

Matthias Klaus (Hrsg.)

IM
FALSCHEN
KÖRPER
GEBOREN?

Medizinische und biblische
Einordnung der
Inter- und Transsexualität

clv

1. Auflage 2025

© 2025 by CLV

Christliche Literatur-Verbreitung e. V.
Ravensberger Bleiche 6, 33649 Bielefeld
www.clv.de

Bei Fragen zur Produktsicherheit erreichen Sie uns
über gpsr@clv.de oder auf dem Postweg.

Der Verlag behält sich die Verwertung der urheberrechtlich geschützten Inhalte dieses
Werkes für Zwecke des Text- und Data-Minings nach § 44 b UrhG ausdrücklich vor.
Jegliche unbefugte Nutzung ist hiermit ausgeschlossen.

Umschlag: Ertelier (Ljubow Ertel, Bulgarien)
Satz: Ertelier (Ljubow Ertel, Bulgarien)
Druck und Bindung: Finidr

Artikel-Nr. 256732
ISBN 978-3-86699-732-5



Inhalt

1 Der Unterschied beginnt im Kopf	7
Dr. med. Matthias Klaus	
Wie groß ist der Unterschied?	8
Neuroanatomische Unterschiede	8
Emotionales Verarbeiten	9
Stressreaktion	10
Sprachbegabung	11
Räumlich-mathematisches Verständnis	13
Alles bloß anezogen? Die drei Pubertäts-Phasen	14
Komplementär – füreinander geschaffen	15
Empathie-Fähigkeit vs. Systematisierung	16
Generalist vs. Spezialist	18
Komplementär geschaffen	19
Attackierte Rollenbilder	19
Fazit	21
2 Gibt es ein drittes Geschlecht?	25
Jonas Janik Ralf Koberschinski	
Aktuelle Gesetzgebung	26
Geschlechtsentwicklung	27
Ausprägung des genetischen Geschlechts	28
Ausprägung des hormonellen Geschlechts	29
Störungen der Geschlechtsentwicklung	30
Störungen der Geschlechtschromosomen	31
Störungen der Geschlechtshormone	33
Verwirrung über die Geschlechtsstörungen	35
Häufigkeit der Intersexualität	37
Fazit	39
Abbildungen	42

3 Wenn Körper und Gefühle nicht zusammenpassen 49

Johanna Bleckmann

Ursachen und Folgen aktueller Trans-Behandlung	49
Was ist eine Geschlechtsdysphorie?	50
Die Problematik der Geschlechtsdysphorie	50
Die Ursachen der Geschlechtsdysphorie bei Kindern und Jugendlichen	51
Die soziale Transition	54
Die medizinische Transition	57
Die Folgen der Transbehandlung	57
Was können wir Transgender-Personen sagen? Wie können wir ihnen helfen?	61
Habe ich als Christ eine Verantwortung für Transgender-Personen?	62

4 Und Gott schuf sie als Mann und Frau 69

Dr. med. Matthias Klaus

Kinder stärken	71
Die wahre Ursache behandeln	73
Anhang	76

Vorwort

In den letzten fünfzehn Jahren hat die Anzahl der Menschen, die ihr natürliches Geschlecht ablehnen, um den Faktor 25 zugenommen¹ – Tendenz steigend. Ihnen wird das Lebensglück in sogenannter geschlechtsangleichender Therapie mittels Medikamenten und Operationen versprochen – doch dieses Heilsversprechen entpuppt sich nur zu oft als Lüge. Die wachsende Gruppe der sogenannten *De-transitioner*, also der Personen, die im Nachhinein die Transbehandlung bereuen, ist ein starker Beweis dafür.

Wie können die heranwachsenden Kinder und Jugendlichen vor den unumkehrbaren Folgen der Transbehandlung bewahrt werden? Die folgenden Kapitel entfalten eine medizinische und theologische Analyse der Genderideologie und bieten handfeste Argumente für die Tatsache, die schon im ersten Kapitel der Bibel festgehalten wird: »Und Gott schuf den Menschen in seinem Bild, im Bild Gottes schuf er ihn; Mann und Frau schuf er sie. Und Gott sah alles, was er gemacht hatte, und siehe, es war sehr gut« (1. Mose 1,27.31).

Bestätigt eine medizinische Analyse die biblische Schöpfungsordnung? In den folgenden Kapiteln werden aktuell diskutierte Themen aufgegriffen. Wie verhält es sich mit Intersexualität? Sind Kinder, die ohne eindeutige Geschlechtszuordnung geboren werden, nicht ein Beweis für die Gendertheorie (Kapitel 2)? Resultieren die zahlreichen psychiatrischen Erkrankungen der Personen mit Geschlechtsdysphorie nicht daraus, dass sie zuvor von der Familie und dem gesellschaftlichen Umfeld abgelehnt wurden (Kapitel 3)?

¹ Vgl. <https://www.imabe.org/bioethik-aktuell/archiv/einzelsicht/studie-alarmierender-anstieg-von-transgenderwunschen-bei-jugendlichen> (abgerufen am 21.08.2024).

Lassen sich über den »kleinen biologischen Unterschied« hinaus noch weitere Unterschiede zwischen dem männlichen und weiblichen Geschlecht ausmachen (Kapitel 1)?

Letztlich bieten allein biblische Leitplanken wahre Orientierung und echte Hilfe.

Gottes Segen bei der Lektüre wünscht

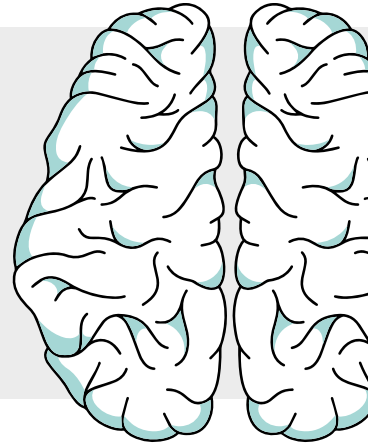
Matthias Klaus

im Dezember 2024

1 Der Unterschied beginnt im Kopf

DR. MED. MATTHIAS KLAUS

Dr. med. Matthias Klaus ist verheiratet und Vater von drei Kindern. Er ist Facharzt für Neurologie und hat ein Diploma of Advanced Studies im Bereich der Medizinethik erworben. Er ist außerdem Vorstandsvorsitzender von Christen im Dienst an Kranken e. V.



In der schrillen Diskussion um die Unterschiedlichkeit von Männern und Frauen ist häufig von dem lediglich »kleinen biologischen Unterschied« die Rede, womit die primären Geschlechtsmerkmale gemeint sind. Ein genauer Blick in den menschlichen Körper jedoch widerlegt diese Behauptung. Die Biologie geht weit über diesen »kleinen Unterscheid« hinaus: *Alle* Körperzellen eines Mannes sind mit XY (männlich) markiert, *alle* weiblichen dagegen mit XX (weiblich), auch wenn dies nicht direkt sichtbar ist.² Auch viele weitere Organe und Prozesse unterscheiden sich, wie etwa das Hormonsystem. Interessant ist, dass selbst in der Hirnstruktur Unterschiede zu erkennen sind.

² Dies führt nicht »nur« zu den unterschiedlichen Ausprägungen der Keimbahnen, sondern umfasst jeden Bereich des Körpers, beispielhaft sei hier das Immunsystem genannt, vgl. hierzu Diab-Elschahawi, M., & Presterl, E. (2013). Gibt es Geschlechterunterschiede bei Infektionen? *Krankenhaushygiene up2date*, 08(02), 101-113. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1344235>.

Wie groß ist der Unterschied?

In der Diskussion um die neurologischen Unterschiede von Männern und Frauen werden häufig Ausnahmen als Gegenbeweis zur Geschlechtsspezifität des Gehirns herangezogen. Die neurowissenschaftliche Untersuchung der unterschiedlichen Verdrahtung zielt jedoch – wie sonst auch

Der durchschnittliche Mann unterscheidet sich signifikant von der durchschnittlichen Frau.

in der wissenschaftlichen Vorgehensweise – auf eine *statistische Mittelung* von Männern und Frauen ab.³ Der *durchschnittliche* Mann unterscheidet sich also signifikant von der *durchschnittlichen* Frau – auch in neurowissenschaftlicher Hinsicht.⁴ Ausnahmen widerlegen diese Tatsache nicht, sondern sind vielmehr aus statistischer Sicht zu erwarten.

Neuroanatomische Unterschiede

Ein Bereich des Gehirns ist dabei in seinem anatomischen Aufbau schon früh als besonders geschlechtstypisch aufgefallen: der Hypothalamus. Diese kleine Hirnregion unterscheidet sich bei Männern und Frauen besonders stark. Makroanatomisch wird der Unterschied anhand eines bestimmten Kerns (Ansammlung von Hirnzellkörpern) innerhalb des Hypothalamus sichtbar: Es handelt sich dabei um den geschlechtsdimorphen Kern (SDN).⁵ Frauen haben weniger Nervenzellen sowie ein geringeres Volumen pro Zelle innerhalb dieses Kerns, Männer dagegen haben sowohl mehr Zellen als auch

3 Dabei werden durch Bildung gleicher Vergleichspaare möglichst viele weitere Bias (Fehlerquellen) wie Alter, Erkrankungen, IQ etc. minimiert.

4 Vgl. u.a. Nostro, A. D., Müller, V. I., Reid, A. T., & Eickhoff, S. B. (2016). Correlations Between Personality and Brain Structure: A Crucial Role of Gender. *Cerebral Cortex*, 27(7), 3698-3712. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhw191>.

5 SDN-POA: »sexually dimorphic nucleus of the preoptic area«.

ein größeres Volumen pro Zelle in diesem Kerngebiet.⁶ Das Volumen des SDN ist bei Männern ungefähr doppelt so groß.

Der Hypothalamus reguliert eine Vielzahl von Körperfunktionen, dazu gehören unter anderem die Regulation von Tag- und Nachtrhythmus, das Hunger- und Durstgefühl, die Blutdruckregulation, die sexuelle Erregung und vieles mehr.⁷ In allen diesen Bereichen kann man zwischen Männern und Frauen signifikante Unterschiede feststellen. Diese Unterschiede erklären, warum Frauen häufiger an Schlafstörungen leiden, warum Männer häufiger Bluthochdruck haben und warum im Durchschnitt eher Männer zu Alkoholikern werden.

Emotionales Verarbeiten

Nicht nur die Neuroanatomie unterscheidet sich. Auch die Funktionsweisen bestimmter Hirnareale heben sich voneinander ab. Ein eindrückliches Beispiel hierfür ist das sogenannte Furchtzentrum – die paarig angelegte *Amygdala*. So verfügen Männer über ein größeres relatives Volumen der *Amygdala*, während Frauen ein größeres relatives Volumen in paralimbischen Kortextbereichen, ebenfalls für die Verarbeitung der Emotionen, aufweisen.⁸ Die unterschiedlichen Volumina repräsentieren eine verschiedenartige Verdrahtung der emotionalen Schleifen. Erinnert sich beispielsweise eine Frau an zurückliegende emotionale Inhalte (z. B. an einen Streit), so wird nach vorgeschalteten Stationen schließlich verstärkt die *linke Amygdala*

6 Vgl. Swaab, D. F., & Hofman, M. A. (1995). Sexual differentiation of the human hypothalamus in relation to gender and sexual orientation. *Trends in Neurosciences*, 18(6), 264-270. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0166-2236\(95\)80007-0](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0166-2236(95)80007-0).

7 Vgl. McEwen, B. S., & Milner, T. A. (2017). Understanding the broad influence of sex hormones and sex differences in the brain. *Journal of Neuroscience Research*, 95(1-2), 24-39. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jnr.23809>.

8 Vgl. Spreng, M. (2015). Adam und Eva – Die unüberbrückbaren neurophysiologischen Unterschiede. In A. Späth (Hrsg.), *Vergewaltigung der menschlichen Identität: Über die Irrtümer der Gender-Ideologie* (7. Aufl.). Logos Editions. S. 42.

aktiviert, welche genaue Details aus dem Gedächtnis abrufen. Mit anderen Worten: Frauen können häufig sehr genaue Details eines emotional gefärbten Gedächtnisinhalts wiedergeben. Bei Männern dagegen wird vor allem die *rechte* Amygdala aktiviert, was dazu führt, dass nur die Hauptmerkmale eines emotionalen Ereignisses abgerufen werden, nicht jedoch genaue Details.⁹

Frauen und Männer verarbeiten Emotionen auf unterschiedliche Weise.

Dieses Beispiel an geschlechtsspezifischem emotionalem Erleben und Verarbeiten ist beispielhaft für den Umgang mit Emotionen insgesamt. Frauen und Männer verarbeiten sie auf unterschiedliche Weise. So leiden Frauen deutlich häufiger unter Depressionen oder Phobien. Männer dagegen haben häufiger Schizophrenie.

Stressreaktion

Männer und Frauen reagieren neuropathophysiologisch völlig gegensätzlich auf anhaltenden körperlichen oder psychischen Stress. Während der Mann Nervenzellen im Hippocampus (einer Hirnregion, die für Emotionen und Gedächtnisverarbeitung wichtig ist) abbaut, ändert sich die Anzahl und Verbindung der Nervenzellen bei den Frauen kaum.¹⁰ Zugleich bewirkt Stress bei Frauen nicht nur einen Anstieg von Cortisol, sondern auch von Östrogen. Dies scheint zu einer Reduktion des Botenstoffs Serotonin zu führen¹¹ und depressive Symptome zu fördern.

9 Vgl. Lautenbacher, S., Güntürkün, O., & Hausmann, M. (Hrsg.). (2007). *Gehirn und Geschlecht: Neurowissenschaft des kleinen Unterschieds zwischen Frau und Mann* (1 ed.). Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-540-71628-0>. S. 95.

10 Vgl. Marrocco, J., & McEwen, B. S. (2016). Sex in the brain: hormones and sex differences. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 18(4), 373-383. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2016.18.4/jmarrocco>.

11 Vgl. Bethea, C. L., Gundlah, C., & Mirkes, S. J. (2000). Ovarian Steroid Action in the Serotonin Neural System of Macaques. In D. J. Chadwick & J. A. Goode (Hrsg.), *Neuronal and Cognitive Effects of Oestrogens* (1. Aufl., S. 112-133). <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/0470870818.ch9>.

Männer hingegen neigen unter anhaltendem Stress zu vermehrten risikoreichen Verhaltensweisen.¹² Außerdem reagieren Männer auf Stress öfter mit somatischen Beschwerden wie Übergewicht, hohem Blutdruck, erhöhten Cholesterinwerten und dadurch begünstigten Herz- und Kreislaufkrankungen, insbesondere Herzinfarkten und Schlaganfällen.

Sprachbegabung

Erleiden Frauen einen Schlaganfall in einem Bereich, der Sprache verarbeitet, so sind die Defizite weniger stark ausgeprägt als bei Männern mit einem vergleichbaren Schlaganfall. Zudem erholen sie sich rascher als Männer mit einem vergleichbaren Schlaganfall. Dies hängt mit einer besonderen Verschaltung des weiblichen Gehirns zusammen: Es verfügt sowohl über insgesamt mehr Neuronen (Nervenzellen) als auch über eine stärkere Verdrahtung der beiden Hirnhälften, als es beim männlichen Gehirn der Fall ist.¹³ Außerdem sind ihre Sprachzentren, anders als beim Mann, auf beiden Hirnhälften lokalisiert.¹⁴

Bereits bei Säuglingen fällt das sprachbegabte Gehirn auf. Neugeborene Mädchen reagieren rascher und intensiver auf Stimmen als gleichaltrige Jungen, sie bevorzugen mehr als die Jungen die Mutterstimme gegenüber allen anderen und »erinnern« sich besser an Klänge, Melodien und Geräusche, die sie bereits vorgeburtlich gehört

12 Vgl. Barel, E., Shahrabani, S., & Tzischinsky, O. (2017). Sex Hormone/Cortisol Ratios Differentially Modulate Risk-Taking in Men and Women. *Evolutionary Psychology*, 15(1). <https://doi.org/10.1177/1474704917697333>.

13 Vgl. Hirnstein, M., Hugdahl, K., & Hausmann, M. (2019). Cognitive sex differences and hemispheric asymmetry: A critical review of 40 years of research. *Laterality*, 24(2), 204-252. <https://doi.org/10.1080/1357650X.2018.1497044>.

14 Vgl. Shaywitz, B. A., Shaywitz, S. E., Pugh, K. R., Constable, R. T., Skudlarski, P., Fulbright, R. K., Bronen, R. A., Fletcher, J. M., Shankweiler, D. P., Katz, L., & Gore, J. C. (1995). Sex differences in the functional organization of the brain for language. *Nature*, 373, 607-609. <https://doi.org/10.1038/373607a0>.

haben.¹⁵ Sie fangen im Durchschnitt einen Monat früher an zu sprechen und verfügen im Kleinkindalter über einen zwei- bis dreimal so großen Wortschatz wie die Jungen. Auch der Redeanteil ist deutlich erhöht.

Entscheidend für die *Sprachentwicklung* ist die Mutter-Kind-Interaktion in den ersten Lebensjahren. Kommt es zum Beispiel durch eine fehlende feste Bezugsperson (in der Regel die Mutter) oder andere Stressfaktoren zu Störungen in dieser sensiblen Phase, so sind es aufgrund der oben genannten Hirnverschaltungen meistens die Jungen, die zuerst und ausgeprägtere Defizite in der Sprachentwicklung erkennen lassen. Nicht zuletzt das Masken-Tragen von Erwachsenen in der Corona-Zeit hat zu einer massiven Verlangsamung und Behinderung des Spracherwerbs beigetragen – allen voran bei Jungen.¹⁶

Auch im Erwachsenenalter dominieren die Frauen im Bereich der Sprache. Die Frau hat durch ihre besondere Hirnstruktur im Durchschnitt eine höhere sprachliche Begabung. Im Alltag zeigt sich dies daran, dass sie – wie vielen bekannt – eine höhere Anzahl an Worten pro Tag in einer außerdem noch schnelleren Geschwindigkeit spricht. Sie ist in ihrer verbalen Gewandtheit (Wortflüssigkeit) sowie ihrem verbalen Gedächtnis dem Mann im Durchschnitt überlegen. Betrachtet man das weibliche Gehirn, wird erkennbar, woran dies liegt: Ihre Sprachzentren sind, anders als

Die Frau hat durch ihre besondere Hirnstruktur im Durchschnitt eine höhere sprachliche Begabung.

15 Vgl. Spreng, M., & Seubert, H. (2015). *Vergewaltigung der menschlichen Identität: Über die Irrtümer der Gender-Ideologie* (A. Späth, Hrsg. 7. Aufl.). Logos Editions. S. 62.

16 Vgl. *Education recovery in early years providers: spring 2022*. (2022). <https://www.gov.uk/government/publications/education-recovery-in-early-years-providers-spring-2022/education-recovery-in-early-years-providers-spring-2022> (abgerufen am 06.06.2024).

beim Mann, auf beiden Hirnhälften lokalisiert¹⁷, welche zudem auch noch stärker miteinander verbunden sind, da eine höhere Anzahl an Nervenverbindungen zwischen den Hirnhälften besteht.

Für den *Spracherwerb* ist eine intensive emotionale und zeitliche Zuwendung zum Säugling sowie Kleinkind nötig. In Studien konnte gezeigt werden, dass Kleinkinder, die viel Zuwendung und Liebe seitens der Mutter erfahren, über ein schnelleres Hirnwachstum der bedeutsamen Hirnregion des Hippocampus verfügen.¹⁸ Die Kleinkindbeziehung ist dyadenspezifisch – also auf ein oder zwei bleibende Bezugspersonen angewiesen. Entfällt hier die kontinuierliche, liebevolle Zuwendung, kann dies insbesondere bei Jungen Sprach- und Sprechprobleme nach sich ziehen.

Räumlich-mathematisches Verständnis

In räumlich-mathematischen Aufgaben ist der Mann in der Regel der Frau überlegen. Dies betrifft die räumliche Wahrnehmung, die räumliche Visualisierung, die Rotation von Gegenständen in Gedanken¹⁹ sowie die höhere Mathematik. Vermutlich liegt es daran, dass das männliche Gehirn eine andere Art hat, die Nervenzellen miteinander zu verbinden. Zum einen hat der Mann – obzwar weniger Nervenzellen – doch mehr Verbindungen zwischen den einzelnen Nervenzellen. Zum anderen sind diese Verbindungen (Synapsen) stärker regional und innerhalb einer Hirnhälfte anzutreffen als bei der Frau.

17 Vgl. Shaywitz, B. A., Shaywitz, S. E., Pugh, K. R., Constable, R. T., Skudlarski, P., Fulbright, R. K., Bronen, R. A., Fletcher, J. M., Shankweiler, D. P., Katz, L., & Gore, J. C. (1995). Sex differences in the functional organization of the brain for language. *Nature*, 373, 607-609. <https://doi.org/10.1038/373607a0>.

18 Luby, J. L., Barch, D. M., Belden, A., Gaffrey, M. S., Tillman, R., Babb, C., Nishino, T., Suzuki, H., & Botteron, K. N. (2012). Maternal support in early childhood predicts larger hippocampal volumes at school age. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(8), 2854-2859. <https://doi.org/doi:10.1073/pnas.1118003109>.

19 Siehe u.a. Hodgetts, S., & Hausmann, M. (2023). Sex/Gender Differences in Brain Lateralisation and Connectivity. In C. Gibson & L. A. M. Galea (Hrsg.), *Sex Differences in Brain Function and Dysfunction* (1. Aufl., S. 71-99). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/7854_2022_303.

Alles bloß anerzogen? Die drei Pubertäts-Phasen

Sind die beschriebenen Unterschiede am Ende nicht doch Ausdruck der geschlechtsspezifischen Erziehung seitens der Eltern? Das Gehirn kann sich bekanntlich anpassen und könnte also auch mit

einer veränderten Gehirnstruktur auf typisch

Embryos haben männliche und typisch weibliche Erziehung
bereits ein typisch reagieren, oder?

ausgeprägtes Wer einen Blick in die Entwicklung eines
männliches oder typisch Embryos wirft, wird feststellen, dass dieser
weibliches Gehirn. bereits ein typisch männliches oder typisch
weibliches Gehirn ausprägt. Bereits in der

Embryonalentwicklung werden geschlechtsspezifische Hormone – angetrieben von der DNA – tätig. Sie bewirken im Jungen – in zwei Schüben – eine typisch männliche Ausprägung: In der 10.–24. Schwangerschaftswoche sowie ungefähr ab der Mitte der Schwangerschaft bis zum sechsten Lebensmonat. In diesen Phasen kommt es zu einem stark erhöhten Testosteronspiegel (z. T. 15-fache Testosteronkonzentration im Blut im Vergleich zu gleichaltrigen Mädchen).²⁰

Diese Peaks führen dazu, dass – neben vielen anderen Strukturen – auch das Gehirn sich in einer geschlechtsspezifisch männlichen Art formt. Bei den Mädchen führt die *Abwesenheit* des hohen

20 Vgl. Lautenbacher, S., Güntürkün, O., & Hausmann, M. (Hrsg.). (2007). *Gehirn und Geschlecht: Neurowissenschaft des kleinen Unterschieds zwischen Frau und Mann* (1 ed.). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-540-71628-0_S_5; 35f.; 56. Vgl. außerdem: Christine Knickmeyer, R., & Baron-Cohen, S. (2006). Fetal testosterone and sex differences. *Early Human Development*, 82(12), 755-760. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2006.09.014>, Hirnstein, M., Hugdahl, K., & Hausmann, M. (2019). Cognitive sex differences and hemispheric asymmetry: A critical review of 40 years of research. *Laterality*, 24(2), 204-252. <https://doi.org/10.1080/1357650X.2018.1497044>, Lombardo, M. V., Ashwin, E., Auyeung, B., Chakrabarti, B., Taylor, K., Hackett, G., Bullmore, E. T., & Baron-Cohen, S. (2012). Fetal Testosterone Influences Sexually Dimorphic Gray Matter in the Human Brain. *The Journal of Neuroscience*, 32(2), 674. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.4389-11.2012>.

Testosteronspiegels in diesen sensiblen Entwicklungsphasen dazu, dass sich ihr Gehirn klassisch weiblich entwickelt. Wichtig hierbei ist, dass noch keinerlei Erziehung in diese Prozesse hineingewirkt hat und allein diese Gehirnentwicklung bereits große Auswirkung hat.

Mit anderen Worten: Jungen spielen *bevorzugt* mit Autos und Mädchen mit Puppen, weil ihr Gehirn so verschaltet wurde, und nicht etwa, weil ihre Eltern ihnen diese Spielzeuge aufdrängen oder bevorzugt anbieten. Das Gehirn von Mädchen hat ausgeprägtere Areale für Gesichtserkennung (*Gyrus fusiformis*), was zu einer Vorliebe von Spielzeugen mit Gesichtern führt – auch Puppen genannt. Das Gehirn von Jungen ist von einer Vereinseitigung (Lateralisierung) der Gehirnhälften gekennzeichnet, welche dazu führt, dass räumlich-visuelle Fähigkeiten stärker ausgeprägt sind. Dies führt dazu, dass bewegte Gegenstände, wie zum Beispiel Spielautos, ihre Aufmerksamkeit rasch auf sich ziehen.

Die dritte »klassische« Pubertätsphase schließlich, die in den Lebensjahren von neun bis vierzehn Jahren verortet wird, geht mit großen Veränderungen des Gehirns (v. a. des Präfrontalhirns) einher, welche für Entscheidungen, Begründungen, Planung, Impulskontrolle, Verständnis von Langzeitentscheidungen und vielem mehr zu tun hat.²¹

Komplementär – füreinander geschaffen

Gott schuf den Menschen als »Mann und Frau« (1. Mose 1,27). Gott weist im Anschluss daran dem jeweiligen Geschlecht ganz spezifi-

21 Vgl. dazu die ausgewiesene Expertin für Phänomene von Transsexualität bei Jugendlichen Dr. C. Vonholdt: Vonholdt, C. R. (2022). *Transgender Issues in Children and Adolescents*. Bindung und Identität. <https://www.christl-r-vonholdt.de/english/transgender-issues-in-children-and-adolescents/#more-505> (abgerufen am 26. 09. 2022).

sche und unterschiedliche Aufgaben zu. Vom ersten Moment an ist klar: Adam und Eva sind *gleichwertig*, beide im Ebenbild Gottes geschaffen, auch wenn sie nicht *gleichartig* sind. Die Aufgaben- und Rollenzuordnung nimmt Gott passgenau vor. So beruft Gott Männer

**Adam und Eva sind
gleichwertig, beide im
Ebenbild Gottes
geschaffen, auch wenn
sie nicht gleichartig sind.**

dazu, Verantwortungspositionen in der Gemeinde, Ehe und Familie einzunehmen und in liebender, besonnener und sanftmütiger Weise zu leiten und voranzugehen (z. B. Epheser 5,25ff; 1. Petrus 3,7). Die Frau ist im Gegenüber zum Mann als Hilfe geschaffen und dazu aufgefordert, sich seiner Leitung in fröhlich

bejahender und respektvoller Weise unterzuordnen (z. B. Epheser 5,24.33; 1. Petrus 3,1-2).²² Das Rollenverhältnis von Mann und Frau wird dabei als liebend, einander zugewandt, herzlich und fürsorglich beschrieben. Wenn einem Ehepaar Kinder geschenkt werden, ist primär die Frau mit der wertvollen Aufgabe betraut, diese liebevoll zu versorgen (Titus 2,3-5; 1. Timotheus 5,10).

Es dürfte nicht verwundern, dass Gott als der Designer des Rollenkonzepts von Mann und Frau auch die Gehirne beider Geschlechter entsprechend ihrer ihnen zugedachten Aufgaben konzipiert hat. Dem Geheimnis der unterschiedlichen Verdrahtung zur Ausübung des jeweiligen Rollenbildes wollen wir uns im Folgenden nähern.

Empathie-Fähigkeit vs. Systematisierung

Die Frau fällt neben der Sprachkompetenz auch durch ihre besondere Empathie-Fähigkeit auf. Frauen können sich besser und umfassender

22 Für eine ausführliche exegetische Analyse s. Strauch, A. (2021). *Gleichwertig, aber nicht gleichartig – Eine Einführung in das komplementäre Verständnis der Geschlechter* (1. Aufl.). EBTC. Und: Piper, J., & Grudem, W. (Hrsg.). (2023). *Zweimal einmalig – Die Rolle von Mann und Frau in der Bibel* (2 ed.). 3L Verlag. Insb. S. 37-72 und 417-432.

in andere hineinversetzen sowie einfühlsamer auf die Gefühle des anderen – insbesondere der eigenen Kinder – eingehen. Von Geburt an zeigt sich dies bei Mädchen durch längeren Augenkontakt zu ihren Müttern und die generelle Fokussierung auf Gesichter. Frauen reagieren stärker auf traurige Gesichter oder sympathische Stimmen. Die emotionalen Schleifen sind bei der Frau in einer anderen Art verschaltet, sodass neben dem Gefühlsleben auch die Fähigkeit, sich »in die Schuhe des anderen zu stellen« und damit in den anderen hineinzuversetzen, stärker ausgeprägt ist.²³ Diese neurophysiologische Gegebenheit befähigt Frauen in ihrer Rolle als Mutter, um innerhalb der Erziehung einfühlsam, geduldig und dem Kind liebevoll zugewandt zu sein. Darüber hinaus befähigt es die Frau dazu, die in ihr angelegte Fürsorge für andere Menschen, wie sie in der Bibel beispielsweise in Sprüche 31 beschrieben ist, auszuleben. Sie ist dadurch besonders dazu in der Lage, ein einfühlsames Gespräch beim Krankenbesuch zu führen (vgl. Sprüche 31,20) oder eine dem Besuch zugewandte und gesprächige Gastgeberin zu sein, die neben der kulinarischen Versorgung auch das geistige Wohl ihres Gegenübers im Blick hat. Ihre Empathie-Fähigkeit rüstet sie also dazu aus, ihre von Gott gegebenen Aufgaben optimal erfüllen und ausleben zu können.

Männer hingegen neigen zu einer Systematisierung, also einer Betrachtung des großen Ganzen und weniger der praktischen und emotionalen Details. Neurophysiologisch betrachtet sind die Denkprozesse stärker auf eine Gehirnhälfte fokussiert. Dies hat häufig zur Folge, dass der Mann in größeren Kategorien denkt, Zusammenhänge besser systematisch zu Oberthemen zuordnen kann und bei inten-

23 Vgl. eine aktuelle Arbeit zum neuronalen Netzwerk der anterioren Inselregion: Wu, X., Lu, X., Zhang, H., Bi, Y., Gu, R., Kong, Y., & Hu, L. (2022). Sex difference in trait empathy is encoded in the human anterior insula. *Cerebral Cortex*, 33(9), 5055-5065. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhac398>.

siven Gefühlserebnissen (wie z. B. einem Streit) statt der genauen Details lediglich das Gesamtbild, wie den Gegenstand des Konflikts, abspeichert. Er ist so besonders dazu in der Lage, sich auf ein einzelnes Ziel zu konzentrieren und komplexe Probleme zu durchdenken und zu lösen.

Generalist vs. Spezialist

Die Rolle des Mannes besteht nach biblischem Verständnis darin, die Verantwortung in der Familie und in der Gemeinde zu übernehmen und für die Familie u. a. auch finanziell zu sorgen. Hierfür ist es hilfreich, dass er für den jeweiligen Beruf spezialisierte mentale und handwerkliche Fähigkeiten erwirbt. Im Durchschnitt ist das männliche Gehirn entsprechend stärker lateralisiert (vereinseitigt). Schon früh beginnt das Gehirn bei Jungen, sich zu »spezialisieren«, sie haben daher ein Interesse an Spielzeugen, die eine mechanisch sinnvolle Funktion erfüllen. Bei Störungen der Gehirnentwicklung sind Jungen aufgrund der recht frühen Spezialisierung häufiger von Fehlentwicklungen wie Autismus oder Sprachstörungen betroffen. Männer sind besonders gut dazu in der Lage, Gegenstände wie zum Beispiel einen Würfel in Gedanken zu drehen (mentale Rotation) und höhere mathematische Aufgaben zu meistern (während Frauen im einfacheren Kopfrechnen überlegen sind). Der Mann verfügt über eine stärkere räumliche Vorstellungsgabe, kann zumeist besser navigieren und zielgerichtet werfen.

Im Gegensatz dazu haben Frauen eine raschere Wahrnehmungsgeschwindigkeit und sind dadurch bspw. schneller dazu in der Lage, Veränderungen in Lage und Anzahl von Objekten zu erkennen. (Es ergibt folglich durchaus Sinn, wenn Kinder, die ein gewisses Spiel-

zeug suchen, intuitiv ihre Mutter – und nicht den Vater – danach fragen, wo sich dieses befinden könnte.) Frauen sind besser dazu in der Lage, ein breites Spektrum an Tätigkeiten zu erlernen und auszuführen, sind also Generalisten. Diese Hirnverschaltung befähigt sie dazu, in ihrer anspruchsvollen Tätigkeit als Mutter, Familien-Managerin, Mediatorin, Facilitybeauftragte, Lehrerin, Köchin und Erzieherin vielseitig, rasch und kompetent zu agieren.

Komplementär geschaffen

Wenn wir die neurophysiologischen Unterschiede zusammenfassen, zeichnet sich ein geniales Bild des Schöpfers, der Mann und Frau füreinander und genau deshalb sehr unterschiedlich gemacht hat. So ergänzen die Detailwahrnehmung und rasche Signalverarbeitung der Frau die systematische Denkfähigkeit des Mannes. Die multitalentierte Mutter verstärkt das zielgerichtete und spezialisierte Denken und Handeln des Vaters. Und nicht zuletzt fungiert die Frau mit ihrem hohen Maß an Empathie und Intuition als Ratgeberin und ergänzende Hilfe gegenüber dem zur Systematisierung und Versachlichung neigenden Mann.

Die multitalentierte Mutter verstärkt das zielgerichtete und spezialisierte Denken und Handeln des Vaters.

Attackierte Rollenbilder

Das komplementäre Konzept von Mann und Frau ist seit dem Sündenfall stark unter Beschuss geraten. Statt die Unterschiede wertzuschätzen, können sie zu Missverständnissen und Auseinandersetzungen führen. Sie werden häufig negiert und innerhalb eines (u. a. politisch) erzwungenen Gleichheitswahns bekämpft. Die Bejahung

der jeweiligen Rolle wird attackiert, Männer sollen einfühlsamer und mit mehr »Care-Arbeit« betraut werden, Frauen die Karriereleiter erklimmen. Sowohl der Mann als auch die Frau streben von sich aus danach, ihren eigenen Willen durchzusetzen, statt Gottes Konzept und Rollenvorstellung von Mann und Frau zu folgen.

Deshalb benötigt eine Ehe die Bereitschaft, den anderen in seiner Andersartigkeit zu verstehen und anzunehmen (vgl. Römer 15,7). Auch dort, wo das Gehirn vom oben beschriebenen Durchschnitt abweicht, ist die befreiende Nachricht umso wichtiger: Wir – unsere Persönlichkeiten – sind nicht identisch und gleichzusetzen mit unserem Gehirn. Wo wir falsche Charaktereigenschaften und Ver-

haltensweisen praktizieren, will Gott echte Veränderungen schenken; unser Gehirn ist prägbar (neuroplastisch). Damit bleibt am Ende die entscheidende Frage: Was möchte Gott von mir als Mann oder als Frau? Wie kann ich ihm in meiner jeweiligen Aufgabe dienen und ihn verherrlichen?

**Wo wir falsche
Charaktereigenschaften
und Verhaltensweisen
praktizieren, will Gott
echte Veränderungen
schenken.**

Fazit

Gott schuf den Menschen als Mann und als Frau (vgl. 1.Mose 1,27) – geschlechtsspezifisch mit besonderen Begabungen und Stärken. Diese erleichtern es uns häufig, die Rolle auszufüllen, die der Schöpfer in der Bibel jeweils spezifisch Männern und spezifisch Frauen zuweist (vgl. u. a. Titus 2). Gleichzeitig fordern uns seit dem Sündenfall diese charakterlichen Prädispositionen und Schwächen oftmals auch heraus. Ein Trost: Die unterschiedliche Verdrahtung unterliegt, auch dafür hat der Schöpfer gesorgt, nicht einer unabänderlichen Festlegung für bestimmte Verhaltensweisen. Im Gegenteil: Unser Gehirn ist plastisch und anpassungsfähig. Wir dürfen es von demjenigen prägen und umformen lassen, der uns designt hat und daher wirklich weiß, welche Ziele sich mit diesem Wunderwerk umsetzen lassen, damit ER geehrt wird!

Literaturverzeichnis

Barel, E., Shahrabani, S., & Tzischinsky, O. (2017). Sex Hormone/Cortisol Ratios Differentially Modulate Risk-Taking in Men and Women. *Evolutionary Psychology*, 15(1). <https://doi.org/10.1177/1474704917697333>.

Bethea, C. L., Gundlah, C., & Mirkes, S. J. (2000). Ovarian Steroid Action in the Serotonin Neural System of Macaques. In D. J. Chadwick & J. A. Goode (Hrsg.), *Neuronal and Cognitive Effects of Oestrogens* (1. Aufl., S. 112-133). <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/0470870818.ch9>.

Christine Knickmeyer, R., & Baron-Cohen, S. (2006). Fetal testosterone and sex differences. *Early Human Development*, 82(12), 755-760. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2006.09.014>.

Diab-Elschahawi, M., & Presterl, E. (2013). Gibt es Geschlechterunterschiede bei Infektionen? *Krankenhausthygiene up2date*, 08(02), 101-113. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1344235>.

Education recovery in early years providers: spring 2022. (2022). <https://www.gov.uk/government/publications/education-recovery-in-early-years-providers-spring-2022/education-recovery-in-early-years-providers-spring-2022>.

Hirnstein, M., Hugdahl, K., & Hausmann, M. (2019). Cognitive sex differences and hemispheric asymmetry: A critical review of 40 years of research. *Laterality*, 24(2), 204-252. <https://doi.org/10.1080/1357650X.2018.1497044>.

Hodgetts, S., & Hausmann, M. (2023). Sex/Gender Differences in Brain Lateralisation and Connectivity. In C. Gibson & L. A. M. Galea (Hrsg.), *Sex Differences in Brain Function and Dysfunction* (1. Aufl., S. 71-99). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/7854_2022_303.

Lautenbacher, S., Güntürkün, O., & Hausmann, M. (Hrsg.). (2007). *Gehirn und Geschlecht: Neurowissenschaft des kleinen Unterschieds zwischen Frau und Mann* (1 ed.). Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-540-71628-0>.

Lombardo, M. V., Ashwin, E., Auyeung, B., Chakrabarti, B., Taylor, K., Hackett, G., Bullmore, E. T., & Baron-Cohen, S. (2012). Fetal Testosterone Influences Sexually Dimorphic Gray Matter in the Human Brain. *The Journal of Neuroscience*, 32(2), 674. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.4389-11.2012>.

Luby, J. L., Barch, D. M., Belden, A., Gaffrey, M. S., Tillman, R., Babb, C., Nishino, T., Suzuki, H., & Botteron, K. N. (2012). Maternal support in early childhood predicts larger hippocampal volumes at school age. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(8), 2854-2859. <https://doi.org/doi:10.1073/pnas.1118003109>.

Marrocco, J., & McEwen, B. S. (2016). Sex in the brain: hormones and sex differences. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 18(4), 373-383. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2016.18.4/jmarrocco>.

McEwen, B. S., & Milner, T. A. (2017). Understanding the broad influence of sex hormones and sex differences in the brain. *Journal of Neuroscience Research*, 95(1-2), 24-39. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jnr.23809>.

Nostro, A. D., Müller, V. I., Reid, A. T., & Eickhoff, S. B. (2016). Correlations Between Personality and Brain Structure: A Crucial Role of Gender. *Cerebral Cortex*, 27(7), 3698-3712. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhw191>.

Piper, J., & Grudem, W. (Hrsg.). (2023). *Zweimal einmalig – Die Rolle von Mann und Frau in der Bibel* (2 ed.). 3L Verlag.

Shaywitz, B. A., Shaywitz, S. E., Pugh, K. R., Constable, R. T., Skudlarski, P., Fulbright, R. K., Bronen, R. A., Fletcher, J. M., Shankweiler, D. P., Katz, L., & Gore, J. C. (1995). Sex differences in the functional organization of the brain for language. *Nature*, 373, 607-609. <https://doi.org/10.1038/373607a0>.

Spreng, M. (2015). Adam und Eva – Die unüberbrückbaren neurophysiologischen Unterschiede. In A. Späth (Hrsg.), *Vergewaltigung der menschlichen Identität: Über die Irrtümer der Gender-Ideologie* (7. Aufl.). Logos Editions.

Spreng, M., & Seubert, H. (2015). *Vergewaltigung der menschlichen Identität: Über die Irrtümer der Gender-Ideologie* (A. Späth, Hrsg. 7. Aufl.). Logos Editions.

Strauch, A. (2021). *Gleichwertig, aber nicht gleichartig – Eine Einführung in das komplementäre Verständnis der Geschlechter* (1. Aufl.). EBTC.

Swaab, D. F., & Hofman, M. A. (1995). Sexual differentiation of the human hypothalamus in relation to gender and sexual orientation. *Trends in Neurosciences*, 18(6), 264-270. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0166-2236\(95\)80007-O](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0166-2236(95)80007-O).

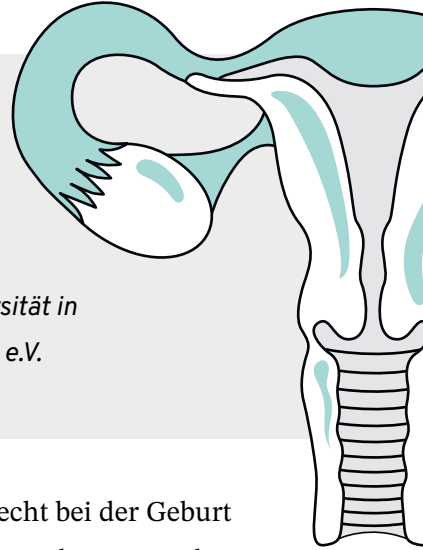
Vonholdt, C. R. (2022). *Transgender Issues in Children and Adolescents*. Bindung und Identität. <https://www.christl-r-vonholdt.de/english/transgender-issues-in-children-and-adolescents/#more-505>.

Wu, X., Lu, X., Zhang, H., Bi, Y., Gu, R., Kong, Y., & Hu, L. (2022). Sex difference in trait empathy is encoded in the human anterior insula. *Cerebral Cortex*, 33(9), 5055-5065. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhac398>.

2 Gibt es ein drittes Geschlecht?

JONAS JANIK RALF KOBERSCHINSKI

Jonas J. R. Koberschinski, wohnhaft in Rüdersdorf b. Berlin, ist verheiratet und hat ein Kind. Er studiert Humanmedizin an der Medizinischen Hochschule Brandenburg (MHB), Medizinethik an der Fernuniversität in Hagen und ist zusätzlich Vorstandsmitglied von CDK e.V.



In seltenen Fällen kommt es vor, dass das Geschlecht bei der Geburt nicht eindeutig benannt werden kann. Diese Ausnahmen werden meist als Argument gegen die These vorgebracht, dass es nur zwei Geschlechter gäbe. Ein genauer Blick in die komplexe Welt der Intersexualität zeigt jedoch, dass die meisten Fälle der Intersexualität zwar eine Krankheit der geschlechtlichen Entwicklung beinhalten, eine Einordnung des Geschlechts von Mann oder Frau hier jedoch eindeutig möglich ist (z. B. Klinefelter-Syndrom und Ullrich-Turner-Syndrom). In nur äußerst seltenen Fällen (ca. 20 Geburten pro Jahr in Deutschland) ist eine direkte Einordnung des Geschlechts bei der Geburt nicht möglich.

Aktuelle Gesetzgebung

Seit einigen Jahrzehnten ist das zweigeteilte Geschlechtsverständnis ständig Gegenstand der Debatte, weshalb sich in der deutschen Gesetzgebung einige Änderungen ergeben haben.²⁴ Wesentlich für diese Änderungen war unter anderem eine Stellungnahme des Deutschen Ethikrats zum Thema Intersexualität²⁵, die 2012 erschien und welche die Option eines dritten Geschlechts im Personenstandsregister sowie die Möglichkeit eines Offenlassens der Geschlechtskategorie empfahl. Letzteres wurde noch im selben Jahr in der Gesetzgebung berücksichtigt.²⁶ Dem Bundesverfassungsgericht erschien das alleinige Offenlassen jedoch als ungenügend, weshalb es die Erweiterung um eine dritte Geschlechtsoption forderte.²⁷ Im Jahr 2018 integrierte der Deutsche Bundestag daher eine dritte Option (»divers«) in das Personenstandsgesetz (PStG).²⁸

Nun ist es allerdings mit Inkrafttreten des »Gesetzes über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag (SBGG)« seit dem 1. November 2024 einmal jährlich möglich, die Eintragung seines Geschlechts oder des Vornamens per Selbsterklärung beim Standesamt ändern zu lassen.²⁹ Diese Entwicklungen in der Rechtsprechung sprechen deutlich für die öffentliche Wahrnehmung der Geschlechtlichkeit als flexibel und nicht allein zweigeteilt.

24 Deutscher Bundestag. (2016). *Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Monika Lazar, Volker Beck (Köln), Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 18/7140* – Berlin <https://dserver.bundestag.de/btd/18/073/1807310.pdf>.

25 Deutscher Ethikrat. (2012). *Intersexualität – Stellungnahme* (2. Aufl.). Deutscher Ethikrat. https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/DER_StnIntersex_Deu_Online.pdf.

26 Deutscher Bundestag. (2012). *Entwurf eines Gesetzes zur Änderung personenstandsrechtlicher Vorschriften (Personenstandsrechts-Änderungsgesetz – PStRÄndG) – Drucksache 17/10489* – Berlin <https://dserver.bundestag.de/btd/17/104/1710489.pdf>.

27 BVerfG. (2017). Beschluss des Ersten Senats vom 10. Oktober 2017 - 1 BvR 2019/16 -, Rn. 1-69. http://www.bverfg.de/e/rs20171010_1bvr201916.html.

28 Deutscher Bundestag. (2018). *Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der in das Geburtenregister einzutragenden Angaben – Drucksache 19/4669* – Berlin <https://dserver.bundestag.de/btd/19/046/1904669.pdf>.

29 Deutscher Bundestag. (2023). *Entwurf eines Gesetzes über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag und zur Änderung weiterer Vorschriften – Drucksache 20/9049* – Berlin <https://dserver.bundestag.de/btd/20/090/2009049.pdf>.

Interessanterweise fordern parallel zu diesen Geschlechtsrelativierungstendenzen viele Naturwissenschaftler international, dass die Geschlechtsunterschiede stärker in der Forschung berücksichtigt werden sollten.³⁰

Aber wer ist letztlich »divers«? Oder anders: Ist »divers« gleich »intersexuell«? Lassen sich »Intersexuelle« wirklich nicht dem männlichen oder weiblichen Geschlecht zuordnen? In dem Zusammenhang werden wir uns mit den Schwierigkeiten dieses Begriffs auseinanderzusetzen haben. Die zentrale Frage dieses Kapitels lautet aber: Ist die dritte Geschlechtsoption eine mit dem christlichen Menschenbild vereinbare Wahl?³¹

Geschlechtsentwicklung

Die Embryologie³² befasst sich mit der Kindesentwicklung ab dem Zeitpunkt der Befruchtung im Mutterleib. Von Anfang an ist der Keim (Zygote) Mensch, Gottes Gebilde.³³ Ein Teilziel seiner Entwicklung ist die Ausprägung des Geschlechts, welche wiederum in aufeinander folgenden Etappen durchlaufen wird (siehe Abbildung 1). Jeder Mensch verfügt (normalerweise) über 46 Chromosomen – die Träger unseres Genmaterials; die eine Hälfte vom Vater und die andere Hälfte von der Mutter. Dazu gehören die Geschlechtschro-

30 Beery, A. K., & Zucker, I. (2011). Sex bias in neuroscience and biomedical research. *Neurosci Biobehav Rev*, 35(3), 565-572. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.07.002>, Kindler-Röhrborn, A., & Pfeleiderer, B. (2012). Gendermedizin – Modewort oder Notwendigkeit? – Die Rolle des Geschlechts in der Medizin. *XX Die Zeitschrift für Frauen in der Medizin*, 1(03), 146-152. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1316277>, Tannenbaum, C., Ellis, R. P., Eyssele, F., Zou, J., & Schiebinger, L. (2019). Sex and gender analysis improves science and engineering. *Nature*, 575(7781), 137-146. <https://doi.org/10.1038/s41586-019-1657-6>.

31 Council on Biblical Manhood and Womanhood. (2017). *Nashville Statement*. <https://cbmw.org/nashville-statement> (abgerufen am 05.05.2024), Piper, J., & Grudem, W. (Hrsg.). (2023). *Zweimal einmalig – Die Rolle von Mann und Frau in der Bibel* (2 ed.). 3L Verlag.

32 Die folgenden Ausführungen können in einem Lehrbuch zur Embryologie nachvollzogen werden, zum Beispiel: Brand-Saberi, B., & Ulfig, N. (2023). Die Genitalorgane. In B. Brand-Saberi & N. Ulfig (Hrsg.), *Kurzlehrbuch Embryologie* (4. Aufl.). Georg Thieme Verlag KG. <https://doi.org/10.1055/b00000808>.

33 Klaus, M. (2019). *Risikogruppen schützen*. <https://cdkev.de/wp-content/uploads/2024/02/Risikogruppen-schuetzen.pdf> (abgerufen am 09.05.2024), Maio, G. (2017). Der Embryo als Mensch? In *Mittelpunkt Mensch* (2. Aufl., S. 302-306). Schattauer.

mosomen (X und Y), die diesen Namen führen, da sie entscheidend für die Geschlechtsausprägung sind. Ab der fünften Woche wird – bildhaft gesprochen – die Frage gestellt, in welche Richtung die Geschlechtsentwicklung gehen soll.

Ab der fünften Woche wird die Frage gestellt, in welche Richtung die Geschlechtsentwicklung gehen soll.

Ausprägung des genetischen Geschlechts

Die Antwort gibt das Geschlechtschromosomenpaar (weibliches XX oder männliches XY). Es ist also eine Frage, die schon mit der Befruchtung beantwortet wurde, da die geschlechtscharakteristische Chromosomenkonstellation schon mit der Befruchtung festgelegt ist. Dabei spielt ein bestimmtes Gen (das SRY³⁴-Gen) die entscheidende Rolle. Wenn dieses Gen vorliegt (wie beim XY-Chromosomenpaar), werden Prozesse in Gang gesetzt, die zu Ausbildung der männlichen Keimdrüsen und inneren Geschlechtsorgane führen. Andererseits werden die Anlagen zurückgebildet, die für die Ausbildung der weiblichen Keimdrüsen und inneren Geschlechtsorgane hätten genutzt werden können (vergleiche Abbildung 3). Jeder Embryo hat also Anlagen, die für die Entwicklung des männlichen oder des weiblichen Geschlechts notwendig sind (siehe Abbildung 2). In welche Richtung sich der Mensch entwickelt, »entscheidet« das Vorhandensein oder das Fehlen des Y-Chromosoms und des damit verbundenen SRY-Gens.³⁵ Fehlt das Y-Chromosom und damit das

34 »Sex determining region of Y«.

35 »The presence or absence of the Y chromosome determines whether a mammalian embryo develops as a male or female«, Page, D. C., Mosher, R., Simpson, E. M., Fisher, E. M., Mardon, G., Pollack, J., McGillivray, B., de la Chapelle, A., & Brown, L. G. (1987). The sex-determining region of the human Y chromosome encodes a finger protein. *Cell*, 51(6), 1091-1104. [https://doi.org/10.1016/0092-8674\(87\)90595-2](https://doi.org/10.1016/0092-8674(87)90595-2).

SRY-Gen, soll das Kind eine Frau werden³⁶; liegt es vor, soll es ein Mann werden. Das ist der erste Schritt, welcher zur Ausprägung des »inneren Geschlechts«³⁷ führt.

Ausprägung des hormonellen Geschlechts

In einem zweiten Schritt werden die nun vorliegenden Keimdrüsen aktiv und beginnen unter anderem mit der Produktion der bekannten Geschlechtshormone Testosteron und Östrogen. Während im ersten Schritt das Vorliegen oder Nicht-Vorliegen des SRY-Gens entscheidend war, ist im zweiten Schritt das Mengenverhältnis der beiden Hormone entscheidend. Denn auch die Frau produziert Testosteron, nur in wesentlich geringerem Maße als der Mann. Auch der Mann produziert geringe Mengen an Östrogen. Bei größeren Mengen des Testosterons bilden sich die äußeren, männlichen Geschlechtsmerkmale aus; überwiegt Östrogen, bilden sich die äußeren, weiblichen Geschlechtsmerkmale aus. Potentiell könnte es vor dem Auftreten dieses Hormonsignals auch wieder in beide Richtungen gehen. So folgt auf die Ausprägung des »inneren Geschlechts« im ersten Schritt die des »äußeren Geschlechts« im zweiten Schritt. Weiterhin haben die Sexualhormone Auswirkungen auf viele Bereiche des Körpers wie zum Beispiel die Psyche und das Verhalten, sodass sich die beiden Geschlechter in weit mehr unterscheiden als nur bezüglich der Geschlechtsmerkmale (siehe Kapitel 1).

Das Ergebnis dieses hier stark vereinfachten, hochkomplexen und fein regulierten Prozesses ist ein Mann oder eine Frau (vgl. Abbil-

36 »Die Aktivität des Y-chromosomalen Gens SRY (= Sex-determining Region on the Y) kontrolliert die Synthese des für die männliche Entwicklung notwendigen Testes determining Factor (TDF). In Abwesenheit des TDF entwickelt sich die Gonade zum Ovar«, Zerres, K. (2017). Störungen der Geschlechtsentwicklung. In J. D. Murken, T. Grimm, E. Holinski-Feder, & K. Zerres (Hrsg.), *Taschenlehrbuch Humangenetik* (9. Aufl.). Georg Thieme Verlag KG. <https://doi.org/10.1055/b-005-143305>.

37 Bei der Frau werden unter dem Begriff die Eierstöcke, Eileiter, Gebärmutter und Vagina zusammengefasst.

dung 3). Da bleibt einem nur miteinzustimmen in Davids Staunen von Psalm 139,14: »Ich preise dich dafür, dass ich auf eine erstaunliche, ausgezeichnete Weise gemacht bin. Wunderbar sind deine Werke, und meine Seele weiß es sehr wohl.« Im Normalfall stimmen

**»Ich preise dich dafür,
dass ich auf eine er-
staunliche, ausgezeich-
nete Weise gemacht bin.
Wunderbar sind deine
Werke, und meine Seele
weiß es sehr wohl.«**

die einzelnen Aspekte der Geschlechtsentwicklung in einer Person überein, sodass alle Aspekte (Geschlechtschromosomen XY oder XX, inneres und äußeres Geschlecht) entweder »männlich« oder »weiblich« sind (vgl. Abbildung 1). Nun kann es sein, dass an vielen Stellen innerhalb dieses Prozesses charakteristische, wissenschaftlich erfass- und beschreibbare Probleme auftreten, die dazu führen können, dass

das Ziel »Mann« oder »Frau« je nach (»ursprünglicher« bzw. chromosomaler) Richtungsanweisung nicht in der vorgesehenen Weise erreicht wird.

Folgende Aspekte sollten zusammenfassend und für den weiteren Verlauf im Hinterkopf behalten werden:

1. Die Anzahl der Geschlechtschromosomen (46).
2. Das SRY-Gen auf dem Y-Chromosom, im Folgenden »Y-Signal« genannt.
3. Das Mengenverhältnis der Sexualhormone (v. a. Testosteron und Östrogen) zueinander, im Folgenden »Hormonsignal« genannt.

Störungen der Geschlechtsentwicklung

Die Geschlechtsentwicklung läuft nicht wie vorgesehen ab, wenn an den oben genannten drei Stellen Fehler in irgendeiner Form auf-

treten, und deren Möglichkeiten gibt es sehr viele. Seit 2006 werden sie mit dem Oberbegriff »Störungen der Geschlechtsentwicklung« (»disorders of sex development«; DSD) zusammengefasst.³⁸ Einige von ihnen wollen wir uns im Folgenden ansehen.

Störungen der Geschlechtschromosomen

Zum Beispiel kann die Chromosomenzahl von der Norm abweichen. In Bezug auf die Änderungen der Anzahl der Geschlechtschromosomen gibt es zwei bekannte Syndrome, also Konstellationen verschiedener Symptome: das Klinefelter-Syndrom und das Ullrich-Turner-Syndrom.

Beim Klinefelter-Syndrom³⁹ weisen Betroffene zwei X-Chromosomen und ein Y-Chromosom auf (also XXY), verfügen daher also über ein Chromosom mehr – also nicht wie normalerweise 46, sondern 47 Chromosomen. (Eine ähnliche Konstellation ist allgemein bekannt beim Down-Syndrom beziehungsweise der Trisomie 21, bei der das 21. Chromosom dreifach vorliegt.) Dieses Syndrom deckt einen großen Teil der DSD-Fälle ab und betrifft 1–2 von 1000 männlichen Neugeborenen. Schätzungsweise 75 Prozent der Fälle bleiben unentdeckt.⁴⁰ Betroffene weisen männliche Geschlechtsmerkmale auf, bilden aber häufig zu wenig Testosteron und sind daher kleinwüchsig, unfruchtbar und treten verspätet in die Pubertät ein. Aufgrund des Testosteronmangels können diese Männer an

38 Hughes, I. A., Houk, C., Ahmed, S. F., Lee, P. A., & LWPES/ESPE Consensus Group. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 91(7), 554-563. <https://doi.org/10.1136/adc.2006.098319>.

Wieacker, P. (2011). Genetische Aspekte der Fertilitätsstörungen. *Medizinische Genetik*, 23(2), 229-230. <https://doi.org/10.1007/s11825-011-0271-2>.

39 Tüttelmann, F. Ibid.Genetische Aspekte bei Spermatogenesestörungen. 259-266. <https://doi.org/10.1007/s11825-011-0274-z>.

40 Nieschlag, E. (2013). Klinefelter syndrome: the commonest form of hypogonadism, but often overlooked or untreated. *Dtsch Arztebl Int*, 110(20), 347-353. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2013.0347>.

diversen Problemen leiden (dazu gehören unter anderem Depressivität, Osteoporose, ein erhöhtes Diabetesrisiko und weitere), weshalb sie lebenslang der Beigabe von Testosteron bedürfen. Diese wirkt den genannten Symptomen aber zureichend entgegen.⁴¹

Beim Ullrich-Turner-Syndrom⁴² weisen Betroffene nur ein einzelnes Geschlechtschromosom, das X-Chromosom, auf. Eins von 2500 weiblichen Neugeborenen leidet an diesem Syndrom.⁴³ Mädchen mit diesem Syndrom sind in der Regel kleinwüchsig, haben überschüssige Haut im Nacken, leiden an Lernbehinderungen, gehen nicht in die Pubertät über und sind unfruchtbar. Auch hier hilft eine Hormonbehandlung (u. a. mit Östrogen), durch die das Wachstum angeregt und die Pubertät eingeleitet werden kann.

Es ist kein Zufall, dass ich bis jetzt am Klinefelter-Syndrom erkrankte Menschen »Männer« und am Ullrich-Turner-Syndrom erkrankte »Frauen« genannt habe. In der medizinischen Fachliteratur werden sie durchgehend so bezeichnet. Es bestehen dort keine Zweifel an deren Geschlechtszugehörigkeit. Das ergibt sich ganz natürlich aus dem im Abschnitt »Geschlechtsentwicklung« Beschriebenen. Ist ein Y-Chromosom vorhanden, wird ja das

»Y-Signal« gesendet. Daher entwickelt sich das Kind im Verlauf in Richtung »Mann«; fehlt das »Y-Signal«, in Richtung »Frau«. Nun gibt es noch weitere Syndrome, bei denen die Betroffenen z. B. drei oder gar noch mehr X-Chromosomen aufweisen. Das Ergebnis ist immer das-

Das Ergebnis ist immer dasselbe. Wenn kein Y-Chromosom vorliegt, wird das Kind eine Frau, wenn doch, ein Mann.

41 Ebenda.

42 Ledig, S., & Wieacker, P. (2011). Genetische Ursachen der prämaturnen Ovarialinsuffizienz und Ovardysgenese. *Medizinische Genetik*, 23(2), 237-243. <https://doi.org/10.1007/s11825-011-0270-3>.

43 Ebenda.

selbe. Wenn kein Y-Chromosom vorliegt, wird das Kind eine Frau, wenn doch, ein Mann.

Störungen der Geschlechtshormone

Es kann jedoch sein, dass die Chromosomen vollkommen unauffällig sind und Probleme erst im späteren Verlauf der Geschlechtsentwicklung auftreten. Die inneren Geschlechtsorgane sind schon »ordnungsgemäß« angelegt worden, und jetzt kämen die Hormone ins Spiel, um die weitere Entwicklung voranzutreiben.

Doch Störungen des »Hormonsignals« können dazu führen, dass Hormone vom Körper nicht »wahrgenommen« werden. So kann auf dem männlichen »Entwicklungsweg« bei Vorliegen eines XY-Chromosomensatzes eine verminderte bis aufgehobene Testosteronwirkung (Androgenresistenz) zu Hindernissen führen. Hormone können nämlich nur wirken, wenn einer hormonproduzierenden Zelle, die das Hormon Testosteron aussendet, eine funktionale andere Zelle gegenübersteht, die das Signal wahrnehmen und weiterverarbeiten kann. In den Naturwissenschaften sprechen wir von Rezeptoren, an die die Hormone binden, um dann weitere Prozesse innerhalb der Zelle in Gang zu bringen, wodurch bestimmte Veränderungen an der Zelle vorgenommen werden. Wenn das Hormon nicht vorhanden ist oder an den Rezeptoren nicht wirken kann, bleibt das Signal aus, und damit auch die Veränderung an den Zellen. Dies kann bei einer sogenannten kompletten Androgenresistenz so geschehen, bei der die Zellen nicht auf das an sich vorhandene Testosteron reagieren. Die Entwicklung ging also erst in Richtung »Mann«, sodass sich die inneren Geschlechtsanteile zu Hoden ausgeprägt haben. Diese produzieren auch Testosteron – das wirkt aber nicht, sondern wird zu

Östrogen umgewandelt, welches wiederum wirkt und deshalb die Ausprägung der weiblichen, äußeren Geschlechtsmerkmale bewirkt. Häufig fällt diese Problematik dann erst in der Pubertät auf, wenn bei den betroffenen Mädchen die Monatsblutung ausbleibt, da keine Gebärmutter ausgebildet wurde.⁴⁴ Die Diagnose kann viele therapeutische Maßnahmen zur Folge haben, unter anderem die Entnahme der Hoden, da diese, wenn sie im Bauchraum verbleiben, ein erhöhtes Risiko bergen, im weiteren Lebensverlauf bösartig zu entarten und zu Krebs zu führen.

Die komplette Androgenresistenz ist innerhalb dieser Störung die häufigste Form. Sie tritt dennoch nur mit einer Häufigkeit von 1:20000 auf.⁴⁵ In der EU gilt eine Erkrankung als selten, wenn weniger als 5 von 10000 Menschen betroffen sind.⁴⁶

Die Resistenz muss aber nicht komplett, sondern kann auch nur teilweise vorliegen, sodass das gebildete Testosteron eben doch seine Wirkung entfalten kann. Diese Teilresistenz ist noch seltener als die komplette Resistenz. Beides sind also extrem seltene Erkrankungen. Je nach Ausprägung der partiellen Androgenresistenz kann das Erscheinungsbild der äußeren Genitalien in mehrere verschiedene Grade (nach Quigley) eingeteilt werden und von einer normalen männlichen Ausprägung bis hin zu einem äußerlich quasi normalen weiblichen Genitale reichen. Hier kann es dann in extrem seltenen Fällen wirklich dazu kommen, dass die Geschlechtsanerkennung von Anfang an erschwert und mit viel Zeit erwogen werden muss. Trotzdem haben alle Betroffenen ein

44 Wieacker, P., & Ledig, S. (2011). Androgeninsensitivität. *Medizinische Genetik*, 23(2), 249-253. <https://doi.org/10.1007/s11825-011-0275-y>.

45 Ebenda.

46 »In der Europäischen Union (EU) gilt eine Erkrankung als selten, wenn nicht mehr als 5 von 10000 Menschen von ihr betroffen sind«, Bundesministerium für Gesundheit. *Seltene Erkrankungen*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/seltene-erkrankungen.html> (abgerufen am 05.05.2024).

genetisches Zielgeschlecht, das aber aufgrund von krankhaften Veränderungen nicht erreicht wurde. Das ist sehr tragisch für die Betroffenen, begründet aber an sich nicht das Hinterfragen der zwei Geschlechter durch die Erweiterung mit einer dritten Option.

Alle Betroffenen haben ein genetisches Zielgeschlecht, das aber nicht erreicht wurde.

Bei einer hormonbedingten Störung der Geschlechtsentwicklung kann aber auch ein weiblicher Chromosomensatz zugrunde liegen, und trotzdem mutet das Erscheinungsbild maskuliner an. Das kann an einer für Frauen ungewöhnlich gesteigerten Testosteronproduktion liegen. Diese Problematik wird meistens durch das sogenannte Adrenogenitale Syndrom verursacht, welches ebenfalls eine seltene Störung (1:10 000⁴⁷) ist. Bei dieser Erkrankung liegt das Problem aber primär ganz woanders, weil die Nebenniere nicht wie vorgesehen Steroidhormone produziert.

Dies kann je nach Defekt zu einem Mangel dieser Hormone führen. Bei dem Versuch der Nebenniere, diesen Mangel zu kompensieren, produziert sie aber zu viele männliche Hormone, wodurch bei Frauen (Männer können ebenfalls an diesem Syndrom leiden) ein männliches Erscheinungsbild in ganz unterschiedlicher Ausprägung entstehen kann.

Verwirrung über die Geschlechtsstörungen

Aber wer ist nun »divers«? Die oben beschriebenen Störungen werden alle unter dem Oberbegriff »Störungen der Geschlechtsentwicklung« (DSD) zusammengefasst. Dadurch fallen unter diesen

47 Deutscher Ethikrat. (2012). *Intersexualität – Stellungnahme* (2. Aufl.). Deutscher Ethikrat. https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/DER_StnIntersex_Deu_Online.pdf, S. 43.

Oberbegriff vor allem Störungen, bei denen die Anerkennung des Geschlechts problemlos vollzogen wird – wie eben bei dem Turner- und dem Klinefelter-Syndrom, die am häufigsten unter den DSD auftreten. Nicht jeder, der an einer DSD erkrankt ist, ist also auch divers, wenn divers »nicht männlich und nicht weiblich« bedeutet.

Gerne wird in diesem Zusammenhang auch der Begriff »Intersexualität« ins Feld geführt, der sehr unterschiedlich definiert und damit unklar und schwierig ist. Wenn Intersexualität (also »zwischen den Geschlechtern«) aber wirklich durch die Uneindeutigkeit des Geschlechts gekennzeichnet sein soll, die die eindeutige Anerkennung des Geschlechts also mindestens erschweren würde, sind DSD und Intersexualität definitiv nicht gleichzusetzen.⁴⁸ Diese Uneindeutigkeit kann durchaus die Geschlechtsanerkennung, wie im Falle der teilweisen Androgenresistenzen, erschweren. In diesen Fällen könnte der Begriff »Intersexualität« angewendet werden. Zur Verwirrung führt zusätzlich der Begriff »Transsexualität«, welcher deutlich von der Intersexualität und den DSD abgegrenzt werden muss, was auch der Deutsche Ethikrat tut. Der schreibt, im Gegensatz zu Intersexuellen seien Transsexuelle »Menschen mit einem eindeuti-

48 Diese Unterschiede können zum Beispiel zwischen der Darstellung der »beschwerdeführenden Person« im Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum Personenstandsrecht von 2017 und der Stellungnahme des Deutschen Ethikrats zur Intersexualität nachgewiesen werden. Der Deutsche Ethikrat schreibt über einige Formen der DSD wie das Turner-Syndrom: »Die hier vorgelegte Stellungnahme beschäftigt sich nicht mit allen Formen von DSD. So behandelt sie zum Beispiel nicht die Syndrome, die durch numerische Abweichungen der Geschlechtschromosomen gekennzeichnet sind. Beispiele dafür sind das Turner-Syndrom und das Klinefelter-Syndrom. In beiden Fällen gibt es zwar Abweichungen der sexuellen Entwicklung, die auch oft der Therapie mit Sexualhormonen bedürfen; es handelt sich bei diesen Personen jedoch um geschlechtlich eindeutig zuzuordnende Individuen, die anatomisch keine zwischen-geschlechtlichen Merkmale aufweisen«, ebd., S. 12. Ebenso: »Die letzte Gruppe [gemeint ist die Gruppe der Chromosomenaberrationen] wird im deutschen Sprachraum in der Regel nicht zur Intersexualität gerechnet«, Richter-Appelt, H. (2007). Intersexualität. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50(1), 52-61. <https://doi.org/10.1007/s00103-007-0109-x>.

Hingegen schreibt das BVerfG über »die beschwerdeführende Person« mit Turner-Syndrom zurückhaltender: »Die beschwerdeführende Person wurde bei der Geburt dem weiblichen Geschlecht zugeordnet und als Mädchen in das Geburtenregister eingetragen. Sie verfügt über einen atypischen Chromosomen-satz (sog. Turner-Syndrom) und fühlt sich dauerhaft weder dem weiblichen noch dem männlichen Geschlecht zugehörig.«

BVerfG. (2017). Beschluss des Ersten Senats vom 10. Oktober 2017 - 1 BvR 2019/16 -, Rn. 1-69. http://www.bverfg.de/e/rs20171010_1bvr201916.html.

gen biologischen Geschlecht, die sich jedoch psychisch dem anderen Geschlecht zugehörig fühlen«⁴⁹.

Diese Begriffsunterscheidungen müssen berücksichtigt werden, denn nur in der eindeutigen und nicht miteinander gleichsetzenden Verwendung der Begriffe »DSD«, »Intersexualität« und »Transsexualität« kommt diesen eine sinnvolle Bedeutung zu, was selten Beachtung findet. Trotzdem dürfen nach der Antidiskriminierungsstelle des Bundes »seit Ende 2018 [...] inter* und trans* Menschen«⁵⁰ sich als divers anerkennen lassen. Somit dürfen auch Transsexuelle, die geschlechtlich eindeutig zuordbar sind, doch die Zuordnung offenlassen.

Häufigkeit der Intersexualität

Intersexualität im soeben definierten, strengen Sinne von erschwerter Feststellung des Geschlechts trifft am ehesten auf die beiden Teilgruppen der Hormonstörungen mit männlichem oder weiblichem Chromosomensatz zu. In Deutschland leben nach dieser Definition ungefähr 8 000–10 000 Intersexuelle.⁵¹ Wird das Begriffsfeld von Intersexualität jedoch auf mehr Erkrankungen des »DSD-Komplexes« erweitert⁵², wenn zum Beispiel auch das Turner- oder das Klinefelter-Syndrom miteinbezogen

In Deutschland leben nach dieser Definition ungefähr 8 000–10 000 Intersexuelle.

49 Deutscher Ethikrat. (2012). *Intersexualität – Stellungnahme* (2. Aufl.). Deutscher Ethikrat. https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/DER_StnIntersex_Deu_Online.pdf, S. 11.

50 *Frau – Mann – Divers: Die »Dritte Option« und das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG)*. Antidiskriminierungsstelle des Bundes. <https://www.antidiskriminierungsstelle.de/DE/ueber-diskriminierung/diskriminierungsmerkmale/geschlecht-und-geschlechtsidentitaet/dritte-option/dritte-option-node.html> (abgerufen am 05.05.2024).

51 Holterhus, P. M. (2013). Intersexualität und Differences of Sex Development (DSD). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56(12), 1686-1694. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1850-y>.

52 Hauck, L., Richter-Appelt, H., & Schweizer, K. (2019). Zum Problem der Häufigkeitsbestimmung von Intersexualität und Varianten der Geschlechtsentwicklung: Eine Übersichtsarbeit [Assessing Incidences of Intersex and Diverse Sex Development (dsd): An Overview]. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 32(02), 80-89. <https://doi.org/10.1055/a-0897-0404>, Sax, L. (2002). How common is Intersex? A response to Anne Fausto-Sterling. *The Journal of Sex Research*, 39(3), 174-178. <https://doi.org/10.1080/00224490209552139>.

werden, spricht man nicht mehr wie in der medizinischen Fachliteratur von 10 000 Fällen von Intersexualität, sondern von 100 000 in deutschen Zeitungen⁵³, oder gar 160 000 beim Bundesverfassungsgericht⁵⁴.⁵⁵ Die letzten beiden Zahlen suggerieren ein falsches Bild der medizinischen Fakten, weil im Falle des Turner- und des Klinefelter-Syndroms keine Uneindeutigkeit des Geschlechts und damit keine Intersexualität im eigentlichen Sinne vorliegt.

-
- 53 Bühring, P. (2012). Intersexualität: Geschlecht: »anderes«. *Deutsches Ärzteblatt*, 109(10), A-472 / B-406 / C-402. , Menkens, S. (09.11.2017). Das dritte Geschlecht. *WELT*. https://www.welt.de/print/welt_kompakt/article170454356/Das-dritte-Geschlecht.html, Schmitt, P.-P. (08.11.2017). Das empfundene Geschlecht. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*. <https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/geschlecht-etwa-100-000-intersexuelle-in-deutschland-15283406.html>.
- 54 BVerfG. (2017). Beschluss des Ersten Senats vom 10. Oktober 2017 - 1 BvR 2019/16 -, Rn. 1-69. http://www.bverfg.de/e/rs20171010_1bvr201916.html.
- 55 Helms, T. (2015). *Brauchen wir ein drittes Geschlecht?* (1. Aufl.). De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110435702>.

Fazit

Es braucht keine dritte Option neben den Geschlechtern, um das Auftreten der Störungen der Geschlechtsentwicklung angemessen zu berücksichtigen. Es gibt nur sehr wenige Menschen, bei denen aufgrund einer Erkrankung eine Diskrepanz zwischen dem »genetischen Zielgeschlecht« und letztlich ausgeprägten Geschlecht besteht, also zwischen den Chromosomen und dem Erscheinungsbild. Diese Ausnahmefälle wurden schon vor der dritten Option berücksichtigt, da der Eintrag in das Geburtenregister bis 2018 vorerst offengelassen werden konnte. Diese Möglichkeit wurde nach dem Statistischen Bundesamt in den Jahren 2016 bis 2018 zehn bis siebzehn Mal in Anspruch genommen. »Die Zahl der Neugeborenen, bei denen keine eindeutige Geschlechtszuweisung möglich ist, bewegt sich in Deutschland im niedrigen zweistelligen Bereich.«⁵⁶

Die dritte Option ist daher eine fragliche Lösung, weil nicht klar ist, warum ein Bruchteil der Bevölkerung als Anlass dienen sollte, allgemeine biologische Gegebenheiten zu verneinen. Dies wird getan, wenn zur Zweigeschlechtlichkeit eine vermeintliche Alternative hinzugefügt wird. Denn durch die dritte Option wird suggeriert, dass es eine weitere, gesunde Geschlechtsmöglichkeit neben den beiden biologisch klar definierbaren gäbe. Zudem wird bei der Annahme einer »gesunden« dritten Option stillschweigend

56 Sexualität: Geschlechtszuordnung zumeist möglich. (2020). *Deutsches Ärzteblatt*, 117(7), A-304 / B-270 / C-262.

übergangen, dass viele der intersexuellen Konditionen mit großen Krankheitsrisiken verbunden sind, die bei vielen gesunden Neugeborenen so erst einmal nicht abzusehen sind. Beispiele dafür sind unter anderem das Entartungsrisiko von im Bauchraum verbliebenen Hoden oder die mit dem Adrenogenitalen Syndrom potentiell verbundenen Salzverlustsyndrome.

Zuletzt ist eine »dritte Option« als weitere Geschlechtskategorie insofern fragwürdig, als dass sie keine Möglichkeit bietet, dieses Geschlecht klar zu definieren und einheitlich zu beschreiben. Und wie oben beschreiben, ist bei dem Großteil der DSD das Geschlecht klar. Intersexualität ist trotzdem in seiner absoluten Rarität ein sehr komplexes und schwieriges Phänomen, bei dem man jeden Patienten individuell betrachten muss.

Dabei kann die Gewissheit aus Psalm 139,13-14 eine Hilfe sein, denn trotz Krankheit und Not, die durch den Menschen beim Sündenfall hervorgerufen wurde, ist auch ein kranker Mensch von Gott geschaffen, gewollt und geliebt: »Denn du besaßest meine Nieren; du wobst mich im Leib meiner Mutter. Ich preise dich dafür, dass ich auf eine erstaunliche, ausgezeichnete Weise gemacht bin. Wunderbar sind deine Werke, und meine Seele weiß es sehr wohl.« Erkrankungen verursachen nicht die Trennung von Gott. Gerade in eine leidende und verlorene Welt hat Gott seinen Sohn gesandt (Johannes 3,16; vgl. Römer 8,20-21),

um dadurch seine Liebe zu zeigen (1. Johannes 3,16), weil er will, dass alle Menschen gerettet werden (1. Timotheus 4,2). Nur durch das Evangelium, die Unterwerfung unter Gott und das Bekenntnis der eigenen Schuld kann seine Gnade empfangen werden.

Weiterhin wird der »Wert« intersexueller Menschen nicht durch ihr (scheinbares) Herausfallen aus der großen Mehrheit geschmälert. Jeder Mensch trägt das Ebenbild Gottes, weshalb seine Würde unveräußerlich ist.⁵⁷ Ein erfülltes Leben mit einer in Christus fundierten Identität kann von jedem Menschen geführt werden. Sowohl als Kranker als auch als Gesunder kann man sich an der Gnade Gottes genügen lassen (vgl. 2. Korinther 12,7) und in jeder Situation – ob arm oder reich, gesund oder krank – Freude in Gott haben (Philipper 4,11-13).

Die Gnade Gottes mitten im Leid ist der Trost, den wir als Christen den Betroffenen spenden müssen. Und dann liegt es im Auftrag der ärztlichen Heilkunst, mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln den Betroffenen zur Seite zu stehen. Auch ein Leben mit Krankheit ist umfassend lebenswert. Dafür muss die Krankheit nicht zur »neuen« Gesundheit deklariert werden. Ein drittes Geschlecht gibt es nicht, denn »Mann und Frau schuf er sie« (1. Mose 1,27).

57 Dahm, E. (2022). Was gibt dem Menschen Würde? *CDK-Magazin*, 87, 48-57.

Abbildungen

Ebenen der Geschlechtsbestimmung



Abbildung 1: Die Geschlechtsebenen in der Abfolge ihrer Entstehung (Ovar=Eierstock, Testis=Hoden, Phänotyp=Erscheinungsbild, »Gonadal« nach »Gonaden«=Keimdrüsen, somatisch=körperlich).

(Abbildung nach Wieacker (2011))

Wolff-Gang

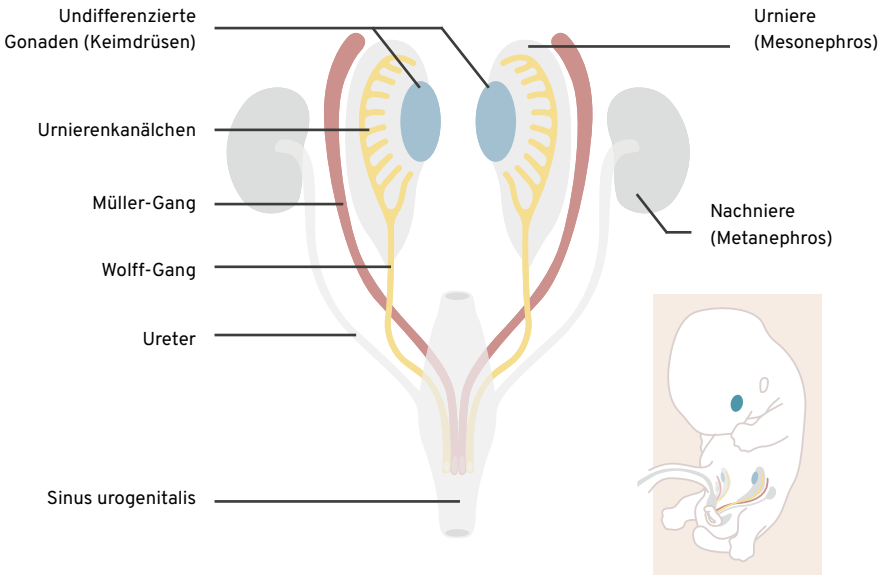


Abbildung 2: Auf der Abbildung sind der Wolff-(gelb) und Müller-Gang (rot), die Vorläufer der inneren Geschlechtsorgane, dargestellt. Der Wolff-Gang ist der Vorläufer der männlichen, der Müller-Gang der weiblichen inneren Geschlechtsorgane.

(Abbildung nach AMBOSS GmbH (Undifferenzierte embryonale Genitalanlagen))

Geschlechtsentwicklung

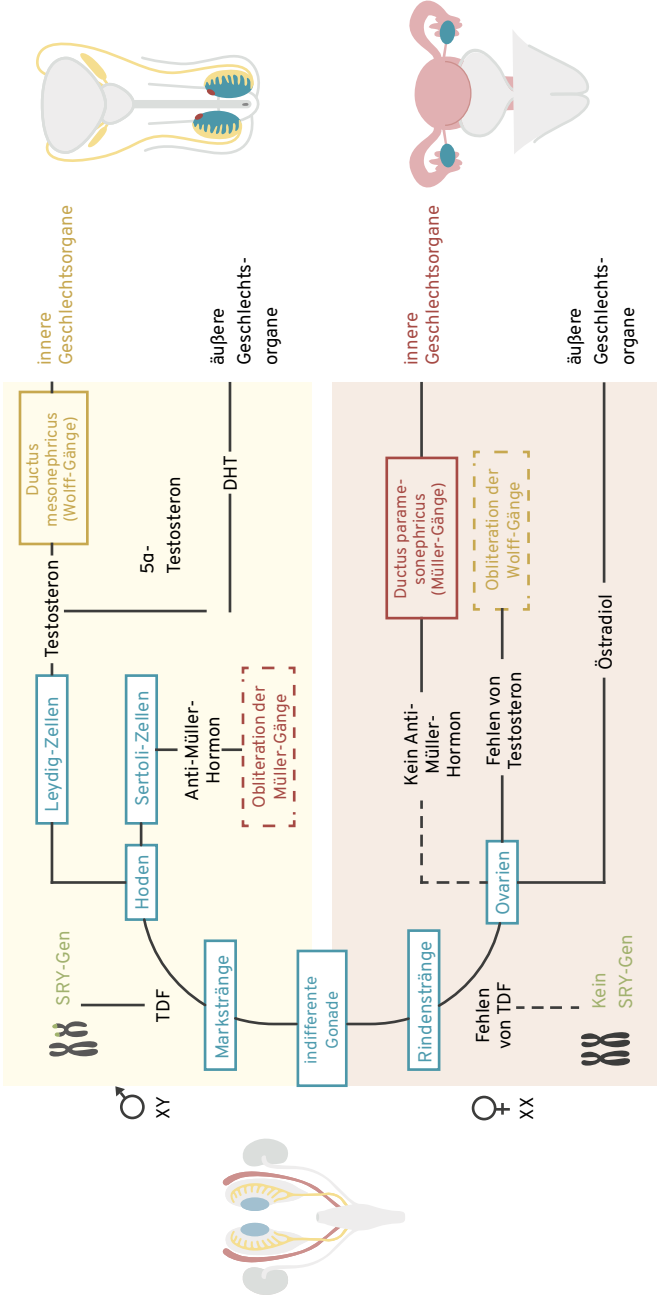


Abbildung 3: Die Geschlechtsentwicklung verläuft – beginnend mit der bipotenten Anlage (indifferente Gonade) nach Wahrnehmung des SRY-Gens – entweder in Richtung Eierstock (Ovar) oder Hoden. Die Anwesenheit von Testosteron (in hohen Dosen) führt im weiteren Verlauf zur Ausprägung der inneren und äußeren männlichen Geschlechtsorgane.

(Abbildung nach AMBOSS GmbH (Sexuelle Differenzierung))

Literaturverzeichnis

AMBOSS GmbH. *Sexuelle Differenzierung*. <https://next.amboss.com/de/article/Qo0ubS?m=I9bYKD> (abgerufen am 08.06.2024).

AMBOSS GmbH. *Undifferenzierte embryonale Genitalanlagen*. <https://next.amboss.com/de/article/Qo0ubS?m=PTbWIG> (abgerufen am 08.06.2024).

Beery, A. K., & Zucker, I. (2011). Sex bias in neuroscience and biomedical research. *Neurosci Biobehav Rev*, 35(3), 565-572. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.07.002>.

Brand-Saberi, B., & Ulfig, N. (2023). Die Genitalorgane. In B. Brand-Saberi & N. Ulfig (Hrsg.), *Kurzlehrbuch Embryologie* (4. Aufl.). Georg Thieme Verlag KG. <https://doi.org/10.1055/b000000808>.

Bühring, P. (2012). Intersexualität: Geschlecht: »anderes«. *Deutsches Ärzteblatt*, 109(10), A-472 / B-406 / C-402.

Bundesministerium für Gesundheit. *Seltene Erkrankungen*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/seltene-erkrankungen.html>.

BVerfG. (2017). Beschluss des Ersten Senats vom 10. Oktober 2017 - 1 BvR 2019/16 -, Rn. 1-69. http://www.bverfg.de/e/rs20171010_1bvr201916.html

Council on Biblical Manhood and Womanhood. (2017). *Nashville Statement*. <https://cbmw.org/nashville-statement>.

Dahm, E. (2022). Was gibt dem Menschen Würde? *CDK-Magazin*, 87, 48-57.

Deutscher Bundestag. (2012). *Entwurf eines Gesetzes zur Änderung personenstandsrechtlicher Vorschriften (Personenstandsrechts-Änderungsgesetz – PStRÄndG) – Drucksache 17/10489* -. Berlin <https://dserver.bundestag.de/btd/17/104/1710489.pdf>.

Deutscher Bundestag. (2016). *Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Monika Lazar, Volker Beck (Köln), Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 18/7140* -. Berlin <https://dserver.bundestag.de/btd/18/073/1807310.pdf>.

Deutscher Bundestag. (2018). *Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der in das Geburtenregister einzutragenden Angaben – Drucksache 19/4669* -. Berlin <https://dserver.bundestag.de/btd/19/046/1904669.pdf>.

Deutscher Bundestag. (2023). *Entwurf eines Gesetzes über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag und zur Änderung weiterer Vorschriften – Drucksache 20/9049* –. Berlin <https://dserver.bundestag.de/btd/20/090/2009049.pdf>.

Deutscher Ethikrat. (2012). *Intersexualität – Stellungnahme* (2. Aufl.). Deutscher Ethikrat. https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/DER_StnIntersex_Deu_Online.pdf.

Frau – Mann - Divers: Die »Dritte Option« und das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG). Antidiskriminierungsstelle des Bundes. <https://www.antidiskriminierungsstelle.de/DE/ueber-diskriminierung/diskriminierungsmerkmale/geschlecht-und-geschlechtsidentitaet/dritte-option/dritte-option-node.html>.

Hauck, L., Richter-Appelt, H., & Schweizer, K. (2019). Zum Problem der Häufigkeitsbestimmung von Intergeschlechtlichkeit und Varianten der Geschlechtsentwicklung: Eine Übersichtsarbeit [Assessing Incidences of Intersex and Diverse Sex Development (dsd): An Overview]. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 32(02), 80-89. <https://doi.org/10.1055/a-0897-0404>.

Helms, T. (2015). *Brauchen wir ein drittes Geschlecht?* (1. Aufl.). De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110435702>.

Holterhus, P. M. (2013). Intersexualität und Differences of Sex Development (DSD). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56(12), 1686-1694. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1850-y>.

Hughes, I. A., Houk, C., Ahmed, S. F., Lee, P. A., & LWPES/ESPE Consensus Group. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 91(7), 554-563. <https://doi.org/10.1136/adc.2006.098319>.

Kindler-Röhrborn, A., & Pfeleiderer, B. (2012). Gendermedizin – Modewort oder Notwendigkeit? – Die Rolle des Geschlechts in der Medizin. *XX Die Zeitschrift für Frauen in der Medizin*, 1(03), 146-152. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1316277>.

Klaus, M. (2019). *Risikogruppen schützen*. <https://cdkev.de/wp-content/uploads/2024/02/Risikogruppen-schuetzen.pdf>.

Ledig, S., & Wieacker, P. (2011). Genetische Ursachen der prämaturnen Ovarialinsuffizienz und Ovardysgenese. *Medizinische Genetik*, 23(2), 237-243. <https://doi.org/10.1007/s11825-011-0270-3>.

Maio, G. (2017). Der Embryo als Mensch? In *Mittelpunkt Mensch* (2. Aufl., S. 302-306). Schattauer.

- Menkens, S. (09.11.2017). Das dritte Geschlecht. *WELT*. https://www.welt.de/print/welt_kompakt/article170454356/Das-dritte-Geschlecht.html.
- Nieschlag, E. (2013). Klinefelter syndrome: the commonest form of hypogonadism, but often overlooked or untreated. *Dtsch Arztebl Int*, 110(20), 347-353. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2013.0347>.
- Page, D. C., Mosher, R., Simpson, E. M., Fisher, E. M., Mardon, G., Pollack, J., McGillivray, B., de la Chapelle, A., & Brown, L. G. (1987). The sex-determining region of the human Y chromosome encodes a finger protein. *Cell*, 51(6), 1091-1104. [https://doi.org/10.1016/0092-8674\(87\)90595-2](https://doi.org/10.1016/0092-8674(87)90595-2).
- Piper, J., & Grudem, W. (Hrsg.). (2023). *Zweimal einmalig – Die Rolle von Mann und Frau in der Bibel* (2 ed.). 3L Verlag.
- Richter-Appelt, H. (2007). Intersexualität. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50(1), 52-61. <https://doi.org/10.1007/s00103-007-0109-x>.
- Sax, L. (2002). How common is Intersex? A response to Anne Fausto-Sterling. *The Journal of Sex Research*, 39(3), 174-178. <https://doi.org/10.1080/00224490209552139>.
- Schmitt, P.-P. (08.11.2017). Das empfundene Geschlecht. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*. <https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/geschlecht-etwa-100-000-intersexuelle-in-deutschland-15283406.html>.
- Sexualität: Geschlechtszuordnung zumeist möglich. (2020). *Deutsches Ärzteblatt*, 117(7), A-304 / B-270 / C-262.
- Tannenbaum, C., Ellis, R. P., Eyssel, F., Zou, J., & Schiebinger, L. (2019). Sex and gender analysis improves science and engineering. *Nature*, 575(7781), 137-146. <https://doi.org/10.1038/s41586-019-1657-6>.
- Tüttelmann, F. (2011). Genetische Aspekte bei Spermatogenesestörungen. *Medizinische Genetik*, 23(2), 259-266. <https://doi.org/10.1007/s11825-011-0274-z>.
- Wieacker, P. (2011). Genetische Aspekte der Fertilitätsstörungen. *Medizinische Genetik*, 23(2), 229-230. <https://doi.org/10.1007/s11825-011-0271-2>.
- Wieacker, P., & Ledig, S. (2011). Androgeninsensitivität. *Medizinische Genetik*, 23(2), 249-253. <https://doi.org/10.1007/s11825-011-0275-y>.
- Zerres, K. (2017). Störungen der Geschlechtsentwicklung. In J. D. Murken, T. Grimm, E. Holinski-Feder, & K. Zerres (Hrsg.), *Taschenlehrbuch Humangenetik* (9. Aufl.). Georg Thieme Verlag KG. <https://doi.org/10.1055/b-005-143305>.

3 Wenn Körper und Gefühle nicht zusammenpassen

Ursachen und Folgen aktueller Trans-Behandlung

JOHANNA BLECKMANN

Die Autorin Johanna Bleckmann ist verheiratet und wohnt in der Nähe von Berlin. Sie studiert Humanmedizin und ist Mitglied im Verein Christen im Dienst an Kranken, für den sie regelmäßig Artikel schreibt.



In den letzten Jahren gab es in Deutschland viele geschlechtsangleichende Operationen. Im Jahr 2021 ließen 2 598 Menschen in Deutschland einen solchen Eingriff an sich vornehmen.⁵⁸ Die Anzahl der Kinder, die sich nicht mit dem Geschlecht identifizieren, in dem sie geboren wurden, hat insgesamt stark zugenommen. Immer mehr Jugendliche nehmen medizinische Beratung in speziellen Gender-Zentren in Anspruch. Dabei fällt auf, dass insgesamt mehr Mädchen Jungen sein wollen (85 %) als andersherum.⁵⁹

58 Brandt, M. (2023). *Der letzte Schritt zum richtigen Geschlecht*. Statista. <https://de.statista.com/infografik/27135/anzahl-der-geschlechtsangleichenden-operationen-in-deutschland/> (abgerufen am 08.06.2024).

59 Kuitenbrouwer, J., & Vasterman, P. (2023). *So fragwürdig ist das Standardverfahren mit Hormonen für Trans-Jugendliche*. DIE WELT. <https://www.welt.de/debatte/kommentare/plus243116625/Hormone-fuer-Trans-Jugendliche-So-fragwuerdig-ist-das-Dutch-Protocol.html> (abgerufen am 08.06.2024).

Was ist eine Geschlechtsdysphorie?

Personen, die sich nicht mit ihrem biologischen Geschlecht identifizieren können, bezeichnet man als *geschlechtsdysphorisch* oder als *Transgender*. Die Betroffenen fühlen sich unwohl in ihrem Körper und lehnen das Geschlecht, in dem sie geboren wurden, ab. Die Diagnose konnte bisher gestellt werden, wenn die Geschlechtsdysphorie mindestens seit sechs Monaten besteht, die betroffene Person darunter leidet (Leidensdruck) und zwei Psychologen (sog. Sachverständigengutachten) das Kind ebenfalls als genderdysphorisch diagnostiziert haben.⁶⁰

Mit Inkrafttreten des Selbstbestimmungsgesetzes am 01. November 2024 ist es in Deutschland möglich, dass Kinder auf Antrag ihrer Erziehungsberechtigten einmal jährlich ihr Geschlecht und ihren Vornamen beim Standesamt ändern lassen – ohne dass es einer Einschätzung eines Psychologen oder Arztes bedarf.⁶¹ Ab dem Alter von vierzehn Jahren können Jugendliche die Änderung selbst beantragen.

Die Problematik der Geschlechtsdysphorie

Mit der steigenden Anzahl der Kinder, die sich nicht ihrem biologischen Geschlecht zugehörig empfinden, steigen auch die Zahlen geschlechtsangleichender Operationen.⁶² Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsdysphorie sind aber biologisch gesunde Personen. Sie weisen hinsichtlich ihres Geschlechts keine körperlichen Anomalien oder Chromosomenstörungen auf. Es gibt keinen wissenschaftlichen

60 Korte, A. (2022). »Es ist hip, trans zu sein«. taz. <https://taz.de/Jugendpsychiater-ueber-Transidentitaet/!5845336/>

61 Selbst über das eigene Geschlecht bestimmen. (2024). Die Bundesregierung. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/tipps-fuer-verbraucher/selbstbestimmungsgesetz-2215426> (abgerufen am 08.06.2024).

62 Radtke, R. (2023). Anzahl von Operationen zur Geschlechtsumwandlung in Deutschland in den Jahren 2012 bis 2022. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/272600/umfrage/anzahl-von-operationen-fuer-geschlechtsumwandlungen-in-deutschland/> (abgerufen am 08.06.2024).

Beweis dafür, dass Transgender-Kinder strukturell veränderte Organe haben, die ihre Geschlechtsdysphorie erklären könnten. Experten der John-Hopkins-Universität bestätigen, dass die Geschlechtsidentität *kein* angeborenes, festgelegtes, vom biologischen Geschlecht unabhängiges Merkmal ist. Die Hypothese, dass ein Mann oder eine Frau im falschen Körper geboren wurde, entbehrt jeder wissenschaftlichen Grundlage.⁶³

Die Idee, es existiere ein »Transgender-Gehirn«, weshalb sich die Betroffenen nicht eindeutig einem Geschlecht zugehörig fühlen, ist also wissenschaftlich nicht vertretbar. Es gibt nur wenige Ausnahmen (ca. 0,01%)⁶⁴, in denen ein Baby nicht eindeutig einem der beiden Geschlechter zuzuordnen ist, zumeist wenn in der Embryonalzeit wichtige Entwicklungsschritte nicht stattgefunden haben.⁶⁵

Die Hypothese, dass ein Mann oder eine Frau im falschen Körper geboren wurde, entbehrt jeder wissenschaftlichen Grundlage.

Die Ursachen der Geschlechtsdysphorie bei Kindern und Jugendlichen

Doch wie entsteht der Gedanke, man sei im falschen Körper geboren? Wie bereits festgestellt, kann eine Geschlechtsdysphorie nicht angeboren sein. Es muss also mögliche Auslöser dafür geben. Eine Studie, an der sich vier Gender-Zentren in Europa beteiligten, zeigt, dass

63 Mayer, L. S., & McHugh, P. R. (2016). *Part Three: Gender Identity* (Sexuality and Gender - Findings from the Biological, Psychological, and Social Sciences, Issue 50). The New Atlantis. <https://www.thenewatlantis.com/publications/part-three-gender-identity-sexuality-and-gender>.

64 Die Zahl der intersexuellen Menschen in Deutschland wird auf 8 000 bis 10 000 geschätzt. Bei einer Einwohnerzahl von 83 Millionen entspricht der Anteil der Intersexuellen derzeit 0,01 bis 0,012%. Holterhus, P. M. (2013). Intersexualität und Differences of Sex Development (DSD). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56(12), 1686-1694. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1850-y>.

65 Holterhus, P. M. (2013). Intersexualität und Differences of Sex Development (DSD). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56(12), 1686-1694. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1850-y>.

70 Prozent aller genderdysphorischen Erwachsenen mindestens eine **psychische Vorerkrankung** hatten. Die meisten litten unter Angststörungen und Depressionen.⁶⁶ Solche Ergebnisse lassen sich auch bei genderdysphorischen Kindern und Jugendlichen feststellen.⁶⁷

Somit stellt sich die Frage nach der Kausalität. Was war zuerst da, die Dysphorie oder die psychische Instabilität?

In einer finnischen Studie aus dem Jahr 2015 hatten 75 Prozent der geschlechtsdysphorischen Kinder eine **psychiatrische Erkrankung**, die bereits bestand, bevor sich der Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören, manifestierte.⁶⁸ In dieselbe Richtung weist auch eine im Jahr 2018 veröffentlichte Studie aus den USA. Mehr als 70 Prozent der Mädchen und Jungen litten vor Ablehnung ihres biologischen Geschlechts an einer psychiatrischen Erkrankung oder einer Entwicklungsstörung wie Autismus oder ADHS.⁶⁹ Des Weiteren sind Autismus-Spektrum-Störungen unter den Transgender-Kindern im Vergleich zur durchschnittlichen Bevölkerung deutlich überrepräsentiert.^{70,71,72} Diese Ergebnisse sind wichtig, um den Ursprung der Geschlechtsdysphorie nachvollziehen zu können. Die

-
- 66 Heylens, G., Elaut, E., Kreukels, B. P. C., Paap, M. C. S., Cerwenka, S., Richter-Appelt, H., Cohen-Kettenis, P. T., Haraldsen, I. R., & De Cuypere, G. (2014). Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries. *British Journal of Psychiatry*, 204(2), 151-156. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.121954>.
- 67 Reinsner, S. L., Vettters, R., Leclerc, M., Zaslów, S., Wolfrum, S., Shumer, D., & Mimiaga, M. J. (2015). Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban community health center: a matched retrospective cohort study. *J Adolesc Health*, 56(3), 274-279. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.264>.
- 68 Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Tyolajarvi, M., & Lindberg, N. (2015). Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child Adolescent Psychiatry Ment Health*, 9(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0042-y>.
- 69 Becerra-Culqui, T. A., Liu, Y., Nash, R., Cromwell, L., Flanders, W. D., Getahun, D., Giammattei, S. V., Hunkeler, E. M., Lash, T. L., Millman, A., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Sandberg, D. E., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). Mental Health of Transgender and Gender Nonconforming Youth Compared With Their Peers. *Pediatrics*, 141(5). <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3845>.
- 70 Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Tyolajarvi, M., & Lindberg, N. (2015). Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child Adolescent Psychiatry Ment Health*, 9(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0042-y>.
- 71 Kozłowska, K., McClure, G., Chudleigh, C., Maguire, A. M., Gessler, D., Scher, S., & Ambler, G. R. (2021a). Australian children and adolescents with gender dysphoria: Clinical presentations and challenges experienced by a multi-disciplinary team and gender service. *Human Systems: Therapy, Culture and Attachments*, 1(1), 70-95. <https://doi.org/10.1177/26344041211010777>.
- 72 Adams, S. (2018). *How the only NHS transgender clinic for children 'buried' the fact that 372 of 1,069 patients were autistic*. The Mail on Sunday, <https://www.dailymail.co.uk/news/article-6401947/How-NHS-childrens-transgender-clinic-buried-fact-372-1-069-patients-autistic.html> (abgerufen am 08.06.2024).

häufige Aussage, die Kinder würden nur noch labiler, wenn man ihrem Wunsch nach Identitätswechsel nicht nachkäme, ist wissenschaftlich nicht belegt.

Eine andere Studie zeigt, dass Transgender-Kinder häufiger **traumatische Ereignisse** in ihrer Kindheit erlebt haben als andere gleichaltrige Kinder. Darunter fallen sowohl körperliche als auch seelische Gewalt. Eine australische Studie stellt fest, dass fast alle (97,5 %) Transgender-Kinder mindestens eine Form der Gewalt erlebt hatten und die Mehrheit eine psychiatrische Vorgeschichte aufwiesen.⁷³

Die häufige Aussage, die Kinder würden nur noch labiler, wenn man ihrem Wunsch nach Identitätswechsel nicht nachkäme, ist wissenschaftlich nicht belegt.

Auch **Bindungstraumata** können ein wesentlicher Faktor für die Entstehung einer Geschlechtsdysphorie sein. Der Bindungsexperte Allan Schore drückt dies so aus: »Das Unvermögen eines Kindes, sein Geschlecht anzunehmen, hat seine Wurzel aus unserer Sicht in der Beziehungsdynamik zwischen Mutter und Baby.«⁷⁴ Gerade in den ersten zwei Lebensjahren ist die Mutter als wichtigste Bezugsperson maßgebend an der Identitätsentwicklung des Kindes beteiligt. Laut Schore beeinflussen diese Bindungserfahrungen die neuronale Entwicklung des Kindes maßgeblich.⁷⁵ Ist die Beziehung zu den eigenen Eltern gestört, erfährt das Kind chronischen Stress. In der Folge kann es zu Defiziten in der Selbstwahrnehmung und

73 Kozłowska, K., McClure, G., Chudleigh, C., Maguire, A. M., Gessler, D., Scher, S., & Ambler, G. R. (2021b). Australian children and adolescents with gender dysphoria: Clinical presentations and challenges experienced by a multidisciplinary team and gender service. *Human Systems*, 1(1), 70-95. <https://doi.org/10.1177/26344041211010777>.

74 Allan N. Schore in: Nicolosi, J. (2009). *Shame and Attachment Loss: The Practical Work of Reparative Therapy* (1. Aufl.). InterVarsity Press. S. 6.

75 Schore, A. N. (2002). Dysregulation of the Right Brain: A Fundamental Mechanism of Traumatic Attachment and the Psychopathogenesis of Posttraumatic Stress Disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(1), 9-30. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.00996.x>.

Verarbeitung von Emotionen kommen.⁷⁶ Die Fähigkeit eines Kindes, Stress zu bewältigen (Resilienzfaktoren), können durch frühe Bindungstraumata reduziert sein.⁷⁷

Man kann also sagen: Wer als Kind kaum oder gar keine Liebe und Zuwendung erfahren hat, ist besonders anfällig für eine Geschlechtsdysphorie. Die Kinder wünschen sich einen anderen, einen »neuen« Körper, weil sie in ihrem »alten« Körper viel Leid erfahren mussten.

Die soziale Transition

Der erste Schritt, sein biologisches Geschlecht »zu wechseln«⁷⁸, ist oft die sogenannte soziale Transition. Dazu gehören unter anderem die Namensänderung und das Tragen geschlechtsspezifischer Kleidung. Mit dem neuen Selbstbestimmungsgesetz ist nun auch einmal im Jahr die Änderung des Geschlechtseintrages beim Standesamt möglich. Vorher musste ein Gericht darüber entscheiden. Eine genderdysphorische Person kann nun nicht nur zwischen männlich, weiblich oder divers entscheiden, sondern den Geschlechtseintrag auch offenlassen. Ist der oder die Jugendliche unter vierzehn Jahre alt, müssen die Sorgeberechtigten die sogenannte »Erklärung mit Eigenversicherung« beim Standesamt einreichen.⁷⁹ Es bedarf einer Zustimmung des Kindes, sofern dieses nicht jünger als fünf Jahre ist, und es muss bei der Antragstellung anwesend sein. Hat der Jugendliche das vierzehnte Lebensjahr vollendet, darf er den Antrag auch eigenständig stellen. Allerdings müssen die Sorgeberechtigten zustimmen.

76 Schore, A. N. (2003). *Affect Dysregulation and Disorders of the Self* (1. Aufl.). Norton Professional Books. S. 261.

77 Ebenda.

78 Ein echter Geschlechtswechsel ist nicht möglich, da das Geschlecht zum Zeitpunkt der Befruchtung festgelegt wird.

79 *Gesetz über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag (SBGG)*. (2024). Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/gleichstellung/queerpolitik-und-geschlechtliche-vielfalt/gesetz-ueber-die-selbstbestimmung-in-bezug-auf-den-geschlechtseintrag-sbgg-199332> (abgerufen am 15.08.2024).

Falls diese sich weigern, kann stellvertretend ein Familiengericht eingeschaltet werden, das nach dem »Kindeswohl« entscheidet. Sollten sich die Eltern uneinig sein, wird das Familiengericht ebenfalls aktiv. Es kann »auf Antrag eines Elternteils diesem die alleinige Entscheidung übertragen«. ⁸⁰ Das *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* betont an dieser Stelle, die Familiengerichte seien »erfahren in der Prüfung des Kindeswohls« ⁸¹.

Der Antrag auf Namensänderung muss mindestens drei Monate im Voraus gestellt werden und verliert seine Gültigkeit nach neun Monaten. In diesem Zeitraum können die Jugendlichen ihr Geschlecht – mit Zustimmung der Sorgeberechtigten – eigenständig ändern lassen. Das Selbstbestimmungsgesetz ist am 01. November 2024 in Deutschland in Kraft getreten.

Aufgrund der Fristenregelung durften die ersten Anträge bereits ab dem 01. August 2024 in Deutschland gestellt werden. Es ist davon auszugehen, dass die Anzahl der Jugendlichen, die ihren Geschlechtseintrag ändern lassen, weiter zunehmen wird, da die bürokratischen Hürden sinken und der Weg der Transition erleichtert wird.

Eine Studie aus dem Jahr 2022 zeigt, dass nach fünf Jahren der sozialen Transition und parallelen Einnahme von Pubertätsblockern nur noch 1,1 Prozent der Kinder in ihrem ursprünglichen Geschlecht leben wollen. ⁸² Die Forscher sahen die hohe Transitionsquote als Bestätigung dafür, dass genderdysphorische Kinder schon früh wüssten, ob sie transgener seien. Nicht zur Diskussion gestellt wurde hierbei die Tragweite der sozialen Transition. Wenn ein Kind ständig von seinem Umfeld Bestätigung erfährt, sich als

80 Ebenda.

81 Ebenda.

82 Olson, K. R., Durwood, L., Horton, R., Gallagher, N. M., & Devor, A. (2022). Gender Identity 5 Years After Social Transition. *Pediatrics*, 150(2). <https://doi.org/10.1542/peds.2021-056082>.

biologisches Mädchen wie ein Junge zu kleiden, dann denkt es irgendwann auch, es sei ein Junge, zumal ein Kind erst mit ungefähr sieben Jahren entwicklungspsychologisch über Geschlechtskonsistenz verfügt, also über die Erkenntnis, dass das Geschlecht über Situationen hinweg konstant bleibt.⁸³ Vorher denken Kinder, das Geschlecht lasse sich durch das Tragen eines bestimmten Kleidungsstücks ändern.

Das schon erwähnte *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* empfiehlt den Eltern folgende Umgangsform, wenn ihr Kind sie mit dem Wunsch nach Transition konfrontiert:

Wenn ein Kind ständig von seinem Umfeld Bestätigung erfährt, sich als biologisches Mädchen wie ein Junge zu kleiden, dann denkt es irgendwann auch, es sei ein Junge.

»Erlauben Sie darum Ihrem Kind, sich in seiner Geschlechtsidentität auszuprobieren – wenn es sich später für die ›alte‹ oder eine ganz andere Rolle entscheidet, ist auch das okay.«⁸⁴ Die Eltern sollten »Ihr Kind als Expert*in für sein Leben sehen.«⁸⁵ Dieses Zitat macht erschreckend deutlich, wie sehr der Zeitgeist in die staatlichen Behörden vorgedrungen ist. Eltern werden dazu animiert, der Wahrnehmung ihres Kindes zu folgen, das vielleicht

selbst noch gar nicht über Geschlechtskonsistenz verfügen kann. Damit einhergehend werden oft Entscheidungen getroffen, die das weitere Leben des Kindes massiv beeinflussen bzw. beeinträchtigen können.

83 Ruble, D. N., Taylor, L. J., Cyphers, L., Greulich, F. K., Lurye, L. E., & Shrout, P. E. (2007). The Role of Gender Constancy in Early Gender Development. *Child Development, 78*(4), 1121-1136. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01056.x>.

84 *Mein Kind ist trans**. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. <https://www.regenbogenportal.de/infoartikel/mein-kind-ist-trans> (abgerufen am 09.05.2024).

85 Ebenda.

Die medizinische Transition

Die Trans-Medizin verspricht den verwirrten Jugendlichen einen Ausweg, der oft mit irreversiblen Maßnahmen einhergeht. Am Anfang der medizinischen Transition steht die Behandlung mit **Pubertätsblockern**. Sie sollen die natürliche Produktion der körpereigenen Hormone unterbinden und den Körper in eine Art »Pausenzustand« versetzen, damit die geschlechtsdysphorischen Jugendlichen keine Pubertät »im falschen Körper« durchlaufen. Bei den eingesetzten Medikamenten handelt es sich um synthetisch hergestellte Botenstoffe, die die Freisetzung von Östrogen und Testosteron verhindern sollen. Ohne Testosteron kommen die Jungen nicht in den Stimmbruch, die Körperbehaarung ist weniger stark ausgeprägt und die Spermienproduktion eingeschränkt. Bei den Mädchen wird durch das Senken der Östrogenkonzentration unter anderem das Brustwachstum und das Einsetzen der Menstruation verhindert. Die Pubertätsblocker sollten maximal für eine Dauer von ein bis drei Jahren eingenommen werden.⁸⁶ In der Realität werden sie oft länger gegeben. In den Ländern Schweden, Dänemark, England und einigen amerikanischen Bundesstaaten sind die Pubertätsblocker aufgrund der erheblichen Nebenwirkungen bereits verboten worden.^{87,88}

Die Folgen der Transbehandlung

Die Hauptnebenwirkung der Pubertätsblocker ist die **Abnahme der Knochendichte**. Die *New York Times* berichtete kürzlich von

86 Kendal, B. (2022). *Pubertätsblocker: Was Sie über die Medikamente wissen sollten*. RedaktionsNetzwerkDeutschland. <https://www.rnd.de/gesundheit/pubertaetsblocker-nebenwirkungen-einnahme-wirkung-was-steckt-dahinter-DKJZFETU4VFRBNBWNKGPQ4VY.html> (abgerufen am 09. 05. 2024).

87 Louis, C. (2024). *England verbietet Pubertätsblocker!* EMMA. <https://www.emma.de/artikel/england-verbietet-pubertaetsblocker-340941> (abgerufen am 09. 05. 2024).

88 *Immer mehr Länder verbieten Pubertätsblocker für Kinder*. DEMO FÜR ALLE. <https://demofueralle.de/2023/12/13/immer-mehr-laender-verbieten-pubertaetsblocker-fuer-kinder/#:~:text=Verboten%20sind%20Pubertätsblocker%20aktuell%20in,erst%20im%20Jahr%202023%20verabschiedet> (abgerufen am 09. 05. 2024).

einem Mädchen, das nach zweijähriger Einnahme eines solchen Medikamentes eine Knochendichte im Osteoporosebereich hatte.⁸⁹ Von einem ähnlichen Fall berichtet der Soziologieprofessor Michael Biggs: Ein Mädchen, das bereits seit seinem vierten Lebensjahr Pubertätsblocker einnahm, erlitt bis zum siebzehnten Lebensjahr vier Knochenbrüche, die eindeutig auf die Pubertätsblocker zurückzuführen waren.⁹⁰

Außerdem finden in der Pubertät wichtige Entwicklungsprozesse im Körper der Heranwachsenden statt. Durch den massiven Östrogenabfall entwickelt sich das skelettale System nicht ausreichend. Mädchen haben nach der Behandlung oft ein schmaleres Becken, was in späteren Schwangerschaften zu komplizierten Geburtsverläufen und potenziell einer lebensbedrohlichen Situation für Mutter und Kind führen kann.

**In der Pubertät
finden wichtige
Entwicklungsprozesse
im Körper der
Heranwachsenden statt.**

Zudem greifen Pubertätsblocker in die neuronale Entwicklung des Kindes ein, vor allem in die Reifung der vorderen Gehirnbe- reiche. In diesem Gebiet des Gehirns finden höhere kognitive Prozesse statt, weshalb bei Schädigung vermehrt Persönlichkeitsstörungen auftreten.⁹¹

In manchen Studien konnte eine Abnahme der Intelligenz (gemessen am Intelligenzquotienten) und ein höheres Risiko für die Entwicklung einer Depression festgestellt werden.⁹² Daten einer

89 Twohey, M., & Jewett, C. (2022). *They Paused Puberty, but Is There a Cost?* The New York Times. <https://www.nytimes.com/2022/11/14/health/puberty-blockers-transgender.html> (abgerufen am 08.06.2024).

90 Biggs, M. (2021). Revisiting the effect of GnRH analogue treatment on bone mineral density in young adolescents with gender dysphoria. *J Pediatr Endocrinol Metab*, 34(7), 937-939. <https://doi.org/10.1515/jpem-2021-0180>.

91 *Präfrontaler Cortex*. Spektrum. <https://www.spektrum.de/lexikon/neurowissenschaft/praefrontaler-cortex/10178> (abgerufen am 09.05.2024).

92 Hayes, P. (2017). Commentary: Cognitive, Emotional, and Psychosocial Functioning of Girls Treated with Pharmacological Puberty Blockage for Idiopathic Central Precocious Puberty [General Commentary]. *Front Psychol*, 8, 44. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00044>.

englischen Gender-Klinik zeigen eine Zunahme von **selbstverletzendem Verhalten und Suizidversuchen** unter Mädchen, die ein Jahr lang Pubertätsblocker einnahmen.⁹³ Selbst nach Absetzen der Medikamente kann es bis zu einem Jahr dauern, bis der Körper die ursprüngliche Produktion der Hormone zurückerlangt.⁹⁴

Eine junge Frau, die ihre Transition heute bereut, beschreibt die Nebenwirkungen der Pubertätsblocker mit folgenden Worten: »Die Pubertätsblocker, die ich mit sechzehn Jahren bekam, sollten meine sexuelle Reifung stoppen: Die Idee war, dass mir das eine ›Pause‹ geben würde, um darüber nachzudenken, ob ich eine weitere Geschlechtsumwandlung machen wollte. Diese sogenannte ›Pause‹ brachte mich in die Wechseljahre mit Hitzewallungen, Nachtschweiß und Benommenheit. All das machte es nur schwieriger, darüber nachzudenken, was ich tun sollte.«⁹⁵

Ab dem fünfzehnten Lebensjahr können Transgender-Kinder parallel dazu gegengeschlechtliche Hormone einnehmen, um Merkmale des anderen Geschlechts zu entwickeln. Man bezeichnet dies als **Hormonersatztherapie**. Auch diese haben zahlreiche Nebenwirkungen wie zum Beispiel Thromboembolien, Bluthochdruck, Depressionen, Unfruchtbarkeit und möglicherweise ein höheres Krebsrisiko. Oft sind die Transgender-Jugendlichen nach jahrelanger Einnahme der Präparate unfruchtbar, da sich die entsprechenden Geschlechtsorgane sowie Spermien- und Eizellen nicht richtig ent-

93 »What is most disturbing is that after a year on blockers, 'a significant increase was found in the first item I deliberately try to hurt or kill myself«, Biggs, M. (2019). *Tavistock's Experimentation with Puberty Blockers: Scrutinizing the Evidence*. <https://www.transgendertrend.com/tavistock-experiment-puberty-blockers/> (abgerufen am 09.05.2024).

94 Laidlaw, M. K. (2020). *The Pediatric Endocrine Society's Statement on Puberty Blockers Isn't Just Deceptive. It's Dangerous*. Public Discourse. <https://www.thepublicdiscourse.com/2020/01/59422/> (abgerufen am 09.05.2024).

95 Bell, K. (2021). *Keira Bell: My Story*. Persuasion. <https://www.persuasion.community/p/keira-bell-my-story> (abgerufen am 09.05.2024).

wickeln konnten.⁹⁶ Werden genderdysphorische Kinder hingegen nicht mit Pubertätsblockern und gegengeschlechtlichen Hormonen behandelt, entscheiden sich 60 bis 90 Prozent im Erwachsenenalter wieder dazu, in ihrem biologischen Geschlecht zu leben.⁹⁷

In Deutschland darf man sich mit der Vollendung des achtzehnten Lebensjahres einer Operation unterziehen, bei der die äußeren und inneren Geschlechtsorgane unwiderruflich entfernt und durch künstliche Geschlechtsteile ersetzt werden. Dieser Vorgang wird beschönigend als »**geschlechtsangleichende Operation**« angepriesen. Entschieden sich ein Kind für die Operation, werden die ursprünglichen äußeren und inneren Geschlechtsorgane entfernt und eine gegengeschlechtliche Aufbauplastik durchgeführt. In den USA wurden solche Eingriffe bereits an 13- und 14-Jährigen vorgenommen.⁹⁸ Es gibt keinen Beweis, dass die operative Geschlechtsanpassung die Suizidrate senkt.^{99,100} Im Gegenteil, eine schwedische Studie konnte zeigen, dass zehn Jahre nach der Operation unter den Transpersonen sogar eine 20-fach höhere Suizidrate herrschte.¹⁰¹ Die in Kauf genommene Unfruchtbarkeit ist nur eine der zahlreichen Folgen.

96 Meyer, G., Boczek, U., & Bojunga, J. (2020). Geschlechtsangleichende Hormontherapie bei Geschlechtsinkongruenz. *Dtsch Arztebl International*, 117(43), 725-732. <https://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=216299>.

97 Cantor, J. M. (2016). *Do trans- kids stay trans- when they grow up?* Sexology Today! http://www.sexologytoday.org/2016/01/do-trans-kids-stay-trans-when-they-grow_99.html (abgerufen am 09.05.2024).

Daraus speziell: Steensma, T. D., McGuire, J. K., Kreukels, B. P. C., Beekman, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Factors associated with desistance and persistence of childhood gender dysphoria: A quantitative follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52, 582-590.

98 Van Maren, J. (2019). *Doctor says teen »trans« girls getting mastectomies can »go and get« new breasts later in life if they change their mind.* THE BRIDGEHEAD. <https://thebridgehead.ca/2019/04/22/doctor-says-teen-trans-girls-getting-mastectomies-can-go-and-get-new-breasts-later-in-life-if-they-change-their-mind/> (abgerufen am 09.05.2024).

99 Bränström, R., & Pachankis, J. E. (2020). Reduction in Mental Health Treatment Utilization Among Transgender Individuals After Gender-Affirming Surgeries: A Total Population Study. *American Journal of Psychiatry*, 177(8), 727-734. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19010080>.

Im August 2020 gab es eine weitreichende Korrektur der zunächst falsch angegebenen Studienergebnisse: Correction to Bränström and Pachankis. *Ibid.*, 734-734. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.1778correction>.

100 Van Mol, A., Laidlaw, M. K., Grossman, M., & McHugh, P. (2020). *Correction: Transgender Surgery Provides No Mental Health Benefit.* Public Discourse. <https://www.thepublicdiscourse.com/2020/09/71296/> (abgerufen am 09.05.2024).

101 Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L. V., Långström, N., & Landén, M. (2011). Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden. *PLOS ONE*, 6(2), e16885. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016885>.

1 Ausgangssituation

Psychische Erkrankungen (Depressionen, Angststörungen)

Entwicklungsstörungen (Autismus)

Traumatische Ereignisse (z. B. in der Familie)

Frühe Bindungsstörungen

2 Ausweg

Jemand anderes sein, sein Geschlecht ändern

3 Verfestigung des Wunsches durch

Soziale Transition (Namensänderung, gegengeschlechtliche Kleidung)

Medizinische Transition (Pubertätsblocker, Hormonersatztherapie, geschlechtsangleichende Operationen)

4 Ergebnis

Statt Lösung der Identitätskrise verstärkte psychische Probleme und 20-fach höhere Suizidrate unter Transitioners

Was können wir Transgender-Personen sagen? Wie können wir ihnen helfen?

Die meisten geschlechtsdysphorischen Kinder verlieren den Wunsch, das Geschlecht zu wechseln, wenn sie älter werden, von selbst, sofern man nicht aktiv in ihre Entwicklung eingreift. Oft wissen die Kinder gar nicht, wer sie sein wollen. Sie wissen nur, wer sie *nicht* sein wollen. Viele Betroffene leiden an einer allgemeinen »Selbst- und Identitätsunsicherheit«, die oft auf frühe Bindungstraumata zurückzuführen sind. Die meisten Kinder (75%) sind bereits vor dem Wunsch, das Geschlecht zu wechseln, psychisch vorerkrankt.¹⁰² Knapp die Hälfte der Jugendlichen hat kurz vor ihrem Geschlechtswechsel eine trau-

102 Becerra-Culqui, T. A., Liu, Y., Nash, R., Cromwell, L., Flanders, W. D., Getahun, D., Giammattei, S. V., Hunkeler, E. M., Lash, T. L., Millman, A., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Sandberg, D. E., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). Mental Health of Transgender and Gender Nonconforming Youth Compared With Their Peers. *Pediatrics, 141*(5). <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3845>.

matische Erfahrung oder eine mit Stress belastete Situation erfahren wie beispielsweise die Scheidung der Eltern, den Tod eines nahen Verwandten oder sexuelle Übergriffe. Auch zeigt die Hälfte der Kinder (45 %) selbstverletzendes Verhalten, bevor sie ihren Wunsch nach

Transition äußerten.¹⁰³ Hat ein Kind die Transition durchlaufen, verringert sich das Risiko für Depressionen oder Angststörungen nicht. Im Gegenteil: Es steigt massiv an.^{104,105}

Hat ein Kind die Transition durchlaufen, verringert sich das Risiko für Depressionen oder Angststörungen nicht.

Geschlechtsdysphorische Kinder brauchen daher unseren besonderen Schutz. Sie verdienen es, mit ihren Problemen ernst genommen zu werden.

Es muss nach der eigentlichen Ursache der Ablehnung ihres biologischen Geschlechts gesucht werden, und es dürfen auf keinen Fall Maßnahmen ergriffen werden, die sie tiefer in ihre Identitätskrise treiben. Wir müssen ihnen sagen, dass die Transition ihre Ängste und Depressionen nicht beseitigen kann. Ihre Probleme werden nicht verschwinden, nachdem sie den »falschen Körper« abgelegt haben.

Habe ich als Christ eine Verantwortung für Transgender-Personen?

Die Antwort ist eindeutig: Ja! Denn jeder Christ steht in der Verantwortung, Gottes Wort weiterzugeben, auch an solche, deren Lebenswandel nicht im Einklang mit Gottes Geboten steht. Daher müssen wir praktizierte Sünde ansprechen. Auch sollen wir in unserem Denken

103 Littman, L. (2018). Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLoS ONE*, 13(8), e0202330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>.

104 Siehe Bränström, R., & Pachankis, J. E. (2020).

105 Van Mol, A., Laidlaw, M. K., Grossman, M., & McHugh, P. (2020). *Correction: Transgender Surgery Provides No Mental Health Benefit*. Public Discourse. <https://www.thepublicdiscourse.com/2020/09/71296/> (abgerufen am 09.05.2024).

und Handeln Christus ähnlicher werden. Transgender-Personen zu verachten und sich von ihnen abzuwenden, stellt daher keine Option dar, sondern wäre im Gegenteil Sünde unsererseits. Unser Herr selbst hat sich mit den sozial diskriminierten, verachteten Menschen (Aus-sätzigte, Ehebrecher usw.) auseinandergesetzt und gesagt: »Wahrlich, ich sage euch, dass die Zöllner und die Huren euch vorangehen in das Reich Gottes« (Matthäus 21,31). Damit wollte Christus Sünde nicht gutheißen, sondern vielmehr deutlich machen, dass der, der seine Sünde erkennt und vor Gott bekennt, von ihm gerettet wird und die, die sich für schuldlos befinden und ihre Knie nicht vor dem Herrschaftsthron Christi beugen, nicht Gottes Kinder sein können.¹⁰⁶

Als Christen ist daher es unsere Aufgabe, Kindern mit Geschlechtsdysphorie von Gott als ihrem Schöpfer zu erzählen und für sie zu beten. Sie sollen wissen, dass Jesus Christus auch für sie am Kreuz von Golgatha gestorben ist und ihnen ewiges Leben geben will. Deshalb müssen wir auf sie zugehen und ins Gespräch kommen.

Was Kinder und Jugendlichen hören müssen, ist, dass Gott sie bewusst so geschaffen hat, wie sie sind, eben männlich oder weiblich – und das ist genau richtig so. Das biologische Geschlecht wird mit dem Zeitpunkt der Befruchtung im Mutterleib festgelegt und kann nicht geändert werden.

Was Kinder und Jugendlichen hören müssen, ist, dass Gott sie bewusst so geschaffen hat, wie sie sind, eben männlich oder weiblich – und das ist genau richtig so.

106 McLaughlin, R. (2023). *Das neue Credo – Fünf säkulare Glaubenssätze im Test* (1. Aufl.). Christliche Verlagsgesellschaft Dillenburg. S. 103f.

Literaturverzeichnis

Adams, S. (2018). *How the only NHS transgender clinic for children ,buried' the fact that 372 of 1,069 patients were autistic.* The Mail on Sunday. <https://www.dailymail.co.uk/news/article-6401947/How-NHS-childrens-transgender-clinic-buried-fact-372-1-069-patients-autistic.html>.

Becerra-Culqui, T. A., Liu, Y., Nash, R., Cromwell, L., Flanders, W. D., Getahun, D., Giammattei, S. V., Hunkeler, E. M., Lash, T. L., Millman, A., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Sandberg, D. E., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). Mental Health of Transgender and Gender Nonconforming Youth Compared With Their Peers. *Pediatrics*, *141*(5). <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3845>.

Bell, K. (2021). *Keira Bell: My Story.* Persuasion. <https://www.persuasion.community/p/keira-bell-my-story>.

Biggs, M. (2019). *Tavistock's Experimentation with Puberty Blockers: Scrutinizing the Evidence.* <https://www.transgendertrend.com/tavistock-experiment-puberty-blockers/>.

Biggs, M. (2021). Revisiting the effect of GnRH analogue treatment on bone mineral density in young adolescents with gender dysphoria. *J Pediatr Endocrinol Metab*, *34*(7), 937-939. <https://doi.org/10.1515/jpem-2021-0180>.

Brandt, M. (2023). *Der letzte Schritt zum richtigen Geschlecht.* Statista. <https://de.statista.com/infografik/27135/anzahl-der-geschlechtsangleichenden-operationen-in-deutschland/>.

Bränström, R., & Pachankis, J. E. (2020). Reduction in Mental Health Treatment Utilization Among Transgender Individuals After Gender-Affirming Surgeries: A Total Population Study. *American Journal of Psychiatry*, *177*(8), 727-734. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19010080>.

Cantor, J. M. (2016). *Do trans- kids stay trans- when they grow up?* Sexology Today! http://www.sexologytoday.org/2016/01/do-trans-kids-stay-trans-when-they-grow_99.html.

Correction to Bränström and Pachankis. (2020). *American Journal of Psychiatry*, *177*(8), 734-734. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.1778correction>.

Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L. V., Långström, N., & Landén, M. (2011). Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden. *PLOS ONE*, *6*(2), e16885. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016885>.

Gesetz über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag (SBGG). (2024). Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/gleichstellung/queerpolitik-und-geschlechtliche-vielfalt/gesetz-ueber-die-selbstbestimmung-in-bezug-auf-den-geschlechtseintrag-sbgg>.

Hayes, P. (2017). Commentary: Cognitive, Emotional, and Psychosocial Functioning of Girls Treated with Pharmacological Puberty Blockage for Idiopathic Central Precocious Puberty [General Commentary]. *Front Psychol*, 8, 44. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00044>.

Heylens, G., Elaut, E., Kreukels, B. P. C., Paap, M. C. S., Cerwenka, S., Richter-Appelt, H., Cohen-Kettenis, P. T., Haraldsen, I. R., & De Cuypere, G. (2014). Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries. *British Journal of Psychiatry*, 204(2), 151-156. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.121954>.

Holterhus, P. M. (2013). Intersexualität und Differences of Sex Development (DSD). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56(12), 1686-1694. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1850-y>.

Immer mehr Länder verbieten Pubertätsblocker für Kinder. DEMO FÜR ALLE. <https://demofueralle.de/2023/12/13/immer-mehr-laender-verbieten-pubertaetsblocker-fuer-kinder/#:~:text=Verboten%20sind%20Pubert%C3%A4tsblocker%20aktuell%20in,erst%20im%20Jahr%202023%20verabschiedet>.

Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Tyolajarvi, M., & Lindberg, N. (2015). Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 9(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0042-y>.

Kendal, B. (2022). *Pubertätsblocker: Was Sie über die Medikamente wissen sollten*. RedaktionsNetzwerkDeutschland. <https://www.rnd.de/gesundheit/pubertaetsblocker-nebenwirkungen-einnahme-wirkung-was-steckt-dahinter-DKJZFE-TU4VFRBNBWNIGPKQ4VY.html>.

Korte, A. (2022). »Es ist hip, trans zu sein«. taz. <https://taz.de/Jugendpsychiater-ueber-Transidentitaet/15845336/>.

Kozłowska, K., McClure, G., Chudleigh, C., Maguire, A. M., Gessler, D., Scher, S., & Ambler, G. R. (2021a). Australian children and adolescents with gender dysphoria: Clinical presentations and challenges experienced by a multidisciplinary team and gender service. *Human Systems: Therapy, Culture and Attachments*, 1(1), 70-95. <https://doi.org/10.1177/26344041211010777>.

Kozłowska, K., McClure, G., Chudleigh, C., Maguire, A. M., Gessler, D., Scher, S., & Ambler, G. R. (2021b). Australian children and adolescents with gender

dysphoria: Clinical presentations and challenges experienced by a multidisciplinary team and gender service. *Human Systems*, 1(1), 70-95. <https://doi.org/10.1177/26344041211010777>.

Kuitenbrouwer, J., & Vasterman, P. (2023). *So fragwürdig ist das Standardverfahren mit Hormonen für Trans-Jugendliche*. DIE WELT. <https://www.welt.de/debatte/kommentare/plus243116625/Hormone-fuer-Trans-Jugendliche-So-fragwuerdig-ist-das-Dutch-Protocol.html>.

Laidlaw, M. K. (2020). *The Pediatric Endocrine Society's Statement on Puberty Blockers Isn't Just Deceptive. It's Dangerous*. Public Discourse. <https://www.thepublicdiscourse.com/2020/01/59422/> (abgerufen am 09.05.2024).

Littman, L. (2018). Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLOS ONE*, 13(8), e0202330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>.

Louis, C. (2024). *England verbietet Pubertätsblocker!* EMMA. <https://www.emma.de/artikel/england-verbietet-pubertaetsblocker-340941>.

Mayer, L. S., & McHugh, P. R. (2016). *Part Three: Gender Identity* (Sexuality and Gender - Findings from the Biological, Psychological, and Social Sciences, Issue 50). The New Atlantis. <https://www.thenewatlantis.com/publications/part-three-gender-identity-sexuality-and-gender>.

McLaughlin, R. (2023). *Das neue Credo – Fünf säkulare Glaubenssätze im Test* (1. Aufl.). Christliche Verlagsgesellschaft Dillenburg.

*Mein Kind ist trans**. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. <https://www.regenbogenportal.de/infoartikel/mein-kind-ist-trans>.

Meyer, G., Boczek, U., & Bojunga, J. (2020). Geschlechtsangleichende Hormontherapie bei Geschlechtsinkongruenz. *Dtsch Arztebl International*, 117(43), 725-732. <https://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=216299>.

Nicolosi, J. (2009). *Shame and Attachment Loss: The Practical Work of Reparative Therapy* (1. Aufl.). InterVarsity Press.

Olson, K. R., Durwood, L., Horton, R., Gallagher, N. M., & Devor, A. (2022). Gender Identity 5 Years After Social Transition. *Pediatrics*, 150(2). <https://doi.org/10.1542/peds.2021-056082>.

Präfrontaler Cortex. Spektrum. <https://www.spektrum.de/lexikon/neurowissenschaft/praefrontaler-cortex/10178>.

Radtke, R. (2023). *Anzahl von Operationen zur Geschlechtsumwandlung in Deutschland in den Jahren 2012 bis 2022*. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/272600/umfrage/anzahl-von-operationen-fuer-geschlechtsumwandlungen-in-deutschland/>.

Reisner, S. L., Veters, R., Leclerc, M., Zaslow, S., Wolfrum, S., Shumer, D., & Mimiaga, M. J. (2015). Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban community health center: a matched retrospective cohort study. *J Adolesc Health, 56*(3), 274-279. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.264>.

Ruble, D. N., Taylor, L. J., Cyphers, L., Greulich, F. K., Lurye, L. E., & Shrout, P. E. (2007). The Role of Gender Constancy in Early Gender Development. *Child Development, 78*(4), 1121-1136. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01056.x>.

Schore, A. N. (2002). Dysregulation of the Right Brain: A Fundamental Mechanism of Traumatic Attachment and the Psychopathogenesis of Posttraumatic Stress Disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 36*(1), 9-30. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.00996.x>.

Schore, A. N. (2003). *Affect Dysregulation and Disorders of the Self* (1. Aufl.). Norton Professional Books.

Selbst über das eigene Geschlecht bestimmen. (2024). Die Bundesregierung. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/tipps-fuer-verbraucher/selbstbestimmungsgesetz-2215426>.

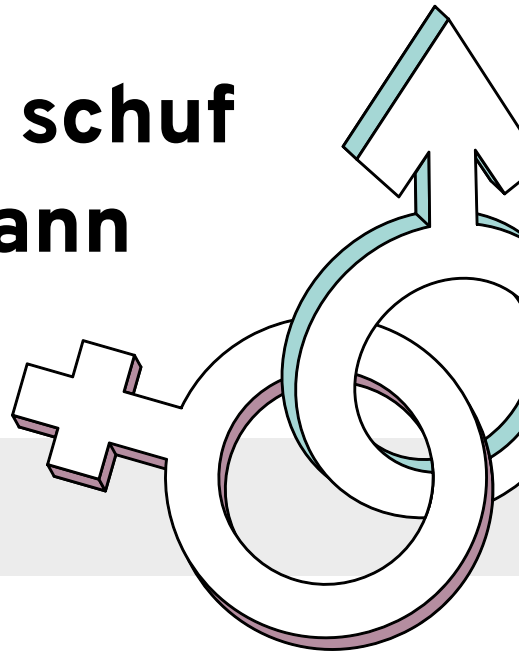
Twohey, M., & Jewett, C. (2022). *They Paused Puberty, but Is There a Cost?* The New York Times. <https://www.nytimes.com/2022/11/14/health/puberty-blockers-transgender.html>.

Van Maren, J. (2019). *Doctor says teen «trans» girls getting mastectomies can «go and get» new breasts later in life if they change their mind*. THE BRIDGEHEAD. <https://thebridgehead.ca/2019/04/22/doctor-says-teen-trans-girls-getting-mastectomies-can-go-and-get-new-breasts-later-in-life-if-they-change-their-mind/>.

Van Mol, A., Laidlaw, M. K., Grossman, M., & McHugh, P. (2020). *Correction: Transgender Surgery Provides No Mental Health Benefit*. Public Discourse. <https://www.thepublicdiscourse.com/2020/09/71296/>.

4 Und Gott schuf sie als Mann und Frau

DR. MED. MATTHIAS KLAUS



Wer einen Blick in die Wissenschaft wirft, wird feststellen, dass sie die biblische Schöpfungsordnung bestätigt. Wo die Schöpfungsordnung gelebt wird, wird die Möglichkeit geschaffen, dass Kinder und Jugendliche sich gesund entwickeln. Wo die durch die Schöpfung zugewiesenen Aufgabenfelder negiert, ja gar bewusst ins Gegenteil verkehrt werden, hat dies tragische (Langzeit-)Folgen für die Betroffenen und ihr Umfeld. Anstatt die Probleme zu lösen, werden diese verstärkt.

Daher bleibt zum Schluss die Frage zu stellen: Wie sollten wir durch diese stürmischen Zeiten navigieren?

Nach 1. Mose 1,27 ist der Mensch immer nur in der Existenzweise als Mann oder Frau denkbar: »Und Gott schuf den Menschen in seinem Bild, im Bild Gottes schuf er ihn; Mann und Frau schuf er sie.« Jesus bestätigt die Binarität der Geschlechter, indem er den Schöpfungsbericht aufgreift und bekräftigt (Matthäus 19,4). Es

bedeutet, dass das Menschsein nach dem göttlichen Design immer nur als Mann oder Frau ausgestaltet werden kann.

Dabei macht die Bibel von Anfang an klar, dass Männer und Frauen gleichwertig sind. Sie sind beide im Bild Gottes, als *imago dei*, geschaffen. Dies wird neutestamentlich mehrfach bestätigt (siehe unter anderem Kolosser 3,10). Diese Gleichwertigkeit gilt allen voran in Bezug auf die Heilsfragen. Hier gibt es vor Gott keine Unterschiede – der Mann und die Frau stehen je einzeln vor Gott und müssen sich vor ihm verantworten. Jeder Einzelne ist auf die Gnade Gottes angewiesen und kann nur durch diese gerechtfertigt vor Gott dastehen.

In diesem Zusammenhang ist die Stelle aus Galater 3,27-28 zu verstehen. Paulus behandelt die Frage, ob es für das Heil in Christus von Bedeutung ist, ob man Jude oder Grieche ist oder, anders formuliert, ob man das Gesetz vom Sinai befolgt oder nicht. Seine Antwort: Für die Rettung in Christus ist die Zugehörigkeit zum Judentum, der soziale Status und die Geschlechtszugehörigkeit nicht von Bedeutung. »Denn ihr alle, die ihr auf Christus getauft worden seid, ihr habt Christus angezogen. Da ist nicht Jude noch Grieche, da ist nicht Sklave noch Freier, **da ist nicht Mann und Frau**; denn ihr alle seid einer in Christus Jesus.«

Obleich die Bibel die *Gleichwertigkeit* von Mann und Frau proklamiert, macht sie zugleich deutlich, dass Männer und Frauen nicht *gleichartig* sind. Ihnen werden unterschiedliche Aufgaben und Rollen zugeordnet. Die Tatsache, dass Gott Mann und Frau mit unterschiedlichen Fähigkeiten geschaffen hat und ihnen unterschiedliche Aufgaben zuweist, berührt nicht die Tatsache, dass sie völlig gleichwertig vor Gott sind (vgl. Titus 2,1-10)¹⁰⁷.

Gott schuf also den Menschen als Mann und Frau. Und doch kann es aus unterschiedlichen Gründen dazu kommen, dass insbesondere Kinder und Jugendliche eine Verunsicherung hinsichtlich ihrer geschlechtlichen Zuordnung empfinden.

Kinder stärken

Wie nun können Risikofaktoren für eine Geschlechtsidentitätsstörung möglichst begrenzt werden? Kinder und Jugendliche benötigen feste Anker ihrer Identität, um einer Störung ihres Geschlechtsempfindens vorzubeugen oder mit einer etwaigen Verunsicherung richtig umzugehen. Allen voran benötigen sie intakte Familien, in denen sie umfassend und vorbehaltlos geliebt werden. Diese Zuwendung darf nicht von ihren individuellen Verhaltensweisen und Leistungen abhängig gemacht werden. Hierfür ist eine Erziehung notwendig, die aus Liebe heraus klare (altersadaptierte) Grenzen und Strukturen vorgibt. In Bezug auf geschlechtsspezifische Fragen ist es wichtig, dass überzogene Klischees, wie Farben oder Aktivitäten, die vermeintlich typisch jungen- oder typisch mädchenhaft sind, nicht als starre Muster interpretiert werden. Kinder müssen verstehen, dass ein Mädchen sich nicht darüber definiert, dass sie mit Puppen spielt, sondern darüber, dass sie ein Mädchen ist, weil sie von Gott als Mädchen erschaffen wurde. Ein Junge ist nicht erst dann ein wahrer Kerl, wenn er stundenlang auf dem Bolzplatz kickt, sondern allein deshalb, weil Gott ihn als Jungen geschaffen hat. Die große Streubreite von unterschiedlichen Vorlieben und Verhaltensweisen sollte dabei mit Weisheit gefördert und gelenkt werden.

Kinder und Jugendliche benötigen feste Anker ihrer Identität.

Die Kinder und Jugendlichen sollten ermutigt werden, indem die Eltern durch das eigene Vorbild vorangehen und Farbe bekennen. Die eigenen Kinder müssen auf die Genderthematik vorbereitet werden. Dafür ist es wichtig, dass zuerst die Eltern das Thema mit den Kindern besprechen und es nicht den Erziehern oder Lehrern überlassen.¹⁰⁸

Dabei können wir mit ihnen gemeinsam die Gender-Fragestellungen anhand der Bibel und guten Sachbüchern altersgerecht bearbeiten. Als Familien müssen wir über dieses Thema mit unseren Kindern im Austausch sein. Durch diese gemeinsame Auseinandersetzung können wir ihnen für die Konfliktlinien in der Schule gute Argumente an die Hand geben, die sie so klar im Inhalt und barmherzig im Ton als eigene Überzeugung vertreten können.¹⁰⁹

In der Schule kommt es erfahrungsgemäß stark auf die jeweiligen Lehrer, das pädagogische Konzept der Schule und darauf an, ob betroffene Mitschüler in der Klasse sind, wie stark die Genderdebatte im Schulalltag zum Tragen kommt. Auch wenn mit einer Äußerung unserer Kinder eventuell eine schlechtere Benotung einhergeht, können wir ihnen vermitteln, dass es auch in dieser Diskussion auf Gottes Urteil und nicht das Urteil anderer Menschen ankommt. So mancher Schüler erlebte schon, dass er sich mutig dazu äußerte und sich erst dadurch weitere Schüler trauten, ihre Meinung dazu offen mitzuteilen. Wenn wir dabei betonen, dass es uns im Sinne der Nächstenliebe darum geht, dass wir diesen Menschen aufrichtig helfen und sie damit (wie viele Studien belegen) vor weiterem Schaden schützen wollen, haben wir starke Argumente auf unserer Seite.

108 Als Begleitbuch eignet sich hierbei z. B. Machowski, M. (2024). *Jungen und Mädchen. Wie Kinder ihr Geschlecht als Gottes Geschenk schätzen lernen*. Verbum Medien.

109 Siehe konkrete Hilfestellungen für unterschiedliche Altersbereiche in Klaus, T. (2023). *Kinder stark machen. Dem Genderwahn mit Hilfe von Gottes Wahrheit begegnen*. CDK Magazin, 88.

Die häufigste Auseinandersetzung in der Schule und im weiteren Umfeld erfolgt erfahrungsgemäß nicht mit Geschädigten der Transideologie, sondern mit Aktivisten, die ihrerseits keine Probleme im Umgang mit ihrem Geschlechtsverständnis eingestehen. Statt die Probleme der Transideologie unter den Teppich zu kehren, sollten wir uns mit besonders viel Liebe und Realitätssinn den betroffenen Menschen zuwenden, die sich im falschen Körper sehen. Nur zu oft stehen dahinter – wie bereits ausgeführt – eine andere Not, die Sehnsucht nach Liebe, Annahme und Geborgenheit oder psychische Probleme.

Ein Jugendlicher mit Genderdysphorie erhofft sich von der Transbehandlung einen Ausweg aus seinen widerstreitenden Gefühlen, seinen Depressionen und Angstzuständen. Nur zu oft erfüllen sich die Heilsversprechen der Transbehandlungen nicht und es gibt nach zahlreichen medikamentösen und chirurgischen Eingriffen ein ernüchtertes Erwachen.

Nur zu oft stehen dahinter – wie bereits ausgeführt – eine andere Not, die Sehnsucht nach Liebe, Annahme und Geborgenheit oder psychische Probleme.

Die wahre Ursache behandeln

Dagegen dürfen wir die hoffnungsvolle Botschaft weitergeben, dass es einen echten Ausweg aus der Genderdysphorie gibt. Jede Seele sucht nach Erfüllung, nach einem festen Halt. Es gibt jemanden, der den Menschen umfassend versteht und weiß, was seine wahren Bedürfnisse sind – und das ist Gott selbst, der von sich sagt: »Ich bin der Weg und die Wahrheit und das Leben« (Johannes 14,6).

Die Vorgabe der aktuellen Medizin in Deutschland und der Transbehandlung seitens der WHO¹¹⁰ trägt die Bezeichnung »trans-affirmativ«. Es gibt nach dieser Vorstellung nur die Möglichkeit, ein Kind in seinem Wunsch, im anderen Geschlecht zu leben, zu bestätigen. Diesen Wunsch kritisch zu hinterfragen, wird zunehmend problematisiert und häufig mit dem Begriff der »Transphobie« abgestempelt.

Es gehört Mut dazu, nicht die allseits propagierte, im wörtlichen Sinne oberflächliche Therapie der Transbehandlung zu bestätigen. Aus Liebe zu den Betroffenen ist es unsere Pflicht, die wahren Nöte dieser Menschen zu sehen und diese mit ihnen gemeinsam zu dem zu bringen, der die Schreie einer leidenden Seele hört und beantwortet: »Ich schütte meine Klage vor ihm aus, meine Bedrängnis tue ich vor ihm kund. [...] **Ich habe ja niemand, der mich erkennt**; verloren ist mir jede Zuflucht, **niemand fragt nach meiner Seele**. Zu dir habe ich geschrien, Herr! Ich habe gesagt: **Du bist meine Zuflucht**, mein Teil im Land der Lebendigen« (Psalm 142,3.5-6).

110 Vgl. *Gender incongruence and transgender health in the ICD*. World Health Organization. <https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/gender-incongruence-and-transgender-health-in-the-icd> (abgerufen am 14.05.2024).

Literaturverzeichnis

Gender incongruence and transgender health in the ICD. World Health Organization. <https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/gender-incongruence-and-transgender-health-in-the-icd>.

Klaus, T. (2023). Kinder stark machen. Dem Genderwahn mit Hilfe von Gottes Wahrheit begegnen. *CDK Magazin*, 88.

Machowski, M. (2024). *Jungen und Mädchen. Wie Kinder ihr Geschlecht als Gottes Geschenk schätzen lernen.* Verbum Medien.

Anhang

Definitionen

Von einer **Genderdysphorie** spricht man, wenn das »empfundene Geschlecht« mit dem biologischen Geschlecht nicht übereinstimmt. Personen bezeichnen sich dann als geschlechtsdysphorisch bzw. genderdysphorisch.

Als **Transition** bezeichnet man den Wechsel vom biologischen Geschlecht in das »empfundene Geschlecht«. Man unterteilt die Transition in soziale und medizinische Maßnahmen.

Zur **sozialen Transition** gehört beispielsweise das Tragen von gegen geschlechtlicher Kleidung oder das Annehmen eines anderen geschlechtsspezifischen Namens.

Die **medizinische Transition** umfasst die Einnahme von Pubertätsblockern und/oder Hormonpräparaten sowie geschlechtsangleichende Operationen.

Ein **Transitioner** (engl.) ist eine Person, die die soziale als auch die medizinische Transition durchlaufen hat.

Ein **Non-Transitioner** ist eine Person, die geschlechtsdysphorisch ist, aber (noch) keine Transition durchlaufen hat.

Im **binären** System gibt es zwei Geschlechter: Mann und Frau. Jeder Mensch ist einem dieser Geschlechter zugeordnet.¹¹¹

Identifiziert sich eine Person weder als männlich noch als weiblich, wählt sie den Ausdruck **non-binär**.

111 Die Zahl der intersexuellen Menschen in Deutschland wird auf 8 000 bis 10 000 geschätzt. Bei einer Einwohnerzahl von 83 Millionen entspricht der Anteil der Intersexuellen derzeit 0,01 bis 0,012 %. Holterhus, P. M. (2013). Intersexualität und Differences of Sex Development (DSD). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56(12), 1686-1694. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1850-y>.