

**Die medizinische Begleitung von Kindern und Jugendlichen
mit Geschlechtsinkongruenz/ Geschlechtsdysphorie
und das Problem der Diskriminierung
im Gesundheitswesen**

– Eine medizinethische Analyse

Dissertation
zur Erlangung des Philosophischen Doktorgrads
an der Philosophischen Fakultät der Georg-August-Universität
Göttingen

Vorgelegt von
Maximiliane Hädicke
aus Halle (Saale)
2023

- 1. Gutachterin: Prof. Dr. med. Claudia Wiesemann**
- 2. Gutachter: Prof. Dr. phil. Heinz-Jürgen Voß**

Vorwort

Als ich mich Ende des Jahres 2019 voller Tatendrang auf das Abenteuer Promotion einließ, hatte ich nicht die leiseste Ahnung, dass schon sehr bald eine Pandemie unser aller Leben auf den Kopf stellen würde. Umso dankbarer bin ich dafür, dass mich selbst unter den Umständen des *Social-Distancing* zahlreiche inspirierende Personen begleitet haben. Ihnen und einigen Institutionen möchte ich herzlich für Ihre Unterstützung danken.

Ich danke meiner Doktormutter Prof. Claudia Wiesemann für ihr Vertrauen in mich und meine Fähigkeiten, ihren wohlthuend kritischen Blick auf meine Arbeiten und ihre beeindruckende Art mich zu bestärken, zu fördern und zu motivieren. Es lässt sich nicht beziffern, wie viel ich von ihr gelernt habe und wie viel Freude ich hatte, mit ihr zusammenzuarbeiten.

Ich danke Prof. Heinz-Jürgen Voß und Prof. Ina Hunger für die inspirierenden Gespräche, Heinz-Jürgen Voß außerdem für die Übernahme des zweiten Dissertationsgutachtens.

Ich danke dem Bundesministerium für Gesundheit für die Förderung unseres Forschungsprojekts TRANS*KIDS, in dessen Rahmen ich meine Arbeit verwirklicht habe.

Dem gesamten TRANS*KIDS-Team danke ich für die konstruktive Zusammenarbeit. Ausgesprochen dankbar bin ich den Interviewpartner_innen der vorliegenden Studie für ihr Engagement und ihre Offenheit. Ohne sie würde es diese Dissertation nicht geben.

Außerdem bin ich meinen klugen Kolleg_innen des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin in Göttingen zum Dank verpflichtet. Ob in Kolloquien oder beim Mittagessen – ich blicke nicht nur auf zahl-, sondern auch auf ausgesprochen geistreiche Gespräche mit ihnen zurück. Ines Pietschmann möchte ich zudem für das aufmerksame Korrekturlesen des Dissertationsmantels danken. Julia Perry und Lorina Buhr sind mit der Zeit von Kolleginnen zu Freundinnen geworden. Ich möchte sie in meinem Leben nicht mehr missen.

Ich bin froh über die Zeit, die ich am *Centre for the Experimental Philosophical Study of Discrimination* an der Universität Aarhus verbringen durfte. Ich wurde nicht nur binnen kürzester Zeit herzlich aufgenommen, es war auch überaus bereichernd zu erfahren, wie engagierte Personen gemeinsam versuchen, das komplexe Phänomen der Diskriminierung besser zu verstehen, um so eine Grundlage zu schaffen, diese Welt zu einer gerechteren zu machen. Ich danke dem DAAD für das Stipendium, das diese Erfahrung ermöglichte.

Die vorliegende Arbeit war mir von Beginn an ein Herzensanliegen, für das ich von meinem privaten Umfeld große Unterstützung erfahren habe.

Die Freude am analytischen Denken habe ich von meiner, mich tagtäglich beeindruckenden Mutter Birgit Hädicke. Ohne sie hätte ich wahrscheinlich nie den Mut aufgebracht, zu promovieren. Es gibt so viel, wofür ich meinem Partner Fabian Polster danken könnte. Hier ist es, dass er mir die Flexibilität ermöglicht hat, die das wissenschaftliche Arbeiten erfordert. Greta Hartmann danke ich für ihre treue, langjährige Freundschaft und Bibliotheksbegleitung.

Die kumulative Dissertationsschrift umfasst folgende Originalarbeiten:

1. **Hädicke, M.** & Wiesemann, C. 2021: Was kann das Konzept der Diskriminierung für die Medizinethik leisten? *Ethik Med* (2021) 33, 369–386 doi:10.1007/s00481-021-00631-4
2. **Hädicke, M.**, Föcker, M., Romer, G. & Wiesemann, C. 2022: Healthcare Professionals' Conflicts When Treating Transgender Youth: Is It Necessary to Prioritize Protection Over Respect? *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* (2022), 1-9 doi:10.1017/S0963180122000251
3. **Hädicke, M.**, Föcker, M., Romer, G. & Wiesemann, C. 2023: Diskriminierung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie in der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung. *Z Sexualforsch* (2023) 36, 1–11 doi:10.1055/a-2174-7711

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Hintergrund.....	6
1.1 <i>Medizinische Aspekte der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit GI/GD.....</i>	7
1.2 <i>Rechtliche Aspekte der Behandlung Minderjähriger mit GI/GD.....</i>	8
1.3 <i>Zur steigenden Zahl der Vorstellungen von Kindern und Jugendlichen in Schwerpunktpraxen und -ambulanzen für GI/GD</i>	9
1.4 <i>Ethische Aspekte der Behandlung Minderjähriger mit GI/GD und das Problem der Diskriminierung.....</i>	12
2. Methodik.....	15
3. Zusammenfassung der Einzelarbeiten.....	21
3.1 <i>Was kann das Konzept der Diskriminierung für die Medizinethik leisten? – Eine Analyse</i>	21
3.2 <i>Eine intersektionale Perspektive auf einen ethischen Konflikt von Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen</i>	26
3.3 <i>Diskriminierung von Kindern und Jugendlichen mit GI oder GD in der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung.....</i>	30
4. Zusammenführung der Ergebnisse der Einzelarbeiten und Ausblick.....	33
4.1 <i>Wie lässt sich das Konzept der Diskriminierung im Hinblick auf die Situation von Kindern und Jugendlichen mit GI/GD im Gesundheitswesen spezifizieren?.....</i>	33
4.2 <i>Ausblick</i>	37
5. Literaturverzeichnis	40
6. Originalarbeiten	47
7. Anhang.....	48
7.1 <i>Rekrutierungsflyer.....</i>	48
7.2 <i>Einwilligungserklärung.....</i>	49
7.3 <i>Interviewleitfaden.....</i>	53

1. Einleitung und Hintergrund

Diskriminierungsschutz ist ein Menschenrecht. So bekennen sich auch Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen dazu, diesem Recht durch ihr Handeln im Gesundheitswesen praktische Geltung zu verleihen. Im ärztlichen Gelöbnis des Weltärztebunds heißt es wörtlich:

„Ich werde nicht zulassen, dass Erwägungen von Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnischer Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politischer Zugehörigkeit, Rasse, sexueller Orientierung, sozialer Stellung oder jeglicher anderer Faktoren zwischen meine Pflichten und meine Patientin oder meinen Patienten treten.“
(WMA, 1948 (2017))

In ähnlicher Weise ist dies auch in der Berufsordnung deutscher Psychotherapeut_innen formuliert (BDP & DGP, 2016). Allerdings zeugen aktuelle Debatten davon, dass das fest verankerte und breit akzeptierte Gebot der Nicht-Diskriminierung in der medizinischen und therapeutischen Praxis nicht immer leicht zu interpretieren und umzusetzen ist. Während es eindeutige und unstrittige Beispiele für Diskriminierung gibt, wie etwa die Verweigerung einer Behandlung aufgrund der Zugehörigkeit zur jüdischen Glaubensgemeinschaft, liegt es in anderen Fällen nicht auf der Hand, ob eine Diskriminierung vorliegt oder nicht. Aktuell zeigt sich dies in den fachlichen und gesellschaftlichen Diskursen über die angemessene Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz/ Geschlechtsdysphorie (GI/GD)¹ in aller Deutlichkeit. Dabei sorgt der Begriff der Diskriminierung für eine eigene Kontroversität. Die vorliegende Dissertation widmet sich dieser Kontroversität und unterbreitet einen Vorschlag für eine empirisch-theoretische Spezifizierung des Begriffs der Diskriminierung im Hinblick auf die Situation von Kindern und Jugendlichen mit GI/GD im Gesundheitswesen.

Doch ohne Hintergrundinformationen lässt sich diesem Anliegen nur schwer folgen. Daher werde ich zunächst in das Themenfeld einführen. Ich skizziere im Folgenden den Status Quo der medizinischen Versorgungsangebote sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen.

¹ Geschlechtsinkongruenz ist gekennzeichnet durch eine ausgeprägte und anhaltende Inkongruenz zwischen dem erlebten Geschlecht einer Person und ihrem aufgrund körperlicher Merkmale zugewiesenen Geschlecht. Geschlechtsdysphorie bezeichnet das subjektive Leiden an dieser Inkongruenz. In dieser Dissertation wird zudem der Begriff „transgeschlechtlich“ (kurz: „trans“) verwendet, wenn entweder die (zugeschriebene) soziale Gruppenzugehörigkeit oder die Geschlechtsidentität einer Person im Vordergrund steht.

Außerdem gehe ich auf die aktuell viel diskutierte Frage ein, weshalb die Anzahl der Vorstellungen Minderjähriger in Schwerpunktpraxen und -ambulanzen für GI/GD steigt. Diese Frage ist zentral für die ethische Debatte, welche ich im Anschluss ebenfalls umreißen werde. Das einleitende Kapitel führt zur Forschungsfrage dieser Arbeit hin und schließt mit einem Ausblick auf die Kapitelstruktur des Dissertationsmantels.

1.1 Medizinische Aspekte der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit GI/GD

In Deutschland erhalten Kinder und Jugendliche mit GI/GD in der Regel eine ausführliche Diagnostik und ein psychotherapeutisches Angebot, das auch der Exploration der Geschlechtsidentität dienen soll² (Bos et al., 2022; Romer & Möller-Kallista, 2021). Während im Kindesalter kein somatomedizinischer Behandlungsbedarf besteht, kann mit den ersten Anzeichen der einsetzenden Pubertät (Tannerstadium 2-3 (Marshall & Tanner, 1969, 1970)) eine pubertätshemmende Hormontherapie mit Gonadotropin-Releasing-Hormon-Analoga in Frage kommen. Sie stoppt die ungewollten und häufig als leidvoll erlebten irreversiblen, körperlichen Veränderungen der Pubertät. Für die Jugendlichen kann dies eine große Erleichterung, eine Art „Durchatmen“ bedeuten, da die hormonelle Blockade ihnen, ihren Eltern und begleitenden Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen mehr Zeit verschafft. Studien legen nahe, dass Symptome von Depression bis hin zu Suizidalität sinken (Allen et al., 2019; Turban & Ehrensaft, 2018).

Wird die Gabe pubertätshemmender Hormone zu einem späteren Zeitpunkt gestoppt, würde die Pubertät des körperlichen Geschlechts einsetzen. Wird hingegen im Anschluss an die Pubertätsblockade eine geschlechtsangleichende Hormontherapie begonnen, verändert sich der Körper der minderjährigen Person irreversibel (z.B. tiefere Stimmlage durch Testosteron, Wachstum des Brustgewebes durch Östrogene). Geschlechtsangleichende operative Eingriffe werden in Deutschland vor dem 18. Lebensjahr aufgrund ihrer Irreversibilität nur selten durchgeführt (vgl. Köhler et al., 2019). An der Durchführung sowohl hormoneller als auch operativer Eingriffe wird kritisiert, dass es bisher keine ausreichende wissenschaftliche Evidenz für die Behandlung von GD im Jugendalter gibt (Korte et al., 2016; Lenzen-Schulte, 2022; Vrouwenraets et al., 2015).

² Konversionstherapien, also jegliche Ansätze, die das Ziel verfolgen, die geschlechtliche Identität einer minderjährigen Patient_in/Klient_in zu beeinflussen, sind seit 2020 gesetzlich verboten (vgl. Gesetz zum Schutz vor Konversionsbehandlungen vom 12.6.2020 BGBl. I S. 1285).

1.2 Rechtliche Aspekte der Behandlung Minderjähriger mit GI/GD

Wie ist die Gabe pubertätshemmender/ geschlechtsangleichender Hormone an Minderjährige aus rechtlicher Perspektive zu bewerten?

Eine umfassende Untersuchung zu den rechtlichen Aspekten der Behandlungswünsche minderjähriger trans Personen kommt zu dem Ergebnis, dass keine eigenständige rechtliche Regelung nötig ist (Siedenbiedel, 2016). Stattdessen sei die Frage nach der Einwilligungsfähigkeit der Minderjährigen als einschlägig zu erachten.

Jeder medizinische Eingriff in die körperliche Integrität eines Menschen bedarf einer Rechtfertigung, um als rechtmäßig zu gelten.

Ein häufiger Rechtfertigungsgrund ist die informierte Einwilligung der Patient_in.³ Eine wichtige Voraussetzung für die Gültigkeit dieser Einwilligung ist die Einwilligungsfähigkeit der einwilligenden Patient_in.⁴ Einwilligungsfähigkeit ist kein rechtlich normierter Begriff, er wurde in der zivilen Rechtsprechung entwickelt. Einwilligungsfähig ist, wer in der Lage ist, die Tragweite und Bedeutung einer medizinischen Behandlung einzuschätzen, angemessen zu beurteilen und danach zu handeln.⁵ Bei Erwachsenen wird grundsätzlich von einer Einwilligungsfähigkeit ausgegangen, insofern nicht festgestellt wird, dass sie im konkreten Fall nicht vorliegt (vgl. Bundesärztekammer, 2019). Doch wie verhält es sich bei Kindern und Jugendlichen? Ab welchem Alter gilt ein Kind oder eine jugendliche Person als einwilligungsfähig? Dies ist „*ein Schlüsselproblem für das Gesundheitswesen*“, wie es der Rechtswissenschaftler Stephan Rixen (2020, S. 336) bezeichnet. Wesentlich ist, dass es keine starren Altersgrenzen zur Feststellung der Einwilligungsfähigkeit gibt. Im Mittelpunkt stehen hingegen die individuelle Reife und geistige Entwicklung der minderjährigen Person. Es obliegt dem_der behandelnden Ärzt_in/Psychotherapeut_in beides einzuschätzen.

Wenn über den Beginn einer Therapie mit pubertätshemmenden Hormonen zu entscheiden ist, befinden sich die Kinder allerdings oft noch an der Schwelle zur Einwilligungsfähigkeit. Dies impliziert eigene Herausforderungen. Eine Krux der Idee der Einwilligungsfähigkeit ist, dass es ein Schwarz-Weiß-Konzept ist: entweder sie liegt vor oder sie liegt nicht vor.

³ Weitere Bedingungen sind die Aufklärung der Patient_in und die Freiwilligkeit der Einwilligung. Siehe hierzu ausführlich Deutsch & Spiekhoff 2014, S. 261-338.

⁴ Die informierte Einwilligung ist Teil des Behandlungsvertrags, welcher im §630 BGB normiert ist.

⁵ Für ein Grundsatzurteil, in dem der BGH die Einwilligungs- von der Geschäftsfähigkeit abgrenzt siehe VI ZR 266/57, BGHZ 29, 33.

Wie ist also aus rechtlicher Sicht mit (noch) nicht-einwilligungsfähigen Minderjährigen umzugehen? Über ihre medizinische Behandlung entscheiden typischerweise ihre Eltern bzw. Sorgeberechtigten⁶, allerdings hat jedes Kind das nicht zu unterschlagende Recht auf Partizipation. Die Vertragsstaaten der UN-Kinderrechtskonvention (UN-KRK), zu welchen Deutschland gehört, sichern jedem

„Kind, das fähig ist, sich eine eigene Meinung zu bilden das Recht zu, diese Meinung in allen das Kind berührenden Angelegenheiten frei zu äußern [...]“ sowie das Recht *„die Meinung des Kindes angemessen und entsprechend seinem Alter und seiner Reife“* zu berücksichtigen (Art 12 UN-KRK).

Die UN-KRK ist als völkerrechtlicher Vertrag in allen gesellschaftlichen Teilbereichen bedeutsam, somit auch in der Medizin. Partizipation ist dabei nicht als einmaliges Ereignis, sondern als Prozess zu verstehen, der (noch) nicht-einwilligungsfähige Minderjährige dabei unterstützt, einwilligungsfähig zu werden (Vereinte Nationen KRK Komitee, 2009, S.5, Nr. 3).

1.3 Zur steigenden Zahl der Vorstellungen von Kindern und Jugendlichen in Schwerpunktpraxen und -ambulanzen für GI/GD

Die skizzierten rechtlichen und medizinischen Aspekte der Behandlung Minderjähriger mit GI/GD illustrieren, dass es sich um eine komplexe medizinische Entscheidungssituation für Patient_innen, ihre Sorgeberechtigten sowie die behandelnden Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen handelt. Die Komplexität des Einzelfalls wird durch ein international zu beobachtendes Kollektiv-Phänomen verschärft, denn seit einiger Zeit wenden sich zunehmend mehr Kinder und Jugendliche an kinder- und jugendpsychiatrische Spezialsprechstunden für GI/GD (deGraaf et al., 2018; Kaltiala-Heino et al., 2015; Wiepjes et al., 2018; Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestags, 2019).

Wie ist dieser Anstieg zu erklären? Und welches Licht wirft die Erklärung auf die ethische Vertretbarkeit der angebotenen Behandlungen?

Diese zwei Fragen beschäftigen sowohl Fachpersonen als auch die breite Öffentlichkeit.

Eine prominente Erklärung ist die „Trans Hype-These“. Vertreter_innen gehen davon aus, dass bei Jugendlichen der Wunsch ein anderes Geschlecht zu leben, wie eine „Modewelle“ durch

⁶ Ob einer einwilligungsfähigen minderjährigen Person bei Meinungsverschiedenheit mit seinen_ihren Eltern hinsichtlich weitreichender, irreversibler Maßnahmen eine Alleinentscheidungskompetenz zukommt, ist noch ungeklärt. (Maurer, 2021, S. 164).

trans-aktivistische Aktivitäten im Internet vorangetrieben werde und zu einer plötzlichen Änderung des geschlechtlichen Erlebens während der Pubertät führe (Feddersen & Kutter, 2022; Harter, 2022; Littman, 2018, 2019). Auf dieser Grundlage wird postuliert, dass Kinder vor Manipulation zu schützen und somatomedizinische Behandlungen pauschal abzulehnen sind (Genspect, 2023). In manchen Staaten, etwa Australien (Kelly et al., 2022) sowie in einigen US-amerikanischen Bundesstaaten (Kaiser Family Foundation, 2023) wurde der Zugang zu hormonellen Behandlungen für minderjährige Personen bereits eingeschränkt.

Spätestens seitdem die Unterscheidung von biologischem - und sozialem Geschlecht (,sex' und ,gender')⁷ geläufig geworden ist, wird breit diskutiert, dass und wie Geschlecht auch sozial geprägt wird (vgl. etwa Villa Braslavsky & Hark, 2020). Die „Trans-Hype-These“ geht allerdings – anders als üblicherweise angenommen – von einem eindimensionalen Wirkungszusammenhang aus. Sie marginalisiert jegliche sozialen Einflussfaktoren abseits aktivistischer Aktivitäten im Internet, die den Anstieg auch und möglicherweise sogar besser erklären könnten, wie auch schon Claudia Wiesemann als damalige stellvertretende Vorsitzende des Deutschen Ethikrats auf einer Veranstaltung anlässlich der therapeutischen Kontroversen um Transidentität bei Kindern und Jugendlichen, zu bedenken gab (Wiesemann, 2020b). Wiesemann verweist darauf, dass sich ein gesellschaftlicher Wertewandel vollzogen hat und sich noch immer vollzieht.

So hat beispielweise die Idee sexueller und geschlechtlicher Selbstbestimmung schon seit einiger Zeit Eintritt in Debatten über Menschenrechte gefunden (Katzner & Voß, 2016; Lohrenscheid, 2009). Außerdem wächst die Bereitschaft, auch Kinder als Subjekte mit einer eigenen Sichtweise auf sich selbst und die Welt anzuerkennen (Kuhlmann, 2013; Liebel, 2016; Wiesemann, 2016). Dies spiegelt sich unter anderem in der Prominenz bestimmter Erziehungskonzepte wider. Beispielsweise konnte eine qualitative Inhaltsanalyse von Elternratgebern, erschienen im Zeitraum 1945 bis 2015, zeigen, dass *„das Postulat einer gewaltfreien, demokratischen Erziehung in der Ratgeberliteratur seit den 70er Jahren weitgehend unantastbar blieb“* (Eschner, 2016). Darüber hinaus sind Informationen über die Vielfalt geschlechtlicher Identitätsentwürfe leichter zugänglich geworden, etwa über Beratungsstellen und Empowerment-Angebote der Trans-Community (Bundesverband Trans*, 2023).

⁷ Für eine Dekonstruktion biologischer Geschlechterbinarität siehe Voß, 2010; zur Kritik an der Unterscheidung von ,sex' und ,gender' siehe Butler, 1995.

Und auch die Medizin hat ihre Haltung gegenüber Transgeschlechtlichkeit unter dem Einfluss des Wertewandels und der Menschenrechtsbewegungen verändert. Lange Zeit hat sie einem transgeschlechtlichen Erleben einen Störungswert zugeschrieben und als machtvoller gesellschaftlicher Akteur damit Stigma evoziert. Im Jahr 2015 hat sich der Weltärztebund von dieser pathologisierenden Sicht distanziert. Die World Health Organization (WHO) hat im Zuge der 11. Revision der „International Classification of Diseases“ (ICD) die pathologisierenden Begriffe „Transsexualismus“ und „Geschlechtsidentitätsstörung im Kindesalter“ aus dem Kapitel der psychischen Störungen gestrichen. Stattdessen hat sie im neu geschaffenen Kapitel „Zustände im Bereich sexueller Gesundheit“ die Diagnose „Geschlechtsinkongruenz“ bzw. „Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter“ eingeführt. So wurde eine neue Grundlage für eine bedarfs- und subjektorientierte medizinische Begleitung transgeschlechtlicher Personen geschaffen (Strauß & Nieder, 2016). Die Entwicklung internationaler und nationaler Behandlungsleitlinien folgte (Nieder & Strauß, 2019), wobei dieser Prozess auf nationaler Ebene für das Kindes- und Jugendalter noch nicht abgeschlossen ist.

Ein transgeschlechtlicher Lebensweg im jungen Lebensalter ist vor dem geschilderten Hintergrund zu einer realistischen Option für mehr Menschen geworden.

Gleichwohl ist das Coming-Out als transgeschlechtlich mitnichten ein leichter Schritt. Für Viele ist es noch immer damit verbunden, negative Erfahrungen machen zu müssen. Hierzu zählen etwa Unverständnis im sozialen Umfeld, ein respektloser Umgang im Gesundheitswesen, Diskriminierungserfahrungen und Mobbing in der Schule bis zu körperlichen Übergriffen in der Öffentlichkeit (Brumbaugh-Johnson, 2019; Güldenring & Sauer, 2017; Krell et al., 2015; Schumann & Scholz, 2016). Auch diese Facette eines geschlechtlichen Transitionsprozesses im Jugendalter bezieht die „Transhype-These“ nicht in die Ursachenanalyse ein.

Viele sind deshalb überzeugt, dass die Antwort auf die Frage danach, warum die Zahl der Vorstellung Minderjähriger in GI/GD-Spezialsprechstunden ansteigt, vielschichtiger sein muss als es die Darstellung von Transgeschlechtlichkeit als Modephänomen suggeriert. Die Frage nach dem angemessenen Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit GI/GD im Gesundheitswesen wird deswegen unter Berücksichtigung weiterer, ethisch relevanter Aspekte diskutiert (Kimberly et al., 2018; Wren, 2019). Der folgende Abschnitt wird ein Schlaglicht auf einige der debattierten Kernprobleme werfen und aufzeigen, wie das Problem der Diskriminierung Eintritt in den Diskurs findet.

1.4 Ethische Aspekte der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit GI/GD und das Problem der Diskriminierung

Unstrittig ist, dass die Entscheidung für eine pubertätshemmende oder geschlechtsangleichende Hormontherapie mit teils weit in die Zukunft hineinreichenden Konsequenzen einhergeht. Wie mit diesem Faktum angemessen umzugehen ist, sorgt wiederum für Uneinigkeit. Manche bezweifeln grundsätzlich, dass Minderjährige in der Lage seien oder dazu befähigt werden könnten, in medizinische Eingriffe einzuwilligen, begründet wird dies etwa mit der noch nicht abgeschlossenen Entwicklung des Gehirns (Latham, 2022). Einige betrachten zudem das Phänomen des sogenannten „Desisting“⁸ mit Sorge (vgl. etwa Brunskell-Evans, 2022; Emma, 2020). Gemeint ist damit die Möglichkeit, dass sich ein einst geschlechtsdysphorisches Kind/ Jugendliche_r zu einem später Zeitpunkt seines_ihres Lebens wieder mit seinen_ihrem bei Geburt zugewiesenem Geschlecht identifiziert und dementsprechend leben möchte (Elkadi et al., 2023). Andere nehmen die Summe der Risiken pubertätshemmender Hormontherapie, wozu regelmäßig auch potentielle Infertilität gezählt wird, zum Anlass die fürsorgliche Pflicht Erwachsener in den Vordergrund zu stellen, Kinder vor Schaden zu schützen (Baron & Dierckxsens, 2022).

Unter Medizinethiker_innen und -soziolog_innen besteht wenig Zweifel, dass von Unsicherheit und Behandlungsrisiken ethische Herausforderungen für Mediziner_innen ausgehen (Freidson, 1979; Vogd, 2018; Wiesemann, 1993; Wilkesmann & Steden, 2019). Allerdings werden Risiken und Unsicherheit selten als alleiniger Rechtfertigungsgrund für pauschale Behandlungsverbote akzeptiert. Der Medizinsoziologe und Professionstheoretiker Eliot Freidson geht sogar davon aus, dass die Medizin es in manchen Situationen verlangt, *„dass man, statt Vorsicht walten zu lassen, ein Risiko eingeht“* (1979, S. 137). Er bezeichnet es weiter als charakteristisch für Ärzt_innen, dass diese ein *„subjektives Gefühl von Unsicherheit und Verwundbarkeit“* (ebd.) ausdrücken.

In der Tat sind die hier diskutierten Eingriffe anders als bei Erwachsenen in einem eigenen Spannungsfeld der Vor- und Nachteile zu verorten, da sie während eines Lebensalters durchgeführt werden, das von körperlicher und psychischer Entwicklung geprägt ist (Cohen-Kettenis et al., 2011, S. 697 ff.). Es ist nichtdestotrotz bemerkenswert, dass dem Aspekt der Unsicherheit im Kontext der medizinischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit

⁸ Für eine Analyse der Verwendungszusammenhänge des Konzepts „Desisting“ und eine Kritik siehe Karrington 2022.

GI/GD verhältnismäßig viel Aufmerksamkeit wird. Diese Schwerpunktsetzung mündet in dem eigenen Problem, einen Kipppunkt festlegen zu müssen, ab dem das Risiko auf negative Folgen einer Behandlungsoption pauschal zu groß wäre. Doch diese Frage scheint kaum beantwortbar und somit wenig hilfreich für den konstruktiven Umgang mit einem ethischen Problem in der Medizin.

Eine Wendung des Problems lässt hingegen die Idee der Kinderrechte zu, in dem sie einen anderen Blickwinkel auf die ethischen Dimensionen der medizinischen Behandlungssituation eröffnet. Aus kinderrechtlicher Perspektive rückt die Auseinandersetzung mit der beziehungsorientierten Frage, wie mit dem Kind im Entscheidungsprozess umgegangen werden sollte, in den Mittelpunkt. Dies gibt nicht nur rechtlich, sondern auch ethisch Orientierung, weil der kinderrechtliche Anspruch auf Partizipation in der Medizin von dem moralischen Imperativ getragen wird, dass die verantwortlichen Erwachsenen dem Kind eine dem Entwicklungsstand angemessene Berücksichtigung ihres Willens schuldig sind (Romer & Lempp, 2022; Wiesemann, 2020a). Dabei ist auch hier wichtig, Beteiligung nicht als einmaliges Ereignis zu verstehen, sondern als einen Prozess. So wird der Verletzung des Selbstwerts des Kindes systematisch vorgebeugt und es wird durch die Wiederholung von Teilhabe schrittweise dazu befähigt, selbstbestimmte Entscheidungen treffen zu können.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass es auch keine moralisch neutrale Option ist, nicht zu handeln, wie auch der deutsche Ethikrat (2020) in einer Ad-Hoc-Empfehlung zu Trans-Identität bei Kindern und Jugendlichen konstatiert. Die Entscheidungssituation entpuppt sich als Dilemma, weil der Körper sich durch die Prozesse der Pubertät auch ohne medizinische Eingriffe in irreversibler Weise verändern würde. Es kann großes Leiden folgen, wenn sich das Erscheinungsbild des Körpers mit der Pubertät weiter von der Geschlechtsidentität der betroffenen Person entfernt.

Manche kommen vor diesem Hintergrund zu dem Schluss, dass es *diskriminierend* sei, minderjährigen trans Personen den Zugang zu Hormontherapien zu versagen oder durch außergewöhnlich hohe rechtliche Hürden zu erschweren (Bundesverband Trans*, 2017; Kelly et al., 2022; Liberty, 2021; Priest, 2019).

Dieser Kritik nimmt sich die vorliegende Dissertation an und untersucht, was es bedeutet in diesem spezifischen Kontext zu diskriminieren. Sie wird dabei von der übergreifenden Frage geleitet, wie sich das Konzept der Diskriminierung im Hinblick auf die Situation Minderjähriger mit GI/GD im Gesundheitswesen empirisch-theoretisch spezifizieren lässt. Entlang dieser

Fragestellung entwickelt die kumulative Dissertation eine eigene Perspektive darauf, was Diskriminierung ist und – positiv gewendet – ein diskriminierungssensibler Umgang mit minderjährigen trans Personen im Gesundheitswesen umfasst. Auf dem Weg dorthin exploriert die Arbeit das Problem der Diskriminierung entlang mehrerer, als relevant ausgemachter Teilaspekte und präsentiert die Ergebnisse in drei wissenschaftlichen Originalpublikationen.

Dies bedeutet konkret, dass sie analysiert, was das Konzept der Diskriminierung in ethischer Hinsicht ausmacht und dabei etwa darauf eingeht, welche Bedeutung Handlungsabsichten für Diskriminierung haben (Hädicke & Wiesemann, 2021). Sie integriert zudem Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie mit Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen, die Kontakt zu Kindern und Jugendlichen mit GI/GD haben oder hatten und geht der Frage nach, ob ein restriktives, aber fürsorglich motiviertes Handeln gegenüber Kindern diskriminierend sein kann (Hädicke et al., 2022). Außerdem analysiert sie, wie aus diskriminierungstheoretischer Perspektive damit umzugehen ist, dass transgeschlechtliche Kinder und Jugendliche mindestens zwei sozialen Gruppen zugerechnet werden können, die der Kinder und die der trans Personen (Hädicke et al., 2022). Zudem wird einbezogen, vor welchen Herausforderungen Psychotherapeut_innen und Ärzt_innen in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit GI/GD stehen (Hädicke et al., 2022, 2023) und identifiziert, welche Diskriminierungsrisiken für minderjährige trans Personen im Gesundheitswesen bestehen (Hädicke et al., 2023). Das Dissertationsprojekt wurde im Rahmen des ethischen Teilprojekts des Forschungsprojekts TRANS*KIDS⁹ umgesetzt.

Das methodische Vorgehen der Arbeit wird im Kapitel 2 des Dissertationsmantels dargelegt und damit in Zusammenhang stehende Herausforderungen reflektiert. Im Kapitel 3 fasse ich die wesentlichen Erkenntnisse der genannten drei Originalarbeiten zusammen. Im darauffolgenden, letzten Kapitel folgt eine Zusammenführung der argumentativen Stränge der Einzelarbeiten sowie ein Ausblick.

⁹ Zur Gesamtkonzeption des Forschungsprojekts und zur Ausrichtung der weiteren Teilprojekte siehe <https://transkids-studie.de/>. Es wurde vom 01.10.2019-31.3.2023 vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Die Gesamtstudie wurde geleitet von G. Romer und M.Föcker, das ethische Teilprojekt von C. Wiesemann.

2. Methodik

Im Grundsatz besteht unter Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen Einigkeit darüber, dass Diskriminierung zu verhindern ist. Doch die praktischen Implikationen dieses Prinzips liegen in konkreten Handlungssituationen im Gesundheitswesen nicht immer auf der Hand, so legte ich es bereits in der Einleitung des Dissertationsmantels dar.

Dieses Problem ist in struktureller Hinsicht nicht neu. Abstrakte ethische Prinzipien können sich mit Blick auf anwendungsbezogene Problemstellungen als wenig hilfreich erweisen, weil sie nicht selten Interpretationsschwierigkeiten aufwerfen. Dies war zur Jahrtausendwende ein prominenter Einwand gegen eine Medizin- und Bioethik, die bis dahin ausschließlich von philosophischen Zugängen geprägt war (etwa Zussman, 2000). Eine Antwort auf diese Kritik war die Integration sozialwissenschaftlicher empirischer Methoden (Borry et al., 2005; Hurst, 2010). Empirische Informationen werden heute in der Medizin- und Bioethik regelmäßig zu Rate gezogen. Die Kontextsensibilität einer Norm oder eines Prinzips zu erhöhen, ist dabei ein häufiges Ziel (Dietrich, 2009; Molewijk et al., 2004; Musschenga, 2005).

In der Umsetzung bedeutet dies in der Regel, dass empirisches Wissen und normative Analyse in ein wechselseitiges Verhältnis zu einander gesetzt werden.

Diese Herangehensweise wird in der vorliegenden Dissertationsstudie aufgegriffen. Es wurden empirische Erkenntnisse generiert und genutzt, um das Prinzip der Nicht-Diskriminierung im Hinblick auf die spezifische Situation von Kindern und Jugendlichen mit GI/GD im Gesundheitswesen mit praktischem Sinn zu versehen. Die empirischen Daten und die normative Analyse werden in einem mehrstufigen Verfahren miteinander verknüpft. Die Umsetzung dieses Verfahrens wird im Folgenden skizziert sowie die Wahl des empirischen Zugangs und damit einhergegangene Herausforderungen reflektiert.¹⁰

Die Forschungsarbeit begann mit einer Literaturstudie zu aktuellen philosophischen und sozialwissenschaftlichen Untersuchungen zum Konzept der Diskriminierung. Basierend auf den Ergebnissen wurden die Facetten des Konzepts der Diskriminierung mit Hinblick auf die Frage, was das Konzept für die akademische Disziplin der Medizinethik und ihre anwendungsbezogenen Fragestellungen leisten kann, analysiert (Hädicke & Wiesemann,

¹⁰ Vor dem Hintergrund dieser Schwerpunktsetzung habe ich auf die ausführliche Darstellung der Umsetzung der empirischen Studie, wie etwa der Samplezusammensetzung, des Feldzugangs, der Erhebungsdurchführung und der Auswertungsstrategie verzichtet. Diese methodischen Aspekte der empirischen Erhebung werden detailliert in den Originalarbeiten 2 und 3 dargelegt.

2021). Ergebnis dieser Analyse ist eine Begriffsmatrix¹¹, welche in einem zweiten Schritt als heuristisches Instrument diente, um systematisch Diskriminierungsrisiken für Kinder und Jugendliche mit GI/GD aus einem eigens zu diesem Zweck erhobenen, empirischen Material herauszukristallisieren und in einer Rückwärtsbewegung einen kontextsensiblen und damit anwendungsbezogenen Begriff der Diskriminierung zu entwickeln (Hädicke et al., 2022, 2023).



12

Die Diskriminierungsrisiken werden analysiert, indem eine Antwort auf die Frage gesucht wird, *wie* Diskriminierung im Handlungskontext des Gesundheitswesens begünstigt wird.

Es wurde daher ein empirisches Material generiert, mit welchem sich diese – für ein explorativ und rekonstruktiv ausgerichtetes sozialwissenschaftliches Forschungsvorhaben typische – *Wie-Frage* zielführend bearbeiten lässt (Flick, 2007, S. 194 ff. ; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021, S. 4-5).

Qualitative Interviewstudien mit einer geeigneten Zielgruppe gelten hierfür als ein adäquates Erhebungsinstrument. In einem qualitativen Interview ist es durch den im Vergleich zu quantitativen Methoden der Sozialforschung höheren Grad der Offenheit möglich, den Befragten einen größeren Spielraum zu eröffnen, ihre Sichtweise zu entfalten (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021).

Doch wer kann vor dem Hintergrund der genannten Fragestellungen als geeignete, Personengruppe für eine Interviewstudie, die das Ziel verfolgt die Kontextsensibilität einer Norm zu erhöhen, gelten und warum?

Allgemein gesprochen, ist es aus epistemischer Perspektive angemessen eine Personengruppe zu befragen, deren „*Ansichten und Erfahrungen in der betreffenden Angelegenheit [...] von Belang sind*“ (Schweda, 2019, S. 82). Doch über diese epistemische Ebene hinaus tangiert die Frage, wessen Perspektiven und Sichtweisen zum Ausgangspunkt gemacht werden, auch

¹¹ Eine detaillierte Zusammenfassung der Ergebnisse präsentiere ich in Kapitel 3a.

¹² Eigene Abbildung.

einen normativen Aspekt. Denn, so fährt der Medizinethiker Mark Schweda treffend fort, es berührt auch die Frage, *„wessen Stimme in einer gegebenen Angelegenheit moralisches Gewicht hat und Gehör verdient“* (ebd., S. 82).

Üblicherweise wird hier Betroffenheit eine besondere Bedeutung beigemessen. Doch Betroffenheit in welcher Hinsicht (vgl. ebd.)?

In sozialwissenschaftlichen Studien zu Diskriminierung wird häufig die Perspektive der von Diskriminierung Betroffenen zum Ausgangspunkt gemacht und ihre Erfahrungen – je nach Forschungsdesign und Fragestellung – rekonstruiert oder quantifiziert, um sich so dem Phänomen der Diskriminierung empirisch anzunähern.¹³ Neben der epistemischen Position der Betroffenen spricht hierfür, dass von Diskriminierung betroffene Personen in der sozialen Welt erschwert Gehör finden. Es ist demzufolge auch eine forschungsethische Entscheidung, ebendieser Personengruppe Gehör zu verschaffen.

Entgegen diesem in der Diskriminierungsforschung häufig berücksichtigten forschungsethischen Anspruch wurden in dieser Dissertation die Erfahrungen der begleitenden Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen mit der Patient_innen-/Klient_innengruppe und ihre Sichtweise auf Diskriminierung zum Ausgangspunkt gemacht.¹⁴ Dies werde ich im Folgenden begründen und Herausforderungen, die mit der Wahl des Zugangs entstanden sind sowie meinen Umgang mit ihnen, offenlegen.

Ein ausschlaggebender Grund für die Wahl der Personengruppe war, dass Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen über *„spezifisches Rollenwissen“* (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021, S. 155) verfügen und sich deshalb in einer geeigneten epistemischen Position befinden, um darlegen zu können, welche Herausforderungen sich in der medizinischen Begleitung minderjähriger trans Personen für Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen stellen können. Im weiter oben eingeführten Vokabular der Betroffenheit gesprochen, sind sie von eigenen professionellen Rollen und daraus potentiell resultierenden moralischen Konflikten „betroffen“. Außerdem bewegen sie sich tagtäglich im Gesundheitswesen und verfügen deshalb über *„spezialisierte Formen des Wissens über institutionalisierte Zusammenhänge, Abläufe und Mechanismen“* (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021, S. 156).

¹³ Ausnahmen sind etwa die Berliner Polizeistudie (Howe et al, 2022), deren Erkenntnisse u.a. mithilfe ethnografischer Beobachtungen des Polizeialltags geniert wurden; eine wegweisende Studie zu institutioneller Diskriminierung in der Schule (Gomolla & Radke, 2007), welche u.a. über Interviews mit Lehrer_innen den empirischen Zugang bestritt sowie zahlreiche sozialpsychologische Untersuchungen zu impliziten Vorurteilen, bspw. unter Ärzt_innen (Fitzgerald & Hurst, 2017).

¹⁴ Kinder und Jugendliche mit GI/GD wurden in einem weiteren Teilprojekt der TRANSKIDS*-Studie befragt.

Mit der Entscheidung, diese Personengruppe zu interviewen, folgt die Arbeit der Intuition, im Gesagten wohlmöglich Hinweise auf Diskriminierungsrisiken entdecken zu können, die wissenschaftliche Aufmerksamkeit verdienen und nicht mithilfe einer Befragung von Diskriminierung Betroffener offengelegt werden können. So bietet dieser Ansatz etwa die Möglichkeit, institutionelle und rollenbedingte Handlungslogiken zu untersuchen. Ihnen wird in sozialwissenschaftlichen Konzepten der institutionellen Diskriminierung eine bedeutende Rolle zugeschrieben (Gomolla, 2017; Hasse & Schmidt, 2012).¹⁵

Nichtsdestotrotz war sich das Forscher_innenteam gewahr, dass die Studie damit einen heiklen Perspektivwechsel wagt, da Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen neben Expert_innen und Betroffenen im geschilderten Sinne zugleich als diejenigen befragt werden, die potentiell diskriminierend gegenüber trans Kindern und Jugendlichen handeln können.

Die Studie setzt insofern um, was die Philosophin Sandra Harding und die Historikerin und Geschlechterforscherin Kathryn Norberg (2005) als „*studying up*“ bezeichnen. Sie führen hierzu weiter aus:

“[...] studying the powerful, their institutions, policies, and practices instead of focusing only on those whom the powerful govern. By studying up, researchers can identify the conceptual practices of power and how they shape daily social relations. Understanding how our lives are governed not primarily by individuals but more powerfully by institutions, conceptual schemes, and their “texts,” which are seemingly far removed from our everyday lives, is crucial for designing effective projects of social transformation.”. (Harding & Norberg, 2005, S. 3)

Die Entscheidung für das „Studying up“ verspricht, wie von Harding und Norberg ausformuliert, eigene Erkenntnisgewinne und birgt emanzipatorische Potentiale.

Allerdings kommen diese Potentiale, wie ich im Verlauf der Studie feststellte, zum Preis einer spezifischen Herausforderung. Ich sah mich im Forschungsprozess wiederkehrend mit einem eigenen Spannungsfeld konfrontiert. Es war ein Ziel der Arbeit aus den empirischen Erkenntnissen Handlungsempfehlungen abzuleiten, die der Förderung eines nicht-diskriminierenden Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit GI/GD dienlich sind. Es zeigte

¹⁵ Hierauf wird insbesondere im 3. Aufsatz der kumulativen Dissertation (Hädicke et al 2023) vertieft eingegangen.

sich in der Analyse der Daten, dass dieses Ziel punktuell eine Kritik an den von den Befragten geschilderten Handlungs- oder Denkweisen erforderte. Doch zugleich war es mir wichtig, den Teilnehmer_innen der Studie mit Empathie und ihrem Engagement mit Respekt zu begegnen. Es war mir deswegen ein Anliegen mit diesen Anforderungen einen ausbalancierten Umgang zu finden, sodass ich regelmäßig und in unterschiedlichen Personenkonstellationen das Gespräch über meine Bedenken suchte.¹⁶

Eine weitere methodische Herausforderung ging meiner Einschätzung nach von dem Umstand aus, dass das wissenschaftliche Team der Studie TRANS*KIDS ausschließlich aus cisgeschlechtlichen¹⁷, erwachsenen Forscherinnen und Forschern mit einem in dieser Hinsicht sozial ähnlich geprägten epistemischen Zugang bestand. Feministische Wissenschaftstheoretiker_innen verweisen seit den 1980er Jahren darauf, dass eine Homogenität epistemischer Positionen unter Wissenschaftler_innen die Ergebnisse ihrer Untersuchungen verzerren kann (Haraway, 1988; Harding, 2009; Wylie, 2003).¹⁸ Es erhöht zudem die Gefahr, an den Bedarfen der von Diskriminierung Betroffenen „vorbeizuforschen“. Dies wurde im Design der Gesamtstudie TRANS*KIDS berücksichtigt, sodass alle Teilprojekte, einen partizipativen Ansatz (Wright, 2010, 2020) verfolgten. Das bedeutet, dass Vertreter_innen des Bundesverband Trans* und des Trans-Kinder-Netz e.V. an der Konzeption der Erhebungsinstrumente sowie der Interpretation der Ergebnisse beteiligt waren. Zweiteres führte etwa dazu, dass blinde Flecken der Dateninterpretation in wiederkehrenden Gesprächsterminen gemeinsam reflektiert und so die Perspektiven auf das empirische Material erweitert wurden. Die Vertreter_innen des Bundesverband Trans* und des Trans-Kinder-Netz e.V. wurden zudem fortlaufend während der Projektlaufzeit über Arbeitsschritte informiert, ihre Sichtweisen zu den Arbeitsschritten über Feedbackschleifen erfasst und in die weitere Studiumsetzung einbezogen. Eine Limitation im Studiendesign ist, dass ausschließlich Erwachsene, keine Kinder und Jugendliche, als Mitforschende einbezogen wurden. Zudem verlief der Partizipationsprozess nicht immer konfliktfrei, sodass dessen

¹⁶ Ausgesprochen dankbar bin ich Claudia Wiesemann für die kontinuierliche Unterstützung und stets konstruktiven Rat während des gesamten Forschungsprozesses.

¹⁷ Als cisgeschlechtlichen werden Personen bezeichnet, die ihre geschlechtliche Identität in Kongruenz mit dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht erleben.

¹⁸ Kritische Wissenschaftsströmungen wie etwa die Critical Disability Theory (Hall 2019), die Queer Studies (Hark 2013) oder die Black Feminist Standpoint Theory (Collins 1986) teilen die Annahme, dass die Produktion von Wissen sozial situiert ist sowie den Anspruch für epistemische Bias sensibel zu sein. Zu feministischer Forschungsethik siehe Ackerly und True 2020, S. 19 ff.

Umsetzung in nächster Zeit einer gemeinsamen Reflexion mit allen Beteiligten zugeführt werden soll, um ihn in zukünftigen partizipativen Forschungsprojekten zu optimieren.

3. Zusammenfassung der Einzelarbeiten

Die leitende Fragestellung dieser Dissertation wird in drei Originalarbeiten beantwortet. In den Aufsätzen werden jeweils unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt.

Während der erste Aufsatz (Hädicke & Wiesemann, 2021) auf Grundlage von philosophischer und sozialwissenschaftlicher Literatur das Konzept der Diskriminierung untersucht, werden in der zweiten und der dritten Publikation empirische Ergebnisse der Interviewstudie präsentiert und an die konzeptuellen Erkenntnisse rückgebunden (Hädicke et al., 2022, 2023).

3.1 Was kann das Konzept der Diskriminierung für die Medizinethik leisten? – Eine Analyse

In den vergangenen Jahrzehnten haben sich die Lebens- und Teilhabechancen für diverse Bevölkerungsgruppen, darunter etwa cis Frauen, Kinder, trans Personen, Menschen mit Behinderung und Menschen mit internationaler Familiengeschichte, verbessert.

Interessanterweise wird vor diesem Hintergrund öffentlich und akademisch mehr über Diskriminierung diskutiert als in der Vergangenheit. Das stellt auch der Soziologe Aladin El-Mafaalani fest und schlägt eine Erklärung für dieses Phänomen vor:

„Menschen, die gut integriert sind und mit am Tisch sitzen, haben den Anspruch auf gleichberechtigte Teilhabe. Sie haben also gesteigerte Teilhabe- und Zugehörigkeitserwartungen. Die Realität ist aber fast immer träger als die Erwartungen. Das heißt, dass die Erwartungen schneller steigen als die realen Teilhabechancen.“ (El-Mafaalani, 2022, S. 235)

El-Mafaalani zufolge artikulieren also Menschen ihre berechtigten und weitestgehend akzeptierten Ansprüche auf Gleichbehandlung, weil sie nun die Gelegenheit dazu haben, stoßen mit ihren Forderungen zugleich aber an Grenzen aktueller gesellschaftlicher Verhältnisse, was unter demokratischen Verhältnissen zu kontroversen Debatten, mitunter zu Protesten führt.

Vor dem Hintergrund dieser sich aktuell vollziehenden gesellschaftlichen Prozesse hat der Begriff der Diskriminierung in den vergangenen Jahren Konjunktur erfahren, wie kaum ein anderes Konzept. Doch nicht selten verschwimmen in den diversen, öffentlichen wie akademischen Verwendungszusammenhängen die Grenzen und Bedeutungshorizonte des Konzepts. Der erste Beitrag dieser Dissertation widmet sich daher der Frage, was Diskriminierung konzeptuell ausmacht. Welche Besonderheiten sind zu berücksichtigen, wenn

das Konzept hinsichtlich ethischer Fragestellungen im Gesundheitswesen und in der Medizin Anwendung findet? Und was impliziert es für das Handeln von Individuen und Institutionen?

Im Beitrag *Was kann das Konzept der Diskriminierung für die Medizinethik leisten? – Eine Analyse*, der im Jahr 2021 in der Fachzeitschrift *Ethik in der Medizin* erschienen ist, untersuche ich gemeinsam mit Claudia Wiesemann das Konzept der Diskriminierung einschließlich seiner begrifflichen Nuancen basierend auf philosophischer und soziologischer Literatur¹⁹. Mithilfe illustrativer Szenarios aus dem medizinischen und pflegerischen Kontext entfalten wir seine ethische Bedeutung für das Gesundheitswesen. Ziel des Beitrags ist es, ein differenziertes Verständnis von Diskriminierung zu entwickeln und aufzuzeigen, wie der Begriff für die anwendungsbezogenen Fragestellungen der Medizinethik fruchtbar gemacht werden kann. Argumentiert wird, dass das Konzept trotz seiner Komplexität einen signifikanten Zugewinn für medizinethische Analysen birgt. Zugleich entwickelt der Beitrag die begriffliche Grundlage²⁰ dieser Dissertation, welche in der Auswertung des empirischen Materials als heuristischer Zugang und in den weiteren zwei Aufsatzpublikationen zur Diskussion der empirischen Ergebnisse genutzt wird.

Der Beitrag untersucht das Konzept der Diskriminierung entlang ethisch und formal logisch relevanter Aspekte.

Es wird einleitend die moralische Relevanz erörtert, also die Frage, was moralisch falsch an Diskriminierung ist. Hierzu werden unterschiedliche Vorschläge aus der philosophischen Literatur vorgestellt und die Hypothese aufgestellt, dass für medizinethische Belange ein pluralistisches Verständnis des moralischen Übels zielführend ist. Wir schlagen vor, das moralische Übel von Diskriminierung in diesem Kontext als eines zu fassen, das sowohl Freiheiten einschränken (Moreau, 2010), Herabwürdigung ausdrücken (Hellman, 2008), die Chancengleichheit eines Individuums beeinträchtigen oder anderweitig schädigende Konsequenzen (Lippert-Rasmussen, 2013) haben kann. Es weist zudem die Besonderheit auf, dass bereits von der Erwartbarkeit von Diskriminierung eigene schädigende Effekte ausgehen können. Ein bekanntes Phänomen ist etwa, dass Personen, die im Gesundheitswesen

¹⁹ In der folgenden Zusammenfassung habe ich darauf verzichtet, die Literaturgrundlage im Detail darzulegen. Ich beschränke mich auf eine schemenhafte Skizzierung und verweise für die detaillierten Quellen und tiefgehende Untersuchung der Debattenstränge auf den Originalbeitrag.

²⁰ An anderer Stelle spreche ich von einer „Begriffsmatrix“. Dies ist synonym zu verstehen.

Diskriminierung erwarten müssen, medizinische Einrichtungen eher meiden und einen schlechteren gesundheitlichen Allgemeinzustand aufweisen.

Weiterhin untersuchen wir im Beitrag eine spezielle, strukturelle Eigenheit von Diskriminierung näher. Wir zeigen auf, dass sie in direkter oder indirekter Form auftreten kann und erläutern, was dies bedeutet.

In diesem Zusammenhang geht der Beitrag der Frage nach, ob es einer Absicht bedarf, um zu diskriminieren und geht auf die ethische Relevanz von Absichten ein. Wir kommen zu dem Schluss, dass es keiner diskriminierenden Absicht bedarf, um diskriminierend zu handeln, schreiben den Absichten einer Person aber dennoch sowohl in ethischer als auch praktischer Hinsicht eine Relevanz zu. Beispielsweise macht es einen erheblichen Unterschied, ob eine Fortbildungsveranstaltung darauf ausgerichtet ist, unabsichtlich diskriminierend Handelnde zur Reflexion anzuregen oder ob absichtsvoll diskriminierend Handelnde davon überzeugt werden sollen, feindliche Einstellungen, etwa gegenüber trans Personen, zu ändern (vgl. Hädicke & Wiesemann, 2021, S. 376).

Darüber hinaus wenden wir uns statistischer Diskriminierung zu, da in der Medizin statistische Zusammenhänge eine eigene Relevanz für Praxis und Forschung haben. Wir zeigen auf, dass und warum manche aus statistischen Korrelationen gezogenen Schlussfolgerungen Individuen diskriminieren.

Wir stellen zudem das Konzept der organisationalen Diskriminierung (Altman, 2020) vor, welches die Rolle kollektiver Akteure, wie etwa Regierungen, in den Vordergrund rückt. Da die Handlungen des Personals im Gesundheitswesen durch zahlreiche, von kollektiven Akteuren beschlossenen Vorschriften vorstrukturiert werden, ist diese Facette des Konzepts der Diskriminierung wichtig für medizinethische Untersuchungen. Er wirft die Frage auf, welche Verantwortung Individuen wie Ärzt_innen, Pflegepersonal oder Psychotherapeut_innen vor diesem Hintergrund für ihr Handeln tragen. Wir argumentieren, dass es aus ethischer Perspektive wichtig wäre, ob sich Handlungsspielräume ergeben, die von Individuen verantwortungsvoll genutzt werden können.

Ein Streitpunkt der philosophischen Diskurse um Diskriminierung betrifft die konzeptuelle Kernfrage, wer von Diskriminierung betroffen sein kann. Diese Debatte um das sog. „Gruppenkriterium“ von Diskriminierung beleuchten wir anschließend. Diskriminierung, so wird es mithilfe des Gruppenkriteriums definiert, ist eine Form der Ungleichbehandlung auf

Basis der Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe. Doch wie lassen sich diese Gruppen genauer fassen?

In diesem Abschnitt des Beitrags stellen wir einen merkmalsbezogenen Ansatz (Lippert-Rasmussen, 2006, 2013) vor, kontrastieren ihn mit einem macht- und statusbezogenen Vorschlag (Hellman, 2008) und zeigen auf, was aus intersektionaler Perspektive (Crenshaw, 1989) kritikwürdig an ihnen ist.

Kasper Lippert-Rasmussen unterbreitet den Vorschlag, dass nur Mitglieder von sozial salienten Gruppen von Diskriminierung betroffen sein können. Sozial salient ist ein Merkmal einer Person, wenn es soziale Situationen situationsübergreifend strukturiert. Das Geschlecht ist etwa solch ein Merkmal, die Augenfarbe hingegen nicht. Deborah Hellman schlägt hingegen vor, Macht und sozialen Status in den Fokus zu rücken, da nur Personen in machtvollen Positionen in der Lage sind, Andere herabzuwürdigen.

Aus intersektionaler Perspektive wird kritisiert, dass Diskriminierungsbegriffe wie diese an eindimensional konzipierte Gruppenkriterien gebunden sind. Dies bedeutet, dass sie homogen-gedachte, merkmalsbezogene oder statusbezogene soziale Gruppen wie etwa „die Frauen“ konzipieren. Diese existieren empirisch allerdings nicht in dieser homogenen Weise, weil jede Person mehreren sozialen Gruppen zugeordnet werden kann. Die Verschränkungen (*intersections*) von Gruppenzugehörigkeiten, so das intersektionale Argument, bringen eigene Effekte hervor, etwa können sich Diskriminierungseffekte aufgrund der Zugehörigkeit zu zwei statusniedrigen sozialen Gruppen verstärken. Dies wurde bereits in den 1980er Jahren von den schwarzen Frauenbewegungen, sowohl in Deutschland (Arbeitsgruppe Frauenkongress Arbeitsgruppe Frauenkongress, 1985; Ayim et al., 1986) als auch in den vereinigten Staaten von Amerika (The Combahee River Collective, 2014(1978)), kritisiert. Die Kritik wurde von der Juristin Kimberlé Crenshaw (Crenshaw, 1989) aufgegriffen und in den akademischen Diskurs transferiert. Heute gehört das Konzept der Intersektionalität zum gängigen, methodischen Repertoire sowohl sozialwissenschaftlicher, philosophischer als auch juristischer Untersuchungen von Diskriminierung (Hill Collins, 2015; Sweetapple et al., 2020; Winker & Degele, 2009).

Im Beitrag kristallisieren wir nach Vorstellung der Ansätze und dem intersektionalen Argument eine Gemeinsamkeit heraus: die drei prominenten Ansätze teilen die Sichtweise, dass nicht jede Person von Diskriminierung betroffen sein kann. Es sind Mitglieder sozial salienter Gruppen, die – so führen wir zusammen – *„über wenig soziale Macht verfügen und*

deshalb eine nachrangige soziale Position in der Gesellschaft einnehmen.“ (Hädicke & Wiesemann, 2021, S. 381).

Wir schlagen vor, die konzeptuelle Gemeinsamkeit zum Ausgangspunkt medizinethischer Debatten über Diskriminierung zu machen. Abschließend erhellt der Beitrag Fragen, die für ein von Wissen geprägtes System wie der Medizin von hoher Bedeutung sind: Wer produziert Wissen? Wer hat Zugang zu welchen Wissensbeständen? Und wem wird Glauben geschenkt? Wir nehmen an dieser Stelle auf das Konzept epistemischer Ungerechtigkeit (Fricker, 2007) Bezug und erläutern, weshalb die epistemischen Facetten von Diskriminierung in einer differenzierten Auseinandersetzung mit Diskriminierung im Gesundheitswesen nicht ausgeklammert werden sollten. Soziale Statusunterschiede können in medizinischen Behandlungssituationen begünstigen, dass Personen kein Glauben oder kein Gehör geschenkt wird. Von dieser epistemischen Form der Diskriminierung sind etwa Kinder häufig betroffen (Burroughs & Tollefsen, 2016). Zudem ist die Medizin ein machtvoller gesellschaftlicher Akteur. Wir ziehen aus den Risiken für epistemische Diskriminierung den Schluss, dass Ärzt_innen eine besondere Verantwortung zu kommt, wenn sie im Namen der Medizin sprechen. Die öffentliche Verwendung von pathologisierender Sprache im Kontext von Transgeschlechtlichkeit trägt etwa dazu bei, dass Menschen mit Geschlechtsidentitäten jenseits der Cisgeschlechtlichkeit der Respekt in der Gesellschaft verwehrt wird. Wir schließen den Beitrag mit einer Zusammenfassung der wesentlichen Aspekte.

3.2 Eine intersektionale Perspektive auf einen ethischen Konflikt von Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen

Der zweite Aufsatz ist unter dem Titel *„Healthcare Professionals’ Conflicts When Treating Transgender Youth: Is It Necessary to Prioritize Protection Over Respect?“* (Hädicke, Föcker, Romer, Wiesemann 2022) in einer Sonderausgabe des Journals *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, die sich Fragen der Priorisierung und der Diskriminierung im Gesundheitswesen widmet, erschienen.

Ausgangspunkt des Beitrags ist die Beobachtung, dass der öffentliche Diskurs über die angemessene medizinische Versorgung minderjähriger trans Personen tendenziell bemerkenswert polarisiert verläuft. Im Kern, so die Beobachtung, stehen einander zwei Sichtweisen gegenüber. Manche setzen sich dafür ein, dass der Zugang zu hormonellen Therapien für Minderjährige eingeschränkt wird. Sie stützen sich dabei auf die fürsorgliche Pflicht Erwachsener gegenüber Kindern und argumentieren, dass in dieser Weise ein zukünftiger Schaden vermieden werde. Dieser entstehe, falls im Jugendalter unternommene Eingriffe zu einem späteren Zeitpunkt von der betroffenen Person bedauert werden. Andere erachten ein solches Vorgehen als diskriminierend gegenüber trans Personen und fordern mehr Respekt für die Entscheidungen und Wünsche der Patient_innen.

Bemerkenswert ist, dass sich in diesen Argumentationen auf jeweils nur eine der sozialen Gruppenzugehörigkeiten von trans Kindern/Jugendlichen gestützt wird. Während manche Befürworter_innen von hormonellen Eingriffen im Kindes- und Jugendalter eine alterslose trans Person konzipieren, stellen Gegner_innen in den Vordergrund, dass das „Kind-Sein“ von Patient_innen zu einem besonderen Maß an Fürsorge verpflichtet. So veröffentlichte beispielweise die überregionale Tageszeitung *„Die Welt“* im Februar 2023 einen Online-Artikel unter der Überschrift *„Es geht nicht um Transgender. Es geht um Kinder.“* (Bolzen, 2023).

Diskursiv werden zwei soziale Gruppenzugehörigkeiten mit zwei unterschiedlichen moralischen Pflichten assoziiert und als miteinander konkurrierend konstruiert: Fürsorge (für Kinder) und Respekt (gegenüber trans Personen). Diese Debatte mündet in einer verzwickten Entweder-Oder-Fragestellung: welche moralische Pflicht/ welche soziale Gruppenzugehörigkeit ist gegenüber der behandlingssuchenden Person zu priorisieren?

Der Beitrag untersucht die Relevanz dieses theoretischen Konflikts für die medizinische Praxis. Er geht der Frage nach, wie die befragten Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen²¹ damit umgehen. Um diese empirische Frage zu beantworten, haben wir das Interviewmaterial nach den Regeln der themenzentrierten Inhaltsanalyse (Kuckartz 2018) ausgewertet.²² Mithilfe illustrativer Zitate wird im Beitrag eine verblüffende Parallele zum öffentlichen Diskurs rekonstruiert: Manche der professionell Tätigen haben die Tendenz fürsorgliche Pflichten gegenüber Kindern zu betonen und protektionistisch motivierte Handlungsweisen auf Grundlage dieser Pflicht zu rechtfertigen. Eine interviewte Psychotherapeutin begründete in dieser Weise etwa ihre Entscheidung, die Kinder und Jugendlichen im therapeutischen Setting mit dem Geburtsnamen anzusprechen. Andere beschreiben demgegenüber, wie sie sich im Kontakt mit Klient_innen/Patient_innen um eine Kommunikation bemühen, die zum Ausdruck bringe, dass sie die geschlechtliche Selbstidentifikation der Kinder und Jugendlichen ernst nehmen. Für die überwiegende Zahl der Befragten ist es vor diesem Hintergrund selbstverständlich, den selbst gewählten Vornamen zu nutzen. Darüber hinaus äußern sich manche Interviewte überwiegend abwägend, sie schreiben sowohl Fürsorge als auch dem respektvollen Umgang mit dem Behandlungswünschen der Kinder und Jugendlichen gleichermaßen viel Relevanz zu.

Ein bemerkenswertes Ergebnis ist, dass selbst die Personen, die sich an manchen Stellen des Interviews dafür aussprachen, sich tendenziell eher der Fürsorge *oder* dem Respekt verpflichtet zu sehen, an anderen Stellen des Interviews teilweise zuvor getätigte Aussagen relativieren oder die jeweils andere moralische Pflicht thematisieren. Dies zeugt von einem hohen Maß an Rollenambivalenz, so unsere Interpretation der Interviewdaten. Ein weiteres Ergebnis der empirischen Analyse ist somit, dass sich Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen, die minderjährige trans Personen behandeln, tendenziell zwischen zwei als konkurrierend erlebte Pflichten hin- und hergerissen fühlen.

Im Anschluss führt der Beitrag diese empirischen Ergebnisse einer theoretischen Reflexion zu und geht der konzeptuellen Frage nach, wie der Begriff der Diskriminierung mit Hinblick auf die spezifische Situation von Kindern und Jugendliche mit GI/GD kontextsensibel auszulegen ist.

²¹ Zum Feldzugang und zur Zusammensetzung des Samples siehe Hädicke et al 2022, S. 2-3.

²² Zur tiefergehenden Darstellung der Analyse siehe Hädicke et al 2022, S. 2-3.

Dazu wird die diskriminierungstheoretische Debatte zum Gruppenkriterium aufgegriffen und prominente philosophische Positionen zur Frage, wer von Diskriminierung betroffen sein kann, skizziert. Gezeigt wird so, dass sowohl Kinder als auch trans Personen von Diskriminierung betroffen sein können, weil sich beide soziale Gruppen in niedrigen sozialen Machtpositionen befinden und die Zurechnung zu einer oder beiden Gruppe(n) ihre sozialen Interaktionen situationsübergreifend strukturiert.

Der Beitrag argumentiert weiter, dass die Konstruktion eines Priorisierungskonfliktes zwischen moralischen Pflichten/sozialen Gruppenzugehörigkeiten nicht zielführend ist, wenn es um mehrere Gruppenzugehörigkeiten der gleichen Person geht. Diskriminierungsdynamiken vor dem Hintergrund mehrerer Gruppenzugehörigkeiten eines Individuums lassen sich besser durch die Brille intersektionaler Annahmen erfassen. Eine intersektionale Heuristik hilft zu erkennen, dass sich Diskriminierungsrisiken aufgrund der mehrfachen Gruppenzugehörigkeit sogar erhöhen können.

Nach der diskriminierungstheoretisch informierten Diskussion der Daten wird der Beitrag mit einer kurzen Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für die medizinische Praxis geschlossen.

Ergebnis der Analyse ist, dass in der Debatte um die angemessene Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit GD/GI ein wenig hilfreicher Priorisierungskonflikt konstruiert wird, der auch Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen in der medizinischen Praxis beschäftigt.

Wesentlich sind ferner die folgenden Schlüsse des Beitrags. Wer sich lediglich einseitig auf die Pflicht zum Respekt fokussiert, läuft Gefahr zu unterschätzen, dass Erwachsene für Kinder Verantwortung tragen. Erwachsene haben in der Tat Sorge dafür zu tragen, dass Kinder an Entscheidungen gemäß ihres Entwicklungsstandes herangeführt und nicht überfordert werden. Doch wer sich andererseits einzig auf fürsorgliche Pflichten konzentriert, läuft Gefahr dabei in die Falle zu tappen, über den Kopf des Kindes mit GI/GD hinweg zu agieren und dessen Sichtweisen keinen Raum zuzugestehen. Dies diskriminiert das Kind mit GI/GD – sowohl als Kind als auch als trans Person – selbst wenn das Handeln keiner diskriminierenden, sondern einer fürsorglichen Absicht zuzuschreiben ist. Zudem ist der Tatsache Rechnung zu tragen, dass es um die Gruppenzugehörigkeiten der gleichen Person geht. Aus intersektionaler Perspektive ist davon auszugehen, dass sich die Diskriminierungsrisiken gegenseitig verstärken.

Der Dissertationssaufsatz löst sich so von der Priorisierungslogik, eröffnet eine kinderrechtlich-informierte Perspektive auf das Dilemma und zeigt auf, dass Erwachsene Kindern mit GI/GD sowohl Fürsorge als auch Respekt schuldig sind. Für die medizinische Praxis bedeutet dies, dass Kinder gemäß ihres Entwicklungsstands in Behandlungsentscheidungen einzubeziehen sind. Es ist dieser komplexe Balanceakt, dem sich Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen stellen müssen, um Kindern und Jugendlichen mit GI/GD eine diskriminierungssensible Gesundheitsversorgung anbieten zu können.

3.3 Diskriminierung von Kindern und Jugendlichen mit GI oder GD in der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung

Der dritte Aufsatz wird unter dem Titel „Diskriminierung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie in der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung“ in der Zeitschrift für Sexualforschung erscheinen²³. Dort präsentiere und diskutiere ich gemeinsam mit den Co-Autor_innen Manuel Föcker, Georg Romer und Claudia Wiesemann weitere Ergebnisse der Interviewstudie, welche die empirische Grundlage dieser Dissertation bildet.

Der Beitrag rekonstruiert am empirischen Material zentrale Herausforderungen der interviewten Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen und identifiziert Diskriminierungsrisiken für trans Kinder und Jugendliche im Gesundheitswesen. Er nähert sich so weiter einer Antwort auf die forschungsleitende Frage, was Diskriminierung im Kontext der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit GI/GD ausmacht.

Zusammenfassend werden in den Interviews folgende Aspekte als herausforderungsvoll beschrieben oder anderweitige Probleme in diesen Bereichen identifiziert:

- Das Spannungsfeld zwischen Fürsorgeverantwortung für Kinder und dem erforderlichen Respekt für ihre Behandlungswünsche²⁴,
- die häufig unklaren Zuständigkeiten und fachliche Unerfahrenheit,
- eine Unsicherheit im Umgang mit geschlechtlicher Diversität,
- Institutionelle Hürden, einschließlich organisatorischer, behandlungsbezogener und sprachlicher Routinen, Zeitpläne und technische Barrieren sowie
- der Umgang mit Statusunterschieden.

Der dritte Dissertationsbeitrag erweitert damit den Fokus des zweiten Aufsatzes.

Des Weiteren präsentiert er Bewältigungsstrategien, die von den Interviewten beschrieben wurden. Einerseits beschreiben die Befragten Vermeidungsverhalten und destruktive Reaktionsketten, wie etwa reflexartige Abwehrstrategien oder verantwortungsverschiebende Argumentationen. Andererseits wird dargelegt, wie die professionell Tätigen mit hohem

²³ Datum der Annahme des Manuskripts ist der 09.06.2023.

²⁴ Dieser Aspekt wurde wiederholt thematisiert und ist ausgesprochen präsent im Interviewmaterial, sodass er auch in der dritten Publikation Erwähnung findet, er wird allerdings weniger tiefgehend analysiert als in der zweiten Publikation.

Engagement versuchen, solchen Verhaltensweisen systematisch entgegenzuwirken, etwa indem sie sich untereinander vernetzen oder den Austausch mit der lokalen Trans-Community suchen.

Im Diskussionsteil analysiert der Beitrag die empirischen Daten unter Rückgriff auf Aspekte des philosophischen und sozialwissenschaftlichen Diskurses zum Diskriminierungsbegriff. Hierbei wird auch auf die anwendungsbezogenen Erkenntnisse der ersten Dissertationspublikation Bezug genommen. Ergebnis dieser Untersuchung ist, dass Diskriminierung von Kindern und Jugendliche mit GI/GD im Gesundheitswesen oft unabsichtlich erfolgt und durch folgende Aspekte begünstigt wird:

- eine ausschließlich den Schutzaspekt betonende fürsorgliche Haltung der_des Therapeut_in oder Ärzt_in gegenüber Kindern und Jugendlichen,
- unzureichende Sensibilität für die soziale Dynamik einer Behandlungssituation, welche geprägt ist von einem Statusunterschied zwischen cisgeschlechtlicher, erwachsener Behandler_in und transgeschlechtlicher, minderjähriger Patient_in sowie Effekten von des Interaktionsrahmens „Gesundheitswesen“ (insb. Psychiatrie/ Psychotherapie)
- Unsicherheit im Umgang mit geschlechtlicher Diversität,
- Unflexibler Umgang mit institutionellen Barrieren, einschließlich organisatorischer, behandlungsbezogener und sprachlicher Routinen und technischer Hürden.

Die Ergebnisse erweitern den bisherigen Forschungsstand in zweifacher Hinsicht. Sie werfen a) ein intersektionales Licht auf die Diskriminierungsrisiken minderjähriger trans Personen, mit besonderem Fokus auf Risiken, die von der Verschränkung „Lebensalter“ und „Geschlechtsidentität“ ausgehen. Der Beitrag schlägt b) vor, unbeabsichtigte Diskriminierung von minderjährigen trans Personen auf ein komplexes Ursachengeflecht zurückzuführen, wobei er hervorhebt, dass professionelle Handlungs- sowie Organisationsroutinen eine eigene, nicht zu vernachlässigende Rolle spielen.²⁵

Abschließend leitet der Beitrag aus den Ergebnissen und der Analyse ab, dass im Gesundheitswesen professionell tätige Personen in ihrem Arbeitsalltag angemessen dabei unterstützt werden sollten, sodass sie das professionsethische Gebot der Nicht-

²⁵ Bislang wurde unabsichtliche Diskriminierung von trans Personen im Gesundheitswesen in einschlägiger Forschung als Folge unbewusster Vorurteile gerahmt (siehe etwa Nieder et al., 2020).

Diskriminierung umsetzen können. Vorgeschlagen wird, dass hierfür sowohl bereits etablierte Formate wie ethische Fallberatungen oder Supervisionen sowie spezifische Weiterbildungsangebote genutzt werden könnten.

4. Zusammenführung der Ergebnisse der Einzelarbeiten und Ausblick

Die Dissertation untersucht ein bekanntes ethisches Problem – das Problem der Diskriminierung im Gesundheitswesen – tiefergehend am Beispiel der Situation von Kindern und Jugendlichen mit GI/GD.

In den drei Aufsatzpublikationen der Dissertation wurden folgende Untersuchungsschwerpunkte gesetzt: 1) die Facetten des Konzepts der Diskriminierung und dessen Potentiale für medizinethische Studien, 2) die Bedeutung der Mehrfachgruppenzugehörigkeit „Kind“ und „trans Person“ in einerseits der medizinischen und therapeutischen Praxis sowie andererseits für eine Debatte über Diskriminierung von Kindern und Jugendlichen mit GI/GD im Gesundheitswesen aus ethischer Perspektive und 3) die empirische Untersuchung und normative Reflexion von Diskriminierungsrisiken für Kinder und Jugendliche mit GI/GD im Gesundheitswesen. Die Einzelbeiträge wurden im Kapitel 3 zusammengefasst. Im nun folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Einzelbeiträge zusammengeführt und eine beitragsübergreifende Antwort auf die Forschungsfrage der Dissertation, wie das Konzept der Diskriminierung mit Hinblick auf die Situation von Kindern und Jugendlichen mit GI/GD im Gesundheitswesen zu spezifizieren ist, präsentiert. Das Kapitel endet mit einem Ausblick auf zukünftigen Forschungsbedarf.

4.1 Wie lässt sich das Konzept der Diskriminierung im Hinblick auf die Situation von Kindern und Jugendlichen mit GI/GD im Gesundheitswesen spezifizieren?

Der erste Aufsatz (Hädicke & Wiesemann, 2021) entwickelt eine Begriffsmatrix zu ‚Diskriminierung‘ basierend auf philosophischer und soziologischer Literatur, welche die konzeptuelle Grundlage der Dissertation bildet. Ausgehend hiervon untersucht der zweite Aufsatz (Hädicke et al., 2022) eine Unschärfe des Diskriminierungskonzepts mit Blick auf die Situation von Kindern und Jugendlichen mit GI/GD, die in der Öffentlichkeit zu kontroversen Debatten führt. Öffentlich wird diskutiert, ob der Entscheidung einer trans Person für eine pubertätshemmende oder geschlechtsangleichende Hormontherapie, ungeachtet ihres Alters, Respekt gezollt werden sollte oder ob im Gegenteil eine Restriktion des Zugangs zu hormonellen Therapien aus fürsorglichen Erwägungen gegenüber Kindern angemessen ist. In dieser Weise wird im öffentlichen Diskurs eine Nicht-Diskriminierung von trans Personen als moralisch konkurrierend mit fürsorglichen Pflichten gegenüber Kindern konzipiert. Vor

diesem Hintergrund wird im zweiten Dissertationsaufsatz der Umstand in den Blick genommen, dass Minderjährige mit GI/GD mindestens zwei sozialen Gruppen zugerechnet werden können, die der Kinder und die der trans Personen.

Er illustriert am empirischen Material, dass diese Denk- und Argumentationslogik auch von Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen artikuliert wird, wobei allerdings ausgeprägt ambivalente Tendenzen zu erkennen sind.

Überdies unterzieht der Beitrag ebendiese Konkurrenz- oder Priorisierungslogik einer kritischen Prüfung. Auch Kinder können von Diskriminierung betroffen sein, so wird unter Rückgriff auf die konzeptuellen Debatten zu Diskriminierung argumentiert (Hädicke et al., 2022; Hädicke & Wiesemann, 2021). Und mehr sogar, herausgearbeitet wird, dass aus intersektionaler Perspektive davon auszugehen ist, dass sich Diskriminierungsdynamiken aufgrund der Zugehörigkeit zur Gruppe der Kinder und der trans Personen gegenseitig verstärken. Wird das Kind aufgrund einer Haltung, die einseitig fürsorgliche Verantwortung betont, nicht als individuelles Subjekt wahrgenommen und nicht gehört, kippt fürsorgliches Handeln in Diskriminierung. Trans Kinder werden also dann diskriminiert, wenn Fürsorge überdehnt wird. Dieses Diskriminierungsrisiko kann in der Praxis leicht übersehen werden, da Erwachsene Kindern in der Tat auch Schutz schuldig sind.

Für die professionelle Praxis von Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen folgt aus diesem Ergebnis, dass sie das Kind oder die_den Jugendliche_n mit GI/GD in alle sie betreffenden Angelegenheiten einbeziehen sollten. Wichtig ist, dass Erwachsene sowohl die Verantwortung für eine dem Entwicklungsstand angemessene Ausgestaltung der Beteiligung tragen als auch für die Entscheidung für oder gegen einen medizinischen Eingriff, insofern dieser zu einem Zeitpunkt der Nicht-Einwilligungsfähigkeit des Kindes erfolgt.

Diese Schlussfolgerungen stehen im Einklang mit den in der UN-KRK verbrieften Rechten auf ein Handeln, das sich am Wohl des Kindes orientiert (Art. 3 UN) *und* auf Beteiligung (Art. 12). Auch das KRK-Komitee der Vereinten Nationen konstatiert, dass diese zwei Grundprinzipien der UN-KRK einander ergänzen (2009, S. 18). So heißt es im Kommentar zur UN-KRK wörtlich: *„Das eine definiert das Ziel, das Kindeswohl zu verwirklichen, das andere bietet das Verfahren an, dieses Ziel durch Anhörung des Kindes oder der Kinder zu erreichen.“* (Vereinte Nationen KRK Komitee, 2009, S. 18).

Für eine solche Interpretation der Rechte des Kindes argumentiert auch die Dissertation, indem sie aus diskriminierungstheoretischer Perspektive aufzeigt, dass von professionell

Tätigen ein Balanceakt zwischen dem Schutz des Kindes vor Schaden und dem Respekt gegenüber seiner_ihrer Behandlungswünsche gefordert ist.

Damit spezifiziert die Dissertation, was es bedeutet diskriminierungssensibel zu handeln: Wer sich als Ärzt_in oder Psychotherapeut_in der Herausforderung stellt, eine Balance zu finden zwischen dem Ausdruck von Fürsorge für das Kind und dem Respekt seiner_ihrer Behandlungswünsche, es entsprechend seines Entwicklungsstandes hört und einbezieht, handelt mit Blick auf den Aspekt der intersektional verstandenen Mehrfachgruppenzugehörigkeit diskriminierungssensibel gegenüber Kindern und Jugendlichen mit GI/GD. Die Dissertation übt mit diesem Ergebnis Kritik an einer falschen Eindeutigkeit, sowohl des Diskriminierungsbegriffs als auch der Idee kindlicher Schutzbedürftigkeit, welche in der Öffentlichkeit allzu oft angenommen wird.

Doch da bereits im ersten Aufsatz (Hädicke & Wiesemann, 2021) herausgestellt wird, dass Diskriminierung ein facettenreiches Phänomen ist, kann eine Arbeit, die das Ziel verfolgt, die Kontextsensibilität der Norm der Nicht-Diskriminierung zu erhöhen, hier noch nicht enden. So wird die Untersuchung im dritten Aufsatz (Hädicke et al., 2023) fortgesetzt und gefragt, ob Diskriminierung auch im Hinblick auf die Situation von Kindern und Jugendlichen mit GI/GD im Gesundheitswesen unterschiedliche Gestalt annehmen kann. Herausgearbeitet wird dort, dass der Aspekt der Mehrfachgruppenzugehörigkeit, wenngleich ein zentraler, nur ein Aspekt ist, der für die kontextsensible Verwendung des Konzepts der Diskriminierung wesentlich ist. Der dritte Aufsatz legt zudem weitere Diskriminierungsrisiken offen.

Hierzu wird zunächst empirisch rekonstruiert, welche Herausforderungen und Probleme Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen im Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit GI/GD erleben. Im Anschluss wird – inspiriert von der Einsicht des zweiten Beitrags, dass selbst fürsorglich motiviertes Handeln in Diskriminierung kippen kann – gefragt, ob weitere neutrale oder gar professionell als gefordert erachtete Praktiken in Diskriminierung kippen können.

Es werden somit weitere Umstände untersucht, die Diskriminierungsrisiken bergen und zugleich die Eigenschaft tragen, dass nicht immer leicht als solche erkannt zu werden. So kristallisiert die Dissertation weiter heraus, was Diskriminierung mit Hinblick auf die spezifische Situation von Kindern und Jugendlichen mit GI/GD im Gesundheitswesen ausmacht.

Als Diskriminierungsrisiken identifiziert werden Unsicherheit im Umgang mit geschlechtlicher Diversität und unzureichende Sensibilität für den Einfluss des eigenen hoch sozialen Status

sowie der Verortung der Interaktion im psychiatrischen Setting auf die Kommunikation mit transgeschlechtlichen Kindern und Jugendlichen. Zudem wird analysiert, wie Behandlungs-, Organisations- oder Sprachroutinen, die auf den ersten Blick in der Regel als moralisch neutral gelten, in Diskriminierung gegen Kinder und Jugendliche mit GI/GD in Diskriminierung kippen können. An dieser Stelle identifiziert der Aufsatz einige Risiken für indirekte Diskriminierung im Gesundheitswesen.²⁶ Indirekte Diskriminierung tritt auf, wenn sich vermeintlich neutrale Praktiken als diskriminierend für bestimmte soziale Gruppen erweisen. Das Risiko für indirekte Diskriminierung ist in Institutionen, wie dem Gesundheitswesen hoch, da Abläufe stark vorstrukturiert und auf eine gewisse Selbstläufigkeit ausgerichtet sind. Damit hebt die dritte Aufsatzpublikation auf einen Aspekt ab, welcher aus Studien zu institutioneller Diskriminierung in der Schule (Gomolla & Radtke, 2007) bekannt ist: Diskriminierung in Institutionen wird nicht allein von den expliziten oder impliziten Einstellungen der professionell agierenden Individuen, sondern auch von strukturellen Faktoren begünstigt. Strukturelle Faktoren, wie Organisationsroutinen, existieren und wirken losgelöst von den Absichten und teilweise auch von den Einflussmöglichkeiten von Individuen. Die Dissertation zeigt, dass dieser Aspekt auch für die spezifische Situation von Kindern und Jugendlichen mit GI/GD im Gesundheitswesen von hoher Bedeutung ist.

Weiterhin zeigt die Dissertationstudie im dritten Aufsatz (Hädicke et al., 2023), dass es für die professionell Tätigen im Gesundheitswesen mitunter eine große Herausforderung darstellt, Routinen anzupassen. Hinzukommt, dass die professionell tätigen Personen auf manche, technischen Umstände keinen unmittelbaren Einfluss haben. Besonders beschäftigt die Befragten die Tatsache, dass häufig der Geburtsname der Kinder auf der Krankenkassenkarte und somit in der Abrechnungssoftware hinterlegt ist.

Mit diesen Ergebnissen ergänzt der dritte Beitrag die Erkenntnisse des zweiten Beitrags zusammenfassend um die Einsichten, dass Diskriminierung gegen Kinder und Jugendliche mit GI/GD häufig aus Unwissenheit und aus unzureichender Sensibilität für Statusdifferenzen erfolgt oder als eine unbeabsichtigte Folge von lediglich routiniertem Handeln auftritt. Der Beitrag argumentiert vor dem Hintergrund der Ergebnisse, dass im Gesundheitswesen professionell Tätige institutionell dabei unterstützt werden sollten, im Arbeitsalltag dem Gebot der Nicht-Diskriminierung entsprechen zu können.

²⁶ Abermals wird sich hier auf die Ergebnisse des ersten Aufsatzes bezogen (Hädicke und Wiesemann 2021).

Zentrale Ergebnisse der Dissertation sind somit ein differenzierteres, kontextsensibleres Begriffsverständnis sowie praxisnahe Handlungsempfehlungen. Mit der Entwicklung einer Spezifikation des Diskriminierungsbegriffs will die Dissertation einerseits einen konstruktiven Beitrag zum medizinethischen Fachdiskurs sowie andererseits zu einer aktuell gesellschaftlich kontrovers geführten Debatte leisten. Durch die aus den Ergebnissen abgeleiteten Handlungsempfehlungen soll zudem eine ethische Praxis in Medizin und Psychotherapie unterstützt werden.²⁷

4.2 Ausblick

Das Konzept der Diskriminierung wirft eine Reihe von Fragen auf, die nicht einfach zu beantworten sind. Diese Dissertation leistet einen Beitrag dazu, eine dieser Fragen zu beantworten, indem sie näher bestimmt, was Diskriminierung hinsichtlich der Situation von Kindern und Jugendlichen mit GI/GD im Gesundheitswesen ausmacht.

Ich gehe davon aus, dass sich weiteren, grundlegenden Schwierigkeiten des Diskriminierungsbegriffs vertieft anzunehmen ist, um in Zukunft die ethischen Nuancen von Diskriminierung im Gesundheitswesen auch mit Hinblick auf die Situation anderer sozialer Gruppen weiter durchdringen zu können. Im folgenden Forschungsausblick werde ich nun einige Anknüpfungspunkte für zukünftige Forschung aufzeigen.

Ich konzentriere mich hierfür auf eine zentrale Einsicht dieser Dissertation: Kinder und Jugendliche mit GI/GD werden im Gesundheitswesen oft *unabsichtlich* diskriminiert. Es ist davon auszugehen, dass dies auch auf Personen mit anderen sozial salienten, statusniedrigen Gruppenzugehörigkeiten zutrifft.

Vor diesem Hintergrund gibt etwa das Ergebnis, dass institutionelle Routinen Diskriminierungsrisiken für Kinder und Jugendliche mit GI/GD bergen, Anlass für tiefergehende Untersuchungen. Wie ist es aus ethischer Perspektive zu bewerten, wenn eine Person unbeabsichtigt diskriminierend handelt, etwa weil sie routiniert agiert oder sich an die geltenden Regeln einer Institution wie dem Gesundheitswesen hält? Diese Frage ist von hoher Aktualität, da zu beobachten ist, dass sich Debatten um Diskriminierung

²⁷ Die Ziele dieser Dissertation habe ich mithilfe von Qualitätskriterien empirisch-ethischer Forschung (Mertz et al, 2014) reflektiert.

bemerkenswerterweise dann rasant hochschaukeln, wenn unbeabsichtigte Diskriminierung diskutiert wird. Meist wird dabei die Frage nach Schuld besonders hitzig diskutiert.

Einen möglichen Anknüpfungspunkt für eine solche, noch zu entwickelnde Differenzierung, die der ethischen Evaluation von Handlungen im Gesundheitswesen dienlich sein könnte, bieten etwa die Überlegungen des Moralphilosophen Thomas Scanlon. Scanlon schlägt vor, getrennt voneinander zu diskutieren, ob und warum eine Handlung moralisch falsch ist („wrongness“) und ob eine Person schuldig ist („blameworthiness“). Wörtlich schreibt er:

„When someone is blameworthy, it is generally for doing something that was wrong. But wrongness and blame can come apart. The blameworthiness of an action depends, in ways that wrongness generally does not, on the reasons for which a person acted and the conditions under which he or she did so.“(Scanlon, 2008, S. 124).

Doch selbstverständlich impliziert eine solche Unterscheidung von moralischem Übel und Schuldhaftigkeit allein noch keinen Handlungsimperativ für im Gesundheitswesen tätige Personen. Vielmehr drängen sich weitere Fragen auf. Was liegt in ihrer Verantwortung? Oder anders: was fordert das ärztliche Berufsethos mit Blick auf die Gefahren unbeabsichtigter Diskriminierung?

Im ersten Beitrag der Dissertation (Hädicke & Wiesemann, 2021) wird vorgeschlagen, dass professionell Tätige den Handlungsspielraum, der ihnen auch in einem aus Vorschriften und Routinen vorstrukturierten Alltag zur Verfügung steht, verantwortungsvoll nutzen und Auswege suchen sollten, um Diskriminierung zu vermeiden.

In den Grenzen dieses Dissertationsbeitrags blieb allerdings wenig Raum für eine tiefergehende Herleitung dieser Schlussfolgerung. Dem Beitrag liegt die Annahme zu Grunde, dass Engagement für soziale Gerechtigkeit, zumindest implizit qua Berufsethos gefordert ist. Hierfür spricht etwa, dass die Norm der Nicht-Diskriminierung Teil des internationalen Gelöbnis der Ärzteschaft (WMA, 1948 (2017)) ist, welche wiederum als eine Art Kodifikation des ärztlichen Ethos verstanden werden kann.

Der Mediziner und Ethiker Thomas Huddle ist demgegenüber davon überzeugt, dass der Anspruch, soziale Gerechtigkeit zu fördern, über berufsethische Anforderungen hinausweist (Huddle, 2013). Er argumentiert, dass soziale Gerechtigkeit eine bürgerliche und keine ärztliche Tugend sei. Es bedürfe, so schlussfolgert er, einer unter Ärzt_innen breit geteilten

Spezifikation von sozialer Gerechtigkeit, um von ihnen qua ärztliche Rolle erwarten zu können, sozial gerecht zu handeln. Der Rahmen einer medizinischen Ausbildung sei jedoch ungeeignet, um dies hervorzubringen, so Huddle (Huddle, 2013).

Die Frage, welche Verantwortung die im Gesundheitswesen tätigen Personen tragen oder tragen können, verdient vor dem Hintergrund des drängenden Problems der Diskriminierung im Gesundheitswesen, zukünftig mehr Aufmerksamkeit. Es braucht mehr Untersuchungen zu Fragen wie diesen: Welche Rolle kann eine Profession wie die Ärzteschaft in den gesellschaftlichen Bemühungen, Diskriminierung abzubauen, spielen? Inwiefern sind sie andererseits vielleicht sogar in Prozesse involviert, die die Persistenz von sozialer Ungleichheit und Diskriminierung erklären können?

Einen möglichen Ausgangspunkt für Forschung, die diesen Fragestellungen tiefergehend nachgehen könnten, bildet die Studie des Historikers Michael Rothberg (2019)²⁸.

Rothberg untersucht in seiner Monographie *„The Implicated Subject. Beyond Victims and Perpetrators“* die vielfältigen, häufig indirekten und strukturellen Verstrickungen des Menschen in Praktiken, die Ausbeutung, Unterdrückung und Diskriminierung ermöglichen (vgl. Rothberg, 2019, S. 1 ff.). Er entwickelt die idealtypische Figur des „verstrickten Subjekts“ (org.: „implicated subject“). Seine Grundidee beschreibt er bereits mit den einleitenden Worten zu seiner Studie:

„Implicated subjects occupy positions aligned with power and privilege without being themselves direct agents of harm, they contribute to, inhabit, inherit, or benefit from regimes of domination but do not originate or control such regimes. An implicated subject is neither a victim nor a perpetrator, but rather a participant in histories and social formations that generate positions of victim and perpetrator, and yet in which most people do not occupy such clear-cut roles.“ (ebd., S.1).

Rothberg befragt in seiner Arbeit die etablierte und eng umrissene Idee von „Tätern“ und „Opfern“ und entwickelt mit dem „verstrickten Subjekt“ einen begrifflichen Ausgangspunkt, um Fragen nach Schuld und Verantwortung neu zu denken. Zukünftig könnte untersucht werden, ob und inwiefern Rothbergs Denkfigur des „verstrickten Subjekts“ geeignet ist, um

²⁸ Ich danke Claudia Wiesemann dafür, dass sie mich im Laufe der Zusammenarbeit im TRANS*KIDS-Projekt auf die Studie hingewiesen hat.

Diskriminierung im Gesundheitswesen und die Akteur_innenschaft der professionell tätigen Personen noch besser verstehen zu können. Die Ableitung angemessener ethischer Schlussfolgerungen wäre daran anzuschließen.

Neben einem wertvollen Erkenntnisgewinn birgt ein solches Vorhaben das Potential, eine grundlegende Re-Verständigung und Reflexion darüber anzuregen, was es heißt, heißen kann oder heißen sollte, in der Medizin professionell zu handeln.

In diesem Sinne möchte ich abschließend die Hoffnung formulieren, dass diese vorliegende Dissertation zukünftig nicht nur mir selbst, sondern auch anderen Forscher_innen im interdisziplinären Fach der Medizin- und Bioethik als Quelle der Inspiration dienen wird, um das komplexe Phänomen der Diskriminierung im Gesundheitswesen weiter zu durchdringen.

5. Literatur

- Allen, L. R., Watson, L. B., Egan, A. M., & Moser, C. N. (2019). Well-Being and Suicidality Among Transgender Youth After Gender-Affirming Hormones. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 302–311.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/cpp0000288>
- Altman, A. (2020). Discrimination. In E. N. Zalta (Hrsg.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Winter 2020 Edition)*.
- Arbeitsgruppe Frauenkongress. (1985). *Sind wir uns denn so fremd?: Ausländische und deutsche Frauen im Gespräch*. 1. Gemeinsamer Kongress ausländischer und deutscher Frauen Frankfurt a.M..
- Ayim, M., Oguntoye, K., & Schultz, D. (Hrsg.). (1986). *Farbe bekennen. Afro-deutsche Frauen auf den Spuren ihrer Geschichte* Orlanda-Frauenverlag.
- Baron, T., & Dierckxsens, G. (2022). Two dilemmas for medical ethic in the treatment of gender dysphoria in youth. *J Med Ethics*, 48, 603-607.
- BDP, & DGP. (2016). *Berufsethische Richtlinien des BDP und der DGPs (zugleich Berufsordnung des BDP)*. Abgerufen am 11.06.23 unter https://www.dgps.de/fileadmin/user_upload/PDF/berufsethik-foederation-2016.pdf
- Bolzen, S. (2023). „Es geht nicht um Transgender. Es geht um Kinder“. *Die Welt*. Abgerufen am 11.06.23 unter <https://www.welt.de/politik/ausland/plus243840619/Gender-Es-geht-nicht-um-Transgender-Es-geht-um-Kinder.html>
- Borry, P., Schotsman, P., & Dierickx, K. (2005). The Birth of The Empirical Turn in Bioethics. *Bioethics*, 19(1), 49-72.
- Bos, S., Brecht, A., Neumann, U., Schwendowius, J., Correll, C., & Winter, S. M. (2022). Trans*Gesundheit im Kindes- und Jugendalter. *pädiatrische praxis*, 98(1), 132–146.
- Brumbaugh-Johnson, S. M. (2019). Coming Out as Transgender: Navigating Implications of a Transgender Identity. *Journal of Homosexuality*, 66(8), 1148-1177.
<https://doi.org/10.1080/00918369.2018.1493253>
- Brunskell-Evans, H. (2022). Die Stimme der >>Detransitionier<<. In B. Ahrbeck & M. Felder (Hrsg.), *Geboren im falschen Körper. Genderdysphorie bei Kindern und Jugendlichen* (S. 172-196). Verlag W. Kohlhammer.

- Bundesärztekammer. (2019). Bekanntmachungen: Hinweise und Empfehlungen der Bundesärztekammer zum Umgang mit Zweifeln an der Einwilligungsfähigkeit bei erwachsenen Patienten. *Deutsches Ärzteblatt*, 116(22), 1133-1134. Abgerufen am 11.06.23 unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/Recht/Einwilligungsfahigkeit.pdf
- Bundesgerichtshof in Zivilsachen. (1958) VI ZR 266/57, BGHZ 29, 33, (1958).
- Bundesverband Trans*. (2017). *Trans* Gesundheitsversorgung. Forderungen an die medizinischen Instanzen und an die Politik*. Abgerufen am 06.04.23 unter <https://www.bundesverband-trans.de/wp-content/uploads/2021/09/BVT-Policy-Paper-Gesundheit-AV11-Web.pdf>
- Bundesverband Trans*. (2023). *Projekt Trans* – ja und?*. Abgerufen am 19.04.2023 unter <https://www.transjaund.de>
- Burroughs, M. D., & Tollefsen, D. (2016). Learning to listen: Epistemic Injustice and the Child. *Episteme*, 13(3), 359–377. <https://doi.org/10.1017/epi.2015.64>
- Butler, J. (1995). *Das Unbehagen der Geschlechter* Suhrkamp Verlag.
- Cohen-Kettenis, P., Steensma, T. D., & de Vries, A. L. C. (2011). Treatment of Adolescents With Gender Dysphoria in the Netherlands. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 20(4), 689-700. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.08.001>
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 139-168.
- deGraaf, N. M., Giovanardi, G., Zitz, C., & Carmichael, P. (2018). Sex Ratio in Children and Adolescents Referred to the Gender Identity Development Service in the UK (2009–2016). *Archives of Sexual Behavior*, 47(1301–1304). <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1204-9>
- Deutsch, E., & Spickhoff, A. (2014). *Medizinrecht* (7 Aufl.). Springer Verlag.
- Deutscher Ethikrat. (2020). *Trans-Identität bei Kindern und Jugendlichen. Therapeutische Kontroversen – ethische Orientierungen. Ad-hoc-Empfehlung*. Deutscher Ethikrat. Abgerufen am 11.06.2023 unter <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-trans-identitaet.pdf>
- Dietrich, J. (2009). Die Kraft der Konkretion oder: Die Rolle deskriptiver Annahmen für die Anwendung und Kontextsensitivität ethischer Theorie. *Ethik Med*, 21, 213-221. <https://doi.org/10.1007/s00481-009-0022-y>
- El-Mafaalani, A. (2022). Alle an einem Tisch. Identitätspolitik und die paradoxen Verhältnisse zwischen Teilhabe und Diskriminierung. . In Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.), *Repräsentation, Identität, Beteiligung. Zum Zustand und Wandel der Demokratie* (10871 Aufl., S. 232-240). Bundeszentrale für politische Bildung
- Elkadi, J., Chudleigh, C., Maguire, A. M., Ambler, G. R., Scher, S., & Kozłowska, K. (2023). Developmental Pathway Choices of Young People Presenting to a Gender Service with Gender Distress: A Prospective Follow-Up Study. *Children*, 10(314). <https://doi.org/10.3390/children10020314>
- Emma. (2020). Dossier Transsexualität. 1.
- Eschner, C. (2016). *Erziehungskonzepte im Wandel. Eine qualitative Inhaltsanalyse von Elternratgebern 1945 bis 2015*. Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-16915-2>

- Feddersen, J., & Kutter, K. (2022). Jugendpsychiater über Transidentität. „Es ist hip, trans zu sein“. *taz*. Abgerufen am 11.06.23 unter <https://taz.de/Jugendpsychiater-ueber-Transidentitaet/!5845336/>
- FitzGerald, C., & Hurst, S. (2017). Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Medical Ethics*, 18(19). <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0179-8>
- Flick, U. (2007). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung*. (4 Aufl.). Rowohlt.
- Freidson, E. (1979). *Der Ärztestand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession* (J. J. S. Rohde, Wolfgang, Hrsg.). Ferdinand Enke Verlag.
- Fricker, M. (2007). *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. Oxford University Press.
- Genspect. (2023). *What is Genspect's position on medical transition in children and young people?*. Abgerufen am 20.4.2023 unter <https://genspect.org/position/>
- Gomolla, M. (2017). Direkte und indirekte, institutionelle und strukturelle Diskriminierung. In A. Scherr, A. El-Mafaalani, & G. Yüksel (Hrsg.), *Handbuch Diskriminierung* (S. 133-156). Springer Fachmedien.
- Gomolla, M., & Radtke, F.-O. (2007). *Institutionelle Diskriminierung. Die Herstellung ethnischer Differenz in der Schule*. VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Güldenring, A., & Sauer, A. (2017). Trans* ... inklusiv? Geschlechtsidentitäten in Medizin, Recht und Gesellschaft. In E. Diehl (Hrsg.), *Teilhabe für alle?! Lebensrealitäten zwischen Diskriminierung und Partizipation*. Bundeszentrale für politische Bildung.
- Hädicke, M., Föcker, M., Romer, G., & Wiesemann, C. (2022). Healthcare Professionals' Conflicts When Treating Transgender Youth: Is It Necessary to Prioritize Protection Over Respect? *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 1-9. <https://doi.org/10.1017/S0963180122000251>
- Hädicke, M., Föcker, M., Romer, G., & Wiesemann, C. (2023). Diskriminierung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie in der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung *Zeitschrift für Sexualforschung* (zur Publikation angenommen)
- Hädicke, M., & Wiesemann, C. (2021). Was kann das Konzept der Diskriminierung für die Medizinethik leisten? – Eine Analyse. *Ethik Med.* <https://doi.org/10.1007/s00481-021-00631-4>
- Haraway, D. (1988). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575-599. <https://www.jstor.org/stable/3178066>
- Harding, S. (2009). Standpoint Theories: Productively Controversial. *Hypatia*, 24(4), 192-200.
- Harding, S., & Norberg, K. (2005). New Feminist Approaches to Social Science Methodologies: An Introduction. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 30(4), 2009-2015. <https://doi.org/10.1086/428420>
- Hark, S. (2013). Queer Studies. In C. von Braun & I. Stephan (Hrsg.), *Gender@Wissen. Ein Handbuch der Gender-Theorien*. (S. 449-470). Böhlau Verlag GmbH & Cie.
- Harter, F. (2022). Trans-Hype gefährdet junge Menschen *Die Tagespost*. Abgerufen am 11.06.23 unter <https://www.die-tagespost.de/leben/familie/trans-hype-gefaehrdet-junge-menschen-art-229340>
- Hasse, R., & Schmidt, L. (2012). Institutionelle Diskriminierung. In U. Bauer, U. Bittlingmayer, & A. Scherr (Hrsg.), *Handbuch Bildungs- und Erziehungssoziologie* (S. 883-899). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-18944-4_52
- Hellman, D. (2008). *When Is Discrimination Wrong?* Harvard University Press.

- Hill Collins, P. (1986). Learning from the Outsider Within: The Sociological Significance of Black Feminist Thought *Social Problems* 33(6), 14-32.
- Hill Collins, P. (2015). Intersectionality's Definitional Dilemmas. *The Annual Review of Sociology*, 41, 1-20. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-073014-112142>
- Howe, C., Decker, C., Knobloch, L., Can, H., & Bosch, A. (2022). *Bericht zur Berliner Polizeistudie. Eine diskriminierungskritische qualitative Untersuchung aussgewählter Dienstbereiche der Polizei. Berlin*. Abgerufen am 11.06.23 unter https://www.static.tu.berlin/fileadmin/www/10002449/PDF_s/Publikationen/Forschungsberichte/Bericht_Polizeistudie_ZTG_TU_Berlin.pdf
- Huddle, T. S. (2013). The Limits of Social Justice as an Aspect of Medical Professionalism. *Journal of Medicine and Philosophy*, 38, 369–387. <https://doi.org/10.1093/jmp/jht024>
- Hurst, S. (2010). What 'Empirical Turn in Bioethics'? *Bioethics*, 24(8), 439-444. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2009.01720.x>
- Kaiser Family Foundation. (2023). Abgerufen am 20.4.2023 unter <https://www.kff.org/other/issue-brief/youth-access-to-gender-affirming-care-the-federal-and-state-policy-landscape/>
- Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Työläjärvi, M., & Lindberg, N. (2015). Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Mental Health*, 9. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0042-y>
- Karrington, B. (2022). Defining Desistance: Exploring Desistance in Transgender and Gender Expansive Youth Through Systematic Literature Review *Transgender Health*, 7(3), 189-212. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0129>
- Katzer, M., & Voß, H.-J. (Hrsg.). (2016). *Geschlechtliche, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung. Praxisorientierte Zugänge*. Psycho-Sozial Verlag.
- Kelly, F., Giordano, S., Telfer, M., & Pang, K. C. (2022). Parental consent and the treatment of transgender youth: the impact of Re Imogen. *MJA*, 216(5), 219-221. <https://doi.org/10.5694/mja2.51431>
- Kimberly, L. L., Folkers, K. M., Friesen, P., Sultan, D., Quinn, G. P., Bateman-House, A., Parent, B., Konnoth, C., Janssen, A., Shah, L. D., Bluebond-Langner, R., & Salas-Humara, C. (2018). Ethical Issues in Gender-Affirming Care for Youth. *Pediatrics*, 142(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2018-1537>
- Köhler, A., Becker, I., & Nieder, T. O. (2019). Genitalchirurgische Behandlungen im Kontext von Trans*/ Transsexualität. In U. Mirastschijski & E. Rimmel (Hrsg.), *Intimchirurgie* (S. 305-318). Springer-Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-662-57392-1_26
- Korte, A., Beier, K. M., & Bosinski, H. A. G. (2016). Behandlung von Geschlechtsidentitätsstörungen (Geschlechtsdysphorie) im Kindes- und Jugendalter – Ausgangsoffene psychotherapeutische Begleitung oder frühzeitige Festlegung und Weichenstellung durch Einleitung einer hormonellen Therapie? *Sexuologie*, 23(3-4), 117-132.
- Krell, C., Oldemeier, K., & Müller, S. (2015). Coming-out – und dann...?! Ein DJI-Forschungsprojekt zur Lebenssituation von lesbischen, schwulen, bisexuellen und trans* Jugendlichen und jungen Erwachsenen. In (S.). München: Deutsches Jugendinstitut.
- Kuhlmann, C. (2013). *Erziehung und Bildung. Einführung in die Geschichte und Aktualität pädagogischer Theorien*. Springer <https://doi.org/10.1007/978-3-531-19387-8>

- Latham, A. (2022). Puberty Blockers for Children: Can they consent? *The New Bioethics*, 28(3), 268-291. <https://doi.org/10.1080/20502877.2022.2088048>
- Lenzen-Schulte, M. (2022). Wenn die Pubertas gestoppt wird. *Deutsches Ärzteblatt*, 119(48), a2134-2142.
- Liberty. (2021). *Trans Children Have the Right to Healthcare*. Abgerufen am 06.04.2023 unter <https://www.libertyhumanrights.org.uk/issue/liberty-trans-children-have-the-right-to-healthcare/>
- Liebel, M. (2016). Kinderrechtsbewegungen und die Zukunft der Kinderrechte. In C. Maier-Höfer (Hrsg.), *Kinderrechte und Kinderpolitik* (S. 29-62). Springer <https://doi.org/10.1007/978-3-658-13801-1>
- Lippert-Rasmussen, K. (2006). The Badness of Discrimination. *Ethical Theory and Moral Practice*, 9, 167–185. <https://doi.org/10.1007/s10677-006-9014-x>
- Lippert-Rasmussen, K. (2013). *Born Free and Equal?: A Philosophical Inquiry into the Nature of Discrimination*. . Oxford Scholarship Online
- Littman, L. (2018). Rapid-onset gender dysphoria in adolescents and young adults: A study of parental reports. *PLoS ONE* 13(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>
- Littman, L. (2019). Correction: Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphorie *Plos One*, 14(3), 1-7. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214157>
- Lohrenscheid, C. (Hrsg.). (2009). *Sexuelle Selbstbestimmung als Menschenrecht*. Nomos
- Marshall, W. A., & Tanner, J. M. (1969). Variations in Pattern of Pubertal Changes in Girls. *Arch Dis Child*, 44, 291-303.
- Marshall, W. A., & Tanner, J. M. (1970). Variations in the Pattern of Pubertal Changes in Boys *Archives of Disease in Childhood* 45, 13-23.
- Maurer, M. (2021). Die Behandlung trans- und intergeschlechtlicher Personen im deutschen Recht de lege lata und de lege ferenda – Ein Überblick über ausgewählte Themen In M. Januskiewicz, A. Post, A. Riegel, L. Scheideler, & A. Treutlein (Hrsg.), *Geschlechterfragen im Recht. Interdisziplinäre Überlegungen*. Springer-Verlag
- Mertz, M., Inthorn, J., Renz, G., Rothenberger, L. G., Salloch, S., Schildmann, J., Wöhlke, S., & Schicktanz, S. (2014). Research across the disciplines: a road map for quality criteria in empirical ethics research. *BMC Medical Ethics*, 15. <http://www.biomedcentral.com/1472-6939/15/17>
- Molewijk, B., Stiggelbout, A. M., Otten, W., Dupuis, H. M., & Kievit, J. (2004). Empirical data and moral theory. A plea for integrated empirical ethics. *Med Health Care Philos*, 7, 55-69.
- Moreau, S. (2010). What Is Discrimination? *Philosophy & Public Affairs*, 38(2), 143-179.
- Musschenga, B. A. W. (2005). Empirical Ethics, Context-Sensitivity, and Contextualism. *Journal of Medicine and Philosophy*, 30, 467–490. <https://doi.org/10.1080/03605310500253030>
- Nieder, T. O., Güldenring, A., Woellert, K., Briken, P., Mahler, L., & Mundle, G. (2020). Ethical Aspects of Mental Health Care for Lesbian, Gay, Bi-, Pan-, Asexual, and Transgender People: A Case-based Approach. *YJBM*, 93, 593-602.
- Nieder, T. O., & Strauß, B. (2019). S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung im Kontext von Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit. *Z Sexualforsch*, 32, 70-79. <https://doi.org/10.1055/a-0895-8176>
- Priest, M. (2019). Transgender Children and the Right to Transition: Medical Ethics When Parents Mean Well but Cause Harm. *The American Journal of Bioethics*, 19(2), 45-59. <https://doi.org/10.1080/15265161.2018.1557276>

- Przyborski, A., & Wohlrab-Sahr, M. (2021). *Qualitative Sozialforschung: ein Arbeitsbuch* (5 Aufl.). De Gruyter Oldenbourg.
- Rixen, S. (2020). Gesundheitsrecht. In I. Richter, L. Krappmann, & F. Wapler (Hrsg.), *Kinderrechte. Handbuch des deutschen und internationalen Kinder- und Jugendrechts*. Nomos.
- Romer, G., & Lempp, T. (2022). Geschlechtsinkongruenz im Kindesund Jugendalter. Ethische Maßgaben und aktuelle Behandlungsempfehlungen. *Geschlechtsinkongruenz Nervenheilkunde*, 41, 309–317
- Romer, G., & Möller-Kallista, B. (2021). Geschlechtsidentität, Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter. In J. Fegert, F. Resch, P. Plener, M. Kaess, M. Döpfner, K. Konrad, & T. Legenbauer (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-49289-5_118-1
- Rothberg, M. (2019). *The Implicated Subject. Beyond Victims and Perpetrators*. Stanford University Press.
- Scanlon, T. M. (2008). *Moral Dimensions. Permissibility, Meaning, Blame*. Harvard University Press. <https://doi.org/10.4159/9780674043145>
- Schumann, K., & Scholz, K. (2016). unsicher.klar.selbstbestimmt – Wege von Trans*kindern, - jugendlichen und jungen -erwachsenen in Sachsen-Anhalt. Einblicke in die Ergebnisse des empirischen Forschungsprojekts am KgKJH Sachsen-Anhalt e.V. . In M. Schochow, S. Gehrman, & F. Steger (Hrsg.), *Inter* und Trans*identitäten. Ethische, soziale und juristische Aspekte*. (S. 335-348). Psychosozial-Verlag.
- Schweda, M. (2019). Empirische Sozialforschung in der Medizinethik. In A. M. Bauer & M. I. Meyerhuber (Hrsg.), *Philosophie zwischen Sein und Sollen* (S. 73-92). De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110613773-007>
- Siedenbiedel, M. (2016). *Selbstbestimmung über das eigene Geschlecht. Rechtliche Aspekte des Behandlungswunsches transsexueller Minderjähriger*. Nomos.
- Strauß, B., & Nieder, T. O. (2016). Vom Transsexualismus zur Geschlechtsdysphorie. Veränderte diagnostische Konzeptionen in der Transgender-Versorgung. In M. Schochow, S. Gehrman, & F. Steger (Hrsg.), *Inter* und Trans*identitäten. Ethische, soziale und juristische Aspekte* (S. 57-70). Psychosozial-Verlag.
- Sweetapple, C., Voß, H.-J., & Wolter, S. A. (2020). *Intersektionalität. Von der Antidiskriminierung zur befreiten Gesellschaft?* Schmetterling Verlag.
- The Combahee River Collective. (2014(1978)). A Black Feminist Statement. *Women's Studies Quarterly*, 42(3/4), 271-280. <https://www.jstor.org/stable/24365010>
- Turban, J. L., & Ehrensaft, D. (2018). Research Review: Gender identity in youth: treatment paradigms and controversies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(12), 1228–1243. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12833>
- Vereinte Nationen. (1989). *UN-KRK*. Abgerufen am 17.04.2023 unter <https://www.unicef.de/informieren/ueber-uns/fuer-kinderrechte/un-kinderrechtskonvention>
- Vereinte Nationen KRK Komitee. (2009). *Allgemeine Bemerkung Nr. 12 (2009) Das Recht des Kindes auf Gehör* Genf Abgerufen am 11.06.2023 unter https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Information/Information_GC12_barrierefrei_geschuetzt.pdf
- Villa Braslavsky, P.-I., & Hark, S. (2020). Gender In B. Hollstein, R. Gresshoff, U. Schimank, & A. Weiß (Hrsg.), *Soziologie - Sociology in the German-Speaking World. Special Issue Soziologisch Revue 2020*. Walter de Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110627275>

- Vogd, W. (2018). Unsicherheit als das zentrale Bezugsproblem der ärztlichen Profession. In S. Klinke & M. Kadmon (Hrsg.), *Ärztliche Tätigkeit im 21. Jahrhundert. Profession oder Dienstleistung*. (S. 55-67). Springer Verlag.
- Voß, H.-J. (2010). *Making Sex Revisited. Dekonstruktion des Geschlechts aus biologisch-medizinischer Perspektive*. transcript.
- Vrouenraets, L. J. J. J., Fredriks, A. M., Hannema, S. E., Cohen-Kettenis, P., & De Vries, M. C. (2015). Early Medical Treatment of Children and Adolescents With Gender Dysphoria: An Empirical Ethical Study. *Journal of Adolescent Health*.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.04.004>
- Wiepjes, C. M., Nota, N. N., de Blok, C. J. M., Klaver, M., de Vries, A. L. C., Wensing-Kruger, S. A., de Jongh, R. T., Bouman, M.-B., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P., Gooren, L. J. G., Kreukels, B. P. C., & den Heijer, M. (2018). The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Studie (1972-2015): Trends in Prevalence, Treatment and Regret *The Journal of Sexual Medicine* 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.016>
- Wiesemann, C. (1993). Eine Ethik des Nichtwissens. *Ethik Med*, 5, 3-12.
- Wiesemann, C. (2016). *Moral Equality, Bioethics, and the Child*. Springer International Publishing.
- Wiesemann, C. (2020a). Trans-Identität bei Kindern und Jugendlichen: Medizinethische Grundsätze für individuelle Behandlungsentscheidungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 69, 517-523.
- Wiesemann, C. (2020b). *Trans-Identität bei Kindern und Jugendlichen: Therapeutische Kontroversen – ethische Fragen*. *Forum Bioethik des Deutschen Ethikrates*. Einführung. Abgerufen am 11.06.2023 unter <https://www.ethikrat.org/fileadmin/PDF-Dateien/Veranstaltungen/fb-19-02-2020-wiesemann.pdf>
- Wilkesmann, M., & Steden, S. (2019). *Nichtwissen stört mich (nicht). Zum Umgang mit Nichtwissen in Medizin und Pflege*. Springer Fachmedien.
- Winker, G., & Degele, N. (2009). *Intersektionalität. Zur Analyse sozialer Ungleichheiten*. . transcript
- Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestags. (2019). *Störungen der Geschlechtsidentität und Geschlechtsdysphorie bei Kindern und Jugendlichen. Informationen zum aktuellen Forschungsstand*. . (WD 9 - 3000 - 079/19).
- WMA. (1948 (2017)). *Declaration of Geneva: The Physician's Pledge*. Abgerufen am 11.06.2023 unter <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/>
- Wren, B. (2019). Ethical issues arising in the provision of medical interventions for gender diverse children and adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(2), 203–222. <https://doi.org/10.1177/1359104518822694>
- Wright, M. T. (2010). *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Hans Huber.
- Wright, M. T. (2020). Partizipative Gesundheitsforschung: Ursprünge und heutiger Stand *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 64, 140-145. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03264-y>
- Wylie, A. (2003). Why standpoint matters. In R. Figueroa & S. Harding (Hrsg.), *Science and Other Cultures: Issues in Philosophies of Science and Technology* (S. 26-48). Routledge.
- Zussman, R. (2000). The Contributions of Sociology to Medical Ethics. *The Hastings Center Report*, 30(1), 7-11.

6. Originalarbeiten

1. **Hädicke, M.** & Wiesemann, C. 2021: Was kann das Konzept der Diskriminierung für die Medizinethik leisten? Ethik Med (2021) 33, 369–386 doi.org/10.1007/s00481-021-00631-4
2. **Hädicke, M.**, Föcker, M., Romer, G. & Wiesemann, C. 2022: Healthcare Professionals' Conflicts When Treating Transgender Youth: Is It Necessary to Prioritize Protection Over Respect? Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics (2022), 1-9 doi.org/10.1017/S0963180122000251
3. **Hädicke, M.**, Föcker, M., Romer, G. & Wiesemann, C. 2023: Diskriminierung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie in der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung. Z Sexualforsch (2023) 36, 1–11 doi.org/10.1055/a-2174-7711

7. Anhang

7.1 Rekrutierungsflyer

UNIVERSITÄTSMEDIZIN **UMG**
GÖTTINGEN
Institut für Ethik und Geschichte der Medizin
Direktorin: Prof. Dr. Claudia Wiesemann
Humboldtallee 36, 37073 Göttingen
0551 / 39-20014 **Telefon**
maximiliane.haedicke@med.uni-goettingen.de **E-Mail**
www.egm.med.uni-goettingen.de **Homepage**

Behandeln oder begleiten Sie transgeschlechtliche Kinder und Jugendliche? Ihre Einschätzung ist gefragt!

Das Bundesministerium für Gesundheit fördert seit 2019 das interdisziplinäre Projekt TRANS*KIDS (<https://transkids-studie.de/>). Im Rahmen einer ethischen Studie suchen wir **Ärzt:innen und Psycholog:innen, die transgeschlechtliche Kinder und Jugendliche medizinisch begleiten**. Wir möchten Sie einladen, an einem wissenschaftlichen Interview zum Thema **Diskriminierung im Gesundheitswesen** teilzunehmen. Uns interessieren Perspektiven aus der medizinischen Regelversorgung ebenso wie aus der fachärztlichen Betreuung.

Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Das Interview wird voraussichtlich 45-60 Minuten dauern und kann angesichts der COVID-19-Situation telefonisch erfolgen. Wir wollen das Gespräch aufzeichnen und später wissenschaftlich auswerten. Alle persönlichen Daten werden vertraulich behandelt und nur in pseudonymisierter Form ausgewertet.

Mit der Studie wollen wir wertvolle Erkenntnisse darüber gewinnen, **welche Erfahrungen Ärzt:innen und Psycholog:innen im Umgang mit transgeschlechtlichen Kindern und Jugendlichen machen und wie sie über Diskriminierung denken**. Die Ergebnisse sollen in wissenschaftliche Publikationen und in Fortbildungsmodule für Personen aus dem Gesundheitswesen einfließen.

Über Ihre Teilnahme würden wir uns sehr freuen!

Wenn Sie teilnehmen oder mehr Informationen erhalten möchten, melden Sie sich bitte per E-Mail oder telefonisch bei:

Prof. Dr. med. Claudia Wiesemann, Maximiliane Hädicke, M.mel.
<https://transkids-studie.de/>

Institut für Ethik und Geschichte der Medizin
Universitätsmedizin Göttingen
Humboldtallee 36
D-37073 Göttingen
Telefon: 0551-39 20249
maximiliane.haedicke@med.uni-goettingen.de

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



TRANS*KIDS

7.2 Einwilligungserklärung

1

UNIVERSITÄTSMEDIZIN : UMG
GÖTTINGEN

Universitätsmedizin Göttingen •
Institut für Ethik und Geschichte der Medizin • Humboldtallee 36 • 37073 Göttingen

Institut für Ethik und Geschichte der Medizin
Direktorin: Prof. Dr. Claudia Wiesemann

Humboldtallee 36, 37073 Göttingen
0551 / 39-9006 **Telefon**
0551 / 39-9554 **Fax**
cwiesem@gwdg.de **E-Mail**
www.egm.med.uni-goettingen.de **Homepage**

Förderung eines nicht-diskriminierenden Umgangs mit minderjährigen trans* Personen durch patientenorientierte Schulungsmaßnahmen im Gesundheitswesen - TRANS*KIDS

Informationen zur freiwilligen Teilnahme an einer ethisch-sozialwissenschaftlichen Studie

Mit diesem Schreiben möchten wir Sie einladen, an einem Forschungsprojekt zur medizinischen und psychotherapeutischen Begleitung von minderjährigen trans* Personen teilzunehmen.

Hintergrund:

Das Forschungsprojekt TRANS*KIDS wird vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert und in einer Kooperation zwischen der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -Psychotherapie, Westfälische Universität Münster (Psychologisches Teilprojekt), und dem Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen (Ethisches Teilprojekt), durchgeführt.

Die Interviews mit Ihnen als Ärzt_in oder Psycholog_in sollen helfen, Diskriminierungserfahrungen von minderjährigen trans* Personen im Gesundheitswesen besser zu verstehen. Zudem sollen sie als Grundlage dienen, um patientenorientierte Schulungsmaßnahmen zu konzipieren. Wir sind dabei an Ihren persönlichen Erfahrungen zu diesem Thema im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit interessiert. Ihre persönlichen Ansichten, Erfahrungen, Ihr Wissen und Ihre Einblicke können uns helfen, spezifische soziale und ethische Aspekte der Betreuung und Behandlung von minderjährigen trans* Personen besser zu erfassen.

Konzeption und Durchführung der Interviews:

Die Interviews werden von der Doktorandin Maximiliane Hädicke durchgeführt und werden voraussichtlich 60 min dauern. Sie werden zu verschiedenen Aspekten rund um das Thema befragt. Es steht Ihnen frei, Fragen nicht zu beantworten, wenn Sie das vorziehen.

Das Interview wird aufgezeichnet und anschließend vollständig verschriftlicht. Das bedeutet, dass das Gespräch Wort für Wort aufgeschrieben wird. Die Tonaufzeichnungen und -abschriften werden **ausschließlich** von den an der Studie beteiligten Wissenschaftler_Innen genutzt. Dies wortwörtliche Abschreiben des Interviews ist notwendig, um ein wissenschaftliches Arbeiten mit Ihren Aussagen zu ermöglichen und die spezifischen Daten und Ansichten, die sich im Interview

aufzeigen, zu analysieren. Dabei werden alle persönlichen Angaben nach den Richtlinien des Datenschutzes streng vertraulich behandelt. In der Verschriftlichung werden persönliche Angaben pseudonymisiert, sodass kein Bezug zu Ihrer Person durch Dritte herstellbar ist.

Information zum Datenschutz:

Für die Studie werden persönliche Informationen gesammelt und elektronisch gespeichert. Hierfür erfolgt eine konsequente Pseudonymisierung aller verwendeten Daten. Pseudonymisierung bedeutet die Verschlüsselung von Daten ohne Namensnennung, nur mit Nummern kodiert. Die Zuordnung der Daten zu einer Person ist nur möglich, wenn hierfür der Schlüssel eingesetzt wird, mit dem die Daten pseudonymisiert wurden. Eine Entschlüsselung ist nur durch die verantwortliche Doktorandin möglich, welche als einzige den Pseudonymisierungsschlüssel besitzt. Alle erfassten Daten werden unter Beachtung des Datenschutzgesetzes streng vertraulich behandelt.

Der zuständige lokale Datenschutzbeauftragte ist:

Dr. Thomas Langbein
Telefon: 0551-39-22762
E-Mail: datenschutz@med.uni-goettingen.de
Anschrift:
Robert-Koch-Str. 40
37075 Göttingen

Zusätzlich dazu haben Sie das Recht, sich im Falle eines Konflikts bei der Landesbeauftragten für den Datenschutz Niedersachsen,

Barbara Thiel
Prinzenstraße 5
30159 Hannover
Telefon 0511-120 4500
poststelle@lfd.niedersachsen.de

zu beschweren.

Die Daten werden ausschließlich an Computern bearbeitet, die über eine Passwortsicherung verfügen und nur den Mitarbeitenden des Projekts zugänglich sind. Persönliche Informationen, die ggf. eine Person erkennbar machen, werden eliminiert bzw. sinnerhaltend geändert. Die Adressen der Teilnehmer_Innen, die Tonbandaufzeichnungen, die Transkriptionen der Interviews sowie zu erstellende Computerauswertungen und sonstiges personenbezogenes Material werden für nicht an der Studie beteiligte Personen unzugänglich verwahrt, d.h. im Rahmen des Datenmanagements auf einem speziell gesicherten Datenserver des Kooperationsprojekts. Die Dateien werden spätestens zehn Jahre nach Beendigung der Studie vernichtet. Unbeteiligte Dritte erhalten zu keinem Zeitpunkt Einblick in die Originalunterlagen.

Für die Veröffentlichung werden die Ergebnisse der Studie so dargestellt, dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person und/oder von Ihnen im Gespräch genannten Personen und Orte mehr möglich sind. Veröffentlichungen können anonymisierte persönliche Zitate enthalten. Die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes werden auch in diesem Fall eingehalten. Sie haben das Recht, Auskunft über die betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten, einschließlich unentgeltlicher Überlassung einer Kopie.

3

Sie können jederzeit ohne Angaben von Gründen die Zustimmung widerrufen und Ihre Teilnahme abbrechen, ohne dass sich dieser Entschluss nachteilig für Sie auswirken wird. Bereits erhobene Daten können auf Wunsch vernichtet werden.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an die Doktorandin:

Maximiliane Hädicke

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin

Humboldtallee 36

37073 Göttingen

Tel: +49(0)551-39 20249

E-Mail: maximiliane.haedicke@med.uni-goettingen.de

Einverständniserklärung zur Teilnahme an einem Interview

TRANS*KIDS

Ich,, habe beiliegende Informationen zur o.g. Studie erhalten. Ich habe die Informationen gelesen und vollständig verstanden. Ich hatte die Möglichkeit, weitere Fragen zu stellen und habe die Antworten verstanden.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an einem Interview zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist. Ich weiß, dass ich jederzeit ohne Angaben von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass sich dieser Entschluss nachteilig auf mich auswirken wird. Im Falle eines Widerrufs werden alle mich betreffenden Daten auf Wunsch sofort vernichtet.

Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an dieser Forschungsarbeit.

Datenschutzrechtliche Einwilligung

Im Rahmen dieser wissenschaftlichen Studie werden persönliche Daten erhoben und in pseudonymisierter Form gespeichert. Die Datenspeicherung erfolgt für zehn Jahre. Dritte erhalten zu keinem Zeitpunkt Einblick in die Originalunterlagen. Eine Entschlüsselung ist nur durch die verantwortliche Wissenschaftlerin Maximiliane Hädicke möglich, welche als einzige den Pseudonymisierungsschlüssel besitzt.

Ich habe das Recht, Auskunft über die betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten, einschließlich unentgeltlicher Überlassung einer Kopie. Alle erfassten Daten werden unter Beachtung des Datenschutzgesetzes streng vertraulich behandelt.

Ich weiß, dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Zustimmung zur Datenspeicherung widerrufen kann. Im Falle eines Widerrufs werden alle Daten, die mich betreffen, auf Wunsch sofort vernichtet. Die Speicherung, Auswertung und Weitergabe dieser studienbezogenen Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor Teilnahme an der Studie folgende freiwillige Erklärung voraus.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten auf elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und ohne Namensnennung verarbeitet werden. Mit einer Veröffentlichung der in dieser Studie erhobenen Daten in anonymisierter Form erkläre ich mich einverstanden.

Ort, Datum und Unterschrift der aufklärenden Person

Ort, Datum und Unterschrift der aufzuklärenden Person (Teilnehmer_in)

7.3 Interviewleitfaden

Maximiliane Hädicke, Claudia Wiesemann
Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen

1. Leitfadenentwurf Expert innen-Interviews

Gesprächseinstieg:

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, sich von mir interviewen zu lassen. Wir haben uns heute hier verabredet, um über ihre beruflichen Erfahrungen mit Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz/ Geschlechtsdysphorie zu sprechen.

Damit Sie eine ungefähre Vorstellung davon entwickeln können, was Sie erwarten wird, werde ich Ihnen kurz den Ablauf schildern. Das Interview wird ca. 45-60 Minuten dauern und ist in vier Themenkomplexe unterteilt. Zunächst möchte ich Ihnen Fragen zu Ihrem Tätigkeitsfeld und Ihren Erfahrungen in der professionellen Begleitung von transgeschlechtlichen Kindern und Jugendlichen stellen. Danach würde mich Ihre Einschätzung hinsichtlich der Versorgungsstrukturen interessieren. Im Anschluss würde ich dann gemeinsam mit Ihnen den Fokus auf das Thema Diskriminierung legen und dann abschließend mit Ihnen einen Blick in die Zukunft wagen. Gibt es hierzu eine Frage?

Um gut in die Thematik einsteigen zu können, möchte ich Sie zunächst bitten, kurz zu beschreiben, was ihre berufliche Tätigkeit ist und was sie unter Geschlechtsinkongruenz/ Geschlechtsdysphorie bei Kindern und Jugendlichen verstehen.

Nachfragen:

Inwiefern haben Sie im Arbeitsalltag mit Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz/ Geschlechtsdysphorie zu tun?
Wie würden Sie Ihre professionelle Aufgabe gegenüber den Kindern/Jugendlichen beschreiben? Was ist Ihre Rolle? Haben Sie einen persönlichen Zugang zur Thematik?

Fragenblock 1 Einschätzung des Umgangs mit/ Einstellungen zu Trans*Kindern/ Jugendlichen

Vielleicht erst einmal etwas allgemeiner gefragt... Wie gestalten Sie die Behandlung von Kindern und Jugendlichen? Wo sehen Sie Unterschiede zu der Behandlung eines Erwachsenen?

Nachfragen:

Wie gestalten Sie die Gespräche mit Kindern/Jugendlichen und Ihren Eltern?
Werden die Kinder/Jugendlichen einbezogen? Wenn ja, wie?
Auf welche Weise finden die Äußerungen der Kinder/Jugendlichen Berücksichtigung im weiteren Behandlungsverlauf?

Und nun etwas konkreter zu Kindern mit Geschlechtsinkongruenz/ Geschlechtsdysphorie:
Welche Erfahrungen haben Sie bisher mit trans* Kindern/Jugendlichen gemacht?

Maximiliane Hädicke, Claudia Wiesemann
Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen

Könnten Sie mir einen typischen Ablauf schildern, wenn ein trans* Kind, ein Trans-Jugendlicher (und seine Eltern) bei Ihnen vorstellig werden?

Sehen Sie Unterschiede im Umgang mit trans* Kindern im Vergleich zu anderen Kindern als Patient_innen in ihrer Praxis?

Nachfrage:

Wenn ja: Was sind die Gründe dafür?

Wie sprechen Sie trans* Kinder an?

Nachfragen:

Welchen Namen/welches Pronomen nutzen Sie im Schriftverkehr, z.B. bei Kostenabrechnungen?

Welche Bedeutsamkeit haben Namen/Pronomen? Was ist Ihre Einschätzung?

Wie erleben Sie den Umgang mit trans* Kindern/Jugendlichen im Gesundheitswesen ganz allgemein?

Fragenblock 2: Einschätzung der Versorgungsstrukturen

Wie schätzen Sie den Zugang zum Gesundheitswesen für trans* Kinder und ihre Eltern ein?

Nachfragen:

Wo sehen Sie Hürden?

Welche unterstützenden Strukturen kennen Sie? Wie schätzen Sie diese ein?

Haben Sie schon einmal eine Behandlung abgelehnt? Was waren die Gründe dafür?

Was bedeutet es für die Kinder und Jugendlichen/die Eltern, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. bei einer Kinder- und Jugendpsychotherapeuten vorstellig werden müssen, um Unterstützung zu finden?

Wie erleben Sie den Umgang mit Behörden?

Fragenblock 3: Diskriminierung

Können Sie sich an eine Situation erinnern, in der Sie sich selbst diskriminiert gefühlt haben?

Was haben Sie daran als diskriminierend empfunden?

Wenn Sie nun an Ihren Arbeitsalltag denken... Sehen Sie Gefahren der Diskriminierung für Ihre Patient_Innen/ Klienten_Innen? Welche? Macht es einen Unterschied, ob es um Kinder und Jugendliche oder um die Eltern geht?

Haben Sie schon einmal ein Verhalten von einem_r Mitarbeiter_in erlebt, das sie als diskriminierend gegenüber einem transgeschlechtlichen Kind/ Jugendlichen oder dessen Eltern empfunden haben?

Maximiliane Hädicke, Claudia Wiesemann
Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen

Wie gehen Sie damit um, wenn Sie ein solches Verhalten erleben?

Können Sie sich an eine Situation erinnern, in der Ihr Verhalten auf eine Patient_in diskriminierend gewirkt haben könnte?

Nachfragen:

Worin sehen Sie die Diskriminierung in der konkreten Situation?
Wie denken Sie jetzt über Ihr eigenes Verhalten? Was ist daraufgefolgt?

Haben sie für sich bereits eine Haltung im Umgang/ der Kommunikation mit Kindern- und Jugendlichen mit einer GI/GD entwickeln können?

Nachfrage:

Wenn ja: Wie würden Sie ihre professionelle Haltung im Umgang mit Kindern- und Jugendlichen mit einer GI/GD beschreiben?

Fragenblock 4: Bedarfe / Blick in die Zukunft

Haben Sie Fragen zum Thema GI/GD, die sie besonders beschäftigen?

Können Sie Themen identifizieren zu denen sie sich mehr Informationen wünschen?

Würden Sie an Ihrem Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit GI/GD etwas ändern wollen?

Nachfrage:

Wenn ja: was würden Sie verändern wollen?

Gibt es aus Ihrer Sicht spezifische Bedürfnisse aus dieser Gruppe die im Umgang berücksichtigt werden sollten?

Was müsste geschehen, um Diskriminierung in der Versorgung von trans* Kindern/Jugendlichen zu verringern?

Nachfragen:

- Individuell?
- Institutionell?
- Strukturell?

