

Florian Steger

 <https://orcid.org/0000-0001-8108-1591>
Universität Ulm

Marcin Orzechowski

 <https://orcid.org/0000-0003-4244-7989>
Universität Ulm



DIVERSITÄT VERPFLICHTET MEDIZIN IN EINER PLURALISTISCHEN GESELLSCHAFT

429

Zusammenfassung

Die zunehmende soziale und kulturelle Vielfalt der modernen Gesellschaft birgt auch ethische Herausforderungen. Ein besonderes Spannungsfeld entsteht, wenn Konzepte von individueller Freiheit und pluralistischer Gesellschaftsordnung mit den Prinzipien der Medizin im Sinn eines verantwortungsvollen und fürsorglichen Handelns kollidieren. An zwei Beispielen, einmal der religiös motivierten Beschneidung von Jungen und dann der Transidentität wird das Spannungsfeld zwischen den Bedürfnissen der Patient*innen und den ethischen Prinzipien der modernen Medizin in den Blick genommen. Bei unserer Analyse wird klar, welche besondere Rolle Ärzt*innen bei der Abwägung der Werte einer pluralistischen Gesellschaftsordnung einerseits und der Prinzipien der Selbstbestimmung, des Nichtschadens, der Fürsorge und der sozialen Gerechtigkeit andererseits zukommt. Bei Akteur*innen im Gesundheitswesen sollten entsprechende Fähigkeiten ausgeprägt sein, um Fragen der Diversität, nicht zuletzt in Bezug auf Religion und auch Geschlechtsidentität, verantwortungsvoll begegnen zu können.

Schlüsselwörter:

soziale und kulturelle Vielfalt, Medizin, Ethik, religiös motivierte Beschneidung, Transidentität

COMMITTED TO DIVERSITY. MEDICINE IN A PLURALISTIC SOCIETY

Abstract

The increasing social and cultural diversity of modern society leads to important ethical challenges. A special area of tension arises when the concepts of individual freedom of choice and pluralistic social order have to be reconciled with the obligations of medicine in the sense of responsible and caring action. Based on the examples of religiously motivated circumcision and transsexuality, the authors analyze the confrontations between the needs of the patients and the ethical principles of modern medicine. In this, apparent becomes the special role that doctors play in weighing the values of a pluralistic social order on the one hand and the principles of self-determination, non-harm, benevolence and social justice on the other hand. Doctors and healthcare professionals should have the appropriate skills to be able to perceive existing religious or gender-specific differences and individual circumstances and to integrate these into their decisions and actions.

Keywords:

social and cultural diversity, medicine, ethics, religious motivated circumcision, transsexuality

1. EINFÜHRUNG

Unsere Gesellschaft ist in vielfacher Hinsicht von Pluralität gekennzeichnet. Verschiedene Wertevorstellungen, kulturelle Überzeugungen und ethische Positionen bestimmen unser gemeinsames Leben. Soziale Veränderungen, demographische Entwicklungen und die wachsende Diversifizierung der Gesellschaft gehören zu den zentralen Themen, mit denen das Gesundheitswesen nicht nur in den Nationalstaaten sondern auch auf europäischer Ebene konfrontiert ist (Steger, 2019; Orzechowski et al., 2020).¹ Ein besonderes Spannungsfeld entsteht, wenn die Konzepte der individuellen Entscheidungsfreiheit und pluralistischen Gesellschaftsordnung mit den Prinzipien der Medizin im Sinn eines verantwortlichen und fürsorglichen Handelns kollidieren. Auch wenn die Bedeutung von Diversität für Fragen von Gesundheit und Krankheit seit fast zwei Jahrzehnten hervorgehoben wird, bestehen Kontroversen über das Konzept an sich und dessen Umsetzung bis heute.

¹ In diesem Aufsatz werden einige Gedanken des folgenden Beitrags noch einmal aufgegriffen: Ulrich M. Gassner und Florian Steger, „Geschlechtergerechte Medizin – juristische und ethische Aspekte“, in *Geschlecht und Gesundheit*, Hg. Ulrich M. Gassner, Julia von Hayek, Alexandra Manzei und Florian Steger (Baden-Baden: Nomos, 2018), 209–251.

Zentrale Dimensionen einer Diversity verpflichteten Gesellschaft sind unterschiedliche Verständnisse von Gesundheit und Krankheit. Wie Krankheit definiert wird, ist eine zentrale Frage mit Auswirkungen für ein Gesundheitssystem. Es gibt eine ganze Reihe von Erklärungsmodellen, in welchen Ursachen und Begriffe von Krankheit diskutiert werden (Steger und Seidel, 2007: 31). Eine unter dem Einfluss des naturwissenschaftlichen Paradigmas entwickelte reduktionistische, damit einem eliminativen Materialismus verpflichtete Konzeption versteht Krankheit als ein durch empirisch erkennbare Ursachen resultierendes Phänomen. Ein Beispiel dafür stellt die Molekulare Medizin dar; hier wird auf die genetische Bestimmtheit von Krankheit fokussiert. Demzufolge kann eine komplexe Kombination von Genen ein bestimmtes Bild vom Menschen – krank vs. gesund – determinieren. Diese Sichtweise steht einem ganzheitlichen, kontextsensiblen Krankheitsverständnis gegenüber, welches als ein Amalgam verschiedener Faktoren gesehen wird. Nach einem solch umfassenden Verständnis werden nicht nur biologische, vor allem molekulare, sondern auch psychosozioökulturelle Aspekte berücksichtigt. Dementsprechend interferieren medizinische Perspektiven mit gesellschaftlichen Wertungen (Steinmetzer et al., 2007: 39–54). Ob eine Krankheit vorliegt, ist also sowohl vom individuellen Urteil des Betroffenen als auch von gesellschaftlichen, rechtlichen und ethischen Normen abhängig.

431

Das Verständnis von Krankheit ist eng mit dem Begriff der medizinischen Indikation verbunden. Der Indikation wird schon seit der Antike eine zentrale Bedeutung für die Medizin zugeschrieben. Sie gilt als eine ethisch und rechtlich normierende Voraussetzung für ärztliche Handlungen (Neitzke, 2008: 53–66). Inhaltlich stellt die Indikation ein Konzept der ärztlichen Vorgehensweise dar und umfasst verschiedene naturwissenschaftlich-medizinische, rechtliche und ethische Dimensionen (Hunstorfer und Wallner, 2016: 816–823). Insbesondere dem ethischen Aspekt des Heilauftrags kommt in diesem Konzept eine zentrale Rolle zu. Dabei ist zu berücksichtigen, dass im deutschen Sozialversicherungssystem eine medizinische Leistung nur erbracht werden kann, wenn eine Krankheit vorliegt (Lanzerath, 2008: 32–52). Jedoch wird ein individueller Lebensentwurf der Patient*innen, der auf Grundlage von religiösen Überzeugungen, Lebenszielen oder des sozialen Umfelds getroffen wird, immer häufiger mithilfe der Medizin realisiert. Zum medizinischen Alltag gehört schon lange die Auseinandersetzung mit Möglichkeiten der Leistungssteigerung – Enhancement – oder der Korrektur des äußeren Erscheinungsbilds – wunscherfüllende Medizin. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage nach den Zielen und Regeln einer Handlung in der modernen Medizin. Sollen Ärzt*innen auch ohne medizinische Indikation behandeln? Inwieweit sollen Fragen der Selbstbestimmung im Hinblick auf Individualität,

Lebensstil und Wertevorstellungen berücksichtigt werden? Sollten solche Dimensionen überhaupt in eine Krankheitsdefinition einfließen und wenn ja, welche medizinischen, ethischen und rechtlichen Voraussetzungen charakterisieren eine solche Definition?

Ein wichtiges Beispiel, das die Bedeutung dieser Fragen rasch klarmacht, stellt die Diskussion um die Versorgung gehörloser Kinder mit einem Cochlea-Implantat (CI) dar. Für viele ist Gehörlosigkeit bei Kindern, die von Geburt nicht hören können, keine Behinderung, sondern eine soziale und kulturelle Ausprägung ihrer Identität (Spöhrer, 2015: 309–327). Es handelt sich demnach um ein Anderssein, das nicht mithilfe einer Hörprothese korrigiert werden soll. Hier stellt sich die Frage, ob Eltern, die selbst taub sind, das Recht haben, ihren gehörlosen Kindern ein Cochlea-Implantat zu verweigern. Einerseits können die Eltern über die Pflege und Erziehung ihrer Kinder frei entscheiden. Wenn allerdings das Kindeswohl in Gefahr ist, kommt der schützende Staat ins Spiel. Wenn für die Kinder ein ethisch begründeter und auch rechtlicher Anspruch auf ein Cochlea-Implantat besteht, könnte das Sorgerecht der Eltern in Frage gestellt werden (Müller und Zaracko, 2010: 244–248).

432 In unserer Analyse der Rolle der Medizin in einer pluralistischen Gesellschaft wollen wir uns im Folgenden zwei Beispielen widmen: Zum einen handelt es sich um die religiös begründete Beschneidung minderjähriger Jungen. Auf der Grundlage einer medizinisch nicht indizierten Maßnahme wird hier eine Zirkumzision vollzogen, um einer bestimmten religiösen Weltanschauung Geltung zu verschaffen. Dabei ergibt sich ein Spannungsfeld zwischen dem Recht auf freie Religionsausübung und der Selbstbestimmung eines minderjährigen Jungen, der elterlichen Sorge und dem Kindeswohl. Zum anderen handelt es sich um die Transidentität und hier vor allem um die Frage nach der Pathologisierung als Krankheit – nicht zuletzt auch als Voraussetzung für die Kostenübernahmen durch die Gesetzliche Krankenversicherung. Bis heute wird Transidentität medizinisch als Krankheit angesehen. Obwohl das 2013 veröffentlichte DSM-V den früher verwendeten Begriff „Transsexualismus“ durch den Begriff „Genderdysphorie“ (Geschlechtsdysphorie) ersetzt und damit teilweise zur Depathologisierung der Transidentität beiträgt, bleibt die Geschlechtsdysphorie eine pathologische Entität. Diese Zuschreibung ist Voraussetzung für die Kostenübernahme, trägt zugleich aber zur Stigmatisierung transidenter Menschen bei.

Bei beiden Beispielen besteht ein Konflikt zwischen den Wertevorstellungen innerhalb einer pluralistischen Gesellschaft und dem medizinethischen Prinzip, zum Wohl der Patient*innen zu handeln. Deutlich wird hierbei die besondere Rolle, welche Ärzt*innen und der Gesetzgeber

bei der Abwägung der Wertevielfalt innerhalb einer pluralistischen Gesellschaft auf der einen Seite und den Prinzipien der Selbstbestimmung, des Nichtschadens, des Wohltuns und der sozialen Gerechtigkeit auf der anderen Seite haben.

2. RELIGIÖS MOTIVIERTE BESCHNEIDUNG AN MINDERJÄHRIGEN JUNGEN

Die Beschneidung (Zirkumzision) des Mannes ist ein chirurgischer Eingriff, bei welchem die Vorhaut teilweise oder vollständig entfernt wird. Diese Praxis wird aktuell in Deutschland von jüdischen und muslimischen Religionsgemeinschaften ausgeübt. Mit Blick auf die Zahl der zurzeit in Deutschland lebenden muslimischen und jüdischen Bürgerinnen und Bürger handelt es sich bei der Beschneidung um ein verbreitetes Phänomen. Die Beschneidung ist grundsätzlich religiös motiviert und für beide Religionsgemeinschaften von Bedeutung. Im Judentum repräsentiert die Beschneidung am 8. Tag nach der Geburt ein Siegel des Bundes mit Gott und gilt als zentrales Gebot (Simon, 2003). In beiden muslimischen Glaubensrichtungen – Sunni und Schia – wird die Beschneidung als Pflicht angesehen oder gilt zumindest als mit Nachdruck empfohlene Prophetentradition. Die Zirkumzision soll im Neugeborenenalter oder spätestens bis zur Geschlechtsreife erfolgen (Elyas, 2012).

433

Diese Beschneidungspraxis macht einen Konflikt zwischen zwei Grundsätzen einer modernen, pluralistisch orientierten und multikulturellen Gesellschaft deutlich. Auf der einen Seite steht das Recht der Eltern auf freie Religionsausübung, auf der anderen Seite besteht das Grundrecht des Kindes auf körperliche Unversehrtheit und dessen Recht auf Selbstbestimmung. Das Kind verliert mit der Beschneidung einen gesunden Teil seines Körpers und wird hierbei erheblichen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt. Dabei sind die medizinischen Vorteile der medizinisch nicht indizierten Zirkumzision umstritten. Von großer ethischer Bedeutung sind bei der Beschneidung die Rechte des Kindes gegenüber den Rechten der Eltern. Der Eingriff wird in einem Alter vorgenommen, in dem das Kind nicht selbst über sich, seinen Körper und seine Religionszugehörigkeit entscheiden kann. Aus diesem Grund bedarf es der besonderen Prüfung, ob dieser Eingriff dem Kindeswohl entspricht. Dabei kommt den Ärzt*innen eine besondere Rolle zu. In einer Güterabwägung müssen die behandelnden Ärzt*innen die Prinzipien der Selbstbestimmung, des Nichtschadens, des Wohltuns und der sozialen Gerechtigkeit der Frage

nach dem Recht auf freie Religionsausübung und religiöser Toleranz gegenüberstellen und abwägen.

Über die Indikation für die Beschneidung wird heftig diskutiert. Laut eines Positionspapiers der American Academy of Pediatrics (AAP) 2012 überwiegen die Vorteile der Beschneidung deutlich gegenüber den Nachteilen. Auf dieser Grundlage befürworten einige, dass die Entscheidung über einen möglichen Eingriff bei den Eltern liegt (American Academy of Pediatrics, 2012: 585–586). Es fehlen aber evidenzbasierte Argumente, dass die Zirkumzision eine sinnvolle Prävention gegen Geschlechtskrankheiten und Harnwegsinfektionen darstellt. Zwar gibt es einige, die auf die generelle hygienische Bedeutung des Eingriffs hingewiesen wird: So soll die Entfernung der Vorhaut zu einem deutlich geringeren Risiko einer Infektion mit dem Humanen Papillomavirus (HPV), mit HIV und mit dem Herpes-simplex-Virus (HSV) führen (Schwarz et al., 2013: 367–374). Diese Argumente sind aber umstritten. Die Empfehlungen der American Academy of Pediatrics unterscheiden sich deutlich von denen anderer (Frisch et al., 2013: 796–800). Kritiker*innen weisen darauf hin, dass die Beschneidung die allgemein akzeptierten Kriterien nicht erfüllt, präventive medizinische Maßnahmen bei Kindern zu rechtfertigen. Zudem ist die jeweilige Ansteckungsgefahr für sexuell übertragbare Krankheiten je nach Population sehr verschieden. Der präventive Charakter der Beschneidung wird auch im Hinblick auf die Bedeutung der fraglichen Erkrankungen bezweifelt. Denn solche treten meist im höheren Alter auf, sind mitunter selten und können durch andere Methoden eingegrenzt beziehungsweise behandelt werden (Frisch und Earp, 2016). Viele Vorteile der Beschneidung werden erst ab der Geschlechtsreife relevant. Eine präventive Maßnahme an minderjährigen, nicht-einwilligungsfähigen Jungen stellt damit einen schweren Eingriff in die Selbstbestimmung dar.

In diesem Kontext ist zu bemerken, dass die Beschneidung zwar mögliche präventive Aspekte umfasst, der chirurgische Eingriff selbst aber mit teils erheblichen Risiken verbunden ist. Zu diesen möglichen Gefahren zählen Nachblutungen, Infektionen, ungünstige Narbenbildung und Nekrosen der Operationswunde, die auch zur Amputation des Penis führen können (Earp, 2016: 158–163). Verschiedene Berichte von Betroffenen zeugen vom erheblichen Schädigungspotential der Zirkumzision (MOGiS, 2015). In Erzählungen von Beschnittenen werden sowohl die Schmerzen thematisiert, die unmittelbar nach dem Eingriff andauern, als auch später einsetzende, eng mit der Beschneidung verbundene psychische Belastungen. Dazu gehören Ängste, sexuelle Funktionsstörungen und (interaktionelle) Schwierigkeiten in der Partnerschaft (Bergner, 2015; Franz, 2014). Die Kommission für ethische Fragen

der Deutschen Akademie für Kinder und Jugendmedizin e.V. (DAKJ) verweist in ihrer Stellungnahme auf eine Komplikationsrate von 6% und hebt die Schmerzen hervor, denen das Kind ausgesetzt wird (Kommission für ethische Fragen der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin, 2016). Neben den körperlichen Schäden, die einem Jungen durch die Zirkumzision zugefügt werden können, ist auch das Risiko einer potentiellen Traumatisierung oder zumindest schwerwiegenden Belastung zu berücksichtigen. Muslimische Kinder, die im Alter von 4 bis 7 Jahren beschnitten wurden, berichten beispielsweise von einer nachhaltig beeinträchtigenden psychischen Belastung, die durch den Schock der Beschneidung und durch eine Demütigung verursacht wird (Yilmaz et al., 2003: 651–656; Büge, 2015). Wird die Beschneidung ohne ausreichende Analgesie durchgeführt, ist diese zudem mit erheblichen Schmerzen verbunden. In manchen religiösen Traditionen wird kein adäquates Betäubungsmittel eingesetzt. Dadurch kann für das Kind eine erhebliche Belastung entstehen. Schmerzen im jungen Alter können zu einer dauerhaften Veränderung der Schmerzempfindlichkeit führen (Paix und Peterson, 2012: 511–516).

Neben dem körperlichen ist auch das psychische Kindeswohl zu berücksichtigen. Nach jüdischer und muslimischer Tradition wird ein Junge durch die Zirkumzision ein Teil der Glaubensgemeinschaft. Nur wenige Ausnahmen lassen die Verschiebung des Rituals zu, dann stehen sowohl die Eltern als auch das Kind „außerhalb des Bundes“. Im Judentum droht zudem die Strafe der „Auslöschung“ (karet). Befürworter der Beschneidung argumentieren damit, dass sie dadurch die Jungen vor einer Ausgrenzung und Stigmatisierung schützen wollen. Es ist jedoch kritisch zu hinterfragen, ob unbeschnittene Jungen wirklich eine Stigmatisierung und Ausgrenzung aus der Religionsgemeinschaft erfahren. Viele liberale Juden sprechen sich für eine Abkehr von der Tradition der Zirkumzision aus. Und, wie deutlich gemacht wurde, lässt sich jüdische und muslimische Identität auch auf alternativen Wegen herstellen (Friele, 2013: 29–70). Beispielsweise ist es jüdischen und muslimischen Frauen möglich, eine vollständige religiöse Identität auszubilden, ohne beschnitten zu werden (Jewish Circumcision Resource Center).

In Anbetracht der umstrittenen Vorteile und bestehenden Risiken der Beschneidung wird klar, dass ein solcher Eingriff nicht nur durch religiöse Überzeugung motiviert werden darf. Vielmehr bedarf er stets einer Abwägung, in der das Kindeswohl und das Prinzip des Nichtschadens besonders berücksichtigt werden (Steger, 2014: 57–74). Die für ethische Fragestellungen zuständige Kommission der Deutschen Akademie für Kinder und Jugendmedizin e.V. äußert sich in diesem Kontext wie folgt: „Solche Eingriffe an nicht einwilligungsfähigen Knaben stehen aus unserer Sicht

nicht im Einklang mit dem Kindeswohl und dem Gesundheitsschutz, da sie den Körper irreversibel verändern“ (Kommission für ethische Fragen der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin, 2016: 2). In ähnlicher Weise hat das Ländergericht Köln die religiös motivierte Beschneidung bewertet. In seinem Urteil von 7.5.2012 hat es festgehalten, dass ein solcher Eingriff eine Körperverletzung darstellt und das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit und die Selbstbestimmung des Kindes verletzt.

Kinder können sich nicht selbst schützen, sie sind vulnerabel. Deswegen werden stellvertretend Sorgeberechtigte in den Entscheidungsprozess einbezogen (Manson, 2015: 66–73). Diese stellvertretende Position darf aber nicht gegen das Kindeswohl gerichtet werden. Auch dürfen hierbei nicht die Rechte des Kindes auf körperliche Selbstbestimmung, Religionsfreiheit und gewaltfreie Erziehung begrenzt werden.

Vor allem beim Recht auf körperliche Selbstbestimmung kommt das Prinzip der Selbstbestimmung zur Geltung. Einen erwachsenen Mann gegen seinen Willen zu beschneiden, ist weder ethisch geboten noch rechtskonform. Aus ähnlichem Grund sollte es verboten sein, einen medizinisch nicht indizierten Eingriff am Körper eines Jungen durchzuführen. Bei nicht indizierten medizinischen Eingriffen sind Kinder den Erwachsenen gleich zu behandeln. Dieses Recht wird Kindern auch international zugestanden. Beispielsweise sieht die Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen vor, dass das Kind vor jeder Form körperlicher oder psychischer Gewaltanwendung, Zufügen von Schaden oder Misshandlung geschützt werden soll. Gleichmaßen hat das Kind das Recht auf freie Meinungsäußerung (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2015). In Bezug auf die Beschneidung sind Kinder in die Entscheidung einzubeziehen (Wiesemann, 2012, 2016). Natürlich können Neugeborene keine entsprechenden Entscheidungen treffen. Es ist aber möglich, dass Jungen im Schulalter selbst über ihre körperliche Selbstbestimmung und Religionsfreiheit (mit-)entscheiden (McCabe, 1996: 507–508; Levy et al., 2003: 629–633); ausschlaggebend ist hier die soziale Reife. Daher kann der Zeitpunkt des Eingriffs verschoben werden. In der islamischen Tradition kann die Beschneidung bis zu der Geschlechtsreife vollzogen werden; falls dieser Zeitpunkt überschritten wird, entfällt die Beschneidungspflicht sogar ganz (Elyas, 2012). Im Judentum führt eine nicht vollzogene Beschneidung erst im 13. Lebensjahr des Kindes dazu, dass sowohl die Eltern als auch das Kind „außerhalb des Bundes stehen“ (Simon, 2003). Es ist also möglich, dass sowohl jüdische als auch muslimische Kinder über den Eingriff informiert und in die Entscheidung einbezogen werden. In einer solchen Situation kann dem Kind auch ein Vetorecht zugestanden werden.

3. TRANSIDENTITÄT UND ZUGANG ZUM GESUNDHEITSWESEN

Transidentität bezeichnet eine Form der Geschlechtsidentität. Primär bezieht sie sich auf eine Abweichung des Identitätserlebens (Dorn und Jacobeit, 2017: 281–290). Bei transidenten Menschen unterscheidet sich die wahrgenommene Geschlechtszugehörigkeit von ihrem biologischen Geschlecht, deshalb spricht man in der DSM-V auch von „Geschlechtsdysphorie“. Die Ablehnung der mit dem körperlichen Geschlecht ausgelebten Rollenerwartungen und der Wunsch nach sozialer und rechtlicher Anerkennung ihres empfundenen Geschlechts kann bei transidenten Personen zu einem hohen Leidensdruck führen (Schochow et al., 2016).

Eine allgemein anerkannte Ätiologie der Transidentität konnte bisher nicht festgestellt werden. Es werden unterschiedliche soziale und psychologische Faktoren diskutiert, die unter Umständen in die frühe Phase der Kindheit zurückreichen (Steinmetzer et al., 2007). Es konnte aber keine der Transidentität zugrundeliegende Pathologie festgestellt werden. Die amerikanische Fachgesellschaft World Professional Association for Transgender Health spricht von einem Aspekt der gesellschaftlichen Vielfalt, nicht der Pathologie, transsexuell oder transgender zu sein (World Professional Association for Transgender Care, 2012). Vielmehr kann der Leidensdruck, dem die Betroffenen unterliegen, zu verschiedenen psychischen Belastungen und ggf. Störungen führen. Die Prävalenz der Geschlechtsinkongruenz ist beachtlich: Man geht bei „Transfrauen“ (Mann zu Frau) von einem Transidenten auf 14.700 Einwohner und bei „Transmännern“ (Frau zu Mann) von einem Transidenten auf 38.000 Einwohner aus (Arceus et al., 2015: 807–815).

Bis in die 1970er Jahre wurde Transidentität aus medizinischer Sicht als „Perversion“ klassifiziert. Entsprechend wurden viele transidente Menschen zwangshospitalisiert (Steger, 2011). Außerdem stießen Transidente auf mangelnde soziale Akzeptanz, und wurden respektive werden auch heute noch gesellschaftlich stigmatisiert. Die Transidentität wird in den internationalen diagnostischen Klassifikationssystemen unter den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10 F.64.0) und „Gender Dysphorie“ (DSM-V 302.85) aufgeführt. Die Definition der Transidentität als mentale Störung trägt zum prekären Rechtsstatus, zu Barrieren beim Zugang zur Gesundheitsversorgung und zur Verletzung der Menschenrechte transidenter Menschen bei. Andererseits hat die Auffassung der Transidentität als Krankheit insofern auch positive Effekte, als Betroffene

dadurch Anspruch auf professionelle medizinische Behandlung haben, die auch zur Minderung des hohen Leidensdrucks beitragen kann. In dieser Hinsicht kann die Medizin einen gewissen Schutzraum für sie darstellen (Steinmetzer et al., 2007). Vielleicht noch wichtiger ist, dass Betroffene durch diese Pathologisierung der Transidentität einen Anspruch auf Versorgung im Rahmen des solidarisch finanzierten Gesundheitssystems haben. Die Ablehnung der Merkmale des biologischen Geschlechts führt bei transidenten Menschen oft zum Bedürfnis einer hormonellen und teilweise auch noch operativen Geschlechtsangleichung, man spricht von Transition. Dieser Prozess, der durch medikamentöse, psychotherapeutische und chirurgische Maßnahmen erfolgt, ist kosten- und zeitintensiv. In vielen Fällen könnten die Betroffenen diese Eingriffe nicht selbst finanzieren und sind auf die Kostenübernahme durch die Gesetzliche Krankenversicherung angewiesen.

438 Aufgrund der für eine finanzierte Behandlung notwendigen Pathologisierung der Transidentität als Krankheit entsteht ein Konfliktfeld zwischen den Grundsätzen der sozialen Gerechtigkeit in einer Solidargemeinschaft und dem selbstbestimmten Wunsch der Betroffenen nach Geschlechtsangleichung. Die medizinischen Maßnahmen können finanziell nur dann solidarisch übernommen werden, wenn eine medizinische Diagnose gestellt wird. Im Kontext der Diskussion über eine gerechte Verteilung knapper Ressourcen im öffentlichen Gesundheitswesen bekommt dieses Argument besonderes Gewicht. Aus ethischen Überlegungen heraus kann es durchaus geboten sein, die knappen Mittel dem kollektiven Wohl entsprechend einzusetzen. Allerdings muss das Prinzip der Vermeidung von Schaden im Blick behalten werden, gemeint sind mögliche Gefahren, die für Betroffene entstehen können, wenn eine Behandlung unterlassen wird (Säfken, 2008: 3–11). Eine Ablehnung therapeutischer Maßnahmen kann mit den Prinzipien der Selbstbestimmung und Fürsorge (beneficence) kollidieren. Außerdem kann eine Verweigerung professioneller medizinischer Behandlung dazu führen, dass für die Betroffenen beispielsweise eine notwendige hormonelle Behandlung illegal erfolgt oder eine Selbstmedikation erfolgt. Denkbar sind auch illegale chirurgische Maßnahmen. Von Betroffenen wird eine solche Pathologisierung der Transidentität als Krankheit als Diskriminierung empfunden, die zu weiterer Stigmatisierung führen kann. Oft wird argumentiert, dass es sich bei Transidentität nicht um eine Krankheit, sondern um ein Anderssein handelt. Eine Pathologisierung solcher transidenten Wahrnehmung kann dazu führen, dass die Betroffenen weiterhin als „behandlungsbedürftig“ von der Gesellschaft stigmatisiert werden und dadurch auf Akzeptanzprobleme stoßen. Eine in Grundzügen vergleichbare Situation bestand früher im Umgang mit der Homose-

xualität. Erst durch die Depathologisierung der Homosexualität wurde und wird diese gesellschaftlich zum größten Teil nicht mehr als „Abweichung von der Normvariante“ betrachtet. Darüber hinaus kann die Betrachtung von Transidentität als Krankheit bei Betroffenen dazu führen, dass sie keinen positiven Selbstbezug herstellen können und psychisch krank werden. Betroffene fordern hier eine Neuregelung der bestehenden gesetzlichen Regulierung, so dass ohne Pathologisierung der Transidentität als Krankheit ein solidarisch finanzierter Zugang zu ärztlichen Leistungen möglich wird. Vorbildmodell könnten hier vergleichende Maßnahmen sein, bei denen Leistungen von Gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen werden, obwohl keine Krankheit per se vorliegt, zu denken ist beispielsweise an eine stationäre Entbindung (Prüll, 2016a: 33–56).

Weiterhin kann die Selbstbestimmung transidenter Menschen auch bei einer Abwägung nach den vier Prinzipien (Beauchamp und Childress, 2019) gewahrt werden, solange die medizinische Behandlung den Wünschen entsprechender Patient*innen entspricht. Wichtig ist dabei, dass die Ziele der Patient*innen erörtert und umgesetzt werden. Eine operative Geschlechtsangleichung sollte von den Betroffenen ausdrücklich gewünscht werden. Nicht alle transidenten Menschen streben eine Angleichung der körperlichen Erscheinungsform an das wahrgenommene Geschlecht an. Viele Betroffene wollen ihre Transition durch Angleichung ihrer Geschlechterrollen oder nur durch hormonelle Behandlung, also ohne operative Maßnahmen realisieren.

Die prekäre Situation, in welcher die Transidentität als Krankheit definiert wird, führt zur Begrenzung der Selbstbestimmung, wenn die Entscheidung über die Kostenübernahme von ärztlichen Gutachten und richterlichen Entscheidungen abhängig wird. Die Durchführung von operativen Eingriffen setzt einen langen Prozess voraus. Ein Teil dieses Prozesses ist eine begleitende Psychotherapie, die nachweisbar in ausreichender Intensität und Dauer durchgeführt werden soll (Pichlo, 2008: 119–130). Deren zentrale Aufgabe ist es, die Diagnose Transidentität zu sichern, mögliche psychische Belastungen, die durch die Geschlechtsinkongruenz entstehen, zu behandeln und festzustellen, inwiefern die gewünschte Geschlechtsrolle im Alltag den eigenen Vorstellungen und Bedürfnissen entsprechend gelebt werden kann (Dorn und Jacobeit, 2017). Eine Pathologisierung von Transidentität kann dazu führen, dass die Medizin die primäre Zuständigkeit einnimmt. Im Hinblick auf die verschiedenen Behandlungsansätze, zu welchen verschiedene medizinische Fachrichtungen beitragen, erscheint diese Zuordnung prima facie plausibel. Die meisten transidenten Menschen weisen primär keine Psychopathologika auf (Rauchfleisch, 2016). Gegebenenfalls auftretende psychische Störungen

erwiesen sich häufig als unmittelbare Folgen sozialer Belastungen. In diesem Kontext plädieren viele Betroffene dafür, dass eine psychiatrische bzw. psychotherapeutische Therapie für transidente Personen eher eine sekundäre Rolle einnehmen soll (Prüll, 2016b). Der Umgang mit belastenden Lebensereignissen und das Fassen der eigenen Geschlechtsidentität kann im Rahmen eines Coachings oder in Selbsthilfegruppen stattfinden. Dadurch können transidente Menschen die nötige Unterstützung erhalten, ohne die sie der mit einer Krankheit verbundenen gesellschaftlichen Stigmatisierung ausgesetzt werden. Dabei spielt auch die soziale Akzeptanz für transidente Menschen und die Unterstützung durch ein soziales Umfeld eine wichtige Rolle.

Angesicht der Irreversibilität der operativen Maßnahmen erhalten die ethischen Prinzipien des Nichtschadens und des Wohltuns große Bedeutung (Latham, 2013: 648–649). Zu den Aufgaben des begleitenden therapeutischen Teams gehört die Feststellung, ob der chirurgische Eingriff wirklich dem Patientenwohl dient. Einen psychisch kranken Patienten aufgrund eines symptomatischen Wunsches nach Geschlechtsangleichung zu operieren, könnte schwerwiegende Folgen haben. Zusätzlich sollten transidente Menschen auch darüber informiert werden, ob nicht auch durch alternative und nicht-chirurgische Maßnahmen der Leidensdruck der Betroffenen gemildert werden kann. Neben den rein medizinischen Risiken droht auch eine mögliche soziale Stigmatisierung nach der Geschlechtsanpassung. Die Durchführung der operativen Maßnahmen kann für Patient*innen mit einem enormen zusätzlichen Druck seitens ihrer Familie und ihrer sozialen Umgebung einhergehen.

In diesem Kontext ist zu bemerken, dass ein medizinentriertes Konzept von Transidentität nicht die operative Angleichung an das angestrebte Geschlecht als eigentliches Therapieziel ersetzen darf (Dorn und Jacob, 2017). Die Pathologisierung von Transidentität suggeriert zwar, dass das Phänomen heilbar ist und durch einen operativen Eingriff „korrigiert“ werden kann, jedoch ist primäres Ziel, die langfristigen Prozesse der Geschlechtsdysphorie zu begleiten und es damit Transidenten zu erleichtern, sich mit den sozial-rechtlichen Folgen des Prozesses auseinanderzusetzen. Die Reduktion der Transidentität auf eine operative Intervention soll nicht stigmatisierend wirken, indem sie ein komplexes soziales, kulturelles und psychisches Phänomen primär auf eine chirurgisch-operative Maßnahmen reduziert (Hirschauer, 1992: 246–254).

Die binäre Festschreibung der Geschlechter, die für moderne Gesellschaften prägend ist, stellt für Transidente eine Barriere in der Findung ihrer eigenen Identität dar. Die Identitätsfindung gestaltet sich hier nun einmal komplex (Prüll, 2016a: 51). Die Feststellung des Personenstands beschränkt sich primär auf die sichtbaren biologischen Geschlechtsmerk-

male und kann zur Verletzung der Menschenwürde der Betroffenen führen. Eine soziale, medizinische und juristische Anerkennung eines „dritten Geschlechts“ oder „vieler Geschlechter“ berührt grundlegende Prinzipien des Zusammenlebens in einer pluralistischeren Gesellschaft. Entsprechend hat sich auch das Bundesverfassungsgericht erklärt. Seit Dezember 2018 führt in Deutschland das „Gesetz zur Änderung der in das Geburtenregister einzutragenden Angaben“ für intergeschlechtliche Menschen eine neue Kategorie ein: divers. Grundsätzlich können alle Menschen ihren Eintrag zu divers ändern, sofern sie ein Attest vorlegen, das eine „Variante der Geschlechtsentwicklung“ bezeugt.

4. FAZIT

Die zunehmende soziale und kulturelle Diversität der modernen Gesellschaft birgt nicht zuletzt ethische Herausforderungen. Dabei kommt der Medizin die besondere Aufgabe zu, im Spannungsfeld zwischen den Bedürfnissen der Patient*innen und der soziokulturellen Prägung einer Gesellschaft ein Gleichgewicht herzustellen. Es ist also eine Abwägung von Gütern, die angesichts gewollter individueller Entscheidungsfreiheit auf der einen Seite und pluralistischer Gesellschaftsordnung auf der anderen Seite vor allem um Fragen der Selbstbestimmung, des Wohltuns, des Nichtschadens und der sozialen Gerechtigkeit kreisen. Die Religionsfreiheit hat zentrale Bedeutung in einer demokratischen Gesellschaft. Doch gibt es zahlreiche medizinische Interventionen, die nicht-medizinischen Indikationen folgen und keinen unmittelbaren therapeutischen Nutzen haben. Man könnte in diesem Zusammenhang sogar von einer religiös indizierten Maßnahme sprechen. Es sind gerade diese Verfahren, an welchen sich ethische Dilemmata entzünden. Wenn ein Konflikt zwischen dem Recht auf individuelle Religionsfreiheit und dem Schutz der körperlichen Integrität entsteht, bekommen Ärzt*innen zentrale Verantwortung. Darüber hinaus ist hohe Sensibilität bei Fragen der Geschlechtsidentität geboten. Transidente Menschen haben oft aufgrund von Stigmatisierung und durch prägende heteronormative Annahmen in der Medizin besondere Hürden im Gesundheitssystem zu nehmen. Doch sollten Menschen unabhängig von ihrem Geschlecht und ihrer Geschlechtsidentität einen gerechten Zugang zur Medizin haben. Dabei sollten die jeweils kontextsensitiven Umstände gewürdigt werden. Entsprechende Kompetenzen, gerade in Bezug auf Diversität, sind für alle Akteure im Gesundheitswesen unabdingbar.

LITERATUR

- American Academy of Pediatrics (2012). „Circumcision Policy Statement“. *Pediatrics*, 130, 585–586.
- Arcelus, J., Bouman, W. P., Noorgate, W. Van Der, Claes, L., Witcomb, G., Fernandez-Aranda, F. (2015). „Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence Studies in Transsexualism“. *European Psychiatry*, 30, 807–815.
- Beauchamp, T. L. und Childress, J. F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics*. 8th Edition. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Bergner, C. (2015). *Ent-hüllt. Die Beschneidung von Jungen – nur ein kleiner Schnitt? Betroffene packen aus über Verlust – Schmerzen – Scham*. Hamburg: tredition.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2015). „Übereinkommen über die Rechte des Kindes. VN-Kinderrechtskonvention im Wortlaut mit Materialien“, <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/uebereinkommen-ueber-die-rechte-des-kindes/86530> (zuletzt abgerufen am 23.02.2021).
- Büge, L. (2015). „Weit mehr als seine Kleinigkeit“. *Frankfurter Rundschau* 267, 27.11.2015, http://frblog.de/wp-content/uploads/2015/09/151117_fr_201511170FR00FRMT00HP000028.pdf (zuletzt abgerufen am 23.02.2021).
- De Lourdes Levy, M., Larcher, V., Kurz, R. (2003). „Informed Consent/Assent in Children. Statement of the Ethics Working Group of the Confederation of European Specialists in Pediatrics (CESP)“. *European Journal of Pediatrics*, 162, 629–633.
- Dorn, Ch. und Jacobeit, J. W. (2017). „Geschlechtstinkongruenz, Transsexualismus/Transidentität. Die Patientin, der Patient in ihrer Praxis“. *Gynäkologe*, 50, 281–290.
- Earp, B. D. (2016). „In Defence of Genital Autonomy for Children“. *Journal of Medical Ethics*, 42, 158–163.
- Elyas, N. (2012). „Ist die Knaben-Beschneidung überhaupt Pflicht im Islam? Eine Aufklärung des Theologen und Arztes“, http://islam.de/20776_print.php (zuletzt abgerufen am 23.02.2021).
- Franz, M. (2014). *Die Beschneidung von Jungen. Ein trauriges Vermächtnis*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Friele, M. (2013). „Beschneidung nicht-einwilligungsfähiger Jungen. Verbotswürdig oder eine Sache religiöser Toleranz“. *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, 17, 29–70.
- Frisch, M., Aigrain, Y., Barauskas, V., Bjarnason, R., Boddy, S.-A., Czauderna, P., Gier, R. P. E. de Jong, T. P. V. M. de, Fasching, G., Fetter, W., Gahr, M., Graugaard, Ch., Greisen, G., Gunnarsdottir, A., Hartmann, W., Havranek, P., Hitchcock, R., Huddart, S., Janson, S., Jaszczak, P., Kupferschmid, Ch., Lahdes-Vasama, T., Lindahl, H., MacDonald, N., Markestad, T., Märtson, M., Nordhov, S. M., Pälve, H., Petersons, A., Quinn, F., Qvist, N., Rosmundsson, Th., Saxen, H., Söder, O., Stehr, M., Loewenich, V. C. H. von, Wallander, J., Wijnen R. (2013). „Cultural Bias in the AAP’s 2012 Technical Report and Policy Statement on Male Circumcision“. *Pediatrics*, 131, 796–800.
- Frisch, M. und Earp B. D. (2016). „Circumcision of Male Infants and Children as a Public Health Measure in Developed Countries: A Critical Assessment of Recent Evidence“. *Global Public Health online*, DOI: 10.1080/17441692.2016.1184292.
- Gassner, U. M. und Steger, F. (2018). „Geschlechtergerechte Medizin – juristische und ethische Aspekte“. In: Gassner, U. M., von Hayek, J., Manzei, A., Steger, F. (Hrsgg.), *Geschlecht und Gesundheit*. Baden-Baden: Nomos, 209–251.
- Hirschauer, S. (1992). „Ein Rückzug als Vormarsch. Zu Volkmar Siguschs Thesen zur Depathologisierung der Transsexualität“. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 5, 246–254.

- Hunstorfer, K. und Wallner, J. (2016). „Die Indikation. Medizinische und rechtsethische Aspekte“. *Onkologie*, 22, 816–823.
- Jewish Circumcision Resource Center. „Information Summary“, <http://www.jewishcircumcision.org/info.htm> (zuletzt abgerufen am 23.02.2021).
- Kommission für ethische Fragen der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) (2016). „Stellungnahme zur Beschneidung von minderjährigen Jungen“, <https://dakj.de/wp-content/uploads/2016/12/2016-dakj-beschneidung-jungen.pdf> (zuletzt abgerufen am 23.02.2021).
- Lanzerath, D. (2008). „Was ist medizinische Indikation? Eine medizinethische Überlegung“. In: Charbonnier R., Dörner K., Simon S. (Hrsg.), *Medizinische Indikation und Patientenwille. Behandlungsentscheidungen in der Intensivmedizin und am Lebensende*. Stuttgart: Schattauer, 35–52.
- Latham, J. R. (2013). „Ethical Issues in Considering Transsexual Surgeries as Aesthetic Plastic Surgery“. *Aesthetic Plastic Surgery*, 37, 648–649.
- Manson, N. C. (2015). „Transitional Paternalism: How Shared Normative Powers Give Rise to the Asymmetry of Adolescent Consent and Refusal“. *Bioethics*, 29, 66–73.
- McCabe, M. A. (1996). „Involving Children and Adolescents in Medical Decision Making: Developmental and Clinical Considerations“. *Journal of Pediatrics Psychology*, 21, 507–508.
- MOGIS e.V. (2015). „Brief an die Leitliniengruppe Kinderschutz in der Medizin“, <https://mogis.info/briefleitliniekinderschutz/> (zuletzt abgerufen am 23.02.2021).
- Müller, S. und Zaracko, A. (2010). „Haben gehörlose Kleinkinder ein Recht auf ein Cochlea-implantat?“. *Nervenheilkunde*, 29, 244–248.
- Neitzke, G. (2008). „Unterscheidung zwischen medizinischer und ärztlicher Indikation“. In: Charbonnier, R., Dörner, K. und Simon, S. (Hrsgg.), *Medizinische Indikation und Patientenwille. Behandlungsentscheidungen in der Intensivmedizin und am Lebensende*. Stuttgart: Schattauer, 53–66.
- Orzechowski, M., Nowak, M., Bielińska, K., Chowaniec, A., Doričić, R., Ramšak, M., Łuków, P., Muzur, A., Zupanić-Slavec, Z., Steger, F. (2020). „Social Diversity and Access to Healthcare in Europe: How does European Union’s Legislation Prevent from Discrimination in Healthcare?“. *BMC Public Health* 20, DOI: 10.1186/s12889-020-09494-8
- Paix, B. R. und Peterson, S. E. (2012). „Circumcision of neonates and children without appropriate anesthesia is unacceptable practice“. *Anesthesia and Intensive Care*, 40, 511–516.
- Pichlo, H.-G. (2008). „Transsexualismus – leistungsrechtliche und gutachterliche Kriterien für geschlechtsangleichende somatische Maßnahmen aus Sicht des MDK Nordrhein“. In: Groß, D., Neuschafer-Rube, Ch., Steinmetzer, J. (Hrsgg.), *Transsexualität und Intersexualität. Medizinische, ethische, soziale und juristische Aspekte*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 119–130.
- Prüll, L. (2016a). „Das Selbstbild der transidenten Frau nach 1945 und die Konsequenzen für den Umgang mit Geschlechtsidentitäten“. In: Schochow, M., Gehrmann, S., Steger, F. (Hrsgg.), *Inter* und Trans*identitäten. Ethische, soziale und juristische Aspekte*. Gießen: Psychosozial-Verlag, 33–56.
- Prüll, L. (2016b). *Trans*im Glück – Geschlechtsangleichung als Chance*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rauchfleisch, U. (2016). *Transsexualität – Transidentität. Begutachtung, Begleitung, Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Säfen, Ch. (2018). „Transsexualität und Intersexualität in ethischer Perspektive“. In: Groß, D., Neuschafer-Rube, Ch., Steinmetzer, J. (Hrsgg.), *Transsexualität und Intersexualität. Medizinische, ethische, soziale und juristische Aspekte*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 3–11.

- Schochow, M., Gehrmann, S., Steger, F. (Hrsg.) (2016). *Inter* und Trans*identitäten. Ethische, soziale und juristische Aspekte*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Schwarz, P. E. H., Parfentyeva, E., Taché, Y., Fitze, G., Bornstein, S. R. (2013). „Ist die Beschneidung männlicher Neugeborener eine präventive Maßnahme? Allgemeine evidenzbasierte Analyse und spezielle Erkenntnisse aus der Diabetologie“. *Diabetes aktuell*, 11, 367–374.
- Simon, H. (2003). *Leben im Judentum. Persönliche Feste und denkwürdige Tage*. Berlin: Hentrich & Hentrich.
- Spöhrer, M. (2015). „Wie ich zum Cyborg wurde“. Das Cochlea Implantat und die Übersetzungen des transhumanen Körpers“. *Body Politics*, 3, 309–327.
- Steger, F. (2011). *GTE Medizin*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Steger, F. (2014). „Kann man die religiös begründete Beschneidung an minderjährigen Jungen medizinethisch rechtfertigen?“. In: Steger, F. (Hrsg.), *Bedroht Entscheidungsfreiheit Gesundheit und Nachhaltigkeit? Zwischen notwendigen Grenzen und Bevormundung*. Münster: Mentis, 57–74.
- Steger, F. (Hrsg.) (2019). *Diversität im Gesundheitswesen*. Freiburg, München: Karl Alber Verlag.
- Steger, F. und Seidel, Ch. (2007). „Psychisch anders? Überlegungen zu Personsein und Identität“. In: Steger, F. (Hrsg.), *Was ist krank? Stigmatisierung und Diskriminierung in Medizin und Psychotherapie*, Gießen: Psychosozial-Verlag, 31–48.
- Steinmetzer, J., Groß, D., Duncker, T. H. (2007). „Ethische Fragen in Umgang mit transidenten Personen – Limitierende Faktoren des gegenwärtigen Konzepts von Transsexualität“. *Ethik in der Medizin*, 19, 39–54.
- Wiesemann, C. (2012). „Hört auf die Kinder!“. *Süddeutsche Zeitung*, 227, 2.
- Wiesemann, C. (2016). „Kindeswohl. Ein Problemaufriss aus der Perspektive der Medizinethik“. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 62, 235–244.
- World Professional Association for Transgender Care (2012). „Standards of Care. Versorgungsempfehlungen für die Gesundheit von transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Personen“, Version 7, https://amo_hub_content.s3.amazonaws.com/Association140/files/German%20Standards%20v2%20-%20Review.pdf (zuletzt abgerufen am 23.02.2021).
- Yilmaz, E., Batislam, E., Basar, M. M., Basar, H. (2003). „Psychological Trauma of Circumcision in the Phallic Period Could Be Avoided by Using Topical Steroids“. *International Journal of Urology*, 10, 651–656.