

I. Geschlechtliche Selbstbestimmung

Der Selbstbestimmung von Trans*-zum Durchbruch verhelfen¹

Anne Alex & Diana Demiel²

I. Internationale Kampagne »Stop Trans*-Pathologisierung«

Um die Revisionsprozesse des Handbuchs der Amerikanischen Psychiater_innenorganisation (APA, 2000) und des Internationalen Krankheitsklassifikationssystems ICD der Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen (WHO) kritisch zu begleiten und die Pathologisierung von Trans* zu beenden, entwickelte sich 2007 in Spanien (und Frankreich) die Internationale Kampagne »Stop Trans*-Pathologisierung« (Internationale STP-Kampagne). Sie wollte gegen die Auswirkungen von Transphobie mobilisieren, die internationale Gegenwehr und die Selbsthilfe von Trans* sowie die Vernetzung von Trans*-Gruppen anregen. Ein Ziel des STP-Netzwerkes und seiner gleichnamigen Kampagne war eine weltweite soziale Mobilisierung, die darauf aufmerksam machen sollte, dass Trans*-Ausdrucksweisen und -Identitäten in den internationalen Krankheitskatalogen als psychische Störungen angesehen werden. Dieses erste Ziel wurde erreicht. Der Kampf zur Beendigung der Pathologisierung der Trans*-Identitäten ist zu ei-

-
- 1 Hinweis: Im Anschluss an diesen Beitrag findet sich ein kurzes Glossar, in dem die im Beitrag verwendeten Abkürzungen und einige zentrale Begriffe erläutert werden.
 - 2 Anne Alex und Diana Demiel sind Mitstreiter_innen des Berliner STP-Bündnisses, das im Jahr 2010 entstand. Das Bündnis besteht aus LSBTIQ- und CIS-Personen, die in queer-feministischen, psychiatriekritischen, antifaschistischen, antirassistischen, Erwerbslosen- und anderen emanzipatorischen und sozialen Gruppen aktiv sind. Sie wollen die Anliegen der internationalen Trans*-Bewegung zur Selbstbestimmung von Trans* in sozialen Bewegungen publik machen, ihre Ziele dort implementieren und solidarische gegenseitige Unterstützung entwickeln.

nem wichtigen Thema in der Agenda von vielen Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Trans*-, Inter*- und queeren Personen (LSBTIQ) geworden. Das Thema wurde ebenso in einigen internationalen Organisationen für Menschenrechte, in einigen öffentlichen Verwaltungen, bei Sozialwissenschaftler_innen, Ärzt_innen und Psychiater_innen und anderen Initiativen aufgegriffen.

Hauptziel ist die Beendigung der Pathologisierung von Trans*-Identitäten, konkret die Streichung der stigmatisierenden Diagnose-Kategorien aus den Krankheitskatalogen. Trans*-Identitäten müssen von einem medizinisch-psychiatrischen Krankheitsbegriff gelöst werden. Strukturell bedeutet das ein Abgehen von der herrschenden Zweigeschlechternorm und die Anerkennung von Geschlechtervielfalt. Um internationale und nationale Regelungen für eine menschenrechtlich adäquate und entpathologisierende Gesundheitsversorgung zu ermöglichen, müssen die Verquickungen von Psychiatrie und einer Trans*-Gesundheitsversorgung getrennt werden. Gegebenenfalls benötigte medizinische Optionen sollten in einem eigenen Kapitel der ICD ähnlich wie Schwangerschaft und Geburt definiert werden. Dies sind Bedingungen für eine selbstbestimmte Trans*-Gesundheitsversorgung, für eine Veränderung des kulturellen Verständnisses von Trans* und für ein nicht diskriminierendes Verhalten in der sozialen Umwelt. Ebenso sollte eine gesetzliche Regelung zur Änderung des Personenstandes (Änderung des Geschlechtseintrages im Geburtsregister und anderen behördlichen Dokumenten) unabhängig von medizinisch-psychiatrischen Diagnosen oder Behandlungen erfolgen.

Beeinflusst wurde die Trans*-Bewegung von den Kämpfen der Homosexuellen seit den 1970er Jahren, an denen auch Trans*-Personen beteiligt waren. Im Jahre 1990 wurde eine Streichung der Homosexualität als Kategorie psychischer Krankheit aus den internationalen Katalogen erwirkt.

Die in Spanien arbeitende Koordinierungsgruppe der Internationalen STP-Kampagne informiert über aktuelle Veränderungen und Beschlüsse zu den o.g. Handbüchern, erarbeitet Manifeste der Kritik und mobilisiert seit 2009 jedes Jahr Trans*-Initiativen und Netzwerke zu einem internationalen Aktionstag im Oktober.

»Im Oktober 2014 fanden mehr als 90 Aktionen in 45 Städten in verschiedenen Weltregionen statt, koordiniert von 108 Gruppen und Organisationen im Rahmen des STP-Aufrufes. Außerdem unterstützen 390 Gruppen, Organisationen und Netzwerke in Afrika, Asien, Europa, Lateinamerika, Nordamerika und Ozeanien die Kampagne (Oktober 2014)«. ³

3 <http://www.stp2012.info/old/de> (20.11.2015).

Sie interveniert in überstaatlichen Gremien (z.B. WPATH) und Institutionen (z.B. EU-Parlament), um Unterstützung für ihre Forderungen zu gewinnen. In Zusammenarbeit mit Trans*-NGOs wie der europäischen Trans*-Organisation Trans-Gender-Europe (TGEU), dem internationalen Netzwerk »Global Action for Trans* Equality« (GATE) oder regionalen Gruppen wie Gender Dynamix aus Südafrika sowie mit anderen Menschenrechtsorganisationen nimmt sie Impulse aus Menschenrechtsdebatten, z. B. des EU-Menschenrechtskommissars und den Yogyakarta-Prinzipien, auf.

II. Voraussetzungen und Folgen

Die Krankheitsklassifikationssysteme

Das diagnostische und statistische Handbuch psychischer Störungen DSM ist ein Krankheitsklassifikationssystem, das die APA erstmals 1952 in den USA herausgab. Es enthält nationale Krankheitsnormen für die USA. Eine deutsche Übersetzung existiert seit 1996. Die inhaltliche Bestimmung des DSM unterliegt der APA, um psychiatrische Diagnosen für klinische Anwendungen handhabbar zu machen, um die Finanzierung von Medikamenten und Therapien zu klären und selbige für Patient_innen und US-Versicherungsgesellschaften abzurechnen. Interessanterweise sollen alle Katalog-Autor_innen von der Pharmaindustrie finanziell unterstützt werden.

»Jörg Blech weist in seinem Artikel (Blech, 2013) darauf hin, dass 70 Prozent der aktuellen DSM-Autoren als Berater für Pharmafirmen arbeiten. Der DSM betreibe »Seelsorge für die Industrie«, in dem er gesellschaftlich nicht erwünschte, störende Verhaltensweisen pathologisiere und damit für eine medikamentöse Behandlung zurechtrücke« (Eisenberg, 2014).

Der DSM umfasst verschiedene psychiatrische Diagnose-Kategorien wie z. B. »Störungen in Kindheit und Jugend«, »substanzinduzierte Störungen« oder »Schizophrenie u. a. psychotische Störungen«. Unter Kategorie 8. werden im DSM IV »Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität« aufgeführt.

Ein anderer weltweit anerkannter Krankheitskatalog ist die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD), die von der WHO herausgegeben wird. In Deutschland gibt es wie in anderen Ländern modifizierte Versionen. Die ICD-10 hat eine interkulturelle

Perspektive und zielt auch auf die Anwendung in der »Dritten Welt«. Seit 1952 ist eine massive Ausweitung der Diagnosen im ICD zu beobachten: Während es damals ca. 50 Diagnosen gab, sind es heute bereits mehr als 350. Die Diagnose F.64 »Störungen der Geschlechtsidentität«, in dem Abschnitt »Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen« aufgeführt, wurde mit der Option ausgeweitet, Psychiater_innen einen weiteren Interpretationsspielraum zu geben. Die ICD-10 hat eigene und andere Klassifikationsschlüssel als das DSM. Der Anwendungsbereich des DSM liegt stärker in der U.S.-amerikanischen klinisch-psychologischen Forschung, der der ICD hingegen in den verschiedenen medizinisch-psychologischen Einrichtungen für Diagnosen und deren Klassifizierung.

Der Störungsbegriff

Der Begriff »psychische Krankheit« wurde im ICD-10 durch »psychische Störungen« ersetzt. Ersterer Begriff bezeichnete eine (quasi lebenslang) feststehende Krankheit: »psychische Störung« hingegen weist auf seelische bzw. psychische Zustände verschiedener Grade hin sowie auf deren temporären Charakter.

»Psychische Störungen [zeigen] einen klinisch erkennbaren Komplex von Symptomen [...] an, die immer auf der individuellen und oft auch auf der Gruppen- oder sozialen Ebene mit [...] Beeinträchtigungen von Funktionen verbunden sind« (Dilling et al., 1998, S. 37).

In Folge von länger dauernden psychischen Beeinträchtigungen können Behinderungen entstehen, die von der WHO »als verminderte Bewältigungsfähigkeit von Alltagsaktivitäten definiert« sind (ebd., S. 23).

»Aus streng naturwissenschaftlicher Perspektive wird die psychiatrische Theorie oft als uneindeutig, irrational, willkürlich und nicht wissenschaftlich« (Shorter, 1999) angesehen. Die Validität dieser psychischen Diagnosen wird von einigen renommierten Expert_innen verneint.

»Die Stärke jeder dieser Ausgaben des DSM war »Reliabilität« – jede Edition stellte sicher, dass Kliniker dieselben Begriffe in derselben Weise benutzten. Seine Schwäche ist sein Mangel an Validität. Anders als bei unseren Definitionen der Ischämischen Herzkrankheit [...] beruhen die DSM-Diagnosen auf dem Konsens über Muster klinischer Symptome, nicht auf [...] objektiven Labor-Daten. In der übrigen Medizin wurden [...] symptom-basierte Diagnosen [...] im letzten halben

Jahrhundert weitgehend ersetzt, weil wir verstanden haben, dass Symptome selten die beste Wahl der Behandlung anzeigen. Patienten mit psychischen Störungen haben Besseres verdient« (Insel, 2013).

Eine sichere psychiatrische Diagnosestellung nach den Kriterien von ICD bzw. DSM ist oft unmöglich. Denn subjektive Empfindungen wie Stimmungen, Weltanschauungen, Identitätsgefühle sind weder äußerlich sichtbar noch objektivierbar und deshalb nicht diagnostizierbar, ebenso wenig wie das geschlechtliche Empfinden. Psychodiagnostik kann »nur im Dialog und im Beziehungserleben des/der Therapeuten_in« (Güldenring, 2013, S. 12) »zum/zur Patienten_in aus der subjektiven Sicht des/der Therapeuten_in wahrgenommen und beschrieben werden« (ebd., S. 11f.).

Geschlechtsidentitätsstörung

Die unter F64 im ICD 10 aufgeführten »Störungen der Geschlechtsidentität« werden unterteilt in F64.0 »Transsexualismus«, F64.1 »Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen«, F64.2 »Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters«, F64.8 Sonstige Störungen der Geschlechtsidentität etc. (Demiél, 2014, S. 46f.).

Der Begriff »Geschlechtsidentität« umschreibt das subjektiv empfundene Geschlecht einer Person, das zwar nicht an »Äußerlichkeiten« (Körpermerkmalen, Kleidung, Verhalten etc.) direkt erkennbar ist, aber durch psychiatrische Diagnosen letztlich daran »festgemacht« und somit festgeschrieben wird. Der Begriff und weitere Unterbegriffe unterstellen, dass Trans*-Identitäten im Einzelfalle ein »regelwidriger, vom Leitbild des gesunden Menschen abweichender Körper- und Geisteszustand« (BSG 1 RK 14/92, S. 72, 96, 98) sind. Dies vermittelt die Norm, nach der es nur Männer oder Frauen in einer Gesellschaft geben würde. Vermeintliche Abweichungen von der Zweigeschlechterordnung werden als krankhaft angesehen. Die Medizin bietet daher Unterstützung zu einer angeblichen Geschlechtsangleichung an: als »Männlichkeitsmerkmale« definierte Phänomene zu einem »Frau-Sein« (oder umgekehrt scheinbare »Weiblichkeitsmerkmale« zu einem »Mann-Sein«) durch operative, hormonelle und andere Maßnahmen »anzugleichen«, um somit wieder Ordnung im binären Geschlechtersystem zu schaffen. Nach dem psychiatrischen Weltbild leben Trans* Menschen im »falschen Körper«, der durch medizinisch-psychiatrische Interventionen korrigiert werden sollte und dessen »Wahrheit« quasi erst durch »Begutachtung«

bestätigt werden müsse: ein Prozess, der einem Ritual zwischen forensischer Ermittlung und katholischer Beichte gleicht. Für zwischen den Geschlechtern sich »verortende« Transgender und die reale Vielfalt anderer geschlechtlicher Ausdrucksweisen gibt es in diesem starren System keinen Platz.

Folgen für Trans*-Personen

Auf der Basis dieser Festschreibungen werden Trans*-Personen als krank nicht nur im psychischen, sondern auch im körperlichen Sinne, in der sozialen Interaktion und in der kulturellen Dimension angesehen. Dies ist eine Grundlage von Transphobie als einer Form der strukturellen Gewalt. Menschen mit einem geschlechtsuneindeutigen Auftreten werden überdurchschnittlich häufig Opfer von trans- und homophober Gewalt, deren Zahl erschreckend zunimmt. Das »Trans Murder Monitoring Projekt« der TGEU zählte anlässlich des »Transgender Day of Remembrance« (TDOR), einem jährlichen Gedenktag, insgesamt 1612 gemeldete Morde an Trans* Menschen in 62 Ländern aus allen Kontinenten vom 1. Januar 2008 bis zum 1. Oktober 2014.

Die meisten Morde von Trans*-Menschen werden aus Mittel- und Südamerika registriert (ca. 80%). In Europa wurden 90 Morde an Trans*-Menschen aus 13 Ländern berichtet, davon 37 aus der Türkei und 27 aus Italien.

Die Transphobie geht mit individuellen und gruppenspezifischen Stigmatisierungen einher und erzeugt (Mehrfach-)Diskriminierungen. Diese Tatsachen drängen Trans*-Personen an den Rand der Gesellschaft. Sie grenzen aus der Erwerbsarbeit, ja oftmals sogar aus der Möglichkeit, eine Wohnung zu mieten, aus. In vielen Teilen der Welt haben Trans*-Personen keinen Zugang zu öffentlich finanzierten trans*-spezifischen Gesundheitsleistungen (Hormone, Operationen etc.). In nur wenigen Ländern existieren Gesetze zur Personenstandsänderung, z. B. in der BRD das Transsexuellengesetz (TSG). Psychiatrische Gutachten mit entsprechend stigmatisierenden Diagnosen sind ebenso Voraussetzung, wie in anderen EU-Ländern oft bürger- und menschenrechtsverletzende Sterilisation oder Genitaloperationen vorausgesetzt werden. Die auch im TSG ursprünglich verlangte Sterilisation wurde vom Bundesverfassungsgericht im Jahr 2011 als nicht verfassungsgemäß gerügt und findet seither keine Anwendung mehr. In anderen Ländern wiederum gibt es immer noch ein gesetzliches Verbot von Genitaloperationen und/oder Crossdressing (STP, 2012, S. 3). Der Stigmatisierung »psychisch gestört« folgen weitere Diskriminierungen im Gesundheitswesen selbst. Folge sind Selbstmedikation und Selbstbehandlungen (z. B. mit indus-

triellem Silikon) sowie medizinische Behandlungen unter unhygienischen und risikobehafteten Bedingungen. »Konversionstherapien« (zur »Angleichung« des Verhaltens an das sog. Geburtsgeschlecht) und andere Formen von institutionalisierter Gewalt und nicht auf Konsens beruhende »Therapien« negieren das Menschenrecht auf Selbstbestimmung und freie Entfaltung der Persönlichkeit.

III. Kritik und Forderungen

Selbst kritische Psychiater_innen sind der Ansicht, dass sich Trans*-Identität nicht begutachten lässt. Bis heute gibt es keinen Nachweis, keine wissenschaftliche Untersuchung, die belegt, dass Trans*-Identität eine psychische Störung sein könnte. Im Gegenteil: Seit fast 100 Jahren stellen Psychotherapeut_innen und Psychiater_innen unter anderem fest, dass Trans*-Menschen nicht therapierbar sind bzw. sich Transidentität durch Psychotherapie nicht ändern lässt. Empirische Untersuchungen belegen auch, dass Trans*- Personen nicht »psychisch gestörter« sind als andere Menschen.

»Dipl.-Psych. Dr. rer. nat. Kurt Seikowski von der Gesellschaft für Sexualwissenschaft e.V. untersuchte Trans*-Menschen auf ihre psychische Gesundheit: In einer Untersuchung an 95 Männern, ... und 76 Frauen, [...] wurden sie auf psychosomatische Beschwerden, Verhaltensprobleme, Persönlichkeitsmerkmale und »neuroserrelevante Einschränkungen im zwischenmenschlichen Bereich« abgeklopft« (Atme, 2012, S. 16ff.).

»Daraus lässt sich einfach folgern: Transsexuelle sind psychisch so normal wie du und ich« (Demiel, 2014, S. 48).

»Natürlich kann man »Trans*« aus psychiatrischer Sicht gar nicht begutachten. Begutachtung bedeutet, dass Tatsachen objektiviert werden. Genau dies ist bei »Trans*« nicht möglich, es gibt keinerlei objektivierbare Kriterien, anhand deren objektiv festgestellt werden könnte, ob jemand transsexuell ist oder nicht. Es gibt keinen Test oder/und auch keine sonstige Untersuchungsmethode, die eine solche Unterscheidung ermöglicht« (Haupt, 2013a, S. 117).

»»Diagnostik mit der Schlüsselgewalt eines ICD-Schlüssels läuft Gefahr, »Menschen mittels an Stereotypen orientierten Beurteilungen zu kategorisieren, in dem nach Ankreuzen einer Anzahl von Symptomen Abweichungen von der Norm be-

stimmt werden«. [Denn die – d.V.] psychiatrische Diagnostik misst somit das »Non-Konforme«, »Abweichende« und das Ungewöhnliche« (Pohlen, Bautz-Holz Herr 2001) »nach durchschnittlichen Maßstäben, setzt [sie – d.V.] vielfach mit Krankhaftem, somit Behandlungsbedürftigem« (Güldenring, 2013, S. 12) gleich« (Alex & Demiel, 2014, S. 89f.).

Die Internationalen STP-Kampagne fordert deshalb:

- die Streichung der Kategorie »Geschlechtsidentitätsstörung« und ihrer weiteren Bestimmungen aus dem DSM und die völlige Streichung der Blöcke/Kategorien F64, F65.1 und F66 im Kapitel V des ICD,
- das Recht ein, Namen und Geschlechtsangaben in den offiziellen Dokumenten zu verändern, ohne Notwendigkeit einer medizinischen oder psychologischen Überprüfung;
- das Recht ein, »frei darüber entscheiden zu können, ob wir unsere Körper verändern wollen oder nicht bzw. wie weit, und unsere Entscheidung ohne institutionelle, politische und ökonomische Blockaden« und jegliche medizinische Zwänge zu treffen,⁴
- dass die Gesundheitssysteme gegen den Begriff »Störung der Geschlechtsidentität« unter Anerkennung der Transphobie, die der aktuellen Klassifizierung zugrunde liegt, Position beziehen und dass sie die klinischen Protokolle der Transsexualität verändern und die psychiatrische Begutachtung zu einem unnötigen Schritt sowie die psychotherapeutische Begleitung zu einer freiwilligen Option machen. »Wir fordern auch die Einstellung der Operationen an intersexuellen Neugeborenen.«
- dass »der Zugang zur Arbeitswelt und die Entwicklung spezifischer Politiken garantiert werden, um der Marginalisierung und Diskriminierung unseres Kollektivs ein Ende zu setzen«,
- »Gesundheits- und Sicherheitsbedingungen für die Sexarbeit und das Ende polizeilicher Verfolgung von Sexarbeiter_innen sowie das Ende des Menschenhandels«,
- »die unmittelbare Erteilung politischen Asyls« für migrierte Trans*-Personen, die auf der Flucht vor Situationen extremer Gewalt in unser Land kommen, und fordern gleichzeitig die vollständige rechtliche Gleichstellung der migrierten Personen. »Wir klagen die Auswirkungen der aktuellen Ausländerpolitik auf die sozial verletzlichsten Sektoren an.«
- uns nicht als Opfer zu betrachten, sondern als

4 Vgl. http://www.stp2012.info/old/de/news#erklaerung_abril2010 (20.11.2015).

»Personen, die über ihre eigene Identität aktiv bestimmen. Wir wollen auch an alle Aggressionen und Mordfälle an Trans*- Personen sowie an Selbstmorde von Trans*-Personen erinnern, die durch Transphobie ausgelöst wurden. Wir weisen auf die Schuld des Systems an diesen Gewaltakten hin. Das Schweigen bedeutet Komplizenschaft.

Schließlich wollen wir die extreme Starrheit offensichtlich machen, mit der sich das Binom Mann/Frau als einzige und ausschließliche Kategorie aufzwängt, ein Binom, das konstruiert ist und infrage gestellt werden kann. Allein unsere Existenz zeigt die Falschheit der Polarisierung und weist auf eine verschiedenartige und vielfältige Realität hin. Eine Vielfalt, die wir heute würdigen.«⁵

IV. Vorschläge

Zur Gewährleistung von öffentlich finanzierten Behandlungen schlug die Internationale STP-Kampagne im Jahr 2012 die Einführung einer nicht pathologisierenden Nennung von trans*-spezifischer Gesundheitsversorgung im ICD 11 vor – als eines Gesundheitsprozesses, der nicht auf Krankheit beruht. Aus einer Entpathologisierungs- und Menschenrechtsperspektive soll in das Kapitel XXI des ICD 11 »Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen« ein neuer Abschnitt für eine Trans*-Gesundheitsversorgung eingeführt werden. Das soll garantieren, dass die »Trans*-Gesundheitsversorgung« das selbstbestimmte Geschlecht einer Person unabhängig vom im Allgemeinen bei der Geburt zugewiesenen Geschlechtes anerkennt und bestätigt. Der Zugang zu »geschlechtsangleichenden« Behandlungen (Hormone, Brust-Operation, Hysterektomie, Genitaloperation, operative Nachsorge etc.) und allgemeiner Gesundheitsversorgungen, die Trans* betreffen (gynäkologische/urologische Vorsorge, reproduktive Gesundheit, Beratung und Psychotherapie etc.) soll freiwillig in einem Modell von Information, Beratung und aufgeklärter Einwilligung ohne psychiatrische Begutachtung erfolgen. Das schließt ein Recht für Kinder und Jugendliche auf Zugang zur Trans*-Gesundheitsversorgung mit ein, das zugleich vor nicht konsensuellen Behandlungen schützt und eine Medizinalisierung von vielfältigen Geschlechts-Ausdrucksweisen vermeidet.

Der Vorschlag enthält wesentliche Aspekte zur Förderung der geschlechtlichen, sexuellen und reproduktiven Selbstbestimmung von Trans*-Personen. Diese

5 Vgl. <http://www.stp2012.info/old/de/manifest> (20.11.2015).

beinhalten eine selbstbestimmte Vornamen- und Personenstandsänderung ohne psychologische Gutachten, einen selbstbestimmten Zugang zur Gesundheitsversorgung und Hormonen, eine Selbstbestimmung des Ziels und der Dauer des Transitionsprozesses entgegen einem staatlich autoritär gesetzten Zieles der Normalisierung, die Selbstbestimmung medizinischer Maßnahmen sowie nicht diskriminierende Gesundheitsangebote körperlicher und psychologischer Natur. Dazu zählt ebenfalls ein Offenbarungsschutz, der den Datenschutz und den Schutz der Privatsphäre beim »Passing« (Anerkennen der selbstbestimmten Geschlechtsidentität durch andere) beinhaltet (Hamm & Sauer, 2014, S. 27).

Hierzu sind Veränderungen in der institutionellen Infrastruktur erforderlich. Dazu gehören das Abgehen von der Normierung in einer Zweigeschlechterordnung, die Anerkennung der sexuellen und geschlechtlichen Vielfalt, die Abschaffung psychiatrischer Diagnosen bzgl. Trans*, eine Festlegung menschenrechtlich relevanter und nicht diskriminierender Gesundheitsmaßnahmen sowie die strafrechtliche Verfolgung von Gewaltverbrechen an Trans*.

V. Entwicklungen im DSM 5 und der ICD-11-Debatte

In der aktuellen Überarbeitung der internationalen Krankheitskataloge ist eine fortlaufende Pathologisierung nicht heteronormativer Geschlechtsidentitäten und Ausdrucksformen bei Kindern und die Ausweitung der pathologisierenden Kriterien bei Jugendlichen und Erwachsenen auf eine weite Bandbreite von nicht binären Ausdrucksformen zu erkennen. Sie bleibt damit nicht mehr nur auf Menschen beschränkt, die eine hormonelle oder chirurgische Behandlung anstreben.

Im Mai 2013 wurde das DSM 5 der APA veröffentlicht. Dort ist der Abschnitt »Störungen der Geschlechtsidentität« durch den Begriff »gender dysphoria« ersetzt. Die darin enthaltenen Modifizierungen enthalten keine Entpsychopathologisierung von trans*-Ausdrucksweisen und Identitäten (vgl. STP, 2013), da sie »weiterhin unter den diagnostischen Kategorien der »Geschlechtsdysphorie« und der »Transvestitischen Störung (APA, 2013a, S. 451, 702)« aufgeführt« sind. Der Inhalt von »gender dysphoria« sieht einen Zustand von »klinisch erheblichem Unwohlsein (Stress) oder Insuffizienz der Funktion im sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Gebieten« (Kriterium B) (APA, 2013a, S. 453) als relevantes Kriterium zur Anwendung der Diagnose an. »Geschlechtliche Nonkonformität [sei – d.V.] nicht »an sich« eine Geistesstörung« (APA, 2013a, S. 1). Demnach fallen nicht alle, die von dem im Allgemeinen bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht »abweichen« unter die Diagnose »gender dysphoria«, sondern nur

diesjenigen, die einen Leidensdruck verspüren, oder dieselben Personen fallen unter die o. g. Diagnose, wenn eine Transition erschwert⁶ oder verwehrt wird bzw. wenn sie aus der Sicht der Umgebung sozusagen sozial auffällig werden. Mit dem Leidensdruck unterstellte Funktionseinschränkungen (sozial, beruflich etc.) sind eine Projektion von Geschlechtsrollenerwartungen der Akteur_innen der sozialen Umgebungen in die betreffende Person, der »abweichendes Verhalten« (vgl. Alex & Demiel, 2014, S. 91) bzw. »Unvermögen zum Ausfüllen von Rollenerwartungen« unterstellt wird. »Gender dysphoria« sieht auch den »Geschlechtsangleichungsprozess« als Behandlungsbedarf suggerierenden Leidenszustand an. Dies postuliert, dass Trans* grundsätzlich einen »leidvollen« Weg zum binären »Gegengeschlecht« beschreiten müssten, der bei »Ankunft im Gegengeschlecht« beendet sei. Trans*-Ausdrucksweisen jenseits der binären Norm werden unsichtbar gemacht. Unsinn ist ebenso die Annahme einer vorhersehbaren Wechselbeziehung zwischen Geschlechtsidentität und »sexueller Orientierung«. »Sowohl der als Mann geborene als auch die als Mädchen geborenen, werden fast alle sexuell angezogen von Personen ihres Geburtsgeschlechtes« (APA, 2013a, S. 455). Dies unterstellt, dass alle Trans* per se homosexuell seien. »Die Begriffsbenutzung von >geborenes Mädchen</>geborener Junge<, >geborene Frau</>geborener Mann< (APA, 2013a, S. 453, 455) in der Fachsprache behindert ein Verständnis > sich auf Trans*-Menschen in ihrer gelebten Geschlechtsidentität im Unterschied zu dem im Allgemeinen bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht zu beziehen« (STP, 2013). Ausdruck der Diagnosenausweitung im DSM 5 ist die Einbeziehung der Geschlechtvielfalt von Kindern. (APA, 2013a, S. 452) (siehe Kritik ICD 11-E).

Die »Transvestitische Störung« (APA, 2013a, S. 702) steht weiterhin im DSM-5 und wird ausgedehnt auf nicht belegte Hypothesen über Fetischismus wie »Autogynäphilie« und »Autoandrophilie«, die »in der vorherigen Version des Entwurfs der Kategorie [bereits – d. V.] vorgesehen war (Knudson, De Cuypere & Bockting, 2011, S. 10). Selbst der kanadische Psychiater Blanchard, der diese Theorien entwickelt hat, beschied seine Konstrukte nur als theoretische Annahmen« (Alex & Demiel, 2014, S. 94).

Amerikanische Psychiater_innen reformierten ihr Spielfeld. Die Diagnose »Gender dysphoria« ist nur entstigmatisierend umhüllt. Scheinbar sind mit dem neuen Begriff die Kritiken an der bisherigen Diagnose »Geschlechtsidentitätsstörung« aufgenommen. Aber bei näherem Hinsehen werden unter dem neuen

6 Zum Beispiel durch den sogenannten Alltagstest, der zur Bestätigung einer Diagnose für einen längeren Zeitraum verlangt, ohne vorgenommene körperliche Veränderungen im subjektiv empfundenen »Gegengeschlecht« in der Öffentlichkeit aufzutreten.

Gewand nur alte reaktionäre Klamotten erkennbar. Die Neufassung des DSM bestätigt die Zweigeschlechterordnung, bleibt Bestandteil des Handbuchs »psychischer Krankheiten«, erweitert die Optionen für Psychopathologisierung auf weitere »abweichende« Ausdrucksweisen, inkl. sexueller Orientierungen, aus und projiziert die Ursache für »gestörte soziale Beziehungen« in die Trans*-Person selbst hinein.

»In Anbetracht des Charakters des DSM als »Diagnostisches und statistisches Handbuch von geistigen Störungen«, sind wir besonders besorgt über das Risiko, das einem Psychopathologierungsprozess von Geschlechtervielfalt innewohnt einschließlich der Gefahr der Exposition von Situationen von sozialer Diskriminierung, Konversionstherapien und andere Formen des iatrogenen Missbrauchs« (vgl. Bryant, 2006; Langer & Martin, 2004).

Aus diesen Gründen ist der Begriff in seiner Tragweite »an und für sich« ein Rückschritt. Derartige institutionelle Festsetzungen schüren eine »Genderhysterie«, die sowohl Trans*-Personen als auch alle diejenigen, die sich in einem progressiven Sinne mit Genderausdrucksweisen und politischen Forderungen befassen, mit handfester Trans*-bzw. Homophobie bedroht. Die Diagnose »Gender dysphoria« ist aus dem DSM zu entfernen.

Zwiespältige Ansätze im ICD-Prozess

Die ICD-Arbeitsgruppe zur Klassifikation von sexuellen Störungen und sexueller Gesundheit wollte die Psychopathologisierung trans*-spezifischer Kategorien in der ICD beenden (Drescher et al., 2012, S. 575). Sie schlug einen Ansatz vor, der »(1) reflektierender von aktuellen wissenschaftlichen Beweisen und besten Methoden ist; (2) mehr auf die Bedürfnisse, Erfahrung und Menschenrechte dieser verwundbaren Population eingeht; und (3) unterstützender in der Bereithaltung von zugänglichen und hochwertigen Dienstleistungen für die Gesundheitsfürsorge« ist (ebd.). Dies entsprach der Einführung »einer nicht pathologisierenden Kategorie trans*-spezifischer Gesundheitsversorgung im ICD, außerhalb des 5. Kapitels »Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen« mit dem Ziel der öffentlichen Deckung der Kosten weltweit«.

Ihr Vorschlag im ICD-11-beta-online-Entwurf für die Weltgesundheitsversammlung enthält aktuell die Kategorien »Geschlechtsinkongruenz in der Adoleszenz und bei Erwachsenen« und »Geschlechtsinkongruenz in der Kindheit«.

Beide Kategorien sollen in einem neu geschaffenen Abschnitt im ICD-11: Kapitel 06 >Bedingungen, die sich auf sexuelle Gesundheit beziehen< erscheinen. Zum »ersten Mal in der Geschichte« schliesse »die WHO Trans* Themen in einem getrennten Kapitel unabhängig vom Kapitel über >Psychische und Verhaltensstörungen< ein« (vgl. GATE & STP, 2014). Die WHO-Arbeitsgruppe ist damit erstmals dem Anspruch der Trans*-Bewegung auf Entpathologisierung teilweise entgegen gekommen. Dennoch ist das Ziel einer Entpathologisierung von Trans*-Erwachsenen und Kindern sowie der Vielfalt von Identitäten und Körpern nicht erreicht. Titel und Inhalte des Vorschlages bedürfen einer Überarbeitung, um die Verbindung von Trans*-Gesundheitsthemen und anderen pathologisierenden Kategorien zu beenden. Auch sollte die neue Version des ICD nicht wieder Geschlechtsstereotypen hervorbringen. Neben den bisherigen Forderungen verlangen GATE und die STP-Kampagne von der WHO eine »fortlaufende Beteiligung der Trans*-Bewegung im ICD-Revisionsprozess« (STP, 2013, S. 5).

Der Titel »Sexual Health and Sexual Disorders« (Drescher, 2013, S. 574, 11) des Erstentwurfes und der Inhalt der trans*-spezifischen Kategorien »Gender Incongruence« (ebd., S. 569, 11) sind pathologisierend. So z. B. der Störungs-Begriff (vgl. STP, 2013, S. 2) und der den Zustand vor einer sog. Geschlechtsangleichung und den Prozess der sog. Geschlechtsangleichung selbst pathologisierende Name »Gender Inkongruenz«, der vom normativen Zustand einer binären »Kongruenz« ausgeht. »Der psychologisch-psychiatrische Charakter des Begriffes intendiert eine fortlaufende Konzeptualisierung der sog. Geschlechtsangleichung als psychisches Problem« (Allex & Demiel, 2014, S. 98) auch außerhalb des Kapitels V ICD. »Dadurch werden die gegenwärtigen klinischen Praktiken der psychologisch-psychiatrischen Evaluation für den Zugang zu trans*-spezifischen Behandlungen bestärkt« (STP, 2013, S. 2). Die Bezeichnung bestätigt »die Psychiatrie in ihrer Rolle als >gate-keeper< (Türwächter) von trans*-geschlechtlicher Gesundheitsversorgung« (Allex & Demiel, 2014, S. 99). Abgelehnt werden der Diagnoseentwurf »Geschlechtsinkongruenz in der Kindheit«⁷ (Drescher et al., 2012, S. 570; Drescher, 2013, S. 11) für den ICD 11 sowie der Begriff »Gender/Body Divergence«, wie ihn auch die WPATH (WPATH, 2013, S. 2) befürwortet.

»Die Erforschung von Gender-Ausdrucksweisen während der Kindheit, die sich von dem im Allgemeinen bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht unterscheiden, [beruht – d. V.] nicht notwendigerweise auf einer Erfahrung von Stress oder einem

7 »Gender Incongruence of Childhood«

Konzept von Krankheit, Störung oder einer Bedingung, die gesundheitliche Versorgung benötigt, besonders nicht in affirmativen kulturellen Kontexten« (Gómez, 2004).

Die Kategorie ist deshalb klinisch unnötig. Wenn solche Kinder »psychologische und soziale Beratung bezüglich einer Erforschung von Gender-Ausdrucksweisen oder Erfahrungen von Diskriminierung benötigen, ebenso wie Eltern und andere sozial nahestehende Personen«, bedarf es dazu nur einer »Verfügbarkeit von Professionellen in einem Rahmen, der sowohl nicht pathologisierend als auch offen für die Gendervielfalt ist« (vgl. STP, 2013, S. 2). Eine Diagnose »Geschlechtsinkongruenz in der Kindheit« enthält außerdem das Risiko sowohl »einer Pathologisierung als auch einer Medikalisierung einer freien kindlichen Erforschung von Gender Ausdrucksweisen und Identitäten« (Ansara & Hegarty, 2011).

»Kinder sind besonders verletzlich für Situationen von Diskriminierung, medizinischem Missbrauch oder Konversionstherapien, aufgrund einer häufig fehlenden Anerkennung ihrer partizipativen Rechte in klinischen Entscheidungen. Dadurch laufen sie auch Gefahr, das bioethische Prinzip von »nonmaleficence« (vgl. Beauchamp, Childress 1999 [1979]: 114) zu brechen« (STP, 2013, S. 4).

Zudem widerspricht »Geschlechtsinkongruenz in der Kindheit« den Prinzipien verschiedener internationaler Menschenrechtsvereinbarungen.

VI. Ausblicke

Die Forderungen der STP-Kampagne konnten durch Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit Einfluss auf die Gestaltung von Gesetzestexten verschiedener Länder gewinnen.

Am 10. Mai 2012 wurde im argentinischen Senat mit 55 Stimmen, bei einer Enthaltung und ohne Gegenstimmen, das weltweit einmalige Gesetz Nr. 26.743 »Recht auf Geschlechtsidentität« beschlossen. Es erfordert keine Diagnose zur Erlangung einer rechtlichen Personenstandsänderung oder zum Zugang zu einer medizinischen Behandlung. Es nimmt das Menschenrecht auf Selbstbestimmung der Identität ernst und etabliert eine konsensuelle Arzt-Patient-Beziehung als »Best Practice« für den Trans*-Zugang zum Gesundheitssystem. Unter Berufung auf die Menschenrechtsprinzipien von Yogyakarta (2007) wird Geschlechts-

identität als selbstbestimmte, eigenständig von einer Person wahrgenommene Identität angesehen, die eine Person innerlich fühlt, unabhängig von dem im Allgemeinen bei Geburt zugewiesenen Geschlecht. Eine Diagnose ist daher unnötig.

Eine Namensänderung erfolgt auf Antragstellung. Alle medizinischen Maßnahmen unterliegen der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht, die Behandlung ist kostenlos, auch wenn jemand privat oder beruflich krankenversichert ist. Bei Geburt als uneindeutig angesehene Säuglinge werden nicht mehr operativ einem Geschlecht zugeordnet. Minderjährige erhalten das Recht, Namen, Geschlecht und Bild im Pass selbst zu wählen – in Übereinstimmung mit ihren Eltern oder einem Vormund. Auch Ausländer_innen mit dauerhaftem Wohnsitz in Argentinien haben das Recht auf Personenstandsänderung, insbesondere wenn sie eine Erklärung abgeben, dass in ihrem Ursprungsland eine Transition nicht möglich ist.

Am 01.09.2014 trat in Dänemark ein lange diskutiertes Gesetz zur Personenstandsänderung für Erwachsene ab dem 18. Lebensjahr ohne eine psychiatrische Diagnose oder andere vorausgesetzte medizinische Prozeduren (Sterilisation o.ä.) in Kraft. Erstmals ist dies in Europa durch ein selbstbestimmtes, administratives Antragsverfahren geregelt. Allerdings muss nach einer Warteperiode von sechs Monaten der Antrag vor endgültiger Bearbeitung ein zweites Mal erneut gestellt werden, da die Antrag stellende Person davor bewahrt werden soll, Irrtümer in der Wahrnehmung ihres Geschlechtes zu riskieren. Wir sehen darin eine pathologisierende Unterstellung, dass Trans*-Menschen sich nicht über ihr eigenes Geschlecht bewusst seien. Wir fordern wie die TGEU (Presseerklärung 01.09.2014) die Aufhebung der Beschränkung auf Erwachsene und die sofortige Streichung der Warteperiode.

Entpathologisierende Schritte sind auch in anderen Ländern wahrnehmbar. Am 18.07.2014 wurde von der andalusischen Regionalregierung eine Selbstbestimmung im Gesetz zur Personenstandsänderung festgelegt, die ebenfalls ein administratives Antragsverfahren ohne Psycho-Diagnose bzw. andere medizinischen Voraussetzungen vorsieht.⁸ Es widerspricht allerdings den in Spanien auf nationaler Ebene gültigen gesetzlichen Regelungen, die vorrangig sind. In Andalusien kann zudem die Wartezeit für operative Maßnahmen bis zu 10 Jahren betragen!

Nachdem sich in Schweden eine Trans*-Frau weigerte, sich von einem schwedischen »Genderteam« diagnostizieren zu lassen, gelangte das Stockholmer Ver-

8 http://www.juntadeandalucia.es/boja/2014/139/BOJA14-139-00010-12568-01_00051976.pdf (20.11.2015).

waltungsgericht am 22.05.2014 zu dem Urteil, dass eine psychiatrische Diagnose zur Personenstandsänderung nicht erforderlich sei. Denn im schwedischen Gesetzestext ist nicht explizit eine Psycho-Diagnose als Kriterium der Geschlechtsanerkennung vorgesehen.

Am 30.05.2014 veröffentlichte die WHO ein Statement gegen erzwungene Sterilisierung, die ausdrücklich Trans* und Inter* mit einschließt.

In Norwegen, das keine gesetzlichen Regelungen zur Personenstandsänderung kennt, wurde in einer Entscheidung der norwegischen Ombuds-Gleichheitskörperschaft die in der Praxis gängige Voraussetzung einer Sterilisation gerügt. Es wurde hervorgehoben, dass diese Praxis dem Anti-Diskriminierungsgesetz widerspricht.

Rückschläge in der Homosexuellengesetzgebung gibt es allerdings z.B. in Russland und Indien.

In Deutschland steht die Abschaffung des TSG bei den Trans*-Initiativen im Fokus. Überdies ist es erstmals gelungen, dass zwei Trans*-Aktivist_innen in der Leitlinien-Arbeitsgruppe »Geschlechtsdysphorie« zur Überarbeitung der »Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen« mitarbeiten. Ziele und Mittel dieser Arbeitsgruppe sehen wir wegen deren Zusammensetzung und unserer o.g. Kritik an der Kategorie »Geschlechtsdysphorie« skeptisch.

Begriffserläuterungen zu diesem Artikel

APA – Dieser Artikel verwendet diese Abkürzung ausschließlich in Bezug auf die American Psychiatric Association, deutsch: Amerikanische Psychiatrische Vereinigung. Dieser Artikel nimmt keinen Bezug auf die American Psychological Association, die sich ebenfalls APA abkürzt.

Autoandrophilie – Seit etwa 2000 aufgekommenes Theoriekonstrukt, welches das Erleben und Verhalten einer Person als »dranghaft« und »abweichend« beschreibt, die sexuell erregend empfindet, ihren eigenen Körper als männlich wahrzunehmen oder zu fantasieren, mit der Konnotation, dass sie sich quasi als Mann selbst fetischisiert.

Autogynophilie – Theoriekonstrukt, welches das Erleben und Verhalten eines Menschen als »dranghaft« und »abweichend« beschreibt, der sexuell erregend empfindet, seinen eigenen Körper als weiblich wahrzunehmen oder zu fantasieren, mit der Konnotation, dass er sich quasi als Frau selbst fetischisiert. Dieses

Theoriekonzept kam in den 1980er Jahren auf, nach der Beobachtung, dass eine Reihe von Menschen, die vorher als Männer galten und als heterosexuell wahrgenommene Beziehungen führten, verweiblichende Maßnahmen, jedoch keine sexuelle Beziehung zu einem Mann anstrebten und unternahmen.

cisgender – Menschen, deren Geschlechtsrolle (und im Allgemeinen auch deren sog. »Geschlechtsidentität«) als zu ihren körperlichen Geschlechtsmerkmalen passend wahrgenommen wird.

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; deutsch: Diagnostisches und statistisches Handbuch psychischer Störungen. Geltungsbereich sind die USA, es dient insbesondere zu Abrechnungszwecken.

GATE – Global Action for Trans*Equality, internationales Trans*Netzwerk

Gender/Body Divergence – Gender und Körper Divergenz bzw. Nicht-Übereinstimmung

gender dysphoria – In den 1980er Jahren aufgebrachter Begriff, um Transsexualismus begrifflich zu entschärfen und zu ersetzen. In den 1990er Jahren wurde die Psychopathologisierung durch den Begriff »Geschlechtsidentitätsstörung« vorangetrieben. Da diese Psychopathologisierung in den letzten Jahren auch von sog. Fachkreisen seit 2010 infrage gestellt wird, erfährt der Begriff gender dysphoria – zu deutsch: Geschlechtsdysphorie – eine gewisse Wiederkehr, um (einen generell unterstellten, aber eigentlich erst durch die sozialen Verhältnisse erzeugten) Leidensdruck zwischen sog. »Geschlechtsidentität« einerseits und andererseits körperlichen Merkmalen sowie gesellschaftlicher Wahrnehmung auszudrücken.

genderdiversity – geschlechtliche Vielfalt

Genderhysterie – ist eine transphobe Steigerung der Ablehnung von genderkritischen Positionen, die sich in der Bedrohung von Genderkritiker_innen sowie der konkreten Androhung von Gewalt äußert.

Genderinkongruenz – geschlechtliche Nichtübereinstimmung

Gendernormativität – Im Sinne des Artikels ist die Vorstellung gemeint, Hauptgründe der Diskriminierung von Trans*-Menschen seien vorrangig Resultat ver-

schiedener sozialer Praktiken und Institutionen, die jene legitimieren und begünstigen, die sich mit dem ihnen (im Allgemeinen von klein auf) zugeschriebenem Geschlecht identifizieren in einer Gesellschaft, die nur zwei polare Geschlechtsrollen anerkennt; dabei wird einer Normierung durch Medizin (insbesondere Psychiatrie) und deren internationale Klassifikationen von Krankheiten eine entscheidende Rolle zugeschrieben. Daneben kann dieser Begriff außerhalb des Artikels auch die Beobachtung beschreiben, dass Menschen diskriminiert werden, deren körperliche Merkmale und Verhaltensweisen als abweichend von geschlechtsbezogenen gesellschaftlichen Erwartungen auffallen, oder wenn die Information (oder auch nur das Gerücht) aufkommt, physische Merkmale oder Sozialisationserfahrungen eines Menschen wichen von geschlechtsbezogenen gesellschaftlichen Erwartungen ab.

GIS – »Geschlechtsidentitätsstörung«

ICD – International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; deutsch: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme

Insuffizienz – Synonyme: Unzulänglichkeit, Unvermögen, Mangelhaftigkeit, Funktionsschwäche

Intersexualität – medizinischer Oberbegriff für Phänomene, bei denen der Körper nicht eindeutig und ausschließlich »männliche« oder aber nicht eindeutig und ausschließlich »weibliche« Geschlechtsmerkmale aufweist bzw. entwickelt

Inter* – von manchen Menschen mit Intersexualität präferierter Begriff, der im Rahmen dieses Artikels Anwendung findet; eine Auseinandersetzung hierüber und über andere Bezeichnungen ist nicht Gegenstand dieses Artikels.

Kongruenz – Übereinstimmung

Konversionstherapien – (meist Psycho-)Therapien, die darauf abzielen, die sog. »Geschlechtsidentität« und/oder ihre sexuelle Orientierung zu verändern. Das angestrebte Paradigma ist gewöhnlich heteronormativ. Eine Akzeptanz der zugeordneten Geschlechtsrolle wird gewöhnlich gegenüber der sexuellen Orientierung priorisiert.

LSBTIQ – Lesben, Schwule, Bisexuelle, Trans*-, Intersexuelle und queere Personen

Nonkonformität – Abweichung von der Norm.

Normalisierung – Anpassung an die Norm.

Psychopathologisierung – Darstellung von Verhaltensweisen, Empfindungen, Wahrnehmungen, Gedanken, sozialen Verhältnissen oder zwischenmenschlichen Beziehungen als krankhaft. Diese negative Deklaration dient dazu die jeweilige Person nicht ernst nehmen zu müssen und um über ihren Kopf hinweg entscheiden zu können.

queer – (englisch: schmutzig, dreckig, schräg, abartig, pervers o.Ä.), ursprünglich im anglo-amerikanischen Kulturraum: kämpferische Wiederaneignung einer Beschimpfung als Selbstbezeichnung seitens Aktivist_innen zur Kennzeichnung der Ablehnung von sozialen, geschlechtlichen und sonstigen Identitäts- und Rollenzuweisungen. Im Deutschen von Teilen der schwul-lesbischen Bewegung unreflektiert als Eigenbezeichnung (»schwul«-»lesbisch«) benutzt, auch als Mode- und Partylabel, was wenigstens seit 2000 von deutschsprachigen Lesben-zusammenhängen durchaus problematisiert wird.

Trans* – Überbegriff, der sich auf all die Menschen beziehen soll, deren Geschlechtidentität und/oder Geschlechtsausdruck sich von ihren Geschlechtsmerkmalen unterscheidet, mitunter auch vom ihnen (im Allgemeinen von klein auf) zugeschriebenen Geschlecht. Dies soll Menschen umfassen, die als Transsexuelle, Transidentisch, Transgender, Transvestit/Crossdresser, Androgyn, Polygender, Genderqueer, No-gender, Gender variant oder mit irgendeiner anderen Geschlechtsidentität, die nicht dem Standard »Mann« oder »Frau« entspricht, beschrieben werden können, und die ihr Geschlecht in der Wahl ihrer Bekleidung, Darstellung oder Körpermodifizierung ausdrücken, was verschiedene chirurgische Eingriffe einschließen kann aber nicht muss.

Transgender – Gegenteil von Cisgender, Oberbegriff für alle Personen, für die das gelebte Geschlecht keine zwingende Folge des (im allgemeinen von klein auf) zugeschriebenen Geschlechts ist, oder die sich mit diesem nicht identifizieren können, sowie Selbstbezeichnung von Personen, die ihre Geschlechtsidentität jenseits der »Zwei-Geschlechterordnung« leben und damit eine unterstellte Geschlechtergegensätzlichkeit von Frau und Mann infrage stellen.

Transsexuelle – medizinische Bezeichnung von Personen, die mittels Operationen und/oder Hormonen ihren Körper an ihr erlebtes Geschlecht anpassen lassen wollen.

Transition – Im Rahmen dieses Artikels ist der gesamte Geschlechtsanpassungsprozess gemeint, andernorts z. T. vorrangig der »soziale Wechsel«.

TSG – Transsexuellengesetz

WHO – World Health Organisation (engl.), Weltgesundheitsorganisation. Aus der von der WHO vertretenen Definition von Gesundheit als »Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens« ist die Definition von Krankheit als Störung von Gesundheit abgeleitet. Diese Definition wird auch als bio-psycho-soziales Krankheitsmodell bezeichnet.

WPATH – World Professional Association for Transgender Health; deutsch: weltweite Berufsvereinigung für Trans*-Gesundheit

Zwei-Geschlechter-Ordnung in den Gesellschaften zeitgenössischer Industriestaaten wird vorherrschend angenommen, dass es genau zwei zueinander komplementäre Geschlechter geben würde.

Literatur

- Alex, A. (Hrsg.). (2014). *Stop Trans*-Pathologisierung. Berliner Positionen zur Internationalen Kampagne* (3. überarb. Aufl.). Neu-Ulm: AG SPAK Bücher.
- Alex, A. & Demiel, D. (2014). Entpathologisierung von Trans* – ein dorniger Weg. In A. Alex (Hrsg.), *Stop Trans*-Pathologisierung. Berliner Positionen zur Internationalen Kampagne* (3. überarb. Auflage; S. 86–111). Neu-Ulm: AG SPAK Bücher.
- Ansara, Y.G. & Hegarty, P. (2011). Cisgenderism in Psychology. Pathologizing and Misgendering Children From 1999 to 2008. *Psychology & Sexuality*, 3(2), 137–160. DOI: 10.1080/19419899.2011.576696.
- APA – American Psychiatric Association (2000). DSM-IV-TR, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- APA – American Psychiatric Association (2013a). *DSM-5, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- APA – American Psychiatric Association (2013b). *American Psychiatric Association Releases DSM-5. Publication of diagnostic manual culminates 14-year development process*, May 17, 2013. <http://www.psychiatry.org/File%20Library/Advocacy%20and%20Newsroom/Press%20Releases/2013%20Releases/13-31-DSM-5-Publication-News-Release.pdf> (29.07.2013).

- Atme e.V. (2012). *Stellungnahme an die WHO zur notwendigen Abschaffung der Diagnose F.64.0 bis F.64.9*, 2012, unter: <http://atme-ev.de/texte/WHO-Deutsch-3.pdf> (24.10.2014).
- Berliner Bündnis STP (2012): What the fuck sind überhaupt »Geschlechtsidentitätsstörungen?« [Rede vom 24.10.2010 vor dem Sexualwissenschaftlichen Institut der Charité]. In A. Alex, *Stop Trans*-Pathologisierung. Berliner Beiträge für eine internationale Kampagne* (2. Aufl. 2013; S. 48). Neu-Ulm: AG SPAK Bücher.
- Beauchamp, T.L., Childress J.F. (1999 [1979]). *Principios de Ética Biomédica*. Barcelona: Masson.
- Blech, J. (2013). Wahnsinn wird normal. *DER SPIEGEL*, 04/2013.
- Bryant, K. (2006). Making gender identity disorder of childhood: Historical lessons for contemporary debates. *Sexuality Research & Social Policy. A Journal of the NSRC*, 3, 23–39. DOI: 10.1525/srsp.2006.3.3.23.
- BSG (Bundessozialgericht). 3 RK 15/86 vom 06.08.1987.
- Demiel, D. (2014). Was bedeuten DSM-IV und ICD-10? In A. Alex (Hrsg.), *Stop Trans*-Pathologisierung. Berliner Positionen zur Internationalen Kampagne* (3. überarb. Aufl.; S. 43–49). Neu-Ulm: AG SPAK Bücher.
- Dilling, H. Mombour, W. & Schmidt, H. (Hrsg.). (1998). *Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Hans Huber.
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. & Winter S. (2012). Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*, 24(6), 568–577.
- Drescher, J. (2013). Controversies in Gender Diagnoses. *LGBT Health*, 1(1), 9–13. DOI: 10.1089/lgbt.2013.1500; <http://online.liebertpub.com/doi/pdfplus/10.1089/lgbt.2013.1500> (29.07.2013).
- Eisenberg, G. (2014). Psychiatrie als »Polizey-Wissenschaft«. In *NachDenkseiten*, 21.01.2013. <http://www.nachdenkseiten.de/?p=15917#more-15917> (13.01.2014).
- GATE (Globale Aktion für Trans* Gleichheit) & STP, die Internationale Kampagne Stop Trans Pathologisierung (2014). Neue Entwicklungen im ICD Revisionsprozess. <http://www.stp2012.info/old/en/news> (22.11.2015).
- Gómez, A. (2004). Trascendiendo. *Desacatos, Revista de Antropología Social*, 14–15, 199–208.
- Güldenring, A.-K. (2013). Zur »Psychodiagnostik von Geschlechtsidentität« im Rahmen des Transsexuellengesetzes. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 26(2), 160–174.
- Hamm, J.A. & Sauer, A.T. (2014). Perspektivenwechsel. Vorschläge für eine menschenrechts- und bedürfnisorientierte Trans*-Gesundheitsversorgung. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 27(1), 4–76.
- Haupt, H.-J. (2013a). Trans*-Betreuung/Begleitung ohne transphobe Scheuklappen. In A. Alex (Hrsg.). (2014), *Stop Trans*-Pathologisierung. Berliner Positionen zur Internationalen Kampagne* (3. überarb. Aufl.; S. 111–129). Neu-Ulm: AG SPAK Bücher.
- Haupt, H.-J. (2013b). Workshop-Manuskript der Transtagung Schweiz »Born this way!«, veranstaltet vom Transgender Network Switzerland am 07.09.2013 in Bern (S. 1–17).
- ICD-11 Beta Draft. <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en> (24.10.2014).
- Insel, T. (2013). Director's Blog: Transforming Diagnosis. <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml> (24.10.2014).
- Knudson, G, DeCuyper, G. & Bocking W. (2011). Second Response of the World Professional Association for Transgender Health to the Proposed Revision of the Diagnosis of Transvestic Disorder for DSM 5. *International Journal of Transgenderism*, 13(1), 9–12.
- Langer S. & Martin J. (2004). How Dresses can Make you Mentally Ill. Examining Gender Identity Disorder in Children. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 21, 5–23.
- Pohlen, M. & Bautz-Holzherr, M. (2001). *Eine andere Psychodynamik*. Bern: Hans Huber.
- Praag, H. van (2000). Nosologomania. A Disorder of Psychiatry. *World J Biol Psychiatr*, 1, 151–158.
- Shorter, E. (1999). *Geschichte der Psychiatrie*. Berlin: Alexander Fest Verlag.

- STP – Internationale Kampagne Stop Trans*-Pathologisierung (2009). MANIFEST Internationales Netzwerk für Trans*-Entpathologisierung (06.12.2015).
- STP – Internationale Kampagne Stop Trans*-Pathologisierung (2012). Reflexionen über den ICD-Revisionsprozess aus einer Entpathologisierungs- und Menschenrechtsperspektive, STP 2012 Koordinationsteam, Internationale Kampagne Stop Trans Pathologization. http://www.stp2012.info/STP2012_Reflexionen_ICD.pdf (24.07.2012).
- STP – Internationale Kampagne Stop Trans*-Pathologisierung (2013). Reflexionen der STP bezüglich des ICD Überarbeitungsprozesses und der Veröffentlichung des DSM 5. http://stp2012.info/STP_Communique_August2013.pdf (24.10.2014).
- TGEU (2014). Die Position der TGEU zur Revision des ICD 10. Pressemitteilung vom 06/04/2014. http://www.tgeu.org/TGEU_Position_on_the_revision_of_the_ICD_10#attachments (24.10.2014).
- WPATH (2010). De-Psychopatholisation Statement. http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/de-psychopatholisation%205-26-10%20on%20letterhead.pdf (24.10.2014).