

Zum praktischen Umgang mit Transsexualität in einer forensischen Klinik

Dirk Hesse

Zusammenfassung

In den letzten zehn Jahren kann eine Entwicklung hin zu einer aufgeschlosseneren Haltung der Gesellschaft gegenüber geschlechtlichen und sexuellen Einstellungen beobachtet werden. Insbesondere anzuführen ist die LGBTQIA+ -Bewegung, die ein Akronym darstellt das lesbische, schwule, bisexuelle, transsexuelle/transgender, queere, intersexuelle und asexuelle Menschen umfasst. Es steht für sexuelle Orientierungen und Geschlechtsidentitäten jenseits der heterosexuellen Norm. Geschlechtliche Vielfalt findet vermehrt Eingang in die Medien, etwa bei der Besetzung von Rollen in Filmen, wird im öffentlichen Raum rezipiert durch Einrichtung von Toiletten für Menschen mit diversem Geschlecht und hat nicht zuletzt zu Gesetzesänderungen geführt, nämlich der Abschaffung des Transsexuellengesetzes zugunsten des Selbstbestimmungsgesetzes 2025. Noch selten, aber in Zukunft mutmaßlich häufiger, finden sich Patientinnen und Patienten im forensischen Kontext. Der vorliegende Artikel soll eine Anregung für forensische Kliniken für einen adäquaten Umgang mit dieser Patientenklientel geben.

Schlüsselwörter: Forensik, Trans-Personen, Transsexualität, Hormonbehandlung, geschlechtsangleichende Operation

Transsexuality in a Forensic Hospital – Practical Considerations

Abstract

Over the past ten years, there has been a noticeable shift towards a more open-minded attitude within society towards gender and sexual orientations. Of particular note is the LGBTQIA+ movement, an acronym that encompasses lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, intersex and asexual people. It represents sexual orientations and gender identities beyond the heterosexual norm. Gender diversity is increasingly featured in the media, for example in the casting of roles in films; it is reflected in public spaces through the provision of toilets for people of diverse genders; and, not least, it has led to legislative changes, namely the repeal of the Trans-

sexuals Act in favour of the Self-Determination Act 2025. Although still rare, patients are likely to be encountered more frequently in a forensic context in the future. This article aims to provide guidance for forensic clinics on how to deal appropriately with this patient group.

Keywords: Forensics, transgender people, transsexuality, hormone treatment, gender-affirming surgery

Einleitung

Transsexualität in einer forensischen Klinik stellt die Teams vor große Herausforderungen. So kann bereits der Wunsch einer Trans-Frau (Mann zu Frau-Transition), auf einer Frauenstation behandelt zu werden, auf großen Widerstand stoßen, vor allem dann, wenn es sich phänotypisch um einen noch immer männlichen Körper handelt und womöglich ein Sexualdelikt als Unterbringungsdelikt vorliegt. Es ist nachvollziehbar, dass man die weiblichen Untergebrachten vor etwaigen sexuellen Übergriffen schützen möchte und der Erklärung des Mannes, er sei doch nun aber selber eine Frau, nicht ausreichend Vertrauen im Sinne einer Risikominderung schenkt. Abgesehen davon sind in den Kliniken zu 93,6 % männliche Straftäter untergebracht (Zeidler et al., 2023), so dass kaum Frauenbetten angeboten werden könnten. Schließlich finden sich bei der Transition alle Stadien zwischen dem Gefühl, im falschen Körper zu leben, bis hin zu bereits erfolgten geschlechtsangleichenden Operationen, wobei Letzteres in der Forensik wohl immer noch eine Seltenheit darstellt. Die gesetzlichen Auflagen haben bis zur Abschaffung des Transsexuellengesetzes am 30.10.2025, welches durch das Selbstbestimmungsgesetz ersetzt wurde, durch die Einholung zweier Sachverständigengutachten, zeitlicher Vorgaben, Psychotherapie etc. die Transition erheblich erschwert, was schließlich dazu führte, dass das Bundesverfassungsgericht dies als diskriminierend einstufte und es erst dadurch zu einem jetzt gültigen vereinfachten Verfahren kam.

Die Diskussion in der Gesellschaft über queere Lebensformen führt aber auch dazu, dass immer mehr Jugendliche während der Pubertät nicht nur generell auf der Suche nach einer eigenen Identität sind, sondern zunehmend Fragen nach dem „richtigen“ Geschlecht bei der Persönlichkeitsentwicklung eine Rolle spielen. Die Schulen reagieren darauf bspw. mit der Einrichtung von Uni-Sex-Toiletten, die man aber ebenso in öffentlichen Gebäuden als Ausdruck einer geänderten gesellschaftlichen Wahrnehmung und Akzeptanz von allen Variationen der Geschlechtszugehörigkeit findet. Das biologische Modell der binären Geschlechter weicht einem Kontinuum, auf dem alles möglich erscheint. Es ist daher anzunehmen, dass künftig auch forensische Kliniken vermehrt mit Aspekten von Transgender konfrontiert werden.

Der Artikel beschäftigt sich mit einigen praktischen Fragen und Möglichkeiten, wie mit den ernstzunehmenden Anliegen der Untergebrachten im klinischen Alltag umgegangen werden kann. Dabei sind immer individuelle Aspekte zu beurteilen, womit sowohl die baulichen und strukturellen Möglichkeiten sowie Begrenzungen einer Klinik, als auch die Diagnosen, Delikte und der Stand der Behandlung in der Transperson selbst gemeint sind. Schon vorab kann formuliert werden, dass es keine allgemeingültigen Regeln für forensische Kliniken im Umgang mit einer Trans-Person geben kann, dass aber in jedem Fall auf eine (weitere) Diskriminierung verzichtet werden muss.

Voraussetzungen bei Patienten mit Geschlechtsidentitätsstörungen

Die Abschaffung des Transsexuellengesetzes TSG und die Einführung des Selbstbestimmungsgesetzes SBGG haben dazu geführt, dass nun lediglich gesetzliche Rahmenbedingungen geschaffen wurden zur Änderung des Personenstandes. Das am 01.11.2024 in Kraft getretene SBGG ermöglicht transgeschlechtlichen, intergeschlechtlichen und nichtbinären Personen, ihren Geschlechtseintrag und Vornamen durch eine einfache Erklärung beim Standesamt zu ändern. Zwischen der Anmeldung und der tatsächlichen Änderung muss eine Frist von drei Monaten eingehalten werden. Das Gesetz trifft nun allerdings keine Regelungen mehr zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen.

So findet sich auch beim Bundesverband Trans* lediglich eine Broschüre zum Umgang mit SBGG. Weitere Broschüren, etwa die Praxistipps oder auch die Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung“ (AWMF-Register 138/001) sind veraltet und berücksichtigen noch nicht die aktuelle Entwicklung. Immerhin wird auf eine anstehende Neuauflage hingewiesen.

Bisher liegt lediglich die S2k Leitlinie „Chirurgische Maßnahmen bei Geschlechtsinkongruenz“ (AWMF Reg. Nr. 043-052), federführend von der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) und der Deutschen Gesellschaft der plastischen und ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC) veröffentlicht, vor, die die aktuelle gesetzliche Entwicklung aufgreift.

Darüber hinaus kann auf die S2k-Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter – Diagnostik und Behandlung“ (AWMF-Register-Nr. 028 – 014) der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP) verwiesen werden, die zumindest Hinweise geben kann, auch wenn es sich um ein anderes Zielalter handelt.

Als Grundlage für die Entscheidung zu einer Operation können ebenso die Empfehlungen des Weltverbandes für die Gesundheit von Transmenschen (WPATH) dienen. Eine der Hauptaufgaben der WPATH ist es, durch die „Standards of Care“ (SOC) die höchsten Standards in der Gesundheitsversorgung für TGD-Personen (transgender and gender diverse people) zu fördern, die inzwischen in der achten Version (SOC-8) vorliegt. Das übergeordnete Ziel von SOC-8 ist es, Gesundheitsfachkräften (HCPs) klinische Leitlinien bereitzustellen, die TGD-Personen dabei unterstützen, sichere und wirksame Wege zu finden, um ein dauerhaftes persönliches Wohlbefinden mit ihrem geschlechtlichen Selbst zu erreichen mit dem Ziel, ihre allgemeine körperliche Gesundheit, ihr psychologisches Wohlbefinden und ihre Selbstverwirklichung zu optimieren. Weitere Forderungen betreffen eine eingehende Diagnostik durch erfahrene Fachleute, die Dauer einer Hormontherapie ebenso wie eine Stellungnahme vor einer Operation. Auf europäischer Seite übernimmt die European Professional Association for Transgender Health (EPATH) eine analoge Aufgabe und arbeitet mit der WPATH zusammen.

Insgesamt ergeben sich hieraus einige wenige Empfehlungen:

Eine geschlechtsbejahende medizinische Behandlung sollte nur empfohlen werden, wenn das Erleben einer Geschlechtsinkongruenz ausgeprägt und dauerhaft ist, die Behandlung und Operation von einer Fachkraft, die mit der Materie vertraut ist, empfohlen wird und eine Hormontherapie über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erfolgt ist. Daneben soll die Person mindestens ein Jahr in ihrer gewünschten Geschlechtsrolle gelebt haben und seelisch stabil sein. Insbesondere der letzte Aspekt erscheint mit einer Unterbringung in der Forensik aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung natürlich problematisch, was noch einmal die Komplexität zur Psychodynamik unterstreicht. Auch treten diese Empfehlungen hinter die Entwicklung in Deutschland zurück, welche ja gerade die Hürde senken und damit der Diskriminierung entgegenwirken will.

Die Eignung des geplanten Eingriffs zur signifikanten Reduktion des Leidensdrucks soll in einem psychotherapeutischen Empfehlungsschreiben von Fachleuten dargelegt werden, die sich mit der Transition auskennen. Damit ist offenbar kein ausführliches Gutachten gemeint.

Die Diagnostik

Während die Lebens-, Kranken- und Deliktgeschichte in der Regel von Seiten der Behandler gut eruiert werden, werden Aspekte der Sexualentwicklung oftmals nur rudimentär erfragt oder nur bei Sexualstraftätern, weil dort von vorneherein eine Pathologie angenommen wird. Dem steht gegenüber, dass eine möglicherweise lebenslange Auseinandersetzung mit der Frage der eigenen Geschlechtsidentität eine dauerhafte psychische Belastung darstellen kann, die bei entsprechender Vulnerabilität zu psychischen Störungen führen kann, sei es eine Suchtmittelabhängigkeit oder auch

schwere Psychosen. Erlebte Traumata sind in diesem Kontext nicht selten anzutreffen, etwa durch Diskriminierung und Ausgrenzung. Mitunter finden sich sogar Anzeichen für versuchte Selbstverstümmelung der eigenen Geschlechtsorgane, was aber nur durch eine eingehende Untersuchung des Genitales ersichtlich wird, worauf bei der körperlichen Untersuchung aus Scham auch bei den ÄrztInnen oftmals verzichtet wird. Entsprechend gilt es, bei Anzeichen oder Äußerungen von Betroffenen gezielt die Sexualanamnese zu erweitern und die damit verbundene Identitätsentwicklung zu vervollständigen, wozu auch die Erhebung des Hormonspiegels, die Vorstellung bei Urologen und Gynäkologen oder auch humangenetische Untersuchungen gehören, durch die bspw. genetische Mosaikformen erst gefunden werden können. Sofern keine Kenntnisse in den Kliniken vorliegen, sollten frühzeitig Fachleute hinzugezogen werden, die über Kompetenzen in der Beurteilung von Transgender-Personen und geschlechtsdiversen Menschen verfügen. Nur so kann sichergestellt werden, dass andere Ursachen für eine offensichtliche Geschlechtsinkongruenz identifiziert und ausgeschlossen werden können.

Auch wenn das Äußerliche, vielleicht sogar vehemente Auftreten eines Patienten¹ sehr überzeugend sein kann, gilt es natürlich, kritisch zu bleiben. Es kann zahlreiche Motivationen geben, sich als Trans-Person auszugeben. Histrionisch veranlagte Menschen können in der Uniformität einer forensischen Klinik um Aufmerksamkeit heischen. Andere erhoffen sich vielleicht Vorteile, etwa eines der seltenen Einzelzimmer oder auch raschere Lockerungen und Entlassung, weil sie als Vergewaltigter nun körperlich dazu nicht mehr in der Lage sind. Dem ist gegenüberzustellen, dass die dem Delikt zugrundeliegende Psychodynamik durch eine Operation keineswegs entaktualisiert ist. Auch Selbstbestrafungsaspekte bei Sexualstraftätern können eine Rolle spielen dahingehend, dass sie durch eine operative Kastration eine Art Wiedergutachtung anbieten und sich zugleich vor weiteren sexuell-destruktiven Impulsen, die zu Beginn einer Behandlung noch immer existieren, schützen wollen. Gerade hier bot das alte Transsexuellengesetz durch die zeitliche Verzögerung von mindestens drei Jahren, in denen der Mensch die Rolle des anderen Geschlechtes zunächst erproben sollte, einen erheblichen Vorteil, weil dies dem raschen Schritt zur Operation vorbeugte. Im Bereich des § 63 StGB könnte man aufgrund der langen Behandlungszeiten als Behandler ebenfalls verzögernd einwirken und so Patienten vor einer iatrogenen Selbstverstümmelung schützen, die durch Reoperationen auch nie vollständig rückgängig gemacht werden kann. Allerdings verlängert man durch eine Verzögerung womöglich auch das Leid der Betroffenen. Grundsätzlich sollte daher eine Psychotherapie die Transition begleiten und dabei die unterschiedlichen motivationalen Hintergründe und Bedürfnisse bearbeiten, bevor weitergehende Entscheidungen getroffen werden.

1 Da sich in den Kliniken überwiegend männliche Personen befinden, für die dann eine Transition zur Frau erfolgen würde, soll hier die männliche Form gewählt werden.

Das wohlwollende Team

Teams stellen eine heterogene Gruppe dar, die trotz des gemeinsamen Zieles eigene Anschauungen und moralische Vorstellungen in die Behandlung mit einbringen. Das ist natürlich auch gewünscht, um den untergebrachten Personen ein Spektrum an Orientierungsmöglichkeiten zu bieten, ihr künftiges Handeln verantwortungsvoll auszurichten. Diese Teams haben in der Regel ein höheres Durchschnittsalter (in Moringen bspw. durchschnittlich rund 47 Jahre. Eigene Erhebung) und stehen aufgrund eigener Sozialisation „modernen“ Anschauungen zu Diversität noch immer kritisch gegenüber. Vielen Mitarbeitenden fällt es in der Regel schon schwer, einen Mann mit „Frau + Nachnamen“ anzusprechen, geschweige denn Nagellack, Büstenhalter, Kleider oder gar eine geschlechtsangleichende Operation zu akzeptieren. Die therapeutische Anordnung, einen Mann mit „Frau“ anzusprechen, kann ins Leere gehen und unterlaufen werden, wenn das Verständnis fehlt. Therapeutisch ist es sogar sinnvoll, dass die Trans-Person unterschiedlich angesprochen wird. Dies kann der Klärung der eigenen Haltung zur Transition dienen, zugleich aber auch die Widersprüchlichkeit der Gesellschaft spiegeln, mit deren Ressentiments es umzugehen gilt. Eine solche Erfahrung gehört daher ebenfalls in den Entscheidungsprozess mit einbezogen.

Die Widerstände in einem Team können enorm sein und es ist wichtig, diese ernst zu nehmen und zu begleiten, nicht zuletzt, um für die (potentielle) Trans-Person einen Rahmen zu schaffen, in welchem sie durch wohlwollende Unterstützung für sich zu einer Klärung kommen bzw. der Transitionsprozess unterstützt werden kann, wobei zunächst die Informationsvermittlung das Team auf den gleichen Wissensstand bringen muss.

Zunächst sollte daher klargestellt werden, dass im ICD-11, dem neuen Krankheitskatalog der WHO, der Eintrag „Transsexualität“ als psychische Störung gestrichen und als „Geschlechtsinkongruenz“ nur noch als ein sonstiger Grund angegeben wird, medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen. Hier zeichnet sich eine zunehmende Entpathologisierung von Trans-Personen und eine deutlich veränderte Haltung von ÄrztInnen zum Thema transgeschlechtliche Identität ab.

Hilfreich kann die Teamsupervision sein, um einen Raum für persönliche Sorgen anzubieten. Im weiteren Verlauf sollten Unsicherheiten Eingang in die Diskussion finden. Da es sich um seltene Fälle handelt, sind Sicherheitsbedenken allemal angebracht und müssen, wie immer, hinreichend abgewogen werden, um etwaige Risiken zu minimieren. Das muss auch Gefährdungen der Trans-Person selbst betreffen, deren Verhalten zu Unruhe unter der Patientenschaft und in der Folge zu aggressiven Handlungen führen kann. Das sichere Auftreten eines Teams stellt hier einen Schutz dar, in dem die Akzeptanz für die Andersartigkeit im Sinne einer Vorbildfunktion wirkt.

Manch teure Behandlung kann weitere Widerstände in einem Team mobilisieren, die dann unter dem Bild von Gerechtigkeitsdiskussionen und Ressourcenmanagement versteckt daherkommen. Auch als Behandler ist man nicht gefeit davor, wenn Trans-Frauen die Laserentfernung von Haaren einfordern, Brustvergrößerungen, Stimmbandverkürzungen etc. und man das Gefühl entwickelt, dass der Wunsch nach einer Hyperoptimierung besteht. In diesen Situationen kann ebenfalls eine Supervision hilfreich sein, um sich der eigenen Ressentiments bewusst zu werden. Auf der anderen Seite hilft ein Blick in das Portefeuille der Krankenkassen; nicht alles, was machbar ist, muss auch bezahlt werden (dazu weiter unten mehr).

Erste Schritte

Manche Menschen erhalten im Rahmen der Unterbringung erstmalig die Möglichkeit, über die eigene sexuelle Entwicklung zu sprechen. TherapeutInnen sollten darauf vorbereitet sein, auch mit ungewöhnlich daherkommenden Wünschen konfrontiert zu werden. Aus der eigenen Klinik kann ein Fall berichtet werden, bei dem die Trans-Frau zwar weibliche Hormone haben wollte, um ein Brustwachstum anzustoßen, eine geschlechtsangleichende Operation hingegen nicht infrage kam. Dies führte zunächst zu einer abwehrenden Haltung auf Seiten der Behandler, bis vermittelt werden konnte, dass bei einer Transition sämtliche Stadien im Sinne eines Kontinuums möglich sind, also vom Wunsch, die Unterwäsche des anderen Geschlechtes zu tragen (es geht hier nicht um sexuelle Erregung wie beim Fetischismus) über einen vollständigen Kleidungswechsel, Perücken, Hormonbehandlung bis hin zur operativen Angleichung. Selbst von dort kann es den Wunsch zu einer auch nur teilweisen Rückentwicklung geben, was dann zu akzeptieren ist. So musste in der Moringer Klinik eine Trans-Frau reoperiert werden, weil sie die Bougierung der Neo-Vagina unterlassen hatte, so dass diese zugewachsen war. Danach kam es erneut zu einem Verschluss. Dieser wurde von der Patientin dann aber sehr deutlich als angenehm rückgemeldet und liegt bis heute vor. Im klinischen Alltag und auch in der Anamnese kam es präoperativ tatsächlich zu häufigen Wechseln des Verhaltens mit männlicher wie weiblicher Kleidung, so dass der zuletzt erreichte Zustand – weiblich mit Brust, aber mit quasi neutralem Genital – vermutlich am besten zu der Patientin passt.

Manche Wünsche können sonderbar anmuten, etwa der Besitz von Tampons auch ohne Neovagina (selbst postoperativ wäre natürlich keine Menstruation zu erwarten). Diese äußeren Attribute sind aber ähnlich wichtig wie bspw. lackierte Fingernägel oder lange Haare bei Trans-Frauen, unterstreichen sie doch die Identifikation mit dem anderen Geschlecht.

Es sollte grundsätzlich vermieden werden, den Eindruck des Exotischen aufkommen zu lassen oder gar ablehnend zu reagieren. Dies ist nicht nur diskriminierend, sondern

mit dem Bild der neutralen Haltung in der Therapie nicht vereinbar. Das muss jedoch nicht bedeuten, sich therapeutisch gänzlich herauszuhalten. Interessiertes Nachfragen fördert letztlich die Auseinandersetzung mit der Frage der eigenen sexuellen Identität. Im Kontext der forensischen Unterbringung können so auch frühe Traumata, wie bspw. ein sexueller Missbrauch, bearbeitet und in Bezug zum Transitionswunsch gesetzt werden. Erlebt eine Trans-Person jedoch Ablehnung durch Unverständnis, wird sie sich kaum mit schwierigen Themen öffnen.

Hormonbehandlung und geschlechtsangleichende Operation

Eine therapeutische Haltung könnte sein, alle Wünsche der Trans-Person, die potentiell reversibel sind, zunächst zu ermöglichen. Neben Kleidung, Personenstandsänderung und Ansprache bedeutet dies auch die hormonelle Behandlung. Hier können sowohl die GnRH-Analoga (z.B. Salvacyl) Eingang in die Behandlung finden, wie die direkte Gabe von Östrogenen, was in jedem Fall unter Begleitung von Endokrinologen erfolgen sollte, da dies mit Risiken verbunden ist, etwa einer Osteoporose. Hierdurch gelingt auch eine relativ rasche optische Angleichung an das weibliche Geschlecht, was von den Trans-Frauen als bedeutender Schritt auf dem Weg zum anderen Geschlecht empfunden wurde. Bei entsprechender Einwilligungsfähigkeit darf und muss der Person ermöglicht werden, selbst über die Risiken einer dauerhaften Schädigung auch nach Absetzen der Medikation zu entscheiden.

Die geschlechtsangleichende Operation stellt hingegen nicht nur für die betroffene Person, sondern auch für die Klinik eine besondere Situation dar. Zum einen ist sie nur bedingt reversibel, zum anderen sehr teuer. In der Regel gibt es im Vorfeld mehrere Termine mit den Operateuren, was per se schon Kosten verursacht, die sich noch erhöhen, wenn eine personalintensive Begleitung erforderlich ist, etwa weil Patienten noch nicht über den Lockerungsstatus verfügen. Operation, Anästhesie und Krankenhausaufenthalt summieren sich zu fünfstelligen Beträgen, was den Pflegesatz stark belastet. Auch die Nachbehandlung ist aufwändig. Neben regelmäßigen Kontrollen muss der Anlage einer Neovagina ein umfangreiches Procedere der Bougierung (Dilatation) folgen. Geschieht dies nicht, muss ggf. erneut operiert werden, was weiteren Aufwand und Kosten erfordert und auch für andere Komplikationen zutrifft. Manche Operationsergebnisse sind unbefriedigend, andere erfordern von vorneherein mehrere Eingriffe, etwa die Neuanlage eines Penis bei einem Trans-Mann.

Aber auch therapeutisch wird von den Behandlern viel abverlangt. Dem spontanen Gedanken, dass die Kastration eines Sexualstraftäters doch eine elegante Lösung sei, folgen rasch Ernüchterung und Scham vor den eigenen Strafimpulsen, denen man nur mit Supervision, einer vernünftigen Informationslage und Diagnostik sowie Begleitung des Patienten auf seinem Wege begegnen kann – so, wie man es immer tun sollte.

Zudem sollten die Auswirkungen auf eine Klinik nicht außer Acht gelassen werden. Die Rassengesetze der Nationalsozialisten stuften insbesondere psychisch Kranke als unwertes Leben ein, was nicht nur zu den bekannten Tötungen im Rahmen der T4-Aktion in den deutschen Psychiatrien führte, sondern auch zu zahlreichen Zwangssterilisationen. Die Nähe zur forensischen Psychiatrie als totaler Institution, die (erneut) Patienten (zwangs-)sterilisiert, ist offenkundig. Manche Klinik befindet sich sogar auf historisch belastetem Gelände, was die Assoziation noch viel leichter ermöglicht. Hier gilt es, Aspekten der Nötigung oder gar Folterung vorzubeugen. Als Psychotherapeut möchte man zudem nicht einige Jahre nach einer geschlechtsangleichenden Operation von einem Patienten mit dem Vorwurf konfrontiert werden, dass man diesen nicht hinreichend vor seinen eigenen destruktiven Impulsen geschützt habe. Auch kann eine solche Maßnahme Auswirkungen auf andere Patienten haben, die die Institution als überwältigend ansehen und Zwangsmaßnahmen erleben müssen, die weit über die Gabe eines Depots hinausgehen und Todesängste wecken können.

Um diesen Entwicklungen vorzubeugen, kann es hilfreich sein, Entscheidungsprozesse auf Dritte und damit aus dem Bereich der für die Unterbringung Verantwortlichen hinaus zu verlagern. Dies könnte im Rückgriff auf die bereits angeführten Empfehlungen der WPATH erfolgen, dass vor einer Operation zumindest eine externe Bewertung durch eine Person vorliegen sollte, die in der Problematik Geschlechtsidentität ausgebildet ist. Weil die Abschaffung des TSA diese Hürde beseitigen wollte, muss aus ethischen Gründen eine Begutachtung durch die Klinik bezahlt werden. Kritisch erscheint es, dass es dadurch zu einer Schlechterstellung gegenüber Personen kommt, die nicht in der forensischen Psychiatrie untergebracht sind und zumindest aktuell noch keine solche fachliche Einschätzung benötigen.

Wie viel Frau darf es sein, bitteschön?

Patienten sollten angehalten werden, sich im anderen Geschlecht zu erproben. Dazu gehört, dass das Team Männer mit „Frau“ anredet und von „ihr“ spricht, nicht „ihm“. Die äußere Entscheidung sollte sich deutlich in Richtung des anderen Geschlechtes verändern, was insbesondere Kleidung, Frisur, Nagellack, Schmuck (soweit erlaubt) usw. betrifft. Bereits bei der Beschaffung von Büstenhaltern stoßen Patienten in Kliniken mitunter auf Widerstand, weil Verwaltungen nicht bereit sind, dafür zu zahlen. Hier ist seitens der Behandler ebenfalls Überzeugungsarbeit zu leisten.

Manche Menschen versuchen, die Ärztinnen und Ärzte einer Klinik vor sich herzutreiben. Mit Verweis auf Diskriminierung sowie persönliche Traumata soll die Transition möglichst rasch und perfekt erfolgen. So wie andere Untergebrachte ihren Zahnstatus in Ordnung bringen lassen möchten, soll die Klinik nun alle Wunden der Ver-

gangenheit ausmerzen. Dies gehört jedoch nicht unbedingt zum Auftrag einer forensischen Klinik. Natürlich ist es wichtig, Patientinnen und Patienten auf ihrem Weg zu begleiten, doch gilt noch immer, dass sich die Verhältnisse innerhalb der Unterbringung den äußeren Lebensbedingungen anpassen sollen. Und ebenso wenig, wie man den Weg ins andere Geschlecht verweigern und auf später verschieben darf, muss sich eine Klinik nicht dem Tempo einer Trans-Person beugen. Wie bereits ausgeführt, kann es viele Gründe geben, sich von seinem Geschlecht zu verabschieden. Der Wunsch, sich neu zu erfinden und das alte Leben hinter sich zu lassen und damit auch die Schwierigkeiten und Straftaten, ist allzu leicht nachzuempfinden. Ob dieser Weg allerdings der richtige ist, darf durch die Klinik geprüft werden, gerade im Kontext psychischer Erkrankungen. Zu denken ist hier etwa auch an körperdysmorphe Störungen, etwa bei Psychosen.

So gibt es bspw. Klagen über die erreichte Brustgröße, die nach längerer Hormonbehandlung nicht zufriedenstellend, konkret: zu klein sei, was nur durch eine Operation behoben werden könne. Ähnliche Diskussionen finden sich zum Bartwachstum (Lasertherapie), zur Stimmbandkürzung, Korrektur der Wangenknochen, Nase oder Ähnlichem. Das allerdings sind Probleme, mit denen sich Cis-Frauen ebenfalls herum-schlagen müssen. Therapeutisch ist es dann erforderlich, auf die körperliche Vielfalt hinzuweisen. Nicht umsonst gibt es bei Büstenhaltern die Körbchengröße A und nicht nur D. Und die Staatsanwältin im Tatort aus Münster kann als gutes Beispiel für Frauen mit tiefer Stimmlage dienen. Barthaare stellen dabei durchaus ein großes Problem dar, weil sie für alle sichtbar sind und nicht kaschiert werden können, sondern nur durch mehrfaches Rasieren am Tag entfernt werden müssen, was auch die Haut belastet. Man kann hier als Klinik durchaus über eine Laserbehandlung nachdenken, sollte dann aber den Trans-Frauen auch einen Eigenanteil abfordern, um die Ernsthaftigkeit dieses Wunsches zu überprüfen. Damit kann zudem demonstriert werden, dass die Personen nach der Unterbringung durchaus den Weg einer weiteren Angleichung gehen können, diesen dann aber selbst bezahlen müssen.

Im Abgleich mit der Patientenverwaltung ist stets ein Blick auf den Leistungskanon der Krankenkassen erforderlich. Dies dient zum einen der eigenen Orientierung – Was kann? Was muss? – kann aber die Abgrenzung zu Wünschen der Trans-Frauen erleichtern, die bspw. auch im Rahmen einer Beschwerde gem. § 109 StPO Schwierigkeiten hätten, ihre Forderungen durchzusetzen. Es sei darauf hingewiesen, dass vom Leistungskatalog der Krankenkasse dann abgewichen werden kann, wenn damit die psychiatrische Erkrankung besser behandelbar wird. Postuliert man bspw., dass die Störung der Geschlechtsidentität Ursache für die schwere psychiatrische Erkrankung ist und dass die Linderung die Prognose in strafrechtlicher Hinsicht verbessern würde, wäre es auch für die Entwicklung des Patienten schädlich, ihm/ihr diese Therapie zu verweigern.

Männer und Trans-Frauen gemischt

Auf die Schwierigkeiten, Trans-Frauen und Cis-Frauen auf einer Station unterzubringen, wurde schon hingewiesen. Je nach Grad der Transition sowie der Deliktlage müssen Kliniken daher individuell entscheiden, was jeweils zumutbar ist, wobei auch Ängste der Cis-Frauen Berücksichtigung finden müssen. Ideal ist die Unterbringung in einem Einzelzimmer, welches zunächst einmal eine hinreichende Abgrenzung ermöglicht, allerdings auch zu Unmut anderer Patienten wegen der Sonderbehandlung führen kann. Die Nutzung von Gemeinschaftsbädern erscheint zumutbar, wenn diese bspw. abschließbar sind und so ein geschützter Bereich für die Trans-Person geschaffen werden kann. Verfügt eine Klinik über gemischtgeschlechtliche Stationen, so sollte eine Verlegung dorthin geprüft werden, weil dies natürlich auch den Verhältnisse „draußen“ am nächsten kommt.

Bewegung im öffentlichen Raum

Besondere Risiken entstehen, wenn Trans-Personen sich in der Öffentlichkeit bewegen. Es drohen versteckte und offene Anfeindungen bis hin zu verbalem Hass und körperlicher Bedrohung, worauf die Patientinnen vorbereitet werden müssen, um nicht psychisch zu dekompensieren. Hilfreich kann hierbei das Training in Form begleiteter Ausgänge sein, weil dann eine sozialkompetente Person aus der Klinik mit anwesend ist und ggf. den Ausgang abbrechen oder schlimmstenfalls auch Hilfe von der Klinik oder sogar Polizei anfordern kann. Unangenehme Erfahrungen können im Vorfeld antizipiert oder nachbesprochen werden.

Die Nutzung einer öffentlichen Toilette stellt eine Herausforderung dar. Männlich imponierende Trans-Frauen müssen mit offener Aggressivität durch Cis-Frauen rechnen, die sich genötigt fühlen könnten. Das wiegt dann besonders schwer, wenn es sich auch noch um einen Sexualstraftäter handelt. Es wird im Einzelfall schwierig sein, einen Patienten zu schützen, dem ein sexueller Übergriff in einer Frauentoilette vorgeworfen wird. Eine Lösung besteht darin, Schwerbehindertentoiletten zu nutzen, die in der Regel geschlechtsneutral sind. Entsprechend müssen Trans-Personen bereits im Vorfeld eines Ausganges wissen, wo sie im Zweifelsfall auf die Toilette gehen. Dem Vorwurf, die Trans-Person werde durch den Titel Schwerbehinderung diskriminiert, kann aktiv begegnet werden. Zum einen ist die Bezeichnung Schwerbehinderung an sich nicht diskriminierend, sondern ein im deutschen Sozialrecht (SGB IX) definierter, rechtlicher Fachbegriff. Zum anderen dient diese Vorgehensweise dem Selbstschutz der Trans-Person, woran ihr auch gelegen sein sollte.

Transphobe Reaktionen werden mit großer Wahrscheinlichkeit auch bei der Suche nach einem geeigneten Arbeitsplatz oder einer Wohnung auftreten, wobei das städtische Umfeld mehr Schutz bietet als eine dörfliche Umgebung. Kliniken sollten prüfen, ob in Einzelfällen ein Umzug auch in weit entfernte Städte möglich ist. So findet sich in Berlin eine recht große queere Szene, in der Trans-Personen leichter unterkommen. Schwieriger wird sich dann allerdings die forensische Nachsorge gestalten, so dass durchaus divergierende Interessen vorliegen können. Die durch den Sozialdienst zu bewältigenden Aufgaben sind anspruchsvoller und schwieriger als bei anderen Patienten und erfordern einen besonderen Unterstützungsbedarf.

Nachbetreuung

Eine Trans-Person ist möglicherweise auf eine lebenslange hormonelle Substitution angewiesen, was vor einer Entlassung zu organisieren ist. Gerade in kleineren Städten kann nicht mit Fachleuten gerechnet werden, die über ausreichend Erfahrung mit Trans-Personen verfügen. Auch sind ablehnende Haltungen von Praxen erwartbar, zumal es sich um forensische Klientel handelt mit entsprechenden Vorstrafen.

Wenn möglich sollte die Anbindung an ein entsprechendes Netzwerk erfolgen, wo Trans-Personen Unterstützung auf vielerlei Ebenen erfahren, vor allem aber auf sachkundige und verständnisvolle Personen treffen, die oftmals selbst eine Transition hinter sich haben.

Hilfreich ist sicher die Anbindung an eine Forensische Institutsambulanz (FIA), die die Transition nicht per se als deliktrelevant einstuft und ebenfalls im Alltag helfen kann, Hürden abzubauen, bspw. auch bei Ämtern und Behörden.

Abschlussbemerkung

Die Begleitung von Trans-Personen stellt noch immer eine Rarität in forensischen Kliniken dar und wird es vermutlich auch bleiben. Wenig zielführend erscheint es, diese Personen in irgendeiner Form als Besonderheit zu führen. Man sollte sich vergegenwärtigen, dass eigentlich für alle im Maßregelvollzug Untergebrachten letztlich ein jeweils eigener therapeutischer Weg gefunden werden muss. Dabei nutzen die Kliniken bewährte Bausteine, aber Anpassungen sind immer erforderlich. Ähnlich verhält es sich mit Trans-Personen, die in zahlreiche Therapien und Strukturen einer Klinik gut einzubinden sind, aber in manche eben nicht oder nur durch eine wie auch immer geartete Anpassung. Letztlich geht es auch hier um die Frage, wie ein zufriedenstellendes Leben im Sinne eines Good-Lives-Models gestaltet werden kann. Und

hierauf eine Antwort zu finden, gehört zu den Kernbereichen guten therapeutischen Handelns.

Literatur

Bundesverband trans*: www.Bundesverband-trans.de

EPATH: www.EPATH.eu

S2k Leitlinie Chirurgische Maßnahmen bei Geschlechtsinkongruenz. https://register.awmf.org/assets/guidelines/043-052l_S2k_Chirurgische-Massnahmen-bei-Geschlechtsinkongruenz_2025-08.pdf

Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/26895269.2022.2100644>. Letzter Zugriff 25.03.2026

T'Sjoen, G., Arcelus, J., De Vries, A. L. C., Fisher, A. D., Nieder, T. O., Özer, M., & Motmans, J. (2020): European Society for Sexual Medicine Position Statement "Assessment and Hormonal Management in Adolescent and Adult Trans People, with Attention for Sexual Function and Satisfaction" *Journal of Sexual Medicine*, 17(4), 570-584

WPATH: www.WPATH.org

Zeidler R, Dudeck M, Frank U, Gerlinger G, Hesse D, Muysers J, Pollmächer T, Riedemann C, Sander J, Völm B, & Müller J. (2023) Die Situation des deutschen Maßregelvollzugs – Ergebnisse einer Umfrage der DGPPN. *Nervenarzt*. <https://doi.org/10.1007/s00115-023-01564-7>