

Trans* und Drogenkonsum

**Zwischen neoliberaler Gesundheitsanrufung
und gesellschaftlicher Stigmatisierung**

6-Monats-Abschlussarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades „Master of Arts (M. A.)“

an der Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen

vorgelegt am 03.07.2017

von Ivo Marlon Boenig aus Hagen

Gutachter/in: Dr. Uta Schirmer

Gutachter/in: Dr. Konstanze Hanitzsch

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	2
2. Gesundheit und Krankheit im neoliberalen Diskurs	6
2.1. Neoliberale Herrschaftsformen.....	6
2.2. Gesundheit und Krankheit als Konstruktion.....	10
2.3. (Psycho-)Pathologisierungen im Gesundheitsdiskurs.....	13
3. Gesellschaftliche Aushandlungen von Trans*	16
3.1. Sprache und Selbstbestimmung – die Relevanz von Selbstbezeichnungen.....	17
3.2. Institutionalisierte Fremdbestimmung von Geschlechtsidentitäten.....	22
3.2.1. Juristische Regulierung von Geschlecht.....	22
3.2.2. Psychopathologisierung im Rahmen der <i>Geschlechtsidentitätsstörung</i>	25
4. Gesellschaftliche Konstruktionen von Drogenkonsum	30
4.1. Drogen-Klassifikationen im Zuge der staatlichen Regulierung.....	31
4.2. Stigmatisierung durch die Terminologie der <i>Sucht</i>	35
5. Drogenkonsumverhalten von trans*Personen	40
5.1. Psychische Gesundheitssituation von trans*Personen.....	40
5.1.1. Diskriminierung und Stigmatisierung als Belastungsfaktoren.....	41
5.1.2. Alltägliches Erleben von Trans*feindlichkeit.....	44
5.1.3. Diskriminierungserleben im medizinisch und juristischen System.....	48
5.2. Korrelationen von Trans* und Drogenkonsum.....	50
5.2.1. Diskriminierungsverarbeitung mit Hilfe psychotroper Substanzen.....	51
5.2.2. Regulierung von internalisierter Trans*feindlichkeit.....	55
5.2.3. Psychopharmaka und Hormone – psychotrope Substanzen als Selbsttechnologien.....	59
6. Perspektiven für eine emanzipatorische Beratungsarbeit	63
6.1. Trans*sensible Drogenarbeit und drogenakzeptierende trans*Beratung?.....	64
6.2. Ambivalenzen von gesundheitsfördernder Beratung.....	68
7. Fazit	71
8. Literaturverzeichnis	76

1. Einleitung

Durch meine Tätigkeit als Sozialarbeiter in einer hessischen AIDS-Hilfe, die neben dem ursprünglichen Schwerpunkt der HIV- und STI-Prävention sowohl zu den Themen Drogenkonsum als auch Lebensrealitäten von LGBT*IQ arbeitet, habe ich verschiedene Begegnungen mit dem Thema des Drogenkonsums in queeren Communities¹. Insbesondere Konsum(-verhalten) (il)legalisierter psychotroper Substanzen² von *Männern**, *die Sex mit Männern** (kurz: MSM*) haben, ist ein Thema, welches in vielen AIDS-Hilfen, aber auch im medialen Diskurs, zunehmend Präsenz erlangt³. Hingegen fand um die Thematik von Drogenkonsum in queeren Communities, abseits der MSM*-Szene, bisher kaum eine Auseinandersetzung statt. Dies spiegelt sich sowohl in wenigen expliziten wissenschaftlichen Studien als auch in damit zusammenhängenden fehlendem Wissen wieder. Jedoch bestehen u. a. im US-amerikanischen Raum wenige Studien und Diskurse über die Verbindung von Drogenkonsum und queeren Lebenswelten. So ergab bspw. eine im Jahr 2016 erscheinende Studie des US-Gesundheitsministeriums, dass homo- und bisexuelle Menschen im Vergleich zu heterosexuellen Menschen häufiger psychotrope Substanzen, wie Alkohol, Nikotin und illegalisierte Substanzen, konsumieren. Dies wird in einem vermehrten Erleben von Diskriminierung, Stigmatisierung und Ausgrenzung begründet, welches zu einer erhöhten Vulnerabilität und einem erhöhten Vorkommen psychischer Erkrankungen führt (vgl. queer.de 2016). Homo- und bisexuelle Menschen sind besonderen Diskriminierungsmechanismen ausgesetzt, die auf einer Normierung und Idealisierung von Heterosexualität und einer damit zusammenhängenden Annahme des Bestehens zweier diametraler Geschlechter basiert. Da Sexualität und Geschlecht in diesen Mechanismen der Diskriminierung und Normierung eng miteinander verbunden sind, sind auch trans*Personen von ähnlichen Diskriminierungsstrukturen betroffen, auch wenn es sich bei Trans* keinesfalls um eine Form der Sexualität handelt. Die Verbindung, wie sie auch die oben genannte Studie herstellt, zwischen dem Konsum psychotro-

1 An dieser Stelle wird *queer* als Sammelbegriff für geschlechtliche Identitäten, Begehrensformen und Sexualitäten, abseits der Norm von Heterosexualität, verwendet. Mit *queeren Communities* sind somit verschiedenste Personen, Gruppierungen, Szenen von u. a. lesbischen, schwulen, bi- und asexuellen Personen, inter und trans*Menschen gemeint.

2 Die Bezeichnung *psychotrope Substanzen* entspricht einem Sammelbegriff für verschiedenste chemische und pflanzliche Stoffe, die eine Wirkung auf die Psyche und die Wahrnehmung haben. Hierzu zählen u. a. Bestandteile mancher Lebensmittel, wie Kaffee oder Tee, Medikamente, wie z. B. Antidepressiva oder Tranquilizer sowie als *Drogen* bezeichnete illegalisierte psychotrope Substanzen, wie Heroin und Amphetamine.

3 Der Konsum psychotroper Substanzen zur sexuellen Leistungs- und Luststeigerung, sog. *Chemsex*, wird häufig als Risikofaktor für die Gesundheit, vor allem in Bezug auf den Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionen, angesehen und als dieser auch zunehmend im deutschsprachigen Raum thematisiert (vgl. Taubert/Schafberger 2016: 2ff.).

per Substanzen und psychischer Vulnerabilität, entspricht einer gängigen gesellschaftlichen Annahme, die Drogenkonsum mit psychischer Instabilität oder Krankheit gleichsetzt und daraus per se als behandlungsbedürftig betrachtet.

Die vorliegende Arbeit thematisiert jedoch weniger das Phänomen von Drogenkonsum in queeren Communities im Allgemeinen, sondern legt einen Fokus auf Trans*, als einen Teil queerer Communities, und deren Korrelation zu Drogenkonsum: Nicht nur Drogenkonsument*innen, sondern auch trans*Personen sind innerhalb des Gesundheitssystems zahlreichen negativen Einflüssen, bspw. medizinischer und juristischer Regulierungen durch Psychotherapeut*innen, Psychiater*innen und Sozialarbeiter*innen, ausgesetzt. Wie die folgende Ausführung zeigen wird, erleben beide Personengruppen, insbesondere auch drogenkonsumierende trans*Menschen, Psychopathologisierung, juristische Regulierung und/oder Repression sowie gesellschaftliche Diskriminierung und Ausgrenzung. (Neo-)liberale Anrufungen und Machtmechanismen wirken nicht nur auf solche Institutionen der Medizin oder des Rechts, sondern auch auf einen allgemeinen gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit Drogenkonsum und Trans*. So kann beides als Strukturkategorie betrachtet werden, die den Ansprüchen und Idealvorstellungen der individuellen Lebensführung entgegensteht. Trans* wird in Deutschland im hohen Maße juristisch und medizinisch reguliert, indem bspw. die Definition über das eigene trans*Sein nicht bei den Personen selbst, sondern bei verschiedenen Institutionen liegt, die über die jeweilige Glaubwürdigkeit oder Echtheit des trans*Seins entscheiden. Der Besitz, Handel und Konsum von manchen psychotropen Substanzen wird in Deutschland ebenso versucht über strafrechtliche und psychotherapeutische Maßnahmen zu regulieren, mit dem Ziel, diese zu verhindern und zu verringern. Tabuisierungen, Abwertungen und Ablehnungen sind beiden Themen inhärent. Die im deutschsprachigen Raum bisher geringe Betrachtung von *Trans* und Drogenkonsum* in seiner Verbindung begreife ich nicht als Resultat von einer niedrigen real existierenden Relevanz, sondern als Folge eben jener strukturell inhärenten Mechanismen, die zur Tabuisierung der beiden Themen führen.

In der vorliegenden Ausarbeitung wird eine kritische Perspektive auf (Macht-)Mechanismen in neoliberalen Gesellschaften, in Hinblick auf die Frage der Bedeutung bzw. Relevanz des Themenbereichs Drogenkonsum in trans* Communities, eingenommen. Zudem ist die, der Arbeit zugrunde liegende, Perspektive nicht nur von Erfahrungen als Sozialarbeiter, sondern auch von meinen Erfahrungen als trans*Person geprägt. Um die Korrelation von *Trans* und Drogenkonsum* zu erfassen, werden sowohl mögliche Ursachen und Gründe für den Konsum psychotroper Substanzen durch trans*Personen analysiert als auch der gesellschaftliche Diskurs um *Trans* und Drogenkonsum* betrachtet. Dieser ist von verschiedenen Ambivalenzen geprägt, welche Teil neoliberaler Anrufungen an die Verantwortung für das eigene Leben und insbesondere auch an

die Gesundheit sind. Da die Förderung und der Erhalt von Gesundheit einer basalen Anrufung neoliberaler Gesellschaften entspricht und insbesondere trans*Personen sowie Drogenkonsument*innen immer wieder in Kontakt mit verschiedenen Instanzen des Gesundheitswesens stehen, wird sich zunächst dem gesellschaftlichem Diskurs über *Gesundheit* und *Krankheit* gewidmet (siehe Kap. 2), indem insbesondere für neoliberale Gesellschaften spezifische Herrschaftsmechanismen (siehe Kap. 2.1) der Führung und Kontrolle des individuellen Selbst betrachtet werden (siehe Kap. 2.2), um daraus folgend eine kritische Perspektive zu Praktiken der (Psycho-)Pathologisierung einzunehmen (siehe Kap. 2.3). Da der Fokus der vorliegenden Ausarbeitung auf trans*Lebensrealitäten und -Perspektiven liegt, folgt weiterführend sowohl eine Begriffsbestimmung von *Trans** als auch eine Kontextualisierung von Macht- und Regulierungsmechanismen, die auf trans*Personen wirken (siehe Kap. 3): Zunächst wird auf verschiedene Selbstdefinitionen und -konzepte von *Trans** und deren Relevanz in einer von einer binären Geschlechterordnung geprägten Gesellschaft eingegangen (siehe Kap. 3.1). Die Wichtigkeit von Identitätsbenennungen als selbstbestimmtes Moment wird vor allem im Kontext von institutionell verankerten Fremddefinitionen im medizinisch-psychiatrischen sowie juristischen Kontext deutlich, sodass eine Darstellung von bestehenden juristischen und medizinisch-psychiatrischen Regelungen sowie aktuelle Entwicklungen und deren kritische Reflexion folgt (siehe Kap. 3.2). Hierbei wird sich vor allem auf juristisch erwachsene trans*Personen fokussiert, sodass Besonderheiten für trans*Kinder oder -Jugendliche aufgrund des Rahmens keine Betrachtung finden. Um eine Betrachtung des Themas *Trans* und Drogenkonsum* zu ermöglichen, wird zudem eine Einführung in die gesellschaftlichen Konstruktionen des Drogenkonsums folgen (siehe Kap. 4). Im Rahmen dessen werden zunächst die Mechanismen der Klassifikation von illegalisierten und legalisierten psychotropen Substanzen skizziert (siehe Kap. 4.1), um anschließend die institutionalisierten Strukturen, die auf Drogenkonsument*innen wirken, zu betrachten: Im Kontext neoliberaler Gesellschaften erfolgt eine Darstellung der staatlichen Regulierung von Drogenkonsum (siehe Kap. 4.1), sowie der Funktionen des Ausschlusses und der Stigmatisierung von Drogenkonsument*innen (siehe Kap. 4.2). Bei der Betrachtung des Themenfeldes *Drogenkonsum* liegt der Fokus auf allgemein wirkende Normierungs- und Ausschlussmechanismen. Diese betreffen jedoch nicht alle Menschen gleichermaßen, da die Bewertungen darüber, wer als *Drogenkonsument*in* wahrgenommen wird oder nicht, nicht nur von den unterschiedlichen Substanzen und Konsumstilen abhängig ist, sondern auch von den jeweiligen sozialen Kontexten sowie dem gesellschaftlichen Status des*r Konsument*in. Auf Grund des Rahmens wird an dieser Stelle jedoch von einer differenzierten Betrachtung abgesehen. Darauf folgend wird sich der eigentlichen Frage der vorliegenden Ausarbeitung nach der Korrelation von *Trans* und Drogenkonsum* gewidmet (siehe Kap. 5): Im Kontext der psychischen Vulnerabilität von trans*Personen, die, wie

bereits beschrieben, häufig im Zusammenhang mit Drogenkonsum betrachtet wird, wird mit Hilfe von Ergebnissen verschiedener Studien die allgemeine psychische Gesundheitssituation von trans*Personen dargestellt. Im Fokus liegen hier vor allem das Erleben von trans*feindlichen Diskriminierungs-, Stigmatisierungs- und Gewalterfahrungen sowie deren Auswirkungen (siehe Kap. 5.1). Daraus werden Überlegungen zu dem Drogenkonsumverhalten von trans*Personen abgeleitet. Da es jedoch keine spezifischen Studien, die sich der Frage der Korrelation von Trans* und Drogenkonsum widmen, gibt, handeln die Ausführungen weniger von der tatsächlichen Verteilung von Drogenkonsum unter trans*Menschen, sondern vor allem von den Mechanismen der gesellschaftlichen Bewertung und Begründung von Drogenkonsumverhalten im Kontext von Trans*. Ohne Risiken von Drogenkonsum negieren zu wollen, wird an dieser Stelle versucht, entgegen der in der Regel sonst wirkenden Psychopathologisierung von trans*Menschen und Drogenkonsument*innen, eine positive Perspektive auf Drogenkonsum zu eröffnen und zu diskutieren (siehe Kap. 5.2). Trans* und Drogenkonsum stellen eine Verbindung dar, die auf theoretischer Ebene Ähnlichkeiten aufweist, welche eine reelle Wirkung für drogenkonsumierende trans*Personen haben. Es ist jedoch zu beachten, dass die folgende Analyse nicht verallgemeinert auf alle trans*Personen, Drogenkonsument*innen sowie drogenkonsumierenden trans*Personen zu übertragen ist. So finden in der vorliegenden Ausarbeitung bspw. weitere Strukturkategorien, wie *race*⁴ und Klassenzugehörigkeit, die ebenso Wirkungsmächtigkeiten auf die Lebensrealität von Menschen und deren gesellschaftliche Bewertungen haben, nur wenig Betrachtung. Durch die strukturellen Begebenheiten, die dazu führen, dass trans*Personen und Drogenkonsument*innen häufig in Kontakt mit dem Gesundheitswesen und entsprechenden Beratungsangeboten stehen, erfolgt zu guter Letzt ein Ausblick auf eine mögliche emanzipatorische Beratungsarbeit als Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit in Bezug auf drogenkonsumierende trans*Personen (siehe Kap. 6). Dies erscheint insbesondere von Relevanz, weil es auch in der Sozialen Arbeit häufig an einer kritischen und sensiblen Perspektive in Bezug auf von der Norm abweichende Lebensrealitäten mangelt, sodass dort ebenso Stigmatisierungen und Diskriminierungen erlebt werden. In der vorliegenden Arbeit wird die häufig bestehende Defizit-Perspektive, welche Drogenkonsument*innen und trans*Personen die Fähigkeit zur Selbstbestimmung abspricht, nicht nur aus einer wissenschaftlichen Perspektive, sondern auch im Kontext einer beraterischen Praxis, kritisiert. Der Ansatz der Lebensweltakzeptanz versucht diese negativen Wertungen aufzubrechen, verschiedene Lebensrealitäten wertfrei anzunehmen und ihnen respektvoll und offen zu

4 Die Strukturkategorie *race* wird „zum einen als soziokulturelle Konstruktion des ‚Rassismus‘ und zum anderen als politische Analysekategorie verstanden“ (Kelly 2013/2010: 345). Da der deutschsprachige Begriff *Rasse* stark mit biologischen und naturalistischen Vorstellungen assoziiert ist, wird der englischsprachige Begriff *race* verwendet (vgl. ebd.).

begegnen. So bestehen Beratungsangebote, welche sich explizit entweder an Drogengebraucher*innen oder an trans*Personen richten, ohne diesen ihre Lebensrealitäten abzusprechen. Dementsprechend wird abschließend eine Verbindung dieser zielgruppenspezifischen Angebote hergestellt (siehe Kap. 6.1), um diese anschließend kritisch im Kontext von neoliberalen Gesundheitsanrufungen zu betrachten (siehe Kap. 6.2).

2. Gesundheit und Krankheit im neoliberalen Diskurs

Bevor sich der spezifischen Fragestellung nach der Korrelation von Drogenkonsum und Trans* gewidmet wird, folgt zunächst eine Darstellung der theoretischen Hintergründe, welche der vorliegenden Ausarbeitung zu Grunde liegen. Sowohl der Themenkomplex *Drogenkonsum* als auch *Trans** sind eng mit Diskursen um *Gesundheit* und *Krankheit* verknüpft, sodass es für ein tiefergehendes Verständnis eine Auseinandersetzung mit eben jenen Gesundheits- und Krankheits- bzw. (Psycho-)Pathologisierungsdiskursen in neoliberaler Gesellschaftsstruktur, in welcher jene Diskurse verortet sind, braucht. Hierfür wird nach einer kurzen Erläuterung über neoliberale Gesellschaftsstrukturen und deren Herrschaftsformen (siehe Kap. 2.1) skizziert, wie Gesundheit und Krankheit definiert, verhandelt und konstituiert werden. In der heutigen Gesellschaft, in der Gesundheit auf eine neue Art und Weise von Relevanz ist und spezifische gesundheitspolitische Anrufungen und Anforderungen an das Individuum gestellt werden, bedarf es einer Analyse am Feld der Gesundheit wirkenden Mechanismen (siehe Kap. 2.2). Da sowohl trans*Personen als auch Drogenkonsument*innen unter bestimmten Umständen psychopathologisiert werden, wie die darauf folgenden Ausführungen zeigen, wird daran anschließend eine kritische Auseinandersetzung mit (Psycho-)Pathologisierungen und deren Verknüpfungen zu Gesundheitsanrufungen folgen (siehe Kap. 2.3).

2.1. Neoliberale Herrschaftsformen

Neoliberalismus entspricht einer sich seit den 1930er Jahren entwickelnden kapitalistischen Gesellschaftsform, die von spezifischen Mechanismen zur Regulierung des ökonomischen Marktes sowie zur politischen und gesellschaftlichen Gestaltung geprägt ist. Neoliberalismus stellt somit kein rein ökonomisches Modell, sondern ebenso ein Modell der Lebensführung und -haltung dar. Jedoch bestehen nicht nur in verschiedenen Ländern unterschiedliche neoliberale Konzepte und Theorien, auch die häufig bestehenden Aufladungen des Begriffs *Neoliberalismus* erschweren eine genaue Definition. Da unterschiedliche politische und auch emotionale Konnotationen in Bezug auf Neoliberalismus bestehen, kann weniger von dem *einen* Neoliberalismus, sondern von

verschiedenen neoliberalen Verständnissen und Ausprägungen ausgegangen werden (vgl. Butterwegge et al. 2008/2007: 11; Ptak 2008/2007: 22ff.).

Ohne im Weiteren den historischen Verlauf und mögliche Darstellungsformen neoliberaler Gesellschaften nachzuzeichnen, erfolgt nun eine grobe Skizzierung der Begriffsverwendung *Neoliberalismus* in der vorliegenden Ausarbeitung. Neoliberalismus als „*neuer Liberalismus*“ (Ptak 2008/2007: 15; Hervorh. i. O.) konstituiert sich sowohl in einer Ablehnung als auch durch eine Rezeption von Gestaltungs- und Organisationsformen des Wirtschaftsliberalismus (vgl. ebd.: 16). Auch der klassische Liberalismus ist von verschiedenen Strömungen und Ausprägungen, sowie verschiedenen Ebenen dessen Wirkungs- und Anwendungsweisen, geprägt. Biebricher (2015/2012) unterscheidet so bspw. zwischen der „politischen Dimension“ (ebd.: 24) des Liberalismus, welche durch das Eintreten „für Rechtsstaatlichkeit und eine rechenschaftspflichtige Regierung“ (ebd.) und einer „ökonomischen Dimension“ (ebd.), die von einer Abwehr „gegen alle Formen von Marktzugangsbeschränkungen“ (ebd.) gekennzeichnet ist. Der Aspekt der *Freiheit*, sowohl in Bezug auf die Wirtschaftspolitik als auch in Bezug auf das Individuum, steht im liberalen Denken im Fokus (vgl. ebd.: 25ff.). Obwohl *Freiheit* auch im Neoliberalismus angestrebt und versprochen wird, sind in der Abkehr zum Liberalismus, wie in der folgenden Erläuterung noch konkreter gezeigt wird, Tendenzen hinzu einer Regulierung von Marktwirtschaft und individuellem Leben zu verzeichnen. In Deutschland folgte eine stärkere Ausprägung des Neoliberalismus auf die ökonomische und soziale Krise des vorherigen fordistischen Kapitalismus in den 1970er Jahren (vgl. Anhorn/Balzereit 2016: 79). Die Maximierung von Profit durch industrielle Massenproduktion und dadurch veränderte Arbeitsverhältnisse waren zentrales Moment des Fordismus (vgl. ebd.: 72). Um dies zu gewährleisten, entwickelte sich ein Mechanismus der Normalisierung heraus, welcher nicht nur an die Gestaltung der Lohnarbeitsverhältnisse⁵ in Form versicherungspflichtiger Erwerbsarbeit, sondern ebenso an die Gestaltung der individuellen Biografien sowie an die Familienplanung im Sinne der Gründung einer heterosexuellen Kleinfamilie appellierte (vgl. ebd.: 73). Durch die ökonomische und soziale Krise des Fordismus wurde eine Veränderung der Mechanismen und Strategien notwendig, die sich, so Anhorn und Balzereit (2016), vor allem in Bezug auf die Aspekte der „*Arbeitsmoral(en)* und *Lebensweisen*, [...] *Herrschaftsformen* und [...] *Strategien der Kapitalwertung*“ (ebd.: 71; Hervorh. i. O.) beziehen (vgl. ebd.). Der Neoliberalismus wirkt in Richtung einer Auflösung zuvor im Fordismus bestehender binärer Trennungen. Zuvor getrennte Lebensbereiche, wie Lohnarbeit und Freizeit, privat und öffentlich sowie reale und virtuelle Welt, werden zunehmend miteinander verbunden

5 Ich verwende den Begriff der *Lohnarbeit*, um diesen von anderen unentgeltlichen Arbeitsformen abzugrenzen und damit gleichzeitig unentgeltliche Arbeit, wie bspw. den Bereich der Care-Arbeit und des Ehrenamts, als Arbeit zu markieren.

(vgl. ebd.: 28). Auch ökonomische und marktbezogene Aspekte sind nun nicht mehr getrennt vom Individuum und der Gesellschaft, sondern werden auf „Staat, Individuum und (Zivil-)Gesellschaft“ (ebd.: 83) übertragen. Die Verantwortung für das Funktionieren des Marktes wird an dieser Stelle sowohl dem Individuum und dessen Lebensführung als auch der Gesellschaft im Sinne von „bürgerschaftliche[m] Engagement“ (ebd.) zugesprochen (vgl. ebd.). Zu den zentralen Momenten des Neoliberalismus gehören so bspw. die

„Globalisierung der Produktionsweise, eine neue Stufe der Durchkapitalisierung der Gesellschaft mit einer dazugehörigen Deregulierung von Arbeitsverhältnissen und Privatisierung von staatlichen Funktionsbereichen“ (Stehr 2007: 35).

Hiermit in Verbindung steht zudem eine allumfassende Flexibilisierung verschiedenster Lebens- und Gesellschaftsbereiche, wie der Gestaltung von Lohnarbeitsverhältnissen, bspw. in Bezug auf Arbeitszeit und Arbeitsort, sowie damit verbunden der Lebensgestaltung und letztendlich der Persönlichkeitsstruktur (vgl. Anhorn/Balzereit 2016: 84). Vor allem Lohnarbeitsverhältnisse werden durch befristete Verträge und Verträge ohne den Erhalt von Sozialleistungen zunehmend flexibler gestaltet, wie bspw. im Rahmen sog. Leiharbeit, sodass von den Individuen nicht nur Zuverlässigkeit und Engagement zum Erhalt von Arbeitsverhältnissen gefordert werden, sondern ein selbstständiges Präzisieren und Darstellen der eigenen, die Arbeit betreffenden, Nützlichkeit (vgl. Stehr 2007: 35). In diesem Kontext haben sich zudem die Vorstellung und das Gefühl von (Un-)Sicherheit gewandelt. So stellen Anhorn und Balzereit (2016) dar, dass

„[d]ie Signatur der neo-liberalen Gesellschaftsformation [...] ein auf Dauer gestellter Zustand der *Unsicherheit* [ist], und zwar sowohl im Hinblick auf die *sozialen* Dimensionen von (Un-)Sicherheit (Prekarisierung von Lohnarbeitsverhältnissen, Privatisierung sozialer Sicherheit) wie im Hinblick auf die Dimensionen der *inneren* (Un-)Sicherheit, die ihren Ausdruck vor allem in dramatisierenden Inszenierungen von Sicherheits- und Moralpaniken findet“ (ebd.: 82; Hervorh. i. O.).

Das Erleben von Unsicherheit ermöglicht weiterführend die Durchsetzung von Ordnungs- und Herrschaftspolitiken auf das Individuum (vgl. ebd.). So haben sich bspw. die geforderten Fertigkeiten bzw. Fähigkeiten des*r Arbeitnehmer*in im Neoliberalismus geändert, sodass nicht mehr nur fachliche oder technische Kompetenzen von Relevanz sind (vgl. ebd.: 94). Die Arbeitskraft wird nun

„in einem tendenziell totalisierenden Zugriff auf die ‚ganze Person‘ mit all ihren leistungsrelevanten ‚inneren‘ Qualitäten, sprich ihren sozialen, emotionalen und kommunikativen *Kompetenzen* [...] in Beschlag genommen“ (ebd.: 93f.; Hervorh. i. O.).

Eine neue Regierungsform der Disziplinierung und Optimierung des Selbst, welche auf eine „Erhöhung der ökonomischen Nützlichkeit“ (Stehr 2007: 31) abzielt, zeichnet sich daraus ab. Die sog. *Technologien des Selbst* rufen, so Foucault (1993), das Individuum dazu an, „aus eigener Kraft oder mit Hilfe anderer eine Reihe von Operationen an seinem Körper oder seiner Seele,

seinem Denken, seinem Verhalten und seiner Existenzweise vorzunehmen“ (ebd.: 26). Die *Technologien des Selbst* umfassen verschiedenste Arten und Ebenen der Selbstführung und Selbstsorge. Auch die Sorge um und der Erhalt von Gesundheit, sowohl auf physischer als auch auf psychischer Ebene, sind Teil dieser internalisierten Anrufungen und dienen einer möglichst großen Leistungsfähigkeit im neoliberalen Sinne (vgl. ebd.: 41). Des Weiteren werden durch und mit diesen verschiedensten Formen der Selbstführung und Selbstkontrolle Herrschaftsmechanismen und -verhältnisse unsichtbar gemacht, da diese „als ‚frei‘ gewählte (Selbst-)Zurichtung in die Individuen hinein verlagert werden“ (Anhorn/Balzereit 2016: 70). Mit der Arbeit am Selbst ist das Versprechen nach „eine[m] gewissen Zustand des Glücks, der Reinheit, der Weisheit, der Vollkommenheit oder der Unsterblichkeit“ (Foucault 1993: 26) verbunden, welcher durch die Anwendung von Selbsttechnologien zu erlangen sei (vgl. ebd.). Leistungsfähigkeit und -bereitschaft wird dadurch verallgemeinert idealisiert, sodass Personen, die diesen Anrufungen der Arbeit am Selbst und dem Streben nach möglichst hoher Leistung nicht nachgehen können oder wollen, „zunehmend entwertet, ausgegrenzt und stigmatisiert“ (Brunnett 2016: 217) werden.

Sowohl die Arbeit am und mit dem Selbst sowie die Veränderung und Modifikation von körperlichen Fähigkeiten stehen zudem im Fokus der sog. Biomacht bzw. Biopolitik. Foucault (2014/1977) nennt in diesem Zusammenhang zwei Aspekte, die er als „durch ein Bündel von Zwischenbeziehungen verbundene Pole“ (ebd.: 134) verortet: die (a) „*politische Anatomie des menschlichen Körpers*“ (ebd.: 135; Hervorh. i. O.); sowie die (b) „*Bio-Politik der Bevölkerung*“ (ebd.; Hervorh. i. O.). Der erste Aspekt der (a) *politischen Anatomie des menschlichen Körpers* entstammt seit dem 17. Jahrhundert als Fokussierung auf „den Körper als Maschine“ (ebd.: 134) mit dem Ziel einer vermeintlichen Verbesserung von Fähigkeiten und deren Brauchbarkeit durch Disziplinierung (vgl. ebd.: 134f.). Mitte des 18. Jahrhunderts hat sich, so Foucault (2014/1977), zudem die (b) *Bio-Politik* zur Regulierung von Bevölkerung herausgebildet (vgl. ebd.: 135). Bio-Politik ist Teil jeglicher Machtmechanismen, die sich auf die Lebendigkeit, wie Gesundheitspraktiken zur Steigerung der Lebenslänge, oder die Reproduktion von Menschen beziehen (vgl. ebd.). Hierzu gehört auch das Herausbilden der Wahrnehmung und dem Wissen darüber, dass Gesundheit und Lebenserwartungen zu verändern und zu beeinflussen sind (vgl. ebd.: 137f.). Foucault (2014/1977) geht davon aus, dass hier eine Veränderung von der Macht, die das Ziel des Tötens innehatte, zu einer Macht, die das Leben vollkommen durchsetzt, stattgefunden hat. Die „Verwaltung des Körpers und die rechnerische Planung des Lebens“ (ebd.: 135) stehen nun, ermöglicht durch die Entwicklung von Technik, im Zentrum der Machtwirkung (vgl. ebd.). Die Bio-Politik entspricht einer Macht, die, so Foucault (1976), in den Körper vorgedrungen ist und als Teil von Körperpraktiken, dessen Modifikation und Disziplinierung wirkt (vgl. ebd.: 106). Macht kann in diesem Zusammenhang nicht rein als ein repressives oder

unterdrückendes Moment verstanden werden. Macht bringt Wissen, bspw. innerhalb medizinischer Wissenschaft, aber auch über das individuelle Selbst hervor und ist in diesem Sinne ebenso produktiv (vgl. ebd.: 109). Disziplin bzw. Disziplinierung stellt hierbei ein zentrales Moment dar. Diese machtvolle Praxis der Disziplinierung kann jedoch ebenso wenig als unterdrückende Macht verstanden werden, da sie „vor allem auf die Hervorbringung von Aktivitäten, die der Herstellung einer Gesamtleistung dienen“ (Steher 2007: 30f.), abzielt.

2.2. Gesundheit und Krankheit als Konstruktion

Die neue Regierungsform der *Technologien des Selbst* steht in direkter Beziehung zu Gesundheitsverständnissen und -praktiken, sodass diese im strukturellen politischen Kontext verstanden und betrachtet werden müssen. Die Gesundheitswissenschaftlerin Brunnett (2016) stellt dar, dass „Gesundheit [...] in gegenwärtigen Gesellschaften ungebrochen omnipräsent“ (ebd.: 207) ist: Sowohl in den Medien als auch auf dem ökonomischen Markt erscheinen laufend Hinweise zu neuen Produkten, neue Konzepte für Ernährung oder Entspannung, für ein gesünderes Leben. Das Gesundheitswesen an sich ist, so Brunnett (2016), inzwischen vollkommen ökonomisiert. Diese Ökonomisierung ist in Bezug auf „eine tiefgreifende soziale und kulturelle Veränderung in der Konstruktion und Wirkungsweise von *Gesundheit* im Vergleich zu den 1980er Jahren“ (ebd.: 207; Hervorh. i. O.) zu begreifen (vgl. ebd.). Wie bereits ausgeführt, ist die Ökonomisierung verschiedenster Lebensbereiche, unter den Prinzipien der Individualisierung, Selbstverantwortung und Flexibilisierung, eines der Merkmale neoliberaler Gesellschaftsstrukturen, welches sich ebenso im Gesundheitswesen widerspiegelt (vgl. ebd.: 209f.):

„Mit dem Massenkonsum im Verbund mit gesellschaftlichen Individualisierungsprozessen wurde Gesundheit von einer existentiellen Notwendigkeit auf ein kulturelles Bedürfnis ausgedehnt, das durch Konsum befriedigt werden kann, und dadurch Bestandteil eines Lebensstils“ (ebd.: 210) ist.

Dieser kulturelle Wert von Gesundheit, so Brunnett (2016), zeigt sich bspw. darin, dass vor allem Menschen aus der sog. Mittelschicht Gesundheit als Teil ihrer Persönlichkeit, also der Selbstdefinition, aber auch der Darstellung des Selbst begreifen. Gleichzeitig wird Gesundheit jedoch auch in ihrem Wert des Nutzens und Funktionierens empfunden (vgl. ebd.: 211).

Trotz zahlreicher Bezüge, Empfindungen und auch Normen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit, ist in der Regel nicht eindeutig, was *Gesundheit* eigentlich ist bzw. diese definiert. Dies liegt unter anderem daran, dass der Zustand der Gesundheit „selten bewusst wahrgenommen wird und erst an Relevanz gewinnt, wenn sie bedroht oder beeinträchtigt ist“ (Jacob/Kopp 2016/1986: 104). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte bereits 1946 Gesundheit als

„eine[en] Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein [als] das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“ (Waller 2006/1995: 9).

Im Jahr 1986 fand die „1. Internationale[...] Konferenz zur Gesundheitsförderung [...] in Ottawa“ (ebd.: 163) statt, auf der durch die WHO die sog. „*Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*“ (ebd.; Hervorh. i. O.) verabschiedet und veröffentlicht wurde. In der bis heute bestehenden, wenn auch mehrfach überarbeiteten, Ottawa-Charta werden verschiedene Handlungsqualifikationen sowie -strategien benannt, welche dem Erhalt und Erlangen von Gesundheit dienen sollen. Mit Hilfe verschiedener Handlungsstrategien zielt die Ottawa-Charta auf unterschiedliche Ebenen ab, da Gesundheitsförderung nicht nur durch einseitige Ansatzpunkte erreicht werden könne, sondern einer ganzheitlichen Perspektive bedürfe (vgl. ebd.: 165). Die Ottawa-Charta wird häufig, so auch von Anhorn und Balzereit (2016), als Ausgangspunkt „eine[s] ‚neuen‘ (positiven) Verständnis von Gesundheit“ (ebd.: 21) angesehen. So wird in der Medizin hauptsächlich zwischen zwei Gesundheitsverständnissen unterschieden: Gesundheit wird in der traditionellen Biomedizin in der Regel über die Abwesenheit von Krankheit definiert. Dieses Verständnis ist von der Annahme eines dichotomen Gegensatzes zwischen Gesundheit und Krankheit geprägt (vgl. Brunnett 2016: 211). Nach der oben zitierten Definition der WHO wird dieser Aspekt explizit aufgegriffen und durch eine positive Fokussierung erweitert. Laut dem Sozialmediziner Waller (2006/1995) entspricht das Gesundheitsverständnis der WHO somit einer „umfassenden, ganzheitlichen Sichtweise“ (ebd.: 10), die jedoch wegen ihres statischen Moments der Zustandsbeschreibung ebenso kritisiert wird (vgl. ebd.). Des Weiteren besteht ein bio-psycho-soziales Gesundheitsverständnis, die sog. *Salutogenese*, bei dem sich auf den Erhalt und das Entstehen von Gesundheit fokussiert wird und die „Grenze zwischen gesund und krank [...] zeitlich und inhaltlich fließend“ (Brunnett 2016: 211) ist. Gerade bei dem Konzept der Salutogenese, welches in den 1980er Jahren durch Medizin-Soziologen Anton Antonovsky entwickelte wurde, wird Gesundheit in Bezug auf das einzelne Individuen und dessen Umgang und Strategien mit der Umwelt und somit in dessen Prozesshaftigkeit und Dynamik betrachtet (vgl.: ebd.: 212). Im Kontext dessen ist zudem auf das sog. *Stressmodell* des Psychologen Richard Lazarus zu verweisen: Je nach subjektiver Konnotation über äußere Faktoren produziert das Subjekt in bestimmten Situationen Stress als Reaktion. Zu diesen äußeren Faktoren, die bspw. als „gefährlich“ (ebd.) interpretiert werden können, gehört u. a. „Arbeitslosigkeit, Armut, soziale Anarchie, Familienprobleme oder Arbeitsstress“ (ebd.). Der Stress kommt jedoch nicht allein durch eben jene Faktoren, sondern vor allem durch „eine Diskrepanz zwischen den Umweltbedingungen und dem angemessenen kompensatorischen Umgang des Individuums“ (ebd.) zustande. Bestimmte Fähigkeiten und Ressourcen des Individuums, wie z. B. „die Unterstützung von Familie und Freund_innen“ (ebd.), fördern einen stressgeminderten Umgang mit als belastend empfundenen äußeren Faktoren. Somit stehen bei Betrachtungen im Sinne des Stressmodells, die individuellen Reaktionen und potentiellen Umgangsstrategien im Fokus (vgl. ebd.). Weiterführend werden, laut Brunnett

(2016), nach dem Stressmodell „Einschätzung, Stress, Gefühle und Bewältigungsstrategien [...] als Einheit betrachtet“ (ebd.). Brunnett (2016) führt in Bezug auf das Modell der Salutogenese zusammenfassend aus:

„Die Schädigung von Gesundheit ‚von außen‘ wird aufgelöst in eine Reihe von neutralen Reizen, das Individuum wird zum/zur Produzent_in von Gesundheit und Krankheit – der gelingende oder missglückte Umgang mit äußeren Faktoren ist ausschlaggebend für psychologisch-physische Reaktionen, für den Erhalt von Gesundheit wie auch für die Entstehung von Krankheiten“ (ebd.).

Ausschlaggebend sind dann die individuellen Fähigkeiten und Kompetenzen, die dem Gesundheitserhalt nutzen. Der Erhalt von Gesundheit steht somit im Zusammenhang mit der Anrufung an das Individuum, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu tragen (vgl. ebd.: 213). Daran anknüpfend geht Brunnett (2016) davon aus, dass diese Anrufung an die Verantwortung gegenüber der eigenen Gesundheit ebenso eine Anrufung an das Individuum ist, die Herausforderungen von Lebens- und Arbeitsbedingungen „gut zu bewältigen und richtig zu managen“ (ebd.: 214) und Gesundheit somit „gleichbedeutend mit guter individueller Anpassung“ (ebd.) zu verstehen ist. Krankheit hingegen entspricht, so Schabdach (2009), einer allgegenwärtigen Bedrohung, die dem nur schwer und unter Anstrengung zu erreichenden Ziel von Gesundheit entgegensteht (vgl. ebd.: 179). Schabdach (2009) spricht in diesem Zusammenhang von einem „soziale[n] Klima der Angst und Verunsicherung“ (ebd.), da es „zu einer permanenten Beunruhigung angesichts der Bedrohung durch möglicherweise zukünftig auftretender Krankheiten“ (ebd.) kommt. Diese Konstruktion einer Bedrohung ist wiederum notwendiges Moment für den Bestand der neoliberalen *Technologien des Selbst*:

„Allerdings ist zu betonen, dass die Erzeugung gesellschaftlicher Unsicherheit für das neoliberale Denken eine unabdingbare Voraussetzung darstellt, da nur derjenige, der seine persönliche Zukunft als unsicher und verwundbar erfährt, auch bereit ist, von sich aus aktiv zu werden und eine entsprechende Vorsorge zu betreiben“ (ebd.).

Ebenso Anhorn und Balzereit (2016) nehmen eine kritische Perspektive in Bezug auf das neoliberale Gesundheitsverständnis, das von einem fortlaufenden Streben nach zunehmender Gesundheit geprägt ist, ein (vgl. ebd.: 22). Dadurch, dass Gesundheit eben nicht mehr durch das reine Ausbleiben von Krankheit definiert wird, entsteht eine „unbegrenzte und letztlich unabschließbare Dynamik der (Selbst-)Optimierung“ (ebd.). Was bei einem solchen Gesundheitsverständnis nicht betrachtet und zum Teil sogar negiert wird, sind u. a. die Folgen von strukturellen Ungleichheiten, wie sie in Lebens- und Arbeitsbedingungen vorzufinden sind. Die Vermarktung von Gesundheit in Form von Praktiken und Konsumgütern reiht sich an dieser Stelle in den Anspruch von Selbstdisziplinierung im Sinne der Leistungsfähigkeit des Individuums ein (vgl. Brunnett 2016: 214).

2.3. (Psycho-)Pathologisierungen im Gesundheitsdiskurs

Medizinische und psychiatrische Diagnosen, Verständnisse von Gesundheit und Krankheit müssen im politischen, sozialen und historischen Kontext betrachtet werden. Da trans*Personen, und vor allem auch drogenkonsumierende trans*Menschen, immer wieder mit medizinischen Institutionen in Kontakt stehen und somit auch mit entsprechenden Diagnosen konfrontiert sind (siehe Kap. 3.2.2; 4.2), wird im Folgenden eine kritische Perspektive auf (Psycho-)Pathologisierungen ausgeführt. Foucault (1968) führt in Bezug auf den Philosophen Émile Boutroux aus, dass die *Wirklichkeit*, also die Bedeutung und das Bestehen von „Krankheit nur innerhalb einer Kultur [...], die sie als solche erkennt“ (ebd.: 93), besteht. Woran oder wodurch das Psychopathologische definiert wird, ist nicht eindeutig. Jedoch wird häufig davon ausgegangen, dass Krankheit durch die Abweichung von der Norm, dem Durchschnitt, dem vermeintlich *Normalen* bestimmt wird. Diese Krankheitsdefinition, anhand der Häufigkeit gesellschaftlicher Vorkommnisse, beinhaltet temporäre Veränderungen der jeweiligen (Psycho-)Pathologisierungen. Zudem unterscheiden sich in diesem Sinne Krankheits-Verständnisse nicht nur in unterschiedlichen historischen Zeitpunkten einer Gesellschaft, sondern auch in unterschiedlichen Gesellschaftsformen (vgl. ebd.: 94f.). Die als gegensätzlich betrachteten Kategorien des *Normalen* und der *Abweichung* sind weiterführend eng mit den ebenso dichotomen Kategorien der *Gesundheit* und *Krankheit* verbunden. Laut der Politikwissenschaftlerin Jacke (2016) wird in der Medizin häufig, obgleich es daran auch im medizinischen Diskurs einige Kritiken gibt, *Gesundheit* mit *Normalität* gleichgesetzt, sodass der eigentliche Dualismus auf die Kategorien *Normalität* und *Krankheit* übertragen wird (vgl. ebd.: 88). Dieses noch heute bestehende Verständnis von Krankheit, welches im Verhältnis zum *Normalen* konstituiert wird, ist von fordistischen und liberalen Tendenzen der Normalisierung geprägt und durch eine Negativperspektive gekennzeichnet. Krankheit als Abweichungsvariante entspricht, so Foucault (1968), demnach

„etwas Negative[m], da sie in bezug [sic] auf den Durchschnitt, eine Norm [...] definiert wird und in der Abweichung davon das ganze Wesen des Pathologischen liegt: Die Krankheit sei von Natur eine Randerscheinung“ (ebd.: 95f.).

Der damit verbundene Ausschluss von als *krank* markierten Menschen hat ihren Ursprung in der Mitte des 17. Jahrhunderts: Es entstanden die ersten großen Internierungshäuser, in denen Menschen aufgenommen wurden, die als Bedrohung für gesellschaftliche Ordnung und/oder Moral, wie bspw. auch „alte Leute im Elend, Bettler, hartnäckige Arbeitsscheue“ (ebd.: 104), wahrgenommen wurden. Die Internierungshäuser galten mit ihrer systematischen Geschlossenheit weniger der Behandlung, sondern vor allem dem Ausschluss (vgl. ebd.: 104f.). Die eigentliche und heute bestehende Psychologisierung von *Wahnsinn*, wie Foucault (1968) es benennt, entwickelte sich erst im Laufe des 19. Jahrhunderts. Als Strafe intendierte Maßnahmen standen nun im

18. und zunehmend im 19. Jahrhundert im Fokus der Praxis der Internierungshäuser. Foucault (1968) führt aus, dass

„[i]n der neuen Welt der Anstalt, in dieser Welt der strafenden Moral, [...] der Wahnsinn etwas geworden [ist], das wesentlich die menschliche Seele, ihr Schuldgefühl und ihre Freiheit, betrifft; er ist jetzt in den Bereich der Innerlichkeit verlegt“ (ebd.: 112).

Durch den Bestrafungscharakter von *Wahnsinn* und die damit verbundene implizite Schuld oder Sünde des*r *Wahnsinnigen* (re-)produziert sich das moralisierende Moment: „Wahnsinn [ist] in das System moralischer Werte und moralischen Drucks eingespannt“ (ebd.). Moralische Werte unterscheiden sich, ebenso wie Krankheitsdefinitionen, in den jeweiligen historischen und gesellschaftlichen Strukturen. Sie sind, so die Philosophin Zehetner (2012), in „Machtkonstellationen und Ordnungsdiskursen“ (ebd.: 118) eingebettet. Einen relevanten Einfluss spielen dabei vor allem die Diskurse und strukturellen Machtverhältnisse in Bezug auf Geschlecht und dessen binäre Ordnung (vgl. ebd.: 118f.). Psychiatrisches Wissen ist bereits in der Historie durch eine androzentrische Perspektive geprägt, welche in Verbindung mit den bestehenden Ordnungsdiskursen auf die Entwicklung und Anwendung von psychiatrischen Diagnosen wirken. So stellt bspw. Zehetner (2012) dar, dass „[b]ei Männern [...] häufiger somatische Diagnosen, bei Frauen hingegen schneller und öfter psychosomatische Diagnosen gestellt [würden]“ (ebd.: 138)⁶. Auch Schmechel (2014/2012) führt aus, dass „[p]sychiatrisches Wissen [...] ein[em] wesentliche[m] Instrument gesellschaftlicher Normierung“ (ebd.: 40) entspricht, sodass medizinische und psychiatrische Diagnosen stets im Kontext sozialer, politischer und historischer Bedingungen betrachtet werden müssen (vgl. ebd.: 39).

Die Besonderheit in neoliberalen Gesellschaften im Umgang mit Gesundheit und Krankheit, gerade auch in Hinblick auf die Psyche, ist das Markieren der Psyche als *Arbeitsfeld*, so die Soziologin Rau (2013). Erst im 20. Jahrhundert haben die Psyche und damit zusammenhängende wissenschaftliche Disziplinen, wie Psychiatrie und Psychologie, eine solche Relevanz erlangt. Die Herausbildung des sog. bürgerlichen Individualismus und der Psyche stehen hierbei in direktem Zusammenhang (vgl. ebd.: 136). Die Anrufungen an die Individuen sind in diesem Kontext von einem Widerspruch geprägt: So stellt Stehr (2007) dar, dass über die Disziplinierungs-Anrufungen

„einerseits Homogenität, Standardisierung und Konzepte des ‚Normalen‘ und der ‚Normalität‘ [erzeugt werden], auf der anderen Seite wird durch die Vermessung der Abstände zur Norm und durch die Fixierung von Besonder-

6 Inzwischen bestehen zahlreiche feministische und queerfeministische Perspektiven, Kritiken und Analysen, welche sich mit geschlechtlichen Normierungen sowohl in Bezug auf die Historie als auch in Bezug auf die Anwendung von Gesundheits- und Krankheitsklassifikationen auseinandersetzen. So geht Zehetner (2012) der Frage nach, „wie Krankheit und Geschlecht in ihrer normativen und performativen Dimension miteinander verknüpft sind“ (ebd.: 277).

heiten erst jene Individualität hergestellt, die auf der Basis des Kriteriums der ökonomischen Nützlichkeit Individuen nach ihren Fähigkeiten und Leistungen voneinander unterscheidet, bewertet und kategorisiert“ (ebd.: 31).

Die Arbeit am Selbst und der Psyche entspricht nicht nur einem Prozess der Normalisierung sowie Abwendung von Krankheit, sondern ebenso einer Optimierung bestehender Fähigkeiten, welche die individuelle Besonderheiten garantieren sollen (vgl. ebd.). Dies ist besonders in Hinblick auf die prekäre Gestaltung von Lohnarbeitsverhältnissen im Neoliberalismus, die eine „Steigerung des Arbeitsvermögens und der Verwertbarkeit“ (ebd.: 35) fordern, von Relevanz (vgl. ebd.). Vermehrt, seit Mitte des 20. Jahrhunderts, entsprechen „psycho-logisches Wissen und psycho-logische Praktiken“ (Rau 2013: 137) somit einem „konstitutiven Baustein[...] der Subjektivierungsweise von Individuen“ (ebd.). Subjektivierungsweisen als Selbsttechnologie entsprechen dem Prozess der Subjekt-Werdung, -Konstituierung und -Ausgestaltung, welche nicht allein von außen an das Individuum herangetragen werden, sondern vom Individuum „selbst mitkonstituiert [werden] und entsprechend darauf abziel[en], Einfluss auf [eine] spezifische Ausformung zu nehmen“ (Biebricher 2015/2012: 170). Zu verzeichnen ist seitdem nicht nur eine zunehmende Optimierung des Selbst als individuelle oder kollektive Praxis, sondern vor allem auch eine damit in wechselseitiger Wirkung stehenden „zunehmenden Produktion, Vermarktung und Verbreitung von sogenannten ‚Psychowaren‘“ (Rau 2013: 137). Hierzu zählen bspw. die allgemeine Vervielfältigung psychologischen und psychiatrischen Wissens sowie Therapie- und Hilfsangebote in verschiedensten Formen (vgl. ebd.: 137f.). Seit den 1960er Jahren hat sich in Deutschland zudem, so Rau (2013), ein Wandel von einer rein diagnostischen Psychopathologie in Richtung „einer therapeutisierenden und damit heilenden Psychologie“ (ebd.: 138) vollzogen. In diesem Sinne wird die Psyche als Ort markiert, mit und an dem sich zur Verbesserung des Selbst arbeiten lässt (vgl. ebd.: 138f.). So formuliert Rau (2013):

„Ausgehend von der Idee der Psyche hat sich eine neue Weise der Regierung herausgebildet – eine ‚Psychopolitik‘ –, durch die Menschen sich heute selbst führen und geführt werden“ (ebd.).

Diese von Rau (2013) als *Psycho-politik* bezeichnete neue Regierungsweise (vgl. ebd.) betrifft eben nicht mehr nur bestimmte gesellschaftliche Bereiche, wie professionalisierte Kontexte der Medizin oder Psychiatrie, sondern wirkt „in nahezu alle[n] gesellschaftlichen Sphären“ (Anhorn/Balzereit 2016: 10). (Psycho-)Pathologisierungen gehen somit einher mit neoliberalen Anrufungen, im Sinne der *Technologien des Selbst*, Krankheit zu verhindern, zu minimieren und den Gesundheitszustand auszubessern. In diesem Kontext ist auch eine zunehmende Entwicklung und Verbreitung von Psychopharmaka ist zu betrachten: So stellt der Sozialwissenschaftler Amendt (2003) einen direkten Zusammenhang zwischen der Entwicklung der Psycho-Pharmazeutik, verschiedenen Mitteln zur „Stimulation des Zentralnervensystems“ (vgl. ebd.: 17) in den 1960er Jahren und Leistungs-Ansprüchen an das Individuum dar:

„[der] kollektive Zustand einer permanenten Überforderung und chronischen Überreizung, für den die körpereigene Chemie nicht mehr ausreicht, um den Organismus des Menschen physisch wie psychisch an die Geschwindigkeit der Maschinen und Prozessoren anzupassen, hat das Verlangen nach Hilfsmitteln zur pharmakologischen Wiederherstellung einer ausgeglichenen ‚harmonischen Persönlichkeit‘ sukzessive wachsen lassen“ (ebd.: 16).

Diese kollektive Überforderung sieht Amendt (2003) in strukturellen Auswirkungen des Neoliberalismus: Hierzu gehört u. a. die zunehmende „Enthymisierung des Arbeitsablaufes“ (ebd.: 24), welche sich in Schichtarbeiten, befristeten Arbeitsverträgen und Arbeitszeiten, die sowohl unter der Woche als auch am Wochenende zu erbringen sind, ausdrückt und verstärkte „Flexibilität und Mobilität“ (ebd.) von den Individuen erfordert (vgl. ebd.).

Das Konstruktionsmoment von Krankheiten soll eine kritische Perspektive auf Diagnosen ermöglichen, das Erleben von Krankheit jedoch nicht vollständig in Frage stellen. Zehetner (2012) schlägt in Bezug darauf bspw. vor eine Unterscheidung zwischen „Kranksein als individuelle Erfahrung des Leidens und [...] Krankheit als kulturelles Produkt medizintheoretischer Überformung dieser Erfahrung“ (ebd.; Hervorh. i. O.) zu treffen. Nichtsdestotrotz sind das Krankheitserleben und die diagnostischen Definitionen dieses Erlebens eng aneinander geknüpft. So werden eben durch jene Diagnosen und Krankheitsbeschreibungen die Möglichkeit geschaffen, „bestehendes Leiden zu erfahren, zu formen und zu benennen“ (ebd.). Eine kritische Perspektive auf das psychiatrische System bedarf nicht nur einer Betrachtung struktureller Gegebenheiten für „mögliche Ursache des individuellen Leidens“ (Schmechel 2014/2013: 40), sondern auch ein Infragestellen der „Begriffe der ‚Krankheit‘ [...] und ‚Heilung‘“ (ebd.), jedoch „ohne dabei individuelles Leiden und Hilfebedürfnisse auszublenden“ (ebd.).

3. Gesellschaftliche Aushandlungen von Trans*

Geschlecht und Sexualität werden nicht nur gesellschaftlich verhandelt, vielmehr gibt es ebenso auf institutionalisierter Ebene, wie in der Medizin und dem Recht, Definitionen und Aushandlungen über geschlechtliche Lebensweisen. Dementsprechend bestehen auch von *Trans** verschiedene Begrifflichkeiten, Begriffsdefinitionen und Verständnisse, die sowohl eine direkte Wirkung auf die individuellen Lebensrealitäten von *trans**Personen haben als auch strukturell in (neoliberale) Herrschaftsmechanismen eingebettet sind. Gerade sprachliche Selbstbezeichnungen sind für *trans**Personen von besonderer Bedeutung. Baumgartinger (2017) stellt dar, dass Begriffe, wie Sprache im Allgemeinen, „sich aus spezifischen Kontexten heraus [entwickeln] und [...] in gesellschaftliche Machtmechanismen [eingewoben sind]“ (ebd.: 254). Da *trans**Menschen als eine marginalisierte Personengruppe durch Sprache und Bezeichnungen „systematisch abgewertet, kategorisiert und ausgegrenzt“ (ebd.) werden, ist die Entwicklung eigener positiv konnotierter

Begriffe für trans*Personen sowie -Bewegungen von Relevanz, um diesem etwas entgegenzustellen (vgl. ebd.: 254f.). So können sowohl die „Aneignung von abwertenden, pathologisierenden Begriffen“ (ebd.: 255) als auch die Neuschaffung von Benennungen selbstbestimmten Selbstbezeichnungen entsprechen. Der Begriff *Trans**, welcher auch in der vorliegenden Ausarbeitung verwendet wird, kann als einer dieser Neologismen verstanden werden (vgl. ebd.).

Dementsprechend werden zu Anfang verschiedene Begriffsverwendung von *Trans** und deren gesellschaftliche sowie wissenschaftliche Kontextualisierung skizziert (siehe Kap. 3.1). Daran anknüpfend werden die normalisierenden und regulierenden Mechanismen, welche die institutionalisierten Disziplinen der Medizin sowie des Rechts in Bezug auf *Trans** haben, erarbeitet (siehe Kap. 3.2). Der Aspekt der Selbstbestimmung bei der Bezeichnung der eigenen Lebensrealität, bekommt dabei vor allem in Hinblick auf die fremdbestimmten Mechanismen in der Medizin und im Recht besondere Bedeutung.

3.1. Sprache und Selbstbestimmung – die Relevanz von Selbstbezeichnungen

Auch wenn es in diesem Kontext nicht möglich ist, eine detaillierte oder vollkommene Darstellung von trans*Selbstdefinitionen zu erarbeiten, wird im Folgenden ein Überblick über die Verwendung des Begriffes *Trans** im Kontext von Selbstbezeichnungen folgen. *Trans**, *Transgender*, *Transsexuell*, *Transident*, *Genderqueer*, *Non-Binary*, *Transmann*, *Transfrau*: Dies sind nur einige wenige Beispiele möglicher Selbstdefinitionen⁷ von Menschen, die sich dem bei ihrer Geburt zugewiesenen Geschlecht nur bedingt oder gar nicht zugehörig fühlen⁸. Die verschiedenen Begrifflichkeiten und Selbstbeschreibung machen deutlich, dass auch die Identitätskonzepte und Lebensweisen, die häufig unter dem Oberbegriff *Trans** subsumiert werden, von Vielfältigkeit geprägt sind (vgl. Meyer 2015: 72). So verorten sich manche trans*Personen

„identär geschlechterbinär im sogenannten *Gegen-Geschlecht* oder dazwischen, oder darüber hinaus [...] bzw. [manche *Trans** verweigern] eine geschlechtliche Zuordnung vollkommen (*non-gender/Nicht-Geschlechtlich-*

7 Baumgartinger (2017) stellt dar, dass die oben genannten Begriffe zur (Selbst-)Beschreibung Diskursen und Konnotationen der „westlichen Welt“ (ebd.: 58) entspringen. Häufig werden diese verallgemeinert als relevante Begriffe dargestellt, sodass das Bestehen weiterer Begriffe und Konzepte negiert wird. So gibt es durchaus weitere Begriffe neben *Transgender*, *Transidentität*, *Trans** etc., die sogar über den Dualismus der Zweigeschlechtlichkeit sowie der „westliche[n] Trennung von sexueller Orientierung, geschlechtlicher Identität und körperlicher Vielfalt hinausgehen“ (ebd.: 59f.). Dies basiert, so Baumgartinger (2017), auf einer „eurozentristische[n], koloniale[n] Geschichte“ (ebd.: 58).

8 Von dieser Praxis der Fremdzubeiwung, von einem männlichen oder weiblichen Geschlecht, sind auch Inter*Personen betroffen. Zum Teil folgen hier, neben der personenstandsrechtlichen Zuteilung, oft fremdbestimmte „chirurgisch[e], medikamentös[e] und psychisch[e] [Eingriffe], um geschlechtliche Normkörper und -identitäten herzustellen“ (TIS 2014/2013: 35).

keit). Auch Menschen, die als *weder*noch**, (*gender-queer*) u. ä. jenseits der Geschlechterpolarität leben, können sich – müssen sich jedoch nicht – als *trans** verstehen“ (TIS 2014/2013: 7; Hervorh. i. O.).

Die verschiedenen Begriffe und Konzepte zur Beschreibung von *Trans** und *trans*Lebensweisen* unterliegen dynamischen Prozessen, die von „lebhaften Chaos, [...] Widersprüchen und Reibungen“ (Baumgartinger 2017: 43) geprägt sind. Diese entstehen bspw., da die sog. *Trans*Begriffe*, also Begriffe in Bezug auf und zur Beschreibung von *Trans**, in wechselseitiger Verbindung mit Diskursen und Begriffsverwendungen in Medizin, Hochschule, Aktivismus, Journalismus sowie *Trans*Communities* stehen (vgl. ebd.: 50).

Laut Grigowski (2016) entspricht der Begriff und die Schreibweise *Trans** „im deutschsprachigen Raum [einem] [...] Sammelbegriff für die [...] Vielfalt geschlechtlicher Selbstverständnisse, Geschlechtspräsentationen und Körperlichkeiten“ (ebd.: 7). Weitere Sammel- bzw. Oberbegriffe sind in diesem Kontext bspw. *Transgender*, *Trans*, *trans* oder *TransX* (vgl. Baumgartinger 2017: 62ff.). Entstanden ist die Schreibweise *Trans**, so Grigowski (2016), Mitte der 1990er Jahre, da es an anderen Schreibweisen und Begriffen, wie „Transsexualität, Transgeschlechtlichkeit, Transidentität und Transvestitismus“ (ebd.: 7) verschiedene Kritiken gab und gibt. So wird bspw. der Begriff *Transsexualität* häufig kritisiert und abgelehnt, weil dieser aus einem psychiatrischen Kontext stammt und der Psychopathologisierung dient (vgl. ebd.: 12). Des Weiteren suggeriert das „Suffix *-sexualität* [...] fälschlicherweise [...], es ginge um die sexuelle Orientierung eines Menschen“ (ebd.; Hervorh. i. O.). Das typografische Zeichen des sog. Sternchens oder auch Asterisk, welches ursprünglich aus dem Computerbereich stammt, dient an dieser Stelle als eine Art Platzhalter (vgl. ebd.: 7f.). Dieser kann sowohl für mögliche Erweiterungen, wie die „verschiedene[n] Suffixe *-sexualität* oder *-identität*“ (ebd.: 7), als auch für die vielfältige und somit nur schwer benennbare Definition von *Trans** verstanden werden (vgl. ebd.: 7f.).

Die Oberbegriffe *Trans** oder auch *Transgender* sind, so Baumgartinger (2017), der Versuch, verschiedene Konzepte, Ideen und Lebensweisen zu verbinden und daraus bspw. gemeinsame politische Ziele festzumachen und zu verfolgen (vgl. ebd.: 62). Zugleich bergen solche Oberbegriffe die Gefahr „der Verallgemeinerung und Ungenauigkeit“ (ebd.). Es besteht zwar das Anliegen, unter einem Oberbegriff verschiedenste *trans*Lebensweisen* und *-Identitäten* zu subsumieren und diese somit auch anzusprechen, jedoch bleiben, in der Regel ungewollte, Ausschlüsse oder Negationen mancher Identitäten bestehen (vgl. ebd.). Baumgartinger (2017) betont den kritischen Umgang mit der Perspektive, aus der Begriffe entstehen und verwendet werden. So basiert die Begrifflichkeit *Trans** und deren Zusammenführen verschiedener Lebensweisen und Identitätskonzepte meist auf dem

„im Hintergrund [stehende] [...] Bild einer weißen Trans*Person, People of Color (PoCs)⁹ werden nicht mitgedacht; es sind als ‚gesund‘ bezeichnete Lebensweisen damit gemeint, sogenannte Behinderte nicht [...]; es wird an Menschen der mittleren bis oberen Einkommensverhältnisse gedacht, Trans*Arbeiter_innen, insbesondere Sexarbeiter_innen, sind nicht Teil davon etc.“ (ebd.: 62f.).

Zudem kommt der Schreibweise *Trans** auch auf anderer Ebene häufig, so Grigoswki (2016), keine neutrale Bedeutung zu (vgl. ebd.: 8), da der Begriff *Trans** sich zwar als emanzipatorische Selbstbezeichnung entwickelt hat, jedoch von queer-theoretischen¹⁰ Diskursen und Politiken geprägt ist (vgl. ebd.: 9f.). So ist dem Begriff *Trans** häufig „eine *Kritik an Zweigeschlechtlichkeit und Pathologisierung*“ (ebd.: 10; Hervorh. i. O.) immanent (siehe Kap. 3.2).

Zweigeschlechtlichkeit und *Heteronormativität* entsprechen zwei Schlüsselbegriffen im Feld des Umgangs mit *Trans** – sowohl auf gesellschaftlicher und sozialer als auch auf juristischer sowie medizinischer Ebene. Um sich im folgenden Kapitel den Mechanismen der juristischen und medizinischen Regulierungen von *Trans** widmen zu können, erfolgt zunächst eine theoretische Annäherung an die Bedeutung von Heteronormativität. Heteronormativität beschreibt den Zustand, indem Heterosexualität als priorisierte, idealisierte, aber auch einzig *natürlich* bestehende Form von Begehren angenommen wird. Damit einhergehend werden davon abweichende Begehrenformen, wie Homo- oder Bisexualität, abgewertet. Heteronormativität hat jedoch nicht nur Wirkung auf den Aspekt des Begehrens, sondern auch auf Geschlecht im Allgemeinen und wird in zahlreichen Gesellschaftsstrukturen deutlich. So werden bspw. auch Vorstellungen von Geschlecht, entsprechenden Verhaltensweisen, sexuelle Praktiken, die Gestaltung von Liebesbeziehungen sowie Lebensentwürfe durch Heteronormativität beeinflusst (vgl. Wagenknecht 2007: 17). Laut Wagenknecht (2007) benennt der Begriff der Heteronormativität „Heterosexualität als Norm der Geschlechterverhältnisse, die Subjektivität, Lebenspraxis, symbolische Ordnung und das Gefüge der gesellschaftlichen Organisation strukturiert“ (ebd.). Die Normierung von Hetero-

9 Laut Ha (2013/2010) basiert die Bedeutung der Bezeichnung *People of Colour* auf der sog. *Black Power*-Bewegung Ende der 1960er Jahre in den USA. PoC entspricht einer antirassistischen Selbstbezeichnung, welche als politischer Kampfbegriff verwendet wurde und wird (vgl. ebd.: 82). Ziel des Begriffes *PoC* ist es, „rassistisch marginalisierte Communities und ihre Mitglieder über die Grenzen ihrer eigenen ethnischen, nationalen, kulturellen und religiösen Gruppenzugehörigkeiten [zu]mobilisier[en] und miteinander [zu]verbinde[en]“ (ebd.) sowie „eine solidaritätsstiftende Perspektive [zu]vermitteln“ (ebd.: 83).

10 In den späten 1980er Jahren entstand in den USA die sog. *Queer Theory*, die akademisierte Forschung und Theoriebildung durch und in Bezug auf queere Perspektiven (vgl. Degele 2008: 44). Unterschiedliche theoretische Annahmen und Überlegungen sind Bestandteil von queeren Theorien, sodass eine kurze Definition eher schwer fällt. Degele (2008) nennt drei theoretische Grundlagen für Queer Theory, die jedoch nur als „erste Annäherung“ (ebd.: 43) verstanden werden können: eine (a) kritische Haltung gegenüber etablierten gängigen Kategorien und Begriffen; eine (b) Kritik an einem essenzialisierendem Identitätsverständnis und (c) die Kritik an der bestehenden Normierung von Heterosexualität sowie Zweigeschlechtlichkeit (vgl. ebd.: 43f.).

sexualität und daraus folgende Strukturierung von Gesellschaft ist dabei nicht immer sichtbar oder eindeutig. So ist Heteronormativität u. a. Teil von Moralvorstellungen und Denkweisen und wird in sprachlichen sowie habitualisierten Handlungen deutlich (vgl. Hark/Laufenberg 2013: 231). Weiterführend kann der Begriff der Heteronormativität als ein Instrument verstanden werden, um die Machtverhältnisse, die durch und auf Körper, Geschlechter und Begehren wirken, zu analysieren (vgl. ebd.: 230), oder auch der „systematische[n] Reflexion von Widerstandspraktiken gegen die hegemoniale Ordnung von Geschlecht und Sexualität“ (Wagenknecht 2007: 18) dienen. Laut Hark und Laufenberg (2013) wird der Begriff der Heteronormativität vor allem auf zwei Ebenen betrachtet und verwendet: Zum einen kann Heteronormativität in seiner stetigen und allumfassenden Beschaffenheit als Institution verstanden werden, die „soziale[...] Konventionen und habitualisierte[...] Praktiken“ (ebd.: 230) hervorbringt (vgl. ebd.). Zum anderen kann Heteronormativität, so Hark und Laufenberg (2013), als „*Dispositiv* im Foucaultschen Sinne, das heißt als entschieden heterogenes Ensemble“ (ebd.; Hervorh. i. O.), verstanden werden. Unter *Dispositiv* versteht Foucault (1978) die Gesamtheit eines miteinander verwobenen „heterogenes Ensemble[s]“ (ebd.: 119), welches Teil von „Diskurse[n], Institutionen, architektonische[n] Einrichtungen, [...] Gesetze[n], [...] moralische[n] [...] Lehrsätze[n]“ (ebd.: 119f.) ist und ebenso Wirkung auf diese hat. Laut Foucault (1978) ist „[d]as Dispositiv selbst [...] das Netz, das zwischen diesen Elementen geknüpft werden kann“ (ebd.: 120). Dispositive sind weiterführend Teil von strategischen, also funktionalen Machtmechanismen (vgl. ebd.: 122f.).

Aus der Normierung eines heterosexuellen Begehrens, welche davon ausgeht, dass sowohl das romantische als auch das sexuelle Verlangen eines Menschen sich innerhalb einer binären Geschlechterordnung auf das jeweilig *gegengeschlechtliche* Geschlecht richtet, folgt somit vor allem auch eine Abwertung und ein Negieren von nicht der Zweigeschlechtlichkeit entsprechenden Identitäten (vgl. Wagenknecht 2007: 17). Zum Bestehen der Heteronormativität braucht es eine klare Existenz zweier sich voneinander abgrenzbarer Geschlechter. Wagenknecht (2007) beschreibt weiterführend, dass

„[i]n der Subjekt-Konstitution [...] Heteronormativität den Druck [erzeugt], sich selbst über eine geschlechtlich und sexuell bestimmte Identität zu verstehen, wobei die Vielfalt möglicher Identitäten hierarchisch angeordnet ist und im Zentrum der Norm die kohärenten heterosexuellen Geschlechter Mann und Frau stehen“ (ebd.).

Auch die Philosophin Butler (2012/1990) stellt diesen Zusammenhang zwischen Begehren bzw. Sexualität und geschlechtlicher Identität dar. So führt Butler (2012/1990) aus, dass die Normierung der Heterosexualität zwangsläufig zu einer (Re-)Produktion eines binären Geschlechterverständnisses führt, in dem Weiblichkeit und Männlichkeit „asymmetrischen Gegensätzen“ (ebd.: 38) entsprechen. Butler (2012/1990) spricht in diesem Zusammenhang von sog. *intelli-*

giblen Geschlechtsidentitäten, welche von einer Gesellschaft wahrgenommen und anerkannt werden (vgl. ebd.: 38f.):

„Intelligibles‘ Geschlechtsidentitäten sind solche, die in bestimmten Sinne Beziehungen der Kohärenz und Kontinuität zwischen den anatomischen Geschlecht (*sex*), der Geschlechtsidentität (*gender*), der sexuellen Praxis und dem Begehren stiften und aufrechterhalten“ (ebd.: 38; Hervorh. i. O.).

Geschlechter, die dieser heteronormativen Struktur entgegenstehen, werden hingegen dadurch abgewertet, gelehnt oder sind schlicht nicht vorstell- oder denkbar (vgl. ebd.: 29). Folglich werden nicht-heteronormative Identitäten nicht nur durch Psychopathologisierungen, sondern ebenso durch Dethematisierungen und Tabuisierungen negiert, indem bspw. Identitäten abseits einer binären Geschlechterordnung nicht benannt werden (können).

Des Weiteren sind gesellschaftlich verankerte Normen und Vorstellungen nicht ohne den historischen und politischen Kontext zu verstehen¹¹. So ist auch das Bestehen und die Ausführungen von Heteronormativität im Kontext des Kapitalismus zu betrachten. Laut Hark und Laufenberg (2013) kann

„[d]ie Geschichte sexueller und geschlechtlicher Lebensformen, die Durchsetzung der modernen Dichotomie von Hetero- und Homosexualität, [...] von der Geschichte des Kapitalismus und der unter kapitalistischen Vorzeichen geregelten Trennung von Produktion, Reproduktion und Konsumption nicht entkoppelt werden“ (ebd.: 234).

Beziehungsformen, Geschlecht und Begehren stehen hierbei immer in einem wechselseitigen Verhältnis zu kapitalistischen Strukturen. So ist bspw. die Konstruktion einer heterosexuellen und monogamen Paarbeziehung wichtiger Bestandteil der Arbeitsteilung in Produktion und Reproduktion und somit ein entscheidendes Moment der Stabilisierung von kapitalistischer Gesellschaft (vgl. ebd.: 234f.). Zwar wird im Neoliberalismus Frauen nicht mehr allein der Bereich der Reproduktion zugesprochen, da auch diese einer Lohnarbeit nachgehen können und sollen¹², um den eigenen Lebensunterhalt zu sichern, doch haben diese trotzdem eine erhöhte „Verantwortung für Kinder und Pflegebedürftige“ (Winker 2007: 15).

11 In Anlehnung an Berger und Luckmann (2013/1969) wird davon ausgegangen, dass Wissen, und somit auch bestehende Normen und Werte, einem gesellschaftlichen Prozess, entsprechen (vgl. ebd.: 3). Um diese zu verstehen oder zu analysieren bedarf es ebenso einer Auseinandersetzung mit dem historischen Prozess und Gegebenheiten, aufgrund welcher jene Normen und Werte entstanden sind (vgl. ebd.: 58).

12 Ist der Zugang von Frauen zum Arbeitsmarkt durchaus als feministisches und emanzipatorisches Anliegen zu betrachten, besteht gleichzeitig, aufgrund der schon im *Kapitel 2.1* skizzierten Flexibilisierung und Prekarisierung von Lohnarbeitsverhältnissen, eine Notwendigkeit zur Lohnarbeit aller Erwachsenen in Familienkonstellationen (vgl. Winker 2007: 26f.; 34). Hierdurch erlangt „das heterosexuelle Paar [...] nicht mehr die herausragende Rolle, wie es noch im Ernährermodell der Fall war“ (ebd.: 41), auch wenn eine Absicherung von Heteronormativität weiterhin, wenn auch in geänderter und flexibilisierter Form, wirkt. Zu weiteren Ausführungen über die veränderten Wertungen nicht-heteronormativer Lebensformen im Neoliberalismus siehe u. a. bei Hark und Laufenberg (2013).

3.2. Institutionalisierte Fremdbestimmung von Geschlechtsidentitäten

Trans*Personen sind, um rechtlich als trans* anerkannt zu werden, in vielerlei Hinsicht von einem psychiatrischen und juristischen System abhängig. Da psychopathologische und rechtliche Regelungen nicht nur Grenzen und Möglichkeiten von Geschlechtlichkeit definieren und schaffen, sondern diese Auswirkungen auf die Lebensrealitäten von trans*Personen haben, wird sich im Folgenden den Konstruktionen und Definitionen von Trans* im institutionalisierten Kontext gewidmet: Zunächst folgt eine Erläuterung der juristischen Normen im Rahmen des sog. *Transsexuellengesetzes* in Hinblick auf dessen Funktion der Regulierung von Geschlecht, insbesondere dem Erhalt von Zweigeschlechtlichkeit und Heteronormativität (siehe Kap. 3.2.1). Die rechtlichen Normen zu Trans* greifen dabei immer wieder auf medizinisch-psychiatrisches Wissen zurück, sodass anschließend die psychopathologische Diagnose des sog. *Transsexualismus*, dessen Entwicklungen sowie die bestehenden Verschränkungen mit der normalisierenden Funktion von (Psycho-)Pathologisierungen erläutert werden können (siehe Kap. 3.2.2).

3.2.1. Juristische Regulierung von Geschlecht

Recht kann, in Anlehnung an die Soziologen Berger und Luckmann (2013/1969), als wichtiger Bestandteil für Institutionalisierungs- und Konstruktionsprozesse gesellschaftlicher Wirklichkeit verstanden werden, welche sogar über eine gesonderte Theorie und Sprache verfügt (vgl. ebd.: 80). Da rechtliche Regelungen als (Re-)Produktion von gesellschaftlichem Wissen sowie als Legitimation von gesellschaftlichen Normen und Annahmen fungieren (vgl. ebd.: 100ff.), finden sich auch hier an zahlreichen Stellen heteronormative Annahmen und Perspektiven wieder. In Bezug auf Trans* besteht der Versuch, eine binäre Vorstellung von Geschlecht aufrechtzuerhalten. Im Rahmen des sog. *Transsexuellengesetz* (kurz: TSG) wird Geschlecht auf mehreren Ebenen, die miteinander verbunden werden, reguliert:

„Geschlechtszugehörigkeit, geschlechtlicher Körperlichkeit und Generativität, von Geschlechtsempfinden, geschlechtlichen Lebensweisen, geschlechtlichem Verhalten, von an Geschlecht gebundenen Rechten und Pflichten und familiären Zuordnungen – [werden] komplex miteinander verschränk[t]“ (Schirmer 2012: 246).

Das TSG, welches am 17.09.1980 in Kraft trat, regelt die „Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen“ (TSG) und stellt somit „ein personenstandsrechtliches Sondergesetz“ (Boll 2015: 423) dar. Das TSG gilt nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 TSG für Menschen mit deutscher Staatsbürger*innenschaft, aber auch bspw. für Menschen ohne

deutsche Staatsbürger*innenschaft mit dauerhafter Aufenthaltserlaubnis in Deutschland¹³ (vgl. TIS 2014/2013: 16ff.). Das TSG regelt in § 1 Abs. 1 TSG die Möglichkeit zur Änderung des Vornamens unter folgenden Bedingungen:

„1. [die Person muss] [...] sich auf Grund ihrer transsexuellen Prägung nicht mehr dem in ihrem Geburtseintrag angegebenen Geschlecht, sondern dem anderen Geschlecht als zugehörig empfinde[n] und seit mindestens drei Jahren unter dem Zwang steh[en], ihren Vorstellungen entsprechend zu leben, 2. [ist] mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass sich ihr Zugehörigkeitsempfinden zum anderen Geschlecht nicht mehr ändern wird“ (§ 1 Abs. 1 TSG).

Es wird deutlich, dass die rechtliche Definition von Trans* von einer Binarität der Geschlechter ausgeht, die sich voneinander abgrenzen. So wird im Gesetz eine „transsexuelle[...] Prägung“ (ebd.) als Identifikation mit dem vermeintlichen Gegengeschlecht definiert. Diese soll nach juristischer Norm zudem von Beständigkeit sein: Und zwar sowohl schon mindestens drei Jahre bestehen als auch mit hoher Wahrscheinlichkeit in Zukunft weiterhin bestehen. Ob diese Kriterien erfüllt werden, ist zudem laut § 4 Abs. 3 TSG durch zwei Gutachten zu belegen (vgl. TSG), welche in der Praxis hauptsächlich von Psycholog*innen, Psychiater*innen oder anderen Ärzt*innen eingeholt werden (vgl. Schirmer 2014: 173). Dass die juristischen Regelungen von einer bestehenden Zweigeschlechtlichkeit ausgehen, wird auch an anderer Stelle deutlich. So sieht auch das deutsche Personenstandsrecht „lediglich zwei Geschlechtsgruppen vor“ (Boll 2015: 421). Eine Zuweisung zu einem der beiden anerkannten Geschlechter – *männlich* oder *weiblich* – muss laut Gesetz nach der Geburt erfolgen¹⁴. Hierbei wird sich auf „medizinische Normvorstellungen“ (ebd.: 422) berufen. Auch im TSG wurde sich lange Zeit auf vermeintlich geschlechtsweisende Körperteile bezogen: So wurde in § 8 TSG festgeschrieben, dass die betreffende Person zur Änderung des Personenstandes u. a.

„3. dauernd fortpflanzungsunfähig ist und 4. sich einem ihre äußeren Geschlechtsmerkmale verändernden operativen Eingriff unterzogen hat, durch den eine deutliche Annäherung an das Erscheinungsbild des anderen Geschlechts erreicht worden ist“ (§ 8 Abs. 1 TSG).

13 Um das TSG in Anspruch nehmen zu können, muss die Person nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 TSG: „b) als Staatenloser oder heimatloser Ausländer ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland ha[ben], c) als Asylberechtigter oder ausländischer Flüchtling ihren Wohnsitz im Inland ha[ben] oder d) als Ausländer, dessen Heimatrecht keine diesem Gesetz vergleichbare Regelung kennt, aa) ein unbefristetes Aufenthaltsrecht besitz[en] oder bb) eine verlängerbare Aufenthaltserlaubnis besitz[en] und sich dauerhaft rechtmäßig im Inland aufh[alten]“ (§ 1 Abs. 1 Nr. 3 TSG). Menschen ohne deutsche Staatsbürger*innenschaft, die einen Duldungsstatus oder eine befristete Aufenthaltsgenehmigung haben, sind jedoch in der Regel vom TSG ausgenommen (vgl. TIS 2014/2013: 16ff.).

14 Eine Ausnahme stellt der zum 01.11.2013 in Kraft getretene § 22 Abs. 3 PStG dar. Laut diesem ist es im Falle einer vermeintlich geschlechtlichen Uneindeutigkeit möglich, keinen Personenstand in das Geburtenregister eintragen zu lassen (vgl. Boll 2015: 422). Die Chancen, aber auch Schwierigkeiten dieser Regelung können an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden. Siehe hierfür aber u. a. Veröffentlichungen der internationale Menschenrechtsgruppe *Zwischengeschlecht.org*.

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) erkannte jedoch am 11. Januar 2011 an, dass diese Regelung dem Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit sowie dem Recht auf körperliche Unversehrtheit widerspreche und setzte somit § 8 Abs. 1 Nr. 3 und 4 TSG außer Kraft¹⁵ (vgl. Boll 2015: 424). Boll (2015) stellt dar, dass folglich

„das Gericht an[erkannte], dass nicht alle Trans*-Personen Operationen wünschen und es kein pauschales Ableitungsverhältnis zwischen Geschlechtsidentität, gewünschtem Geschlechtskörper und sexueller Orientierung gibt“ (ebd.).

Außer Kraft gesetzt und ersatzlos gestrichen wurde vom BVerfG ebenso § 8 Abs. 1 Nr. 2 TSG im Jahr 2008¹⁶, nachdem der Antrag auf Personenstandsänderung nur stattgegeben werden konnte, wenn sich die betreffende Person, im Falle des Verheiratetseins, im Vorhinein scheiden ließ (vgl. Schmidt 2012/2006: 218f.). Grundlage der juristischen Norm war, laut Schmidt (2012/2006), die Ehe als heterosexuelle Institution zu schützen (vgl. ebd.: 219). An dieser Stelle, so auch Boll (2015), wird der Versuch deutlich, nicht nur die Annahme von Zweigeschlechtlichkeit aufrecht zu erhalten, sondern ebenso diese in Verbindung mit heterosexuellem Begehren zu setzen (vgl. ebd.: 425). Gleichzeitig wird durch die gerichtliche Anerkennung, dass trans*Sein nicht zwangsläufig mit Operationswünschen bzw. -anliegen einhergeht, deutlich, dass sich das Konzept von weiblicher und männlicher Geschlechtlichkeit aufgeweicht hat und, so Jacke (2016), damit „Individuen eigene Geschlechtlichkeiten jenseits der Norm kreieren“ (ebd.: 343) können. Die Verbindung zwischen juristischen Normen sowie medizinischen Regelungen in Bezug auf Trans*, sind nicht nur durch ihre Definitionen, sondern auch in ihrer Ausführung, eng miteinander verknüpft. So formuliert Schirmer (2012), dass „der rechtliche ‚Geschlechtswechsel‘ an die Unterwerfung unter eine medizinisch-psychiatrische, pathologisierende Diagnose gebunden“ (ebd.: 256) ist. Das TSG stellt eine Art der institutionalisierten Anerkennung oder Ablehnung von Trans* dar und ist fremdbestimmend, indem angenommen wird, die Geschlechtsidentität von Personen von außen verifizieren zu können. Das Gutachtenverfahren ist durch Begutachtungseinstellungen sowie einer bestehenden psychiatrischen Diagnose im *Internationalen Klassifikationssystem psychischer Störungen* (ICD-10), dessen aktuelle Version aus dem Jahr 2016 bereits 1992 durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedet und seitdem mehrmals überarbeitet wurde (vgl. Meyer 2015: 75), festgeschrieben. Bevor sich diesem im folgenden Kapitel tiefergehend gewidmet wird, ist allgemein zu bemerken, dass Fremdbestimmung über individuelle Geschlechtsidentitäten sowie eine objektivierende und auch diagnostische Konstituierung von *normal* und *abweichend* zur Aufrechterhaltung von Zweigeschlechtlichkeit und den damit zusammenhängenden gesellschaftlichen Strukturen, basaler Bestandteil des TSGs sind (vgl. Schirmer

15 Siehe: Beschluss Sache des BVerfG 1 BvR 3295/07.

16 Siehe: Beschluss Sache des BVerfG 1 BvL 10/05.

2012: 256). In diesem Zusammenhang wirken zwei ambivalente Mechanismen: Zum einen findet die schon in *Kapitel 2.2* skizzierte Biopolitik allein durch die psychopathologische Diagnostik von Trans* Ausdruck. So stellt auch Schmechel (2014/2012) dar:

„Als Instanz zur Durchsetzung gesellschaftlicher Ordnung und biopolitisches Instrument thematisiert Psychiatrie Geschlecht und Sexualität auch ganz direkt, indem Gender-Konformität und normative Heterosexualität als Elemente psychischer Gesundheit postuliert werden bzw. indem Non-Konformität hier klar als Marker für oder gar gleich als Kern psychiatrischer ‚Störungen‘ betrachtet wird“ (ebd.: 41).

Zum anderen entspricht die medizinisch-juristische Regulierung von Trans* einer individualisierenden Macht und ist in diesem Sinne von einer biopolitischen Macht an sich, die „massenkonstituierend wirkt“ (Schirmer 2012: 247), zu differenzieren (vgl. ebd.: 248). Insbesondere das Gutachtenverfahren, welches trans*Menschen für eine rechtliche Anerkennung als Trans* durchlaufen müssen, gleicht jedoch nicht nur einem objektivierendem, sondern einem subjektivierendem Prozess (vgl. ebd.: 249). Trans*Personen müssen sich, so Schirmer (2012), um vom medizinischen, aber auch rechtlichen System anerkannt zu werden,

„als ein im Kontext einer pathologisierenden Logik spezifisch abweichendes, nämlich transsexuelles Subjekt konstituier[en] und [sind] dazu angehalten [...], sich auch selbst als ein solches [...] erfahren“ (ebd.).

Wie diese medizinischen Normen zu Trans* definiert sind und auf das Individuum wirken, wird im Folgenden ausgeführt.

3.2.2. Psychopathologisierung im Rahmen der *Geschlechtsidentitätsstörung*

Voraussetzung für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ist momentan die psychiatrische Diagnose ICD-10 F 64.0 *Transsexualismus*, welche zu den *Störungen der Geschlechtsidentität* und somit zu den *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen*¹⁷ zählt (vgl. Meyer 2015: 75). Die Diagnose *Transsexualismus* wird über verschiedene Kennzeichen, die von den betreffenden Menschen erfüllt werden müssen, definiert (vgl. ebd.), so bspw.:

„Der Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden. Dieser geht meist mit Unbehagen oder dem Gefühl der Nichtzugehörigkeit zum eigenen anatomischen Geschlecht einher. Es besteht der Wunsch nach chirurgischer und hormoneller Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht soweit wie möglich anzugleichen“ (Dilling/Freyberg 2012/1999: 259).

Zur Indikation nach ICD-10 F 64.0 muss bereits eine mindestens zwei Jahre andauernde Stetigkeit der genannten Kennzeichen gegeben sein (vgl. ebd.). Obendrein bestehen für die Inan-

¹⁷ Im Jahr 2018 wird eine neue überarbeitete Version der ICD-Klassifikation erscheinen, in welcher, so Nieder et al. (2017), die Definition F 64.0 *Transsexualismus* voraussichtlich „durch Geschlechtsinkongruenz (GI) ersetzt[t] [wird], die sich diagnostisch auf die Diskrepanz zwischen Sex (engl.: körperliche Geschlechtsmerkmale) und Gender (u. a. Geschlechtsidentität, Geschlechtsrolle) bezieht und neben zweigeschlechtlichen auch nonbinäre geschlechtliche Identitäten berücksichtigt“ (ebd.: 1). Auch ist eine Neueinordnung der Diagnose, abseits der Klassifikation der psychischen Erkrankungen, geplant (vgl. ebd.).

spruchnahme medizinischer Leistungen, je nach Maßnahme, weitere spezifische Voraussetzungen, wie ein sog. *Alltagstest*¹⁸ (vgl. Meyer 2015: 75). In der Regel wird für die Kostenübernahme, also für die Finanzierung medizinischer Leistungen, von den Krankenkassen eine Beurteilung durch den *Medizinischen Dienst der Krankenkassen* (MDK), mit Hilfe medizinischer Gutachten, eingefordert (vgl. Pohlkamp 2014: 301). Die Beurteilung richtet sich aktuell nach der Begutachtungsanleitung *Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität*, die vom *Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkasse* (MDS) 2009 herausgegeben wurde. Die Begutachtung soll laut dem MDS (2009) die Diagnose *Transsexualität* sichern. In Orientierung an ICD-10 F 64.0 werden in der Anleitung des MDS (2009) verschiedene diagnostische Maßnahmen zur Begutachtung genannt, wie z. B. eine biografische Anamnese, physische Untersuchungen, u. a. in Bezug auf den „des andrologischen / urologischen bzw. gynäkologischen sowie endokrinologischen Befund[...]“ (ebd.: 8) sowie eine psychiatrische Diagnostik (vgl. ebd.). Nach dem MDS (2009) bedarf es, neben zwei diagnostischen Gutachten, vor der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen psychotherapeutische bzw. psychiatrische Begleitung (vgl. ebd.: 16). Die Anforderung an die Länge der psychotherapeutischen bzw. psychiatrischen Begleitung unterscheidet sich nach den jeweiligen Maßnahmen. So lautet die Empfehlung nach dem MDS (2009) bspw. eine min. 12-monatige Therapie vor dem Beginn einer Hormon-Indikation (vgl. ebd.: 18) und eine 18-monatige Therapie vor Durchführung chirurgischer Maßnahmen, wie dem *operativen Brustaufbau* (vgl. ebd.: 23).

Infolgedessen sind trans*Personen von spezifischen (neoliberalen) Gesundheitsanrufungen adressiert: Um trans*spezifische medizinische Leistungen in Anspruch nehmen zu können, stellt die Psychotherapie, also die Arbeit an der Psyche, eine notwendige Voraussetzung dar. Trans* wird durch die Psychopathologisierung als *anders*, als *Abweichung* von der Norm, klassifiziert. Die Psychopathologisierung impliziert, es handele sich bei Trans* um eine zu behandelnde Krankheit. Trans* entspricht aber weder einer (psychischen) Krankheit oder einem Krankheitszustand, noch ist Trans* in irgendeiner Form therapierbar (vgl. Demiel 2014/2012: 48). Zudem gehen die bestehenden medizinischen Leit- und Richtlinien von einem allgemeinen Wunsch

18 Laut dem *Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkasse* bezeichnet der begleitend zur Psychotherapie stattfindende Alltagstest „eine Selbsterfahrung bzw. Selbsterprobung im Identitätsgeschlecht, indem der Betroffene durchgängig in allen sozialen Bezügen in der angestrebten Geschlechtsrolle lebt“ (MDS 2009: 10). Laut Hamm und Sauer (2014) empfinden viele trans*Personen den Alltagstest „als unzumutbaren Zwang und starke psychische Belastung“ (ebd.: 19). Da dieser in der Regel vor medizinischen Maßnahmen stattfindet, werden trans*Personen durch den Alltagstest gezwungen, offen als trans* zu Leben. Zudem ist die Umsetzung des geforderten Alltagstests häufig so gar nicht möglich, da (Ausweis-)Dokumente, wie Führerschein, aber auch Bankkarten noch auf den alten Vornamen und Personenstand ausgestellt sind. Viele trans*Personen berichten im Zuge dessen von einem erhöhten Erleben von Diskriminierungen und Gewalt (vgl. ebd.).

nach chirurgischen und medizinischen Behandlungen aus. Da das Gutachten- und Diagnoseverfahren, welches der Diagnose *Transsexualität* zu Grunde liegt, trans*Menschen durch die standardisierte Praxis als einen „Fall“ (Stehr 2007: 32) behandelt und somit auch hervorbringt, ist dieses als Teil der „Techniken der Normierung und Normalisierung“ (ebd.) zu begreifen. Dieser *Fall* wird nicht nur als eindeutig charakterisierbar, sondern auch als messbar sowie vergleichbar angesehen (vgl. ebd.). Dementsprechend (re-)produzieren die diagnostischen Kriterien das Bild, dass es sich bei Trans* um „einen einheitlichen Persönlichkeitstyp“ (Rauchfleisch 2014/2006: 19) handele, welcher „in [der] Entwicklung einen einzigen, ‚typischen‘ Verlauf“ (ebd.) beinhaltet (vgl. ebd.). Wie bereits in *Kapitel 3.1* skizziert, subsumieren sich unter Trans* verschiedenste Identitätskonzepte und Lebensweisen. Weder das Verständnis des eigenen Geschlechts und dessen Ausübung, noch der Wunsch oder die Ablehnung chirurgischer oder hormoneller Maßnahmen, lassen sich auf alle trans*Personen verallgemeinern (vgl. ebd.: 21). Die psychopathologisierende Klassifikation von Trans* ist Teil der Annahme und der Funktion von Diagnosen im Allgemeinen eine möglichst gesicherte Objektivität zu sichern. Diese vermeintliche Objektivität, welche durch die Kriterien einer Diagnose durch Expert*innen gesichert werden soll, steht dem subjektiven Empfinden und Erleben von den Nutzer*innen medizinisch-psychiatrischer Einrichtungen, aber auch der Behandler*innen gegenüber (vgl. Jacke 2016: 101). Mit Hilfe dieser vermeintlichen, objektiv gültigen Kriterien wird die „geschlechtliche[...] Selbstbestimmung [...] ausgeschlossen“ (Schirmer 2014: 173). Da geschlechtliche Selbstdefinitionen an das ICD-10 und „an medizinisch-psychologische Expertise“ (ebd.) geknüpft sind, sind es nicht die trans*Personen selbst, sondern entsprechende Therapeut*innen, Psychiater*innen oder Ärzt*innen, die über die Geschlechtsidentität entscheiden (vgl. Hamm/Sauer 2014: 15). Im Gutachten- und Therapieverfahren befinden sich trans*Personen somit in einem Abhängigkeitsverhältnis, indem sie „die diagnosstellende Person [...] von ihrer ‚echten‘ bzw. ‚eindeutigen‘ Transsexualität überzeugen [...] müssen, um die eigene Identität leben zu können“ (ebd.). Trans*Personen, die nicht den im ICD-10 festgeschriebenen Kriterien entsprechen oder deren Erfüllen von Gutachter*innen nicht anerkannt wird, sind zudem von dem Nutzen medizinischer trans*spezifischer Leistungen ausgenommen (vgl. ebd.: 11). So stellen Hamm und Sauer (2014) dar, dass

„das Recht, ihre Identität frei zu bestimmen und zu leben sowie das Recht, ihren Körper, Namen und Personenstand ihrer Identität anzupassen [...] nur jenen Trans*-Menschen [eingeräumt wird], die gemäß der restriktiven Definition des ICD-10 (F64.0) ‚transsexuell‘ sind. Eine trans*-spezifische Gesundheitsversorgung erreicht nicht alle Trans*-Menschen in Deutschland, die sie benötigen würden“ (ebd.).

Sowohl durch das Verwehren trans*spezifischer Gesundheitsmaßnahmen als auch durch den medizinisch regulierten Prozess wird versucht, eine bestehende Norm von Zweigeschlechtlichkeit zu erhalten. Der Zugang zu medizinischen Leistungen und einer damit zusammenhängenden

Überschreitung der „Grenzen rechtmäßiger Geschlechtlichkeit“ (Jacke 2016: 338) wird erst durch eine psychopathologische Anerkennung ermöglicht. Wenn trans*Menschen als diese anerkannt werden und Zugang zu trans*spezifischer Gesundheitsversorgung erhalten, zielen die Behandlungen seitens der Medizin weiterhin auf eine individuelle Anpassung an Zweigeschlechtlichkeit und somit auch eine Aufrechterhaltung der binären Geschlechterordnung ab (vgl. ebd.). Jacke (2016) stellt so dar, dass

„[s]oziale Reintegration [...] durch das *klassische* Modell des ‚Transsexualismus‘ dann erreicht [wurde], wenn aus Männern und Frauen im Diagnoseprozess zunächst ‚Transsexuelle‘ und – nach erfolgreichen medizinischen Interventionen – wieder Frauen und Männer wurden“ (ebd.; Hervorh. i. O.).

In diesem Fall werden *Normalität* und *Gesundheit* als Ziel proklamiert, welches für alle gleichermaßen gelte. Der Behandlungsprozess von trans*Menschen gleicht somit sowohl seitens der Mediziner*innen als auch seitens der trans*Menschen, einem Management (vgl. ebd.): Nicht nur die Darstellung des eigenen Geschlechts mit dem Ziel, dass dieses von Ärzt*innen und Therapeut*innen anerkannt wird, muss gestaltet und bewältigt werden, sondern auch innerhalb eines Behandlungsprozesses kann von den jeweiligen Personen bspw. aus einem „Behandlungsspektrum mit unterschiedlichsten Geschlechtsattributionen [ge]wähl[t]“ (ebd.: 342) werden.

Obschon die dargestellte psychopathologisierende Diagnostik und die damit zusammenhängenden Praktiken weiterhin Wirkungsweise haben, bestehen vor allem in der Praxis der letzten Jahre Tendenzen, die auf Selbstbestimmung sowie einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung abzielen (vgl. Nieder/Strauß 2016: 350f.). Nieder und Strauß (2016) stellen in Bezug auf die 2011 erschienenen *Standards of Care of Transexual, Transgender, and Gender Nonconforming People* dar, dass sich Tendenzen

„weg von der Systematik von Begutachtung [...] hin zur Etablierung einer Gesundheitsfürsorge für Transgender-Menschen [abzeichnen] mit dem Anspruch, im Kontext individueller Geschlechtsdysphorie und (Trans-)Identität nachhaltiges Wohlbefinden zu ermöglichen“ (ebd.).

Dies wird bspw. in dem amerikanischen psychiatrischen Klassifikationssystem *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (kurz: DSM), auf welches sich in Deutschland nur selten bezogen wird, deutlich (vgl. Demiel 2014/2012: 43): In der aktuellen Version DSM-V, aus dem Jahr 2013, wird sich von dem Begriff der *Geschlechtsidentitätsstörung* abgewandt: Verwendet wird nun „das deutlich erweiterte und differenzierte Konzept der ‚Gender Dysphoria‘“ (Meyer 2015: 75). Der Begriff der *Geschlechtsdysphorie* wirkt zwar nach wie vor pathologisierend, legt jedoch, so der Psychologe Rauchfleisch (2014/2006), den Fokus auf den „Leidensdruck, der sich aus der Diskrepanz zwischen dem anatomischen Geschlecht und dem Geschlechtsidentitätserleben ergibt“ (ebd.: 23) und geht davon aus, dass mit dieser veränderten Definition ein „wichtiger Schritt der Entpathologisierung“ (ebd.: 18) von Trans* gemacht wurde (vgl. ebd.). Hingegen betonen u. a. Alex und Demiel (2014/2012) das weiterhin bestehende psychopathologisierende

Moment des DSM-V: Nicht nur durch die weiterhin bestehende Einordnung von Trans* in ein psychiatrisches Klassifikationssystem, sondern auch durch die Verbindung von Trans* und empfundenen Leid und daraus folgenden Einschränkungen im Leben, wird immer noch suggeriert, das Trans* einer Behandlung bedarf (vgl. ebd.: 91). Alex und Demiel (2014/2012) führen aus:

„Unterstellt wird, dass Trans* grundsätzlich einen ‚leidvollen‘ Weg zum binären ‚Gegengeschlecht‘ bestreiten müssen. Das Leiden sei bei ‚Ankunft im Gegengeschlecht‘ beendet“ (ebd.).¹⁹

Zudem reihen sich die Diskurse um den Begriff und die Kategorie der *Geschlechtsdysphorie* in das insgesamt stärker werdende ganzheitliche Gesundheitsverständnis ein (vgl. Jacke 2016: 309). Durch den Bezug auf das erlebte Leid wird der „Krankheitsbegriff in eine globale soziopolitische Sorge um das Individuum und damit auch um sein finanzielles, kulturelles und soziales Wohlergehen ein[gebettet]“ (ebd.: 310). Die Legitimation für eine weiterhin bestehende Diagnose-Klassifikation wird somit „über einen karitativen Anspruch von Fürsorge und Linderung eines allgemeinen Leidenszustandes“ (ebd.) hergestellt (vgl. ebd.). Dieses Fürsorgebedürfnis, welches auf paternalistischen und fremdbestimmenden Mechanismen basiert, beinhaltet die auch schon bestehende normierende Funktion der Diagnose ICD-10 F 64.0 *Transsexualismus* (vgl. ebd.: 342). Die aktuellen medizinischen Entwicklungen, in Bezug auf den Umgang mit und die Versorgung von trans* Menschen, lösen die psychopathologische Fremdbestimmung nicht vollends ab, weichen diese jedoch an Punkten auf. So ist ein weiterer Teil dieser Entwicklungen eine stärkere Partizipation nicht nur in Bezug auf den individuellen Prozess, sondern auch bei der Entwicklung und Ausarbeitung neuer medizinischer Leit- und Richtlinien, von trans* Personen und -Interessenverbänden (vgl. Nieder/Strauß 2016: 352ff.). Dies ist u. a. darauf zurückzuführen, dass, so Sauer et al. (2016), insbesondere trans* Personen den Wechsel der Perspektive, weg von Psychopathologisierung, anregen und forcieren (vgl. ebd.: 427). In Deutschland ist an dieser Stelle auf die aktuelle Leitlinienentwicklung „zur Diagnostik, Beratung und Behandlung bei Geschlechtsdysphorie nach den Vorgaben der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)“ (Nieder/Strauß 2016: 353) zu verweisen, die zu einer „Modernisierung der Transgender-Gesundheitsversorgung [...] beitragen“ (ebd.) soll, und an der verschiedene medizinische und psychotherapeutische Fachgesellschaften sowie auch trans* Personen beteiligt sind (vgl. ebd.: 355). Auch wenn es sich hierbei vor allem um eine Tendenz handelt und die aktuellen Praktiken häufig noch weit entfernt von einer tatsächlichen Partizipation und Selbstbestimmung von trans* Personen sind, reihen sich diese in eine allgemeine Entwicklung zu einer patient*innenzentrierten Medizin ein. So haben, laut Nieder und Strauß (2016), „[p]artizi-

19 Auf mögliche andere medizinische Regelungen, die von verschiedenen trans* Aktivist*innen und -Interessenverbänden gefordert werden, kann an dieser Stelle aufgrund des Rahmens nicht weiter eingegangen werden. Siehe hierfür u. a.: Hamm/Sauer (2014); Alex (2014/2012); BVT* (2016).

pative Ansätze [...] in der Gesundheitsversorgung seit Beginn des 21. Jahrhunderts an Bedeutung gewonnen“ (ebd.: 253). Die neoliberale Anrufung an das Individuum, um sich selbst zu sorgen, führt zwangsläufig zu einer verstärkten Partizipation an der eigenen Gesundheitsversorgung, sodass Patient*innen „zu Kunden ihrer eigenen Gesundheitsversorgung [werden]“ (Jacke 2016: 348). Die Basis der Förderung von Partizipation liegt somit weniger in einer emanzipatorischen Zielsetzung, sondern vor allem in einer neoliberalen Verwertungslogik, indem aus individueller und kollektiver Betroffenheit ein Nutzen gezogen wird. Nichtsdestotrotz werden durch diese partizipativen Ansätze, in Bezug auf die Gesundheitsversorgung von trans*Personen, wie schon zuvor skizziert, Emanzipationsprozesse ermöglicht. Des Weiteren merke Jacke (2016) an, dass die Partizipation von Patient*innen und Klient*innen, in medizinische sowie therapeutische Prozesse, eine spezifische „Lenkungs- und Fürsorgepflicht“ (ebd.: 336) seitens der Behandler*innen konstituieren (vgl. ebd.). Nicht erst im Zuge dieser neuen Entwicklungen sind die medizinischen und psychopathologischen Verhandlungen um und über Trans* von verschiedenen konträren Ebenen gezeichnet: Gegensätze wie „Empowerment und Fürsorge, [...] Paternalismus und professioneller Hilflosgigkeit“ (ebd.: 344) sind im medizinischen und psychotherapeutischen Umgang mit trans*Menschen verankert (vgl. ebd.). Abschließend stellt Jacke (2016) fest, dass „[d]as zeitgenössische medizinische Projekt Trans* [...] ein Konzept der Ambivalenzen [ist]“ (ebd.).

4. Gesellschaftliche Konstruktionen von *Drogenkonsum*

Um sich der Frage nach der Korrelation von Trans* und Drogenkonsum widmen zu können, braucht es zunächst eine Analyse des gesellschaftlichen Diskurses um den Konsum von Drogen. Menschen konsumieren seit jeher verschiedenste psychotrope Substanzen, also Substanzen, welche Wirkungen auf die Psyche haben und verschiedenste Wahrnehmungsbereiche verändern können. Welche dieser Substanzen jedoch als gesellschaftlich anerkannt, wie es heutzutage bspw. auf Koffein zutrifft, oder als gefährlich gelten, ist dabei, so die der folgenden Ausarbeitung zu Grunde liegende Annahme, in politische Herrschafts- und Machtmechanismen eingebettet. Als *Drogen* werden zumeist nur jene psychotrope Substanzen bezeichnet, die als besonders gefährlich wahrgenommen und deswegen verboten werden, obschon der Begriff der *Drogen* an sich synonym zu dem der *psychotropen Substanzen* verwendet werden kann. Im Folgenden wird sich zunächst der differentiellen Klassifikation von psychotropen Substanzen, in *legal* und *illegal*, mit Hilfe staatlicher Regulierung gewidmet (siehe Kap. 4.1). Anschließend werden die Ambivalenzen der Bewertungen und damit zusammenhängende Kontroll- und Regulierungsmechanismen über Drogenkonsum aufgezeigt: Zum einen ist der gesellschaftliche und auch medizinisch-wissenschaftliche Diskurs von zahlreichen negativen Mythen gekennzeichnet, die Drogenkonsument*innen

psychopathologisieren und damit eine Selbstbestimmung absprechen. Zudem dienen diese Drogenmythen der sozialen und juristischen Sanktion von Drogenkonsument*innen und werden gleichzeitig als Abschreckungsmoment genutzt, in der Hoffnung, Menschen vom Drogenkonsum abhalten zu können. Zum anderen ist ein kontrollierter, gewissermaßen unauffälliger Drogenkonsum akzeptiert und kann sogar unter bestimmten Umständen einer angestrebten, neoliberalen und freien Lebensgestaltung entsprechen (siehe Kap. 4.2).

4.1. Drogen-Klassifikationen im Zuge der staatlichen Regulierung

In Deutschland sind seit den 1960er Jahren vermehrt politische Maßnahmen zur Regulierung des Drogenkonsums, -besitz und -handels zu verzeichnen. So wurde zum einen 1971 das sog. *Betäubungsmittelgesetz* (BtMG) eingeführt, in dem vor allem der Besitz von Drogen kriminalisiert wird²⁰. Zum anderen wurden Maßnahmen zur *Drogenprävention*, welche „über die Gefahren von Drogen aufklären und deren Konsum verhindern sollen“ (Sting/Blum 2003: 13), verstärkt ausgebaut und entwickelt (vgl. ebd.). Laut Stöver (2008/2005) ist die Drogenpolitik in Deutschland durch drei Hauptmerkmale gekennzeichnet: Die (a) *Trennung zwischen legalen und illegalen Drogen*, welche sich nicht nur in verschiedenen rechtlichen Grundlagen, sondern auch in unterschiedlichen politischen Strategien ausdrückt (vgl. ebd.: 336). Diese Unterscheidung basiert zudem, so Sting/Blum (2003), nicht auf gesundheitlichen Aspekten, da weniger die tatsächliche Toxizität oder schädliche Wirkung von Substanzen zu der Trennung legaler und illegaler Drogen führt, vielmehr basiert diese Trennung auf gesellschaftlichen Diskursen und Wertungen (vgl. ebd.: 64). Somit besteht (b) *eine fehlende Differenziertheit* bzgl. der Wirkungsweise einzelner Substanzen sowie verschiedenen Konsummustern und die damit einhergehende verallgemeinernde Annahme, alle illegalen Drogen „seien gleichermaßen ‚gefährlich‘“ (ebd.: 336). Ein weiteres Hauptmerkmal ist das (c) *Streben nach Abstinenz*, welches mit Prohibition und Strafverfolgung in Zusammenhang steht (vgl. ebd.). Und zwar folgen aus der juristischen Regulierung des BtMG Sanktionen in Form von Haftstrafen oder therapeutische Verordnungen²¹, deren Ziel eine Abkehr vom Drogenkonsum und -handel ist (vgl. Schabdach 2009: 135).

Schabdach (2009) geht davon aus, dass die Klassifikation und Bewertung pharmakologischer sowie psychotroper Substanzen stets „eine Folge gesellschaftlicher Konventionen“ (ebd.: 13) ist. Ob Substanzen, wie Kokain oder Heroin, als Drogen deklariert und deren Gebrauch, Besitz und

20 Eine Darstellung des historischen Ablaufes der Illegalisierung und Kriminalisierung psychotroper Substanzen kann aufgrund des Rahmens nicht weiter ausgeführt werden. Siehe hierfür u. a. Schabdachs (2009) Ausführungen über „[d]ie Differenzierung des legalen und illegalen Drogenkonsums durch die Opiumgesetze“ (ebd.: 115; Hervorh. i. O.) Seiten 115ff.

21 So kann „[n]ach § 35 BtMG (‚Therapie statt Strafe‘) [...] die Verhängung einer Freiheitsstrafe zurückgestellt werden, wenn sich der Verurteilte im Gegenzug in eine Behandlung begibt“ (Schabdach 2009: 136).

Handel illegalisiert²² werden, oder ob Substanzen, wie Ritalin und Kodein, welche „ebenso unser Bewusstsein und unsere Befindlichkeit verändern“ (ebd.: 12), als Medikamente verschrieben werden, liegt, so Schabdach (2009), weniger an den expliziten Wirkmechanismen oder Risiken der jeweiligen Substanzen, sondern vor allem an den gesellschaftlichen Diskursen und Aufladungen (vgl. ebd.: 13). Weiterführend beschreibt Schabdach (2009), dass

„[c]hemisch-pharmakologische Substanzen [...] per se weder eine gefährliche oder ungefährliche Qualität [haben] noch ist ihr Konsum an sich moralisch zu beanstanden oder zu billigen. Diese Assoziationen werden vielmehr erst durch menschliches Handeln produziert“ (ebd.).

Die verschiedenen Einteilungen von „psychoaktive[n] Substanzen²³ als [...] Therapeutikum, Nahrungsmittel [...] oder Droge“ (ebd.) unterliegen einem Konstruktionsprozess, welcher sich historisch und kulturell unterscheiden kann. Vorherrschende Norm- und Wertesysteme, sowie bestehende Machtmechanismen, sind ausschlaggebend für die Konstruktion von Drogen (vgl. ebd.). In diesem Sinne wird in der vorliegenden Ausarbeitung sowohl der Begriff *Drogen* als auch *psychotrope Substanzen* verwendet. In der Regel sind mit Drogen, wenn nicht anders kenntlich gemacht, psychotrope Substanzen im Allgemeinen gemeint²⁴. Die Grenzziehung zwischen illegalisierten und legalisierten psychotropen Substanzen ist jedoch, wie die weiteren Ausführungen zeigen werden, trotz einer meist angenommenen Eindeutigkeit, nicht immer klar zu erfassen. Die Klassifikation in legal und illegal unterliegt eben nicht nur jenem nach Normen und Werten ausgerichteten Konstruktionsprozess, sondern unterscheidet sich zudem je nach Kontext, in welchem eine spezifische psychotrope Substanz konsumiert wird. Die meisten, vor allem synthetischen Drogen, stehen in direktem Zusammenhang mit der pharmakologischen und medizinischen Entwicklung: Und zwar wurden und werden bspw. Opiate als Schmerz- und Betäubungsmittel, im Rahmen chirurgischer Eingriffe, eingesetzt und Heroin wurde 1898 als Medikament gegen Atemwegserkrankungen entwickelt (vgl. ebd.: 115f.). Auch das Spektrum der Wirkklasse der Amphetamine, die auf dem illegalisierten Drogenmarkt stark nachgefragt werden, basiert auf Entwicklungen und Forschungen der Pharmaindustrie und entspricht in einigen Ländern einem verschreibungspflichtigen Medikament (vgl. Amendt 2003: 62). Nicht nur die Klassifikation einzelner Substanzen in *legal* und *illegal* entspricht gesellschaftlichen Konstruktionsprozessen, auch

22 Im Folgenden verwende ich die Formulierung *illegalisiert* oder *legalisiert*, um auf den prozesshaften Konstruktionscharakter der Klassifikation psychotroper Substanzen hinzuweisen und damit die Assoziation einer vermeintlichen Natürlichkeit des Legalitäts-Status aufzubrechen.

23 Der Begriff der *psychoaktiven Substanzen* wird in der Regel äquivalent zu dem Begriff *psychotrope Substanzen*, welcher auch in der vorliegenden Ausarbeitung verwendet wird, gebraucht.

24 Dem entgegen bezieht sich der Begriff des*r *Drogenkonsument*in* ausschließlich auf Konsument*innen illegalisierter psychotroper Substanzen, da mit diesem*r spezifische Bilder, Wertungen und entsprechende Machtmechanismen verbunden sind (siehe Kap. 4.2).

die jeweiligen Wirkungen sowie das Erleben dieser sind kulturell geprägt (vgl. Schabdach 2009: 14), sodass sich „Drogeneffekte [...] nicht objektiv und unabhängig vom Individuum bestimmen“ (ebd.) lassen. So stellt der Sozialpädagoge Dollinger (2005) dar, dass die Bedeutung, welche die*r jeweilige Drogenkonsument*in einer Substanz zuspricht, ausschlaggebender Faktor für dessen Wirkung und Funktionalität ist. Die Bedeutungsaufladung entspricht jedoch keiner rein individuellen Auffassung, da die „Bedeutungen von Drogen [...] interpersonell ausgehandelt“ (ebd.: 145) werden. Sowohl im engeren sozialen Umfeld, in dem bspw. gemeinsamer Drogenkonsum stattfindet, beim Kauf von Drogen, als auch im politischen, wissenschaftlichen oder medialen Diskurs, werden Wirkungen, Bedeutungen, aber auch Konsumstile einzelner Substanzen konstruiert (vgl. ebd.). Drogenkonsum wird in diesem Sinne als ein aktiver Prozess zwischen Individuum und Umwelt verstanden, indem „der Konsum [...] durch die Vermittlung von Techniken und die Wahrnehmung und den Genuss drogenbedingter Effekte [erlernt wird]“ (ebd.: 149). Entgegen dieser konstruktivistischen Perspektive auf Drogenkonsum und Drogenerleben, wird in den meisten medizinischen Diskursen ein objektivierendes Verständnis gebraucht, welches von messbaren und somit eindeutigen Wirkungsweisen verschiedener psychotroper Substanzen und deren vermeintlichen Gefahren für Sucht und Abhängigkeit bzw. die Gesundheit ausgeht (vgl. Schabdach 2009: 17). Zugleich führt die Illegalisierung einer Substanz, so der Kriminologe Quensel (2010/2004), quasi unweigerlich zu einer Gefährlichkeits-Zuschreibung: Durch die Verbindung von illegalisierten Substanzen mit kriminellen, strafrechtlich verfolgten Handlungen, erscheint die Substanz nicht neutral, sondern als etwas „aus sich heraus gefährlich[es], [...] denn nur gefährliche Handlungen werden doch bestraft“ (ebd.: 121). Der Konsum illegalisierter Substanzen wird ebenso wenig neutral als reiner Konsum betrachtet und stattdessen mit *Missbrauch* gleichgesetzt (vgl. ebd.). Zudem werden der Konsum, Besitz sowie Handel von Drogen durch die juristische Illegalisierung, aber auch durch eine damit in Zusammenhang stehende politische Normierung, als *abweichendes* Verhalten markiert. Jedoch kann das als abweichend definierte Verhalten nicht als Ausgangspunkt für die Illegalisierung gesehen werden (vgl. Schabdach 2009: 21f.), da

„[e]rst die politisch akzeptierte Definition von Drogenkonsum als sozialem Problem und die damit einhergehende Etablierung von Instanzen sozialer Kontrolle [...] einen Sinnbereich von Drogenkonsum als abweichendem Verhalten entstehen [lässt]“ (ebd.: 22).

In diesem Sinne schafft also nicht das *abweichende* Verhalten an sich die verschiedenen Kontrollinstanzen, sondern die gesellschaftliche und politische Wertung dessen (vgl. ebd.: 21f.).

Trotz bestehender juristischer Vorgaben hat sich weder der Konsum, noch der Handel mit illegalisierten Substanzen verringert. Die Verbote führen, so Stöver (2008/2005), weniger zu einer Regulierung des Drogenkonsums und -handels, sondern viel mehr zu der (Re-)Produktion eines ei-

genen illegalisierten Drogenmarktes (vgl. ebd.: 338). In Bezug darauf stellen auch Sting und Blum (2003) dar, dass:

„[d]ie repressive Drogenpolitik [...] inzwischen als gescheitert [gilt]. Sie hat keine substanzielle Verminderung des Drogenkonsums in der Gesellschaft erreicht; im Gegenteil sind die Konsumraten trotz des Verbots [...] angestiegen“ (ebd.: 65).

Stattdessen werden Drogenkonsument*innen, durch die gegebenen gesetzlichen Regelungen, kriminalisiert und erleben daraus folgend soziale Ausgrenzung bis hin zur Isolation (vgl. ebd.). Diese soziale Ausgrenzung wird zum einen durch repressive Maßnahmen, wie der Haftstrafe, geschaffen, zum anderen führen jedoch auch die gesamtgesellschaftliche moralische Abwertung sowie Ablehnung des Drogenkonsums zu einer Stigmatisierung und einem Ausschluss aus dem sozialen Umfeld, wie Familie oder Freund*innen (vgl. Schabdach 2009: 152). Der moralisierende Ausschluss von Drogenkonsument*innen reiht sich dabei, so Anhorn und Balzereit (2016), in eine generelle Tendenz neoliberaler Gesellschaften ein, in welcher auf Unsicherheiten mit „vielschichtigen Mechanismen der sozialen Ausschließung, moralischen Diskreditierung und staatlich-privaten Repression und Kontrolle“ (ebd.: 108) reagiert wird. Auch Biebricher (2015/2012) stellt in Bezug auf einen allgemeinen Umgang mit Kriminalität dar, dass soziale Kontrolle ein wesentlicher Aspekt der neoliberalen Regulierung von Kriminalität ist (vgl. ebd.: 181ff.). Weiterführend bringt, so Stöver (2008/2005), die Illegalisierung des Drogenmarktes neben der Erhöhung der Preise, vor allem eine Intransparenz über die Inhaltsstoffe der jeweiligen Substanzen sowie ein Erschweren der Wissensweitergabe und Diskussion um Risikominderung beim Konsum mit sich (vgl. ebd.: 338). Verschiedene, mit der Kriminalisierung von Drogen im Zusammenhang stehende, moralische oder emotionale Aufladungen, wie die Vorstellungen bzgl. der vermeintlichen *Einstiegsdroge* Cannabis, erschweren eine realistische und wertungsfreie Informationsvermittlung (vgl. Quensel 2010/2004: 45). Schabdach (2009) spricht in Bezug auf die Auswirkungen der aktuellen Drogenverbotspolitiken sogar davon, dass

„sich seit der Implementierung des BtMG die Situation dramatisch zugespitzt hat: Es existiert ein Schwarzmarkt, auf dem die verbotenen Stoffe verfügbar sind, in den Großstädten haben sich kriminalisierte Subkulturen herausgebildet [...], die Rückfallquoten von Drogenabhängigen sind beträchtlich und die Zahl der Drogentoten ist ebenso wie die der Tatverdächtigen steil angestiegen“ (ebd.: 128f.).

Auch juristische Maßnahmen, wie Haftstrafen, führen in der Praxis keinesfalls zu einer Verhinderung des Drogenkonsums. Trotz bestehender Verbote und Kontrollmaßnahmen sind jegliche illegalisierte Substanzen in Gefängnissen zugänglich, sodass Drogenkonsument*innen auch in Haft weiter Drogen konsumieren (vgl. ebd.: 135f.). Schabdach (2009) ergänzt zudem, dass sogar „manche Nicht-Konsumenten [...] häufig erst im Strafvollzug mit dem Drogengebrauch [beginnen]“ (ebd.: 136).

Trotz dieser nach wie vor in der Drogenpolitik immanenten Annahmen, lässt sich seit den 1998er Jahren eine Tendenz zur „integrierten[n] Sucht- und Drogenpolitik“ (Stöver 2008/2005: 336) verzeichnen, die durch eine „ganzheitliche[...] Sichtweise des gesellschaftlichen Umgangs“ (ebd.) mit Drogen gekennzeichnet ist. Schließlich werden inzwischen auf drogenpolitischer Ebene auch legalisierte psychotrope Substanzen, bspw. im Rahmen der Tabak-Prävention, thematisiert (vgl. ebd.). Sting und Blum (2003) sprechen zudem von einem „wichtige[n] Perspektivwechsel“ (ebd.: 15), bei dem der Fokus weniger auf illegalisierten psychotropen Substanzen und deren vermeintliche Schädlichkeit, sondern vermehrt auf die Prozesshaftigkeit von Süchten gelegt wird (vgl. ebd.). Nichtsdestotrotz sind Präventionsansätze, laut Stöver (2008/2005), in der Regel weiterhin von einer „repressiven Verbotspolitik“ (ebd.: 337) durchzogen. Diese repressive Verbotspolitik bzw. stigmatisierenden Regulierungsmaßnahmen ziehen sich durch jegliche Angebote, die an Drogenkonsument*innen gerichtet sind. Sowohl juristische Maßnahmen, wie Geld- oder Haftstrafen, sozialpädagogische Beratungsangebote, als auch Therapien, in ambulanter oder stationärer Form, sind Teil der sozialen und institutionalisierten Kontrolle von Drogenkonsum (vgl. Schabdach 2009: 23).

4.2. Stigmatisierung durch die Terminologie der Sucht

Obwohl der als problematisch bewertete Konsum von (il)legalisierten psychotropen Substanzen in Form von Abhängigkeit nicht im Fokus der vorliegenden Ausarbeitung steht, wird sich in Kürze mit der pathologisierenden Annahme von Sucht und Abhängigkeit auseinandergesetzt. Wie auch die folgenden Ausführungen noch zeigen werden, besitzen diese stets Wirkungsmächtigkeit, wenn über Drogenkonsum gesprochen bzw. sich mit Drogenkonsum auseinander gesetzt wird, sodass es neben einer allgemeinen Kritik am Konzept der (Psycho-)Pathologisierung (siehe Kap. 2.3) auch einer kritischen Reflexion von Sucht- und Abhängigkeitskonzeptionen bedarf.

Im politischen und gesellschaftlichen Diskurs über psychotrope Substanzen wird meist nicht zwischen verschiedenen Begrifflichkeiten und ebenso verschiedenen Definitionen derer differenziert. Dies betrifft bspw. die Begriffe „Sucht, Abhängigkeit, schädlicher Gebrauch [...], Missbrauch“ (Schneider 2006: 20). Zwar in der Regel unbenannt, aber meist als vermeintlicher Konsens, mitschwingend ist, so Schneider (2006), die Annahme, dass „[d]as, was man als Drogenabhängigkeit, als Sucht begreift, [...] als eine schwere, finale Krankheit anzusehen [ist]“ (ebd.). Die Idee der Sucht erlangte, so Schabdach (2009), im Jahr 1819, durch eine Abhandlung des Arztes Constantin von Brühl-Cramer über Alkoholkonsum, Eintritt in medizinische und wissenschaftliche Diskurse und wurde daraufhin im 19. Jahrhundert als pathologische Erscheinung angesehen (vgl. ebd.: 56). Als Kennzeichen für Sucht gelten seitdem „[d]er Kontrollverlust, die Entzugserscheinungen beim Absetzen der Droge und die Toleranzentwicklung“ (ebd.: 56f.). In-

zwischen wird Sucht im psychiatrisch-medizinischen Kontext weitestgehend differenzierter betrachtet und im Zuge dessen von psychischer oder physischer Abhängigkeit gesprochen, bei der sich die jeweiligen Symptomatiken je nach Substanz und individueller Konstitution des*r Konsument*in unterscheiden können (vgl. ebd.: 59f.). So wird im fünften Kapitel des ICD-10, in den Abschnitten F 10 bis F 19, unter den sog. *psychischen und Verhaltensstörungen* Drogenkonsum pathologisiert (vgl. Korte 2007: 30). Unterschieden werden der Konsum und dessen psychopathologische Klassifikation nach den jeweiligen psychotropen Substanzen, wie Alkohol, Opioide, Sedativa oder Stimulanzien, sowie den „klinischen Zustandsbildern“ (ebd.: 62), bspw. akutem Rausch bzw. Intoxikation, schädlichem Gebrauch und Entzugssymptomen (vgl. ebd.: 62ff.). Diese Pathologisierung von Drogenkonsum, ob im gesellschaftlichen und medialen Diskurs oder durch das ICD-10, ist Teil einer pauschalisierenden Konstitution von Mythen, die um den Konsum illegalisierter psychotroper Substanzen bestehen: Die gesellschaftliche Wahrnehmung von und über Drogenkonsument*innen ist „durch eine kulturell lebhaftere Mythenbildung über Drogenwirkungen, Gebrauchsmuster, Abhängigkeitsphänomene, Präferenzen, Dynamiken des Konsums“ (Stöver 2008/2005: 340) geprägt. Diese Mythenbildung führt, laut Stöver (2008/2005) dazu, dass

„[e]ine Drogenbekämpfungsadministration [...] institutionalisiert (abstinenzorientierte Therapieketten) [wurde], die in Verquickung mit den (veröffentlichten) Diskursstrategien des Moralisierens, Pathologisierens und des Dramatisierens eine soziale Normierung hervorbrachte, die die herrschenden öffentlichen Wahrnehmungsfolien beständig reproduziert hat“ (ebd.).

Laut Sting/Blum (2003) wurde vor allem Ende der 60er Jahre mit „Abschreckung, Kriminalisierung und Repression“ (ebd.: 69) auf den sich erhöhenden Drogenkonsum reagiert. Negative Folgen und Gefahren von Drogenkonsum wurden in Form von Aufklärungskampagnen in überzogener Weise dargestellt, um „jeden Kontakt mit illegalen Drogen [zu] verhindern“ (ebd.). Negativbilder des Drogenkonsums manifestierten sich in dem gesellschaftlichen Wissen (vgl. ebd.: 69f.) und als anzustrebende Norm dient das Bild des „rationalen, allseits nüchternen und drogenfreien Menschen“ (Sting/Blum 2003: 14). Die Verhinderung von Drogenkonsum durch Prohibition, welche auch Teil der Aufklärungskampagnen ist, erscheint als vermeintlich logische Maßnahme, um die Gefahr von Sucht zu minimieren bzw. zu verhindern (vgl. Schabdach 2009: 82). Die Terminologie der *Sucht* dient hierbei der Legitimation für institutionalisierte sowie soziale Kontrolle und dem Ausschluss von Drogenkonsument*innen. Die Medien waren, so Schabdach (2009), ausschlaggebend für die Verbreitung der abschreckend wirkenden Drogenmythen. Nicht nur durch Aufklärungskampagnen, sondern vor allem auch in Berichterstattungen über Drogenkonsument*innen oder Drogenhändler*innen, wurden und werden undifferenzierte und einseitig negativ aufgeladene Bilder gezeichnet (vgl. ebd.: 125), in denen Drogenkonsument*innen „als kri-

minelle und amoralische Persönlichkeiten diffamiert“ (ebd.) werden. Diese Problemfokussierung führt dazu, dass Drogenkonsument*innen häufig als *eine* Gruppe wahrgenommen und thematisiert werden, der einen grundsätzlichen Beratungs- und Behandlungsbedarf zugesprochen wird (vgl. Stöver 2005: 341). Drogenkonsument*innen werden häufig als Menschen charakterisiert, welche

„permanent und hochgradig an Drogen ‚hängen‘, frühkindlich geschädigt, schwer krank, erheblich kriminell vorbelastet sind und keine eigene Lebensgestaltung mehr zustande bringen“ (Schneider 2005: 274).

Dies ist Teil eines Systems, in dem Drogenkonsument*innen als kranke Menschen angesehen werden, „die vom Staat im Rahmen seines Auftrages zur Wahrung der Volksgesundheit geheilt werden müssen“ (Amendt 2003: 184). Diese Psychopathologisierung als *Drogenkranke*r* bringt die stigmatisierende Vorstellung von Drogenkonsument*innen als „unmündige[...] Objekt[e]“ (Schneider 2006: 32) hervor (vgl. ebd.). Zudem besteht die Gefahr, die Begründung und somit auch eine Problematisierung von Drogenkonsum hauptsächlich im Individuum zu lokalisieren und diese als behandlungswürdige *Opfer* zu stigmatisieren (vgl.: Schabdach 2009: 84f.). Hierdurch (re-)produziert sich nicht nur die Stigmatisierung von Drogenkonsument*innen, sondern wird auch eine differenzierte Betrachtungsweise auf Gründe und Muster von Drogenkonsum erschwert.

Auch wenn Sucht und deren Symptomatik keine rein theoretische Konzeption sind, sondern faktische Auswirkungen im Erleben von Drogenkonsument*innen haben, bedarf es bei der Deutung und dem Verstehen von Drogenkonsum sowie -abhängigkeit einer Perspektive, die sich sowohl auf die individuellen Konstitutionen des*r Drogenkonsument*in als auch auf die strukturellen Begebenheit, wie der machtvollen Konstruktion von Sucht, richtet (vgl. Schabdach 2009: 19). So stellt auch Schabdach (2009) dar, dass

„Drogenabhängigkeit [...] nicht an sich [existiert], also irgendwo außerhalb gesellschaftlicher Formationen, sondern [...] erst im Rahmen sozialer Praktiken und Wissensformen konstituiert und durch die dominante Alltagswirklichkeit einer konkreten Gesellschaft hervorgebracht [wird]. Das Konzept der Sucht ist damit als ein relativistisches, vom kulturellen und historischen Kontext abhängiges Konstrukt zu verstehen, dessen Objektivität erst im Rahmen sozialer Problematisierungen diskursiv hergestellt wird“ (ebd.: 18).

Ebenso betont Schneider (2006) die Relevanz einer individuellen Betrachtung von Gründen für Drogenkonsum, da

„es weder ‚den‘ Drogenkonsumenten, ‚die‘ Suchtpersönlichkeit noch ‚die‘ Ursachen für ‚die‘ Gebrauchsaufnahme illegalisierter Substanzen [gibt], sondern lediglich mögliche Indikatoren für die Wahrscheinlichkeit des Auftretens“ (ebd.: 15; Hervorh. i. O.).

Gründe für den Konsum von psychotropen Substanzen müssen somit nicht nur individuell, sondern auch in ihrer Unterschiedlichkeit und nicht durch pauschalisierte und standardisierte Kriterien betrachtet werden (vgl. ebd.). Schneider (2006) versteht individuelle Konsummuster als „dy-

namische, komplexe und zeitlich offene [...] Prozesse“ (ebd.). Um diese zu verstehen, braucht es eine individuelle Betrachtung der Entwicklungsdynamik des Drogenkonsums, wie z. B. des „Einstiegszeitpunkt[s], [...] [der] Reichweite und Intensität der Integration in Drogengebrauchsszenen, [...] Art und Weise der konsumierten Substanz“ (ebd.: 33) sowie „biografische[r] Merkmale wie Alter, Geschlecht, soziale Herkunft, Familie, schulische und berufliche Sozialisation“ (ebd.).

Auch heute noch bestehen diese Mythen in zahlreichen Formen und Ausführungen, die hauptsächlich negativ und auch emotional konnotiert sind. Gleichzeitig sind die Wertungen über Drogenkonsum auch differenzierter sowie ambivalenter geworden. Laut dem Pädagogen Schneider (2006) finden sich in Drogenmythen die binären und vermeintlich gegensätzlichen Vorstellungen von „Autonomie/Abhängigkeit, Gut/Böse, Vernunft/Begierde, Freiheit/Unfreiheit“ wieder (ebd.: 36): Drogenkonsument*innen werden als der jeweiligen Substanz ausgelieferte, aber auch als schuldige Personen aufgrund fehlender Selbstkontrolle, gezeichnet (vgl. ebd.). Der Aspekt der Selbstkontrolle und die damit verbundene Unterscheidung zwischen kontrolliertem und unkontrolliertem Konsum erlangt eine neue Bedeutung:

„Spätestens mit der Durchsetzung einer nach marktwirtschaftlichen Strukturprinzipien regulierten Gesellschaftsordnung und den damit einhergehenden Normalitätswürfen einer ‚richtigen‘ Lebensführung stellt ‚unkontrollierter‘ Alkohol- und Drogenkonsum ein durch diskursive Kommunikationsprozesse etabliertes soziales Problem dar“ (Schabdach 2009: 22).

Unkontrollierter Drogenkonsum wird als Gegenentwurf zu der anzustrebenden Lebensgestaltung postuliert: Sei es das Bemühen um beruflichen Erfolg oder die Sorge um die eigene Gesundheit (vgl. ebd.: 20; 179f.), welche durch Selbstdisziplinierung gesichert werden sollen (siehe Kap. 2.1; 2.2). Aufgrund der Sorge, dass Drogenkonsum „die normativen Grundlagen der Gesellschaft“ (ebd.: 22) angreife, bedarf es eines moralischen und institutionalisierten Systems, welches Drogenkonsum reguliert und eindämmt (vgl. ebd.). Die zuvor dargestellte Mythifizierung wirkt noch auf einer anderen Ebene als der Stigmatisierung und Ausschließung: So erscheint Drogenkonsum, welcher nicht den Annahmen von Kontrollverlust, *abweichendem* Verhalten, Verwahrlosung u. ä. gleicht, als akzeptiert. Solange der Konsum psychotroper Substanzen nicht sichtbar bzw. auffällig wird und gesellschaftlichen Erwartungen an Verhalten und Auftreten nicht widerspricht, wird dieser weder psychopathologisiert noch juristisch oder sozial sanktioniert²⁵. Ein Großteil des Drogenkonsums ist in diesem Sinne nicht sichtbar, da

25 Amendt (2003) erwähnt in diesen Zusammenhang ebenso den Aspekt des sozialen Status der Drogenkonsument*innen, welcher sowohl Auswirkungen auf die Bewertung des*r jeweiligen Drogenkonsument*in hat als auch die Bewertung und Klassifikation verschiedener Substanzen prägt, je nach Szene oder Community von der diese konsumiert werden (vgl. ebd.: 168f.).

„die Mehrheit aller Konsumenten von Drogen gesundheitlich auf keinen Fall Schaden nehmen [will]. Sie wollen physisch und psychisch unverseht zurückkommen von ihren Trips und sich in den Alltag wieder einfügen, ohne ‚hang-over‘ und ohne Leistungsverlust“ (Amendt 2003: 172).

Dementsprechend bedeutet Drogenkonsum keinesfalls per se eine Abweichung von der erwarteten Lebensführung, da viele Konsument*innen psychotroper Substanzen „sozial integriert [sind] und selbstbestimmt am gesellschaftlichen Leben teil[nehmen]“ (ebd.: 166). Bestimmte Arten und Formen von Drogenkonsum werden dann nicht nur akzeptiert, sondern können sich auch in neo-liberale Anrufungen einreihen. Und zwar wird ein *kontrollierter Hedonismus*, wie in Form von nur selten und kontrolliert stattfindendem Drogenkonsum beim Feiern, sogar unter bestimmten Voraussetzungen als gesundheitsfördernd bewertet, da Aspekte, wie das Schaffen freud- und lustvoller Momente, in den Fokus geraten (vgl. Schabdach 2009: 200f.). Schließlich führt Schabdach (2009) aus:

„Worauf es ankommt, ist die modulierende und selbstkontrollierte Einwirkung auf sich selbst, d.h. die situationsgerechte und angemessene Stilisierung des Rausches an den dafür vorgesehenen Orten (in Diskotheken und nicht am Arbeitsplatz) und zu den dafür vorgesehenen Zeiten (am Wochenende und nicht während der Schul- oder Arbeitswoche)“ (ebd.: 201).

Der Konsum (il)legalisierter psychotroper Substanz sowie eine als ungesund oder gefährliche verstandene Lebensführung wird weiter als *freie* Entscheidung gewertet, „für deren Konsequenzen dann aber auch die volle Verantwortung zu tragen ist“ (ebd.: 180). Auch Amendt (2003) führt aus, dass der Konsum illegalisierter psychotroper Substanzen, aufgrund dieses Schlüsselmoments der (Selbst-)Kontrolle, einem „chemische[n] Selbstmanagement“ (ebd.: 175) gleicht. Ist ein kontrollierter Konsum nicht mehr erfüllbar und erfolgt ein „Absturz in die Sucht“ (ebd.), gilt dies, so Amendt (2003), „nicht länger als moralisches Versagen, sondern als unternehmerischer Zusammenbruch“ (ebd.). Dies ist insbesondere in Hinblick auf den bereits in *Kapitel 4.1* dargestellten verstärkten Ausbau von präventiven Ansätzen in der Drogenarbeit zu betrachten: Schließlich stehen dadurch (potentiellen) Konsument*innen von psychotropen Substanzen vermehrt Informationen über die jeweiligen Wirkungsweisen, gesundheitlichen, aber auch strafrechtlichen Risiken zu. So geht Biebricher (2015/2012) davon aus, dass

„[w]enn das Subjekt des Neoliberalismus tatsächlich frei ist und immer unternehmerisch handelt, dann muss es auch für die ihm vorher bekannten und damit einkalkulierten strafbaren Folgen seiner freien Entscheidungen uneingeschränkt die Verantwortung übernehmen“ (ebd.: 182).

Die Verantwortungsübertragung bezieht sich somit nicht nur auf die vermeintliche gesundheitliche Gefahr der Sucht und den damit zusammenhängenden Folgen, sondern ebenso auf die Gefahr einer strafrechtlichen Sanktionierung. Abschließend lässt sich in Anlehnung an Schabdach (2009) der Umgang mit Drogenkonsum als eine „widersprüchliche[...] Kultur der Kontrolle“ (ebd.: 253) beschreiben: Zum einen widerspricht Drogenkonsum den neoliberalen Gesundheits-

anrufungen an das Individuum und wird als abweichendes Verhalten konstituiert und als dieses sozial, juristisch und medizinisch sanktioniert. Zum anderen ist kontrollierter, selbstbestimmter Drogenkonsum akzeptiert und kann sogar unter bestimmten Umständen einer angestrebten, neo-liberalen und freien Lebensgestaltung entsprechen (vgl. ebd.).

5. Drogenkonsumverhalten von trans*Personen

Wie bereits deutlich wurde, sind trans*Personen, solange sie trans*spezifische medizinische Leistungen in Anspruch nehmen oder rechtliche Schritte einleiten möchten, zwangsläufig in Kontakt mit Gesundheitsdiskursen und -politiken. Neben den allgemeinen Gesundheitsanrufungen, die in kapitalistischen und neoliberalen Gesellschaften bestehen (siehe Kap. 2.2), begeben sich viele trans*Personen in ein System der Psychopathologisierung, um ihre Identität anerkannt zu bekommen (siehe Kap. 3.2). In der vorliegenden Ausarbeitung liegt der Fokus auf der Verbindung von Drogenkonsum und Trans*. Auch der Konsum von Drogen ist, wie in *Kapitel 4* erläutert, in einen biopolitischen Gesundheitsdiskurs eingebettet und wird dementsprechend als ein Teil von Gesundheitsverhalten²⁶ verstanden. Bevor sich der Frage nach eben jener Korrelation von Drogenkonsum und Trans*, sowohl in Hinblick auf neoliberale Anrufungen als auch in Bezug auf diskursive Darstellungs- und Erklärungsansätze von drogenkonsumierenden trans*Menschen gewidmet wird (siehe Kap. 5.2), erfolgt zunächst eine Ausführung über die gesundheitlichen Situationen von trans*Personen. Diese werden im Kontext von erlebten Diskriminierung, Stigmatisierungen und Ausgrenzungen betrachtet (siehe Kap. 5.1).

5.1. Psychische Gesundheitssituation von trans*Personen

Hamm und Sauer (2014) gehen davon aus, dass viele trans*Personen weder einen „signifikanten Leidensdruck“ (ebd.: 13) erleben, „noch in ihrem Alltags- bzw. Erwerbsleben eingeschränkt“ (ebd.) sind. So kann sich bspw. das Wissen um Trans* sowie ein akzeptierendes und unterstützendes Umfeld positiv auf die Psyche auswirken (vgl. ebd.). Auch Güldenring (2015/2006) stellt dar, dass viele trans*Personen psychisch stabil sind und bspw. keiner begleitenden Therapie, die

26 Da keine spezifische Darstellung verschiedener Definitionen und Konzepte über das Handeln in Bezug auf Gesundheit und Krankheit folgen wird, wird an dieser Stelle der Begriff des *Gesundheitsverhaltens* verwendet. Dieser wird als Überbegriff angesehen, um jedes Verhalten, welches in Verbindung mit Gesundheit und Krankheit steht, wie bspw. Vorsorge oder Behandlung, aber auch Risikoverhalten, zu beschreiben (vgl. Waller 2006/1995: 41f.). Gesundheitsverhalten entspricht in diesem Sinne einem Handeln, sodass auch von Gesundheitshandeln gesprochen werden kann. Laut Waller (2006/1995) sind somit das Bewusstsein über Gesundheit und Krankheit, sowie die bestehenden Handlungsfähigkeiten und -kapazitäten, ausschlaggebend für individuelles Gesundheitsverhalten (ebd.: 47).

jedoch für die Inanspruchnahme trans*spezifischer Gesundheitsleistungen obligatorisch ist, bedürfen (vgl. ebd.: 164). Nichtsdestotrotz verzeichnen verschiedene (inter-)nationale Studien, die sich mit der psychischen Gesundheit von trans*Menschen befassen, hohe vorhandene psychische Belastungen, u. a. in Form von Depressionen, Suizidalität und Angststörungen, welche weiterführende Auswirkungen auf den physischen Gesundheitszustand haben. Die konkreten Ergebnisse unterscheiden sich je nach Professions-Hintergrund und Aufbau der Studien (vgl. Nieder et al. 2017: 2; vgl. LesMigraS 2012: 35). Vermittelt die institutionalisiert verankerte Psychopathologisierung von trans*Personen zwar den Anschein, dass eine Kausalität zwischen Trans* und psychischer Erkrankung bestehe, ist diese Annahme, wie auch schon in *Kapitel 3.2.2* erläutert wurde, in Frage zu stellen. Denn auch wenn bei vielen trans*Personen psychische Begleitbelastungen zu verzeichnen sind, sagt dies zunächst nichts über deren Gründe und Ursprünge aus. Im Folgenden wird sich nicht nur weiterführend mit den Gesundheitssituationen von trans*Personen auseinandergesetzt, sondern auch mit der Analyse bzgl. der Gründe und Ursprünge für psychische Begleitbelastungen. Hierfür wird anhand des sog. *Minority-Stress-Modells* aufgezeigt, welche Wirkungen Diskriminierungserfahrungen und -erleben haben können. Nach einer theoretischen Darstellung dieses Modells in Bezugnahme exemplarischer Studienergebnisse (siehe Kap. 5.1.1), erfolgt eine weiterführende Untersuchung trans*feindlicher Diskriminierung und Gewalt (siehe Kap. 5.1.2; 5.1.3).

5.1.1. Diskriminierung und Stigmatisierung als Belastungsfaktoren

In Bezug auf die Analyse von Krankheits- und Gesundheitszuständen bei trans*Personen lassen sich vor allem zwei Ebenen ausmachen: (a) *Das eigene Gesundheitsempfinden in Bezug auf Trans**. Für manche, aber nicht für alle, trans*Personen kann die Diskrepanz zwischen Identität und Körper zu einem Empfinden „als organisch nicht gesund“ (Hamm/Sauer 2014: 12) führen. Laut Hamm und Sauer (2014) ist dies aber ebenso als Spannbreite zu begreifen, die sich individuell unterscheidet, sodass „[d]as Körperempfinden [...] von gesund bis zur teilweisen oder vollständigen Ablehnung des Geburtskörper reichen [kann]“ (ebd.: 12f.). Eine weitere Ebene (b) *sind die Auswirkungen durch die strukturell bestehende Trans*feindlichkeit* (vgl. ebd.), welcher sich im Weiteren verstärkt gewidmet wird.

Wie auch schon die vorherigen Ausführungen in *Kapitel 3.2* aufgezeigt haben, sind trans*Personen Diskriminierungen und Stigmatisierungen, auf Grund der strukturellen Bedingungen des psychiatrisch-medizinischen sowie juristischen Systems, entlang von Zweigeschlechtlichkeit und Heteronormativität, ausgesetzt. Davon ausgehend, dass trans* Personen vermehrt Diskriminierungen und Gewalt durch strukturell und gesellschaftlich verankerte Trans*feindlichkeit erleben, wird im Folgenden die These verfolgt, dass psychische Belastungen und psychische Labilität vor

allem als Folge dessen gewertet und verstanden werden können. So stellen bspw. Núñez et al. (2015) dar, dass „[v]erschiedene Studien [...] einen Zusammenhang zwischen Diskriminierung und der erhöhten Prävalenz von psychischen Erkrankungen bei Menschen mit einem geschlechtsrollendyskonformen Verhalten nach[gewiesen]“ (ebd.: 220) haben.

Um die Wirkung von Diskriminierung, Ausgrenzung oder Gewalt, sog. Stressoren, auf Menschen einer marginalisierten Gruppe zu erklären, entwickelte Ian H. Meyer 1995 die Theorie des sog. *Minority-Stress-Modell*. Im Sinne des *Minority-Stress-Modells*, in dem verschiedene Ansätze, wie die soziale Stresstheorie (siehe Kap. 2.2), sowie Theorien aus der Stigmaforschung, verbunden werden, wird davon ausgegangen, dass die Wirkungen von Stressoren auf verschiedenen Ebenen zu verzeichnen sind (vgl. ebd.: 221): Wie z. B. „körperliche und psychische Gesundheit, Verhalten, Sozialstatus“ (ebd.). Auch Meyer (2016) geht davon aus,

„dass verschiedene Stressoren wie internalisierte Homophobie²⁷, Stigmabewusstsein und direkte Erfahrungen von Diskriminierung und Gewalt sich unabhängig voneinander und kumulierend negativ auf die psychische Gesundheit von Angehörigen einer Minderheit auswirken“ (ebd.: 199f.).

Laut Núñez et al. (2015) werden die Stressoren in „externe (*distal stress processes*) und interne Stressoren (*proximal stress processes*) [...] unterteilt[t]“ (ebd.: 221; Hervorh. i. O.). Externe Faktoren, die psychischen Stress auslösen, können sowohl leicht erkennbar, wie Gewalterlebnisse, als auch verdeckt, wie strukturelle Diskriminierung, sein (vgl. Sander 2016: 208). Eine besondere Bedeutung bekommt an dieser Stelle zudem das sog. „Stigmabewusstsein (*felt stigma*)“ (Núñez et al. 2015: 221; Hervorh. i. O.): Unter Stigmabewusstsein wird eine „psychische Konstellation“ (ebd.) verstanden, die zu einer erhöhten „Sensibilität für potenziell gefährliche Situationen“ (ebd.) führt. Núñez et al. (2015) führen aus, dass

„[d]as Stigmabewusstsein [...] im Fall einer Trans*Person im ersten Moment eine protektive Schutzfunktion übernehmen [würde], die es ihr beispielsweise im *Versteckten* erlaubt, eine private Kartografie der Diskriminationsgrenze zu erstellen, um somit mögliche versteckte Orte der (Geschlechtsidentitäts-)Freiheit finden zu können“ (ebd.; Hervorh. i. O.).

In Bezug darauf verzeichnen Ohms und Schacher (2017) bei einigen trans*Personen eine gezielte Vermeidung von „Situationen, die Demütigungen, Abwertungen und das Risiko, auf den Geschlechtsausdruck reduziert zu werden“ (ebd.: 21). Dies wird erst durch eben jene Fähigkeit, solche Situation vorab einschätzen zu können sowie eine weitreichende Aufmerksamkeit möglich, birgt jedoch neben dem Schutzfaktor die Gefahr soziale Lebensbereiche einzuschränken

27 Das *Minority-Stress-Modell* bezog sich zunächst auf homosexuelle Menschen, sodass in diesem Kontext von *Homophobie* die Rede ist. Laut Meyer (2016) lässt sich dieser Ansatz aber ebenso auf (internalisierte) Trans*feindlichkeit bzw. deren Folgen übertragen (vgl. ebd.: 200). Da, auch wenn Unterschiede zwischen Homo- und Trans*feindlichkeit bestehen, beide Diskriminierungsformen, wie schon in *Kapitel 3.1* dargestellt, eng miteinander verbunden sind, lässt sich eine Übertragung der Stressoren vollziehen.

(vgl. ebd.: 215), sodass „[d]ie Antizipation möglicher Gewalt- oder Diskriminierungserfahrungen [...] überaus stressbelastet [ist] und [...] sich negativ auf die psychische Stabilität eines Menschen auswirken [kann]“ (ebd.). Abwertungen und Stigmatisierungen, die Menschen einer marginalisierten Gruppe erfahren, werden angenommen und internalisiert, sodass neben dem Stigma-bewusstsein auch ein internalisiertes Stigma (siehe Kap. 5.2.2) besteht (vgl. Núñez et al. 2015: 221). Zudem wirken Belastungen, wie Diskriminierung oder Stigmabewusstsein aufgrund sexuellen Begehrens oder geschlechtlicher Identität nicht nur vorübergehend, sondern „permanent und additiv“ (ebd.: 207). Die Bewältigung dieser erlebten Stressoren, im wechselseitigen Verhältnis zu den Belastungsfaktoren selbst, sind, so Sander (2016), ausschlaggebend für die Vulnerabilität (vgl. ebd.: 205). Gesundheit entspricht in diesem Sinne, so Sander (2016), einem „dynamische[n] Verhältnis“ (ebd.). Strukturelle Bedingungen, die auf die Gesundheit einwirken, sind somit besonders zu beachten (vgl. ebd.).

Auch in der im Jahr 2015 durchgeführten Studie *U.S. Transgender Survey*²⁸ über die Lebenssituation von trans* Menschen in den USA wird das Erleben von Diskriminierung, Stigmatisierung und Gewalt, sowie die daraus resultierenden Hürden im sozialen und kulturellen Leben, in Hinblick auf dessen Auswirkungen auf den psychischen und physischen Gesundheitszustand betrachtet (vgl. James et al. 2015: 103). Das Erleben von Diskriminierung und Gewalt institutionalisierter Art, aber auch in Form von Ablehnungen durch Freund*innen und Familie, wurden als ausschlaggebend für die psychische Gesundheit der Studien-Teilnehmer*innen wahrgenommen. Da sich die Studie nur an Menschen, die ihren Wohnsitz ausschließlich in den USA oder US-Amerikanischen Gebieten haben, gerichtet hat, um spezifische Auswirkungen der dort gegebenen rechtlichen Regelungen zu erfassen (vgl. ebd.: 23), sind die Ergebnisse nicht umfassend auf in Deutschland lebende trans* Personen zu übertragen, bieten aber einen Einblick in trans* spezifische Gesundheitssituationen. Laut den Studienergebnissen ist die psychische Belastung von trans* Personen, im Verhältnis zur US-Amerikanischen Gesamtbevölkerung, um einiges höher: 48 % der Befragten gaben an, dass sie in den letzten 12 Monaten vor der Studie ernsthaft über Suizid nachgedacht haben. Der Vergleichswert lag bei 4 % in der US-Amerikanischen Gesamtbevölkerung. Die Anzahl der versuchten Suizide in jenem Zeitraum lag bei 7 %. Zudem war die Anzahl der Suizidversuche bei *weißen*-Studienteilnehmer*innen verhältnismäßig geringer, als die Anzahl der Suizidversuche von People of Color, die an der Studie teilnahmen, was auf stärker-

28 Die *U.S. Transgender Survey* war bis dahin mit 27715 Teilnehmer*innen eine der größten US-Amerikanischen Umfragen über die Lebenssituation von trans* Menschen und untersuchte verschiedene Lebensbereiche, wie Gesundheit, Bildung und Wohnsituation (vgl. James et al. 2015: 4). Die Studie richtete sich an „individuals who identified as transgender, trans, genderqueer, non-binary, and other identities on the transgender identity spectrum“ (ebd.: 23).

re Belastungen durch Mehrfachdiskriminierungen schließen lässt (vgl. ebd.: 112). Nur wenige der vorliegenden Studien befassen sich explizit mit den Mechanismen und Auswirkungen von Mehrfachdiskriminierungen²⁹. Nicht nur die Strukturkategorie *race*, sondern auch weitere Faktoren, wie Alter, Klassenzugehörigkeit bzw. Bildungsgrad, finanzielles Einkommen und sozialer Status, sind ausschlaggebend für die Häufigkeit und die Verknüpfungen erlebter Diskriminierungen und Stigmatisierungen. So weisen Ohms und Schacher (2017) im Rahmen der Ergebnisse einer Studie über *die Lebenssituation von Trans* in Hessen*³⁰ darauf hin,

„dass bei Menschen, die in Armut oder an der Schwelle zur Armut leben, weil sie keinen Schulabschluss haben, eine Migrationsbiografie aufweisen usw. die prekären Lebensverhältnisse durch die Erfahrung von weiteren Diskriminierungen verstärkt werden: Vorhandene soziale Ungleichheit wird folglich durch Diskriminierungen, die in der Transgeschlechtlichkeit begründet sind, verstärkt“ (ebd.: 223).

Vor allem geringe finanzielle Ressourcen können eine trans*spezifische Gesundheitsversorgung erschweren, da keine finanziellen Mittel für die notwendigen Gutachten, Kleidung oder trans*spezifische Utensilien, wie Schminke, vorhanden sind (vgl. ebd.).

Auch wenn bereits auf theoretischer Ebene Normierungen von Heterosexualität und Zweigeschlechtlichkeit, in Bezug auf das psychiatrisch-medizinische sowie juristische System, welches im Kontext Trans* besteht, dargelegt wurden (siehe Kap. 3.2), wird sich im Folgenden tiefergehend in Hinblick auf das Erleben von Trans*feindlichkeit und deren Auswirkungen auseinandergesetzt. Hierfür werden exemplarisch verschiedene deutsche, aber auch internationale Studien, herangezogen.

5.1.2. Alltägliches Erleben von Trans*feindlichkeit

Meyer (2015) stellt dar, dass eine „Vielfalt von Identitäten“ (ebd.: 72) innerhalb der Logik der strukturell verankerten Heteronormativität und der damit zusammenhängenden Norm von Zweigeschlechtlichkeit „nicht vorgesehen [ist]“ (ebd.). Laut Meyer (2015) bringt Heteronormativität einen „Vereindeutigungsdruck in Richtung eines [...] [der] beiden Geschlechter“ (ebd.) Frau oder Mann hervor, welcher sich in Diskriminierungen durch das Umfeld (vgl. ebd.), sowie in der Internalisierung des Vereindeutigungsdrucks von Trans* ausdrückt (vgl. ebd.: 73). Auch das *Netzwerk Trans*-Inter*-Sektionalität* geht davon aus, dass trans*Menschen von Diskriminierungen und fehlender Akzeptanz betroffen sind, da diese „mit Tabuisierung, Pathologisierung und

29 Eine Ausnahme im deutschsprachigen Raum stellt hier eine Studie von LesMigraS (2012) dar, die in den Ergebnissen immer wieder auf „die Verschränkungen von Rassismus und (Hetero-)Sexismus, Cissexismus/Trans*Diskriminierung“ (ebd.: 21) hinweist.

30 Die Studie „*Seit diesem Tag lebe ich mein Leben*“ – *Die Lebenssituation von Trans* in Hessen unter besonderer Berücksichtigung der Stadt Frankfurt/M* umfasste 19 qualitative Interviews mit trans*Personen zwischen 21 und 78 Jahren mit Fokus auf das soziale Netzwerk der Studienteilnehmer*innen (vgl. Ohms/Schacher 2017: 20).

Exotisierung konfrontiert und [...] als außerhalb der Norm stehend bewertet [werden]“ (TIS 2014/2013: 6).

Die Sozialarbeitswissenschaftlerin und Kriminologin Ines Pohlkamp (2014) hat in ihrer Studie *Diskriminierung und Gewalt an den Grenzen der Zweigeschlechtlichkeit* anhand von qualitativen Interviews und Gruppendiskussionen mit insgesamt 22 Befragten das Erleben und den Umgang von „geschlechtlich nonkonformen Personen“³¹ (ebd.: 22) mit Diskriminierungen und Gewalt erforscht (vgl. ebd.: 14ff.). Pohlkamp (2014) begreift, in diesem Kontext, Diskriminierung und Gewalt „als historisch vermittelte, soziale Konventionen [...], welche[...] im heteronormativen und hegemonialen Zwangskorsett der spezifischen Wahrheit und Historizität stattfinde[n]“ (ebd.: 94). Das Verständnis von Gewalt und Diskriminierungen ist von Pohlkamp (2014) zudem an dem Erleben der interviewten Personen orientiert (vgl. ebd.: 127). Pohlkamp (2014) benennt als die am häufigsten berichteten Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen systematisch-institutionelle Diskriminierung, wie die „institutionalisierte Pathologisierung durch die ICD-10“ (ebd.: 128), sprachliche Diskriminierung, z. B. Witze oder das „Ignorieren der gewählten Namen und Pronomen“ (ebd.), psychische Gewalt, physische Gewalt und sexualisierte Gewalt (vgl. ebd.: 127f.). Wer von trans*- oder homo*feindlicher Diskriminierung betroffen ist, ist zudem, so Pohlkamp (2014), weniger davon abhängig, ob die jeweilige Person tatsächlich homo- oder bisexuell begehrt, und/oder trans* ist, sondern davon, dass sie als Teil einer dieser Gruppen gelesen und somit dann auch als solche adressiert wird (vgl. ebd.: 129). Trans*Menschen, die nicht als trans* wahrgenommen werden, sondern als cis-Personen³² gelesen werden, erleben dementsprechend auch weniger trans*feindliche Diskriminierung und/oder Gewalt (vgl. Franzen/Sauer 2010: 25). Auch Grigowski (2016) führt aus, dass trans*feindliche Gewalt unabhängig von dem geschlechtlichen Selbstverständnis der jeweiligen Personen ist (vgl. ebd.: 66). Das Aberkennen der ge-

31 Pohlkamp (2014) verwendet in ihrer Studie den Begriff *geschlechtliche Nonkonformität* als einen „Oberbegriff für alle geschlechtlichen Lebens- und Existenzweisen, die sich nicht eindeutig binär, das heißt nicht weiblich oder männlich zuordnen lassen (wollen), oder die weder weiblich noch männlich sind“ (ebd.: 11). Teilnehmer*innen der Studie waren u. a. Menschen, welche die „geschlechtliche[n] Selbstbezeichnungen [...] ‚Transfrau‘, ‚Transmann‘, ‚Androgyne Lesbe‘ [...], ‚Frau mit Bart‘, ‚Butch‘, ‚Transident““ (ebd.: 22) verwenden. In weiterführender Auseinandersetzung mit Pohlkamps (2014) Studienergebnisse ließe sich diese Zuteilung bzw. Benennung von geschlechtlicher Nonkonformität und den Selbstbezeichnungen der Studienteilnehmer*innen kritisch hinterfragen: So können binäre trans*Personen, wie bspw. ein Teil der Transfrauen und Transmänner, durchaus einer eindeutigen binär-geschlechtlichen Lebensweise entsprechen.

32 Franzen und Sauer (2010) erläutern, dass „[d]ie Vorsilbe Cis (als Gegensatz zu Trans) [...] die Geschlechtlichkeit von Menschen [bezeichnet], die im ihnen bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht leben und sich mit diesem identifizieren“ (ebd.: 94). Häufig bleibt *cis* unbenannt, da dies als vermeintlich *natürliche* Selbstverständlichkeit vorausgesetzt wird. Durch die Verwendung der Vorsilbe *cis* soll diese Annahme es gäbe *natürliche* und *abweichende* Geschlechtsidentitäten aufgebrochen werden (vgl. ebd.).

schlechtlichen Selbstdefinition eines Menschen kann sich jedoch nicht nur durch homo- und trans*feindliche Diskriminierung äußern. Auch andere Diskriminierungsmechanismen können an dieser Stelle greifen: So erleben bspw. „Menschen mit Behinderungen, seien sie trans* oder nicht“ (ebd.: 67) häufig, dass ihr geschlechtliches Selbstverständnis in Frage gestellt oder negiert wird, indem ihnen jegliche Geschlechtlichkeit, Sexualität, aber auch ein selbstbestimmter Wille abgesprochen wird (vgl. ebd.).

Laut Pohlkamp (2014) halten es alle Befragten für möglich, „zu jeder Zeit und an jedem Ort [...] Betroffene_r von Diskriminierung und Gewalt“ (ebd.: 337) zu werden. Diese Wahrnehmung basiert zum einen auf dem alltäglichen Erleben von Diskriminierungen und Gewalt durch heteronormative Erwartungen und Normen. Gerade subtile sprachliche Äußerungen, wie bspw. Witze, wurden jedoch von den Befragten häufig erst im Nachhinein als gewaltvoll oder diskriminierend empfunden. Zum anderen wurden die Befragten auch in dem eigenen Nahbereich, also im Freund*innenkreis, aber auch in queerer, feministischer und politischer Szene³³, gegen die eigene Erwartung, mit gesellschaftlich verankerter Heteronormativität konfrontiert (vgl. ebd.: 336). Auch eine weitere Studie zu *Gewalt- und (Mehrfach-)Diskriminierungserfahrungen von lesbischen, bisexuellen Frauen und Trans* in Deutschland*, von LesMigraS (2012), bei deren quantitativen Teil 228 und qualitativen Teil noch weitere trans*Personen teilnahmen, ergab, dass ein Großteil der trans*Personen Diskriminierungen im Alltag, vor allem in Form von Beleidigungen und Beschimpfungen, erlebt haben (vgl. ebd.: 23). Das Erleben von Diskriminierungen ist auch hier bei den befragten Personen davon abhängig, inwieweit „ihre Lebensweise und ihr Trans*Sein bekannt bzw. sichtbar sind“ (ebd.). Erlebte Gewalt kann schwerwiegende Folgen für die betreffende Personen und deren Gesundheit haben. So können bspw. Gewalterfahrungen zu einer Erhöhung der „Vulnerabilität für psychische Störungen“ (ebd.: 44) führen und „den gesundheitsbezogenen Lebensstil mitprägen“ (ebd.).

Spezifische Bedeutung kommt in diesem Kontext auch der Zugang zu Lohnarbeitsverhältnissen zu: Lohnarbeit entspricht einem zentralen Moment der Anrufungen an das Individuum in neoliberalen Gesellschaften, dessen Nichteinhalten sozial sanktioniert wird, aber auch weiterführende Folgen, wie Armut, hat. Arbeitslosigkeit wird häufig individualisiert begründet und in die Verantwortung des Individuums übertragen. Vorhandene oder fehlende Bereitschaft zu arbeiten wird als ausschlaggebend betrachtet (vgl. Brunnett 2016: 217), sodass Arbeitslosigkeit bspw. „auf moralische Verwahrlosung, mangelnde Anstrengung und ungezügelteres Verhalten zurückgeführt“ (ebd.) wird. Wie bereits in *Kapitel 2.2* skizziert, basieren auch die Gesundheitsanforderungen auf dem

33 Zur Diskriminierung von trans*Feminitäten in feministischen und queereffemistischen Szenen siehe bspw.: Faulenza (2017): Support your sisters not your cisters. Über Diskriminierung von Trans*Weiblichkeiten. Münster: edition assemblage.

Anspruch und Ziel der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Franzen und Sauer (2010) analysieren in dem Bericht *Benachteiligung von Trans*Personen, insbesondere im Arbeitsleben* verschiedene Studien und Forschungen zu den Zugängen und Barrieren, denen trans*Personen in Bezug auf Lohnarbeit gegenüber stehen. Die verschiedensten von Franzen und Sauer (2010) betrachteten, vor allem internationalen, Studien ergeben, dass trans*Menschen immer wieder der Zugang zu Lohnarbeitsverhältnissen aufgrund ihres trans*Seins verweigert wird (vgl. ebd.: 34ff.), sodass „Trans*Personen [...] überdurchschnittlich häufig von Arbeitsverlust, Arbeitslosigkeit sowie Armut betroffen [sind] und [...] sehr oft unter ihren Qualifikationen [arbeiten]“ (ebd.: 5). In der *U.S. Transgender Survey* gaben so bspw. 30 % der Befragten an, dass sie in dem Zeitraum von einem Jahr aufgrund ihres trans*Seins einen Lohnarbeitsplatz verloren oder eine Beförderung verweigert bekommen hatten (vgl. James et al. 2015: 4f.). Trans*spezifische Hürden im Zugang zu Lohnarbeitsverhältnissen treffen, so Franzen und Sauer (2010), insbesondere trans*Personen, die als trans* wahrgenommen werden: Also bspw. trans*Personen, die keine medizinischen Maßnahmen durchführen lassen wollen oder können oder trans*Personen, bei denen die Angabe des Geschlechts auf amtlichen Dokumenten different zu dem gelebten Geschlecht ist (vgl. ebd.: 34f.). Ein erschwerter oder fehlender Zugang zum Arbeitsmarkt kann insbesondere für trans*feminine Personen dazu führen, dass Sexarbeit eine „einzig[e] mögliche Einnahmequelle“ (ebd.: 46) darstellt. So ergab bspw. die *U.S. Transgender Survey*, dass 12% der Studienteilnehmer*innen ihr Einkommen durch Sexarbeit gesichert haben³⁴. Hierunter befinden sich vor allem trans*Feminitäten, die sich in prekären Lebenssituationen befinden und nicht nur trans*feindlicher, sondern auch rassistischer und klassistischer Diskriminierung und Gewalt ausgesetzt sind (vgl. James et al. 2015: 157ff.)³⁵. Sich (nicht) in einem Lohnarbeitsverhältnis zu befinden ist weiterführend an Zugänge zum sozialen und kulturellen Leben, aber auch medizinischer Versorgung geknüpft, sodass Arbeitslosigkeit zu Armut, weiteren Ausschlüssen und emotionalen Belastungen führen kann³⁶. Auch Franzen und Sauer (2010) führen aus, dass trans*Personen, die nur ein geringes Einkommen haben, einen erschwerten Zugang trans*spezifischer Gesundheitsversorgung erhalten. Ökonomischer, sozialer sowie Bildungs-Status können insbesondere auch Einfluss auf die Gestaltung des Coming-Outs haben (vgl. ebd.: 47).

34 Unter Sexarbeit werden in der *U.S. Transgender Survey* verschiedene Bereiche erfasst, wie bspw. die Arbeit auf dem Straßenstrich, Escort-Services, Webcam-Sex und Pornografie (vgl. James et al. 2015: 161).

35 Ohne an dieser Stelle mögliche Zusammenhänge zwischen Sexarbeit und Drogenkonsum herauszuarbeiten, sei darauf verwiesen, dass ein erhöhter Konsum von illegalisierten psychotropen Substanzen unter Sexarbeiter*innen zu verzeichnen ist (vgl. Franzen/Sauer 2010: 46).

36 Zu den spezifischen Machtmechanismen, auf Basis von ökonomischen und sozialen Status, dem sog. Klassismus, siehe: Kemper, Andreas / Weinbach, Heike (2009): *Klassismus. Eine Einführung*. Münster: Unrast Verlag.

5.1.3. Diskriminierungserleben im medizinisch und juristischen System

Anknüpfend an die bestehende Kritik an Psychopathologisierung von Trans* (siehe Kap. 3.2.2) wird deutlich, dass daraus resultierende Belastungen nicht als individuelles *Problem* angesehen werden können, sondern strukturell betrachtet werden müssen. Die medizinische Einordnung von Trans* folgt, so Schirmer (2014), einer „individualisierende[n], klassifizierende[n] und normalisierende[n] diagnostische[n] Logik“ (ebd.: 174). Zweigeschlechtlichkeit und Heteronormativität sind jedoch ausschlaggebende Faktoren, welche problematische und/oder belastende Situationen für Trans* entstehen lassen und müssen somit in den Fokus von Betrachtungen über Lebenssituationen von trans*Personen rücken (vgl. ebd.: 179f.). Somit bedürfen Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen, im Kontext des psychiatrisch-medizinischen und juristischen Systems, eine besondere Betrachtung: Aus sozialkonstruktivistischer Perspektive werden Institutionen als Instanz zur (Re-)Produktion von gesellschaftlichen Normen und Werten verstanden. Durch Institutionen wird das Wissen einer Gesellschaft festgeschrieben und durch dessen immanenten Kontrollcharakter zudem gesichert (vgl. Berger/Luckmann 2013/1969: 58f.). Die Institutionalisierung von Zweigeschlechtlichkeit, wie sie durch das ICD-10 und das TSG deutlich wird, und die damit einhergehenden Diskriminierungen von Personen, die dieser zweigeschlechtlichen Norm nicht entsprechen, dienen somit der (Re-)Produktion dieser. Trans* wird durch die Klassifikation im ICD-10 als *Krankheit* verhandelt. Es wurde bereits erläutert, aus welchen Gründen die Psychopathologisierung von Trans* zu kritisieren ist. Im Sinne einer psychiatriekritischen Perspektive werden nicht nur die Diagnoseschlüssel des ICD-10 an sich angezweifelt, sondern ebenso auch die grundsätzliche binäre Trennung von *Gesundheit* und *Krankheit*. Biopolitische Anforderungen und Regulierungen müssen im Rahmen einer neoliberalen Gesellschaftsordnung analysiert und verstanden werden. Die Trennung von Gesundheit und Krankheit bietet hier, durch ihre gesamtgesellschaftliche Wirkung, neben der staatlichen bzw. institutionellen Regulierung ein grundlegendes „soziale[s] Ausschließungsverhältnis[...] im Rahmen der post-fordistischen Macht- und Herrschaftsordnung“ (Anhorn/Balzereit 2016: 111). Die strukturellen Begebenheiten des juristischen und medizinisch institutionalisierten Systems führen dazu, dass trans* Menschen verschiedenen psychischen Belastungen ausgesetzt sind, die insbesondere auch im Kontakt zu Angeboten medizinischer, therapeutischer und juristischer Einrichtungen bestehen. Pohlkamp (2014) arbeitet in ihrer Studie heraus, dass 15 der 22 befragten Personen „diskriminierende und gewaltsame Situationen in Kontakt mit Fachkräften aus Medizin, Psychologie, Justiz und Krankenkassen“ (ebd.: 281) erlebt haben. Die in *Kapitel 3.2.1* beschriebenen juristischen Regelungen nach dem TSG stellen „einen Amtsakt mit hohem zeitlichen Aufwand, vielen Hürden, einer schwerwiegenden psychischen Belastung und hohen Kosten“ (Güldenring 2014/2006: 159) dar. Das eigene geschlechtliche Empfinden muss vor staatlichen Institutionen gerechtfertigt bzw. be-

wiesen werden (vgl. ebd.). Güldenring (2014/2006) vertritt die Ansicht, dass das TSG und dessen Bedeutung in der Praxis

„für die psychische Gesundheit und persönliche Entwicklung von Trans*menschen verheerende Folgen [hat]. Es hat krankheitsfrdernden und entwicklungshemmenden Einfluss auf die jeweiligen Lebensphasen der Antragssteller_innen“ (ebd.: 160f.).

Sowohl im Rahmen des TSG als auch bei der Nutzung medizinischer Technologien werden trans*Menschen durch die Diagnose ICD-10 F 64.0 pathologisiert und somit stets als *abweichend* und *krank* markiert (siehe Kap. 3.2.2). Bereits diese Markierung kann als diskriminierend und gewaltvoll erlebt werden, da sie im Kontext der (Re-)Produktion von Zweigeschlechtlichkeit und Heteronormativität steht (vgl. Pohlkamp 2014: 304). Auch die Studie von LesMigraS (2012) ergab, dass mehr als die Hälfte der befragten Personen es als belastend empfindet, „dass ihr Trans*Sein als ‚psychische Störung‘ gilt“ (ebd.: 23). Des Weiteren sind (Psycho-)Pathologisierungen nicht als ein rein medizinisches, sondern ebenso als ein gesellschaftliches Phänomen zu verstehen. Laut Pohlkamp (2014) manifestiert sich (Psycho-)Pathologisierung im Alltag bspw. durch soziale Kontrolle des Umfeldes (vgl. ebd.: 283) und führt entgegen des eigentlich vermeintlichen Ziels der Stabilisierung zu einer Destabilisierung, wie zum Beispiel durch „eine nachhaltige Beschädigung des Selbstwertgefühls“ (Pohlkamp 2014: 287).

Das damit verbundene medizinische Gutachten-System, welches notwendige Grundlage zur Kostenerstattung von operativen Maßnahmen durch die Krankenkasse ist, führt ebenso zu Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen. Laut Pohlkamp (2014) „charakterisieren [die Befragten] das Verfahren als kompliziert, aufwändig und entmndigend. Die konkrete Praxis der Untersuchungen erlebten sie als Verletzung der Intimsphäre“ (ebd.: 302). Laut Pohlkamp (2014) kritisiert ein Großteil der Befragten das fehlende fachliche Wissen der Therapeut*innen im Rahmen der psychologischen Gutachten. Durch die fehlende Fachkompetenz kommt es durch die Therapeut*innen immer wieder zu respektlosen und unsensiblen Aussagen und Fragestellungen (vgl. ebd.: 309f.). Auch wurde von fehlerhaften Gutachten berichtet, in denen bspw. falsche Darstellungen der Biografie vorkamen (vgl. ebd.: 311). Zudem wird das medizinische Gutachtenverfahren durch die Überprüfung, „wie ernst [...] [das] Anliegen der Transition“ (Pohlkamp 2014: 311) sei, als Kontrolle erlebt. Da die Kostenübernahme durch die Krankenkassen von der Beurteilung über die *Glaubwürdigkeit der Transsexualität* durch den MDK abhängig ist, besteht eine Abhängigkeit gegenüber den Gutachter*innen (vgl. ebd.: 310ff.), sodass „[d]ie Angst, von Expert_innen Hindernisse in den Weg der Transition gelegt zu bekommen, [...] sehr groß [war]“ (ebd.: 312). Die von den Befragten wahrgenommene fehlende Fachkompetenz und das daraus folgende Zurückgreifen auf heteronormatives Alltagswissen führt aus Sicht der Befragten dazu, dass die Beurteilung durch Gutachter*innen „auf die Einschätzung der Authentizität des ge-

schlechtlichen Transitionsvorhabens“ (ebd.: 310) gründet (vgl. ebd.). Auch Grigoswki (2016) führt aus, dass Authentizität ein wichtiger Bestandteil der Begutachtung ist (vgl. ebd.: 62f.): Wer als (geschlechtlich) authentisch gilt, basiert meist auf stereotypen Vorstellungen von Männlichkeit und Weiblichkeit, sodass andere Formen von Männlichkeit und Weiblichkeit nicht anerkannt werden. Auch andere geschlechtliche Identitäten als Frau oder Mann werden in dieser heteronormativen Annahme von Authentizität negiert (vgl. ebd.: 63). Hier findet nicht nur eine Beurteilung von außen über die vermeintliche Authentizität statt, auch das komplette Selbstverständnis der betreffenden Personen wird über den Authentizitätsaspekt in Frage gestellt (vgl. ebd.: 62). Laut Grigoswki (2016) „wird Menschen vielfach ihr geschlechtliches Selbstverständnis abgesprochen, weil man ihnen *ansehen* würde, dass sie *etwas anderes* wären“ (ebd.: 63, Hervorh. i. O.). Diese Markierung *anders* zu sein kann als Fortführung der Psychopathologisierung sowie Fremdbestimmung von Trans* verstanden werden.

In diesem Sinne entsprechen „[g]erade auch Orte des Gesundheitssystems (Arztpraxen, Krankenhäuser etc.) [...] für trans* Menschen Räume [...], die Diskriminierungserfahrungen begünstigen“ (Nieder et al. 2017: 4). So stellt auch LesMigraS (2012) in deren Studie fest, dass mit 44,7 % der Gesundheitsbereich, nach dem Arbeitsplatz, zu einem Ort der am meisten erlebten negativen Erfahrungen in Bezug auf Trans* zählt (vgl. ebd.: 25). Diese vor allem auch strukturell verankerte Diskriminierung und Stigmatisierung in Einrichtungen des Gesundheitswesens führt häufig dazu, so Sauer et al. (2016), dass trans*Personen Einrichtungen des Gesundheitsbereichs meiden und auch „für nicht trans*-spezifische Bedarfe nicht mehr in Anspruch nehmen“ (ebd.: 427). Weiterführend ist an dieser Stelle anzumerken, dass trans*Personen, die noch von weiteren Diskriminierungsmechanismen betroffen sind, bspw. Trans* of Color oder trans*-Jugendliche, „zusätzlichen Versorgungsbarrieren“ (ebd.) aufgrund bereits erlebten oder potentiellen Diskriminierungen entgegenstehen (vgl. ebd.).

5.2. Korrelationen von Trans* und Drogenkonsum

Trotz der, wie schon in *Kapitel 4* beschriebenen, Schwierigkeit, Motivationen für den Konsum (il)legalisierter psychotroper Substanzen, Arten des Konsums, also Konsummuster sowie deren prozesshaften Veränderungen zu standardisieren und zu verallgemeinern, bestehen einige gängigen Annahmen über deren Gründe und Auslöser. Häufig sind diese von einer pauschalisierenden und defizitären Perspektive, bei der Drogengebrauch, Sucht und Abhängigkeit stets zusammen gedacht werden, geprägt. Infolge der Ausarbeitung zu Grunde liegenden kritischen Perspektive auf die herrschende Anrufungen an das Individuum, vor allem in Hinblick auf Gesundheit, wird versucht, solche Negativ-Konstruktionen freizulegen und zu dekonstruieren. Wie bereits erläu-

tert, sind die Auswirkungen dieser Konstruktionen jedoch als real wirksam zu betrachten, da sie bspw. individuelles Leiden hervorbringen. So stellt Schabdach (2009) dar, dass

„Sucht und Drogenabhängigkeit [...] in modernen Gesellschaften als kollektive Wissensbestände fest verankert [sind] und Personen, die eine als Suchtmittel deklarierte Substanz konsumieren, [...] gezwungen [sind], sich mit diesen Problemdeutungen auseinanderzusetzen“ (ebd.: 18f.).

Negative Folgen von Drogenkonsum, wie Abhängigkeit, entsprechen somit nicht nur einer Konstruktion, sondern ebenso einer „soziale[n] Tatsache“ (ebd.: 19), mit der sowohl individuell als auch gesellschaftlich umgegangen werden muss. In diesem Sinne unterliegt dieser Ausarbeitung zwar einem kritischen Blick auf die Konstruktionen des Drogenkonsums und versucht, der gegebenen Defizit-Perspektive eine positive Perspektive entgegenzustellen, doch soll dies bspw. gesundheitliche Gefahren von Drogenkonsum nicht vollständig negieren. Ebenso braucht es ein Aufbrechen der Defizit-Perspektive auf trans*Menschen, welche diese auch neben dem psychopathologischen System als stark vulnerabel begreift.

Anhand dessen wird sich im Weiteren drei möglichen miteinander verbundenen Erklärungsansätzen für Drogenkonsum in Bezug auf Trans* gewidmet: Zum einen wird davon ausgegangen, dass aufgrund des Erlebens von Diskriminierung, Stigmatisierung und Gewalt und der damit zusammenhängenden psychischen Vulnerabilität auch die Neigung zum Konsum (il)legalisierter psychotroper Substanzen erhöht wird, um diese verstärkten Belastungen zu verarbeiten bzw. auszugleichen (siehe Kap. 5.2.1). Daran anknüpfend erlangt insbesondere der Aspekt einer internalisierten Trans*feindlichkeit, welche durch die von außen erlebten Stigmatisierungen hervorgebracht wird, eine besondere Bedeutung. So können (il)legalisierte psychotrope Substanzen nicht nur zur individuellen Emotionsverarbeitung und/oder -regulierung genutzt werden, sondern auch zur Stärkung sozialer Fähigkeiten und sozialer Momente (siehe Kap. 5.2.2). Abschließend wird sich mit der auch schon vorher skizzierten Korrelation neoliberaler Gesundheitsanrufungen, insbesondere der *Technologien des Selbst*, und dem Konsum psychotroper Substanzen in Bezug auf Trans* auseinander gesetzt. Im Rahmen dessen werden beispielhaft anhand Substanzen, die als Psychopharmaka oder Hormone klassifiziert werden, die Ambivalenzen von medizinischer, juristischer, aber auch gesellschaftlicher Regulierung von Drogenkonsum untersucht (siehe Kap. 5.2.3).

5.2.1. Diskriminierungsverarbeitung mit Hilfe psychotroper Substanzen

In Sinne des bereits in *Kapitel 5.1.1* skizzierten *Minority-Stress-Modells*, wird häufig auch ein höherer Konsum psychotroper Substanzen als Folge von Diskriminierungs-, Stigmatisierungs- und Gewalterfahrungen verzeichnet. Zwar gibt es im deutschsprachigen Raum keine Studien, die sich spezifisch mit Drogenkonsumverhalten von trans*Menschen auseinandersetzen, jedoch zeigen andere Studien auf, dass trans*Menschen häufiger (il)legalisierte psychotrope Substanzen

konsumieren. So wird bspw. in dem Bericht der *U.S. Transgender Survey* ein Zusammenhang zwischen Diskriminierungserfahrungen, psychischer Gesundheit und dem Konsum (il)legalisierter psychotroper Substanzen hergestellt:

„Substance use is an important indicator of mental health as well as physical wellbeing, and it may reflect an individual’s level of exposure to a variety of risk and protective factors, such as family acceptance, homelessness, violence, and economic opportunity“³⁷ (ebd.: 115).

Ohne an dieser Stelle auf die detaillierten Ergebnisse eingehen zu können, in denen bspw. zwischen den diversen Lebenssituationen der befragten trans*Personen differenziert wird, erfasst die Studie zusammenfassend, dass 29 % der Studienteilnehmer*innen illegalisierte psychotrope Substanzen, darunter auch illegal erworbene verschreibungspflichtige Medikamente, im letzten Monat vor dem Befragungszeitpunkt konsumiert haben. Dies stellt einen dreimal höheren Gebrauch als den Vergleichswert von 10 % in der US-Amerikanischen Gesamtbevölkerung dar, welcher der *National Survey on Drug Use and Health* entnommen ist (vgl. ebd.: 115). Die Ergebnisse unterscheiden sich je nach abgefragter Substanz: Die Studie erfasst den Konsum von Marihuana gesondert von dem Konsum anderer illegalisierter Substanzen, wie Heroin, Kokain oder Methamphetamine, welche unter einer Kategorie zusammengefasst werden. In den letzten 30 Tagen vor der Studie wurden illegalisierte Substanzen, außer Marihuana, von 4 % und Marihuana von 25 % der Befragten, in unterschiedlicher Häufigkeit und Menge, konsumiert (vgl. ebd.: 117f.). Auch Franzen und Sauer (2010) stellen in Bezug auf eine britische Studie aus dem Jahr 2008 zur „sozialen Situation von LSBT-Personen in Brighton mit Schwerpunkt Gesundheit“³⁸ (ebd.: 33) dar, dass ein Großteil der befragten trans*Personen „ihr psychisches bzw. emotionales Befinden als schlecht oder sehr schlecht“ (ebd.: 52) einschätzt. Gründe wurden jedoch eben nicht in dem trans*Sein an sich, sondern in den strukturellen und gesellschaftlichen Diskriminierungen und Hürden gesehen. Unter den abgefragten psychischen Problemen, wie Depressionen, Angststörungen oder Schlafproblemen, wurde ebenso nach „Suchtprobleme[n]“ (ebd.) gefragt. 34 % der Befragten gaben an Suchtprobleme zu haben (vgl. ebd.). Auch in weiteren Studien lassen sich Daten zu Drogenkonsum von trans*Menschen finden. So stellt bspw. Pohlkamp (2014) fest, dass autoaggressives Verhalten ein bestehendes Motiv bei verschiedenen der Interviewpartner*innen

37 Deutsche Übersetzung: Der Gebrauch von Substanzen ist ein wichtiger Indikator für die psychische Gesundheit sowie das physische Wohlbefinden und kann die Einflüsse von einer Vielzahl von Risiko- und Schutzfaktoren auf das Individuum, wie Akzeptanz der Familie, Obdachlosigkeit, Gewalt und wirtschaftlicher Chance, widerspiegeln.

38 Die Studie mit dem Titel „*Count Me In Too. LGBT Lives in Brighton & Hove. Trans People: Additional Findings Report*“ (Franzen/Sauer 2010: 33; Hervorh. i. O.) beinhaltete, so Franzen und Sauer (2010), einen „spezielle[n] Frageblock für Trans*Personen: 43 Trans*Teilnehmer_innen (9 männlich, 29 weiblich, 3 mit anderer geschlechtlicher Identität, 1 „no gender“, 1 ohne Antwort zur geschlechtlichen Identität)“ (ebd.).

aus trans* Kontexten war bzw. ist. Dieses kann sowohl in Folge von Verleugnung des eigenen geschlechtlichen Selbstverständnis als auch als Strategie mit Erfahrungen von Diskriminierungen und Gewalt umzugehen begründet sein (vgl. ebd.: 161). Unter autoaggressivem Verhalten versteht Pohlkamp (2014) u. a. „Magersucht/Bulimie, [...] auffällige[n] Drogenmissbrauch und [...] Suizidversuch[e]“ (ebd.). Was Pohlkamp (2014) an dieser Stelle unter *auffälligen Drogenmissbrauch* versteht und ob und an welchen Aspekten eine Differenzierung von Drogenkonsum stattfindet, wird nicht weiter ausgeführt. Gleichmaßen formulieren Franzen und Sauer (2010), dass vor allem das Erleben von Gewalt und damit zusammenhängende Traumatisierungen zu einem „erhöhtem Risikoverhalten als selbstschädigende Bewältigungsstrategie führen, oft komme Alkohol- oder Drogenkonsum hinzu“ (ebd.: 53). Die Terminologie des *Drogenmissbrauchs* reiht sich dabei, ebenso wie für den hergestellten Zusammenhang von psychischer Labilität und Drogenkonsum, in die bereits skizzierten Konstruktionen der Drogenmythen ein (siehe Kap. 4.2), in denen Drogenkonsum per se als *Missbrauch* definiert wird (vgl. Quensel 2010/2004: 121). Dies bezieht sich meist jedoch ausschließlich auf illegalisierte Drogen. Auch Schabdach (2009) stellt in Bezug auf die unterschiedliche und gleichermaßen verallgemeinernde Bewertung von illegalisierten und legalisierten Substanzen dar, dass:

„[w]ährend für die einen die Bezeichnung ‚Rauschgift‘ gebräuchlich [war] und jeder Umgang mit ihnen per definitionem als ‚Missbrauch‘ definiert wurde, subsumierte man die anderen unter den positiv besetzten Begriff des ‚Genusmittels‘“ (ebd.: 117).

Dem entgegen stehend, besteht laut Dollinger (2005), neben der rein negativen Konnotation von Drogenkonsum als *Krankheit* (siehe Kap. 4.2) inzwischen ein weiteres Verständnis, welches Drogenkonsum in seiner Funktionalität betrachtet und begreift. Zumindest bestimmte illegalisierte Substanzen, wie Cannabis oder Ecstasy/MDMA, werden „als relativ ‚normale‘ Erscheinung“ (ebd.: 143) gesehen. Vor allem in Bezug auf Jugendliche und junge Erwachsene wird „Drogenkonsum [...] als risikobehafteter, aber weit verbreiteter Versuch der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben“ (ebd.) verstanden (vgl. ebd.). Auch Sting und Blum (2003) führen in ihrer Darstellung über den Ansatz der *funktionalen Äquivalente* aus, dass Drogenkonsum „einer zeitlich begrenzten ‚Lösung‘“ (ebd.: 74) in Bezug auf „individuelle[...] Entwicklungsprobleme[...]“ (ebd.) entsprechen kann. Die Perspektive auf die individuelle Funktionalität von Drogenkonsum versucht eine Haltung abseits von einer repressiven und negativ konnotierten Logik einzunehmen. Im Fokus steht dann nicht mehr das Ziel der Abstinenz, sondern ein verantwortungsvoller Umgang mit psychotropen Substanzen (vgl. ebd.). Auch wenn sowohl Dollinger (2005) als auch Sting und Blum (2003) ihre Ausführungen des funktionalen Nutzens von Drogenkonsum vor allem auf Jugendliche und junge Erwachsene beziehen, lässt sich die These aufstellen, dass dies auch auf weitere Lebenssituationen und -phasen zu übertragen ist. Die Diskriminierungen und

Ausgrenzungen, welchen viele trans*Menschen ausgesetzt sind (siehe Kap. 5.1.2; 5.1.3), adressieren ihre Identität, indem diese abgewertet, in Frage gestellt oder sogar negiert wird. Trans*feindlichkeit kann daher auch als essenziell erlebt werden. Es lässt sich weiterführend fragen, inwieweit die Hürden, denen trans*Personen in ihrer Transition, bspw. beim Erhalt einer Hormon-Indikation, gegenüber stehen, nicht ebenso als den von Sting und Blum (2003) verwendet Begriff der *Entwicklungsprobleme* aufgefasst werden können.

Anhand einer von Korte (2007) durchgeführten qualitativen Interviewstudie zur *Konstruktion von Drogenrauschwirklichkeiten*³⁹ wird deutlich, dass zu dem funktionalen Nutzen psychotroper Substanzen auch das intensivere und positive Erleben von Emotionen zählen kann. So stellt Korte (2007) dar, dass Rausch z. T. „als emotionaler Zustand, in dem vorrangig positive Gefühle vermittelt werden“ (ebd.: 132) konstruiert wird. Häufig wird der durch Drogen induzierte emotionale Zustand sowie eine allgemeine veränderte Wahrnehmung (vgl. ebd.: 139) in Abgrenzung zu den alltäglichen Empfindungen wahrgenommen (vgl. ebd.: 137), sodass Drogenkonsum einer „alltagsentlastende[n] Funktion“ (ebd.: 134) entsprechen kann. Das Erleben positiver Emotionen, eine Steigerung von Gefühlen der Lust, des Spaßes und des Glücks können im Rahmen eines hedonistischen Gebrauchs, welcher schon in *Kapitel 4.2* skizziert wurde, stattfinden. Korte (2007) beschreibt weiter, dass manche Drogenkonsument*innen den Konsum bzw. Rausch dafür nutzen „negative Emotionslagen zu kompensieren und auszugleichen“ (ebd.: 184). Jedoch kann die Funktionalität psychotroper Substanzen auch über einen rein kompensatorischen Nutzen hinaus reichen: Drogenkonsum kann der Funktion der Selbstfindung bzw. dem „[z]u sich Finden“ (ebd.: 142) dienen (vgl. ebd.). Durch die drogeninduzierte veränderte Wahrnehmung können Erfahrungen und Erlebnisse abseits des Alltäglichen entstehen, welche „beispielsweise für die eigene Sinnfindung, Orientierung oder Selbsterkenntnis genutzt werden“ (ebd.: 171). Ein Großteil der von Korte (2007) interviewten Personen gab an, dass der Konsum von Drogen für sie, sowohl in der Kompensation von bspw. Alltagsstress als auch zur Aufarbeitung bzw. Verarbeitung von Problemen oder belastenden Situationen, einer „psychotherapeutische[n] Wirkung“ (ebd.: 264) dient. Diese wird von den Konsument*innen als positiv, sowie „verwertbar und nützlich“ (ebd.) eingestuft, sodass Korte (2007) davon ausgeht, dass:

„[g]erade über die Funktionalität [...] der Rausch einen Stellenwert im Leben der InterviewpartnerInnen [gewinnt], der keinesfalls als allein kompensatorisch betrachtet werden kann. Denn [...] die im medizinisch-psychiatrischen Diskurs dominierende Kompensation als Triebfeder des Rausches [stellt] lediglich *eine* Funktion unter vielfältigen anderen Funktionen dar“ (ebd.: 265; Hervorh. i. O.).

Anhand der Darstellungen von Korte (2007) wird deutlich, dass eine positive Bewertung vom Konsum psychotroper Substanzen bei den Konsument*innen mit einer Verwertungslogik einher-

39 Der Studie von Korte (2007) lagen „15 Interviews zugrunde, zwei Suchttherapeuteninterviews (ST) sowie 13 Interviews mit KonsumentInnen legaler und illegaler Drogen“ (ebd.: 118) zu Grunde.

geht. Dies entspricht der auch schon an anderen Stellen skizzierten Annahme, dass Drogenkonsum, insoweit er nicht als abweichendes Verhalten sichtbar wird, akzeptiert ist und zudem sogar Anschluss an neoliberale Anrufungen finden kann (siehe Kap. 4.2; 5.2.3). Die vermeintlich therapeutische Anwendung von psychotropen Substanzen reiht sich zudem in die bereits in *Kapitel 2.3* ausgeführte Tendenz zur vermehrten Anwendung von Psychopharmaka, auf die auch im noch folgenden *Kapitel 5.2.3* eingegangen wird, ein. Die neurowissenschaftlichen Entwicklungen ermöglichen die Anrufungen an das Individuum, mit Hilfe von spezifischen Substanzen zu einem glücklicheren Leben zu gelangen. So werden verschiedenste Psychopharmaka angeboten, empfohlen und beworben, „die Glücksgefühle oder wenigstens doch einen Zustand der Zufriedenheit garantieren“ (Amendt 2003: 63). Auch mit dem Konsum mancher illegalisierter psychotroper Substanzen geht das Versprechen und die Erwartung einher, dass sie Gefühle von Glück und Zufriedenheit hervorbringen. Als klassisches Beispiel ist an dieser Stelle auf Ecstasy/MDMA zu verweisen, da, so auch Korte (2007), „[d]er Ecstasy-Rausch [...] als stark emotional wirkender Rausch empfunden [wird], der überwiegend positiv bewertet wird“ (ebd.: 163). Deutlich wird hier der Konstruktionscharakter des Erlebens von Drogenwirkungen, welcher in kulturellen und gruppenspezifischen Diskursen sowie Aushandlungen hergestellt wird (siehe Kap. 4.1).

Folglich ist auch der funktionale Nutzen verschiedenster Substanzen nicht anhand einer vermeintlich objektiven biochemischen Wirkung zu analysieren, sondern unter weiteren Aspekten zu betrachten: Hierzu gehören u. a. die jeweilige gesellschaftliche sowie individuelle Bedeutungsladung einer Substanz, die Kontexte und Situationen, in denen konsumiert wird, sowie auch weitere Bewältigungsstrategien, die Menschen mit belastenden Situationen haben. Auch der Ansatz des funktionalen Nutzens kann von einer normativen Abwertung des Konsums geprägt sein und den Drogenkonsum als *abweichendes* Verhalten markieren. Zwar wird Drogenkonsum durch die funktionale Betrachtung nicht mehr rein negativ bewertet, jedoch geht mit dieser Perspektive schnell ein Absprechen sozialer und emotionaler Kompetenzen der jeweiligen Drogenkonsument*innen einher. Durch die Annahme, dass Drogenkonsum einer Kompensation von schwierigen Erfahrungen oder biografischen Einflüssen dient, wird häufig ebenso davon ausgegangen, dass keine oder nur wenige weitere vermeintlich *bessere* Strategien zur Emotionsverarbeitung und -aufarbeitung bestehen (vgl. Schabdach 2009: 25f.).

5.2.2. Regulierung von internalisierter Trans*feindlichkeit

Ein weiterer damit in Zusammenhang stehender Aspekt ist eine auch im deutschsprachigen Diskurs aktuelle Argumentation: Ausgehend davon, dass Scham und verinnerlichte Tabuisierungen bei Angehörigen einer marginalisierten Gruppe eine besondere Rolle spielen, stellt so bspw. Sander (2016) dar, dass in manchen Teilen schwuler Community eine bestehende internalisierte

Homofeindlichkeit mit ausschlaggebend für die Verknüpfung für das Ausleben von Sexualität und Drogenkonsum ist (vgl. ebd.: 215f.). So werden zum einen Drogen genommen, um „intensivere Gefühle beim Sex zu haben“ (ebd.: 216) oder das Gefühl von eigenem Selbstwert oder Attraktivität zu steigern, zum anderen aber auch, um „Sexualität erst [zu]ermöglichen“ (ebd.). Homofeindlichkeit, die von Heteronormativität abweichende Sexualität „als falsch, unnatürlich und schmutzig“ (ebd.) bewertet, kann in der Internalisierung zu einem schamvollen und tabuisierten Umgang mit der eigenen Sexualität, bzw. dem Begehren führen (vgl. ebd.). Wie auch Núñez et al. (2015) darstellen, gibt es bisher kaum spezifische Forschung oder Studien zu internalisierter Trans*feindlichkeit (vgl. ebd.: 223). Zwar lassen sich Studien über internalisierte Homofeindlichkeit zum Teil auch auf trans*Personen übertragen, jedoch muss dabei bedacht werden, dass sexuelle Orientierung und geschlechtliche Identität voneinander zu trennen sind und diese jeweils „selbstständige[n], voneinander unabhängige[n] Konzepte[n] mit unterschiedliche[n] psychologische[n] Entwicklung[en]“ (ebd.) entsprechen.

Die zuvor beispielhaft erläuterte strukturell und gesellschaftlich verankerte Trans*feindlichkeit wirkt sich nicht nur in dem Erleben von Diskriminierungen, Gewalt und Stigmatisierungen aus, sondern bringt weiterführend eine internalisierte Trans*feindlichkeit hervor (vgl. Meyer 2016: 195). Internalisierte Trans*feindlichkeit richtet sich dann häufig „gegen sich selbst und die eigene Identität“ (ebd.). Heteronormative Ideale und Lebenskonzepte werden in einem unbewussten Prozess übernommen, und Akzeptanz und Selbstwert gegenüber der eigenen Person gemindert (vgl. ebd.: 199). Auch „Schuldgefühle[...], Scham oder Peinlichkeit (‘trans shame‘)“ (ebd.: 200) können Folgen internalisierter Trans*feindlichkeit sein (vgl. ebd.). Internalisierte Trans*feindlichkeit kann sich zudem gegen andere trans*Menschen, bspw. in der Meidung von Kontakt zu anderen trans*Personen bzw. -Communities, richten (vgl. ebd.: 195). Des Weiteren kann sich internalisierte Trans*feindlichkeit in einer Selbstnormierung ausdrücken, in der versucht wird, sich der bestehenden Heteronormativität und den Bildern von Zweigeschlechtlichkeit anzupassen. Im Kontext dessen führt bspw. Pohlkamp (2014) in ihren Studienergebnissen in Bezug auf ein von ihr geführtes Interview aus, dass die Person einen Druck zur Durchführung von medizinischen Techniken bzw. Operationen verspürte. So nahm diese, laut Pohlkamp (2014), „die Transsexualität [...] als einen das geschlechtliche Selbst optimierenden Zwang zur zweigeschlechtlichen Anpassung wahr“ (ebd.: 112). Die herrschende Norm der Zweigeschlechtlichkeit in Verbindung mit dem bestehenden System um Psychopathologisierung kann dazu führen, dass trans*Menschen medizinische Maßnahmen durchführen lassen, um „ihr[...] Anliegen zu unterstreichen und um

ihre Transition nicht zu gefährden“⁴⁰ (ebd.). Dies lässt sich im Zusammenhang mit den bereits in *Kapitel 5.1.1* skizzierten Stigmabewusstsein von trans*Personen betrachten: Es ist darauf hinzuweisen, dass internalisierte Heteronormativität, die der internalisierten Trans*feindlichkeit zu Grunde liegt, „es manchen Trans*Menschen ermöglichen [kann], stereotype Geschlechter(rollen-)codes[...] zu erkennen und zu erlernen“ (Núñez et al. 2015: 222). Dadurch kann es ermöglicht werden, dass eigene trans*Sein „unsichtbar zu machen“ (ebd.). Dies kann zwar zum einen zu einer Abnahme an erlebter Diskriminierung und dadurch zu einer psychischen Stabilisierung führen (vgl. ebd.: 224), birgt jedoch die Gefahr vom „Aufbau von (Abwehr-)Mechanismen zur Verdrängung eigener trans*identischer Anteile“ (ebd.: 222). Die Persönlichkeitsentfaltung kann hierdurch, so Núñez et al. (2015), erschwert, wenn nicht sogar verhindert werden, sodass langfristige negative Folgen entstehen können (vgl. ebd.: 224).

Verinnerlichte Scham und Ablehnung sowie die Regulierung des Selbst entlang von zweigeschlechtlichen und heteronormativen Idealen, lassen die Funktion mancher psychotroper Substanzen zur Steigerung des Selbstwerts und einem damit zusammenhängenden Gefühl der *Befreiung* besonders relevant erscheinen. In Kortes (2007) Ausarbeitungen über verschiedene Rauschkonstruktionen wird diese Funktion der „[i]ndividuellen Befreiung“ (ebd.: 261; Hervorh. i. O.) näher beleuchtet: „Hier benutzen die InterviewpartnerInnen den Rausch dahingehend, ‚besser aus sich herausgehen zu können‘, ‚sich frei zu fühlen‘ und ‚nicht mehr von außen kontrollieren zu lassen““ (ebd.). Obwohl diese Aspekte sicherlich keinen trans*spezifischen Funktionen entsprechen, ist jedoch in Hinblick auf die starken und nach innen wirkenden zweigeschlechtlichen Normierungen anzunehmen, dass psychotrope Substanzen auf solche Weise Wirkung finden können.

An dieser Stelle überschneiden sich die Mechanismen der zu erwarteten Glücks- und Zufriedenheitsgefühle (siehe Kap. 5.2.1) mit Mechanismen der Gemeinschaftlichkeit und Gruppenzugehörigkeit. Davon ausgehend, dass soziale Ablehnung nicht nur eine psychische Belastung darstellt und bspw. Depressionen und Angstzustände, sowie internalisierte Trans*feindlichkeit fördern kann und jene gleichzeitig zu einer Hürde im sozialen Miteinander führt, lässt sich ein weiterer Bezug zum Konsum von (il)legalisierten psychotropen Substanzen herstellen. So erscheinen psychotrope Substanzen als eine Möglichkeit soziale Situationen zu erleichtern: Sie ermöglichen eine „lockere Geselligkeit und werden gern eingesetzt, um Schamgrenzen herabzusetzen“ (Meyer 2016: 215), sodass sich bspw. Hürden in der Kontaktaufnahme, aber auch der Kommunikation selbst, minimieren (vgl. Korte 2007: 179). Aber nicht nur die soziale Interaktion wird erleichtert,

40 Darüber hinaus war die Durchführung operativer Maßnahmen bis 2011, wie bereits in *Kapitel 3.2.1* dargestellt wurde, strukturell verankert, indem diese einer notwendigen Voraussetzung entsprachen, um juristisch als trans* anerkannt zu werden und den Personenstand dementsprechend angleichen zu können.

auch ist Drogenkonsum selbst häufig eng an ein gemeinschaftliches Erleben und ein gemeinschaftliches Konsumieren gebunden. Gemeinschaftlicher Drogenkonsum entspricht zum einen häufig einer Art Ritual, welches auch in den Abläufen und Konsumformen standardisiert ist. Zum anderen übernimmt der gemeinschaftliche Drogenkonsum die Funktion einer „Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe“ (ebd.: 179). Dieses Gruppenzugehörigkeits-Gefühl kann u. a., so Korte (2007), dadurch konstituiert werden, dass durch den gemeinsamen Konsum ein „kollektive[r] Rausch“ (ebd.: 181) und daraus folgend „eine gemeinsame ‚Stimmung‘“ (ebd.) entsteht. Das Gefühl von Gruppenzugehörigkeit ist wohl für die meisten Menschen wichtig, erscheint jedoch für trans*Personen in Hinblick auf die Vulnerabilitätsfaktoren von besonderer Relevanz. Dem entsprechend stellt bspw. Rauchfleisch (2014/2006) dar, dass soziale Momente sowie ein unterstützendes Umfeld, welches trans*Menschen Wertschätzung entgegen bringt, eine notwendige Voraussetzung sein können, um mit erlebten Diskriminierungen umzugehen und auch die internalisierte Trans*feindlichkeit aufzubrechen (vgl. ebd.: 93). Gerade der Kontakt mit anderen trans*Menschen kann hierbei eine entscheidende Rolle spielen:

„[D]as Erleben von Wertschätzung in der Selbsthilfegruppe, in der Transidenität ‚selbstverständlich‘ ist und bedingungslos akzeptiert wird, [führt] zu einer Stabilisierung des Selbstwertgefühls und stärkt sie darin, ihre Identität als gleichwertige [sic], nichtpathologische Variante zu begreifen“ (ebd.: 122).

Hingegen stellen Franzen und Sauer (2010) in Bezug auf verschiedenste Studien über die Lebenssituation von trans*Personen dar, dass viele der Befragten sich sozial isoliert fühlen und Ablehnung aufgrund ihres trans*Seins von Familie und Freund*innen erleben (vgl. ebd.: 56). Auch Pohlkamp (2014) stellt in Bezug auf Coming-Out-Prozesse dar, dass das Outing gegenüber Familie und Freund*innen häufig von starken Unsicherheiten und Ängsten geprägt ist (vgl. ebd.: 170f.). Ablehnende Reaktionen von Familienangehörigen und/oder Freund*innen können so z. B. zu der „Infragestellung von Liebesbeziehungen, von Freund_innenschaften, von verwandtschaftlichen Bezügen und [zu der] Unterbrechung des Transitionsverfahrens“ (ebd.: 174) führen (vgl. ebd.). Über erlebte Belastungen, in Bezug auf das trans*Sein, sprechen zu können kann hilfreich sein, um diese zu verarbeiten. Die vorherigen Ausführungen lassen jedoch annehmen, dass internalisierte Trans*feindlichkeit einen Austausch mit anderen Personen, ob trans* oder nicht, erschwert. Manche psychotrope Substanzen werden aktiv verwendet, um eben leichter und enthemmter Probleme zu besprechen (vgl. Korte 2007: 181).

Konsum psychotroper Substanzen mit der Funktion der Steigerung sozialer Fähigkeiten eröffnet eine weitere Betrachtungsweise, in der Drogenkonsum Gesundheitsanforderungen nicht nur entgegensteht, sondern als Teil dieser, bspw. im Sinne der *Technologien des Selbst*, fungiert. Der Frage, inwieweit der Konsum psychotroper Substanzen sich an neoliberale Anrufungen der Arbeit am Selbst anschließt, wird sich im Weiteren gewidmet.

5.2.3. Psychopharmaka und Hormone – psychotrope Substanzen als Selbsttechnologien

Bevor sich dem Zusammenhang von Trans*, Drogenkonsum und Gesundheitsanrufungen gewidmet wird, folgt zunächst ein Überblick über die allgemeinen Wechselbeziehungen von Gesundheitspolitiken, die Entwicklung von Psychopharmaka und dem Konsum von Drogen. Sowohl die Erforschung und die Entwicklung als auch die Anwendung chemischer (il)legalisierter Substanzen sind auf Diskurse der Neurowissenschaften zurückzuführen. Die Neurowissenschaften widmen sich nicht allein dem Erforschen des menschlichen Nervensystems, sondern sind eng mit Medizin und Biologie und somit auch der Pharmazie verknüpft. Neuronales Wissen ist Basis für die Entwicklung von Medikamenten und somit auch von Drogen (vgl. Schaper-Rinkel 2012: 84f.). Dementsprechend wird

„[m]it den neurowissenschaftlichen Anwendungsmöglichkeiten [...] die gesellschaftliche und individuelle Verfügbarkeit über Wohlbefinden, Leistungsfähigkeit und soziale Kompatibilität sowie die Verantwortung für ein gelingendes Leben neu verhandelt“ (ebd.: 85).

Neurowissenschaftliche Anwendungsmöglichkeiten, seien es bspw. Antidepressiva oder Mittel zur Aufmerksamkeits-Steigerung, forcieren die „individuelle Steigerung der Leistungsfähigkeit“ (ebd.) und zielen auf eine Selbst-Optimierung ab. Neurowissenschaften und deren Praktiken sind, laut der Politik- und Sozialwissenschaftlerin Schaper-Rinkel (2012), Teil der Herrschaftsmechanismen der *Technologien des Selbst* (vgl. ebd.). Jedoch werden hier nicht nur die Anforderung ein optimiertes und kontrolliertes Selbst und dessen *Gesundheit* adressiert, sondern es erfolgt ebenso ein Versprechen von „Lebensqualität und [...] Glück“ (ebd.: 88). Obwohl in neoliberalen Gesellschaften die Vorstellung besteht, dass mit ausreichender Anstrengung *alles* erreichbar sei, ist diese Annahme nur selten Teil der erlebten Wirklichkeit. So führt Amendt (2003) aus, dass die Kontrolle und Verantwortung, bspw. in Bezug auf Chancen oder Risiken, sich häufig dem Individuum entziehen (vgl. ebd.: 63), sodass das Individuum lediglich einen „[s]icheren Zugriff“ (ebd.) auf Substanzen verspürt, „die ihm helfen, sein desolates [...] Gefühlsleben chemisch ins Gleichgewicht zu bringen“ (ebd.). Denn nur mit Hilfe bestimmter psychotroper Substanzen, die aktivierend und leistungssteigernd wirken, lassen sich „die gesellschaftlichen Bedingungen von Ausbeutung und Selbstaussbeutung“ (Amendt 2003: 15) erfüllen. Wie bei allen *Technologien des Selbst* wird die Verantwortung auf das Individuum übertragen. Dies bezieht sich eben nicht nur auf physische Gesundheit, sondern auch auf die psychische Gesundheit, die jedoch nicht nur durch Arbeit am Selbst, bspw. innerhalb von einer Psychotherapie, sondern auch durch die Zufuhr biochemischer Stoffe zu erreichen ist (vgl. Schaper-Rinkel 2012: 91). Auch die daraus folgend angestrebte erhöhte Leistungsfähigkeit ist nicht nur auf rein ökonomische Faktoren, wie Lohnarbeit, zu beziehen, sondern richtet sich an die sozialen Kompetenzen (vgl. ebd.: 93). Weiterführend formuliert Schaper-Rinkel (2012):

„Es reicht nicht mehr nur die Kompetenz, etwas in sachlicher und fachlicher Hinsicht zu können, sondern gefragt ist insbesondere die Kompetenz, eben dieses Ich in einem gesellschaftlichen Kontext zu zeigen und so auf spezifischen sozialen Bühnen aufzuführen, dass es in der intersubjektiven Wahrnehmung auf die entsprechend positive Resonanz trifft“ (ebd.).

Durch diese Abhängigkeit der Beurteilung über den Erfolg des Individuums durch die anderen richten sich, so Schaper-Rinkel (2012), die Optimierungsanrufungen zum einen an Fähigkeiten und Möglichkeiten des Selbstregierens und zum anderen an die sozialen Beziehungen. Somit sind auch soziale Interaktionen mit neoliberalen Regierungstechnologien durchzogen (vgl. ebd.). Als pharmazeutisches Beispiel bringt Schaper-Rinkel (2012) an dieser Stelle das Präparat *Ritalin* an, welches zur „Regulierung von Aufmerksamkeit [...] sowie [...] [zur] Beeinflussung von soziale[m] Verhalten“ (ebd.) verschrieben wird⁴¹. Auch Amendt (2003) betont den Aspekt der „Regulierung des Sozialverhaltens“ (ebd.: 57) als weiteres basales Moment der Entwicklung und des Konsums (il)legalisierter psychotroper Substanzen. *Ritalin* als Psychopharmaka, das einer gängigen Verschreibungspraxis unterliegt, wird ebenso auf dem illegalisierten Drogenmarkt gehandelt und ist somit „als Medikament wie als Rauschmittel brauchbar“ (ebd.: 60).

In Rückbezug auf die vorherigen Darstellungen wird deutlich, dass die Anforderungen nach psychischer Gesundheit, welche mit Hilfe psychotroper Substanzen leichter erreicht werden kann, eine besondere Bedeutung zukommt: Da die strukturellen Bedingungen alltäglicher Diskriminierung und Stigmatisierung, sowie die ebenso institutionalisiert verankerte Trans*feindlichkeit zu einer erhöhten psychischen Vulnerabilität führen, ist es einigen trans* Menschen erschwert die Gesundheitsanforderungen zu erfüllen. Depressionen und Angststörungen erschweren nicht nur ein soziales und kulturelles Leben, sondern auch die Teilhabe am beruflichen Leben und führen zu weiterführenden Belastungen (siehe Kap. 5.1.2). Die Anrufung zur Verwendung von Psychopharmaka, als legalisierte psychotrope Substanz, zur Optimierung des Selbst sind von dem Konsum illegalisierter psychotroper Substanzen zu unterscheiden, da in Bezug auf illegalisierte psychotrope Substanzen andere Mechanismen der Ausschließung wirken (siehe Kap. 4.2). Nichtsdestotrotz ähnelt der Konsum illegalisierter Substanzen diesen Mechanismen. Im Gegensatz zu legalisierten psychotropen Substanzen, die, wie z. B. Psychopharmaka, von Ärzt*innen verschrieben werden, wird der Konsum illegalisierter Substanzen, so Amendt (2003), vollständig in die Selbstverantwortung des Individuums übertragen. Auch wenn, wie bereits aufgezeigt wurde, Psychopharmaka ebenso die Selbstverantwortung des Individuums anrufen, wird das Beschaffen, die Dosierung und die Konsumart der Substanzen nicht durch eine Zwischeninstanz, wie medizi-

41 Die Verschreibungspraktiken von Medikamenten sind, ähnlich wie der Diagnosestellung, häufig geschlechtlich kodiert. Wer welche Medikamente zu welchen Zeitpunkten verschrieben bekommt, unterscheidet sich stark nach Geschlecht, aber auch nach anderen Strukturkategorien wie Alter, *race* oder Klasse. Zu der geschlechtlich unterschiedlichen Anwendungspraxis von Antidepressiva und Ritalin siehe Schaper-Rinkel (2012): 86ff.

nischer Institutionen, verantwortet oder reguliert (vgl. ebd.: 50f.). Weiterführend geht Amendt (2003) davon aus, dass

„[a]uf den Konsum von Drogen übertragen, [...] Selbstverantwortung mit Selbstmedikation gleichzusetzen [ist]. Damit entfällt auch das moralische Verdikt des Drogenmißbrauchs [sic]. Drogen werden im postindustriellen Zeitalter als Mittel der Selbstmedikation *gebraucht*“ (ebd.; Hervorh. i. O.).

An dieser Stelle wird die Ambivalenz im Umgang mit Drogen und deren Konsum deutlich: Zum einen werden illegalisierte Substanzen als eine Gefahr für das Bestehen und Funktionieren einer Gesellschaft gesehen und daher moralisch abgewertet und bekämpft, zum anderen reiht sich Drogenkonsum in zahlreiche neoliberale Anrufungen, wie dem Erbringen von Leistung und der Übernahme von Verantwortung zum Erreichen eines glücklichen Lebens, ein (siehe Kap. 2.1; 2.2).

Hinzu kommt, dass sich viele trans*Personen zwangsläufig in einem System der Arbeit am Selbst befinden: Trans*spezifische medizinische Leistungen, als körperverändernde Maßnahmen, wie auch eine allgemeine Gesundheitsversorgung, sind von Subjektivierung aber auch biopolitischen Tendenzen geprägt. Um diese in Anspruch nehmen zu können, müssen trans*Personen sich jedoch in Psychotherapien begeben und die Authentizität und Beständigkeit ihres trans*Seins beweisen, sodass die *Technologien des Selbst* häufig verstärkt Teil von trans*Biografien sind (siehe Kap. 3.2.2). Wie sich Drogenkonsum in die Technologien rund um die Veränderung bzw. Modifikation des Körpers einschreiben kann, soll nun beispielhaft anhand von Preciados (2016) Ausführungen in *Testo Junkie* erfolgen. Das Hormon Testosteron⁴², welches im Fokus Preciados (2016) Ausführungen steht, ist im gesellschaftlichen Diskurs und Wissen eng mit der Existenz und Ausgestaltung von Männlichkeit verknüpft (vgl. ebd.: 63). Testosteron entspricht einem medizinischen Präparat, welches ursprünglich für cis-Männer mit „nicht ausreichender Androgen“ (ebd.: 62) -produktion entwickelt wurde und von manchen trans*Menschen eingenommen wird, um körperliche Veränderungen zu bewirken (vgl. ebd.: 57). Dadurch, dass die Auswirkungen von Testosteron „bis heute mehrheitlich im Besitz von [...] cis-Männern verblieben sind“ (ebd.: 148), wird häufig davon ausgegangen, dass Testosteron und Männlichkeit im biologischen Sinne miteinander verknüpft sind, und eine Testosteron-Einnahme zu körperlichen Veränderungen in Richtung Männlichkeit führt (vgl. ebd.: 148f.). Diese gesellschaftliche und politische Zuschreibung von Männlichkeit auf die Substanz Testosteron produziert und legitimiert weiterführend dessen pharmazeutischen Nutzen (vgl. ebd.: 150). Ohne diese pharmazeutische Sinnhaftigkeit wäre Testosteron, so Preciados (2016) Annahme, „ebenso wie Prozac, Kokain oder Speed auch nur ein guter Trip“ (ebd.: 150). Gleichzeitig ist der ganze wissenschaftliche

42 Da Hormone auf verschiedensten physischen und psychischen Ebenen wirken und somit auch Wahrnehmungsveränderungen herbeiführen können, werden diese im Kontext der vorliegenden Ausarbeitung ebenso unter dem Begriff der *psychotropen Substanzen* subsumiert.

Hormondiskurs Teil geschlechtlicher Subjektivierungspraktiken. Geschlecht wird an vielen Stellen über Hormone und die darauf zurückgeführten Wirkungsweisen produziert und/oder validiert (vgl. ebd.: 167f.). In der Packungsbeilage des Testosteron-Präparats *Testogel* wird darauf hingewiesen, dass Doping-Kontrollen⁴³ positiv auf die Testosteron-Einnahme ausschlagen können (vgl. ebd.: 67). Diesen Hinweis versteht Preciado (2016) als „nichts anderes, als dass in Testosteron eine stimulierende und illegale Substanz gesehen wird“ (ebd.). Ähnlich wie bei den vorherigen Darstellungen über die konstruierte Trennung von Medikamenten und Drogen, wie bspw. bei Substanzen der Wirkstoffgruppe der Amphetamine, wird die Testosteron-Einnahme dann zu einem illegalisierten Konsum, wenn keine entsprechende, als gültig angesehene Indikation zur Verschreibung vorliegt (vgl. ebd.: 57f.). Trans*Personen, die Hormone nehmen möchten aber (noch) keine entsprechende Indikation zur Hormon-Einnahme haben, wird ein legalisierter Zugang zu Hormonen verwehrt. Dies betrifft insbesondere non-binary oder genderqueere trans*Personen, die aus den diagnostischen Kriterien des ICD-10 herausfallen. Franzen und Sauer (2010) fassen aus den Ergebnissen der *Transgender EuroStudy*⁴⁴ aus dem Jahr 2008 zusammen, dass „ca. 80 % der Befragten an[gaben], keine Kostenübernahme für die Hormonbehandlung [...] erhalten zu haben“ (ebd.: 49). Dieser Wert scheint erschreckend hoch, auch wenn anzunehmen ist, dass sich die Angaben in den einzelnen Ländern aufgrund unterschiedlicher medizinischer Versorgungssysteme unterscheiden. Auch hier bestehen kaum wissenschaftliche Ergebnisse über das tatsächliche Aufkommen von einer Selbstmedikation mit Hormonen bei trans*Menschen. Jedoch stellen Ohms und Schacher (2017) in Bezug auf die Lebenssituation von trans*Menschen in Hessen dar, dass die Hürden zur Hormonindikation einige der an der Studie teilnehmenden trans*Person dazu veranlassten,

„auf eigene Faust ihrem Zielgeschlecht entsprechende Hormone nehmen: Dem Drang, endlich im eigentlichen, wahren Geschlecht leben zu wollen, werden gesundheitliche Risiken, die mit illegalen Präparaten oder der Eigidosierung verbunden sind, nachgeordnet“ (ebd.: 209).

Hierbei kann es sich nicht nur um die wie schon zuvor angeführte Beschaffung des Hormonpräparats Testosteron handeln, sondern ebenso das Hormon Estradiol, welches von manchen trans*femininen Personen eingenommen wird. Dieses lässt sich ebenso abseits einer medizinischen Indikation aufgrund von Trans* beschaffen. So ist Estradiol Bestandteil verschiedener Präparate, die auch zur Empfängnisverhütung verwendet werden. Auf dem Blog *Nina Radtke – Endlich Frau* wird in einem Beitrag zur Hormonbehandlung bei trans*Feminitäten gleich mehr-

43 Zur Auseinandersetzung mit den Mechanismen und gesellschaftlichen Verhandlungen des Dopings siehe u. a. Amendt (2003): 26ff.

44 Die *Transgender EuroStudy* entsprach einer „[q]uantitative[n] Onlinebefragung mit Daten von fast 2.000 Teilnehmer_innen (1.349 Transfrauen, 615 Transmänner) aus 27 europäischen Ländern zur sozialen Situation von Trans*Menschen mit Schwerpunkt Gesundheitsversorgung“ (Franzen/Sauer 2010: 31)

mals darauf hingewiesen, dass die sog. Antibaby-Pille einfach zu beschaffen sei und so von trans*femininen Menschen als Selbstmedikation verwendet wird. Jedoch gibt es zahlreiche Präparate, die jeweils aus verschiedenen Wirkstoffen und -mengen zusammengesetzt sind, sodass auch die Dosierungen sich je nach Präparat und individuellem Bedarf unterscheiden (vgl. Radtke). Ähnlich wie die in *Kapitel 4.1* ausgeführten Problematiken, die durch einen illegalisierten und kriminalisierten Drogenmarkt entstehen, bringt die illegalisierte Beschaffung von Hormonen ebenso weiterführende Schwierigkeiten mit sich: Die Hormoneinnahme wird zu einem illegalisierten oder sogar kriminalisierten Akt, welcher eben auch sanktioniert werden kann. Außerdem ist nicht nur die finanzielle Belastung höher als bei einer Kostenübernahme durch die Krankenkassen, auch fehlt eine medizinische Begleitung, bspw. in Form von Verlaufskontrollen, sodass gesundheitliche Risiken entstehen können.

6. Perspektiven für eine emanzipatorische Beratungsarbeit

Um die vorherigen Ausführungen nicht auf einer rein theoretischen bzw. analytischen Ebene zu belassen, sollen aus den Darstellungen erste Ableitungen für die Praxis in Bezug auf Beratungsangebote hergestellt werden. Durch die bereits in den *Kapiteln 3* und *4* dargestellten strukturellen Begebenheiten der Ausgrenzung und Psychopathologisierung von trans*Menschen sowie Drogenkonsument*innen, haben diese häufig Erfahrungen mit Fachkräften aus der Medizin, Psychotherapie oder Sozialen Arbeit. Gleichzeitig tragen viele Mediziner*innen, Psychotherapeut*innen und Sozialarbeiter*innen zu einer Reproduktion von Psychopathologisierung und Stigmatisierung durch eine unhinterfragte Übernahme normativer Annahmen bei. Im Folgenden wird sich vordergründig auf die Beratungspraxis der Sozialen Arbeit bezogen, auch wenn einige der erläuterten Methoden und Haltungen auch auf die medizinische und psychotherapeutische Praxis übertragbar sind. Wie die folgenden Ausführungen darlegen werden, ist auch Soziale Arbeit Teil neoliberaler Anrufungen an Gesundheit, Leistungsfähigkeit und soziale Kompetenzen und wird im Rahmen derer auch adressiert: Angebote, wie bspw. Prävention oder Beratungen, sollen dem Individuum *helfen*, durch eigene Bemühungen ein *glücklicheres* und *besseres* Leben zu erlangen. Ist auch das Ziel eines *glücklicheren Lebens* nicht grundsätzlich abzulehnen, bleibt jedoch häufig unbenannt, wie dieses konkret gestaltet sein kann. Die Reflexion darüber, wie Beratungsarbeit als Teil von herrschenden Machtmechanismen fungiert, wird als notwendige Voraussetzung für

eine emanzipatorische Perspektive angesehen⁴⁵, auch wenn die daraus entstehenden Widersprüche nicht immer aufgelöst werden können.

In diesem Sinne wird im Folgenden versucht eine Perspektive für Beratungsangebote zu eröffnen, die sich an drogenkonsumierende trans*Menschen richtet: Hierfür wird sich zum einen auf spezifische trans*sensible Angebote, welche der häufig im sonstigen Gesundheitssystem psychopathologischen und stigmatisierenden Ausrichtung entgegenstehen, und zum anderen auf den Ansatz der akzeptierenden Drogenarbeit, welcher die vorhandene Repression gegenüber dem Konsum illegalisierter psychotroper Substanzen ablehnt, bezogen (siehe Kap. 6.1). Im Anschluss wird das Feld der Beratung zudem im Kontext von Gesundheitsanrufungen und weiteren neoliberalen Machtmechanismen betrachtet (siehe Kap. 6.2).

6.1. Trans*sensible Drogenarbeit und drogenakzeptierende trans*Beratung?

Wie schon die vorangegangene Ausführung gezeigt hat, kann die Nutzung von Beratungsangeboten für Menschen, die trans* sind und Drogen gebrauchen, eine Hürde darstellen, da sich auch dort Diskriminierung und Stigmatisierung, gerade auch rund um das Feld der Psychopathologisierung, fortführen kann. Im Folgenden wird sich der Frage gewidmet, wie Beratungsangebote für drogenkonsumierende trans*Personen gestaltet sein können, ohne dass Diskriminierungserfahrungen wiederholt werden. Gibt es im Bereich der Drogenarbeit schon länger einen Diskurs über mögliche verschiedene Haltungen und deren Wirkungsmächtigkeit, sind trans*spezifische Angebote in Deutschland eher ein jüngeres Phänomen. In der Regel lässt sich zudem davon ausgehen, dass im Bereich der klassischen Drogenarbeit nur wenig Wissen und Sensibilität gegenüber trans*Lebensrealitäten bestehen, da sich viele der Angebote an ein cis-heterosexuelles Klientel richten⁴⁶. Gleichzeitig besteht auch in trans*spezifischen Angeboten häufig nur wenig Erfahrung im Umgang mit Drogenkonsument*innen. Wie können also Angebote für drogenkonsumierende trans*Menschen gestaltet sein? Auf Grundlage von bestehenden Überlegungen für trans*sensible sowie drogenakzeptierende Beratungsangebote, wird im Weiteren eine Beratung für drogenkonsumierende trans*Personen, welche die Grundsätze der (a) *Lebensweltakzeptanz*, des (b) *Empowerments* sowie die (c) *kritische Reflexion* der eigenen Praktiken diskutiert.

Viele der klassischen Angebote im Bereich der Drogenarbeit basieren, wie bereits in *Kapitel 4.1* skizziert, auf den politischen Grundsätzen der Repression, Kriminalisierung und Stigmatisierung.

45 Der Begriff der *Emanzipation* wird häufig als „Befreiung von Unmündigkeit und Bevormundung“ (Weinbach 2007: 248) verstanden. In diesem Sinne wird unter *emanzipatorischen Beratungsangeboten* eine Praxis verstanden, welche die Nutzer*innen in ihrer Selbstbestimmung unterstützt und dafür insbesondere auch strukturelle Bedingungen kritisch reflektiert.

46 Eine Ausnahme stellen hier, neben unterschiedlichen Ausrichtungen einzelner Institutionen der Drogenarbeit, sozialarbeiterische Angebote dar, welche sich an Sexarbeiter*innen richten.

Aus diesem Grund haben viele der Angebote aufgrund ihrer Hochschwelligkeit nicht nur eine relativ geringe Reichweite, auch ist nur ein geringer Einfluss auf den tatsächlichen Drogenkonsum zu verzeichnen (vgl. Schneider 2005: 267; Schabdach 2009: 251). Aufgrund der in den 1980er Jahren ansteigenden HIV-Infektionen unter intravenösen Drogenkonsument*innen war eine Veränderung bestehender Angebote erforderlich. Die Voraussetzungen von Abstinenz und Konsumverzicht, welchen vielen Angeboten der Drogenarbeit inhärent sind, wurden aufgeweicht und neue Angebote, wie die Vergabe steriler Spritzen, entwickelt: Der Ansatz der *akzeptierenden Drogenarbeit* bildete sich heraus (vgl. Sting/Blum 2003: 19). Die akzeptierende Haltung bezieht sich hierbei nicht nur auf die Akzeptanz gegenüber dem Drogenkonsum, sondern vor allem darauf, differente Lebens- und Wertekonzepte zu akzeptieren, ernstzunehmen und Angebote an diesen zu orientieren (vgl. Stöver 2008/2005: 346). Die Gestaltung von Beratungsangeboten nahe der Lebensrealitäten zu gestalten, schafft in vielen Fällen eine stärkere Niedrigschwelligkeit und erreicht damit mehr Menschen (vgl. ebd.: 340). Damit dies gelingt, empfiehlt bspw. Stöver (2008/2005) in Bezug auf die Drogenarbeit Wissen und Kompetenzen von Drogenkonsument*innen, Aktivist*innen und Vertreter*innen der Drogenszene anzunehmen und diese mit in die Gestaltung von Angeboten einzubeziehen (vgl. ebd.). Diese Grundlage der *(a) Lebensweltakzeptanz* ist in Hinblick auf die Beratung von trans*Personen ebenso von besonderer Relevanz, da auch das bestehende trans*spezifische Begutachtungssystem häufig von einer diskriminierenden und machtvollen Praxis geprägt ist, welche die jeweiligen Lebensrealitäten abwertet oder sogar negiert (siehe Kap. 3.2; 5.1.3). Sowohl differente und von der Norm abweichende Lebensweisen als auch die Authentizität des trans*Seins sollten jedoch weder pathologisiert, noch in Frage gestellt werden (vgl. Günther 2015: 118). Denn „Trans*Personen benötigen eine bedingungslose Akzeptanz ihrer Selbstbeschreibung“ (ebd.), um in einem vertrauensvollen und geschützten Rahmen über bspw. belastende Erfahrungen sprechen zu können (vgl. ebd.; Meyer 2015: 78). Zudem wird mit dieser akzeptierenden Haltung den zu beratenden trans*Personen auch „die Fähigkeit, informierte Entscheidungen zu treffen, zugesprochen“ (Meyer 2015: 78), indem sie „als Expert_innen in ihrer eigenen Sache verstanden“ (ebd.: 79f.) werden. Lebensweltakzeptanz bedeutet in diesem Kontext auch die*n zu Beratende*n mit dem gewünschten Namen und Pronomen anzureden (siehe Kap. 3.1; 5.1.3):

„Kann eine korrekte Anrede in der Beratung nicht eingelöst werden, wertet das (erneut, zum wiederholten Male) die Identität der Trans*- oder Inter*-Person ab, führt zu Verletzungen und zerstört das Vertrauen in die Kompetenz und Parteilichkeit der Beratung [...]. Die Anrede und Selbstbezeichnung kritiklos und ganz selbstverständlich anzuerkennen, ist Ausdruck von Respekt, Grundlage einer empowernden Beratungsbeziehung und bestärkt die betreffende Person in ihrer Identität“ (TIS 2014/2013: 8).

Wie an dieser Stelle schon deutlich wird, ist *(b) Empowerment* ein weiterer Grundsatz für die Beratung von drogenkonsumierenden trans*Personen. In einer empowernden Haltung innerhalb

von Beratungs- und Begleitungsprozessen liegt der Fokus auf der Stärkung und Unterstützung der Wahrnehmung und dem Verwenden der Kompetenzen der jeweiligen Nutzer*innen mit dem Ziel einer selbstbestimmten Lebensführung (vgl. Wendt 2015: 39). Die Annahme, „dass Menschen immer über eigene Möglichkeiten verfügen mit ihren Anlässen umzugehen“ (ebd.: 31), so der Sozialwissenschaftler Wendt (2015), ist hierbei für eine empowernde Beratungsarbeit, aber auch für weitere Felder der Sozialen Arbeit, basal. Die bereits vorhandenen Ressourcen einer Person, die u. a. in Form von „Interessen, Kenntnisse[n], Erfahrungen, [...], psychischen Ressourcen, Werthaltungen, Einstellungen oder Netzwerke[n]“ (ebd.: 32) vorhanden sein können, sind herauszuarbeiten und zu unterstützen (vgl. ebd.: 31f.). Auch Günther (2015), die als systemische Therapeutin arbeitet (vgl. ebd.: 114), benennt die Bedeutung einer Fokussierung auf die Ressourcen der zu beratenden trans*Personen: So berichtet Günther (2015) aus ihrer Berufserfahrung, dass sie „[i]mmer wieder erleb[t], dass Trans*Personen sich im Rahmen eines Defizit-Modells beschreiben“ (ebd.: 121), indem sie bspw. ihre eigenen Fähigkeiten oder geschlechtliche Identität abwerten. Wie auch schon in Kapitel 5.2.2 dargelegt wurde, begründet auch Günther (2015) dies damit, dass „Trans*Personen [...] immerzu an den *Normgeschlechtern* gemessen [werden] und [...] sich auch selbst damit [vergleichen]“ (ebd.; Hervorh. i. O.). Defizitorientierte Selbstbeschreibungen umzudeuten, Ressourcen aufzudecken und vielfältige Lebensweisen, Geschlechtsidentitäten und Begehrensformen positiv zu besetzen können dem etwas entgegen setzen (vgl. Günther 2015: 122; Sauer et al. 2016: 428).

Um jedoch eine empowernde Haltung einnehmen zu können und Menschen in deren Autonomie und Handlungsmacht zu unterstützen, braucht es eine (c) *kritische Reflexion* mit den Praktiken und der Rolle als Berater*in: Die häufig bestehende Vorstellung von *hilfsbedürftigen Klient*innen* führt schnell zur Bevormundung anhand eigener Vorstellungen und zur Entmächtigung der ratsuchenden Personen (vgl. Wendt 2015: 40). Dies ist besonders in Hinblick auf die bestehende strukturell verankerte Psychopathologisierung von trans*Personen und Drogenkonsument*innen, welche diese als *krank* und somit per se als hilfsbedürftig markiert, zu reflektieren. Auch Schneider (2005) formuliert die Notwendigkeit einer kritischen Auseinandersetzung und die Relevanz einer subjektbezogenen Perspektive im Rahmen der akzeptierenden Drogenarbeit. Drogenkonsument*innen müssen, entgegen der häufig bestehenden Sichtweise (siehe Kap. 4.2), als handelnde Subjektive wahrgenommen und verstanden werden, welche aktiv an ihren Entwicklungen beteiligt sind (vgl. ebd.: 270):

„Natürlich können sich Menschen (ver)ändern. Aber das ist ihr Werk, ihre Tatkraft und nicht das von Drogenhilfeeexperten, die bestimmte ‚pädagogische‘ Methoden als ‚Werkzeuge‘ einsetzen. Menschen sind immer Subjekte ihrer eigenen Entwicklung, die natürlich prozessbezogen gestützt werden kann, aber nicht hergestellt, produziert“ (ebd.).

Vor allem Drogenkonsument*innen, die als solche mit vermeintlichen *Hilfesystemen* in Kontakt treten, wird häufig die Fähigkeit zu einer bewussten und selbstbestimmten Lebensgestaltung abgesprochen. Da auch die akzeptierende Drogenarbeit an sich auf einer Problemfokussierung basiert, wird diese auch schnell im Umgang mit Drogenkonsument*innen übertragen. So wird die Notwendigkeit von Drogenarbeit, welche Teil der auf Prävention ausgelegten Ansätze ist, häufig durch eine Problematisierung von Drogenkonsum und eine Abwehr von Gefahren und Risiken legitimiert, denn, so Schneider (2006): „[o]hne unterstellte und befürchtete ‚Gefährdung‘ und mögliche Beeinträchtigungen, Mängel sowie Risiken keine Prävention“ (ebd.: 19). Im Fokus der Drogenarbeit steht meist „das Erlernen von angemessenem und verantwortlichem Umgang mit psychotropen Substanzen und die Vermeidung/Verringerung von (suchtspezifischen) Schäden (harm reduction)“ (Stöver 2008/2005: 339). Hierzu zählen sowohl die Vermittlung von Wissen über Wirkungen einzelner Substanzen und möglicher Konsumformen, um nicht-beabsichtigte Schäden zu reduzieren (vgl. ebd.: 346), als auch die Stärkung von Fähigkeiten „diese Informationen bewerten und gewichten zu können“ (Amendt 2003: 172). Der Ansatz des Empowerment zielt an dieser Stelle mit Hilfe von „Bemündigung und Selbstbemächtigung“ (Schneider 2006: 69) auf eine „selbstbestimmte[...], eigeninszenierte[...] Lebensgestaltung mit und ohne Drogen“ (ebd.) ab.

Um eine gesundheitsfördernde Soziale Arbeit bzw. Beratung zu gewährleisten, geht Weber (2006) davon aus, dass insbesondere eine Auseinandersetzung mit geschlechtsspezifischen Aspekten von Gesundheit sowie sozialen Lebensentwürfen und -situationen zu reflektieren ist (vgl. ebd.: 315). Bestehendes Wissen in diesem Bereich basiert vor allem auf der sog. Frauengesundheitsbewegung, welche die androzentrischen und sexistischen Perspektiven der herrschenden medizinischen Diskurse, Forschungen und Praktiken kritisierte⁴⁷ (vgl. ebd.: 316). Daraus folgend wird eine geschlechtsbezogene Perspektive auf Gesundheitsbewusstsein, Gesundheitsverhalten, Verteilungen von Krankheiten und damit verbundenen Bewältigungsformen eingenommen. Die geschlechtlichen Konnotationen von Verhalten werden sichtbar gemacht und die damit zusammenhängenden Bewertungen von *gesundheitsfördernd* oder *gesundheitsschädlich* versucht zu dekonstruieren (vgl. ebd.: 318f.). Auch im Bereich des Konsums psychotroper Substanzen wird häufig sowohl ein geschlechtsspezifisches unterschiedliches Konsumverhalten als auch eine unterschiedliche Bewertung dessen verzeichnet (vgl. ebd.: 324f.): Und zwar formuliert Weber (2006), dass bspw. „[v]iel Bier, harte Spirituosen [...] männlich besetzt; [...] Sekt und Likör [...] eher Symbole für Weiblichkeit [sind]“ (ebd.: 324). Und von Zehetner (2012) wird dargestellt,

47 Zu den Kritikpunkten, der von Weber (2006) erwähnten Frauengesundheitsbewegung, gehörten und gehören so z. B. die fremdbestimmenden (Psycho-)Pathologisierungen und Objektivierungen durch in der Regel männliche Ärzte, welche über Gesundheit, Krankheit, Körper u. ä. der Patientinnen* entschieden (vgl. ebd.: 316).

dass „Substanzmissbrauch und -abhängigkeit [...] zu zwei Dritteln Männer [betrifft]“ (ebd.: 138). Ob dies an unterschiedlich binär-geschlechtlichen Konsumverhalten oder an einer unterschiedlichen Bewertung des Konsums und somit differenter Diagnostik liegt, wird an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt. Jedoch merkt Zehetner (2012) weiterführend an, dass in Bezug auf „Schmerz- und Beruhigungs- und Schlafmittelabhängigkeit [...] sich dieses Verhältnis umkehrt“ (ebd.). Eine Auseinandersetzung mit strukturell verankerten Differenzen von Lebenssituationen und deren Bewertungen im Rahmen der Zweigeschlechtlichkeit ist jedoch für eine trans*sensible Beratung nicht ausreichend. Um offen für diverse geschlechtliche Selbstdefinitionen zu sein, bedarf es als professionelle*r Berater*in nicht nur des Wissens über verschiedene trans*Lebensweisen, ebenso braucht es eine Auseinandersetzung mit den Mechanismen der vorherrschenden Zweigeschlechtlichkeit und Heteronormativität (vgl. Günther 2015: 117; 120). Auch ein kritischer Umgang mit den eigenen internalisierten Geschlechterstereotypen, cis-sexistischen und trans*feindlichen Annahmen entsprechen einer notwendigen Voraussetzung, um eine trans*sensible Beratung gewährleisten zu können (vgl. ebd.: 118). Auch Nieder et al. (2017) stellen in Bezug auf eine gelingende trans*sensible Beratung oder Therapie dar, dass eine

„Voraussetzung ist, dass sich Psychiater und Psychotherapeuten mit modernen Gendertheorien [...] auseinandersetzen, damit einhergehend einen biopsychosozialen Blick auf Geschlechtsentwicklung haben sowie den Einfluss der Psychopathologisierung des Geschlechterlebens auf den Selbstwert, die Selbstakzeptanz und das Selbstbewusstsein kennen“ (ebd.: 4).

Vor allem im Hinblick darauf, dass einige Nutzer*innen von Beratungsangeboten nicht nur *einer* Diskriminierungsform ausgesetzt sind, sind auch das Wissen und die Reflexion von weiteren Benachteiligungsstrukturen, wie bspw. Rassismus und Klassismus, von Relevanz. Obendrein führt das *Netzwerk Trans*-Inter*-Sektionalität* aus, dass die Auseinandersetzung mit strukturellen Benachteiligungen und verschiedenen Diskriminierungsformen einer relevanten Voraussetzung für sensible Beratungen entspricht (vgl. TIS 2014/2013: 12). Dies kann bspw. durch entsprechende Fort- und Weiterbildungen gewährleistet werden (vgl. Sauer et al. 2016: 429). Sauer et al. (2016) ergänzen weiterführend, dass trans*sensible Beratungsangebote und ein trans*sensibles Gesundheitswesen letztendlich nur ermöglicht und erreicht werden können, wenn eine gesamtgesellschaftliche Aufklärung über trans*Lebensweisen und entsprechende Antidiskriminierungsarbeit stattfinden (vgl. ebd.).

6.2. Ambivalenzen von gesundheitsfördernder Beratung

Der Transfer der vorherigen theoretischen Ausarbeitung auf das Arbeitsfeld der Beratung ist auch deshalb zielführend, da das Themenfeld der *Gesundheit* in der Historie wesentlicher Aspekt vieler sozialarbeiterischen Praxisfelder ist. Vor allem die Themen der *Gesundheitsförderung*, mit dem Fokus auf die Hygieneaufklärung, waren bereits Anfang des 20. Jahrhunderts nicht nur Auf-

gabe von Mediziner*innen, sondern auch von Sozialarbeiter*innen. Die bereits in *Kapitel 2.2* skizzierte und in *Kapitel 5.1* in Bezug auf Trans* weiter ausgeführte Annahme einer ausschlaggebenden Verbindung zwischen Gesundheit und der sozialen Lebenssituation, machte Gesundheit notwendigerweise zu einem Themenfeld der Sozialen Arbeit. In Bezug darauf sind auch die Gesundheitsprinzipien der sog. Ottawa-Charta, welche auf eine ganzheitlicher Gesundheitsförderung abzielen, sowie der sich seit den 1980er Jahren durchsetzende Ansatz der *Salutogenese* zu betrachten (vgl. Weber 2006: 313f.). Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit und somit auch entsprechende Beratungsangebote zielen explizit darauf ab, die „Lebensbedingungen gesundheitsförderlicher zu gestalten und die Ressourcen und [die] Settings für die Gesundheitserhaltung zu aktivieren“ (ebd.: 315). Ein ganzheitliche Gesundheitsansatz in diesem Sinne steht in direkter Verbindung im Zusammenhang mit den schon beschriebenen Verantwortungsanrufungen: Nicht nur die Verantwortung für das eigene Leben und dessen Gestaltung und Entwicklung, sondern auch die Verantwortung für andere bzw. die Gesellschaft an sich sind Merkmale liberaler Gesellschaften. Schabdach (2009) stellt dar, dass die Gesellschaft eine Verantwortung für individuelle Probleme hat, wie bspw. durch das wohlfahrtsstaatliche Gesundheitskonzept⁴⁸ deutlich wird⁴⁹. Diese gesellschaftliche Verantwortung bezieht sich, so Schabdach (2009), jedoch nicht nur auf persönliche oder individuelle Unterstützung des Individuums, sondern richtet sich ebenso an eine Verhinderung, dass Probleme oder Krisen, zu denen im Allgemeinen auch Krankheiten zählen, überhaupt auftreten (vgl. ebd.: 72). Exemplarisch erläutert Schabdach (2009):

„Wenn beispielsweise auch Krankheiten im Körper des einzelnen Individuums zu lokalisieren sind, so können diese doch gleichzeitig eine Gefahr für die ganze Bevölkerung darstellen, sei es durch Ansteckung oder durch das pathologische Verhalten des Einzelnen“ (ebd.).

Die Auflösung und Abwehr von *Gefahren*, wozu auch *abweichendes* Verhalten zählen kann, rücken somit in den Fokus gesellschaftlicher Verantwortung. Durch die Annahmen und Forderungen an die individuelle Optimierung und Selbstführung sowie der Rückgriff auf wissenschaftliche Diskurse und Forschungen mit Rationalitäts- und Objektivitätsanspruch (vgl. ebd.: 74) wird es möglich, „die Ursachen sozialer und individueller Probleme [zu] ergründen und durch staatliche Eingriffe beheben [zu] lassen“ (ebd.). Gerade im Bereich der Sozialen Arbeit ist es zum ei-

48 Unter dem Begriff des Wohlfahrtsstaates werden verschiedene staatliche Ausrichtungen von Politiken verstanden, die auf „soziale Sicherheit und Verringerung sozialer Ungleichheit“ (Knoblauch/Tuma 2016/1986: 382) abzielen. In Folge dessen bestehen soziale, auch auf Gesundheit bezogene, Sicherungssysteme, wie Kranken- und Pflegeversicherungen (vgl. ebd.: 383f.).

49 Hingegen der liberalen Bestrebungen zur Stärkung von wohlfahrtsstaatlichen Versorgungs- und Gesundheitssystemen, ist der Neoliberalismus von einer Abkehr des Wohlfahrtsstaates gekennzeichnet (vgl. Ptak 2008/2007: 16). So „verschoben sich die Anschauungen über den Staat schließlich vom ‚Sicherheits- und Vorsorgestaat‘ in Richtung von zunehmender ‚Freiheit‘ und ‚Selbstverantwortung‘ der Bürger/innen“ (ebd.: 88).

nen zur Angelegenheit geworden, vermeintlich abweichendem Verhalten pädagogisch zu begegnen, um ein der Norm entsprechendes Verhalten zu fördern (vgl. ebd.). Dieses soll eine erwünschte Lebensführung im (neo-)liberalen Sinne, vor allem in Bezug auf Lohnarbeit sowie Familie, ermöglichen (vgl. ebd.: 75f.). Professionelle Sozialarbeiter*innen und Therapeut*innen unterstützen die Regulierung und Kontrolle des als Bedrohung und als Abweichung empfundenen Verhaltens (vgl. Anhorn/Balzereit 2016: 112). Mechanismen der Normalisierung und Disziplinierung sind, laut Stehr (2007), vor allem vieler präventiver Ansätze, die häufig von einer „moralische[n], moralisierende[n] und auf Kontrolle und Überwachung ausgerichtete[n] Perspektive“ (ebd.: 37) geprägt sind, inhärent. Beratungsangebote laufen dann Gefahr, einen „korrigierende[n] Zugriff“ (ebd.: 38) in Bezug auf das vermeintlich abweichende Verhalten des Individuums darzustellen, welcher vor allem auf die Symptomatik des *abweichenden* Verhalten abzielt, sich jedoch nicht mit den zugrunde liegenden Ursachen und Gründen befasst (vgl. ebd.). Eine emanzipatorische Beratung muss somit kritisch in Hinblick auf die eigene Funktion innerhalb (neo-)liberaler Gesellschaften und der Fortführung spezifischer Machtmechanismen gesehen werden. Zudem besteht neben dieser Normalisierungstendenz auch eine Ebene, auf der *deviantes* und *abweichendes* Verhalten bis zu einer gewissen Grenze akzeptiert und „Kriminalität als unvermeidliche Begleiterscheinung modernen Lebens hingenommen“ (Anhorn/Balzereit 2016: 112) wird. Wird dieser Punkt überschritten, wird versucht, im Sinne kriminalpolitischer Konzepte, eine „Störung einer gegebenen Ordnung möglichst effektiv und effizient zu *managen*“ (ebd.; Hervorh. i. O.). Dies geschieht u. a. indem von den gesellschaftlichen Erwartungen abweichende Personengruppen, wie Menschen, die keiner Lohnarbeit nachgehen oder Drogenkonsument*innen, aus öffentlichen Räumen ausgeschlossen werden. Zwar können zielgruppenspezifische Angebote Frei- und Schutzräume darstellen, doch diese reproduzieren häufig auch eine Separation marginalisierter Gruppen. Durch zielgruppenspezifische Angebote, wie bspw. Konsumräume, werden „ihnen parallel dazu klar umgrenzte Räumlichkeiten zugewiesen“ (vgl. Schabdach 2009: 197), welche sich zudem häufig an den Randgebieten und nicht in den Stadtkernen selbst befinden (vgl. ebd.: 245).

In *Kapitel 2.3* wurde bereits skizziert, wie eine Zunahme des Diskurses und der Praktiken um die Psyche im Zusammenhang mit Neoliberalismus steht. Subjektivierung sowie Disziplinierung als Teil der *Technologien des Selbst* sind basaler Bestandteil vieler Beratungsangebote (vgl. ebd.: 9). Schließlich wird bspw. im Rahmen der akzeptierenden Drogenarbeit ganz bewusst von den *Technologien des Selbst* Gebrauch gemacht: Das Regulieren des Konsums, sowohl in Bezug auf die Mengen als auch in Bezug auf die Häufigkeit, spielt eine wichtige Rolle zur Minimierung der Risiken, aber auch zur Steigerung eines genussvollen Konsums, welcher, laut Schneider (2006), ebenso zentrales Moment sein sollte (vgl. ebd.: 69). Es bestehen verschiedene Methoden, um ei-

nen kontrollierten Konsum zu bewahren oder zu erlangen, welche aber vor allem an die Selbstdisziplinierung der Konsument*innen appellieren (vgl. ebd. 71ff.). Kann einerseits der Drogenkonsum selbst einer Selbsttechnologie entsprechen, ist andererseits auch jegliche Erwartung an die Art und Weise des Konsums von diesen durchzogen. So werden „[e]xterne Mechanismen der sozialen Kontrolle [...] zwar zurückgefahren, gleichzeitig [...] aber die Selbstkontrollpotentiale des Einzelnen in Anspruch genommen“ (Schabdach 2009: 204). Gerade im Rahmen von Beratungen werden Subjekte hergestellt, geformt und modifiziert. Die Arbeit am eigenen Selbst entspricht, so Zehetner (2012), ebenso einer Steuerung und Verwaltung des Selbst (vgl. ebd.: 217). Dies reiht sich in die Anrufungen, einen gewissen Gesundheitszustand zu erhalten und die individuelle Verantwortung für die eigene physische und psychische Gesundheit zutragen, ein (vgl. ebd.: 220). In Bezug auf die Anrufung von individueller Verantwortung und Bereitschaft zur Veränderung in beraterischen Kontexten widmen sich Anhorn und Balzereit (2016) der Frage,

„inwiefern therapeutisierende Verfahren ökonomisch, politisch und/oder sozial bedingte Konflikt- und Herrschaftsverhältnisse ‚verdecken‘ können. Inwiefern diese also mittels einer Fokussierung auf die Steigerung von *Eigenverantwortung*, von *Selbstregulierung* und -organisation [...] in individualisierte und entpolitisierte ‚persönliche Probleme‘ transformiert werden“ (ebd.: 6; Hervorh. i. O.).

Anhorn und Balzereit (2016) sprechen in diesem Kontext von „eine[r] Entwicklung hin zu einer *Politik des Verhaltens*“ (ebd.: 12; Hervorh. i. O.), bei der zunehmend weniger Betrachtung auf strukturellen Bedingungen und somit ausschließlich auf die individuellen „Möglichkeiten einer (selbst-)verändernden ‚Problembearbeitung‘“ (ebd.) fällt. Beratung und auch andere Felder der Sozialen Arbeit können zu einem Teil eines Entpolitisierungsprozesses werden, indem „gesellschaftliche Widersprüche, Konfliktverhältnisse und Interessensdivergenzen [sic]“ (ebd.) allein dem Individuum zugeschrieben werden (vgl. ebd.). Auch Zehetner (2012) geht davon aus, dass die allgemeine Tendenz individueller Zuschreibung von Verantwortung in Beratungen dazu führen kann, ratsuchende Personen zu individualisieren und damit die Perspektive auf strukturelle Begebenheiten zu verlieren (vgl. ebd.: 218).

7. Fazit

Die Auseinandersetzung mit *Trans* und Drogenkonsum* hat deutlich gemacht, dass beide Themenfelder verschiedene Parallelen aufweisen. Eingebettet in gesellschaftliche Strukturen unterliegen sie den gleichen Macht- und Herrschaftsverhältnissen, sodass neben der Auseinandersetzung mit den gesamtgesellschaftlichen Bedingungen auch eine Beschäftigung mit den damit verbundenen spezifischen Normierungs- und Diskriminierungsmechanismen unabdingbar ist, um

das Themenfeld in seiner Breite zu erfassen. Beide Thematiken sind eng mit einem neoliberalen Diskurs verknüpft, der einen bestimmten Gesundheits- und damit verbundenen Krankheitsbegriff formt. Neoliberale Gesundheitsanrufungen sind sowohl von Anforderungen der Selbstfürsorge, -disziplinierung, und -optimierung als auch von Subjektivierung geprägt (siehe Kap. 2.2; 2.3). Durch ein Nicht-Erfüllen dieser Anforderungen werden sowohl trans*Personen als auch Drogenkonsument*innen als *abweichend* und *krank* markiert. In diesem Zusammenhang erleben sie immer wieder Psychopathologisierungen und Stigmatisierungen, die sich zwar in ihren Ausformungen unterscheiden, dennoch der gleichen (neo-)liberalen Logik folgen. Gesellschaftliche und institutionell verankerte Diskriminierung, Ausgrenzung und Stigmatisierung bedingen sich hierbei gegenseitig und dienen jeweils der Regulierung und dem Erhalt des Ideals einer *gesunden* Lebensführung. Wie an verschiedenen Stellen dargelegt wurde, führen die bestehenden Psychopathologisierungen durch die ICD-10-Klassifikationen, von denen viele trans*Personen und Drogenkonsument*innen betroffen sind, sowie auch die juristischen Regulierungen und die damit zusammenhängenden strafrechtlich-repressiven Maßnahmen, allerdings vielmehr zu einer *Gesundheitsschädigung*, als zu dem eigentlichen Ziel des *Gesundheitserhalts* (siehe Kap. 4.1; 5.1). Gleichzeitig ist die Analyse dieser Mechanismen von Ambivalenzen geprägt: Anforderungen an Gesundheit und Lebensgestaltung werden so flexibel gestaltet, dass sich *Trans* und Drogenkonsum* in neoliberale Anrufungen einreihen können, da sie an dieser Stelle verwirklichtbar scheinen: Wird trans*Sein authentisch genug und im besten Fall entlang einer klarer Zweigeschlechtlichkeit dargestellt, sind Regulierungs- und Ausschließungsmechanismen im juristischen und medizinischen System geringer. Auch alltägliche gesellschaftliche Diskriminierung und Stigmatisierung werden umso weniger erfahren, je geringer eine Person von außen als trans* wahrgenommen wird (siehe Kap. 5.1.2; 5.1.3). Die aktuellen Entwicklungen der medizinischen Leitfäden im Umgang mit trans*Menschen weichen die starren, an Heterosexualität und Zweigeschlechtlichkeit ausgerichteten Vorstellungen auf, arbeiten jedoch weiterhin mit dem Mechanismus der Psychopathologisierung: Somit müssen sich trans*Menschen, um von rechtlicher oder medizinischer Seite aus als trans* anerkannt zu werden, nicht nur authentisch als trans* präsentieren, sondern eben vor allem auch als *echte* trans*Person konstituieren (siehe Kap. 3.2.1; 3.2.2). Auch der Konsum illegalisierter psychotroper Substanzen ist von ambivalenten Bewertungen geprägt: Gilt Drogenkonsum doch zum einem als gesundheitsschädlich und -gefährdend, wird er, solange er kontrolliert stattfindet und neoliberale Anforderungen von Gesundheit, Arbeits- und Sozialfähigkeit bestehen bleiben oder diese fördern, akzeptiert. Der Konsum (il)legalisierter psychotroper Substanzen kann dann sogar Teil von neoliberalen Anrufungen an das Individuum sein und im Rahmen der Selbsttechnologien fungieren (siehe Kap. 4; 5.2). Von wem bzw. von welchen Instanzen diese Akzeptanz ausgeht, unterscheidet sich nicht nur anhand der (Il)legalität der jeweili-

gen konsumierten Substanzen, sondern auch nach den Kontexten, in denen der Konsum stattfindet. Weitere Auseinandersetzungen bedürfen einer differenzierten Perspektive auf Herrschaftsmechanismen, wie bspw. Klassismus und Rassismus, die im Kontext der Bewertung von Drogenkonsum ebenso wirken.

Neben den ähnlich wirkenden Machtmechanismen durch psychopathologische Ausschließung und Gesundheitsanrufungen, die auf trans*Personen und Drogenkonsument*innen wirken, scheinen trans*Personen, wie es auch bei anderen marginalisierten Personengruppen dargestellt wird, verhältnismäßig häufig Drogen zu konsumieren. Die Gründe werden hier vor allem in einem verstärkten Erleben von Diskriminierung, Gewalt und Stigmatisierung gesehen. Diskriminierung, Stigmatisierung und Gewalt, auf Grund von Trans*, sind in ihrem strukturellen Bezug von Machtmechanismen zu begreifen, jedoch ohne dass die individuellen Folgen, bspw. in Form psychischer Belastung, negiert oder abgesprochen werden. Obwohl verschiedene psychotrope Substanzen durchaus der Verarbeitung und Regulierung von Emotionen dienen und Arbeits- und Sozialfähigkeit steigern können, besteht bei dieser Begründung die Gefahr, eine negative und psychopathologisierende Perspektive fortzuführen (siehe Kap. 5.2). Insbesondere verallgemeinernde, gesellschaftliche und/oder wissenschaftliche Annahmen können den Blick für strukturelle Gründe, aber auch individuelle Unterschiede, verlieren und damit bestehende Macht- und Ausschließungsmechanismen reproduzieren. In der vorangegangenen Analyse wird die Thematik *Trans* und Drogenkonsum* in seiner Ambivalenz sowie Verschränkung zu neoliberalen Anrufungen, mit dem Schwerpunkt der Gesundheit, aufgezeigt. Hierbei liegt der Schwerpunkt auf trans*Personen im Allgemeinen, sodass nur selten Differenzierungen zwischen unterschiedlichen trans*Lebensrealitäten gemacht wurden. Für eine weiterführende Betrachtung der Frage nach dem tatsächlichen Konsum (il)legalisierter Substanzen und dessen Beweggründe, müsste nicht nur zwischen verschiedenen trans*Lebensrealitäten, sondern auch zwischen den einzelnen Substanzen und den damit verbundenen gesellschaftlichen Diskursen und Bewertungen unterschieden werden.

Aufgrund des geringen Forschungs- und Wissensbestandes ist es nicht möglich, konkrete Aussagen über die tatsächliche Prävalenz von Drogenkonsum bei trans*Menschen zu treffen. In meiner Praxiserfahrung als Sozialarbeiter ist mir jedoch bereits des Öfteren Drogenkonsum als individuelles Thema von trans*Personen begegnet. Folglich stellt sich die weitere Frage, wie drogenkonsumierende trans*Personen zu erreichen sind – insbesondere in Hinblick auf den individuellen Unterstützungsbedarf, aber bspw. auch in Hinblick auf die Vermittlung von Risikominimierung beim Konsum psychotroper Substanzen. Auf Grund des vermehrten Diskriminierungserlebens, insbesondere auch im Kontakt zu Berater*innen, Therapeut*innen und Ärzt*innen, bestehen für viele trans*Menschen Hürden, die ein freiwilliges Aufsuchen von Beratungseinrichtun-

gen erschweren. Zwar gibt es zielgruppenspezifische Angebote, die eine herrschaftskritische und empowernde Perspektive einnehmen, jedoch bestehen in der Praxis kaum Angebote, die eine trans*sensible Beratung und eine drogenakzeptierende Haltung zusammen denken. Auch Beratungsangebote an sich sind, in Hinblick auf (neo-)liberale Machtmechanismen, kritisch zu betrachten, dienen sie doch häufig einer Disziplinierung und Normalisierung von vermeintlich abweichendem Verhalten. Neben Kontrollmechanismen, die von außen durch Berater*innen gegenüber den Nutzer*innen angewendet werden, wird sich in der Beratung von den schon von Foucault dargelegten, meist unbewusst wirkendem Machtmechanismus der *Technologien des Selbst* Gebrauch gemacht: Selbstverantwortung, -kontrolle, -optimierung und -disziplinierung stellen hierbei Schlüsselbegriffe dar, welche in den Anrufungen an die Nutzer*innen von Beratungsangeboten enthalten sind. Das Arbeitsfeld der Beratung und die Soziale Arbeit im Allgemeinen kann in diesem Zusammenhang sowohl Machtverhältnisse reproduzieren, als auch zu einer Dekonstruktion von Herrschaftsmechanismen beitragen. In der Arbeit mit marginalisierten Personengruppen erscheint es von besonderer Relevanz, strukturelle Machtverhältnisse, Ausgrenzungs- und Diskriminierungsmechanismen zu reflektieren und nicht ausschließlich auf das Individuum zu übertragen. Weiterführend bedarf es Wissen und Sensibilität über die Verschränkung dieser verschiedenen Machtmechanismen (siehe Kap. 6).

Es wird deutlich, dass *Trans* und Drogenkonsum* zwei Themenbereiche sind, die mit zum Teil widersprüchlichen und hoch emotionalen Bewertungen verbunden sind: Emotionen, wie Scham, (Selbst-)Ablehnung, Stigma und Ängste, wirken dabei nicht nur auf viele drogenkonsumierende trans*Personen selbst, sondern sind auch Teil der gesellschaftlichen sowie wissenschaftlichen Diskurse und Fremdbewertungen. Diese erschweren eine Auseinandersetzung mit der Fragestellung nach der Korrelation von *Trans* und Drogenkonsum*, ohne in eine stereotype Dichotomie zu verfallen und/oder diese zu reproduzieren. Zudem besteht bisher nur ein geringer, vor allem kritischer und emanzipatorischer, Forschungs- und Wissensbestand in Bezug auf *Trans* und Drogenkonsum*. Es kann davon ausgegangen werden, dass dies auf eben jene, in der vorliegenden Ausarbeitung dargestellten, Diskriminierungs- und Machtmechanismen gegenüber trans*Menschen und Drogenkonsum zurückzuführen ist. Diese führen in Bezug auf Forschung bspw. konkret dazu, dass ein verhältnismäßig geringer Anteil von trans*Menschen in der Wissenschaft besteht und viele Abhandlungen und Analysen, von cis-Personen durchgeführt, über das vermeintliche *Phänomen Trans** handeln und normative Vorstellungen, Diskriminierungen und Stigmatisierungen reproduzieren. Des Weiteren führt auch die Kriminalisierung und Psychopathologisierung von Drogenkonsum dazu, dass der Konsum illegalisierter psychotroper Substanzen tabuisiert ist und von vielen Konsument*innen negiert wird. Wissenschaft, die sich mit der

Thematik *Trans* und Drogenkonsum* auseinandersetzt, sollte dementsprechend von trans*Personen selbst und mit einer drogenakzeptierenden Haltung durchgeführt werden⁵⁰.

50 Einblicke über die Relevanz von trans*Perspektiven sowie trans*Personen in der Wissenschaft und Forschung, sowie deren historischen Verlauf, insbesondere in Österreich, sind in dem Einführungsband *Trans Studies. Historische, begriffliche und aktivistische Aspekte* von Baumgartinger (2017) zu finden.

8. Literaturverzeichnis

- Allex, Anne (Hg.) (2014/2012): Stop Trans*-Pathologisierung. Berliner Positionen zur Internationalen Kampagne. Neu-Ulm: AG SPAK Bücher. 3. Aufl.
- Allex, Anne / Demiel, Diana (2014/2012): Entpathologisierung von Trans* – ein dorniger Weg. In: Allex, Anne (Hg.): Stop Trans*-Pathologisierung. Berliner Positionen zur Internationalen Kampagne. Neu-Ulm: AG SPAK Bücher. 3. Aufl. 86 – 112.
- Amendt, Günter (2003): No drugs, no future. Drogen im Zeitalter der Globalisierung. Hamburg: Europa Verlag GmbH.
- Anhorn, Roland / Balzereit, Marcus (2016): Die „Arbeit am Sozialen“ als „Arbeit am Selbst“ – Herrschaft, Soziale Arbeit und die therapeutische Regierungsweise im Neo-Liberalismus: Einführende Skizzierung eines Theorie- und Forschungsprogramms. In: Anhorn, Roland / Balzereit, Marcus (Hrsg.): Handbuch Therapeutisierung und Soziale Arbeit. Wiesbaden: Springer VS. 3 – 203.
- Baumgartinger, Persson Perry (2017): Trans Studies. Historische, begriffliche und aktivistische Aspekte. Wien: Zaglossus e. U.
- Berger, Peter L. / Luckmann, Thomas (2013/1969): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag. 25. Aufl.
- Biebricher, Thomas (2015/2012): Neoliberalismus zur Einführung. Hamburg: Junius Verlag GmbH. 2. Aufl.
- Boll, Friederike (2015): Das Geschlecht im Personenstandsrecht. Rechtsstaatskritik in radikaldemokratischer und queerer Perspektive. In: Buckel, Sonja et al.: Kritische Jusitz. Vierteljahresschrift für Recht und Politik. Heft 4. 2015. Jahrgang 48. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. 421 – 433.
- Brunnett, Regina (2016): Gesundheit als Kapital – Zur Produktivität symbolischer Gesundheit im flexiblen Kapitalismus. In: Anhorn, Roland / Balzereit, Marcus (Hrsg.): Handbuch Therapeutisierung und Soziale Arbeit. Wiesbaden: Springer VS. 207 – 255.
- Butler, Judith (2012/1990): Das Unbehagen der Geschlechter. Frankfurt am Main: edition suhrkamp. 16. Aufl.
- Butterwegge, Christoph / Lösch, Bettina / Ptak, Ralf (2008/2007): Einleitung. In: Butterwegge, Christoph / Lösch, Bettina / Ptak, Ralf (Hrsg.): Kritik des Neoliberalismus. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 2. Aufl. 11 – 12.

- BVT* – Bundesverband Trans* (2016): Policy Paper Gesundheit. Trans* Gesundheitsversorgung, Forderungen an die medizinischen Instanzen und an die Politik. Berlin. URL: <http://www.bv-trans.de/wp-content/uploads/2017/03/BVT-Policy-Paper-Gesundheit.pdf> [Stand: 20.06.2017]
- Degele, Nina (2008): Gender / Queer Studies. Eine Einführung. Paderborn: Wilhelm Fink GmbH & Co Verlags KG.
- Demiel, Diana (2014/2012): Was bedeuten DSM-IV und ICD-10? Zu den diagnostischen Handbüchern so genannter psychischer Störungen der Psychiatrie-Iatrokratie. In: Allex, Anne (Hg.): Stop Trans*-Pathologisierung. Berliner Positionen zur Internationalen Kampagne. Neu-Ulm: AG SPAK Bücher. 3. Aufl. 43 – 50.
- Dilling, H. / Freyberg, H. J. (Hg.) (2012/1999): Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen nach dem Pocket Guide von J. E. Cooper. Bern: Verlag Hans Huber. 6. Aufl.
- Dollinger, Bernd (2005): Drogenkonsum als sinnhafter Bewältigungsmechanismus. Methodologische Anmerkungen zu einer neueren Forschungsperspektive. In: Dollinger, Bernd / Schneider, Wolfgang (Hg.): Sucht als Prozess. Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis. Berlin: VWB-Verlag. 143 – 168.
- Foucault, Michel (1968): Psychologie und Geisteskrankheit. Frankfurt am Main: edition suhrkamp.
- Foucault, Michel (1976): Macht und Körper. Ein Gespräch mit der Zeitschrift „Queer Corps?“. In: Foucault, Michel (Hg.): Mikrophysik der Macht. Über Strafjustiz, Psychiatrie und Medizin. Berlin: Merve Verlag. 105 – 113.
- Foucault, Michel (1978): Ein Spiel um die Psychoanalyse. In: Michel Foucault: Dispositive der Macht. Über Sexualität, Wissen und Wahrheit. Berlin: Merve Verlag GmbH. 118 – 176.
- Foucault, Michel (1993): Technologien des Selbst. In: Martin, Luther H. / Gutman, Huck / Hutton, Patricia H. (Hrsg.): Technologien des Selbst. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag GmbH. 24 – 62.
- Foucault, Michel (2014/1977): Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit 1. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch. 20. Aufl.
- Franzen, Jannik / Sauer, Arn (2010): Benachteiligung von Trans*Personen, insbesondere im Arbeitsleben. URL: <http://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/>

publikationen/Expertisen/Expertise_Benachteiligung_von_Trans_personen.pdf;jsessionid=E6632C16044827AB36023260D0295077.1_cid332?__blob=publicationFile&v=2 [Stand: 20.06.2017]

Grigowski, Zita (2016): Trans* Fiction. Geschlechtliche Selbstverständnisse und Transfeindlichkeit. Münster: Unrast Verlag.

Güldenring, Annette (2014/2006): Eine andere Sicht über Trans*. In: Rauchfleisch, Udo: Transsexualität – Transidentität. Begutachtung, Begleitung, Therapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 4. Aufl. 130 – 179.

Günther, Mari (2015): Psychotherapeutische und beratende Arbeit mit Trans* Menschen. Erfahrung, Haltung, Hoffnung. In: Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis. 47. Jg. (1). Tübingen: dgvt-Verlag. 113 – 124.

Ha, Kien Nghi (2013/2010): People of Colour. In: Nduka-Agwu, Adibeli / Hornscheidt, Antje Lann (Hrsg.): Rassismus auf gut Deutsch. Ein kritisches Nachschlagwerk zu rassistischen Sprachhandlungen. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel Verlag GmbH. 2. Aufl. 80 – 84.

Hamm, Jonas A. / Sauer, Arn Thorben (2014): Perspektivenwechsel: Vorschläge für eine menschenrechts- und bedürfnisorientierte Trans*-Gesundheitsversorgung. In: Zeitschrift für Sexualforschung 27 (1). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG. 4 – 30.

Hark, Sabine / Laufenberg, Mike (2013): Sexualität in der Krise. Heteronormativität im Neoliberalismus. In: Appelt, Erna / Aulenbacher, Brigitte / Wetterer, Angelika (Hrsg.): Gesellschaft. Feministische Krisendiagnosen. Münster: Verlag Westfälisches Dampfboot. 228 – 245.

Jacke, Katharina (2016): Widersprüche des Medizinischen. Eine wissenssoziologische Studie zu Konzepten der „Transsexualität“. Gießen: Psychosozial Verlag.

Jacob, Rüdiger / Kopp, Johannes (2016/1986): Gesundheit. In: Kopp, Johannes / Steinbach, Anja (Hrsg.): Grundbegriffe der Soziologie. Wiesbaden: Springer VS. 11. Aufl. 104 – 107.

James, Sandy E. / Herman, Jody L. / Rankin, Susan / Keisling, Mara / Mottet, Lisa / Anafi, Ma'ayan (2015): The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey. URL: <http://www.transequality.org/sites/default/files/docs/USTS-Full-Report-FINAL.PDF> [Stand: 20.06.2017]

Kelly, Natasha A. (2013/2010): ‚Rasse‘ – in der Wissenschaft, im Alltag und in der Politik. In: Nduka-Agwu, Adibeli / Hornscheidt, Antje Lann (Hrsg.): Rassismus auf gut Deutsch. Ein

- kritisches Nachschlagwerk zu rassistischen Sprachhandlungen. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel. 2. Aufl. 344 – 350.
- Knoblauch, Hubert / Tuma, René (2016/1986): Wohlfahrtsstaat. In: Kopp, Johannes / Steinbach, Anja (Hrsg.): Grundbegriffe der Soziologie. Wiesbaden: Springer VS. 11. Aufl. 382 – 384.
- Korte, Svenja (2007): Rauschkonstruktionen. Eine qualitative Interviewstudie zur Konstruktion von Drogenrauschwirklichkeiten. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- LesMigraS (2012): „...nicht so greifbar und doch real“. Eine quantitative und qualitative Studie zu Gewalt- und (Mehrfach-)Diskriminierungserfahrungen von lesbischen, bisexuellen Frauen und Trans* in Deutschland. Berlin: LesMigraS Antigewalt- und Antidiskriminierungsbereich der Lesbenberatung Berlin e. V. URL: [http://www.lesmigras.de/tl_files/lesbenberatung-berlin/Gewalt%20\(Dokus,Aufsaeetze...\)/Dokumentation%20Studie%20web_sicher.pdf](http://www.lesmigras.de/tl_files/lesbenberatung-berlin/Gewalt%20(Dokus,Aufsaeetze...)/Dokumentation%20Studie%20web_sicher.pdf) [Stand: 20.06.2017]
- MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkasse (Hg.) (2009): Begutachtungsanleitung – Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität. URL: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/07_RL_Transsex_2009.pdf [Stand: 20.06.2017]
- Meyer, Erik (2015): Trans*affirmative Beratung. In: Sieben, Anna / Fiedel, Lotta-Lili / Straub, Jürgen: psychosozial. Schwerpunktthema: Geschlecht und Psychotherapie. Nr. 140. Heft II. Gießen: Psychosozial Verlag. 71 – 86.
- Meyer, Erik (2016): „Damit habe ich nichts zu tun...“ Über das Phänomen der internalisierten Trans*feindlichkeit. In: l'Amour laLove, Patsy (Hrsg.): Selbsthass & Emanzipation. Das Andere in der heterosexuellen Normalität. Berlin: Querverlag GmbH. 195 – 204.
- Nieder, T. O. / Güldenring, A. / Köhler, A. / Briken, P. (2017): Trans*-Gesundheitsversorgung. Zwischen Entpsychopathologisierung und bedarfsgerechter Behandlung begleitender psychischer Störungen. In: Der Nervenarzt. Wiesbaden: Springer Medizin Verlag. URL: <https://www.springermedizin.de/trans-gesundheitsversorgung/12138408> [Stand: 20.06.2017]
- Nieder, Timo O. / Strauß, Bernhard (2016): Leitlinienentwicklung in der Transgender-Gesundheitsversorgung. Partizipative Ansätze zwischen Wunsch und Wirklichkeit. In: Schochow, Maximilian / Gehrman, Saskia / Steger, Florian (Hg.): Inter* und Trans*identitäten. Ethische, soziale und juristische Aspekte. Gießen: Psychosozial Verlag. 349 – 363.

- Núñez, David Garcia / Sandon, Piero / Burgermeister, Nicole / Schönbacher, Verena / Jenewein, Josef (2015): Protektive und dysfunktionale Internalisierungsprozesse an der Geschlechtergrenze. In: Driemeyer, Wiebke / Gedrose, Benjamin / Hoyer, Armin / Rustige, Lisa (Hg.): Grenzverschiebungen des Sexuellen. Perspektiven einer jungen Sexualwissenschaft. Gießen: Psychosozial Verlag. 217 – 231.
- Ohms, Constance / Schacher, Uwe (2017): „Seit diesem Tag lebe ich mein Leben“ – Die Lebenssituation von Trans* in Hessen unter besonderer Berücksichtigung der Stadt Frankfurt/M. URL: https://broken-rainbow.de/wp-content/uploads/2012/04/Forschungsbericht_Trans-in-Hessen_2017.pdf [Stand: 20.06.2017]
- Pohlkamp, Ines (2014): Gender Bashing. Diskriminierung und Gewalt an den Grenzen der Zweigeschlechtlichkeit. Münster: Unrast Verlag.
- Preciado, Paul B. (2016): Testo Junkie. Berlin: b_books.
- Ptak, Ralf (2008/2007): In: Butterwegge, Christoph / Lösch, Bettina / Ptak, Ralf: Kritik des Neoliberalismus. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 2. Aufl. 13 – 86.
- queer.de (2016): US-Studie. Schwule, Lesben und Bisexuelle leben ungesünder. URL: http://www.queer.de/detail.php?article_id=27378 [Stand: 20.06.2017]
- Quensel, Stephan (2010/2004): Das Elend der Suchtprävention. Analyse – Kritik – Alternative. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 2. Aufl.
- Radtke, Nina: Endlich Frau – Hormone. URL: <http://ninaunnormal.blogspot.de/p/test.html> [Stand: 20.06.2017]
- Rau, Alexandra (2013): Geschlecht und Psychopolitik. Zum Verhältnis von Subjektivierung und Macht. In: Grisard, Dominique / Jäger, Ulle / König, Tomke (Hrsg.): Verschieden sein. Nachdenken über Geschlecht und Differenz. Salzbach/Taunus: Helmer. 133 – 145.
- Rauchfleisch, Udo (2014/2006): Transsexualität – Transidentität. Begutachtung, Begleitung, Therapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 4. Aufl.
- Sander, Dirk (2016): Bewegung für Gesundheit! Was beeinflusst die Gesundheitsprofile sexueller Minderheiten und was muss getan werden? In: l'Amour laLove, Patsy (Hrsg.): Selbsthass & Emanzipation. Das Andere in der heterosexuellen Normalität. Berlin: Querverlag GmbH. 205 – 218.
- Sauer, Arn / Güldenring, Annette / Tuider, Elisabeth (2016): Queering Trans*-Gesundheit: Auf dem Weg zu einer individualisierten, menschenrechtskonformen Gesundheitsversorgung. In:

- Kolip, Petra / Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern: Hogrefe Verlag. 2. Aufl. 420 – 431.
- Schabdach, Michael (2009): Soziale Konstruktionen des Drogenkonsums und Soziale Arbeit. Historische Dimensionen und aktuelle Entwicklungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schaper-Rinkel, Petra (2012): Das neurowissenschaftliche Selbst. (Re)Produktion von Geschlecht in der Biopolitik mentaler Optimierung. In: Sänger, Eva / Rödel, Malaika (Hrsg.): Biopolitik und Geschlecht. Zur Regulierung des Lebendigen. Münster: Verlag Westfälisches Dampfboot. 84 – 106.
- Schirmer, Uta (2012): Möglichkeiten, vergeschlechtskörper in der Welt zu sein: Neuverhandlungen geschlechtlicher Subjektivierungsweisen im Kontext des medizinisch-rechtlichen Regimes der Transsexualität. In: Sänger, Eva / Rödel, Malaika (Hrsg.): Biopolitik und Geschlecht. Zur Regulierung des Lebendigen. Münster: Verlag Westfälisches Dampfboot. 244 – 264.
- Schirmer, Uta (2014): Jenseits einer diagnostischen Logik? Überlegungen zu (trans*-)geschlechtlicher Selbstbestimmung und kollektiven Praxen. In: Bundesstiftung Magnus Hirschfeld (Hg.): Forschung im Queerformat. Aktuelle Beiträge der LSBTI*-, Queer- und Geschlechterforschung. Bielefeld: transcript. 171 – 184.
- Schmechel, Corrina (2014/2012): Don't pathologize this. Antipsychiatrische und feministische Kritik an der Psychiatrie gehen nicht weit genug. Ein Plädoyer für eine queere Psychiatriekritik. In: Allex, Anne (Hg.): Stop Trans*-Pathologisierung. Berliner Positionen zur Internationalen Kampagne. Neu-Ulm: AG SPAK Bücher. 3. Aufl. 39 – 42.
- Schmidt, Anja (2012/2006): § 10 Geschlecht, Sexualität und Lebensweisen. In: Foljanty, Lena / Lembke, Ulrike (Hrsg.): Feministische Rechtswissenschaft. Ein Studienbuch. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. 2. Aufl. 213 – 234.
- Schneider, Wolfgang (2005): Akzeptanzorientierte Drogenarbeit. In: Dollinger, Bernd / Schneider, Wolfgang (Hg.): Sucht als Prozess. Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis. Berlin: VWB-Verlag. 267 – 281.
- Schneider, Wolfgang (2006): Die „sanfte“ Kontrolle. Berlin: VWB-Verlag.
- Stehr, Johannes (2007): Normierungs- und Normalisierungsschübe – Zur Aktualität des Foucaultschen Disziplinbegriffs. In: Anhorn, Roland / Bettinger, Frank / Stehr, Johannes

- (Hrsg.): Foucaults Machtanalytik und Soziale Arbeit. Eine kritische Einführung und Bestandsaufnahme. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 29 – 40.
- Sting, Stephan / Blum, Cornelia (2003): Soziale Arbeit in der Suchtprävention. München: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG.
- Stöver, Heino (2008/2005): Sozialer Ausschluss, Drogenpolitik und Drogenarbeit - Bedingungen und Möglichkeiten akzeptanz- und integrationsorientierter Strategien. In: Anhorn, Roland / Bettinger, Frank / Stehr, Johannes (Hrsg.): Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 2. Aufl. 335 – 353.
- Taubert, Steffen / Schafberger, Armin (2016): Beratung von MSM mit Sex-/ Partydrogenkonsum. In: HIVreport.de. Ausgabe 04/2016. URL: http://www.hivreport.de/sites/default/files/documents/2016_04_hivreport_0.pdf [Stand: 20.06.2017]
- TIS – Netzwerk Trans*-Inter*-Sektionalität (Hrsg.) (2014/2013): Intersektionale Beratung von/zu Trans* und Inter*. Ein Ratgeber zu Transgeschlechtlichkeit, Intergeschlechtlichkeit und Mehrfachdiskriminierung. 2.Aufl. URL: http://transintersektionalitaet.org/wp-content/uploads/2014/12/web_tis_brosch_aufl_2_140931.pdf [Stand: 20.06.2017]
- TSG – Transsexuellengesetz: Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen. URL: <https://www.gesetze-im-internet.de/tsg/BJNR016540980.html> [Stand: 20.06.2017]
- Wagenknecht, Peter (2007): Was ist Heteronormativität? Zu Geschichte und Gehalt des Begriffs. In: Hartmann, Jutte / Klesse, Christian / Wagenknecht, Peter / Fritzsche, Bettina / Hackmann, Kristina (Hrsg.): Heteronormativität. Empirische Studien zu Geschlecht, Sexualität und Macht. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 17 – 34.
- Waller, Heiko (2006/1995): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH. 4. Aufl.
- Weber, Monika (2006): Soziale Arbeit und Gesundheit – Innovationspotenziale einer genderbezogenen Betrachtungsweise. In: Zander, Margherita / Hartwig, Luise / Jansen, Irma (Hrsg.): Geschlecht Nebensache? Zur Aktualität einer Gender-Perspektive in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 311 – 310.
- Weinbach, Heike (2007): Emanzipation. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.: Fachlexikon der sozialen Arbeit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. 6. Aufl. 248.

Wendt, Peter-Ulrich (2015): Lehrbuch Methoden der Sozialen Arbeit. Weinheim / Basel: Beltz Juventa.

Winker, Gabriele (2007): Traditionelle Geschlechterordnung unter neoliberalem Druck. Veränderte Verwertungs- und Reproduktionsbedingungen der Arbeitskraft. In: Winker, Gabriele / Groß, Melanie (Hg.): Queer – | Feministische Kritiken neoliberaler Verhältnisse. Münster: Unrast Verlag.

Zehetner, Bettina (2012): Krankheit und Geschlecht. Feministische Philosophie und psychosoziale Beratung. Wien / Berlin: Verlag Turia + Kant.