräume, die vereinzelt zum eigenen Vorteil genutzt werden – ohne dass die Bedürfnisse der trans Klient*innen dabei im Zentrum stehen. Deutlich wird dies in den Gruppendiskussionen Maiers mehrmals, wenn es um den Kontakt mit Psychotherapeut*innen geht – manche von ihnen kündigen bereits zu Beginn an, dass der Prozess bis zur Ausstellung einer Stellungnahme länger dauern würde (Maier, 2024, S. 236, Z. 3-4), manche zögerten das Ausstellen durch andauerndes nach hinten verschieben weiter hinaus (Maier, 2024, S. 236, Z. 27-30). Begründet wurde dies mit dem Wunsch, die trans Personen erst noch besser kennenlernen zu möchten (Maier, 2024, S. 236, Z. 28), sich ein genaueres Bild zu machen (Maier, 2024, S. 184, Z. 47) oder erst ganz sicher gehen zu wollen, ob die Patient*in wirklich Trans ist (Maier, 2024, S. 237, Z. 39-44).

Die psychotherapeutische Praxis unterscheidet sich meist wesentlich von psychiatrischer oder psychologischer Tätigkeit: Die intensive, längerfristige Beziehung ist Teil der Methode – eine kurzfristige, rein diagnostische Stellungnahme liegt außerhalb des üblichen Settings. Vor diesem Hintergrund erscheint es zunächst nachvollziehbar, dass Psychotherapeut*innen eine gewisse Anzahl an Sitzungen ansetzen, bevor sie eine Stellungnahme verfassen. In den Gruppendiskussionen wird jedoch auch deutlich, dass einige Psychotherapeut*innen sich bewusst gegen einen zeitnahen, niederschweligen Prozess entscheiden, trotz ihres Wissens darüber, dass viele trans Personen aufgrund der Behandlungsempfehlungen gezwungen sind, sie aufzusuchen, und dabei vorrangig an einer Stellungnahme interessiert sind, nicht an einer längerfristigen Therapie. Diese Praxis wirkt wie ein Ausnutzen einer strukturellen Abhängigkeit: Trans Personen sind auf die Stellungnahmen angewiesen – und einige Psy* knüpfen deren Ausstellung an Bedingungen, die nicht an fachliche Notwendigkeiten, sondern an persönliche Vorstellungen oder Machtansprüche gebunden sind.

Eine Person aus den Gruppendiskussionen berichtet: „Ich habe angefangen mir auch eine Psychotherapeutin dafür zu suchen. (...) Und habe da aber echt verschiedene Anläufe gebraucht, weil ich gemerkt habe, in den/ so in den Erstgesprächen, dass halt immer wieder diese/ dieses Gespräch aufkommt von ja, es gibt halt keine Regelung, wie oft wir uns sehen

müssen, bis ich dir das schreiben darf und ich schreibe es dir halt erst, wenn ich mir sicher bin, dass du trans bist.“ (Maier, 2024, S. 237, 38-42.).

Im Anschluss an Foucaults Analyse der Disziplinarmacht lässt sich hier erkennen: Psy* werden zu spezialisierten Aufseher*innen innerhalb eines strukturellen Produktionsprozesses. Ihre Aufgabe besteht nicht in erster Linie in offener Unterstützung, sondern in der Prüfung und Bestätigung von normgerechtem Verhalten – vergleichbar mit jenen Aufsichtspersonen, die „allein mit dieser Aufgabe betraut sind, darüber zu wachen, dass nicht ein einziger Sou unnütz ausgegeben werde“ (Foucault, 2021, S. 226).

Auch wenn in den Behandlungsempfehlungen betont wird, dass sie unabhängig von den Krankenkassen seien und deren Inhalte nicht an die Leistungspflicht dieser gebunden sind (Z. 60-62), manifestiert sich in der Praxis ein komplexeres Bild: Einerseits zeigen Maiers (2024, S. 137ff.) Kontaktaufnahmen mit österreichischen Krankenkassen, dass diese sehr wohl die Empfehlungen als Grundlage für Entscheidungen miteinbeziehen, andererseits berichten mehrere trans Personen von Erfahrungen, bei denen deren Psy* und Ärzt*innen vor allem vor der Krankenkasse ihre Entscheidungen verantworten mussten. Ein großer Teil der Behandlungsempfehlungen wird der Thematik der Stellungnahmen gewidmet, welche ungefähren Inhalte diese haben sollen und was in diesen durch Psy* bezeugt werden soll. Dabei wird aber weitgehend ausgelassen, welchem Zweck diese Stellungnahmen dienen. In der Praxis richten sich diese meist an Krankenkassen – etwa zur Legitimierung der finanziellen Übernahme hormoneller Behandlung oder chirurgischer Eingriffe. Die Empfehlungen scheinen sich von formalen Verpflichtungen freizusprechen, fungieren aber faktisch als orientierende Grundlage im sozialversicherungsrechtlichen Kontext.

5.2.9 Psy* als Wahrheitsinstanzen und Überwachende der Normalität

Die Empfehlungen schreiben Psy* die Fähigkeit zu, objektive Einschätzungen über Geschlechtsidentität, Leidensdruck und Dauerhaftigkeit einer Transidentität zu treffen. Sie sind die Instanzen, die (schriftlich) bestätigen, ob eine trans Person als legitim betrachtet werden kann – also ob sie einer normativen Vorstellung von Trans-Sein entspricht.

Mit Foucault (2012) gesprochen übernehmen Psy* hier die Funktion der normierenden Sanktion: Sie sind keine repressiven Machtinstanzen im klassischen Sinn, sondern setzen durch ihre Gutachten eine Normalitätsvorstellung durch. Die normierende Sanktion ist bei Foucault Teil der Disziplinarmacht – sie richtet sich nicht auf Bestrafung, sondern auf Korrektur, Anpassung, Bewertung. Dabei „bevorzugen die Disziplinarsysteme Bestrafungen, die in den Bereich des Übens, des intensivierten, vervielfachten, wiederholten Lernens fallen.

[...] Die Disziplinarstrafe ist [...] Wiederholung, [...] nachdrückliche Einschärfung“ (Foucault, 2021, S. 232).

In den Behandlungsempfehlungen wird trans Personen eine enge Verbindung zu Psy* aufgezwungen: Ihr Abweichen von der gesellschaftlich vorherrschenden, cisgeschlechtlichen Norm wird als behandlungsbedürftig eingeordnet, wodurch eine medizinisch-psychologische Begleitung legitimiert wird. Die Rolle der Psy* besteht in diesem Kontext darin, eine Einschätzung darüber abzugeben, inwiefern sie die trans Personen einschätzen, um bestimmte Schritte – etwa medizinische oder rechtliche – gehen zu können. Dabei scheint das Ziel häufig zu sein, trans Personen an ein geschlechtliches Selbstverständnis heranzuführen, das in bestehende gesellschaftliche Kategorien einordenbar bleibt. Über Stellungnahmen wirken Psy* somit auch regulierend: Wer nicht den erwarteten Kriterien entspricht, wird nicht juristisch bestraft, sondern bleibt ausgeschlossen – vom medizinischen Zugang, vom rechtlichen Anerkennungsverfahren, von der sozialen Realität als trans Person.

Bereits weiter oben wurde von einer Person der Gruppendiskussionen berichtet, die sehr intime Fragen gestellt bekam (vgl. [S. 115](#)). Aus Sorge, dass diese Informationen an die Krankenkasse weitergeleitet würden, bat die Person die Psy*, bestimmte Inhalte aus der Stellungnahme auszuklammern – was jedoch verweigert wurde. In der Folge wandte sich die Person an eine*n weitere*n Psy* und schildert, sich dort „eine Geschichte zurechtgelegt“ zu haben (Maier, 2024, S. 223, Z. 31-60). Hier zeigt sich exemplarisch, wie normierende Wirkungen durch Psy* auftreten können: Trans Personen passen ihre Erzählungen und ihr Auftreten so an, dass sie mit den erwarteten Vorstellungen übereinstimmen – auch aus Angst vor negativen Konsequenzen. Die Person beschreibt den daraus entstandenen Lernprozess wie folgt: „Ja, die anderen waren dann/ da war ich dann schon mehr darauf vorbereitet, was da passieren kann. Und war halt auch irgendwie/ habe mir so voll meine Geschichte zurechtgelegt und habe halt gewusst, bestimmte Sachen/ ich habe gelog/ also ich habe so viel gelogen.“ (Maier, 2024, S. 224, Z. 56-58).

Normierende Effekte müssen jedoch nicht zwangsläufig mit einem Abbruch und Wechsel der Psy* einhergehen – auch innerhalb bestehender therapeutischer Beziehungen können sie wirksam werden: Eine weitere Person der Gruppendiskussionen berichtet etwa davon, sich von ihrer Psy* dazu gedrängt gefühlt zu haben, sich weiblicher zu präsentieren. In der Folge habe sie ein Jahr lang ausschließlich Röcke und Kleider getragen (Maier, 2024, S. 206, Z. 151-152). Ein weiteres Beispiel für die normative Wirkmacht von Psy* stellt die Verweigerung einer Stellungnahme dar, die eine trans Person erlebte, weil ihre nicht-binäre Identität von der Psy* nicht anerkannt wurde. Deutlich wird hier die Wirksamkeit eines

binären Geschlechterbildes, das sich durch Lehrbuchtexte (Rott, 2014), das DSM-V (APA), das ICD-10 (WHO) und schließlich auch durch die österreichischen Behandlungsempfehlungen zieht. Wenn diese normativen Erwartungen nicht erfüllt werden, kann dies zur Konsequenz haben, dass zentrale Zugänge – etwa zu medizinischen Maßnahmen – verwehrt bleiben.

5.2.10 Psy* zwischen Macht, Verantwortung und Unsichtbarkeit

Psy* befinden sich in den österreichischen Behandlungsempfehlungen in einer Machtposition und gleichzeitigen semantischer Unsichtbarkeit. Sie schreiben Stellungnahmen, begutachten, entscheiden – und doch bleiben sie im Text größtenteils unbenannt. Dadurch können sie sich selbst als neutrale Exekutive verstehen, als bloße Durchführende objektiver Anforderungen. Ihre epistemische Macht wird ihnen zwar zugesprochen, aber sie müssen sich ihrer nicht bewusst sein oder stellen.

Foucault beschreibt die Disziplinarmacht als eine Machtform, die auf Beobachtung, Kontrolle und normativer Einschätzung basiert – aber eben nicht sichtbar autoritär auftritt. In den Empfehlungen wird ein Feld erzeugt, in dem diese Macht nicht über explizite Befehle funktioniert, sondern über die Anrufung vermeintlicher Objektivität, Rationalität und Professionalität. In den österreichischen Behandlungsempfehlungen wird Psy* so eine Subjektposition zugewiesen, die sie als Expert*innen im Dienste einer normierenden Wahrheit positioniert. Ihre Rolle ist zentral, um festzustellen, ob eine Person als „wirklich“ trans gilt – also als behandlungswürdig im Sinne medizinischer und rechtlicher Maßnahmen. In dieser Rolle fungieren sie als Aufsehende, die Zugänge eröffnen oder verwehren und damit wesentlichen Einfluss auf den Lebensverlauf von trans Personen nehmen. Trotz ihrer Unscheinbarkeit im analysierten Text wird ihnen gleichzeitig Verantwortung für Objektivität, Professionalität und evidenzbasiertes Handeln zugeschrieben – jedoch ohne präzise Angaben dazu, wie diese Anforderungen in der Praxis konkret umzusetzen sind. Die Anrufung dieser Begriffe bleibt vage und appellhaft, was einerseits ihre Autorität stärkt (sie handeln nach Berufsethos „richtig“), andererseits aber auch eine Unsicherheit darüber schafft, was genau unter „korrektem“ Handeln zu verstehen ist.

Ein Beispiel für die vage und zugleich normierende Sprache der Empfehlungen zeigt sich in der Forderung, der Behandlungsverlauf sei „gemäß berufsrechtlichen Vorgaben“ zu dokumentieren (Z. 207–208). Solche Vorgaben gelten ohnehin für sämtliche medizinische oder psychologische-psychotherapeutische Tätigkeiten und werden in den Behandlungsempfehlungen nicht spezifisch auf den Kontext transgeschlechtlicher Gesundheitsversorgung bezogen. Gerade dort, wo eine differenzierte ethische

Auseinandersetzung oder trans-spezifische Orientierungshilfen notwendig wären, bleiben die Empfehlungen allgemein. Sie adressieren keine Fragen wie: Wie lässt sich vermeiden, dass eigene normative Haltungen unreflektiert in Beurteilungen einfließen? Welche fachlichen, sozialen oder trans-spezifischen Kompetenzen wären notwendig? Statt solcher Reflexionen verweisen die Empfehlungen auf abstrakte Berufsnormen, was nach außen fachliche Neutralität suggeriert, tatsächlich aber Unbestimmtheit und Verunsicherung produziert. Allgemeine Regeln erscheinen so als trans-spezifische Anforderungen – ohne der Spezifik des Kontextes gerecht zu werden. Die daraus resultierende Pseudoprofessionalität verschleiert bestehende Unsicherheiten, anstatt sie aufzulösen.

Zugleich positioniert der Diskurs Psy* als vermeintlich neutrale Beurteilungsinstanzen, deren Einschätzungen über das Leiden, die Stabilität und „Eignung“ von trans Personen maßgeblich sind. Diese Position bindet sie in einen disziplinierenden Wissens- und Machtapparat ein, der nicht nur das Subjekt Trans, sondern auch das Subjekt Psy* strukturiert: Ihre Aufgabe besteht nicht in individueller Aushandlung mit Klient*innen, sondern in der Reproduktion medizinisch-rechtlicher Normen.

Psy* agieren damit zugleich als verlängerte Arme der medizinisch-rechtlichen Ordnung und als deren legitimierende Instanzen. Ihr professionelles Urteil wird vorausgesetzt – sie sollen autonom und evidenzbasiert handeln, die Behandlungsempfehlungen bieten ihnen nur begrenzte Orientierung. Dies erzeugt eine paradoxe Position: Sie sind verantwortlich, ohne vollständig ausgestattet zu sein mit konkreten Handlungsnormen.

Die Subjektposition, die Psy* angeboten wird, ist machtvoll, aber prekär: Sie sind zentrale Figuren im disziplinären Zugang zu Trans Gesundheit, jedoch in einem Rahmen, der ihre Rolle kaum ausdifferenziert, sondern über abstrakte Werte wie „Objektivität“ und „Professionalität“ reguliert.

Die Rolle der Psycholog*innen ist keine neutrale, sondern eine, die ihnen durch die Empfehlungen zugeschrieben wird. Sie sollen kontrollieren, prüfen, bewerten – und werden damit selbst zu einem disziplinierenden Element. Gleichzeitig zeigt sich in den Gruppendiskussionen der trans Personen, dass manche diese Rolle ablehnen oder unterlaufen (vgl. [Kapitel 5.5](#)). Diese Brüche im Skript zeigen, dass auch innerhalb des Apparats Räume des Widerstands möglich sind

5.3 Die Prüfung

Bisher wurde in der Ergebnisdarstellung herausgearbeitet, auf welcher Wissensordnung die österreichischen Behandlungsempfehlungen zur Gesundheitsversorgung

von trans Personen beruhen, wie diese legitimiert wird und welche ersten Auswirkungen sich daraus ableiten lassen. Im zweiten Teil wurde vertiefend analysiert, welche zentralen Subjektpositionen in den Empfehlungen hervorgebracht werden: trans Personen einerseits, Psy*-Berufsgruppen andererseits. Dabei stand insbesondere im Fokus, welche Rollen und Funktionen diesen Gruppen jeweils zugeschrieben werden.

Angelehnt an Foucaults (2021) Analyse der Disziplinarmacht lässt sich diese Konstellation als ein Prozess der gleichzeitigen Vergegenständlichung und Subjektivierung beschreiben: Trans Personen erscheinen in den Empfehlungen vor allem als zu beobachtende, zu bewertende, zu überprüfende Objekte. Ihre Aussagen werden begutachtet, ihre Entscheidungen geprüft, ihre Körper zum Untersuchungsgegenstand gemacht. Durch diese Objektstellung entstehen gleichzeitig spezifische Subjektpositionen: etwa die der leidenden trans Person oder der binärgeschlechtlichen trans Person. Psy*-Personen hingegen erscheinen als handelnde Subjekte – als Prüfende, Bewertende, Diagnostizierende. Ihre Rolle ist mit Autorität ausgestattet, aber ebenfalls durch das institutionelle Regelwerk gerahmt: Auch sie unterliegen normierenden Vorgaben und werden in ihrer Funktion durch standardisierte Erwartungen formiert. So entsteht ein zirkuläres Machtverhältnis: Die Psy* als prüfende Instanz sind zwar diejenigen, die beobachten und urteilen, werden jedoch zugleich selbst durch das System verobjektiviert – als Teil eines Apparats, der bestimmte Abläufe, Bewertungen und Normen produziert und absichert. Niemand steht in diesem Machtgefüge gänzlich außerhalb; vielmehr greifen Prozesse der Macht, des Wissens und der Subjektivierung wechselseitig ineinander.

Ein zentrales Element dieser Konstellation bildet die Prüfung (Foucault, 2021). Die Behandlungsempfehlungen stellen ein konkretes Verhältnis her, in dem trans Personen als Prüfsubjekte erscheinen, während Psy*-Berufsgruppen die Rolle der Prüfenden einnehmen. In diesem Verhältnis verdichten sich die Formen der disziplinierenden Macht: der hierarchische Blick und die normierende Sanktion. Die Empfehlungen fordern die Beteiligten explizit dazu auf, sich in diese Rollenverteilung einzuschreiben. Die Prüfung wird somit zur strukturellen Voraussetzung einer als legitim geltenden Transition.

In diesem Kapitel soll daher analysiert werden, wie die Behandlungsempfehlungen selbst als Prüfungsregime fungieren. Selbst bezeichnen sie sich als Orientierungshilfe für „sorgfältiges Handeln“ (Z. 70) und richten sich offiziell an ein breites Spektrum von Adressat*innen – von medizinischen und psychologischen Fachpersonen bis hin zu Verwaltungsbehörden. Diese Breite führt jedoch zu einer Unschärfe: Es handelt sich weder um medizinisch-psychologische Leitlinien, noch um eindeutig juristische Regelwerke.

Vielmehr entsteht eine Art bürokratische Checkliste, die zentrale Aspekte des therapeutischen Prozesses, diagnostische Anforderungen, rechtliche Abläufe und normative Erwartungen in stark verkürzter Form zusammenführt. Im Zentrum dieser Empfehlungen steht nicht die Qualität oder Passung der therapeutischen Versorgung, sondern die administrative Absicherung: Welche Stellungnahmen wann benötigt werden, wer sie ausstellen darf, in welcher Reihenfolge welche Schritte zu erfolgen haben, was dokumentiert werden muss und welche Voraussetzungen für bestimmte Maßnahmen erfüllt sein müssen. Der Text ist formal als Handreichung strukturiert, folgt inhaltlich jedoch einer klaren sequenziellen Logik: Der Behandlungsprozess wird in neun Schritte unterteilt – von der Diagnose bis zur Nachsorge – und mit konditionalen Formulierungen versehen, die ein Abweichen von der vorgesehenen Reihenfolge praktisch ausschließen.

Zunächst wird der abschließende Teil der Ergebnisdarstellung mit Foucaults Überlegungen zur Prüfung verknüpft, um herauszuarbeiten, inwiefern die Behandlungsempfehlungen als Prüfungsregime verstanden werden können. Anschließend zeigt ein internationaler Vergleich, dass auch alternative Herangehensweisen möglich sind und die österreichische Regelung im Umgang mit trans Personen keine Notwendigkeit darstellt. Abschließend wird anhand von Ausschnitten aus Gruppendiskussionen von trans Personen und Ergebnissen aus Maiers (2024) Arbeit deutlich, dass auch im österreichischen System Potenziale des Widerstands bestehen – und dass Psy* dieses System im Sinne ihrer Klient*innen mitgestalten oder unterlaufen können.

5.3.1 Sichtbarkeit in der Machtausübung

Wie bereits zuvor beschrieben ist Sichtbarkeit ein zentrales Element in Foucaults Konzept der Disziplinarmacht. Im Unterschied zu „traditioneller“ Macht, bei der Machtausübende sichtbar waren und die Beherrschten im Verborgenen blieben, kehrt sich dieses Verhältnis mit dem Aufkommen disziplinarischer Mechanismen um: „Die kaum auszuhaltende Sichtbarkeit des Monarchen wendet sich in die unerbittliche Sichtbarkeit der »Subjekte«“ (Foucault, 2021, S. 243). Disziplinarmacht entfaltet sich dadurch, dass sie sich selbst unsichtbar macht, während sie den von ihr erfassten Individuen Sichtbarkeit aufzwingt.

Diese Dynamik lässt sich auch in den österreichischen Behandlungsempfehlungen für trans Personen wiederfinden. Während unklar bleibt, wer konkret die Anforderungen formuliert und auf welcher Grundlage manche der Feststellungen beruhen, sind die Erwartungen an Psy* und insbesondere an trans Personen eindeutig: Sie sollen sich sichtbar machen. Trans Personen werden in eine Position gedrängt, in der sie sich fortlaufend zeigen,

erklären und bewerten lassen müssen – ihre Körper und ihre innere Welt, ihre intimsten Gedanken, sollen klassifizierbar und kontrollierbar gemacht werden.

Diese unerbittliche Sichtbarkeit wird in den Behandlungsempfehlungen mehrfach hergestellt: Bereits bei der Diagnosestellung (Z. 90-111) soll die psychosoziale und gesundheitliche Situation beschrieben und die Dauerhaftigkeit der trans Identität festgestellt werden. Die betroffene Person muss sich dabei dreifach „sichtbar machen“ – vor Psychiater*innen, Psychotherapeut*innen und klinischen Psycholog*innen.

Auch im therapeutischen Prozess wird diese Prüfung nicht abgeschlossen, sondern fortgesetzt: Die Behandlungsempfehlungen fordern eine weiterführende diagnostische Bewertung (Z. 134-136). Foucault (2021) beschreibt diesen kontinuierlichen Zugriff als zentrales Merkmal disziplinarischer Macht: Genau dieses ununterbrochene Gesehenwerden, das ständige Gesehenwerdenkönnen hält das Individuum in seiner Unterwerfung fest.

Besonders problematisch wird dies im Kontext von Transgeschlechtlichkeit, da hier die Beurteilung durch Psy* unmittelbar mit Zugang zu rechtlicher Anerkennung und medizinischer Versorgung verknüpft ist. Gerade im Fall von Trans zeigt sich die Problematik dieses dauerhaften Prüfungsmodus besonders deutlich: Die Einschätzung durch Psy* – ob sie die Identität der betroffenen Person als ausreichend „sicher“ oder „authentisch“ bewerten – ist eng verknüpft mit zentralen Fragen rechtlicher Anerkennung und medizinischer Versorgung. Diese Abhängigkeit verleiht der therapeutischen Beziehung eine zusätzliche Machtasymmetrie. Dass die Behandlungsempfehlungen selbst innerhalb des therapeutischen Rahmens eine fortlaufende diagnostische Bewertung einfordern, verschärft diese Situation weiter. Ein Raum, der eigentlich Schutz, Offenheit und Vertrauen ermöglichen sollte, wird dadurch ebenfalls zum Ort der Beobachtung. In Foucaults (2021) Begrifflichkeit bedeutet das: Selbst hier bleibt das Subjekt einem potenziellen „Gesehenwerdenkönnen“ ausgesetzt. Die Anforderung, sich auch in diesem Kontext weiterhin sichtbar und bewertbar zu machen, stellt eine besonders einschneidende Form disziplinierender Kontrolle dar – gerade weil sie in einem Setting erfolgt, das als Rückzugsort gedacht ist.

Foucault beschreibt die Disziplinarmacht als ein „pausenlos funktionierendes Prüfungsverfahren“, was sich auch im weiteren Verlauf der Empfehlungen widerspiegelt: Vor einer Hormonbehandlung (Z. 146-172) muss eine urologisch-gynäkologische Untersuchung erfolgen, inklusive Risikoabklärung sowie gegebenenfalls zytogenetischer Tests. Während der Hormonbehandlung (Z.173-185) ist eine kontinuierliche medizinische Kontrolle vorgesehen. Vor geschlechtsanpassenden Operationen (Z. 187-204) wird eine erneute Prüfung durch zwei Psy* verlangt. Und schließlich ist auch für eine Personenstandsänderung (Z. 223-243) eine

Prüfung vorgesehen, bei der die trans Person sowohl psychisch als auch – explizit – körperlich sichtbar werden muss, um eine Stellungnahme zu erhalten. Die Prüfung begnügt sich also nicht damit, wie Foucault (2021, S. 240) es schreibt, eine „Lehrzeit“ abzuschließen, vielmehr ist sie Begleiterin in einem dauernd wiederholten Machtritual.

Die Behandlungsempfehlungen machen deutlich, dass trans Personen sich in einem System bewegen, das sie systematisch zur Sichtbarkeit verpflichtet. Besonders ersichtlich wird das in der Anforderung, dass eine Personenstandsänderung nur dann erfolgen kann, wenn eine externe Fachperson das äußere Erscheinungsbild als ausreichend „passend“ bewertet (Z. 242-243) – eine Situation, in der die disziplinierende Wirkung auf den Körper der Betroffenen besonders spürbar wird. Gleichzeitig bleiben die Machtinstanzen, die diesen Prozess steuern, weitgehend unsichtbar. Psy* nehmen darin eine doppelte Rolle ein: Als prüfende Instanz agieren sie mithilfe des hierarchischen Blickes und führen – bewusst oder unbewusst – normative Erwartungen aus, indem sie normierende Sanktionen anwenden können, etwa, Stellungnahmen nicht auszustellen oder erst dann auszustellen, wenn sich eine trans Person an die von ihr verlangten Normen angepasst hat. Die Logik der Prüfung als Mittel disziplinierender Machtausübung tritt damit deutlich zutage.

5.3.2 Dokumentierbare Individualität

Die Prüfung bringt nicht nur Sichtbarkeit hervor, sondern setzt auch eine umfassende Dokumentation in Gang. Foucault (2021, S. 243) beschreibt die Prüfung als Machtinstrument, das nicht nur überwacht, sondern auch in ein „Netz des Schreibens und der Schrift“ einbindet. Die disziplinierte Individualität wird über eine Vielzahl an Akten, Berichten und Notizen festgehalten, in einer Unmasse an Dokumenten erfasst. Auch in den Behandlungsempfehlungen zeigt sich diese Herangehensweise deutlich. Die dort geforderten Sichtbarmachungen müssen von Psy* und medizinischem Fachpersonal sorgfältig dokumentiert, archiviert und bei Bedarf vorgelegt werden können. Der siebte Punkt der Empfehlungen betont: „Der gesamte Behandlungsverlauf ist gemäß der berufsrechtlichen Vorgaben nachvollziehbar zu dokumentieren“ (Z. 207-208).

Diese Dokumentationspflicht geht über den beschriebenen Transitionsprozess des analysierten Textes hinaus und hat auch gesellschaftliche Funktion. Dies zeigt sich etwa bei der sogenannten Behandlungsbestätigung (Muster Z. 245-275) – einem Schriftstück, das bescheinigen soll, dass etwaige Abweichungen zwischen Namen, Aussehen und Geschlechtseintrag auf eine Transidentität zurückzuführen sind. Diese Bestätigung könnte in Situationen wie behördlichen Anträgen, Grenzkontrollen oder Jobinterviews notwendig werden, um potenzielle Zweifel zu entkräften. Damit wird deutlich: Die schriftliche

Bestätigung durch Psy* besitzt mehr Glaubwürdigkeit als das gesprochene Wort oder die Selbstverortung der betroffenen Person. Die Behandlungsbestätigung erhält ein höheres Gewicht als das Ich. Diese Praxis verweist auf eine tief in der Gesellschaft verankerte Form disziplinierender Macht, die nicht nur von außen ausgeübt wird, sondern längst verinnerlicht ist. Selbst Schutzmaßnahmen gegen Diskriminierung reproduzieren auf diese Weise ein Misstrauen gegenüber trans Personen, das nur durch die Autorisierung einer institutionellen Instanz überwunden werden kann.

Darüber hinaus bringt die Prüfung – wie Foucault (2021) beschreibt – eine eigene Form von disziplinarischer Individualität hervor. Die in der Prüfung erhobenen Merkmale werden codiert, vereinheitlicht und mit normierenden Maßstäben versehen. In den Behandlungsempfehlungen zeigt sich dies insbesondere durch die Anbindung an diagnostische Klassifikationssysteme wie den DSM und den ICD. Nur wer die entsprechenden Symptome beschreibt – etwa einen anhaltenden Wunsch nach einer Transition oder einen diagnostizierbaren Leidensdruck – wird als trans genug klassifiziert und erhält Zugang zu rechtlicher oder medizinischer Anerkennung. Damit wird die trans Person nicht nur beobachtbar und dokumentierbar gemacht, sondern auch auf eine bestimmte, gesellschaftlich anerkannte Erzählung ihrer Identität normiert. Die Disziplinarmacht wirkt hier nicht offen repressiv, sondern normalisierend: Sie zwingt in eine Form, die als legitim gilt. In der Verschränkung von individueller Dokumentation und normativer Vergleichbarkeit wird deutlich, dass trans Personen nicht nur als „beschreibbare und analysierbare Gegenstände“ (Foucault, 2021, S. 248) fixiert werden, sondern zugleich in ein Vergleichssystem eingeordnet werden, das ihre Abweichung von der Norm sichtbar, bewertbar und regulierbar macht.

5.3.3 Jedes Individuum ein Fall

Die Behandlungsempfehlungen für trans Personen sind nicht nur Dokument für medizinische oder psychologische Behandlungsunterstützung – sie entfalten zugleich eine spezifische Logik des „Falls“, wie Foucault (2021) sie im Kontext disziplinierender Machtverhältnisse beschreibt. Trans Personen werden darin zu Fällen gemacht, die sowohl Gegenstand der Erkenntnis als auch Zielscheibe von Macht sind.

Sie erscheinen in den Empfehlungen als etwas, *über* das gewusst werden muss – als Objekte eines Wissensprozesses, in dem Psy* herausfinden sollen, ob eine Person etwa tatsächlich Trans ist oder wie stabil diese Identität erscheint. Sie sollen erkannt, eingeschätzt und diagnostiziert werden, Gegenstand der Erkenntnis sein.

Zugleich hat diese Beschreibung reale Konsequenzen: etwa darüber, ob Zugang zu medizinischer Versorgung oder rechtlicher Anerkennung gewährt wird. Trans Personen müssen bestimmten Kriterien entsprechen, um als authentisch Trans zu gelten – und werden dadurch zur Zielscheibe normierender Macht.

Die Fallogik zeigt sich deutlich in der Struktur des Textes: Immer wieder wird betont, was zu diagnostizieren, was zu dokumentieren und was zu beurteilen sei. Die trans Person erscheint hier nicht als Subjekt mit eigenem Wissen über sich selbst, sondern als Objekt einer zu erhebenden Wahrheit. Wie Foucault schreibt, wird sie durch das Prüfverfahren „auf die sie charakterisierenden Eigenschaften, Maße und Abstände festgelegt“ (S. 246).

Durch die Zuschreibungen und Erwartungen, die die Behandlungsempfehlungen formulieren, wird die trans Person nicht nur beschrieben, sondern durch die Beschreibung erst hervorgebracht – als therapierbares, diagnostizierbares, beobachtbares Subjekt. Die in den Empfehlungen geforderte Beschreibbarkeit erinnert an Foucaults (2021, S. 247) Darstellung von Kind, Krankem oder Wahnsinnigem: Vielfältige, heterogene Menschengruppen werden zu einer normierten, klassifizierbaren Masse, denen bestimmte Merkmale zugewiesen werden. Foucault schreibt dazu: „In einem Disziplinarsystem wird das Kind mehr individualisiert als der Erwachsene, der Kranke mehr als der Gesunde, der Wahnsinnige und der Delinquente mehr als der Normale. Es sind jedenfalls immer die ersteren, die auf unsere Zivilisation alle Individualisierungsmechanismen ansetzt; und wenn man den gesunden, normalen, gesetzestreuen Erwachsenen individualisieren will, so befragt man ihn immer danach, was er noch vom Kind in sich hat, welcher geheime Irrsinn in ihm steckt, welches tiefe Verbrechen er eigentlich begehen wollte.“ (S. 248)

Die Produktion des Falls geschieht im Zusammenspiel von Psy* und trans Person. Die Empfehlungen erzeugen eine Szene, in der beide Seiten in eine bestimmte Rollenverteilung eingeordnet werden: Psy* übernehmen die Position der Beobachtenden, Beschreibenden, Bewertenden – trans Personen werden zur beobachteten, zu bewertenden Instanz. Ihre Glaubwürdigkeit wird nicht vorausgesetzt, sondern muss erst durch Testung, Konsistenzbeurteilung und Fremdbeschreibung beglaubigt werden. Dieses strukturell eingeschriebene Grundmisstrauen durchzieht das gesamte Dokument. Der Charakter eines Falls entsteht damit nicht zufällig, sondern ist das Ergebnis einer strukturellen Anordnung: Die trans Person wird – durch verpflichtende Diagnostik, durch die detaillierte Erhebung von körperlichen und psychischen Merkmalen – als ein Subjekt behandelt, das erst durch die „richtige“ Beschreibung zugänglich und verstehbar wird. Die Behandlungsempfehlungen inszenieren trans Personen so als Fälle im Sinne eines disziplinarischen Prüfregimes: Sie

legen fest, was es heißt, eine „echte“ trans Person zu sein, wie dies zu erkennen sei, und welche Kriterien erfüllt werden müssen, um als solche behandelt zu werden. Häufig geschieht dies nicht durch direkte Anweisungen, sondern über zahlreiche Vorannahmen, die – wie bereits im vorherigen Kapitel gezeigt – in den Empfehlungen eingeschrieben sind. Diese Kriterien erschaffen nicht nur normative Vorstellungen von Trans-Sein, sondern auch eine Praxis, in der alle Beteiligten – Fachpersonen wie trans Personen – gezwungen sind, diese Vorstellungen zu reproduzieren. Die Subjektposition wird dabei nicht einfach eingenommen, sondern erst durch ein Verfahren der Prüfung, der Dokumentation und der Klassifikation überhaupt ermöglicht.

5.4 Internationale Vergleiche

Die Behandlungsempfehlungen folgen einem stark disziplinarischen Stil im Sinne des hierarchischen Blickes, der normierenden Sanktion und der Prüfung nach Foucault (2021). Der hierarchische Blick entsteht vor allem durch die sprachliche Konstruktion eines Gegensatzpaares: Auf der einen Seite stehen empirisch-wissenschaftlich arbeitende, evidenzbasierte Psy*, auf der anderen die trans Personen, deren Aussagen als subjektiv oder potenziell unzuverlässig markiert werden. Den Psy* wird es in den Behandlungsempfehlungen überlassen, eine Beziehung mit trans Personen einzugehen, die von diesem Blick geprägt ist und durch normierende Sanktionen zu normen, zu normieren und zu normalisieren (Foucault, 2021, S. 236). In Foucaults Sinne wird diese Beziehung durch die Prüfung zusammengeführt und durch Dokumentation, Evaluation und Bericht festgeschrieben. Die Empfehlungen präsentieren diese Praxis als aktuellen und alternativlosen Standard. Durch die Resolutheit der Formulierungen erscheinen andere Herangehensweisen kaum vorstellbar – diskursive Alternativen werden damit marginalisiert oder unsichtbar gemacht.

Im Folgenden soll jedoch gezeigt werden, dass auch andere Ansätze existieren. Der Umgang mit trans Personen im medizinisch-psychologischen Setting, der in den österreichischen Behandlungsempfehlungen präsentiert wird, ist nicht der einzig mögliche Weg. Ein Vergleich mit internationalen und deutschsprachigen Leitlinien zeigt, dass alternative Zugänge möglich und bereits etabliert sind. Es geht im Folgenden darum, verschiedene diskursive Konfigurationen sichtbar zu machen, um die österreichischen Empfehlungen in einem weiteren Kontext lesbar zu machen. Als Vergleichsgrundlagen dienen die Standards of Care (Version 7) der World Professional Association for Transgender Health (WPATH, 2012), die international breite Anerkennung finden und auch in den

österreichischen Empfehlungen referenziert werden, sowie die interdisziplinären S3-Leitlinien „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit bei Erwachsenen“, verfasst durch die Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung e.V. (DGfS), zuletzt 2021 durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) in Deutschland veröffentlicht wurden und im deutschsprachigen Raum eine maßgebliche Referenz darstellen.

Da sowohl die WPATH-Standards als auch die deutschen S3-Leitlinien mit jeweils über 100 Seiten deutlich umfangreicher sind als die sieben Seiten umfassenden österreichischen Empfehlungen, wird im Rahmen dieser Analyse keine vollständige Detailauswertung erfolgen. Stattdessen werden exemplarisch zentrale Unterschiede herausgearbeitet, die insbesondere hinsichtlich Sprache, Verantwortungszuschreibung und therapeutischer Gestaltung relevante Alternativen aufzeigen.

Dabei soll nicht verschwiegen werden, dass auch die Standards of Care und die S3-Leitlinien problematische Aspekte enthalten. Ebenso bestehen inhaltliche Überschneidungen mit den österreichischen Empfehlungen. Dennoch lassen sich durch abweichende Formulierungen und diskursive Setzungen kleine, aber bedeutsame Unterschiede rekonstruieren, die einen differenzierten, weniger normierenden Umgang mit trans Personen ermöglichen können.

5.4.1 Umfang und Transparenz

Die umfangreiche Gestaltung der beiden Texte ermöglicht eine deutlich differenziertere Auseinandersetzung mit dem Thema als die vergleichsweise knappen österreichischen Behandlungsempfehlungen. Der größere Umfang schafft auch Raum für eine transparentere Darstellung: So erhalten die deutschen Leitlinien einen eigenen Leitlinienreport, der die systematische Literaturrecherche und den Konsensbildungsprozess detailliert dokumentiert. Beide Manuale belegen ihre Aussagen mit Quellen, was eine eigenständige Überprüfung und Einordnung ermöglicht. Zudem werden Autor*innen und Mitwirkende namentlich genannt, wodurch nachvollziehbar wird, wer an der Erstellung beteiligt war.

Die deutschen Leitlinien reflektieren darüber hinaus offen vorhandene Wissenslücken sowie fehlende Kompetenzen im System. Sie thematisieren explizit das oft unzureichende Wissen vieler Fachkräfte über Trans-Gesundheit, die daraus resultierenden Irritationen im Kontakt sowie diskriminierende Erfahrungen, die trans Personen im medizinischen und psychosozialen Kontext wiederholt machen (DGfS, S. 11).

Ein Beispiel dafür, wie mehr Umfang zu einer differenzierteren Betrachtung beitragen kann, zeigt sich am Thema Arbeitsfähigkeit. In den österreichischen Behandlungsempfehlungen wird sie beiläufig als Therapieziel (Z. 137) erwähnt – ohne nähere Ausführungen, was in diesem Zusammenhang im therapeutischen Rahmen zu reflektieren oder zu erarbeiten wäre. Dies birgt die Gefahr, dass die Anpassung von trans Personen an den Arbeitsmarkt im Vordergrund steht, statt deren strukturelle Diskriminierung in den Blick zu nehmen. Tatsächlich sind viele Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit von trans Personen nicht individuell, sondern gesellschaftlich bedingt. So zeigt etwa der Bericht zur Arbeitssituation von LSBTI-Personen in Österreich (Schönherr & Zandonella, 2017), dass rund die Hälfte der befragten trans Personen Diskriminierungserfahrungen am Arbeitsplatz gemacht hat und etwa drei Viertel von Kolleg*innen oder Vorgesetzten mit transfeindlichen Äußerungen (Witzen, Imitieren oder unangenehmen sexuellen Anspielungen) konfrontiert wurden.

Sowohl die Standards of Care als auch die deutschen Leitlinien greifen dieses Thema auf. Die WPATH (2012) benennt den sozialen Kontext explizit als potenzielle Quelle beruflicher und schulischer Herausforderungen im Zuge der Geschlechtsidentitätsentwicklung:

„Transsexuelle, transgender und geschlechtsnichtkonforme Menschen sehen sich manchmal mit Herausforderungen in ihrem beruflichen und schulischen Umfeld oder in anderen Lebensbereichen konfrontiert, wenn sie ihre Geschlechtsidentität und den Ausdruck ihrer Geschlechtlichkeit verändern“ (WPATH, 2012, S. 39). Darüber hinaus betonen sie die Rolle von Fachkräften darin, das Umfeld von trans Personen aktiv zu unterstützen – etwa durch Aufklärung, Beratung und Vermittlung, z. B. mit Lehrer*innen, *Schulpsycholog**innen, Personalverantwortlichen oder Institutionen.

Ein etwas umfangreicheres Beispiel stellt das Thema der Hormonbehandlung für trans Personen dar. Die österreichischen Behandlungsempfehlungen enthalten keine ausführlichen Informationen zu den komplexen Herausforderungen während einer Hormontherapie, obwohl diese für trans Patient*innen oft eine körperlich sowie psychisch anspruchsvolle Phase darstellt (vgl. z.B. <https://www.transx.at/Pub/Hormone.php>).

In den Standards of Care (WPATH, 2012) wird ein zwanzig Seiten langes Kapitel dem Thema der Hormontherapie gewidmet. Themen, die dabei behandelt werden, sind unter anderem: eine detaillierte Beschreibung möglicher körperlicher Auswirkungen der jeweiligen Hormone, die Zuweisung von Verantwortungsbereichen des Fachpersonals, sowie ausführliche Informationen zu möglichen körperlichen Risiken und Nebenwirkungen.

Ergänzend werden Aufgaben der Risikoabschätzung, Vorsorgeuntersuchungen und mögliche Behandlungspläne zur Hormongabe sowie Aspekte der reproduktiven Gesundheit thematisiert – insbesondere rund um Fragen zu Kinderwunsch und dabei bestehenden Möglichkeiten (siehe SoC, WPATH, Kapitel 4, S. 42 – 61).

Auch in den deutschen Leitlinien wird differenzierter über die Hormonbehandlung gesprochen (DGfS, 2021, ab S. 52): Neben den körperlichen Auswirkungen werden psychische und soziale Faktoren thematisiert sowie die Bedeutung eines angemessenen Behandlungssettings besprochen. Gleichzeitig wird betont, dass eine Hormontherapie eine sichere Behandlungsmöglichkeit darstellt, die die Lebensqualität der Patient*innen verbessert. Ein weiterer Aspekt, der in beiden Manualen angesprochen wird, in den österreichischen Empfehlungen jedoch fehlt, ist das Thema der reproduktiven Gesundheit. Fragen nach Kinderwunsch, Fruchtbarkeit und Möglichkeiten zur Familiengründung werden dort ausdrücklich behandelt – und damit als integraler Bestandteil trans-affirmativer Versorgung anerkannt.

Die internationalen und deutschen Leitlinien zeigen, dass ein ausführlicherer Leitfaden klare Vorteile bietet. Zwar orientieren sich die österreichischen Empfehlungen formal an den WPATH Standards, doch fehlt ihnen die Kontextualisierung, inhaltliche Tiefe und Transparenz. Dies erschwert es Fachkräften, sich differenziert mit dem Thema auseinanderzusetzen. Die Beispiele Arbeitsfähigkeit und Hormontherapie zeigen exemplarisch, wie bereits kleine Klarstellungen, aber auch umfangreichere inhaltliche Erweiterungen, bedeutende Auswirkungen auf die Praxis haben können.

5.4.2 Pathologisierung und Diagnostik

Sowohl die WPATH Standards of Care (2012) als auch die deutschen Leitlinien (DGfS, 2021) betonen klar, dass Trans nicht zwangsläufig mit Leid oder psychischer Erkrankung einhergeht. Die WPATH etwa formulieren als zentrales Ziel ihrer Empfehlungen die Förderung des persönlichen allgemeingesundheitlichen und psychischen Wohlbefindens von trans Personen (WPATH, 2012, S. 1). Eine Pathologisierung geschlechtlicher Nichtkonformität wird dabei ausdrücklich abgelehnt (ebd., S. 5).

Stattdessen wird zwischen Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie differenziert: Letztere beschreibt ein mögliches Leiden, das aus der Diskrepanz zwischen erlebtem und zugewiesenem Geschlecht entstehen kann – aber nicht zwangsläufig auftreten muss. Nicht alle geschlechtsnichtkonformen Menschen würden Geschlechtsdysphorie erleben. Diagnosen sollen in diesem Verständnis Zustände beschreiben, nicht Personen. Wörtlich heißt es:

„Eine Störung oder Erkrankung stellt somit die Beschreibung eines Zustandes dar, der der Patientin oder dem Patienten vielleicht zu schaffen macht, jedoch nicht die Beschreibung einer Person oder der persönlichen Identität. Deshalb sind transsexuelle, transgender und geschlechtsnichtkonforme Personen nicht grundsätzlich gestört.“

Vielmehr gehe es darum, ein möglicherweise vorhandenes Leiden im Zusammenhang mit Geschlechtsdysphorie zu diagnostizieren – mit dem Ziel, passende Unterstützungsangebote zur Verfügung zu stellen“ (ebd., S. 7). Bei der Beschreibung des diagnostischen Prozesses zeigen sich Parallelen zu den österreichischen Behandlungsempfehlungen, die sich hier erkennbar an den Standards of Care orientieren: So sollen etwa laut WPATH (2012) die psychosoziale Anpassung bei Vorhandensein von Geschlechtsdysphorie im Rahmen einer Evaluation berücksichtigt werden – in den Behandlungsempfehlungen spiegelt sich dies in der Aufforderung zur Beschreibung der „psychosozialen Situation“ wider. Weiters solle die Untersuchung laut WPATH zumindest die Einschätzung der Geschlechtsidentität und Geschlechtsdysphorie enthalten, was in den Behandlungsempfehlungen unter die „Diagnoseerstellung“ fallen könnte. Was jedoch in den österreichischen Empfehlungen unberücksichtigt bleibt, ist der weiter gefasste diagnostische Blick der WPATH: Dazu zählen etwa die Entwicklung geschlechtsdysphorischer Gefühle, die Auswirkungen von Stigmatisierung auf die psychische Verfassung sowie die Verfügbarkeit sozialer Unterstützung durch Familie, Freund*innen oder Community.

Auch die deutschen Leitlinien nehmen in der Frage nach Pathologisierung eine differenzierte Perspektive ein. Diagnosen werden hier nicht als Zuschreibungen an Personen verstanden, sondern als Mittel, um Zugang zu Unterstützungsangeboten zu ermöglichen. So heißt es:

Diagnose(n) öffnen den Zugang zu therapeutischen Hilfen und damit eine medizinisch-psychologisch begleitete Auseinandersetzung mit der individuellen Situation, dem möglichen Leidensdruck bzw. dessen Linderung oder der Prävention. Diagnosen sind Voraussetzung auch dafür, dass die Kosten der Behandlungen durch das Gesundheitssystem getragen werden. Im Kontext der vorliegenden Leitlinie dient als Grundlage für die diagnostische Einschätzung in der Regel die Selbstbeschreibung der Behandlungssuchenden (DGfS, 2021, S. 6)

Gleichzeitig wird auf eine wichtige Verzerrung hingewiesen, die auch in der Literatur dokumentiert ist: Viele trans Personen passen ihre Erzählungen an, um den antizipierten

Erwartungen von Fachpersonen zu entsprechen. Dadurch entsteht ein stereotypisiertes Bild von Symptomatik, das sich wiederum in diagnostischen Kriterien niederschlägt. Diese zirkuläre Dynamik bleibt in den österreichischen Behandlungsempfehlungen unerwähnt. Besonders deutlich wird der Unterschied in der zeitlichen Gestaltung der Diagnostik: Während sich in Österreich – etwa durch Psychotherapeut*innen – häufig ein langwieriger „diagnostisch-therapeutischer Prozess“ entfaltet (vgl. Maier, 2024), betonen die deutschen Leitlinien ausdrücklich, dass die Diagnostik möglichst kurz zu halten sei, um das Leid nicht unnötig zu verlängern (DGfS, 2021, S. 23). Das Hinauszögern sei zu vermeiden, da negative gesundheitliche Folgen für die Behandlungssuchenden evident seien. Die Feststellung einer Diagnose hänge dabei maßgeblich bei den Behandlungssuchenden selbst, es gäbe keine objektiven Beurteilungskriterien, die Behandelnde heranziehen sollten.

Damit stellt sich die Frage, wie viel Leid in den Mittelpunkt gestellt werden muss, um eine Diagnose zu rechtfertigen. Während sich die österreichischen Empfehlungen stark auf Leid und Einschränkung fokussieren, zeigen WPATH und DGfS, dass es auch andere Wege gibt: Sie rücken das Ziel einer individuell passenden Lösung in den Vordergrund – im gemeinsamen Dialog mit der behandlungssuchenden Person. So formulieren die deutschen Leitlinien den Vorschlag einer „ganzheitlichen Betrachtung der behandlungssuchenden Person, um im gemeinsamen Dialog eine individuelle Lösung zu finden.“ (DGfS, 2021, S. 25).

5.4.3 Die Rolle der Fachkräfte und Überlegungen zur therapeutischen Gestaltung

In den österreichischen Behandlungsempfehlungen finden sich zwar Hinweise auf die Notwendigkeit von Fort- und Weiterbildungen, die Rolle der Fachkräfte wird aber kaum weiter reflektiert. Der Fokus der Wissensanhäufung bleibt innerhalb eines fachlich institutionalisierten Rahmens, in dem Psy* vor allem durch andere Psy* lernen sollen. Die deutschen Leitlinien (DGfS, 2021), wie auch die Standards of Care (WPATH, 2012) widmen sich ausführlich der Rolle von Psy* und formulieren konkrete Erwartungen an ihre Haltung, ihre Beziehungsgestaltung und ihren reflexiven Umgang mit Geschlecht. Die Leitlinien gehen dabei über die rein akademische Auseinandersetzung hinaus. Sie fordern Fachkräfte explizit zur Selbstreflexion auf: „Behandelnde sollten ihre eigene geschlechtsbezogene Entwicklung und ihr Verhältnis zu den körperlichen Geschlechtsmerkmalen nach Möglichkeit im Rahmen von Selbsterfahrung kritisch reflektiert haben“, sowie: „Behandelnde sollten sich ein Verständnis von Geschlecht erarbeiten, das über ein Konstrukt von Zweigeschlechtlichkeit hinausgeht“ (DGfS, 2021, S. 17). Im dritten Kapitel der deutschen Leitlinien, *Therapeutische Haltung und Beziehungsgestaltung*, wird das Machtverhältnis zwischen Psy* und trans

Personen explizit thematisiert. Darin wird etwa angeraten, diskriminierende Faktoren einer weitgehend zweigeschlechtlich organisierten Gesellschaft gemeinsam mit trans Klient*innen kritisch zu reflektieren, ihre individuelle geschlechtliche Selbstzuschreibung zu akzeptieren und gemeinsam zu erörtern, dass eine Diskrepanz zwischen dem Anspruch an eine hochwertige Trans-Gesundheitsversorgung und Vorgaben jeweils gültiger Diagnosen (z.B. im ICD oder DSM) bzw. sozialmedizinischen Begutachungskriterien herrscht. Frühere ungünstige und diskriminierende Erfahrungen mit Diskriminierung im Gesundheitswesen könnten große Ängste auf Seiten der Behandlungssuchenden auslösen, da diese bis zum (drohenden) Verlust der rechtlichen Selbstbestimmung führen könne – es wird empfohlen, diese behutsam zu thematisieren und in die Behandlungsplanung miteinzubeziehen (DGfS, 2021, S. 40).

Zentral ist dabei das Bild von trans Personen als mündige, selbstbestimmte Subjekte. Sowohl die deutschen Leitlinien als auch die WPATH sprechen sich klar für ein partizipatives Behandlungsmodell aus, das auf *informed consent* basiert. Dabei werden Diagnosen oder Interventionen nicht autoritativ zugewiesen, sondern in einem gemeinsamen Prozess besprochen. Ziel ist es, Vor- und Nachteile verschiedener Optionen abzuwägen und den Patient*innen vollinformierte, selbstbestimmte Entscheidungen zu ermöglichen. Der Begriff des *informed consent* steht für Respekt vor der Autonomie der behandlungssuchenden Person. Die deutschen Leitlinien verweisen jedoch auch auf bestehende Machtasymmetrien: Der Bundesverband Trans* formuliert in einem Sondervotum Kritik am Modell der partizipativen Entscheidungsfindung, da es diese Asymmetrien unzureichend berücksichtige. In Folge wird empfohlen, nach dem Modell des *informed consent* nicht nur gemeinsam zu entscheiden, sondern die Entscheidungshoheit über Notwendigkeit und Reihenfolge von Behandlungsschritten vollständig bei der trans Person zu belassen (DGfS, 2021, S. 18).

Beide Leitlinien betonen zudem die Bedeutung von Peer-Support und Community-Kontakt. Die WPATH empfehlen, Klient*innen gezielt an Peer-Gruppen weiterzuvermitteln – sowohl online als auch offline –, um soziale Unterstützung und Community-Wissen zugänglich zu machen (WPATH, 2012, S. 12). Die deutschen Leitlinien fordern nicht nur die Weitervermittlung, sondern auch die Vernetzung von Psy* selbst mit trans Organisationen und communitybasierter Beratung (DGfS, 2021, S. 41).

Begründet wird dies mit den häufig begrenzten Wissensbeständen der Fachkräfte:
 „Viele Beratende [haben] deutliche Probleme im Hinblick auf Terminologie, Informationsquellen, Beratungskonzepte und ihre Selbstreflexion im Zusammenhang mit Trans [...]. In diesem Zusammenhang können die Vernetzung mit Trans-Organisationen und

communitybasierter Beratung als wichtige Bausteine der therapeutischen Arbeit betrachtet werden.“ (DGfS, 2021, S. 38).

Weiters wird in beiden Schreiben deutlich gemacht, dass eine gute therapeutische Haltung und Beziehungsgestaltung mit der Akzeptanz gegenüber vielfältigen geschlechtlichen Lebensrealitäten einhergehen sollte. Die WPATH (2012, S. 4) formulieren dies bereits zu Beginn ihres Manuals in Form grundlegender Prinzipien: Psy* sollen Respekt zeigen, pathologisierende Haltungen vermeiden, den Zugang zu Versorgung erleichtern und sich aktiv für die Bedürfnisse ihrer Klient*innen einsetzen. Dabei sollen sie eher eine beratende Rolle einnehmen: Sie unterstützen trans Personen darin, eigene Wege im Umgang mit Geschlecht zu finden, informieren über mögliche medizinische Optionen und ermöglichen bewusst getroffene Entscheidungen.

Die therapeutische Beziehung und deren Gestaltung wird unter anderem folgendermaßen beschrieben: „Oberstes Behandlungsziel ist es vor allem, transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Menschen dabei zu helfen, lang anhaltendes Wohlbefinden in der Ausdrucksweise ihrer Geschlechtsidentität zu finden. Fachkräfte für psychische Gesundheit können Menschen und deren Familien dabei unterstützen und fördern, Fähigkeiten und Widerstandskräfte zu entwickeln, wenn sie sich in eine Welt begeben, die oft schlecht darauf vorbereitet ist, transsexuelle, transgender und geschlechtsnichtkonforme Menschen anzunehmen und zu respektieren.“ (WPATH, 2012, S. 36).

Deutlich wird dabei eine klare Haltung gegenüber Fremdbestimmung durch Fachkräfte vermittelt: Entscheidungen über Behandlungen – etwa über eine Hormontherapie – werden ausdrücklich als Aufgabe der betroffenen Person selbst verstanden. In den Standards of Care heißt es dazu: „Für Fachkräfte für psychische Gesundheit ist es wichtig zu akzeptieren, dass die Entscheidung über eine Hormontherapie in erster Linie eine Entscheidung des Klienten ist – so wie alle Entscheidungen, die dessen Gesundheit betreffen.“ (WPATH, 2012, S. 32).

Damit wird nicht nur eine beratende Rolle für Psy* markiert, sondern auch ein klarer Anspruch auf Autonomie formuliert: Es ist nicht Aufgabe von Fachpersonen, über medizinische oder therapeutische Schritte zu entscheiden – die Entscheidungshoheit liegt bei den trans Personen selbst. Dabei betonen die WPATH (2012) auch die Grenzen psychotherapeutischer Begleitung: Für manche trans Personen können Austausch und Unterstützung durch Selbsthilfegruppen hilfreicher sein als Einzelpsychotherapie. Diese Perspektive macht deutlich: Psy* sind nicht die zentralen Wissens- oder

Wahrheitsträger*innen in Bezug auf Trans – sondern vielmehr Begleitende in einem Prozess, der in erster Linie der betroffenen Person gehört.

Die hier exemplarisch vorgenommenen internationalen Vergleiche zeigen, dass es andere – oft differenziertere – Wege im Umgang mit trans Gesundheit geben kann. Insbesondere der größere Umfang der beschriebenen Leitlinien schafft Raum für wichtige Informationen, die Psy* helfen können, die Komplexität transbezogener Gesundheitsfragen angemessen zu bearbeiten. Eine Haltung, die auf Selbstbestimmung und Wohlbefinden statt Pathologisierung fokussiert, erscheint als durchaus möglich.

Auch die Rolle von Psy* wird dabei beschrieben: als beratende, unterstützende Instanz, die informiert, Optionen aufzeigt und ihre eigene Haltung kritisch reflektiert – statt trans Personen zu beurteilen oder über sie zu entscheiden. Dieses Verständnis ermöglicht eine therapeutische Beziehung auf Augenhöhe, die Vertrauen schaffen und Handlungsspielräume eröffnen kann.

5.5 Möglichkeiten innerhalb des Systems: Handlungsspielräume nutzen

Bei der Frage nach positiveren Gestaltungsmöglichkeiten im Umgang mit trans Personen im Gesundheitssystem braucht es nicht zwangsläufig einen Blick über die Landesgrenzen hinaus. Wie Maier (2024) anhand der Gruppendiskussionen mit trans Personen zeigt, gibt es auch im Rahmen der österreichischen Behandlungsempfehlungen Möglichkeiten, solidarisch, respektvoll und bedürfnisorientiert zu arbeiten – wenn Fachpersonen bereit sind, zuzuhören, sich zu reflektieren und Verantwortung abzugeben.

Einige der teilnehmenden trans Personen in Maiers (2024) Studie zur Gutachtenerstellung berichteten von positiven Erfahrungen mit Psy*. Diese zeigen, dass es selbst innerhalb der bestehenden, regulierten Rahmenbedingungen Handlungsspielräume für Psy* gibt – und dass diese genutzt werden können, um den Prozess möglichst respektvoll, transparent und im Sinne der Klient*innen zu gestalten.

Als hilfreich wurden unter anderem erlebt: wenige und kurze Termine zur Stellungnahmen-Erstellung, eine informierte und kritisch-reflektierte Haltung gegenüber dem System, transparente Kommunikation über verwendete Tests und deren Zweck, die Möglichkeit zur Einsicht und Mitgestaltung der Stellungnahme sowie der Verzicht auf sachfremde oder grenzüberschreitende Fragen (Maier, 2024, S. 33). Auch wenn Psy* eigenes Unwissen anerkennen und Deutungshoheit bewusst abgeben, wurde dies positiv hervorgehoben.

Diese Hinweise bieten wertvolle Orientierungspunkte für eine Praxis, die trans Personen als Expert*innen ihrer selbst ernst nimmt – auch ohne große strukturelle Änderungen, sondern durch bewusste Haltung und Handlungsentscheidungen im Alltag.

VI. Abschließende Gedanken

Die vorliegende Arbeit reiht sich in eine Reihe kritischer Auseinandersetzungen mit dem Umgang mit Trans in Österreich ein – insbesondere in Anschluss an Maier (2024) und Rott (2014). Während Rott (2014) psychologisch-medizinische Lehrbücher auf deren implizite Aussagen und Wahrheitsansprüche hin untersucht, analysiert Maier (2024) die Erfahrungen von trans Personen im österreichischen Regulierungssystem. Baumgartinger (2019) widmete sich einer historischen Betrachtung von Trans im österreichischen Rechts- und Verwaltungssystem, welche ebenfalls einschneidenden Einfluss auf diese Arbeit hatte.

Im Zentrum der hier vorgelegten Analyse stand die Frage nach den Bedingungen, unter denen spezifische Vorstellungen über trans Lebensrealitäten entstehen – angestoßen durch die in Maiers Arbeit beschriebene Irritation angesichts des Verhaltens von Psy*. Maier (2024) beschreibt diesen Umstand mit dem Begriff der „unregulierten Regulation“: ein instabiles Gerüst aus Hilfsmaßnahmen, das Psy* eine große Freiheit in ihrem Handeln lässt – bei gleichzeitigem Mangel an klarer Unterstützung. Ein Teil dieses Gerüsts sind die „Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus nach der Klassifikation in der derzeit gültigen DSM bzw. ICD-Fassung“ (BMG, 2017), ein Dokument, das österreichischen Psy* als Orientierungshilfe dienen soll. Zusammen mit der allgemein knappen, vagen und inkohärenten Informationslage in Österreich, die keinen zentral gesammelten Zugang zu Informationen bietet, entsteht ein Handlungsfeld für alle Beteiligten, das durch Unsicherheit, Willkür und Ambivalenz geprägt ist. Bereits bei ersten Auseinandersetzungen mit dem analysierten Dokument traten sprachliche und strukturelle Unklarheiten zutage: Der Text war schwer zugänglich, geprägt von verkürzten Formulierungen, medizinisch-bürokratischem Jargon und unklaren Verantwortungszuweisungen. Es scheint, als würde das Dokument versuchen, zugleich juristische Rahmenbedingungen, medizinisch-rechtliche Anforderungen und psychosoziale Empfehlungen abzubilden – ohne diese Ebenen klar voneinander zu trennen oder deren Verhältnis zueinander zu reflektieren. Diese Überlagerung unterschiedlicher Funktionen trägt zur Unschärfe des Dokuments bei und wurde zum Ausgangspunkt für die Entscheidung, den Text einer kritisch-diskursanalytischen Untersuchung zu unterziehen.

Theoretisch fundiert ist die Analyse vor allem durch Konzepte Michel Foucaults – insbesondere seine Überlegungen zur Disziplinarmacht, zur Produktion von Wahrheit und zur Unsichtbarkeit von Macht. Ergänzt wurde dieser Rahmen durch Perspektiven von Hannah

Arendt und Henrike Kohpeiß, deren Konzepte es erlauben, bestimmte strukturelle Phänomene – etwa das Verschwinden von Verantwortlichkeit in bürokratischen Systemen – präzise zu benennen. Für die diskursanalytische Arbeit selbst wurde vor allem die Lektüre von Jäger und Kolleg*innen (2024, 2015) genutzt. Zentral war die Frage: Wie wird in den österreichischen Behandlungsempfehlungen für trans Personen Wissen, Wahrheit und Handlungsmacht konstruiert? Die Analyse legte eine Reihe diskursiver Mechanismen offen, die zur Regulierung und Normierung von trans Leben beitragen.

In der Kontextanalyse ([Kapitel 3.1](#)) zeigte sich, dass der rechtliche und medizinische Umgang mit trans Personen in Österreich historisch von Unsicherheit und Ambivalenz geprägt ist. Auch die Entstehung der Behandlungsempfehlungen selbst – eingebettet in eine Sitzung des Obersten Sanitätsrats und ausgehend von einem Erlass – verweist auf eine primär rechtlich-bürokratische Logik. Dies prägt den Text wesentlich: Zahlreiche konditionale Formulierungen, die Präsenz gesetzlicher Bezüge sowie eine unklare Verantwortungsstruktur weisen auf eine Nähe zur Verwaltungslogik hin, weniger auf eine psychosoziale Orientierung. Arendts (2023) Konzept der „Herrschaft des Niemand“ lässt sich hier ebenso wiederfinden wie Foucaults (2021) Idee der Disziplinarmacht: Die beobachtenden Instanzen bleiben unsichtbar, während trans Personen einer Beobachtung und Bewertung ausgesetzt werden. Entscheidungsgewalt erscheint objektiv und sachlich, obwohl sie von konkreten Institutionen und Akteur*innen ausgeübt wird.

Im Zentrum der Analyse stand zudem die Rolle der Beziehung zwischen Psy*-Professionen und trans Personen. Es zeigte sich, dass die Behandlungsempfehlungen eine Art binäre Struktur erzeugen, wie sie Jäger (2024, 2015) beschreibt: eine Trennung zwischen einer *Wir*-Gruppe (Psy*), einer *Sie*-Gruppe (trans Personen) und einer Sprecher*innen-Gruppe (die Autor*innen der Empfehlungen). Letztere nehmen dabei eine übergeordnete Rolle ein, positionieren sich in einer Linie mit Institutionen wie der American Psychiatric Association oder World Health Organization, deren normierende Diskurse in den Empfehlungen deutlich nachwirken. Die Psy* werden in eine Rolle versetzt, in der sie zwischen trans Personen und institutionellen Anforderungen vermitteln, bewerten und legitimieren sollen. Sie beobachten, prüfen und verfassen Stellungnahmen – auf Grundlage relativ uneindeutig gehaltener Kriterien. Einerseits wird ihnen große Verantwortung übertragen, andererseits bleiben die Rahmenbedingungen vage. Die Empfehlungen fordern zwar Stellungnahmen ein, benennen aber weder Adressat*innen noch Zweck. Die Analyse legt nahe, dass diese Stellungnahmen primär für Krankenkassen verfasst werden – ein Umstand, der weder reflektiert noch transparent gemacht wird.

Trans Personen wiederum sehen sich mit Anforderungen konfrontiert, denen sie entsprechen müssen, um Zugang zu medizinischen oder rechtlichen Maßnahmen zu erhalten. So entstehen implizite Normalitätskonstruktionen: Ein „transnormatives Subjekt“ wird skizziert, das eindeutig, dauerhaft und behandlungswillig sein muss und sich möglichst alle zur Verfügung stehenden medizinischen Maßnahmen wünscht (vgl. [Kapitel 5.2.5](#)). Diese Konstruktion schließt viele Lebensrealitäten aus und erzeugt erheblichen Druck. Maier (2024) zeigt eindrücklich, dass trans Personen sich dieser Anforderungen bewusst sind und sich gezielt anpassen, um eine positive Stellungnahme zu erhalten. Gleichzeitig erzeugt dieses strategische Verhalten große Ängste – etwa, den Ansprüchen nicht zu genügen oder „falsch“ zu erscheinen.

Die Ergebnisse zeigen, dass auch scheinbar neutrale Texte wie Behandlungsempfehlungen in umfassendere Diskurse eingebunden sind, die regulieren, wer wie Subjekt sein darf. Sie wirken normierend, disziplinierend und ordnend – und reproduzieren dabei Vorstellungen von Geschlecht, Normalität und Behandelbarkeit. Die Empfehlungen konstruieren trans Personen als regulierbare Subjekte, die sich spezifischen Anforderungen anzupassen haben.

Ein Vergleich mit internationalen Leitlinien zeigt alternative Zugänge auf. Es existieren bereits Beispiele für kontext- und vielfaltssensiblere Richtlinien, die auf partizipativen Prozessen beruhen und Verantwortung klar benennen ([Kapitel 5.4](#)). Für zukünftige Empfehlungen stellt sich daher die Frage, wie diese strukturellen Alternativen stärker berücksichtigt werden können – nicht nur im Sinne fachlicher Präzision, sondern auch im Sinne ethischer Verantwortung.

Literaturverzeichnis

- Al-Youssef, M. (2023). „Exponentiell“ mehr Nichtbinäre: „Kann mich nicht als Frau oder Mann einordnen“. *DER STANDARD*.
<https://www.derstandard.at/story/2000142217675/exponentiell-mehr-nichtbinaere-kann-mich-nicht-als-frau-oder-mann>
- American Psychiatric Association (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®* (P. Falkai, H.-U. Wittchen, M. Döpfner, W. Gaebel, W. Maier, W. Rief, H. Saß, & M. Zaudig, Hrsg.; 2. Aufl.). Hogrefe. <https://doi.org/10.1026/02803-000>
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-III*. American Psychiatric Association.
- Arendt, H. (2023). *Elemente und Ursprünge totaler Herrschaft: Antisemitismus, Imperialismus, Totalitarismus*. Piper Taschenbuch.
- Askevis-Leherpeux, F., De La Chenelière, M., Baleige, A., Chouchane, S., Martin, M.-J., Robles-García, R., Fresán, A., Quach, A., Stona, A.-C., Reed, G., & Roelandt, J.-L. (2019). Why and how to support depsychiatrisation of adult transidentity in ICD-11: A French study. *European Psychiatry*, 59, 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.03.005>
- Austria Presse Agentur (2025a). Urteil: Krankenversicherung muss Haarentfernung für Transsexuelle zahlen. *DER STANDARD*.
<https://www.derstandard.at/story/3000000261648/urteil-krankenversicherung-muss-epilation-f252r-transsexuelle-zahlen>
- Austria Presse Agentur (2025b). *Europäischer Gerichtshof stärkt Trans-Rechte bei Wechsel des Geschlechtseintrags—Trans & Inter*—derStandard.at › dieStandard*. Abgerufen 19. Juni 2025, von <https://www.derstandard.at/story/3000000261214/europstaerkt-trans-rechte-bei-wechsel-des-geschlechtseintrags>

Barrón-López, L., Baldwin, L., Lane, S., Barajas, J., & Sunkara, S. (2024, November 2). *Why anti-transgender political ads are dominating the airwaves this election*. PBS News.

<https://www.pbs.org/newshour/show/why-anti-transgender-political-ads-are-dominating-the-airwaves-this-election>

Baumgartinger, P. P. (2019). *Die staatliche Regulierung von Trans: Der Transsexuellen-Erlass in Österreich (1980-2010): Eine Dispositivgeschichte*. transcript.

Baumgartinger, P.P. (2014). *Trans*Bewegung Vergessen Erinnern*. In: Guggenheimer, J., Isop, U., Leibetseder, D., Mertlitsch, K (Hrsg.), »When we were gender...« *Geschlechter erinnern und vergessen* (151-164). transcript.

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 (2017). *Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus nach der Klassifikation in der derzeit gültigen DSM bzw. ICD-Fassung*. <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Psychische-Gesundheit/Transsexualismus-Geschlechtsdysphorie.html>

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

Bundesstiftung Magnus Hirschfeld (o. J.). Magnus Hirschfeld—Kurzbiografie und Linksammlung.

BUNDESSTIFTUNG MAGNUS HIRSCHFELD. Abgerufen 19. Juni 2025, von <https://mh-stiftung.de/projekte/biografien/magnus-hirschfeld/>

Busch-Holewik, A. (2024). Interview des Monats: „Bei Transgender-Behandlungen wird wissenschaftliche Evidenz ignoriert". *IMABE - Institut für Medizinische Anthropologie und Bioethik*. <https://www.imabe.org/bioethikaktuell/einzelansicht/interview-des-monats-bei-transgender-behandlungen-wird-wissenschaftliche-evidenz-ignoriert>

Butler, J. (2024). *Who's Afraid of Gender?* (First edition). Farrar, Straus and Giroux.

Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung e.V. (DGfS). (2018). *Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung*. Version 1.7. Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/138-001>

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. Auflage, unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2015). Hogrefe Verlag.

Doctors For America (2025, Februar 4). DFA Sues Over Removal of Health Information. *Doctors for America*. <https://doctorsforamerica.org/pr-removal-of-health-info/>

Dodds, I. (2024, Dezember 1). *Trump's anti-trans ad blitz probably worked – but not for the reason you might think*. The Independent. <https://www.independent.co.uk/news/world/americas/us-politics/trump-anti-trans-campaign-adverts-b2654925.html>

Duden (o. J.). *Sexologie*. Abgerufen 23. Juni 2025, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Sexologie>

- European Union Agency for Fundamental Rights (Hrsg.) (2024). *LGBTQI equality at a crossroads: Progress and challenges: EU LGBTQI survey III*. Publications Office.
<https://doi.org/10.2811/569753>
- Feddersen, J., & Kutter, K. (o. J.). *Jugendpsychiater über Transidentität: „Es ist hip, trans zu sein“* | *taz.de*. Abgerufen 19. Juni 2025, von <https://taz.de/Jugendpsychiater-ueber-Transidentitaet/!5845336/>
- Federici, S. (2022). *Caliban und die Hexe: Frauen, der Körper und die ursprüngliche Akkumulation* (M. Birkner, Hrsg.; M. Henninger, Übers.; 10. Auflage). Mandelbaum.
- Feinberg, L. (1996). *Transgender warriors: Making history from Joan of Arc to Dennis Rodman*. Beacon Press.
- Foucault, M. (1978). Wahrheit und Macht. Interview mit Michel Foucault von Alessandro Fontana und Paquale Pasquino. In M. Foucault, *Dispositive der Macht. Über Sexualität, Wissen und Wahrheit* (S. 21-54). Berlin: Merve.
- Foucault, M. (1983). *Sexualität und Wahrheit. Der Wille zum Wissen 1*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1992). *Was ist Kritik?* (W. Seitter, Übers.). Merve-Verlag.
- Foucault, M. (2001). *Die Ordnung des Diskurses*. Fischer Taschenbuch Verlag.
- Foucault, M. (2021). *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses* (W. Seitter, Übers.; 19. Aufl.). Suhrkamp.
- Foucault, M. (2023). *Die Ordnung der Dinge: Eine Archäologie der Humanwissenschaften* (27. Auflage). Suhrkamp.
- Friedrich, S. (2025). Problematisierung, in: Jäger, S., Jäger, M., Wamper, R. Nothardt, B.: *Kritische Diskursanalyse. Eine Einführung*, 8. vollständig überarbeitete Auflage. Münster: Unrast.
- Heidt, A. (2025). ‘Mind-boggling’: US CDC orders gender-related terms cut from scientific papers. *nature*. <https://www.nature.com/articles/d41586-025-00367-x>

- 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. Auflage). Suhrkamp.
- Hoenes, J., & Schirmer, U. (2019). Transgender/Transsexualität: Forschungsperspektiven und Herausforderungen. In B. Kortendiek, B. Riegraf, & K. Sabisch (Hrsg.), *Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung* (Bd. 65, S. 1203–1212). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-12496-0_77
- Hunter, S. <https://www.tiktok.com/@csbvkjbjvjbkbjvksjk/video/7473999740842151214>. (2025, Februar 21). *Hunter Schafer Video* [Video recording].
<https://www.tiktok.com/@csbvkjbjvjbkbjvksjk/video/7473999740842151214>
- INQUIRER.net (Regisseur). (2024, Dezember 23). *Trump vows to „stop transgender lunacy“ as a top priority* [Video recording]. <https://www.youtube.com/watch?v=QxgabI5KiE4>
- Jäger, S. (2015). *Kritische Diskursanalyse: eine Einführung* (7., vollständig überarbeitete Auflage). Unrast.
- Jäger, S., Jäger, M., Wamper, R., Nothardt, B. (2024). *Kritische Diskursanalyse. Eine Einführung* (8. vollständig überarbeitete Auflage.) Unrast.
- Kammler, C., Parr, R., & Schneider, U. J. (2014). *Foucault-Handbuch: Leben - Werk - Wirkung*. Metzler.
- Kohpeiß, H. (2023). *Bürgerliche Kälte: Affekt und koloniale Subjektivität*. Campus.
- 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>.

- Maier, R. (2024). *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*. [Masterarbeit, Universität Wien].
<https://doi.org/10.25365/THESIS.75393>
- Maier, R., & Slunecko, T. (2025). Vergeschlechtlichte Gewalt im Rahmen der staatlich-medizinischen Regulation von Trans in Österreich. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 48(3-4), 719-749. DOI: 10.2440/007-0027
- Nieder, T. O., & Strauß, B. (Hrsg.). (2021). Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit. S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung. In *Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit* (S. 23–192). Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. <https://doi.org/10.30820/9783837977585-23>
- Queer Lexikon. (2017a.). *Cis* | *Queer Lexikon*. <https://queer-lexikon.net/2017/06/15/cis/>
- Queer Lexikon. (2017b.). *Heteronormativität* | *Queer Lexikon*. <https://queer-lexikon.net/2017/06/15/heteronormativitaet/>
- Queer Lexikon (2024). *Cisnormativität* | *Queer Lexikon*. <https://queer-lexikon.net/2022/03/25/cisnormativitaet/>
- Rauchfleisch, U. (2024). *Transidentität – Transgender: Transitionsprozesse begleiten und gestalten* (6., vollst. überarb. Auflage 2024). Vandenhoeck & Ruprecht.
<https://doi.org/10.13109/9783666400391>
- 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://ubdata.univie.ac.at/AC11716807>
- Saalfeld, R. (2019). Von Zweigeschlechtlichkeit, Störung der Geschlechtsidentität und Geschlechtsdysphorie. In Mader, E., Schmechel, C., Steinweg, A., Kawalska, Kl. (Hrsg.)

Gegendiagnose II. Beiträge zur radikalen Kritik an Psychologie und Psychiatrie. (S. 184–200). edition assemblage.

Slunecko, T. (2022). Gegen die Akademisierung der Psychotherapie aus dem Geist der Klinischen Psychologie. In W. Datler, A. Drossos, E. Gornik, & C. Korunka, *Akademisierung der Psychotherapie. Aktuelle Entwicklungen, historische Annäherungen und internationale Perspektiven.* (S. 145-168) (1. Aufl.). Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
<https://doi.org/10.24989/13936>

Stryker, S. (2008). *Transgender History.* Seal Press.

Sun, L. H., Keating, D., & Nirappil, F. (2025, Februar 1). CDC removes gender, equity references in public health material. *The Washington Post.*
<https://www.washingtonpost.com/health/2025/01/31/cdc-website-gender-lgbtq-data/>

Text - H.Res.157 - 119th Congress (2025-2026): Impeaching John Deacon Bates, a Judge of the United States District Court for the District of Columbia, for High Crimes and Misdemeanors. (24. Februar 2025). <https://www.congress.gov/bill/119th-congress/house-resolution/157/text>

The White House. (2025a, Januar 20). *The Inaugural Address.* The White House.
<https://www.whitehouse.gov/remarks/2025/01/the-inaugural-address/>

The White House. (2025b, Januar 21). *Defending Women From Gender Ideology Extremism And Restoring Biological Truth To The Federal Government.* The White House.
<https://www.whitehouse.gov/presidential-actions/2025/01/defending-women-from-gender-ideology-extremism-and-restoring-biological-truth-to-the-federal-government/>

Trans*Inter*Beratungsstelle. (o.J.). *Begriffserklärungen.* Abgerufen am 26.06.2025 von
<https://www.trans-inter-beratungsstelle.de/de/begriffserklaerungen.html>

TransX. (2004). *Empfehlungen für den Behandlungsprozess von Transsexuellen—Stellungnahme zum „Salzburger Konsensustreffen“.*
https://www.transx.at/Dokumente/TX_Empfehlungen.pdf

TransX. (o.J.a) *Was bedeutet „Trans“?* Abgerufen am 26.06.2025 von

<https://www.transx.at/Pub/TransWas.php>

TransX. (o. J.b). *Forderungspaket 2001*. Abgerufen 22. Juni 2025 von

https://www.transx.at/Pub/TransX_Forderungen.php

TransX. (o.J.c). *ICD und DSM: Krankheits- und Diagnosekataloge*.

https://www.transx.at/Pub/Patho_ICD_DSM.php

World Health Organization. (1997). *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death (9th revision)*. Geneva.

World Health Organization. (o. J.). *Gender incongruence and transgender health in the ICD*.

Abgerufen 19. Juni 2025, von <https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/gender-incongruence-and-transgender-health-in-the-icd>

World Health Organization. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. World Health Organization

ANHANG

Empfehlungen

für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie bzw.
Transsexualismus nach der Klassifikation in der derzeit gültigen DSM
Bzw. ICD-Fassung

Stand: 20/06/2017

Präambel

1997 hat das Gesundheitsministerium nach Beratungen durch den Obersten
Sanitätsrat „Empfehlungen für den Behandlungsprozess von Transsexuellen“
herausgegeben. Die österreichischen Empfehlungen für den Behandlungsprozess sind
inzwischen mehr als 16 Jahre alt. In diesen Jahren haben sich die wissenschaftlichen
Kenntnisse und die Behandlungsstandards für die Gesundheit von transsexuellen,
transgender und gender-nonkonformen Menschen vertieft, sodass es sowohl in
Bezug auf das Recht auf Selbstbestimmung der Geschlechtsrolle, als auch bezüglich
der Behandlungsstandards international zu einem epochalen Umdenken kam. In der
neuen Ausgabe des DSM-5 der American Psychiatric Association werden Menschen,
die darunter leiden, dass ihr Geburtsgeschlecht dem entgegengestellt ist, mit dem sie
sich identifizieren, mit Geschlechtsdysphorie diagnostiziert. Diese Diagnose ist eine
Überarbeitung der im DSM-4 beschriebenen Geschlechtsidentitätsstörung und
beabsichtigt eine bessere Beschreibung der Erfahrungen von betroffenen Kindern,
Jugendlichen und Erwachsenen. In dem seit dem 1. Jänner 2001 österreichweit
verbindlich eingeführten, von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebenen
internationalen Diagnoseschlüssel ICD 10, fällt diese Diagnose in die Klassifikation
„Transsexualismus“.

Darüber hinaus gab es auch Änderungen im Personenstandsrecht (siehe Exkurs auf
Seite 6).

All diesen Änderungen Rechnung tragend, wurden die Empfehlungen für den Behandlungsprozess nun von einer vom Gesundheitsministerium einberufenen multiprofessionellen, interdisziplinären Expertinnen- und Expertengruppe unter Einbindung des für Personenstandsrecht zuständigen Bundesministeriums für Inneres überarbeitet.

Die vorliegenden österreichischen Empfehlungen für den Behandlungsprozess orientieren sich in weiten Teilen an den 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. Sie richten sich an alle am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen bzw. an die mit der Vollziehung des Personenstandsrechts betrauten Verwaltungsbehörden, implizit auch an Betroffene.

Den behandelnden Gesundheitsberufen, nämlich Fachärztinnen/Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin¹, anderen Fachärztinnen/Fachärzten, Klinischen Psychologinnen/Klinischen Psychologen und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten (in der Folge als Fachkräfte bezeichnet) wird nach Erlangen der jeweiligen Berufsberechtigung eine kontinuierliche zweijährige Berufserfahrung dringend empfohlen. Weiters wird diesen dringend empfohlen mit den Thematiken der Gender-Nonkonformität, Transgender, Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus vertraut zu sein und ihre psychodiagnostischen, psychopathologischen und klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Kenntnisse und Kompetenzen durch Fort- und Weiterbildungen zu einem Teil eben diesen Thematiken zu widmen.

Diese Empfehlungen sind nicht im Zusammenhang mit der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung zu sehen. Dies ist Verhandlungsgegenstand der Vertragspartner.

Die Empfehlungen für den Behandlungsprozess gelten nur für Personen ab Eintritt der Volljährigkeit, d.h. für Erwachsene mit Transsexualismus bzw.

Geschlechtsdysphorie. Aufgrund der speziellen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen werden für diese Zielgruppe eigene Empfehlungen für den Behandlungsprozess herausgegeben werden.

Die Empfehlungen geben eine Orientierung für sorgfältiges Handeln für die in den Behandlungsprozess eingebundenen Fachkräfte und setzen eine evidenzbasierte Vorgehensweise voraus. Die Empfehlungen werden aus Gründen der Qualitätssicherung regelmäßig evaluiert werden.

Es ist darauf Bedacht zu nehmen, dass die Gültigkeit aller Stellungnahmen, die im Zuge des Behandlungsprozesses erstellt werden, nach längstens zwölf Monaten erlischt.

¹ Unter der Bezeichnung des Sonderfachs „Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin“ sind alle Fachärztinnen/Fachärzte, die eine diesem Sonderfach entsprechende Aus- und Weiterbildung absolviert haben zu verstehen, wie die Fachärztinnen/Fachärzte des Sonderfaches Psychiatrie, des Sonderfaches Psychiatrie und Neurologie sowie des Sonderfaches Neurologie und Psychiatrie.

Behandlungsprozess

1. Diagnostischer Prozess zur grundsätzlichen Feststellung des Vorliegens einer Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus

Abklärung der Art und des Ausmaßes des Unbehagens oder Missempfindens verursacht durch die Diskrepanz der subjektiv empfundenen Geschlechtsrolle und dem Geburtsgeschlecht durch folgenden 3-teiligen diagnostischen Prozess:

- psychiatrische Diagnostik,
- klinisch-psychologische Diagnostik,
- psychotherapeutische Diagnostik.

101 Aufgaben des diagnostischen Prozesses sind:

102

103 Diagnoseerstellung, Beschreibung der psychosozialen, gesundheitlichen Situation, die
104 Feststellung, dass die Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus ohne Behandlung
105 aus heutiger Sicht mit sehr großer Wahrscheinlichkeit als dauerhaft eingestuft
106 werden kann sowie Indikationsstellung für etwaige weitere Behandlungsschritte.

107

108 Die Ergebnisse der jeweiligen diagnostischen Prozesse sowie die Indikationsstellung
109 für etwaige weitere Behandlungsschritte, sind durch eine Fallführende/einen
110 Fallführenden in einer Stellungnahme zusammen zu fassen, aus der ein Konsens klar
111 ersichtlich sein soll.

112

113 Die/der Fallführende ist eine/ein von der Patientin/dem Patienten selbst bestimmte
114 Vertreterin/bestimmter Vertreter der bereits eingebundenen Fachkräfte.

115

116 2. Behandlungsbestätigung

117

118 Bei Vorliegen von Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus ist für den Zeitraum
119 der Behandlung der Patientin/des Patienten auf Verlangen eine Bestätigung einer
120 behandelnden Fachkraft mit der maximalen Gültigkeitsdauer von zwei Jahren
121 auszustellen, aus der die diagnostische Zuordnung sowie die Darstellung des
122 Zusammenhanges zwischen der Behandlung und dem äußeren Erscheinungsbild
123 hervorgeht. Die Bestätigung ist mit dem Stempel und der Adresse der ausstellenden
124 Instanz zu versehen (Muster beiliegend).

125

126

127

128 3. Therapeutischer Prozess

129

130 Basierend auf der, unter Punkt 1 genannten Stellungnahme, aus der ein Konsens
131 hervorgehen soll, erfolgen die weiteren Schritte zur Behandlung. Die fachärztliche²,
132 klinisch-psychologische oder psychotherapeutische Behandlung ist entsprechend
133 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.

Bei Vorliegen koexistenter psychischer, sozialer und/oder somatischer Störungen ist deren Behandlung durch eine Klinische Psychologin/einen Klinischen Psychologen, eine Psychotherapeutin/einen Psychotherapeuten, eine Fachärztin/einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin oder eine andere Fachärztin/einen anderen Facharzt angezeigt.

4. Vor der Hormonbehandlung

Nach dem diagnostischen Prozess erfolgt, bei Wunsch nach einer Hormonbehandlung, eine urologisch-gynäkologische Untersuchung und ein Risikoscreening hinsichtlich möglicher Kontraindikationen. Bei Bedarf kann eine zytogenetische Untersuchung indiziert sein.

Im Falle des Vorliegens von Kontraindikationen sind diese in die fachärztliche, klinisch-psychologische oder psychotherapeutische Behandlung einzubeziehen.

Darüber hinaus erfolgt vor der Hormontherapie eine Stellungnahme durch:

- die Klinische Psychologin/den Klinischen Psychologen (a)
- ODER
- die Psychotherapeutin/den Psychotherapeuten (a)
- mit einer anschließenden psychiatrischen Kontrolluntersuchung (b) sowie einer gemeinsamen Indikationsstellung der beteiligten Berufsgruppen für den weiteren Behandlungsverlauf hinsichtlich psychischer und somatischer Behandlungskomponenten. Bei dieser Indikationsstellung handelt es sich um

2. „fachärztliche Behandlung“ umfasst insbesondere jene durch Fachärztinnen/Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin sowie jene, die eine diesem Sonderfach entsprechende Aus- und Weiterbildung

absolviert haben, wie Fachärztinnen/Fachärzte des Sonderfaches Psychiatrie, des Sonderfaches Psychiatrie und Neurologie sowie des Sonderfaches Neurologie und Psychiatrie.

eine von der/von dem Fallführenden zusammengefasste Stellungnahme (a&b),
aus der ein Konsens klar ersichtlich sein soll.

5. Hormonbehandlung

Erst bei Indikationsstellung zur Einleitung somatischer Behandlungsschritte darf eine Hormontherapie erfolgen, die kontinuierlich ärztlich kontrolliert werden muss. Parallel dazu ist die fachärztliche, klinisch-psychologische oder psychotherapeutische Behandlung nach Bedarf fortzusetzen, bei der es auch um die Begleitung der „real life experience“ (Leben in der angestrebten Geschlechtsrolle) geht. Die Hormontherapie erfolgt in der Regel über den Zeitraum eines Jahres. Danach können bei Wunsch genitalchirurgische Eingriffe vorgenommen werden.

Eine Angleichung an die gewünschte Geschlechtsrolle durch Vornahme chirurgischer Eingriffe kann auch ohne vorherige Hormontherapie erfolgen (z. B. Mastektomie).

6. Vor operativen Eingriffen

Am Ende dieser Transitionsphase soll bei Wunsch nach geschlechtsanpassenden operativen Eingriffen eine neuerliche

- klinisch-psychologische (a)
 - ODER
 - psychotherapeutische Stellungnahme (a)
 - sowie eine psychiatrische Kontrolluntersuchung und Stellungnahme (b)
- durchgeführt werden.

Die von der/von dem Fallführenden zusammengefasste Stellungnahme (a&b) muss einen klaren Konsens hinsichtlich der Kontinuität und Unbeeinflussbarkeit des transsexuellen Wunsches bzw. der angestrebten Geschlechtsrolle aufweisen. Aus

dieser Stellungnahme ergibt sich die Indikationsstellung für eine operative Behandlung und die Patientin/der Patient kann zu den entsprechenden qualifizierten Fachärztinnen/Fachärzten, die die jeweiligen operativen Eingriffe vornehmen, überwiesen werden.

7. Dokumentation

Der gesamte Behandlungsverlauf ist gemäß den berufsrechtlichen Vorgaben nachvollziehbar zu dokumentieren.

8. Operation

Durchführung der Operation(en) und Erstellung eines Operationsbefundes.

9. Postoperativ

Auch postoperativ sollte eine fachärztliche, klinisch-psychologische bzw. psychotherapeutische Behandlung angeboten werden.

Exkurs: Personenstandsänderung

Die Rechtsordnung berücksichtigt nach derzeitigem Stand „Transsexualität“ nicht ausdrücklich. Das Personenstandsgesetz normiert in § 41, dass Beurkundungen zu ändern sind, wenn sie nach der Eintragung unrichtig geworden sind. Die folgenden Kriterien für eine Personenstandsänderung beruhen auf dem Erkenntnis des Verwaltungsgerichtshofes (VwGH) vom 27.02.2009, Zahl 2008/17/0054.

Voraussetzung zur Bewilligung einer Personenstandsänderung, die in Österreich unabhängig von somatischen Maßnahmen erfolgen kann, ist eine Stellungnahme einer Fachärztin/eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin

oder einer Klinischen Psychologin/eines Klinischen Psychologen oder einer
Psychotherapeutin/eines Psychotherapeuten, welche folgende Punkte enthält:

- 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.

Bestätigung (siehe Punkt 2, Seite 3)

Name:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Das äußere Erscheinungsbild der angeführten Person kann aufgrund eines
diagnostisch festgestellten Zustandes und einer derzeitigen Behandlung von den in
Dokumenten angeführten Angaben über das Geschlecht bzw. dem ersten Vornamen
abweichen.

Die Gültigkeit dieser Bestätigung endet am:

268

269

270

271

272

273

274

275 Datum

.....

Unterschrift

Abstract

Trans Personen in Österreich benötigen psychologische, psychiatrische und psychotherapeutische Stellungnahmen, um geschlechtsaffirmierende Gesundheitsversorgung oder eine Personenstandsänderung in Anspruch nehmen zu können. Diese verpflichtenden Kontaktpunkte mit Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen und Psychiater*innen (zusammengefasst als Psy*) sind für viele trans Personen von stark eingeschränkter Handlungsfreiheit, Abhängigkeit, Grenzüberschreitungen und Machtmissbrauch geprägt – mit psychischen Folgen wie Angst, Stress oder Depression (Maier, 2024). Ein zentrales Dokument, welches das Verhältnis zwischen trans Personen und Psy* strukturiert, sind die „Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus nach der Klassifikation in der derzeit gültigen DSM bzw. ICD-Fassung“ des österreichischen Gesundheitsministeriums. Aufgrund ihrer normsetzenden Wirkung für die Praxis wird dieses Dokument in der vorliegenden Arbeit mittels Kritischer Diskursanalyse nach Jäger und unter Rückgriff auf Foucaults diskurstheoretische Überlegungen untersucht. Die Analyse zeigt, dass die Empfehlungen ein strukturell asymmetrisches Verhältnis etablieren: Trans Personen erscheinen als Subjekte, deren Identität geprüft und beurteilt werden soll, während Psy* die Rolle zugewiesen wird, diese Identität zu beobachten, zu bewerten und in Stellungnahmen zu dokumentieren. Dadurch entsteht eine funktionale Rollenteilung in bewertende und zu bewertende Personen, die das Verhältnis zwischen beiden Seiten prägt. Im Zentrum der Empfehlungen stehen nicht Maßnahmen zur Unterstützung oder Begleitung, sondern Verfahren zur Prüfung und Dokumentation spezifischer Kriterien für medizinische Unterstützung oder rechtliche Anerkennung. Sichtbarkeit, Kontrolle, Normierung und Prüfung strukturieren den Diskurs. Die Anforderungen an trans Personen sind detailliert ausgeführt, die Rolle der prüfenden Instanzen bleibt hingegen unhinterfragt. Ein Vergleich mit internationalen Leitlinien zeigt, dass alternative Ansätze existieren, die transparenter gestaltet sind, die Selbstbestimmung von trans Personen betonen und Fachkräften eine primär beratende Funktion zuschreiben, während Entscheidungen zu geschlechtsaffirmierenden Maßnahmen ausdrücklich bei den trans Personen liegen – eine Orientierung, die auch für eine mögliche Weiterentwicklung der österreichischen Empfehlungen in Betracht gezogen werden kann.

Trans people in Austria are required to obtain psychological, psychiatric and psychotherapeutic assessments in order to access gender-affirming healthcare or legal recognition. These mandatory interactions with psychologists, psychotherapists, and psychiatrists (summarized as Psy*) are often marked by limited autonomy, dependency, boundary violations and abuse of power – leading to psychological consequences such as anxiety, stress, or depression (Maier, 2024). A central document that structures the relationship between trans people and Psy* are the “Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus nach der Klassifikation in der derzeit gültigen DSM bzw. ICD-Fassung,” issued by the Austrian Ministry of Health. Due to its normative influence on clinical practice, this document is analyzed in the present work using Critical Discourse Analysis following Jäger, drawing on Foucault’s conceptualization of discourse. The analysis reveals that the recommendations establish a structurally asymmetrical relationship: trans individuals are positioned as subjects whose identity is to be assessed and judged, while Psy* are assigned the role of observing, evaluating, and documenting that identity. This creates a functional division into evaluating and evaluated parties, shaping the dynamics between them. The document centers not on support or guidance but on procedures for verifying specific criteria required for access to health care or legal recognition. Visibility, control, normalization, and assessment structure the discourse. While detailed requirements are outlined for trans people, the role of the assessing professionals remains unquestioned. A comparison with international guidelines demonstrates that alternative models exist that emphasize transparency, affirm trans autonomy, and frame the role of professionals primarily as advisory – a perspective that may also inform future development of the Austrian recommendations.