

trans-evidence



„Sie sind Ihr Gehirn – in einem falschen Körper!“

**Exemplarische, fachliche Stellungnahme
zum Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 25. Januar 2012
aus neuropsychologisch-neurologisch-psychiatrischer Sicht**

Autor: Dr. med. univ. Dr. phil. Horst-Jörg Haupt
Institution: Verein trans-evidence (Herausgeber und Verleger)
Adresse: Postfach 6
CH-6442 Gersau SZ

Inhaltsverzeichnis

1	Anlass	3
2	Zwei Geschlechter in einem Körper	5
3	Transsexualität ist keine psychische Störung	8
3.1	Fehlende Evidenzbasierung	8
3.2	Psychiatisierung als Sackgasse	9
3.3	Der Mythos vom gefühlten und empfundenen Geschlecht	11
3.4	Die Rolle sexologisch-psychoanalytischer Diskurse	14
4	Hirngeschlecht und falscher Geschlechtskörper	16
4.1	Gesundheit, Krankheit und Symptomatik	16
4.2	Transsexualität als genetische Variation	20
4.3	Angeborenes Body Image und falscher Geschlechtskörper	23
4.4	Körperdissoziation und ihre Folgen	27

1 Anlass

Das Landessozialgericht Baden-Württemberg hat in einem Urteil (vom 25. Januar 2012, L 5 KR 375/10) entschieden, dass Krankenkassen die Brustvergrößerung einer transsexuellen Frau nicht bezahlen müssen, wenn sich durch eine Hormonbehandlung bereits eine „mässige“ Brust entwickelt hat und keine organischen Beschwerden vorliegen würden. Insoweit würden keine anderen Massstäbe als für „genetische Frauen“ gelten.

Der Senat war der Auffassung, dass eine Regelung, die unter bestimmten Bedingungen operative Brustvergrößerungen bei Transsexuellen rechtfertigen würde, im Fall der Klägerin, die „als Mann geboren“ sei, nicht angewendet werden könne. Es bestehe nur ein Anspruch auf „deutliche“ körperliche Angleichung an das „gewünschte“ Geschlecht, nicht auf eine „möglichst weitgehende“ Angleichung. Die Frau habe aber durch Hormonbehandlung bereits eine „mässige“ Brust entwickelt. Da sie ausserdem keine organischen Beschwerden habe, sei ein operativer Eingriff nicht erforderlich.

Bezüglich des Arguments der Klägerin, sich erst mit einem bestimmten Brustumfang tatsächlich als Frau fühlen zu können und unter ihrem geringen Brustwachstum zu leiden, stellte der 5. Senat fest: „*Operationen am gesunden Körper, die psychische Leiden beeinflussen sollen, stellen grundsätzlich keine notwendige Behandlung dar*“. Für „Transsexuelle“ könnten keine anderen Massstäbe als für „genetische Frauen“ gelten: Bei diesen müsse die Krankenkasse auch bei erheblichem psychischen Leidensdruck keine Brustvergrößerung zahlen. Insbesondere bestehe kein Anspruch auf ein „Idealbild“ weiblicher Brüste.

Im Rahmen der Erwägungen wurde auch auf die *Altdorfer Empfehlungen*¹ Bezug genommen:

„Es erscheint nicht ausgeschlossen, dass die gegenwärtige Entwicklung in der medizinischen Wissenschaft dazu führt, dass somatomedizinische Massnahmen auch bei Transsexuellen grundsätzlich nicht mehr als Krankenbehandlung anzusehen sind, sondern im Wesentlichen zur Unterstützung des Entfaltungsprozesses transsexueller Menschen dienen sollen. Dies könnte jedenfalls das Ergebnis einer weitgehenden Entpathologisierung der Transsexualität (Rauchfleisch, Transsexualität. Transidentität, 2009) und eines Paradigmenwechsels in ihrem Verständnis als einer gesunden Normvariante der sexuellen Identität sein (Haupt, Transsexualität, Grundlegende neurowissenschaftlich-medizinische, menschenrechtskonforme Positionsbestimmungen

¹Transsexualität Grundlegende neurowissenschaftlich-medizinische, menschenrechtskonforme Positionsbestimmungen und daraus abzuleitende Empfehlungen für die Begleitung, Betreuung und Therapie transsexueller Menschen („Altdorfer Empfehlungen“); Autor DDr. Horst-Jörg Haupt, Sozialpsychiatrischer Dienst Kanton Uri; http://www.spduri.ch/fileadmin/dateien/downloads/Transsexualitaet_Altdorfer_Empfehlungen_Finale_Version_1-0_18102011.pdf

und daraus abzuleitende Empfehlungen für die Begleitung, Betreuung und Therapie transsexueller Menschen [„Altdorfer Empfehlungen“, Finale Version 1.0]). Damit würde sich nach dem geltenden Recht die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für eine operative Behandlung aus dem durch Transsexualismus bedingten Leidensdruck nicht mehr begründen lassen. Eine solche Behandlung wäre damit dem Bereich der Eigenverantwortung der Versicherten zuzuweisen und aus eigenen Mitteln zu finanzieren, wenn nicht das Leiden an dieser regelrechten Normvariante als eigenständige, im Einzelfall nicht nur psychotherapeutische Massnahmen, sondern auch körperliche Eingriffe rechtfertigende Störung klassifiziert oder ggf. eine Rechtsgrundlage zur Leistungspflicht anderer Leistungsträger geschaffen würde.“²

Diese Schlussfolgerungen des 5. Senats sind nicht nachvollziehbar. Die *Altdorfer Empfehlungen* explizieren gegenteilig zu den vom Senat dargetanen Schlussfolgerungen, dass Transsexualität als Variante im Grenzgebiet von Genetik, Biologie und Neurowissenschaft bzw. Neuropsychologie erhebliches Leiden begründen kann (das sich früher oder später dann auch explizit individuell manifestiert), dann individuell abgestimmter ärztlicher und auch nichtärztlicher Leistungen bedarf, koordiniert durch medizinisch-klinisches Casemanagement, das insbesondere die Dienstleistungen der körperlichen Angleichung *niederschwellig, rasch, ohne erschwerende Fristen und umfassend medizinisch bestmöglich* vermittelt und koordiniert. Dafür existiert im Text der *Altdorfer Empfehlungen* eine Unzahl von sehr klar formulierten Belegstellen, so dass bei aufmerksamer Rezeption diese Zusammenhänge und Argumentationsstränge auch für sachkundige medizinische Laien eigentlich nachvollziehbar sein müssten.

Bei aufmerksamer Lektüre des Urteils fällt allerdings auf, dass die Ausführungen des 5. Senats fachlich-medizinische Sichtweisen von Transsexualität transportieren, die nicht mehr dem heutigen neurowissenschaftlich-medizinischen Stand der Erkenntnis entsprechen.

Das Ziel bei der Erstellung der *Altdorfer Empfehlungen* war die Formulierung von evidenzbasierten *Betreuungs- und Behandlungsempfehlungen*. Die neurowissenschaftlich-medizinischen Grundlagen wurden nicht in aller Breite expliziert, sondern essentiell und präzise dargelegt und durch entsprechende Literaturzitate/Belege von einschlägigen Studien untermauert.

Wegen des Gewichts dieses Urteils ist es dringend angezeigt, die durch das LSG vorgenommene Fehlinterpretation der *Altdorfer Empfehlungen* samt den im Urteil dargelegten unzeitgemässen Sichtweisen von Transsexualität aus fachlich-neurowissenschaftlich-medizinischer Sicht zu beleuchten – auch um deutlich werden zu lassen, dass die *Altdorfer Empfehlungen* keine Plattform bieten, künftig Leistungsverweigerungen durch Sozialversicherungen zu legitimieren.

²Urteil S.5;

<https://sozialgerichtsbarkeit.de/sgb/esgb/export.php?modul=esgb&id=149173&exportformat=PDF>

2 Zwei Geschlechter in einem Körper

Im Urteil heisst es: „Die Klägerin wurde 1964 anatomisch männlich geboren.“

Die damit zum Ausdruck gebrachte Auffassung, transsexuelle Frauen (Männer) seien bei Geburt anatomische Männer (Frauen), kontrastiert mit dem von der Neurowissenschaft bzw. Neurobiologie während der letzten 40 Jahre herausgearbeiteten Paradigma, dass Transsexualität eng mit der biologischen embryonalen/fetalen, also vorgeburtlichen, Entwicklung des Nervensystems/des Gehirns verknüpft ist.

Bereits in den 1960er und 1970er Jahren konnte Milton Diamond herausarbeiten³, dass die Geschlechtsidentität neurobiologisch präformiert ist und im Gegensatz („opposite to ... their genitalia“) zum biologischen Geschlechtskörper steht. Diese Präformierung kann nicht durch Erziehung o.Ä. überwunden werden („can not be transcended“), sie gehört zum biologischen Erbe („biological heritage“). Damals galten neurobiologische Theorien wie die Diamonds als Aussenseiterpositionen, der wissenschaftliche Mainstream und auch die Medien folgten der Positionen John Money's, wonach die Geschlechtsidentität (und damit die Transsexualität) ein Ergebnis frühkindlicher Entwicklung sei, also vorwiegend durch psychosoziale Faktoren verursacht werde. Das Blatt begann sich erst zu wenden

- als auch andere Neurowissenschaftler begannen Beweise für die weibliche Anatomie des Gehirns von transsexuellen Frauen vorzulegen⁴ und

³Diamond, M. (1965): A Critical Evaluation of the Ontogeny of Human Sexual Behavior. Published: The Quarterly Review of Biology, Volume 40, No. 2, June 1965 sowie M. Diamond: Transsexuality. In: The Medical Journal of Australia, (January 12, 1974), 51.

In letzterem Artikel schreibt er: „Regrettably, for transsexuals, it is probable that they have a nervous system which has been potentiated toward a sexual identity opposite to that concordant with their genitalia. Benjamin, one of the foremost clinical authorities on transsexualism, also essentially maintains this view. After birth ontogenetic experiences will determine how far and in what manner the diasthetic potential of transsexuals (or anyone else) will be developed. The potential, however, cannot be transcended. Luckily, humans are quite flexible in what they can live with or adjust to sexually, but we must do all we can to adequately and humanely reconcile the individual's desires and biological heritage.“

⁴Beispiele:

Zhou, J.N. ; Hofman, M.A.; Gooren, L.J.; Swaab, D.F. (2000): A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. In: Nature, Nr. 378, S. 68-70

Kruijver, F.P.; Zhou, J.N.; Pool, C.W.; Hofman, M.A.; Gooren, L.J.; Swaab, D.F.(2000): Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. In: J Clin Endocrinol Metab, Nr. 85, S. 2034-41

Hwang, S.J.; Ji, E.K.; Lee, E.K.; Kim, Y.M.; Shin, D.Y.; Cheon, Y.H.; Rhyu, I.J. (2004): Gender differences in the corpus callosum of neonates. In: Neuroreport, Nr. 14, S. 1029-32

Yokota, Y.; Kawamura, Y.; Kameya, Y. (2005): Callosal shapes at the midsagittal plane: MRI Differences of normal males, normal females and GID. In: Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc, Nr. 3, S. 3055-8

Garcia-Falgueras, A.; Swaab, D.F. (2008): A sex difference in the hypothalamic uncinate nucleus:

- die wissenschaftliche Beweisführung John Moneys zusammenbrach, als Diamond die Wahrheit über den Verlauf des Falls „John/Joan“ aufdeckte⁵.

In der Folgezeit wurden derart viele neurobiologische Studien vorgelegt, dass 2006 unter der Federführung Milton Diamonds im Rahmen des GIRES-Reviews der neurobiologische Paradigmenwechsel angestossen wurde⁶. Beteiligt an diesem Statement waren zahlreiche international renommierte Forscherpersönlichkeiten wie

- Professor Milton Diamond, PhD. (Chair) (USA)
- Professor Michael Besser, DSc, MD, FRCP, FMedSci. (UK)
- Professor Dr Peggy Cohen-Kettenis PhD. (The Netherlands)
- Dr Pamela Connolly PhD. (USA)
- Professor Dr Petra de Sutter, PhD. (Belgium)
- Dr Domenico Di Ceglie, FRCPsych., DIP. PSICHIAT. (Italy) (Child Section) (UK)
- Dr Yuko Higashi, Ph.D. (Japan)
- Dr Frank Kruijver, MD., PhD. (The Netherlands)
- Professor Zoe-Jane Playdon, BA(Hons), PGCE, MA, MEd, PhD, DBA, FRSA. (UK)
- Professor William Reiner, MD. (USA)
- Professor Dick Swaab, MD, PhD. (The Netherlands).

Nicht alle Wissenschaftler wollten diesen neurobiologischen Paradigmenwechsel mittragen, es gab (konservative) Minderheitsvoten von Ken Zucker, Richard Green und dem (in Deutschland auch bei Gerichten tätigen Gutachter und bezüglich Meinungsbildung über Transsexualität durchaus einflussreichen) Ulmer Psychoanalytiker und Forensiker Friedemann Pfäfflin⁷.

relationship to gender identity. In: Brain, Nr. 131, S. 3132-46

Neufang, S.; Specht, K.; Hausmann, M.; Gunturkun, O.; Herpertz-Dahlmann, O.B.; Fink, G.R.; Konrad, K. (2009): Sex differences and the impact of steroid hormones on the developing human brain. In: Cereb Cortex, Nr. 19, S. 464-73

⁵Diamond, M.; Sigmundson, K. (1997): Sex Reassignment at Birth: A Long Term Review and Clinical Implications. In: Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, No. 151; Colapinto, J. (2000): As Nature Made Him: The Boy Who Was Raised As A Girl

⁶Diamond, M. u.A. (2006): Atypical Gender Development: a review. Gender Identity Research and Education Society (GIRES). In: International Journal of Transgenderism 9(1): 29-44

⁷ebenfalls abgedruckt in besagter Nummer des International Journal of Transgenderism

Milton Diamond charakterisierte diese neue Position, in dem er feststellte, dass transsexuelle Menschen bezüglich ihrer Gehirne *intersexuell* seien, und dass es diese *Gehirn-Intersexualität* sei, die einen Menschen dazu bringe, seine oder ihre geschlechtliche Identität zu behaupten⁸.

Zusammengefasst: So gesehen haben transsexuelle Menschen ein neurobiologisches Geschlecht, das die Geschlechtsidentität entscheidend präformiert (Hirngeschlecht) und „hervorsticht“. Die andersartigen biologischen Geschlechtsaspekte des individuellen Körpers (chromosomal, hormonell, genital usw.) stehen biologisch-geschlechtlich zu diesem (biologischen) Hirngeschlecht in Kontrast („biologisches Gegengeschlecht“). Metaphorisch: Das „Zentrum“ weist also ein anderes Geschlecht auf als die „Peripherie“.

Transsexualität meint also einen biologischen Zustand oder eine Variation von zwei Geschlechtern in einem Körper, ein Zustand, der bereits bei Geburt besteht. Insofern ist die Feststellung des Senats „*Die Klägerin wurde 1964 anatomisch männlich geboren*“ mit modernen neurowissenschaftlichen Sichtweisen der Transsexualität nicht konkordant.

Es sei in diesem Zusammenhang darauf verwiesen, dass diese Erkenntnisse der Neurowissenschaften durchaus auch für medizinische Laien leicht erreichbar sind und keineswegs Merkmale im Sinne des Exklusivwissens eines kleinen verschwiegenen Experten-zirkels aufweisen. International sehr angesehene Neurobiologen („Peers der Neurowissenschaft“) wie Dick Swaab haben ihre Forschungsergebnisse im Rahmen ansprechend verfasster und mit Erfolg vertriebener Bücher⁹ einem breiten, interessierten Publikum zur Kenntnis gebracht.

⁸Diamond, M. (2010): Intersexuality. <http://www.hawaii.edu/PCSS/biblio/articles/2010to2014/2010-intersexuality.html>. Diamond in diesem Artikel: „I believe that transsexuals are intersexed in their brains as others are or might be more obviously so in their gonads, genitals, hormonal character, receptor, enzymatic or chromosomal constitution. And it is this brain intersexuality that biases the person to assert his or her gender identity.“

⁹z.B. Swaab, D.: Wir sind unser Gehirn: Wie wir denken, leiden und lieben. 2011

3 Transsexualität ist keine psychische Störung

Im Urteil wird festgehalten: „*Unabhängig hiervon geht der Senat aber nach derzeitigem Erkenntnisstand weiterhin davon aus, dass es sich bei Transsexualismus um eine Geschlechtsidentitätsstörung im Sinne einer psychischen Regelwidrigkeit und nicht lediglich um eine seltene Normvariante handelt.*“¹⁰

Aus neurowissenschaftlicher Sicht ist Transsexualität nicht als psychische Störung anzusehen, sondern als Variation im Grenzgebiet von Genetik, Biologie und Neurowissenschaft bzw. Neuropsychologie mit einer Leiden verursachenden Symptomatik. Dabei mangelt es an fundierten, evidenzbasierten Krankheitsmodellen, sodass wissenschaftlich gesehen der Krankheitscharakter von Transsexualität nicht ausgewiesen ist, wohl aber der Gesundheitsaspekt. Die derzeit vorhandenen „Krankheitsmodelle“ sind aus der Sicht der evidenzbasierten Medizin als unzureichend einzustufen, sodass wissenschaftlich geboten ist, es beim Modell der „*genetischen Variation* Transsexualität“ zu belassen, sich also diesbezüglich in Bescheidenheit zu üben (s. nächstes Kapitel).

Die Gründe, warum Transsexualität keine *psychische bzw. psychiatrische* Störung darstellt, wurden andernorts umfassend dargelegt¹¹.

3.1 Fehlende Evidenzbasierung

Das Gericht hält sich zugute, die Prinzipien der Evidenzbasierung hochzuhalten: „*Ausschlaggebend sind grundsätzlich die Maßstäbe der evidenzbasierten Medizin.*“¹²

Wenn man dieses Prinzip konsequent und ernsthaft berücksichtigen würde, dann müsste man angesichts des momentanen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes die Diagnose Geschlechtsidentitätsstörung sowie die Vorstellung von Transsexualität als psychischer Störung verlassen.

Denn: Die gängigen psychiatrischen Diagnosen bezüglich Transsexualität sind wissenschaftlich sehr schlecht abgesichert. Cohen-Kettenis schreibt beispielsweise über die

¹⁰Urteil S.5;

<https://sozialgerichtsbarkeit.de/sgb/esgb/export.php?modul=esgb&id=149173&exportformat=PDF>

¹¹Die Pathologisierung transsexueller Menschen beenden! Ein Statement des Sozialpsychiatrischen Dienstes Kanton Uri (SPD Uri) zum Vortrag von Frau Helena Nygren-Krug, Health and Human Rights Advisor, World Health Organisation (WHO) – im Rahmen der Vorstellung des Berichts „DISKRIMINIERUNG AUS GRÜNDEN DER SEXUELLEN ORIENTIERUNG UND DER GESCHLECHTSIDENTITÄT IN EUROPA“, Strassburg, 23. Juni 2011 <http://www.spduri.ch/SPD-Publishing.53.0.html>

¹²Urteil a.a.O. S,4

Diagnose GID (=Geschlechtsidentitätsstörung):

"Unfortunately, in the clinical research literature on adolescents and adults, such inter-rater reliability studies have not been done. Also, no structured interviews assessing DSM-IV-TR GID and GIDNOS diagnoses have been developed, and no comparisons have been made between clinical diagnoses and diagnoses based on structured interviews. This means that there is also a lack of formal validity studies in this area."¹³

(„Leider sind in der klinischen Forschungsliteratur über Jugendliche und Erwachsene solche Interrater-Reliabilitäts-Studien nicht durchgeführt worden. Ausserdem sind keine strukturierten Interviews für das Assessment bezüglich der DSM-IV-TR GID und GIDNOS Diagnosen entwickelt worden; es wurden keine Vergleiche zwischen klinischen Diagnosen und Diagnosen, die auf strukturierten Interviews aufbauen, gemacht. Dies bedeutet, dass es auch einen Mangel an formalen Validitätstudien in diesem Bereich gibt.“)¹⁴

Eine evidenzbasierte Diagnostik der Gender Identity Disorder, Gender Dysphoria oder des „Transsexualismus“ ist angesichts des Fehlens entsprechender Studien nicht möglich. Es gibt in der wissenschaftlichen Literatur bezüglich Transsexualität bisher keine Diskussionen über ein angemessenes Konzept von evidenzbasierter Medizin. Beispielsweise erfordert die Erforschung von Transsexualität Studien mit kleinen Stichproben und kleinen Fallzahlen bzw. Einzelfallstudien. Grosse prospektive randomisierte Studien können in diesem Bereich nicht leicht verwirklicht werden.

3.2 Psychiatrisierung als Sackgasse

An mehreren Stellen im Urteilstext wird deutlich, dass die psychiatrische Sicht der Transsexualität nach wie vor für massgeblich erachtet wird. Beispiel: *„Auch im Falle der Transsexualität bleibt der operative Eingriff in den gesunden Körper zur Behandlung einer psychischen Störung dabei ultima ratio und setzt dementsprechend die Erfüllung der hierfür aufgestellten Kriterien voraus, insbesondere auch längere psychiatrische Behandlungsversuche.“*¹⁵

Bereits in den 1960er Jahren konstatierte man die Erfolglosigkeit psychiatrischer Therapien des „Transsexualismus“. Burchard stellte 1961 fest, dass die übliche psychiatrische Therapie in jeder Form versagt habe.¹⁶

Was darunter genauer zu verstehen war, beschrieb Sigusch 35 Jahre später:

„Die Zeiten, in denen Transsexuelle in psychiatrische Anstalten gesteckt, mit Insulin geschockt, mit elektrischem Strom traktiert, zur Zwangspsycho-

¹³http://www.cpath.ca/wp-content/uploads/2009/08/COHEN-KETTENIS.DSM_.pdf

¹⁴freie Übersetzung d.d.A.

¹⁵Urteil ebda. S.7

¹⁶Burchard, J.M.(1961): Struktur und Soziologie des Transvestitismus und Transsexualismus. Beiträge zur Sexualforschung, Heft 21. Stuttgart 1961, 60

therapie interniert oder gar am Gehirn operiert worden sind, gehören der Vergangenheit an.“¹⁷

Ebenso unbestritten ist, dass eine „Umstimmung“ transsexueller Menschen durch Psychotherapie, sei sie psychoanalytischer oder verhaltenstherapeutischer Provenienz, ein unmögliches Unterfangen darstellt.

Aus genuin psychiatrischer (nicht psychoanalytisch-sexologischer) Sicht mutet diese Konstruktion/Argumentation seltsam an: transexuelle Menschen sollen sich einer längerfristigen psychiatrischen Therapie unterziehen, die nur im Falle ihrer *Erfolglosigkeit* die *psychiatrische* Diagnose „Transsexualismus“ absichern kann. Obwohl von vornherein ein erfolgloses Unterfangen, vermag sich auch der 5. Senat nicht von der Vorstellung eines Heilungspotenzials psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen zu lösen:

*„Danach wird Transsexualität erst durch den klinisch relevanten Leidensdruck im Einzelfall zu einer krankheitswertigen Störung bzw. zu einer behandlungsbedürftigen Erkrankung im Sinne des Krankenversicherungsrechts, wobei auch in der Behandlung der Transsexualität psychiatrische und psychotherapeutische Maßnahmen Vorrang haben. Leistungen für geschlechtsangleichende Maßnahmen sind damit nur dann von der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen, wenn nach Ausschöpfung psychiatrischer und/oder psychotherapeutischer Maßnahmen ein krankheitswertiger Leidensdruck verbleibt.“*¹⁸

Entgegen dem Stand aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse geht man offenbar nach wie vor davon aus, dass die psychische Störung in gewissem Ausmass erfolgreich behandelbar sei und erst nach Ausschöpfung der Psychotherapiemöglichkeiten und Persistenz des Leidensdrucks somatomedizinische Angleichungsmassnahmen indiziert seien.

Diese Sichtweisen sind nicht (mehr) nachvollziehbar:

- Es ist einem transsexuellen Menschen nicht zuzumuten, sich zwangsweise einer von vorne herein als erfolglos einzustufenden längerfristigen psychiatrischen und psychotherapeutischen „Behandlung“ zu unterziehen, nur damit eine grundsätzlich nicht evidenzbasierte psychiatrische „Diagnose“ abgesichert wird.
- Die theoretische Basis dieser Psychiatrisierung transsexueller Menschen bildet die psychiatrische Störungssicht von Transsexualität. Diese wird seit nahezu 15 Jahren (auch von ehemaligen vehementen Verfechtern der Psychopathologisierung) zunehmend in Frage gestellt. Beispielsweise veröffentlichte Sigusch 1995 eine Arbeit, in der er das Scheitern der bisherigen Versuche transsexuelle Menschen zu pathologisieren konstatierte. Er meldete auch moralische Bedenken an und zeigte an historischen Beispielen die verhängnisvolle Rolle der Psychiatrie:

¹⁷Sigusch, V. (1995): Transsexueller Wunsch und zissexuelle Abwehr. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse* 49, 811-837, 1995

¹⁸Urteil a.a.O. S.7

„Im Laufe der Jahrzehnte ist der Transsexualismus beinahe allen bereitstehenden nosologischen Entitäten mehr oder weniger bündig zugeordnet worden: Psychosen, Neurosen, Borderline-Strukturen, Fetischismus, Masochismus, negative Perversion, Homosexualität, homosexuelle Panikreaktion (sog. Kempfsche Krankheit) ... Fahren wir damit fort, den Transsexualismus in erster Hinsicht oder ganz und gar ätiopathogenetisch zu betrachten, werden wir Expertengeneration um Expertengeneration die jeweils in Kurs gesetzten psycho- und somatologischen Theorien an ihn anlegen und immer wieder vergeblich versuchen, das Rätsel der ‚Metamorphosis sexualis paranoica‘ zu lösen, von der vor einhundertjahren v. Krafft-Ebing (1894, S. 224) gesprochen hat ... Eine Frage wäre beispielsweise, worin das Gemeinsame, nicht der Unterschied besteht, wenn Psychiater am Beginn des Jahrhunderts (und weit darüber hinaus) ganz sicher sind, bei Revolutionären eine bestimmte ‚Psychopathie‘ und bei Frauen, die sich Verhaltensweisen von Männern herausnahmen, einen ‚moralischen Schwachsinn‘ diagnostizieren zu können; oder wenn Psychoanalytiker wie Socarides (...) die Homosexualität schon in der Adoleszenz aufspüren, ‚bekämpfen‘ und generell ‚verhüten‘ wollen, weil es bei Menschen mit dieser Neigung ‚keine wirkliche Wahrnehmung des Partners oder seiner Gefühle‘, vielmehr lediglich ‚einen anatomischen Haut- und Schleimhautkontakt‘ gebe; oder wenn wir selbst auf dem Boden der jetzt oder immer noch herrschenden Ideologien und Krankheitslehren am Ende des Jahrhunderts zu dem Schluß kommen, daß bei Transsexuellen eine ‚Borderline-Pathologie‘ vorliege.“¹⁹

Zusammengefasst: Die klassische Psychiatrie der Transsexualität hat ausgedient. Nicht zuletzt auch deshalb, weil Menschenrechtsbewegungen, Vereinte Nationen und andere politische Institutionen mittlerweile zunehmend massive Kritik an der Psychiatrisierung transsexueller Menschen äussern.

3.3 Der Mythos vom gefühlten und empfundenen Geschlecht

Es sind zudem noch weitere wissenschaftliche Gründe anzuführen, die der Psychopathologisierung von Transsexualität entgegenstehen. Im Urteil wird dargelegt:

„Auch Transsexualismus kann aber nur dann operative Maßnahmen rechtfertigen, wenn er in einer besonders tief greifenden Form vorliegt. Es bleibt festzuhalten, dass bei Transsexuellen nicht grundsätzlich ein behandlungsbedürftiger regelwidriger Zustand besteht, solange eine deutliche körperliche Annäherung an das Erscheinungsbild des gefühlten Geschlechts durch einen

¹⁹Sigusch, V.(1995): Transsexueller Wunsch und zissexuelle Abwehr. Psyche - Zeitschrift für Psychoanalyse 49, 811-837, 1995

die äußeren Geschlechtsmerkmale verändernden operativen Eingriff nicht erreicht worden ist. ²⁰

Eng verknüpft mit der Vorstellung von Transsexualität als psychischer Störung sind Auffassungen/Argumentationen, wonach transsexuelle Menschen eine körperliche Annäherung an das *gefühlte* Geschlecht anstreben würden. Dies impliziert die Annahme einer emotionalen Dissoziation vom biologischen Körper, also einer neuropsychologischen Funktionsstörung.

Grundsätzlich gilt in der Neuropsychologie: Geist und Gefühl bilden eine Einheit, wobei allerdings die „Gefühlszustände“ geistig-bewusstseinsmässig reguliert werden. Dies bedeutet jedoch nicht, dass Gefühle völlig kognitiv *determiniert* werden: Gefühle haben eine besondere Eigenständigkeit und spielen als schnelles Signalsystem in Form von „ersten Ahnungen“ und einem „ersten vagen Bauchgefühl“ eine grosse Rolle. Der Verstand ist oft langsamer beim Erfassen und Einschätzen von vor allem neuen, bisher noch nicht erlebten Situationen. Daher hat man auch von der *erkenntnisleitenden Funktion der Emotionalität* gesprochen.

Eine grosse Rolle bei der geistigen Gefühlssteuerung spielen Hirnregionen, die auch beim Problemlösen, Planen, Handeln, Tüfteln usw. wichtig sind (sog. präfrontale Hirnreale).

Bei jedem psychisch gesunden Menschen stehen geistige und emotionale Prozesse einander ergänzend und wie gesagt gelegentlich auch kontrastierend im Zusammenhang und relativ im Einklang. Das „Ich bin Mann/Frau“ nichttranssexueller Menschen unterscheidet sich in keinem Punkt von dem transsexueller Menschen: die klare geistige Gewissheit, gepaart mit der entsprechenden gefühlmässigen Sicherheit bezüglich des eigenen (Hirn-)Geschlechts. Dies trifft zu, wenn transsexuelle Menschen sich im fortgeschrittenen Entfaltungsprozess befinden und ihnen ihre persönliche Besonderheit „klar“ geworden ist. Am Beginn der Entfaltung kann dies anders sein: dann überwiegt möglicherweise zuerst ein vages Gefühl „Mit mir stimmt doch etwas nicht“. Nachdem jedoch „Klarheit“ über die eigene Transsexualität eingetreten ist, sind Gefühl und Verstand in *relativer Balance*.

Der einzige Unterschied zwischen nichttranssexuellen und transsexuellen Menschen besteht darin, dass sich die körperliche „Peripherie“ geschlechtlich unterscheidet. Bei nichttranssexuellen Menschen ist sie kongruent zum Hirngeschlecht, bei transsexuellen Menschen ist das nicht der Fall. Vor der Angleichung des Geschlechtskörpers ist bei transsexuellen Menschen allerdings das *Geschlechtskörpergefühl* noch nicht ausreichend entwickelt (siehe nächstes Kapitel). *Diese* Dissoziation führt bei transsexuellen Menschen zu existenziellem Leid, solange eben noch keine körperliche Angleichung an das Hirngeschlecht erfolgt ist.

Diese Einheit von Bewusstsein und Emotion ist an sich nichts Neues, sie wurde bereits in den 1980er Jahren von Luc Ciompi²¹, einem Schweizer Psychiater sowie Antonio

²⁰Urteil ebda. S.6

²¹Ciompi, L. (1982): Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung.

Damasio²² und Eric Kandel²³, beide US-amerikanische Neurowissenschaftler, erkannt.

Jetzt stellt sich natürlich die Frage, wieso angesichts des Forschungsstandes daran festgehalten wird, transsexuelle Menschen würden ihr Geschlecht „nur“ fühlen? Warum wird das Geistige weggeschnitten? Und Transsexualität zum bloss emotionalen Phänomen degradiert? Die Antwort: es gibt tatsächlich beim Menschen Zustände, bei denen Geist und Emotion dissoziieren. Besonders bei psychisch Kranken geraten Geist und Emotionen aus der Balance, aus dem Takt. Bei sog. Persönlichkeitsstörungen versagt die geistige Verarbeitung und Regulation von Gefühlen, die Emotionen verselbstständigen sich, persönlichkeitsgestörte Menschen werden von ihren Emotionen überschwemmt (v.a. Hass, Wut, Angst). Wenn man sich zudem vor Augen hält, dass es in der Psychiatrie eine lange Tradition gab und gibt, transsexuellen Menschen grundsätzlich eine Persönlichkeitsstörung zu unterstellen bzw. Transsexualität als Form einer Persönlichkeitsstörung zu begreifen, dann wird klar, wieso bei transsexuellen Menschen das gefühlte Geschlecht als wesentlich deklariert wird, ja werden muss. Offensichtlich – so die Vorstellung – schwappen bei transsexuellen Menschen die geschlechtlichen Emotionen über und geraten ausserhalb der kognitiven Kontrolle. Letztlich läuft der Mythos vom „gefühlten Geschlecht“ darauf hinaus, transsexuelle Menschen als geisteskrank zu psychopathologisieren.

Hier noch eine weitere Belegstelle, die Pathologisierungsmuster eindrucksvoll dokumentiert:

„Im Ergebnis ist damit festzuhalten, dass es, auch wenn derzeit operative Maßnahmen für die Änderung des Personenstands rechtlich nicht mehr Voraussetzung sind, für die Beurteilung des Behandlungsanspruchs von Transsexuellen bei der Besonderheit bleibt, dass die Angleichung des gesunden Körpers an das aufgrund einer psychischen Geschlechtsidentitätsstörung empfundene Geschlecht als erfolversprechend im Sinne einer Linderung des Leidens angesehen wird und trotz der damit verbundenen erheblichen gesundheitlichen Risiken als ultima ratio in besonders schweren Fällen als gerechtfertigt in Betracht kommt.“²⁴

Auch die Auffassung, es gehe um die Angleichung des gesunden Körpers an das aufgrund einer psychischen Geschlechtsidentitätsstörung *empfundene* Geschlecht, zielt in eine ähnliche Richtung.

Empfindung ist eine basale Hirnfunktion: sie ist Vorbedingung der Wahrnehmung und als eine erste Stufe solcher neuronaler Vorgänge verstanden, die letztlich die Wahrnehmung ermöglichen (Sinnlichkeit). Auch hier wird wieder eine Verkehrtheit *zentralnervöser* Vorgänge angenommen.

Derartige Annahmen von (neuro)psychologischen Störungen bei Transsexualität stehen aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen entgegen. Die neuropsychiatrische Forschung hat in den letzten 15 Jahren belegen können, dass die meisten länger andauern-

²²Damasio, A. (1999): Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins. Berlin

²³Kandel, E.R.; Schwartz, J.H.; Jessell, T.H. (1996): Neurowissenschaften. Eine Einführung. Heidelberg

²⁴Urteil ebda. S.7

den psychischen Störungen mit neuropsychologischen Funktionseinschränkungen assoziiert sind oder die neuropsychologischen Defizite direkter Bestandteil der psychiatrischen Symptomatik sind. Insbesondere testpsychologische Untersuchungen zeigten: Solche Störungen wie Demenzen, Korsakoff-Syndrome, chronische Depressionen, Schizophrenien, Borderline-Störungen, Zwänge, Autismusspektrumsstörungen oder ADHS sind oft mit testpsychologisch objektivierbaren Störungen der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses und der Exekutivfunktionen verknüpft²⁵. Gestörte neuropsychologische Funktionen lassen sich zudem mit den Methoden des Electrical Neuroimaging (High-Density-EEG, EEG-Brain-Mapping) immer besser nachweisen.

Das kognitive Leistungsspektrum transsexueller Individuen wurde in den letzten Jahren ebenfalls genau (vor allem testpsychologisch) untersucht. Man fokussierte vor allem die Geschlechtsspezifität neuropsychologischer Funktionen. Man untersuchte beispielsweise, ob die kognitiven Funktionen transsexueller Frauen denen nicht-transsexueller Frauen ähneln. Die Ergebnisse dieser Studien waren widersprüchlich. Ein wichtiges Ergebnis zeigte sich jedoch durchgängig: bei keiner dieser Studien gab es Hinweise für Störungen neuropsychologischer Funktionen bei transsexuellen Menschen.

3.4 Die Rolle sexologisch-psychoanalytischer Diskurse

Die wissenschaftlichen Hinweise und Belege zeigen eindeutig, dass es sich bei Transsexualität um *keine* psychische Störung handelt. Trotzdem wird an dieser Sicht festgehalten. Nach wie vor – zumal in Deutschland – ist bezüglich des „transsexuellen Phänomens“ die psychoanalytisch-sexologische Diskurstradition dominierend. Ungebrochen wird in diesem Diskurs eine *phallogozentrische Verkehrung* vorgenommen, wonach bei Transsexualität die Psyche nicht den Genitalien „folgt“. Dazu ein Zitat aus dem „Wörterbuch der Psychoanalyse“:

„Allein die Transsexualität bringt das Individuum dazu, seine eigentliche Identität durch eine chirurgische Operation seines ursprünglichen Geschlechts in eine künstliche des anderen Geschlechts verändern zu wollen. So ist z.B. der männliche Transsexuelle überzeugt eine Frau zu sein, obwohl er anatomisch ein Mann ist ... Nichtsdestotrotz behält die Freudsche Theorie einer einheitlichen Libido und des Phallogozentrismus ihre Gültigkeit, da die Fälle weiblicher Transsexualität zeigen, dass Frauen die Geschlechtsumwandlung besser vertragen als Männer. Die weibliche Transsexualität scheint durch eine hysterische oder perverse Identitätsstörung verursacht zu werden, mit der jede Frau ihren ‚männlichen Protest‘ ausdrückt. Die männliche Transsexualität bezeugt vor allem den Wunsch nach Entmannung, den man als ein Zunichtemachen deuten kann, mit dem die Weiblichkeit verspottet wird. Dies mag auch die Fetischisierung wichtiger Symbole des Geschlechtsunterschiedes bei

²⁵eine gute Übersicht findet sich in: Lautenbacher, S.; Gauggel, S. (2004): Neuropsychologie psychischer Störungen. Berlin Heidelberg

geschlechtsumgewandelten Männern erklären, also Paradeuniform und Schuhe, Perücken, übertriebenes Schminken usw.“²⁶

Die Dominanz derartiger Diskurse in den Medien und im Rechtswesen dürfte wohl bisher verhindert haben, dass insbesondere in Deutschland eine zeitgemässe, dem Forschungsstand entsprechende Sicht von Transsexualität Fuss fassen konnte. Die diskursive Dominanz psychoanalytischer Sexologen verwirklicht sich zu einem beträchtlichen Teil einerseits über Funktionen als Gerichtsgutachter und andererseits als Opinion Leader in den Medien.

Auch der 5. Senat vermag sich von derartigen Vorstellungen nicht zu lösen: „*Die Klägerin wurde 1964 anatomisch männlich geboren*“.

²⁶Roudinesco, E.; Plon, M. u.A. (2004): Wörterbuch der Psychoanalyse. Wien. Stichwort Transsexualität S.1022 ff.

4 Hirngeschlecht und falscher Geschlechtskörper

4.1 Gesundheit, Krankheit und Symptomatik

Am Beispiel der Transsexualität lässt sich zeigen, dass die überkommene, von der neueren, in erster Linie psychologisch orientierten Gesundheitswissenschaft längst in Frage gestellten Vorstellung von *Gesundheit~Krankheit* viel zu kurz greift und der Komplexität von Transsexualität in keiner Weise mehr Rechnung trägt. Der Senat führt aus:

„Setzt die Krankenbehandlung entgegen der Regel nicht unmittelbar an der Krankheit bzw. am erkrankten Organ selbst an, soll der Behandlungserfolg vielmehr mittelbar durch einen Eingriff an einem an sich gesunden Organ erreicht werden, bedarf die Notwendigkeit der Krankenbehandlung einer besonderen Rechtfertigung im Rahmen einer umfassenden Abwägung zwischen dem voraussichtlichen medizinischen Nutzen und den möglichen gesundheitlichen Schäden.“²⁷

Traditionelle Auffassungen von *Gesundheit~Krankheit* beschreiben beide in proportionalem Verhältnis:

- je weniger krank ein Individuum ist, desto gesünder ist es
- je kränker ein Individuum ist, desto weniger gesund ist es.

Dahinter steht die Vorstellung, *Gesundheit~Krankheit* seien auf einer Kontinuum-Skala angeordnet („je mehr von dem einen, desto weniger von dem anderen!“). Das bekannteste derartige Modell stammt von Antonowsky²⁸.

Dieses Modell wird in der Medizin vor allem im Zusammenhang mit klassischen Themen wie Akuterkrankungen oder Infektionskrankheiten diskutiert, wird aber leider auch in komplizierteren Zusammenhängen vereinfachend angewendet. Bei vielen Fragestellungen der Medizin führt dieses Modell nicht weiter: weder bei chronisch-degenerativen Erkrankungen, noch bei den meisten psychischen Erkrankungen und auch nicht – hier in diesem Zusammenhang besonders wichtig – bei genetischen Variationen (s. nächster Abschnitt).

²⁷Urteil a.a.O. S.4

²⁸Antonowsky, A.; Franke, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. dgvt-Verlag, Tübingen 1997

Sinnvoller ist hier die Anwendung eines zweidimensionalen Modells: Hier werden Gesundheit und Krankheit als zwei relativ von einander unabhängige Dimensionen verstanden, d.h. ein Individuum kann in gleichem Ausmass und zugleich krank *und* gesund sein²⁹. Vier typische Konstellationen sind so unterscheidbar:

- ein Individuum kann *zugleich* sehr krank und sehr gesund sein (z.B. kann es an Multipler Sklerose leiden, querschnittgelähmt sein und trotzdem ein zufriedenes, erfülltes, glückliches Leben führen, sein Leben erfolgreich meistern und bewältigen)
- es kann weder gesund noch krank sein (z.B. ständig freudlos, aber auch nicht krank)
- es kann sehr gesund sein und etwas krank (z.B. Unpässlichkeiten wie leichter Schnupfen bei sonst blendender Gesundheit)
- es kann sehr krank sein und wenig gesund (z.B. chronifizierte schwergradige Dauerdepression).

Dieses Modell führt zu einer Reihe bedeutsamer Konsequenzen und zu veränderten Sichtweisen.

Es fokussiert die Bedeutung von Ressourcen: indem ich Gesundheitsfaktoren, Gesundheitsbewusstsein und -handeln als relativ eigengewichtig gegenüber dem Krankheitszustand begreife, kommt dem (gesunden) Bewältigungshandeln eine besondere Rolle zu. Gesundheit ist nicht weiter an Krankheit „gekettet“ (wie beim Kontinuum-Modell), sondern wird zum eigenständigen Gesundheitspotenzial. Gesundheit und Krankheit determinieren zwar einander – Gesundheitspotenziale, Gesundheitsbewusstsein und -handeln werden jedoch zum *Movens* und *Agens*. Gesundheit wird zur eigenen Qualität und ist nicht mehr blosses Resultat des „Weniger an Krankheit“. Diese Denkweise hat in vielen Gebieten der Medizin zu einer Neuorientierung am Gesundheitsparadigma geführt: Unabhängig von bestehenden oder auch nicht bestehenden, diagnostizierbaren oder auch nicht definierten bzw. definierbaren „Krankheiten“ ist Gesundheit per se individuell erfassbar, beschreibbar und *förderbar*.

Ein Beispiel: Gesundheitsverhalten kann beispielsweise eine neuropsychologische Symptomatik *direkt* lindern helfen. Bei Konzentrationsproblemen kann ein Individuum z.B. sein Freizeitverhalten dahingehend ändern, dass es sich vermehrt konzentrativen Dingen z.B. Spielen zuwendet. Konzentrationsverbesserungen sind aber auch „*indirekt*“ möglich, etwa durch Gesundheitshandeln wie ausgiebigen Langstrecken- und Ausdauerläufen³⁰.

²⁹Lutz, R.; Marg, N. (1995): Wie gesund sind Kranke?

³⁰Neurowissenschaftliche Studien konnten belegen: Körperliche Aktivität wie Dauer-Langstreckenlauf verbessert kognitive Leistungsfähigkeit. Es zeigten sich deutliche Verbesserungen der LäuferInnen im Bereich der räumlichen Verarbeitung, sowie im Bereich der exekutiven Funktionen junger Erwachsener. Die Leistungsfähigkeit im Bereich der exekutiven Funktionen hängt vom Dopaminspiegel ab. Die Studien bestätigten und belegten die bedeutende Rolle des Dopaminstoffwechsels als neurophysiologische Grundlage der exekutiven Funktionen wie auch der räumlichen Wahrnehmung und identifiziert Dopamin als durch aerobes Ausdauertraining veränderlichen Parameter neuronaler Informationsübertragung. Literatur: Reinhard, R. (2009): Laufen macht schlau! Dissertation Universität Karlsruhe.

Entsprechend dieser Logik wird in den *Altdorfer Empfehlungen* die zentrale Bedeutung von Gesundheitsaspekten und Gesundheitspotenzialen für den Entfaltungsprozess transsexueller Menschen herausgearbeitet:

- die Entfaltung der je eigenen Gesundheitspotenziale stellt eine Art genereller Schrittmacher und „Motor“ des Angleichungs- und Adaptionsprozesses dar
- der mit dem Gesundheitsentfaltungsprozess in Konkordanz stehende Prozess der körperlichen Angleichung besitzt passagere Bedeutung
- nach Abschluss der körperlichen Angleichung kommt es oft zu einem gesundheitlichen Quantensprung: es scheint, dass jetzt für Jahrzehnte das Tor für weitere gesundheitliche Quantensprünge geöffnet wird („Synthese“).

Daher sind salutogenetische Aspekte bezüglich Transsexualität essentiell, d.h. richtungweisend für den Entfaltungsprozess. Transsexualität ist mit Gesundheitsaspekten untrennbar verbunden.

Eine zweite wichtige Konsequenz der zweidimensionalen Sicht von Gesundheit/Krankheit besteht darin, dass zur Gesundung und Gesundheitsförderung nicht unbedingt eine Krankheit (bzw. ein Krankheitskonzept) als konditionale Voraussetzung definiert sein muss. In den Neurowissenschaften ist es durchaus nicht selten, dass man nur eine *Symptomatik* beschreiben kann, aber keine zugrunde liegende *Krankheit*. Diese Eigentümlichkeit hängt damit zusammen, dass die Neurowissenschaften, insbesondere die Neuropsychologie, den Zusammenhang zwischen neuropsychologischer Funktionsbesonderheit und entsprechenden Besonderheiten neuronaler Strukturen/Prozesse erforscht und erfasst. Diese Zusammenhänge sind spezifisch. Ob dabei eine Krankheit als grundlegende Ursache in Betracht kommt oder etwa eine genetische Variation, ist relativ unerheblich: bestimmte, besondere neuronale Prozesse und Strukturen bedingen bestimmte neuropsychologische Funktionsbesonderheiten, auf welcher Grundlage auch immer. Die Ursachen – ob Krankheit oder Variation – sind für die Funktionsbesonderheit und die ihr entsprechende Hirn-Anatomie/Physiologie *unspezifisch*. Die neuropsychologische Funktionsbesonderheit kann Störungscharakter aufweisen oder lediglich eine besondere Variante im Rahmen der neurobiologischen Vielfalt darstellen.

Funktionsbesonderheiten können eine Symptomatik und eventuell Leiden an dieser Symptomatik bedingen. Ähnlich wie beim Gesundheitsbegriff ist auch der Begriff *Symptom* keineswegs unabdingbar im Zusammenhang mit Krankheit zu konnotieren, auch hier ist in den letzten Jahrzehnten ein Bedeutungswandel erfolgt. Symptom und Symptomatik werden auch in einem allgemeineren Sinne begriffen, nämlich als Erscheinungen wie Verhaltensweisen und Ausdrucksvorgänge, von denen aus auf etwas anderes geschlossen werden kann, etwa auf psychische Merkmale oder Vorgänge³¹. In der Neurowissen-

Tunbridge, E.M.; Harrison, P.J.; Weinberger, D.R. (2006): Catechol-O-Methyltransferase, cognition, and psychosis: Val158Met and beyond; *Biological Psychiatry*; Jul 15, 60(2): 141-151. Hillman, C.H.; Erickson; K.I.; Kramer, A.F. (2008): Be smart, exercise your heart: Exercise effects on brain and cognition; *Nature Reviews Neuroscience*; Jan, 9(1): 58-65.

³¹Brunner, R., Zeltner, W. (1990), *Lexikon zur Pädagogischen Psychologie und Schulpädagogik*, München/Basel: Ernst Reinhard; Claus, G. (1976), *Wörterbuch der Psychologie*, Köln: Paul-Rugenstein

schaft kennen wir eine Reihe von Leiden verursachender Symptomatiken, denen keine Krankheit zugrunde liegt, sondern beispielsweise eine genetische Variation (Beispiele s.u.).

Mit der Feststellung „*Krankheit ... ist ein regelwidriger, vom Leitbild des gesunden Menschen abweichender Körper- oder Geisteszustand, der ärztlicher Behandlung bedarf oder den Betroffenen arbeitsunfähig macht*“³² bleibt der Senat dem starren Kontinuitätsmodell von Gesundheit~Krankheit verhaftet und vermag dadurch die spezifische und wesentliche Rolle von Gesundheitspotenzialen bei der Bewältigung von Symptomatik und Leiden im Entfaltungsprozess transsexueller Menschen nicht adäquat zu erfassen.

³²Urteil a.a.O. S.4

4.2 Transsexualität als genetische Variation

Im Urteil wird häufig auf *genetische Frauen* Bezug genommen:

- „Ein Anspruch – einer genetischen Frau – auf Brustvergrößerung wäre damit im vorliegenden Fall zu verneinen, weil auch ein seelisches Leiden selbst im Falle der Suizidgefährdung ... einen Behandlungsanspruch zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht begründen könnte.“³³
- „Dem steht nicht entgegen, dass bei genetischen Frauen ein organischer Krankheitswert selbst bei fehlendem (Brust)Gewebe verneint wird, und nach der Rechtsprechung des BSG auch psychische Leiden bei genetischen Frauen in solchen Fällen einen Anspruch auf eine Operation zum Brustaufbau nicht begründen können.“³⁴
- „Im Hinblick auf die damit gegebene Vielfalt in Form und Größe der weiblichen Brust ... ist eine deutliche Annäherung an die Anatomie des weiblichen Körpers insoweit bereits dann erreicht, wenn weibliche Brüste – unabhängig von deren Größe, Form oder Symmetrie – vorhanden sind, wie sie bei genetischen Frauen vorkommen.“³⁵
- „Sie rechtfertigt es daher nach Ansicht des Senats auch nicht, soweit weibliche Brüste vorhanden sind, für den Anspruch auf deren operative Veränderung bei Transsexuellen Mann-zu-Frau einen anderen Maßstab als den für genetische Frauen geltenden ... anzulegen, da es insoweit nicht mehr um die Angleichung an das weibliche Geschlecht, sondern (um) die Gestaltung bereits vorhandener weiblicher Geschlechtsmerkmale geht.“³⁶

In der Biologie unserer Tage werden *fünf* verschiedene Geschlechtsaspekte unterschieden:

- Hirngeschlecht
- Gonadales Geschlecht
- Genitales Geschlecht
- Genetisches Geschlecht
- Hormonales Geschlecht

Geschlecht ist also in sich vielfältig. Bei einem Individuum können sich einzelne dieser Geschlechtsaspekte durchaus von anderen Aspekten unterscheiden (z.B. bei Intersexualität), es sind sehr viele Kombinationen und Varianten bekannt. Wieso der Senat im Zusammenhang mit der transsexuellen Thematik das *genetische Geschlecht* als besonders

³³Urteil a.a.O. S.5

³⁴Urteil a.a.O. S.8

³⁵Urteil a.a.O. S.8

³⁶Urteil a.a.O. S.8

wesentlich hervorhebt, bleibt im Verborgenen. Zum einen wird durch diese Argumentation des Senats eine eher einfältige, eingeeengte statt vielfältige Sicht geschlechtlicher Phänomene favorisiert, zweitens wird die Bedeutung des *Hirngeschlechts* als wesentliche biologische Grundlage der Geschlechtsidentität verkannt („Zentrale“) und drittens nicht berücksichtigt, dass Transsexualität *selbst* eine *genetische* Variation darstellt, transsexuelle Frauen also eine besondere genetische Konstitution ausweisen, die ihr biologisches Frau-sein determiniert.

Von Milton Diamond stammt der bekannte Satz: „Nature loves variety. Unfortunately, society hates it.“³⁷ In der modernen Biologie/Genetik speziell Molekulargenetik spielen Prinzipien wie Vielfalt und Variabilität eine wesentliche Rolle. Der biologische Essentialismus mit seinen Typologien und festen, substantiell-attributiven Bestimmungen gerät durch die Fortschritte der Evolutionstheorie und Genetik zunehmend ins Hintertreffen: es gibt nach Ansicht der modernen Biologie keine biologisch typischen Männer/Frauen, die „Typenvielfalt“ ist die Norm. Der alte biologische Essentialismus hatte noch typische Männer/Frauen von atypischen unterschieden, eine typische Geschlechtsentwicklung und -differenzierung von einer atypischen.

Die Genetik, speziell die Molekulargenetik, kennt per se nur Genvarianten: kein Individuum (Ausnahme Monozygotie) gleicht genetisch dem anderen. Die Polymorphismen insbesondere der Introns ermöglichen die Identifikation eines genetischen Fingerabdrucks. Normen werden in der Genetik als wahrscheinliche Spielräume der genetischen und phänotypischen Variabilität definiert. In der Biologie/Neurobiologie ist die Vielfalt/Variabilität die Norm.

Im Jahr 2008 konnten Lauren Hare und Kollegen in einer relativ breiten Studie erstmals belegen, dass transsexuelle Frauen genetische Varianten aufweisen, die für biologische, weibliche Geschlechtsausrichtung verantwortlich sein könnten, indem die Testosteronwirkungen auf das embryonale Gehirn vermindert/abgeschwächt wird, das Gehirn als weiblich bleibt und keiner Maskulinisierung unterworfen wird.

"In conclusion, our findings indicate a significant association between male-to-female transsexualism and the long polymorphism for the AR repeat. This finding links the androgen receptor and further implicates genes in the steroidogenesis pathway as playing a role in male-to-female transsexualism. We speculate that reduced androgen and androgen signalling might contribute to the female gender identity of male-to-female transsexuals. Further studies including replication in other populations, larger patient collections, and analysis of other polymorphisms, both for the genes studied here and other sex steroidogenesis genes, should be undertaken."³⁸

(„Zusammengefasst: unsere Ergebnisse zeigen einen signifikanten Zusammenhang zwischen Mann-zu-Frau-Transsexualität und dem Längen-Polymorphismus bezüglich Androgen-Rezeptor-Repeat. Dieser Befund weist darauf

³⁷<http://www.hawaii.edu/PCSS/>

³⁸Hare, L.; Bernard, P.; Sánchez, F.S.; Baird, P.N.; Vilain, E.; Kennedy, T.; Harley, V.R. (2009): Androgen Receptor Repeat Length Polymorphism Associated with Male-to-Female Transsexualism. *BIOL PSYCHIATRY*; 65: 93–96

hin, dass der Androgenrezeptor und weitere beteiligte Gene bei der Entstehung der Mann-zu-Frau-Transsexualität via Steroidgenese eine Rolle spielen. Wir vermuten, dass reduziertes Androgen und Schwächung der Androgen-Signalübertragung zur weiblichen Geschlechtsidentität von Mann-zu-Frau-Transsexuellen beitragen kann. Es sollten weitere Studien also Replikationsstudien bei anderen Populationen, Studien mit grösseren Patienten-Kollektiven und Analysen weiterer Polymorphismen, sowohl bezüglich der beiden hier in dieser Studie untersuchten Gene als auch bezüglich anderer Geschlechts-Steroidgenese-Gene durchgeführt werden.“³⁹

Eine weitere wichtige Studie der letzten Jahre war die Arbeit von Beijsterveldt und Kollegen. Bei dieser gross angelegten Zwillingsstudie (7 und 10 jährige Zwillinge) zeigte sich ein überraschendes Ergebnis:

"Genetic structural equation modeling showed that 70% of the variance in the liability of cross-gender behavior could be explained by genetic factors, at both ages and for both sexes."⁴⁰

(„Genetische Strukturgleichungsmodelle ergaben, dass 70% der Varianz in der Anfälligkeit für Cross-Gender-Verhalten durch genetische Faktoren erklärt werden könnte, bei beiden Alters- und Geschlechtergruppen.“)⁴¹

Durch die wachsende Bedeutung der Genetik ist es angemessen, auch deren Begrifflichkeiten und Denkmodelle verstärkt einzubeziehen. Dabei zeigen die Diskussionen über Polymorphismen und Konkordanz, dass bei Transsexualität genetische *Varianten* eine grosse Rolle spielen. Genetik, insbesondere die Molekulargenetik, denkt eher in Varianten – Krankheiten und Störungen sind hingegen kein genuiner Gegenstand der Genetik. Genetiker beziehen nämlich ihre Varianten auf eventuell von der Medizin gelieferte Krankheitsmodelle; oder in der Sprache der Genetik: sie untersuchen, welche Varianten mit medizinischen Krankheiten *assoziiert* sind. Die Genetiker betreiben, um derartige Zusammenhänge auszuweisen, komplex angelegte Assoziationsstudien.⁴² Da nun Transsexualität derzeit auf kein evidenzbasiertes Krankheitsmodell bezogen werden kann, sie aber offensichtlich mit genetischen Variationen in Zusammenhang steht, ist es sinnvoll, es zunächst (in Ermangelung von irgendwelchen brauchbaren Krankheitsmodellen) beim Verständnis von Transsexualität als Variation zu belassen. Da die geschlechtliche Vielfalt Transsexualität einschliesst, ist Transsexualität als *Normvariante* zu begreifen.

Transsexualität ist als Phänomen dem Grenzgebiet von Genetik, Biologie und Neurowissenschaft bzw. Neuropsychologie zuzuordnen. Es gibt gerade unter den neurobiologisch-psychologischen Wahrnehmungsbesonderheiten eine Reihe von Phänomenen, die sich auf kein evidenzbasiertes konsistentes Krankheitsmodell beziehen lassen. Beispiel

³⁹Sehr freie Übersetzung d.d.A.

⁴⁰van Beijsterveldt, C.E.M.; Hudziak, J.J.; Boomsma, D.I. (2006): Genetic and Environmental Influences on Cross-Gender Behavior and Relation to Behavior Problems: A Study of Dutch Twins at Ages 7 and 10 Years. Arch Sex Behav 35: 647–658

⁴¹Sehr freie Übersetzung d.d.A.

⁴²Baker, M. (2008): Genome studies: Genetics by numbers. In: Nature 451, 516-518

ist die *Synästhesie*. Es handelt sich um eine Besonderheit der Wahrnehmung, die früher grundsätzlich als Störung angesehen und stigmatisiert wurde. Sie beruht partiell auf genetischen Varianten, ist teilweise angeboren. Transsexualität unterscheidet sich allerdings von der Synästhesie in einem zentralen Aspekt (s. nächster Abschnitt): Das eigene Body-Image ist „für sich“ intakt, ebenso der periphere Geschlechtskörper. Nur: beide passen nicht zusammen, der Geschlechtskörper ist vom Gehirn dissoziiert. Hier von somatischer Krankheit zu sprechen, ist generell schwierig. Es bedarf allerdings in der Neurobiologie/Neuropsychologie grundsätzlich auch keiner Krankheitsmodelle: es geht auf einer relativ unspezifischen Ebene um biologische und/oder Funktions- und/oder Strukturbesonderheiten. Sie sind durch Symptome gekennzeichnet und im Einzelfall durch Leiden. Synästhesie oder Transsexualität sind durch eine jeweilige Symptomatik gekennzeichnet, die im Einzelfall zu Leiden führen kann. Bei Synästhesie bietet künstlerische Tätigkeit Bewältigungsmöglichkeiten, sie führt daher nicht ganz so häufig zu Leiden. Transsexualität hingegen mit dem vom Gehirn „abgeschnittenen“, dissoziierten Geschlechtskörper besitzt (s. letzter Abschnitt) hingegen ein ungleich grösseres Leidenspotenzial.

Oder – um das Ganze noch verständlicher zu machen: Ein anderes Beispiel einer neurologisch-neuropsychologischen *Nur-Symptomatik* stellt der *Tinnitus* dar; auch hier handelt es sich „lediglich“ um ein Symptom, dass allerdings ein grosses Leidenspotenzial in sich trägt.

Die Bezugnahme auf das genetische Geschlecht zur Kennzeichnung nichttranssexueller Frauen, wie sie der Senat praktiziert, ist angesichts der dargestellten Forschungsergebnisse (genetische Ausstattung transsexueller Frauen ist Ursache einer Entwicklung in Richtung weiblicher Hirnanatomie und -physiologie) doch sehr zu hinterfragen.

Die wissenschaftlichen Erkenntnisse weisen zudem darauf hin, dass Geschlecht und auch Transsexualität ein vielschichtiges und vielfältiges Phänomen darstellt: Genetische Betrachtungsweisen sind wichtig, aber: „Es geht (auch und vor allem) um Ihr Gehirn!“ Das Gehirn besitzt im „Konzert der Organe“ eine alles überragende Bedeutung. Es gibt keinen Körperteil und kein Gewebe, welches das Gehirn nicht steuert. Das Gehirn ist der grosse Dirigent. Penis und Vagina werden vom Gehirn aus „dirigiert“ und erst die biologisch angelegten geschlechtlichen Selbst- und Körper-Bilder (Maps s.u.) im Gehirn können z.B. Brüsten eine tiefe persönliche Bedeutung geben. Doch dazu mehr im nächsten Abschnitt.

4.3 Angeborenes Body Image und falscher Geschlechtskörper

Im Urteil wird dargelegt:

„Eine operative Brustvergrößerung ist nach Ansicht des Senats dagegen auch zur Behandlung einer besonders tief greifenden Form des Transsexualismus Mann-zu-Frau keine notwendige Krankenbehandlung. Dies ergibt sich daraus, dass grundsätzlich nur ein Anspruch auf deutliche Annäherung an den weiblichen Körper und nicht auf möglichst weitgehende Angleichung und erst recht nicht an ein Idealbild weiblicher Brüste besteht.“⁴³

⁴³Urteil a.a.O. S.8

Mit diesen Darlegungen demonstriert der 5. Senat eine weitgehende Unkenntnis der grundlegenden neurobiologischen Besonderheiten von Transsexualität und Unverständnis der Problematik transsexueller Menschen.

Um die Stringenz dieser Einschätzung nachvollziehen zu können, ist auf die bahnbrechende Arbeit von Vilayanur Ramachandran und Paul McGeoch⁴⁴ aus dem Jahre 2008 zu verweisen, in der den Zusammenhängen von Phantomgliedwahrnehmungen und Transsexualität nachgegangen wird. Bei dieser Studie fanden die Autoren heraus, dass erstaunlich wenige transsexuelle Frauen nach der genitalangleichenden Operation Penisphantomschmerzen erlebten und die Mehrheit (keine Phalloplastik) transsexueller Männer über Penisphantomwahrnehmungen berichteten.

In dieser Arbeit verweisen die Autoren zunächst⁴⁵ auf ein grundlegendes Problem von Berichten über Phantomglied-Körperwahrnehmungen: ursprünglich habe man in der Medizin diesen Erzählungen von Betroffenen nicht geglaubt und die Erzählungen für bizarr und übertrieben gehalten. Einer der Erstbeschreiber, der amerikanische Arzt Silas Weir Mitchell, habe seinen Bericht über „geisterhafte Empfindungen nach Amputationen“ 1871 nur unter einem Pseudonym zu veröffentlichen gewagt, zu seltsam schienen die Geschichten von Betroffenen; man habe sie für Konfabulationen⁴⁶ gehalten. Es sei damals spekuliert worden, die Erlebnisse resultierten aus dem Wunsch, das Glied wieder zurück zu bekommen. Derartige „psychoanalytisch“ anmutenden Spekulationen habe man schliesslich durch vernünftige neurologische Erklärungen ersetzt: Denn – Menschen, die beidseits von Geburt an keine Arme haben, könnten ebenfalls Phantomgliedempfindungen haben. Dies sei eher ein Beleg dafür, dass es für Phantomgliedwahrnehmungen eine angeborene genetische Basis geben müsse, möglicherweise später verstärkt durch Aktivitäten der Spiegelneuronen. Und genau dieses angeborene festverdrahtete Programm/Körperschema/Körperbild erkläre auch, warum transsexuelle Männer – trotz noch fehlendem Penis – bereits Penisphantomwahrnehmungen hätten.

Anmerkung: Interessant hier bereits die Parallelen zur Transsexualität: Die Berichte von transsexuellen Menschen, sie würden in einem falschen Körper stecken, werden als bizarr abgetan, desgleichen wird „in psychoanalytischer Manier“ spekuliert, dies sei ein „Wunsch“, analog auch die Tendenz transsexuelle Menschen zu psychopathologisieren.

Ramachandran/McGeoch erinnern daran, dass viele Menschen mit Phantomgliedwahrnehmungen jahrelang an sich selbst zweifeln, weil ihnen gesagt worden sei, ihre Symptome bestünden nur in ihrer Einbildung. Sehr scharf weisen die Autoren in diesem Zusammenhang moderne Theorien von Transsexualität zurück, die diese als lediglich mentales geistiges Problem auffassen würden. Hier nennen sie explizit die „Theorien“ der beiden Sexologen Blanchard und Bailey, wonach transsexuelle Frauen ebenfalls nur ein mentales Problem hätten: sie würden durch Crossdressing erregt, weil sie ihren Männerkörper sich als weiblichen Körper vorstellen und letztlich dann die Geschlechtsanglei-

⁴⁴Ramachandran, V.S.; McGeoch, P.D. (2008): Phantom Penises In Transsexuals. Evidence of an Innate Gender-Specific Body Image in the Brain. *Journal of Consciousness* 15, Nr. 1, 5-16

⁴⁵Ramachandran a.a.O. 11

⁴⁶*Konfabulation*: Begriff aus der Psychopathologie. Erzählen von Vorgängen, die entweder nur in der Phantasie des Kranken existieren oder in keinem Zusammenhang mit der gegebenen Situation stehen. Peters, U.H. (1984): Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie München, 289

chung anstreben würden. Ramachandran/McGeoch halten dies für eine haarsträubende Theorie: dies sei ungefähr dasselbe, als wenn man behaupten würde, heterosexuelle Männer würden letztlich zu Frauen als Partnerinnen finden, weil sie in der Jugend vor weiblichen Pinups masturbiert hätten. Damit würde man das Pferd vom Schwanz her aufzäumen.

Allgemein wenden sich die Autoren gegen Auffassungen, dass Phantom-Wahrnehmungen eine vage subjektive Erfahrung darstellen würden. Diese Meinung sei häufig bei Laien anzutreffen – und auch bei Psychologen, die niemals einen solchen Patienten gesehen hätten. In der Realität könne man sich nicht einfach ein Phantom weg wünschen oder sich ein Phantom herbei wünschen. Könnte man dies so einfach, so wäre schwierig erklärbar, dass Menschen, deren Wunsch es ist, Phantomschmerzen los zu werden, Jahre oder Jahrzehnte lang dann nichts tun würden, um die schmerzhaften Phantome zu beseitigen.

Anmerkung: Auch hier wieder erstaunliche Parallelen zur Transsexualität: dies wird ja in den Medien und sexologischen Publikationen als vages Gefühl beschrieben, dem „anderen“ Geschlecht anzugehören. Auch im Urteil des 5. Senats wird des öfteren von transsexuellen „Wünschen“ berichtet. Beispiele: „*Transsexualismus ... wird definiert als der Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden*“;⁴⁷ „*Es besteht der Wunsch nach chirurgischer und hormoneller Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht soweit wie möglich anzugleichen*“;⁴⁸ „*auch wenn unter den betroffenen Mann-zu-Frau Transsexuellen, die körperliche Veränderungen anstreben, als größter Wunsch nach körperlicher Veränderung die Entwicklung einer weiblichen Brust gilt*“.⁴⁹

Ramachandran und McGeoch heben hervor, dass die von ihnen interviewten transsexuellen Männer spontan sehr detailreich über ihre Penisphantomwahrnehmungen Auskunft gaben. Auch dies sei ein starkes Indiz gegen die „Wunscherfüllungstheorie“. Dazu gehörten auch genaue Angaben über die Penislänge und besondere Merkmale (z.B. Linksgerichtetheit) oder Angaben, dass der Phantompenis anders aussehe, als es ihrer Idealvorstellung von einem Penis entsprechen würde. Nach Meinung der Autoren wäre so etwas kaum der Fall, wenn das Phantom ein vages psychologisches Konstrukt darstellen würde. Zudem: obwohl die meisten Männer sich einen längeren Penis wünschen würden, führe dies nicht zu einer Penisphantomverlängerung.

Zwei der Probanden hätten berichtet, dass der Phantompenis zum erstem Mal aufgetaucht sei, nachdem sie mit der Testosterontherapie begonnen hätten. Wenn es wirklich nur ein Märchen sei, so Ramachandran und McGeoch, warum sollte es dazu eines hormonellen Triggers bedürfen? Einer dieser Probanden habe zudem berichtet, dass vor der Hormontherapie die Stimulation der Oberschenkelinnenseite in erotische Empfindungen der Klitoris mündeten; diese Wahrnehmungen wäre nun auf die Phantomglans bezogen.

Bei einer eingehenden, getrennten Nachbefragung zweier transsexueller Männer wurden diese gefragt, ob sie den Phantompenis als real erfahrene Wahrnehmung, genauso wie eben einen realen Zeigefinger oder ein reales Bein erleben würden oder eher als

⁴⁷ Urteil a.a.O. S.5

⁴⁸ Urteil a.a.O. S.5

⁴⁹ Urteil a.a.O. S.8

Vorstellung, als Bild eines Penis, so wie man sich vorstellen könne Flügel oder einen Schwanz zu haben. Beide bekräftigten vehement, dass das Phantom eine echte Wahrnehmung/Erfahrung darstellte, etwas ganz anderes als ein bloss vorgestellter Penis.

Viele der transsexuellen Männer berichteten, den Phantompenis bereits seit der frühen Kindheit wahrgenommen zu haben. Zwei von ihnen seien von den verduzten Eltern zu Psychiatern gebracht worden, sie hätten erzählt bekommen, das Phänomen sei „psychologisch“. Jedoch sei die Wahrnehmung einen Penis zu haben weiterhin vorhanden gewesen und im Laufe der Zeit immer eindrücklicher geworden.

Anmerkung: Der allgemeine Diskurs in der Gesellschaft über Transsexualität betont stets das Imaginative des Erlebens: Transsexualität bedeutet sich fühlen *wie* ... Ramachandran/McGeoch haben herausgearbeitet, dass es *realitätsmächtige* Erfahrungen sind und eben keine metaphorischen. Transsexuelle Menschen berichten nicht, sie erlebten sich *wie* in einem falschen Körper, sondern sie *sind/befinden sich real in* einem falschen Körper. Der Senat favorisiert in seinem Urteil ebenfalls die Bildersicht, wenn festgestellt wird: „*Ein Eingriff zur Behandlung psychischer Leiden könne schon deshalb nicht gerechtfertigt sein, weil es sehr fraglich sei, ob durch die Annäherung an ein vermeintliches körperliches ‚Idealbild‘ die psychischen Probleme tatsächlich behoben werden könnten.*“⁵⁰ Ungeachtet dessen belegen Ramachandran/McGeoch, dass aus Sicht der Neurobiologie es nicht um Idealbilder geht, sondern um sehr konkrete, von Geburt an im Gehirn fix „verdrahtete“ Körperschemata, also Programme, die realitätsmächtige, konkrete Wahrnehmungen des Geschlechtskörpers induzieren.

Die Autoren beschreiben, dass viele der transsexuellen Männer auch über Phantomerektionen berichtet hätten. Interessanterweise behaupteten sie, dass diese Erektionen oft nicht nur in erotischen Situationen, sondern auch unerwartet vorkommen würden. Falls, so Ramachandran/McGeoch, sie ihnen oder nur sich selbst die Realitätsmächtigkeit der Phantome nur hätten einreden wollen, dann wären diese Erektionen ausschliesslich in erotischen Situationen vorgekommen.

Die Autoren setzen schliesslich noch historische Bezüge zu ihrer Position. Auch John Money's berühmter Fall sei ein weiteres Indiz, dass die fix im Gehirn verdrahtete genetische Geschlechtsbasis gegenüber der Erziehung der dominierende Faktor sei.

Ramachandran/McGeoch sehen sich aufgrund ihrer Befunde in ihrer Annahme bestätigt, dass das intern wahrgenommene Geschlecht und das eigene geschlechtsspezifische Körperbild eine ausgeprägt angeborene Komponente aufweisen, die im Gehirn fest „verdrahtet“ sind. Zwischen diesen beiden Komponenten und den (bezogen auf das Gehirn) externen Geschlechtskörper bestehe bei transsexuellen Menschen eine Dissoziation. Es gebe zudem bereits einige anatomische Studien, die derartiges nahelegen würden (sie zitieren die Kruijver-Studie aus 2000).

Schliesslich äussern die Autoren die Hypothese, dass diese Dissoziation von zerebralem Body Image und peripherem Geschlechtskörper auf genetisch-hormonelle Mechanismen zurückzuführen sein dürfte (inzwischen wurde diese Hypothese durch die Studie von Lauren Hare und Kollegen bestätigt s.o.).

⁵⁰Urteil a.a.O. 2

In einer neueren Studie von Case und Ramachandran⁵¹ konnte inzwischen belegt werden, dass Phantomgliedwahrnehmungen sich nicht nur auf Genitalien, sondern auch auf *Brüste* beziehen. In der Einleitung zu ihrer Arbeit stellen sie fest, dass die Mehrzahl der von ihnen untersuchten Bigender-Personen – ähnlich wie transsexuelle Menschen – Phantom-Brüste *und* Genitalien wahrnehmen würden. In den Befragungen wurden beispielsweise folgende Statements abgegeben:

- *Transsexueller Mann*: „Ich wache manchmal auf und ich denke ich habe einen Penis oder dass ich keine Brüste habe“
- *Transsexuelle Frau*: „Die Empfindung ist sehr vage und gibt nur Hinweise auf die Anwesenheit jener Organe, obwohl die Grösse der Phantombüste sich überraschenderweise spezifisch anfühlt“
- *Bigender-Person*: „Als ich mich als Bigender identifizierte und nicht Hormone nahm, spürte ich ausgeprägte Phantom-Brüste“.

Daraus folgern die AutorInnen, dass sich das angeborene Geschlechtskörperschema auch auf die Brüste bezieht.

4.4 Körperdissoziation und ihre Folgen

Der 5. Senat legt im Urteil sehr präzise dar, wie die Brust der Klägerin beschaffen sein könnte/dürfte:

„Die weibliche Brustdrüse, ihre Größe und Form unterliegt einer großen individuellen Varianz, die hauptsächlich im Zusammenhang mit der Gesamtkonstitution steht. Als Normwert gilt formal ein Brustgewicht von 200-450 g. Abgesehen von individuellen Unterschieden befindet sich die Brustwarze in etwa auf der Höhe der 4. Rippe. Die Glandula mammaria besteht aus Drüsen-, Fett- und Bindegewebe; der Anteil des Fettgewebes ist dabei für die Größe und die Form der Brust von entscheidender Bedeutung (A. Petzold, W. Distler, Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Entwicklungsanomalien der adoleszenten Mamma und ihre operative Korrektur, in: Der Gynäkologe, 2004, S. 791).“⁵²

Massstab zur Beurteilung der vom Senat zugebilligten Grenzen innerhalb einer grossen Brust-Variationsweite sind die schon zitierten *genetischen Frauen*:

„Die grundsätzlich unterschiedliche Beurteilung des operativen Behandlungserfolgs bei Transsexualität begründet zwar im Einzelfall, wie hier, einen Anspruch auf eine operative Angleichung an die weiblichen Genitalien und

⁵¹Case, L.K.; Ramachandran, V.S. (2012): Alienating gender incongruity: A new neuropsychiatric syndrome providing insight into the dynamic plasticity of brain-sex. *Medical Hypotheses* 78 626–631

⁵²Urteil a.a.O. S.8

ggf. den Aufbau einer fehlenden Brust (Amastie, Athelie), nicht aber einen Anspruch auf eine bestimmte - nachträgliche - Gestaltung dieser Körperteile (...). Sie rechtfertigt es daher nach Ansicht des Senats auch nicht, soweit weibliche Brüste vorhanden sind, für den Anspruch auf deren operative Veränderung bei Transsexuellen Mann-zu-Frau einen anderen Maßstab als den für genetische Frauen geltenden ... anzulegen, da es insoweit nicht mehr um die Angleichung an das weibliche Geschlecht, sondern die Gestaltung bereits vorhandener weiblicher Geschlechtsmerkmale geht.“⁵³

Einen weiteren Massstab stellen die Körperbilder der RichterInnen dar, die *sie selbst* von normgerecht aussehenden Frauen haben:

„Vorsorglich stellt der Senat aufgrund seiner eigenen Lebens- und Alltagserfahrung, mithin kraft eigener Sachkunde fest, dass der Körper der Klägerin aus der Sicht eines verständigen Betrachters bereits eine deutliche Annäherung an das Erscheinungsbild eines weiblichen Körpers aufweist. Die mäßigen Brüste, die sich aufgrund der hormonellen Behandlung entwickelt haben, erscheinen dabei, wie sich auf den in der Akte befindlichen Fotografien erkennen lässt, als unterentwickelte, kleine weibliche Brüste, was sie aus medizinischer Sicht sind.“⁵⁴

Bei der Beurteilung der gesundheitsförderlichen Brustgrösse einer transsexuellen Frau sind aus neurobiologischer-medizinischer Sicht weder die Brustgrößen nichttranssexueller Frauen noch die Normvorstellungen von deutschen RichterInnen massgeblich, sondern das angeborene Körperschema der betreffenden transsexuellen Frau selbst. Das *Körperschema* ist die neurobiologisch-neuropsychologische Korrelation der Wahrnehmung von realem Körper mit der Vorstellung vom eigenen Körper. Man unterscheidet dabei drei Aspekte:

1. Die Wahrnehmung des Körperäusseren
2. die Wahrnehmung der Körpergrenzen
3. die Wahrnehmung des Körperinneren⁵⁵ .

Bei transsexuellen Menschen ist insbesondere die Wahrnehmung der Körpergrenzen der Phantomglieder (also auch der Brüste) und antizipierten, real operativ zu bildenden Glieder sehr scharf begrenzt (s.o. Ramachandran; was wiederum dafür spricht, dass es sich um keine psychischen Störungs-Phänomene handelt, denn dann wären die Körpergrenzen der Phantombrust vage und unscharf wahrnehmbar). Die bisher vorliegenden Berichte belegen: Transsexuelle Frauen und Männer haben in der Regel („von Natur aus“) sehr klare, realistische und konkrete innere Bilder bezüglich der antizipierten, durch operative Geschlechtsangleichung zu bildenden Geschlechtskörpermerkmale. Hier

⁵³Urteil a.a.O. S.8

⁵⁴Urteil a.a.O. S.9

⁵⁵Weigel, E. (2008): Körperschemastörungen erkennen und behandeln. Stuttgart, 23ff.

geht es nicht um die Annäherung an irgendwelche Idealtypen nach der Devise “Jede Frau wünscht sich ...“, sondern um die operative Angleichung des externen Geschlechtskörpers an realistische, konkrete „*hard wired body images*“, wie Ramachandran es formuliert. Die Grösse und Form der antizipierten operativen Ergebnisse unterliegt keinen Wünschen, sondern erfolgt *primär* im Rahmen neurobiologischer Funktionen und Strukturen.

Es zeichnet sich ab, dass es der Neurowissenschaft bald gelingt, die konkrete Beschaffenheit der zugrundeliegenden kortikalen Maps zu identifizieren: Eine Studie aus dem Jahr 2011 konnte mittels Magnetresonanztomographie bereits zeigen, dass das kortikale Areal, das mit den weiblichen Genitalien in Verbindung steht, durch Stimulation der Brustwarzen direkt erregt wird.⁵⁶ Hier wurde das erste Mal ein sehr enger neurobiologischer funktionaler und struktureller Zusammenhang zwischen dem Geschlechtsorgan weibliche Genitalien und dem Geschlechtsorgan weibliche Brust belegt, ein seit Jahrtausenden von jeder Frau praktisch erlebter Zusammenhang.

Die schon zitierte Arbeit von Case und Ramachandran⁵⁷ erhob ausserdem die kortikalen Maps von „switchenden“ Bigender-Personen zum Forschungsgegenstand: die Autoren postulieren aufgrund ihrer bisherigen Ergebnisse, dass der unfreiwillige, häufige Wechsel der Geschlechtsidentität bei Bigender-Personen mit einer besonderen Ausprägung und Tiefe des hemisphärischen Switchens und damit zusammenhängender durch das Corpus callosum vermittelten Unterdrückung der entsprechenden Geschlechtslandkarten im (posterioren) parietalen Kortex, wahrscheinlich im superioren parietalen Lobulus, und reziproker Verbindungen zur Insel und zum Hypothalamus, in Beziehung steht. Einfacher formuliert: Bigender-Personen scheinen zwischen zwei unterschiedlichen, (in der jeweiligen Gehirnhälfte „verdrahteten“) Landkarten zu switchen.

Körperdissoziationen können sehr verschiedene Ursachen haben:

- angeborene, neurobiologisch-neuropsychologische (wie bei Transsexualität) und
- erworbene, psychiatrisch „psychogene“ (z.B. im Rahmen von Psychotraumatisierungen etwa durch sexuelle Gewalthandlungen).

Aufgrund der Diskrepanzen zwischen Körperschema und fehlendem-falschem Geschlechtskörper(teilen) fehlen aus neuropsychologischer Sicht gewissermassen die Feedback-Signale und Informationen der Geschlechtskörpers, sodass es schwer gelingt ein diesbezügliches, intaktes Geschlechtskörpergefühl aufzubauen. Spannungen und Turbulenzen können die Folge sein. Der Körper bzw. das Körperteil wird nicht nur zum Aussen, sondern eventuell auch zum Feind, der kontrolliert, gezügelt und bekämpft werden muss.⁵⁸ Den Körper nicht zu spüren kann zum Ideal werden. Der negativ bewertete und als unzuverlässig erlebte Körper kann eventuell auch dadurch im Zaum gehalten werden, dass die Körperbewegungen verändert werden – in Richtung Starrheit des Rumpfes, wenig Raum

⁵⁶Komisaruk, B. R., Wise, N., Frangos, E., Liu, W.-C., Allen, K.; Brody, S. (2011): Women’s Clitoris, Vagina, and Cervix Mapped on the Sensory Cortex: fMRI Evidence. In: The Journal of Sexual Medicine, 8; 2822-2830.

⁵⁷Case, L.K.; Ramachandran, V.S. a.a.O.

⁵⁸Weigel a.a.o. 60

einnehmende Bewegungen, synchrone monotone Bewegungen, keine Selbstvergessenheit bei Bewegungen, flaches, stockendes Atmen, also krampfhaftige Bewegungsreduktion.⁵⁹

Die Körperdissoziation führt oft zu seelischem Leid: triste, grau erlebte Biographien, unerklärliche, die Befindlichkeit trübende emotionale Turbulenzen bis hin zu manifesten reaktiven psychischen Symptomen.

Es ist Aufgabe der weiteren neurowissenschaftlichen Forschung, die Besonderheiten neurobiologisch-neuropsychologischer Körperdissoziation (und deren Unterschiede zur psychiatrisch „psychogenen“) anhand von (Evidenzklasse-III-)Fallstudien herauszuarbeiten. Wichtiger Ausgangspunkt künftiger neurobiologisch-neuropsychologischer Forschung sollten die Erlebnisse und Erfahrungen transsexueller Menschen sein. Deren Grunderfahrungen von Körperdissoziation („Ich bin im falschen Körper!“) sind endlich von der medizinischen Wissenschaft ernst zu nehmen, sodass transsexuelle Menschen aus dem Status der Beforschten heraustreten und zu echten MitforscherInnen werden können.

Ramachandran u.a. konnten zeigen, das es möglich ist, stillliegende Maps aufzuschliessen:

„Diese beiden in den 1990-er Jahren gemachten Entdeckungen – die ‚Abbildungen‘ und die Aktivierung von Phantomgliedern mit Spiegeln – implizierten, dass im adulten Gehirn eine Menge an Plastizität vorhanden ist ... das von uns etablierte Prinzip – dass der von einem intakten sensorischen Wahrnehmungssystem gebildete Input dazu genutzt werden kann, Verbindungen mit stillgelegten Nervenschaltkreisen in anderen Gehirnregionen herstellen und diese wieder zu erneuern – wird immer bestehen bleiben. Aufbauend auf diesem Prinzip wurden in der Neurologie inzwischen vollkommen neue Ansätze für Rehabilitationsprozesse entwickelt.“⁶⁰

Gerade im Bereich der Neurowissenschaften der Wahrnehmung sind ungewöhnliche Interventionen also keine Seltenheit. So gesehen sind geschlechtsangleichende operative Massnahmen (analog zur Spiegeltherapie bei Phantomschmerzen) eine Art neurobiologischer „Trick“, das Gehirn zu veranlassen, die entsprechenden Maps zu aktivieren. Zumal der Standard solcher Operationen sehr weit fortgeschritten ist – man ist in der Lage hochfunktionale Angleichungen vorzunehmen. Das angeborene Geschlechtskörperschema erhält gewissermassen in der Peripherie Organe, mit denen Interaktionen aufgebaut werden können. Inzwischen konnte belegt werden, dass das Erwachsenen Gehirn zu erstaunlichen und enormen Restrukturierungs- und Plastizitätsleistungen fähig ist.⁶¹

Um diese Angleichungen neurobiologisch funktionell zu optimieren, sind die Chirurgen gehalten, die Neorgane so zu gestalten, dass sie dem angeborenen konkreten Körperbild des jeweiligen transsexuellen Menschen *so weit wie möglich* entsprechen. Damit

⁵⁹Weigel a.a.o. 62ff.

⁶⁰Ramachandran, V.S. (2009): Wenn Gehirnkarten kollidieren. In: Bear, M.F.; Connors, B.W.; Paradiso, M.A.: Neurowissenschaften. Ein grundlegendes Lehrbuch für Biologie, Medizin und Psychologie. Heidelberg, 450-451

⁶¹Frey, S. et al (2008): Chronically deafferented sensory cortex recovers a grossly typical organization after allogenic hand transplantation. Current Biology; 18: 1530-34.

gewährleistet werden kann, dass durch den Aufschluss der Maps die Körperdissoziation überwunden wird. Dadurch werden günstige Bedingungen geschaffen, dass das Gehirn über sein Selbstregulationspotenzial den Geschlechtskörper optimal funktionalisiert und es zu „*seinem*“ Geschlechtskörper findet. Nach der operativen Angleichung kommt es in der Regel zur charakteristischen deutlich ausgeprägten Zufriedenheit transsexueller Menschen; wenigstens hierfür liegt ein gewisses Ausmass an Evidenzbasierung vor.⁶²

Aufgrund des aktuellen Forschungsstands ist zumindest davon auszugehen, dass weibliche Brust und Genitalien Geschlechtsorgane „auf gleicher Höhe“ darstellen (s.o.). Inwieweit andere Geschlechtsmerkmale wie Gesicht, Behaarung etc. Bestandteile entsprechend komplexer neuronaler Repräsentationen des adulten posterioren Parietalkortex sind, kann derzeit noch nicht sicher eingeschätzt werden.

⁶²Monstrey, S. ; Vercruyse, H. ; De Cuypere, G. (2009): Is Gender Reassignment Surgery Evidence Based? Recommendation for the Seventh Version of the WPATH Standards of Care. In: International Journal of Transgenderism, Nr. 11, 206-14