

Perspektivenwechsel: Vorschläge für eine menschenrechts- und bedürfnisorientierte Trans*-Gesundheitsversorgung

Jonas A. Hamm^a und Arn Thorben Sauer^b

Übersicht: In der Vergangenheit war die trans*-spezifische Gesundheitsversorgung geprägt von der Psychopathologisierung von Trans*-Identitäten, dem Ausschluss der Betroffenenperspektive bei der Erstellung von Behandlungsrichtlinien sowie Hürden im Zugang zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen. Heute wird die medizinische Definitionsmacht über Trans*-Menschen von einer sich international formierenden Trans*-Bewegung ins Wanken gebracht. Diese kritisiert den starren diagnostischen Prozess, inklusive seiner Zwangsmaßnahmen, als nicht-menschenrechtskonform und am Bedarf vorbei gehend. Die Autor_innen fordern einen Perspektivenwechsel hin zu einer menschenrechts- und bedürfnisorientierten Trans*-Gesundheitsversorgung, die eine Vielfalt von Trans*-Identitäten unterstützt. Sie zeigen die Schwächen der in Deutschland geltenden „Standards“ zur Behandlung von Trans* auf und weisen auf praktische Probleme und Diskriminierungen von Trans*-Menschen mit Transitionswunsch im bestehenden medizinischen System hin. Die Autor_innen unterbreiten Vorschläge für eine verbesserte, flexibilisierte Leitlinie, die zu einer für alle Trans* zugänglichen, bedürfnisgerechten Gesundheitsversorgung führt.

Schlüsselwörter: Diskriminierung; Menschenrechte; Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen; Transgender; Transsexualität

Das Verhältnis von Trans*¹ und Medizin ist von jeher zwiespältig, weil es sich zwischen benötigter, gewollter Unterstützung einerseits und aufgezwungenen Maßnahmen und Krankheitszuschreibung andererseits bewegt. Die Frage nach der Gesundheitsversorgung für Trans* ist zugleich immer die Frage

¹ Trans* dient uns als Oberbegriff für „transsexuell“, „transident“, „transgender“ etc., um eine Vielfalt an Selbstidentitäten und geschlechtlichen (Nicht-)Verortungen zusammenzufassen (Franzen und Sauer 2010: 7 f.).

^a Arbeitsstelle gegen Diskriminierung und Gewalt, Universität Bremen

^b Zentrum für transdisziplinäre Geschlechterstudien, Humboldt-Universität zu Berlin

nach der Definitionsmacht über Trans*-Identitäten, Sexualitäten, Körper und Lebensweisen: Wer definiert wen, wessen Wissen findet Verbreitung und wird berücksichtigt, wer gilt als Expert_in² für Trans* und welche Disziplinen? Wem wird in Bezug auf Trans* geglaubt?

Die Deutungshoheit im Diskurs zu und über Trans* wird vorwiegend der Medizin zugesprochen (Franzen und Sauer 2010: 13 ff.). In Deutschland stellen die „Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen“ (im Folgenden die „Standards“) nach Becker et al. (1997) derzeit noch die Grundlage zur medizinischen Behandlung von jenen Trans* dar, die geschlechtsangleichende Maßnahmen anstreben. Bei ihrer Erarbeitung wurde „auf die Anhörung von Betroffenenorganisationen und Kulturwissenschaftlern“ verzichtet (Becker 1998: 155). Die Standards beziehen sich auf die zum Zeitpunkt der Erarbeitung aktuelle vierte Version der internationalen *Standards of Care* der *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association* (HBIGDA).³ Die internationalen Standards sind seither drei Mal überarbeitet worden, die deutschen nicht – trotz vielfältiger Kritik,⁴ und trotz der Tatsache, dass 44,7% aller Trans*-Menschen von Diskriminierungserfahrungen im Bereich der Gesundheitsversorgung berichten (LesMigraS 2012: 98).

Eine Transfrau formuliert das grundlegende Problem so: „[E]s wird aber immer über uns geredet, wir werden fremdbestimmt! Ein ganz, ganz großes Problem hier im deutschen Medizinwesen. Man macht Standards über uns, ohne mit uns zu reden. Beurteilt uns, verurteilt uns, stuft uns irgendwo ein, ohne mit uns über unsere Bedürfnisse zu reden“ (zitiert nach Fuchs et al. 2012: 158). Im Zuge der anstehenden Überarbeitung der deutschen Standards ist es demzufolge notwendig, Trans*-Menschen nicht nur einzubeziehen, sondern ihren Erfahrungen und Bedürfnissen Priorität einzuräumen, wie von Trans*-Verbänden gefordert (TrIQ 2013a). Ein solcher Paradigmenwechsel in der Gesundheitsversorgung für Trans* ist aus menschenrechtlicher Perspektive geboten (Hirschfeld-Eddy-Stiftung 2008; Hammarberg 2010; GATE 2012a). Der vorliegende Artikel sucht aus Sicht der Trans*-Bewegung und -Bewegungsforschung einen Beitrag zu diesem Paradigmen- und Perspektivenwechsel zu leisten.

Im ersten Teil erfolgt zunächst die methodologische (Selbst-)Positionierung von Trans* im Spannungsfeld von Wissenschaftskritik, Selbst(be-)for-

² Der Unterstrich dient der Sichtbarmachung von nicht-binären Geschlechtsidentitäten und soll Menschen aller Geschlechtsidentitäten repräsentieren (Herrmann 2003).

³ Heute *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH).

⁴ Hirschauer bezeichnete die deutschen Standards bereits 1997 anlässlich ihres Erscheinens als „anachronistisches Dokument der persistenten Hilflosigkeit“ seitens der Psychiatrie. Nicht in ihrer Bedeutung für das Schicksal von Trans* zu unterschätzen sind neben diesen Standards die Begutachtungsempfehlungen des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), die auf den veralteten Standards basieren und seit 2009 starre Abläufe für alle geschlechtsangleichenden Behandlungen vorschreiben (MDS 2009). Sie legen die Verfahren und Regeln für Kostenübernahmen für Trans*-Gesundheitsdienstleistungen durch die gesetzlichen Krankenkassen fest.

schung und Marginalisierung. Im Anschluss werden die Rechte und Bedürfnisse von Trans*-Menschen aus einer nicht-psychopathologisierenden und menschenrechtlich begründeten Perspektive in den Blick genommen. Der dritte und letzte Teil erläutert die aktuellen Defizite in der Praxis und zeichnet ihren Bezug zu den 1997er-Standards nach. Es werden die negativen Auswirkungen auf die Gesundheit von Trans* dargestellt und Vorschläge für eine menschenrechtsbasierte, bedürfnisorientierte Gesundheitsversorgung entworfen, die sich an einem Höchstmaß an geschlechtlicher Selbstbestimmung orientieren.

Methodologische Positionierung zwischen Wissenschaftskritik und Selbst(be-)forschung

Trans*-Menschen sind äußerst verschieden. Ihnen ist gemeinsam, dass sie sich ihrem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht nicht, zeitweise nicht oder teilweise nicht zuordnen wollen und/oder können bzw. den Rollenerwartungen, die an ihr bei Geburt zugewiesenes Geschlecht herangetragen werden, nicht entsprechen können und/oder wollen. Trans*-Menschen können sich identitär geschlechterbinär im „Gegen-Geschlecht“, dazwischen oder darüber hinaus verorten bzw. eine geschlechtliche Zuordnung vollkommen verweigern. Auch Menschen, die als „weder*noch*“, „(gender-)queer“, „non-gender“ u. ä.⁵ jenseits der Geschlechterpolarität leben, können sich – müssen sich jedoch nicht – als trans* verstehen (Franzen und Sauer 2010: 7 ff.). Folgerichtig ist eine Vielzahl von Selbstbezeichnungen und Definitionen entstanden. Dabei sind pathologisierende Begriffe wie „Transsexuelle“ und „Transvestiten“ mittlerweile im Alltagsgebrauch durch alternative bzw. weiter gefasste Begriffe wie „transgender“, „transident/transidentisch“, „transgeschlechtlich“, „Transfrau/Transmann“ oder kurz „trans*“ ergänzt bzw. abgelöst worden. Für manche mag diese Begriffsdiversität kompliziert wirken. Sie ist aber unerlässlich für ein differenziertes Verständnis und einen sensiblen Sprachgebrauch, um Trans*-Menschen adäquat zu adressieren und zu repräsentieren. Das große Spektrum von Trans*-Identitäten, -Lebenswelten und -Selbstverständnissen (u. a. Bauer 2009, 2012; Schirmer 2013) verweist zugleich auf ebenso diverse gesundheitliche Bedürfnisse (vgl. Güldenring 2009b; Franzen und Sauer 2010; AK TSG-Reform 2012; Drescher et al. 2012; Alex 2012).

Bislang werden Transgeschlechtlichkeiten durch die Medizin und Psychologie als „Psychische Störungen“ begriffen⁶ und im Rahmen eines erklä-

⁵ Befragungen von Teilnehmer_innen der bundesweiten Münchener Trans*Tagung 2007 und 2009 ergaben mehr als 30 unterschiedliche Selbstbezeichnungen bzw. Kombinationen (Güldenring 2009b: 165) und der Fragebogen der LesMigraS Antigewaltstudie, der deutschlandweit größten auch Trans*-Personen adressierenden Erhebung, hatte außer männlich/weiblich bzw. Mann/Frau neun weitere Geschlechtszuordnungsmöglichkeiten sowie eine offene Kategorie, die von über 10% der Antwortenden genutzt wurden (LesMigraS 2012: 226).

rungsbedürftigen Abweichungsparadigmas beforcht, zumeist ohne der Frage der Erklärungsbedürftigkeit von Geschlecht allgemein und der heteronormativen Zweigeschlechtlichkeit im Besonderen nachzugehen (exemplarisch hierfür Stoller 1968; Bradley et al. 1978; Meyenburg 1992; Rüffer-Hesse und Hartmann 2004; Meyenburg und Richter-Unruh 2012; Richter-Appelt 2012; Becker 2012). Solche psychopathologisierende, an der Zwei-Geschlechter-Norm festhaltende und diese reifizierende Forschung wurde und wird von queer-feministischen Arbeiten und der trans- und interdisziplinären Geschlechterforschung kritisiert (vgl. Lindemann 1997; Hirschauer 1999; Hark 2001; Wentling et al. 2008; de Silva 2008; Koch-Rein 2009). Hinzugekommen sind außerdem die Transgender-Studien (*Transgender Studies*), in denen Trans*-Menschen selbst als Forscher_innen und Expert_innen in Erscheinung treten (z. B. polymorph 2002; de Silva 2005; Liminalis 2007 – 2009; Bauer 2009; Koch-Rein 2009; Schirmer 2010, 2012; Franzen und Sauer 2010; Fuchs et al. 2012; Hoenes 2014).⁷ Transgender-Studien untersuchen die Bedingungen und Praktiken, die dafür sorgen, dass bestimmte Geschlechter und Sexualitäten als „Abweichungen“ exponiert werden, während und warum die zugrunde liegenden Normen und die damit verbundenen gesellschaftlichen Aushandlungsprozesse unhinterfragt bleiben (polymorph 2002; Hoenes 2007; Bauer 2012).

Transgender- (und Intersex-)Forschung verweist auf die Ver- und Beschränkung des medizinisch-psychologischen Blicks auf Trans*-Identitäten und -Körper und markiert die Position dieser und anderer Wissenschaften als (re-)normierende Instanzen (de Silva 2008; Klöppel 2010; Voß 2010; Schirmer 2012). Die Analyse von heterosexuell organisierter Zweigeschlechtlichkeit (Heteronormativität) sowie der Bedeutung geschlechtlicher Eindeutigkeit für gesellschaftliche Teilhabe bildet den Hintergrund für die kritische Haltung der Transgender Studies gegenüber bestehender klinischer Forschungsliteratur zur Transsexualität (Franzen und Sauer 2010: 20 f.). Ihre „Objektivität“, Validität und „Resultate“ werden ob der binären Untersuchungsdesigns und Interpretationsschemata sowie der fehlenden Reflexion der eigenen Position und des eigenen Handelns der Forschenden

⁶ Psychopathologisiert wird sowohl im weltweit eingesetzten ICD-10 als „Geschlechtsidentitätsstörung“ (Dilling et al. 2005) als auch in der neuen 5. Auflage des US-Klassifikationssystems DSM im Kapitel „Gender Dysphoria“ (APA 2013).

⁷ Die deutschen Transgender Studies orientieren sich stark an den US-amerikanischen Transgender Studies. Diese haben schon seit den frühen 1990er-Jahren darauf hingewiesen, dass es wichtig ist, nicht Forschung *über* die Identitäten, Lebens- und Verhaltensweisen von Trans*-Menschen als „Normabweichungen“ zu machen, sondern Wissenschaft *von, für und mit* mündigen, handelnden und verstehenden Subjekten betreiben, die Expert_innen in eigener Sache sind (u. a. Feinberg 1992; Stryker und Whittle 2006).

im Forschungsfeld⁸ grundsätzlich infrage gestellt.⁹ Nicht zuletzt interessiert die Frage nach den Machtverhältnissen im Rahmen der jeweiligen Forschungsprojekte bzw. wer über die Art der Datenerhebung und -auswertung sowie die Interpretation und Kommunikation der Resultate entscheidet. Auch die Frage, wer von solcher Forschung letztlich profitiert und inwiefern den „Beforschten“ die Ergebnisse der Forschung nützen, wird selten gestellt (Russo 2012; von Unger 2012).

Unser Beitrag speist sich aus ebendieser wissenschaftskritischen Haltung gegenüber binären, heteronormativen „Wissensbeständen“ und setzt diesen (selbst-)reflektierende, wissenschaftliche Analysen entgegen, die auf Insider-Forschungszugängen basieren. Mit unserem Artikel wollen wir die aktuelle Gesundheitsversorgung für Trans*-Menschen in Deutschland aus Trans*- und menschenrechtlichen Perspektiven problematisieren und – im Dialog mit einer progressiven Sexualmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie – zu einer besseren Gesundheitsversorgung, Entpsychopathologisierung, Entdiskriminierung und Entstigmatisierung beitragen. Methodologisch bedienen wir uns der Inhalts- und Dokumentenanalyse, Fallstudien und Praxisfällen.¹⁰ Mit unserer Positionierung im Forschungsfeld und der Verwendung des emanzipatorischen Trans*-Begriffes wenden wir uns ausdrücklich gegen das pathologisierende, standardisierte und begrenzte Konzept der Transsexualität und gegen eine Forschung, die es trägt.

⁸ Bourdieu spricht in diesem Zusammenhang von einer fehlenden „Objektivierung des Subjekts wissenschaftlicher Objektivierung“ (1997: 90).

⁹ Ausgearbeitet etwa zur Methode der queeren Reflexivität (McDonald 2013) finden solche Ansätze bisher jedoch noch keinen Eingang in die Auswahl- und Bewertungsverfahren von Literatur zur Bestimmung des Evidenzgrades bei der Erstellung medizinischer Leitlinien (AWMF 2012: 34 ff.). Transdisziplinarität über klinische Forschung hinaus, die Reflexion über den Forschungsgegenstand, die eigene Positionierung im Forschungsfeld oder ein Fokus auf partizipative, „betroffenenkontrollierte“ Forschung sind bisher keine Qualitätsmerkmale „guter“, evidenzbasierter Forschung im Sinne der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und ihrer empfohlenen Instrumente zur Leitlinienerstellung (vgl. Nieder und Strauß 2014, in diesem Heft).

¹⁰ Aufgrund des Mangels an empirischen, nicht-klinischen Studien, welche die gesellschaftlichen Realitäten von Trans*-Menschen in Deutschland wiedergeben (Fuchs et al. 2012; LesMigraS 2012), verweisen wir vereinzelt auf anekdotische Evidenz. Alle Fallbeispiele, die im Folgenden *nicht* durch Literaturangaben belegt sind, beruhen auf dem direkten Erfahrungs- und/oder Beratungswissen der Autor_innen aus deren beruflichen und/oder privaten (Trans*-)Kontexten. Sie wurden mit Einverständnis der betreffenden Personen ausgewählt und sind in der vorliegenden Erzählform von ihnen autorisiert. TransInterQueer e. V. (TriQ) hat außerdem eine anonymisierte Fallsammlung aus der Beratungspraxis erstellt, in der auch Fälle der Diskriminierung im/durch das Gesundheitssystem dokumentiert sind (TriQ und Köhler 2011).

Menschenrechtlicher Perspektivenwechsel

Für das deutsche Recht hat Adamietz (2011, 2012) festgehalten, dass sich eine Definition von „Geschlecht“ im Recht nicht finden lässt. Stattdessen beruht die Rechtsauslegung auf unausgesprochenen, gesellschaftlich scheinbar geteilten Grundannahmen, die als selbstverständlich erachtet, nicht hinterfragt werden und Widersprüche aufweisen. Ihr zufolge haben die mittlerweile acht Urteile des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) zum Transsexualengesetz (TSG) zu einer Erweiterung des Geschlechtsverständnisses geführt, das „Geschlecht als Erwartung“ anstatt als ontologische Kategorie begreift (Adamietz 2011). Insgesamt müsse „der Gedanke aufgegeben“ werden, „dass es eine eindeutige, unfehlbare Einteilung in zwei Geschlechtsgruppen geben könne“ (Adamietz 2011: 259 f.).

Hervorgehoben sei das BVerfG-Urteil vom 11. Januar 2011, das den Zwang zur operativen Angleichung des Äußeren an das gegengeschlechtliche Identitätsgeschlecht und nicht zuletzt den Zwang zur Sterilisation („dauerhafte Unfruchtbarkeit“) mit sofortiger Wirkung als menschenrechtswidrig außer Kraft setzte (1 BvR 3295/07). Das Gericht bezeichnete solche medizinischen Zugangsvoraussetzungen zur Personenstandsänderung als „schwere Beeinträchtigungen der körperlichen Unversehrtheit“ (1 BvR 3295/07: Rn 52). Die Urteile des BVerfG sind verankert in einem sich seit Ende der 1990er-Jahre vollziehenden gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Veränderungsprozess im Denken zu Geschlecht allgemein und Trans* im Besonderen. In den vergangenen Jahren hat sich daraus eine breite internationale Diskussion um Trans*- und Menschenrechte entwickelt, die zunehmend den Gesundheitsbereich in den Blick nimmt. Von supranationalen Gerichten (EGMR 2002, 2003, 2007, zitiert nach Europarat 2011: 84, 109) über politische Gremien (z. B. Europarat 2010a; 2010b; Vereinte Nationen 2011; Europaparlament 2012) bis hin zu Menschenrechtsexpert_innen (ICJ 2007; Hammarberg 2010) und der Trans*-Bewegung selbst (z. B. ILGA 2009; TGEU 2012; GATE 2012a) hat sich eine Vielzahl von nationalen und internationalen Akteur_innen zu Wort gemeldet und eine zugängliche, diskriminierungsfreie und menschenrechtskonforme Gesundheitsversorgung für Trans* eingefordert. Ein Überblick über die Debatte findet sich in den Dokumenten der internationalen Kampagne „Stop Trans Pathologization – STP 2012“ (2011, 2012a, 2012b).

Für den europäischen Kontext zentral ist der Art. 8 (Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens) der auch in Deutschland ratifizierten Europäischen Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK), der das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung garantiert, worin nach Auslegung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) auch das Recht auf „Geschlechtsumwandlung“ enthalten ist (Haupt 2011: 1). Ein weiteres wichtiges Dokument von globaler Bedeutung sind die zur Rechtskodifikation herangezogenen Yogyakarta Prinzipien, die klar stellen: „Entgegen anders lautender Beurteilungen sind die sexuelle Orientierung und die geschlechtliche Identität eines Menschen an und für sich keine

Erkrankungen und sollen daher nicht behandelt, geheilt oder unterdrückt werden“ (Hirschfeld-Eddy-Stiftung 2008: 28).

Entfällt jedoch der Status als psychische Krankheit durch Streichung der Diagnosen zu den „Störungen der Geschlechtsidentität“ aus den Klassifikationskatalogen (s. o.), ist zu befürchten, dass öffentliche Gesundheitssysteme sich weigern, für die Kosten geschlechtsangleichender Maßnahmen weiterhin aufzukommen (Drescher et al. 2012). Der ehemalige Menschenrechtskommissar des Europarats Thomas Hammarberg argumentierte diesbezüglich: „Von einer menschenrechtlichen und Gesundheitsfürsorgeperspektive muss keine psychische Störung diagnostiziert werden, um Zugang zur Behandlung eines Zustands einzuräumen, der medizinische Betreuung erfordert“ (Hammarberg 2010: 17). Für die Überarbeitung der *Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*: ICD) wurde daher vorgeschlagen, eine nicht-psychopathologische Diagnose „Geschlechtsinkongruenz“ in einem von dem Bereich psychischer Störungen separierten Kapitel zu platzieren (Drescher et al. 2012: 574). Weltweit beispielhaft ist das argentinische Geschlechtsidentitätsgesetz von 2012 (GATE 2012b). In dem Gesetz ist nicht nur die rechtliche Vornamen- und Personenstandsänderung qua Selbsterklärung unbürokratisch zugänglich gemacht, sondern auch die trans*-spezifische Gesundheitsversorgung geregelt. Der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen für Trans*, einschließlich geschlechtsangleichender Operationen und Hormone, ist durch das Gesetz unabhängig von medizinischen Diagnosen gestaltet, und beruht einzig auf Selbstdefinition und dem Prinzip der vorherigen aufgeklärten Einwilligung (*prior informed consent*). Alle Kosten sind vom öffentlichen Gesundheitssystem zu tragen.¹¹

Insgesamt wird durch den hier kurz dargestellten menschenrechtlichen Diskurs die Definitionsmacht der an der Gesundheitsversorgung beteiligten Disziplinen der Medizin und Psychologie über Trans*-Körper infrage gestellt. Die Disziplinen sind daher aufgefordert, über ihre Rolle zu reflektieren. Der momentan anstehende Prozess der Leitlinienentwicklung bietet dazu eine gute Gelegenheit (vgl. Nieder und Strauß 2014, in diesem Heft). Im Folgenden werden anhand von vier Menschenrechten (Recht auf Selbstbestimmung, auf Gesundheit, auf Privatsphäre und auf Menschenwürde) neue Perspektiven auf Trans*-Gesundheit im bestehenden deutschen Gesundheitssystem entwickelt.

¹¹ Für weitere internationale Beispiele guter Praktiken menschenrechtskonformer Ausgestaltung von trans*-spezifischer Gesundheitsversorgung vgl. auch Agius et al. (2011: 25 ff.) oder Mittag und Sauer (2012).

Recht auf Selbstbestimmung

Das Recht auf Selbstbestimmung¹² schließt auch Körperlichkeit und Identität ein. Körperliche und identitäre Selbstbestimmung bedeutet für Trans*-Menschen das Recht, ihre Identität frei zu bestimmen und zu leben sowie das Recht, ihren Körper, Namen und Personenstand ihrer Identität anzupassen (AK TSG-Reform 2012: 2). Diese Möglichkeit wird in Deutschland momentan nur in Verbindung mit großen Hürden eingeräumt, und nur jenen Trans*-Menschen, die gemäß der restriktiven Definition des ICD-10 (F64.0) „transsexuell“ sind. Eine trans*-spezifische Gesundheitsversorgung erreicht nicht alle Trans*-Menschen in Deutschland, die sie benötigen würden (Whittle et al. 2008).

In medizinisch-psychotherapeutischen Fachartikeln wird mitunter behauptet, ein „beliebiger Zugang“ zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen müsse verhindert werden (z. B. Becker 2009: 14). Die Standards warnen sogar davor, Trans*-Menschen könnten versuchen, sich über eine Vornamensänderung nach TSG *missbräuchlich* Zugang zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen zu erschleichen (Becker et al. 1997: 12). Sie schreiben damit ein psychopathologisierendes und veraltetes Konzept fort, das „echte“ Transsexuelle von „unechten“ (Transvestit_innen) unterscheidet. Das Menschenrecht auf Selbstbestimmung muss jedoch unabhängig vom historisch-kulturellen Kontext oder von einer eindeutig intelligiblen Geschlechtsidentität als „Mann“ oder „Frau“ für jeden Menschen gelten.

Hinter dem Bedürfnis, den Zugang zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen zu kontrollieren, steckt aus Sicht der Autor_innen die paternalistische Grundannahme, Menschen seien nicht in der Lage, Entscheidungen über ihren eigenen Körper selbst zu treffen. Vielmehr wollten sie massive medizinische Maßnahmen vornehmen lassen, ohne deren Funktion und Konsequenzen erschöpfend reflektiert zu haben. Als Indizien werden wiederholt so genannte „*Regretter*“ herangezogen, also Menschen, die ihre physische Transition¹³ bereuen und mit einem „Rückumwandlungsbegehren“ vorstellig werden. Ihre angebliche Anzahl, die je nach Quelle mit 2 bis 3 % (Preuss et al. 2012: 59) oder 1 bis 2 % (Schmidt 2013: 176) ohnehin als sehr niedrig eingeschätzt wird, ist nicht evidenzbasiert. Zu bedenken ist in diesem Zusammenhang, dass geschlechtsangleichende Operationen bis Januar 2011 Voraussetzung für eine rechtliche Anerkennung im Identitätsgeschlecht waren (1 BvR 3295/07). Seit dieser Entkoppelung lässt sich ein Rückgang genitalchirurgischer Maßnahmen feststellen, während die Anzahl an Personenstandsverfahren nach TSG sprunghaft angestiegen ist (Nieder et al. 2013). Es kann nur gemutmaßt werden, wie viele Trans*-Menschen sich im Laufe der Jahr-

¹²Begründet auf Art. 2 GG Abs. 1 und 2 (Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit, Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit) i. V. m. Art. 1 (Würde des Menschen) und Art. 3 GG (Gleichbehandlungsgebot und Benachteiligungsverbot aufgrund von Geschlechtszugehörigkeit).

¹³Transition beschreibt in der Regel den Prozess der körperlichen, je nach Gebrauch u. U. auch den der sozialen und rechtlichen Geschlechtsangleichung.

zehnte zu geschlechtsangleichenden Behandlungen entschlossen haben, weil es zur Transition „dazu gehörte“, anstatt danach zu handeln, was ihrem individuellen Bedürfnis entsprochen hätte. In Abkehr vom Konzept der Psychopathologisierung erfordert ein Perspektivenwechsel, die Beratung zur medizinischen Machbarkeit einzelner Behandlungsmaßnahmen auf die Bedürfnisse der Trans*-Personen abzustimmen und eine umfassend informierte Einwilligungsfähigkeit nach dem Modell des „*prior informed consent*“ (WPATH 2011: 187; vgl. auch Radix und Eisfeld 2014, in diesem Heft) herzustellen, um Trans*-Personen bei der Ausübung ihres Rechtes auf körperliche und identitäre Selbstbestimmung zur Seite (statt im Weg) zu stehen.¹⁴

Recht auf Gesundheit

Da die Gesundheit von Trans* durch die Inkongruenz von Körper und Identität beeinträchtigt werden kann, fällt das Recht auf Kostenübernahme durch die Krankenkassen unter das *Recht auf Gesundheit*. Die Weltgesundheitsorganisation definiert Gesundheit seit 1946 als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens“ und nicht nur als „das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (Schweizerische Eidgenossenschaft 2013: 1). Die deutsche Rechtsprechung versteht unter Krankheit laut Bundessozialgericht (BSG) einen „regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand“, der die Notwendigkeit ärztlicher Heilbehandlung zur Folge hat. Als regelwidrig wird ein Zustand angesehen, der vom „Leitbild des gesunden Menschen“ abweicht (BSG 1 RK 14/92: 72, 96, 98). Das Bundessozialgesetzbuch (SGB) erkennt es als Aufgabe der Solidargemeinschaft an, „die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern“ (§ 1 SGB V), um „die besonderen Belastungen des Lebens“ auszugleichen sowie den Versicherten ein „menschenwürdiges Dasein“ und die „freie Entfaltung der Persönlichkeit zu ermöglichen“ (§ 1 SGB I).

In der Realität finden diese Definitionen selten Anwendung. Die Ablehnung des Rechts auf Selbstbestimmung über den eigenen Körper wird in Bezug auf Trans* von klinisch Tätigen wiederholt mit der Vorsicht gegenüber „irreversiblen Eingriffen in den biologisch gesunden Organismus“, also mit der „körperlichen Unversehrtheit“ begründet (Pichlo 2010: 22). Solche und ähnliche Standpunkte haben dabei in ihrer physisch am Geburtsgeschlecht verhafteten Binarität bis heute verkannt, dass geschlechtliche Körperlichkeiten, die nicht dem Identitätsgeschlecht entsprechen, von vielen Trans*-Personen als organisch nicht gesund wahrgenommen werden („im falschen Körper“).¹⁵ Das Körperempfinden kann von gesund bis zur teilweisen oder

¹⁴ Auch Trans*-Menschen mit psychischen und/oder physischen Einschränkungen bzw. Behinderungen haben ein Recht auf geschlechtliche Selbstbestimmung und müssen Unterstützung bei der Ausübung ihrer Rechte finden.

¹⁵ Auch bei anderen Gesundheitsdienstleistungen wie der künstlichen Befruchtung oder plastischen Chirurgie werden Eingriffe an organisch „gesunden“ Körpern vorgenommen bzw. im Falle von Schwangerschaft Leistungen von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert, die keinen Krankheitswert haben.

vollständigen Ablehnung des Geburtsgeschlechtskörpers reichen. Der gesamten Spannbreite dieses individuellen Erlebens ist Rechnung zu tragen, ohne es zu psychopathologisieren und/oder in Wertigkeiten zu unterteilen (TriQ [undatiert]).

Das BSG hat bereits in seinem Grundsatzurteil vom 6. August 1987 (3 RK 15/86) festgestellt, dass Transsexualität nicht *per se* als Krankheit begriffen werden kann. Vielmehr wird dem Leidensdruck, der durch die „regelwidrige innere Spannung“ ausgelöst werden kann, Krankheitswert zugeschrieben (Pichlo 2008: 120). Ziel ist gemäß BSG nicht nur die Linderung, sondern die Beseitigung dieses Zustandes. In diesen Fällen sind die gesetzlichen Krankenkassen leistungspflichtig. Für die psychosoziale Gesundheit von Trans*-Menschen ist es wichtig, diese Definition zu erweitern. Drescher et al. (2012: 573 f.) führen aus, dass viele Trans*-Personen weder signifikanten Leidensdruck erleben, noch in ihrem Alltags- bzw. Erwerbsleben eingeschränkt sind, *eben weil* sie um die Möglichkeiten einer Transition wissen, diese ggf. zielstrebig verfolgen und dabei von ihrem sozialen Umfeld akzeptiert und unterstützt werden (vgl. auch die „Populationsbeschreibung“ bei Nieder und Strauß 2014, in diesem Heft). Nationale und internationale Studien belegen: Wenn diese Unterstützung ausbleibt, entwickelt sich oft erst ein Leidensdruck mit erheblich negativen Konsequenzen für die psychosoziale Gesundheit (Whittle et al. 2008; Franzen und Sauer 2010; Fuchs et al. 2012). In der Konsequenz wird jene Trans*-Person, die in einem psychisch stabilem Zustand „vorstellig“ und dann abgewiesen wird, weil er_sie nicht „genügend Leidensdruck“ zeigt, diesen reaktiv auf die Zurückweisung durch das System entwickeln – oder wird ihn, in Anpassung an dessen Spielregeln, glaubwürdig vorgeben. Dies beinhaltet die Gefahr, dass ohne Leidensdruck *a priori* erst dann behandelt wird, wenn nach einigen Monaten der Nicht-Behandlung depressive Verstimmungen oder Suizidalität vorliegen. Die Verweigerung von Behandlung aufgrund fehlenden Leidensdrucks müsste als Verletzung des Rechtes auf Gesundheit und in letzter Konsequenz als unterlassene ärztliche Hilfeleistung gewertet werden.

Recht auf Privatsphäre

Das Recht auf Privatsphäre¹⁶ lag bereits drei verschiedenen Urteilen des EGMR zugrunde¹⁷, in denen dieser seine Mitgliedstaaten verpflichtet, Trans*-Menschen rechtlich in ihrem Identitätsgeschlecht anzuerkennen und die Kosten für geschlechtsangleichende Maßnahmen (z. B. durch die öffentlichen Gesundheitssysteme) abzudecken (Europarat 2011: 84, 109). Kernargument ist, dass der rechtliche Status, der aus dem zugewiesenen Geburtsgeschlecht resultiert, nicht der gelebten Identität entspricht und

¹⁶ Art. 8 EMRK. In Deutschland als Teil des allgemeinen Persönlichkeitsrechts grundrechtsdogmatisch begründet in Art. 1 Abs. 1 i. V. m. Art 2 Abs. 1 GG.

¹⁷ Goodwin vs. Vereinigtes Königreich (2002); Kück vs. Deutschland (2003) und L. vs. Litauen (2007).

Trans* sich im Falle der Nichtanerkennung des Identitätsgeschlechts immer wieder gezwungen sehen, ihren Trans*-Status offen zu legen, was ihr Recht auf Privatsphäre verletzt. Der EGMR, dessen Urteile für Deutschland bindend sind, hat demnach Trans*-Menschen prinzipiell ein Recht auf *Passing*¹⁸ im Identitätsgeschlecht eingeräumt.

Passing im Identitätsgeschlecht erfordert jedoch oft mehr als Hormongabe und genitalangleichende Maßnahmen. Häufig sind auch kosmetische Eingriffe wie Epilation, Gesichtsfeminisierung, Nasenkorrekturen, Fettabsaugungen, stimmverändernde Operationen, Adamsapfelkorrekturen, Penis-Hoden-Epithesen, Logopädie etc. notwendig. Dass solche Leistungen vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen zum Teil ausgenommen sind (Pichlo 2010: 28), steht im Widerspruch zum Recht auf Passing bzw. dem Recht auf Wahrung der Privatsphäre.

Die individuelle Würde des Menschen

Das Recht auf Privatsphäre ist eng verknüpft mit dem Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit (Art. 2 Abs. 1 GG) und mit der Würde des Menschen (Art. 1 Abs. 1 GG). Die Verfassung garantiert „die Freiheit des Individuums“ (Art. 2 Abs. 1 GG). Nach BVerfG-Rechtsprechung schützt Art. 1 Abs. 1 GG den Trans*-Menschen, „in der Individualität, in der er sich selbst begreift“ (2 BvR 1833/95). Die unflexible Standardisierung der Behandlung von Trans*, einschließlich ihrer inhärenten binären „Erwartungen an Geschlecht“ (Adamietz 2011), wie in den deutschen Standards bzw. in der sozialmedizinischen Begutachtungsanleitung festgeschrieben (MDS 2009), weist daher eine inhaltliche Friktion mit der geltenden Rechtslage auf. Das Gericht hat zudem festgestellt, dass die Frage, welchem Geschlecht sich ein Mensch zugehörig empfindet, „seinen Sexualbereich“ betrifft, der als Teil der verfassungsrechtlich geschützten Privatsphäre zu betrachten ist: „Jedermann kann daher von den staatlichen Organen die Achtung dieses Bereichs verlangen. Das schließt die Pflicht ein, die individuelle Entscheidung eines Menschen über seine Geschlechtszugehörigkeit zu respektieren“ (BVerfG 2 BvR 1833/95).

Dieser Schutz bezieht sich auf alle staatlichen Institutionen, einschließlich des öffentlichen Gesundheitssystems. Zwar bezog sich das Urteil auf eine Transfrau, die nach § 1 TSG ihre Vornamensänderung erwirkt hatte, aber das „jedermann“ dehnt den Geltungsbereich des Folgesatzes auf alle Menschen aus. Damit hat das Bundesverfassungsgericht schon 1996 erklärt, dass die Geschlechtszugehörigkeit als eine individuelle Entscheidung zu respektieren ist, anstatt sie durch die Differentialdiagnostik und standardisierte Einstufung als psychische Erkrankung infrage bzw. die Entscheidungsfähigkeit selbst in Abrede zu stellen.

¹⁸ „Passing“ bezeichnet „durchgehen“, hier im Identitätsgeschlecht. Ein Mensch mit funktionierendem Passing wird im Alltag als ein Mitglied der Gruppe(n) wahrgenommen, der/denen er_sie sich zugehörig fühlt.

Neue Perspektiven auf Trans*-Gesundheit

Die Standards sehen vor, dass Trans*-Menschen vor einer Diagnosestellung (F64.0 „Störungen der Geschlechtsidentität/Transsexualismus“) einen „Alltagstest“ sowie eine obligatorische „Psychotherapie“ absolvieren müssen, zwölf Monate für die Einleitung von Hormontherapie, 18 Monate für geschlechtsangleichende Operationen (Becker et al. 1997).¹⁹ Diese Anforderungen wurden von Anfang an von soziologischen Forscher_innen wie Hirschauer (1997) und Lindemann (1997), später Schenk (2008), Franzen und Sauer (2010), von psychiatrisch-psychologischen Expert_innen wie Güldenring (2009a, 2009b), Rauchfleisch (2009) oder Haupt (2011, 2012) und nicht zuletzt von der Bewegung selbst kritisiert (z. B. Transmann [undatiert]; Transidentitas e. V. 1997; Regh 2002; Demiel 2012). Im Folgenden werden Vorschläge unterbreitet, wie dieser Kritik durch einen menschenrechtlich basierten Perspektivenwechsel praxisorientiert entsprochen werden kann.

Die verpflichtende „Psychotherapie“ abschaffen

Begründet wird die vorgeschriebene „Psychotherapie“ in den Standards vage mit dem Hinweis, dass eine zuverlässige Diagnose nur im Rahmen eines längerfristigen „diagnostisch-therapeutischen Prozesses“ möglich sei (Becker et al. 1997: 2). Die Autor_innen der Standards verkennen dabei die Unmöglichkeit einer „diagnostisch-therapeutischen“ Doppelrolle (Güldenring 2013). Im bestehenden medizinischen System, das Menschen mit der Diagnose „Transsexualismus“ ein Anrecht auf geschlechtsangleichende Maßnahmen einräumt, und sie gleichzeitig allen anderen Trans*-Menschen verweigert (Becker et al. 1997: 3), fällt der diagnosestellenden Person zwangsläufig eine machtvoll ausgestaltete Schlüsselposition zu. Der_die Therapeut_in wird zur Entscheidungsinstanz über Ausdrucksmöglichkeiten der Geschlechtsidentität. Therapeut_innen nehmen auf der Basis eines binären Geschlechtsverständnisses, das in den Standards angelegt ist (z. B. in der Forderung nach „gegengeschlechtlicher Identifikation“), ihre Beurteilung vor (Hirschauer 1996; Güldenring 2009a; Fritz 2013). Die Trans*-Person steht vor dem Dilemma, die diagnosestellende Person unbedingt von ihrer „echten“ bzw. „eindeutigen“ Transsexualität überzeugen zu müssen, um die eigene Identität leben zu können (TrIQ 2013a; TrIQ und Köhler 2011). Eine negative Entscheidung kommt einer persönlichen Katastrophe gleich (Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW 2012). Im inter-

¹⁹ Wurden die Standards in der Praxis in der Vergangenheit teilweise flexibel gehandhabt, so ist es seit Inkrafttreten der Begutachtungsanleitung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS 2009) sehr schwierig, von diesem Schema abzuweichen. Der MDS bezog sich bei der Erstellung seiner Begutachtungsanleitung verschärfend auf die deutschen Standards, die z. Z. des Erarbeitungsprozesses 2006 bis 2008 längst nicht mehr dem wissenschaftlichen Stand entsprachen. Eine Abweichung von den Standards bzw. der Begutachtungsanleitung gefährdet die Kostenübernahme von geschlechtsangleichenden Maßnahmen durch die Krankenkassen.

nationalen Diskurs wird diese Funktion als „Gate-Keeping“ bezeichnet (u. a. Spade 2006), zu Deutsch etwa „Torwächter_in“ oder „Türsteher_in“.

Die psychotherapeutische Beziehung hingegen basiert auf einem Vertrauensverhältnis zwischen Klient_in und Therapeut_in. In dem Augenblick, in dem Trans*-Personen jedoch in einem Abhängigkeitsverhältnis zu ihrer_ihrem persönlichen „Türsteher_in“ stehen, ist es schwierig bis unmöglich, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, das Voraussetzung für jede effektive Psychotherapie ist. Auf das Paradoxon einer solchen Doppelrolle haben – neben zahlreicher internationaler Literatur – im deutschen Sprachraum v. a. Hirschauer (1999), Rauchfleisch (2009: 28), Franzen und Sauer (2010: 49), Fritz (2013) sowie Güldenring (2009b, 2013) hingewiesen.²⁰

Viele Trans*-Menschen erleben den Diagnoseprozess, welcher "die Tür" für alle folgenden Verfahren der medizinischen und rechtlichen Geschlechtsangleichung öffnet, als Prüfung: „Ich hatte Angst, vom Gutachter ein negatives Gutachten zu bekommen, denn wenn ich ein negatives Gutachten bekomme, kann ich auch keine OP beantragen“ (Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW 2012: 100). Ihnen ist bewusst, dass sie, über die formalen Diagnosekriterien hinaus, den stereotypen Vorstellungen ihrer_ihres „Türstehers_in“ entsprechen müssen. Trans* haben in Reaktion darauf spezifische Stereotypen antizipierende Trans*-Narrative entwickelt. Dabei erzählen sie adaptierte Geschichten über sich selbst, die teilweise der eigenen Biografie übergestülpt werden, den wahren Gehalt verändern, verstecken, verschleiern, um das (vermeintlich) eingeforderte geschlechtliche Klischee zu repräsentieren (Butler 2004: 71; Spade 2006: 326; Rauchfleisch 2009: 33; Franzen und Sauer 2010: 14; Nieder und Richter-Appelt 2011: 233; Fuchs et al. 2012: 27; Agius et al. 2012: 28; Kollektiv Sternchen und Steine 2012: 11; Güldenring 2013: 165). Eine sinnvolle therapeutische Begleitung wird durch diese Notwendigkeit zur standardisierten Selbstnarration konterkariert. Güldenring weist darauf hin, dass in einem Setting, das zur stilisierten Selbstnarration aufruft, eine Diagnosestellung, die ausschließlich auf dieser Selbsterzählung und (subjektiven) Beobachtung beruht, problematisch ist (2013: 171).

In Anlehnung an die vorgenannte Literatur und Erfahrungen von Trans*-Menschen mit dem bestehenden System darf Psychotherapie daher nicht Voraussetzung für die Diagnose sein, da sie dadurch unweigerlich zu einem zu bestehenden Test wird. Sie verunmöglicht ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen „Patient_in“ und Therapeut_in, unabhängig davon, ob sie pauschal indiziert überhaupt sinnvoll ist. Dabei wäre eine frei wählbare psychotherapeutische Begleitung, von der Aufgabe einer Diagnosestellung gänzlich entbunden, für viele Trans* wünschenswert und überaus hilfreich. Fuchs et al. (2012: 94) führen an, dass einige Trans* zwei Psychotherapien machen: „ei-

²⁰ In den vergangenen Jahren wurde auf Seiten der Behandler_innen mehrfach vorgeschlagen, Psychotherapie und Indikationsstellung auf zwei Behandelnde aufzuteilen, um diese Doppelrolle aufzubrechen (vgl. Becker 2004: 182; Rauchfleisch 2009: 26 f.; MDS 2009: 10). Dies findet in der Praxis jedoch kaum Anwendung.

ne, mit der sie die MDS-Richtlinien erfüllen und die ihnen die für die Hormontherapie bzw. die geschlechtsangleichenden Maßnahmen nötige Indikation liefern soll, und eine zweite, die ihnen die Unterstützung bietet, die sie tatsächlich benötigen.“

Freiwilligkeit statt Zwang wird mittlerweile vereinzelt auch von neuerer klinischer Forschung befürwortet (Nieder et al. 2011: 219f.). Trotz aller Kritik, inklusive der mangelnden Evidenzbasierung und des ausstehenden Nützlichkeitsnachweises (Haupt 2012), halten viele in diesem Feld bestimende Mediziner_innen weiterhin an der „Psychotherapie“ als Voraussetzung zu somatischen Maßnahmen fest. Preuss et al. (2012: 58) schreiben: „Wichtigste Aufgabe des [...] spezialisierten ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten [ist es] im Rahmen eines psychotherapeutischen Settings, das eine Verlaufsdagnostik ermöglicht, die Indikation für somatische Maßnahmen [...] zu stellen.“

Eine ähnliche Sichtweise findet sich bei Becker (2012). Beide Artikel betonen, es gebe Trans*-Menschen über das gesamte Spektrum „von psychischer Gesundheit bis zu (schwerer) psychischer Krankheit“. Den Anteil „psychisch gesunder“ Trans*-Menschen schätzt Becker (2012: 29) auf etwa 30%, ohne zu belegen bzw. zu erläutern, was sie unter „gesund“ und „krank“ versteht. Obgleich in beiden Artikeln eingeräumt wird, dass zumindest ein hoher Anteil von Trans*-Menschen psychisch völlig gesund ist, werden dann ausschließlich psychopathologisch auffällige, „konfliktvolle“ Verlaufsformen dargestellt. An keinem Punkt wird die Frage gestellt, warum und inwiefern sich psychisch gesunde Menschen einer eineinhalbjährigen „Psychotherapie“ unterziehen müssen. Verfechter_innen der Zwangstherapie ignorieren zudem, dass viele Trans* die Aufgaben einer Psychotherapie längst bewältigt haben, bevor sie zum ersten Mal eine_n Psychotherapeut_in aufsuchen, um somatische Maßnahmen einzuleiten (Fuchs et al. 2012: 93).

Preuss et al. (2012: 63) skizzieren insgesamt elf Aufgaben der „Psychotherapie“ vor und während des „Rollenwechsels“. Diese beziehen sich vornehmlich auf Selbstfindung, Selbstakzeptanz und Bewältigung der „neuen Geschlechtsrolle“. Anschließend führen die Autoren aus, dass einige Trans* zu ihnen kämen, „die schon jahrelang in der anderen Geschlechtsrolle gelebt haben, weil sie nicht mehr ohne Hormonbehandlung auskommen, oder weil sie Hormone vom Schwarzmarkt nicht länger unkontrolliert einnehmen wollen. Eine Alltagserfahrung hat so bei ihnen längst stattgefunden“ (ebd.: 64). Wenn eine Trans*-Person aber schon jahrelang im Identitätsgeschlecht lebt und den „Rollenwechsel“ damit bereits vollzogen hat, stellt sich die Frage, warum und welche der elf Aufgaben der „Psychotherapie“ sie über zwölf bis 18 Monate besprechen soll? Für diese Trans*-Personen stellen die Monate der „Psychotherapie“ oftmals eine quälende, entwicklungshemmende und unnötige Wartezeit dar. Manchmal wird dadurch erst der Leidensdruck geschaffen, den es eigentlich zu beseitigen oder zu verhindern gilt (Fuchs et al. 2012: 15).

Es stellt sich außerdem die Frage, ob die verordnete „Psychotherapie“ überhaupt legitim ist. Die Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA 2011) schließt die Übernahme einer Psychotherapie als Leis-

tung der gesetzlichen Krankenkasse aus, wenn „sie nicht der Heilung oder Besserung einer seelischen Krankheit“ dient (GBA 2011: 13). Da reparative Therapien heute nicht mehr zum medizinischen Standard gehören (Becker et al. 1997: 5),²¹ ist eine „Psychotherapie“ zur reinen Diagnosestellung eigentlich ausgeschlossen, weil die betreffenden Personen nicht von ihrem „transsexuellen Wunsch“ abgebracht werden sollen. Weiter führt die Richtlinie aus, dass eine Psychotherapie nicht indiziert ist, wenn „ein Behandlungserfolg nicht erwartet werden kann, weil dafür bei [dem_der Patient_in] die Voraussetzung hinsichtlich der Motivationslage“ nicht gegeben sei (ebd.). Auch hat eine kostenersatzpflichtige Psychotherapie „zweckmäßig und wirtschaftlich“ (GBA 2011: 4) zu sein. All diese Voraussetzungen sind bei psychisch gesunden Trans*-Personen, die keine Psychotherapie von sich aus suchen, nicht erfüllt. Daher müssten sich die Krankenkassen eigentlich weigern, unfreiwillig auferlegte „Psychotherapien“ für Trans*-Personen zu bezahlen.

Wenn sich Trans*-Personen im bestehenden System jedoch gegen die verpflichtende „Psychotherapie“ entscheiden, entstehen spätestens seit der strikten MDS-Begutachtungsanleitung (2009) Schwierigkeiten mit der Kostenübernahme für somatische Maßnahmen durch die Krankenkassen, wie in diesem Fallbeispiel:

Ein Transmann, Mitte 20, beantragt die Kostenübernahme für eine beidseitige Mastektomie. Er lebt seit vier Jahren als Mann, nimmt seit zwei Jahren Hormone ein und erlebt – was nicht zuletzt dem Vollbart zu verdanken ist – ein vollständiges Passing als Mann. Er bindet seine Brust seit mehr als vier Jahren ab, klagt über starke Rückenschmerzen, Engegefühle und betont, dass er die Brust nicht mehr ertragen kann. Zweifel hat er keine. Eine Psychotherapie hat er zu keinem Zeitpunkt als nötig empfunden, da er seine Identitätsfindung mithilfe seines stark unterstützenden sozialen Umfelds bewältigt hat. Als religiöser Jude ist er außerdem von seinem Rabbiner jahrelang seelsorgerisch betreut worden. Der für ihn zuständige MDK lehnt die Kostenübernahme für die Operation mit der Begründung ab, dass aufgrund der fehlenden 18 Monate „Psychotherapie“ ein „krankheitswertiger Leidensdruck“ (der für die Kostenübernahme erforderlich ist) nicht hinreichend belegt sei, obwohl der Transmann zwei ausführliche medizinische Fachgutachten einreicht, u. a. eins von seinem behandelnden Psychiater, das eine psychiatrische Indikation zur Operation enthält. Zusätzlich reicht er drei fachärztliche Stellungnahmen ein sowie seinen transsexuellen Lebenslauf. Alle dieser Unterlagen betonen den krankheitswertigen Leidensdruck unter dem der Mann steht. Einige betonen dies explizit, dass aufgrund seiner hohen psychischen Stabilität eine Psychotherapie nicht indiziert sei. Der Leidensdruck an sich kann nicht geaugnet werden, der MDK nutzt jedoch den Formfehler der fehlenden „Psychotherapie“, um eine Kostenübernahme zu verweigern.

An Fällen wie diesem wird deutlich, wie Transitionsverläufe von der Erfüllung standardisierter, medizinischer Vorgaben abhängig sind. In der Praxis arbeiten einige Therapeut_innen und Kliniken nicht mehr ausschließlich nach diesem starren Muster, sie bewegen sich dabei allerdings im Wider-

²¹ Vgl. in diesem Zusammenhang die Analogie mit den verworfenen, da ineffektiven und schädlichen reparativen Therapien bei Homosexuellen (WMA 2013).

spruch zu den Standards und der MDS-Begutachtungsrichtlinie, was die Kostenübernahme gefährdet.²²

Auf den Alltagstest verzichten

Begleitend zur verpflichtenden „Psychotherapie“ sollen Trans*-Personen in der Zeitspanne von einem Jahr vor jeglicher medizinischer Geschlechtsveränderung in allen sozialen Bereichen im gewünschten Geschlecht leben, „insbesondere auch im Arbeitsumfeld“ (Pichlo 2008: 124). Betont wird zwar, dass der Alltagstest „kein Härtestest“ sei, sondern es Trans* ermöglichen soll, Erfahrungen im gewählten Geschlecht zu sammeln, die der Entscheidungsfindung in Bezug auf Körperveränderungen dienen soll (ebd.: 125; MDS 2009: 10). Da der „Test“ nicht auf freiwilliger Basis geschieht sowie meist zu einer Zeit, in der ohne medizinische Unterstützung kein Passing im gewählten Geschlecht möglich ist, empfinden viele Trans*-Menschen den Alltagstest jedoch als unzumutbaren Zwang und starke psychische Belastung (Fuchs et al. 2012: 15). Er erweist sich für Trans*-Menschen vielfach als problematisch und ist ein Auslöser von Diskriminierungen (Franzen und Sauer 2010: 16 ff., 35 ff.; Fuchs et al. 2012: 93f).

Durch unzureichendes Passing zwingt der Alltagstest de facto zu einer Öffentlichmachung des Trans*-Status, was mit dem Schutz der Privatsphäre nicht vereinbar ist. Auch führt sich der Alltagstest selbst ad absurdum: Ein Leben als öffentlich erkennbare_r Transsexuelle_r ist nicht vergleichbar mit einem Leben mit Passing im Identitätsgeschlecht. Der Alltagstest ist nicht nur fehlgeleitet und entmündigend, sondern mitunter gefährlich.²³ Trans*-Menschen berichten regelmäßig von verbalen und physischen Angriffen sowie expliziten und versteckten Diskriminierungen, die gegen sie als Trans*-Menschen gerichtet sind (Fuchs et al. 2012: 15). So gaben in einer deutschen Studie 60% der befragten Trans*-Personen an, Gewalterfahrungen aufgrund ihres Trans*-Seins gemacht zu haben (LesMigraS 2012: 115).²⁴

Es mag Menschen geben, die den Alltagstest für sich persönlich befürworten, und es steht jedem_jeder Trans* frei, ein Jahr (oder kürzer bzw. länger) in der „neuen Rolle“ (teilweise oder vollständig) zu leben, bevor er_sie somatische Behandlungsmaßnahmen einleitet. Doch es sollte die Entscheidung der Trans*-Person sein, wann und in welchen Lebensbereichen ein „Rollen-

²²Kürzlich ist ein betroffenenkontrolliert erstellter Ratgeber für die Beratungspraxis erschienen, der sich mit der widersprüchlichen Verhandlung zwischen individuellen Transitionswünschen, den Standards und der MDS-Begutachtungsanleitung auseinandersetzt (Sauer et al. 2013).

²³Nicht als Trans* erkannt zu werden, kann in manchen Situationen lebenswichtig sein. Das „Trans Murder Monitoring Project“ von Transgender Europe listete im März 2013 mehr als 1100 recherchierte Morde an Trans*-Personen weltweit seit Beginn der Zählung im Januar 2008 auf (TGEU 2013), davon zwei in Deutschland (Balzer und Hutta 2012).

²⁴Die Studie untersuchte vorwiegend Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen von lesbischen und bisexuellen Frauen sowie Trans*. Es ist davon auszugehen, dass das Trans*-Spektrum durch den Sample-Bias eher auf Trans*-Männlichkeiten fokussiert ist.

wechsel“ stattfindet, falls ein solcher überhaupt stattfindet,²⁵ und insbesondere wann es ungefährlich ist, einen „Rollenwechsel“ zu vollziehen.

Flexibilisierung und Individualisierung statt „Alles oder Nichts“

Die Behandlungsstandards von Becker et al. (1997) sehen eine spezifische Abfolge von Maßnahmen vor, die möglichst vollständig und lückenlos absolviert werden soll. Dies sind, wie bereits erwähnt, zunächst ein Jahr „Psychotherapie“ und Alltagstest, gefolgt von Hormonbehandlung sowie abschließend nach sechsmonatiger Hormoneinnahme geschlechtsangleichende Operationen. Der Ablauf lässt wenig Spielraum für individualisiertes *Timing* und Wahl der jeweils benötigten Maßnahmen. Zudem zwingt er eventuell nicht benötigte Maßnahmen auf, was auch Becker (2009) in Teilen erkannt hat. Das ist weder zum Wohl der Gesundheit der betreffenden Trans*-Person, noch im Sinne eines effizienten, bedarfsorientierten Gesundheitssystems. Es gibt z. B. Trans*, die aus verschiedenen (beruflichen, sozialen oder gesundheitlichen) Gründen keine Hormontherapie machen können oder wollen, oder sie nicht zum vorherbestimmten Zeitpunkt beginnen können oder wollen. Genannt sei hier exemplarisch der transmännliche Opernsänger, der aufgrund seines Berufes kein Testosteron einnehmen kann, da der Stimmbruch ihm das Kapital seiner Stimme nehmen würde. Aufgrund der „fehlenden“ Hormontherapie weigerte sich seine Krankenkasse, die Kosten für geschlechtsangleichende Operationen zu übernehmen (Karapolat et al. 2007).

Die Standards sollten daher abgelöst werden durch eine flexibel handhabbare, individuell anpassbare Leitlinie. Laut AWMF sind Leitlinien generell als „Handlungs- und Entscheidungskorridore“ zu verstehen, von denen – allerdings nur „in begründeten Fällen“ – abgewichen werden kann bzw. ggf. sogar abgewichen werden muss: „Die Anwendbarkeit einer Leitlinie oder einzelner Leitlinienempfehlungen muss in der individuellen Situation geprüft werden nach dem Prinzip der Indikationsstellung, Beratung, Präferenzermittlung und partizipativen Entscheidungsfindung“ (AWMF 2012: 5). Augenblicklich suggeriert die Formulierung als Standards und die inhaltliche Ausschließlichkeit, dass eine individuelle Abweichung nicht erwünscht bzw. rechtfertigungsbedürftig ist.

In Zukunft dürfen einzelne Maßnahmen nicht länger Voraussetzungen für andere Maßnahmen sein; das „Alles-oder-Nichts“-Modell sollte zugunsten eines flexiblen „Baukasten“-Systems aufgegeben werden. Es liegt an den Trans*-Personen selbst, im Dialog mit den klinischen Expert_innen zu entscheiden, welche Maßnahmen individuell gewünscht und benötigt werden und welche nicht.²⁶ Auch sollte die Bedingung des Vorhandenseins eines „krankheitswertigen Leidens“ am eigenen Körper um einen präventiven Ansatz erweitert wer-

²⁵ Insbesondere Transmänner vollziehen manchmal keinen „Rollenwechsel“, da sie von klein auf in einer maskulinen „Rolle“ gelebt haben.

²⁶ Die sog. Altendorfer Empfehlungen (Haupt 2011) gehen zwar in die richtige Richtung, aber im Sinne der „Patient_innen“-Selbstbestimmung nicht weit genug.

den, in dem die Verhinderung eines solchen Leidensdrucks für die Indikation geschlechtsangleichender Maßnahmen ausreicht (vgl. Nieder und Strauß 2014, in diesem Heft). In Anbetracht der Vielfalt von Trans* darf auch der Wunsch nach geschlechtsangleichenden Operationen nicht mehr Voraussetzung für Diagnosestellung und andere somatische Behandlungen sein.

Invasive Fragen ohne Behandlungsrelevanz nicht länger zulassen

Trans*-Menschen finden sich im Laufe des diagnostischen Prozesses meistens mit einer ganzen Reihe von Fragen konfrontiert, die massive Eingriffe in ihre Privatsphäre bedeuten und darauf gerichtet sind, ihre intimsten Gedanken – insbesondere sexueller Natur und in Bezug auf ihre Genitalien – zu durchleuchten. Bspw. sehen die Standards eine Erhebung der „sexuellen Orientierung“ als Teil des diagnostischen Prozesses vor (Becker et al. 1997: 3), obwohl den Autor_innen schon damals bewusst war, dass bei Trans* eine „ausgeprägte Vielfalt“ an „sexuellen Partnerpräferenzen“ bestehe (Becker et al. 1997: 4). Tatsächlich zeigt die Studie von Fuchs et al. (2012: 32, 39), dass sich nur etwa ein Drittel der transsexuellen Menschen als heterosexuell verortet. Etwa zwei Drittel verorten sich entweder als schwul, lesbisch, bisexuell oder anders. Trotzdem berichtet ein hoher Prozentteil von Fragen zu ihren sexuellen Praktiken und Fantasien im Rahmen des Begutachtungsprozesses (Fuchs et al. 2012: 74 f.).

So gehört die Sexualanamnese in den Kliniken der ENIGI Initiative (*European Network for the Investigation of Gender Incongruence*; s. Kreukels et al. 2012: 446), einem Zusammenschluss aus vier europäischen Trans*-Behandlungszentren, zum Standardrepertoire des *Clinical Assessment* von Trans*-Identitäten. Fragen ohne klinische Relevanz nach sexuellen Präferenzen, Fantasien oder gar Positionen beim Sex verletzen aus Sicht von Trans* ihre Intimsphäre, insbesondere im Hinblick auf die oftmalige Unfreiwilligkeit des „psychotherapeutischen“ Settings und das bereits thematisierte Machtungleichheits- und Abhängigkeitsverhältnis im diagnostischen Prozess.

Diskriminierende Türsteher_innen

Das Verhältnis mancher „Türsteher_innen“ zum Thema Transsexualität und zu ihnen sich anvertrauenden Trans* muss nach Fritz (2013) problematisiert werden. Exemplarisch zitiert seien Rüffer-Hesse und Hartmann (2004): Die „Gesunden“ (die Geduld zeigen und die Definitionshoheit der Psychiatrie über Trans*-Körper anerkennen), könnten „an der langen Leine geführt werden“ (ebd.: 277). Für die „Transsexuellenrechtler“ (die selbstbewusst auftreten und die Definitionsmacht der Medizin infrage stellen) sei ihr „transsexueller Wunsch“ lediglich ein „narzisstischer Stabilisierungsversuch“, dem nachzukommen aber unter bestimmten Umständen Sinn mache (ebd.: 278).²⁷

²⁷Eine_r der beiden Autor_innen hat als Leiter_in der „Sprechstunde für Transsexuelle“ einer medizinischen Hochschule heute eine regionale Schlüsselposition inne.

Statt abwertender Psychopathologisierung fordert Fritz (2013) von den Behandler_innen, die psychotherapeutischen Werthaltungen und Herangehensweisen inklusive ihrer Beratungs- und Therapiekonzepte reflexiv infrage zu stellen. Die Therapeut_innen sollten sich ihrer „Türsteher_innen“-Funktion entledigen, um wieder in die helfende Rolle zu finden. Bleibt dies aus, wundert es nicht, dass beinahe die Hälfte der Trans*-Menschen über negative Erfahrungen im Gesundheitsbereich berichtet (LesMigraS 2012: 98).

Diagnoseprozess verkürzen und Diagnosekompetenz ausweiten

Um eine Unterstützungsinstanz für Trans* darzustellen, sollten Psychiatrie und Psychologie den Anspruch aufgeben, Transgeschlechtlichkeit objektiv von außen diagnostizieren zu können (Güldenring 2013: 171 ff.). Solange eine nicht-psychopathologische Diagnosemöglichkeit im ICD-11 oder eine gesetzliche Verankerung der Leistungspflicht (etwa im SGB nach dem Vorbild Argentiniens) aussteht, werden Behandler_innen von Trans* weiterhin mit den bestehenden Diagnosen der „Geschlechtsidentitätsstörungen“ arbeiten müssen. Bis dahin sollte der Diagnoseprozess in Anerkennung des Selbstbestimmungsrechtes der Trans*-Personen von zwölf Monaten auf wenige Gespräche verkürzt werden. Es sollten weder „Intersexualität“ noch geistige oder körperliche Behinderungen als Ausschlusskriterien gelten, weil auch diesen Menschen das Recht auf geschlechtliche Selbstbestimmung zusteht (Klöppel 2010; Sauer et al. 2013). Um Trans* in ihrem Selbstbestimmungsrecht weiter zu stärken und die Abhängigkeit von Psychiater_innen und Psychotherapeut_innen zu verringern, ist es zudem notwendig, die Diagnose-Kompetenz auf somatisch orientierte Ärzt_innen auszuweiten. Es kommen dafür bspw. Hausärzt_innen, Gynäkolog_innen, Urolog_innen und Kinderärzt_innen in Betracht. Ein größerer Pool an Ärzt_innen würde die Nähe zum „Patienten_in“ garantieren, regionale Versorgungslücken schließen, Wartezeiten verringern und die wenigen kompetenten und stark frequentierten Spezialist_innen entlasten. Nach erfolgter Diagnose sollte der die behandelnde Ärzt_in in der Lage sein, die spezifisch benötigten Maßnahmen zu indizieren bzw. für Spezial-Behandlungen (z. B. Genitaloperationen) zu Fachärzt_innen zu überweisen.²⁸

Viele Trans*-Menschen fühlen sich auf dem weiteren Weg bei der Beantragung der Kostenübernahme für geschlechtsangleichende Maßnahmen der Willkür von Sachbearbeiter_innen bei den Krankenkassen ausgeliefert (vgl. Fuchs et al. 2012: 10, 91f; AK TSG-Reform 2012: 10) bzw. müssen sich erneut einer Begutachtung durch den MDK unterziehen. Um das Verfahren zu vereinfachen und Rechtssicherheit zu schaffen, schlagen wir vor, das Recht auf Passing als Leistungspflicht der Krankenkassen nach Argentinischem Modell im SGB gesetzlich zu verankern.

²⁸ Sollte auf Seiten der behandelnden Ärzt_innen Zweifel an der umfassend informierten Einwilligungsfähigkeit der Trans*-Person bestehen, würde es ihnen selbstverständlich unbenommen bleiben, die eingeforderte Indikation nicht auszustellen und zur weiteren Beratung an Spezialist_innen zu verweisen.

Leitlinie und Qualitätsmanagement der Behandlungen partizipativ auf Augenhöhe mit Trans entwickeln*

An der Überarbeitung der Standards unter dem neuen Arbeitstitel „Geschlechtsdysphorie: Diagnostik, Beratung und Behandlung“ unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung sind neben vierzehn medizinischen Fachgesellschaften erstmals zwei Trans*-Einzelpersonen als „VertreterInnen von Betroffenengruppen“ beteiligt (AWMF online 2013).²⁹ Jede Fachgesellschaft und die beiden Trans*-Vertreter_innen haben je eine Stimme. Ein breiteres Beteiligungsverfahren mit regionalen Anhörungen wird derzeit umgesetzt (s. Nieder und Strauß 2014, in diesem Heft). Damit wird zum ersten Mal in der Geschichte der Behandlung und Begutachtung von Trans* die Beteiligung von Trans*-Personen bei der Leitlinienerstellung realisiert, was einen wichtigen, ersten Schritt hin zum geforderten Perspektivenwechsel darstellt. Aufgrund der eingangs dargestellten Monopolstellung klinischer Forschung als Evidenz und angesichts der Marginalisierung der beiden Trans*-Personen in der Leitlinienkommission bleibt abzuwarten, inwiefern und auf welche Art Trans*-Positionen Beachtung finden. Die demokratische Beteiligung von „Betroffenen“-Organisationen von Anfang an, auf Augenhöhe als gleichberechtigte Partner_innen(-Organisationen) und in allen Bereichen wäre jedoch zentral für einen „betroffenenkontrollierten“ Prozess und sollte aus Sicht der Autor_innen im Leitlinien-Regelwerk der AWMF als Qualitätsmerkmal verankert werden.³⁰

²⁹Neben ihrer von 2012 bis 2014 geplanten Überarbeitung fand 2012 bis 2013 auch die Überarbeitung der „Leitlinie für Geschlechtsidentitätsstörung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ statt. TransInterQueer e.V. intervenierte im August 2012 bei den zwei jeweils federführenden medizinischen Fachgesellschaften für die beiden getrennten Überarbeitungsprozesse. TriQ forderte in beiden parallel laufenden Verfahren umfassende Betroffenenbeteiligung auf Augenhöhe und von Beginn an. TriQ forderte auch die Verzahnung der beiden Prozesse, um bei jungen Trans*-Erwachsenen eine Versorgungslücke zu vermeiden und Trans*-Kindern bzw. -Jugendlichen eine bessere Versorgung zu gewähren, was nicht erfolgte. Während die Erwachsenenleitlinien im Nachgang als partizipatives S3-Verfahren angemeldet und umgesetzt wurden, wurde die Leitlinie für Trans*-Kinder und -Jugendliche als S1-Verfahren mittlerweile ohne Betroffenenbeteiligung erstellt (TriQ 2013b). Sie wurden im Dezember 2013 veröffentlicht (DGKJP 2013) und sind aus Sicht der Autor_innen pathologisierend und rückwärtsgerichtet, da sie u. a. einem binären Geschlechtsverständnis folgen und Transgeschlechtlichkeit als „Störung der Geschlechtsidentität“ bewerten. Auch in der Behandlung und Anerkennung von Trans*-Kindern und -Jugendlichen ist ein Perspektivenwechsel dringend geboten.

³⁰Ein weiteres Problemfeld stellen fehlende Qualitätsstandards v. a. für geschlechtsangleichende chirurgische Eingriffe dar. Bis heute existiert keine evidenzbasierte Qualitätssicherung für Operationen wie trans*-spezifische Brustaugmentation, Mastektomie, Vaginal- oder Phalloplastik, was Regressforderungen bei misslungenen Operationen (die in der Vergangenheit schon zu Verstümmelungen der Genitalien geführt haben) quasi unmöglich macht.

Schlussfolgerungen und Zusammenfassung der Vorschläge

Die Autor_innen befürworten einen grundlegenden Perspektiven- und Paradigmenwechsel in der Gesundheitsversorgung von Trans*-Menschen, weg von einem engen, starren und psychopathologisierenden, hin zu einem entpsychopathologisierten, menschenrechtskonformen und individuell bedürfnisorientierten Modell. Hierbei sollte das geschlechtliche Selbstbestimmungsrecht von Trans* die bisher zentrale Rolle der Verlaufsdagnostik im psychotherapeutischen Setting ablösen (**Tab. 1**).

Im Sinne der Einlösung von grundlegenden Menschenrechten sollte das restriktive Modell der Transsexualität aufgegeben werden, zugunsten eines inklusiven Modells, das eine Vielfalt von Geschlechtsidentitäten und explizit auch nicht-binäres Identitätsempfinden einschließt. Dies gilt auch für Trans*-Kinder und -Jugendliche. Weder Intergeschlechtlichkeit noch Behinderungen sollen als Ausschlussdiagnosen gelten. Wir verweisen auf die Notwendigkeit, obligatorische Behandlungsformen und -Abläufe, nämlich den Zwang zur „Psychotherapie“, den Zwang zum Alltagstest und die Notwendigkeit, Hormontherapie vor Operationen zu beginnen, abzuschaffen. Auch darf der Wunsch nach geschlechtsangleichenden Operationen nicht Voraussetzung für andere somatische Behandlungen sein. Stattdessen empfehlen wir ein flexibles „Baukasten“-System, das Trans*-Menschen jene Maßnahmen zur Verfü-

Tab. 1 Vorschläge für eine bessere Gesundheitsversorgung von Trans* unter der ICD-10 im Überblick.

-
1. Fokus auf Selbstbestimmungsrecht von Trans*
 2. Entpsychopathologisierung von Transsexualität
 3. Perspektivenwechsel hin zur Bedürfnislage von Trans*
 4. Nicht-binäres Modell von Geschlechtlichkeit (Vielfalt von Geschlecht)
 5. Diagnoseprozess verkürzen und vereinfachen („prior informed consent“)
 6. Diagnosekompetenz auf andere Ärzt_innen ausweiten
 7. Intergeschlechtlichkeit nicht als Ausschlussdiagnose werten
 8. Behinderungen und psychische Erkrankungen nicht als Ausschlussdiagnosen werten
 9. Therapiezwang abschaffen
 10. Alltagstest abschaffen
 11. Leitlinie als flexibles „Baukasten“-System gestalten
 12. Hormonbehandlung nicht als Voraussetzung für Operationen
 13. „Krankheitswertiger Leidensdruck“ nicht Voraussetzung für Transition
 14. Recht auf *Passing* gesetzlich verankern
 15. Perspektivenwechsel in Behandlung und Anerkennung von Trans*-Kindern und -Jugendlichen
 16. Kosmetisch-geschlechtsangleichende Maßnahmen durch nicht-medizinische Fachkundige
 17. Qualitätsstandards für somatische geschlechtsangleichende Maßnahmen (Operationen)
 18. Qualitätsstandards für *freiwillige* psychische, transitionsbegleitende Maßnahmen
 19. Trans*-Organisationen in Leitlinienerstellung gleichberechtigt einbeziehen
 20. Partizipative Forschung zu Trans*-Gesundheitsbedarfen (betroffenenkontrolliert)
-

gung stellt, die sie benötigen, um ihre Transition für sich erfolgreich zu gestalten und ein für sie zufriedenstellendes Passing zu erreichen.

Hierfür empfehlen wir auch eine eindeutige gesetzliche Verankerung der Leistungspflicht für Krankenkassen (etwa im SGB) nach Argentinischem Modell. Solange dies nicht der Fall ist, schlagen wir vor, den diagnostischen Prozess auf ein oder wenige Gespräche zu verkürzen, die zum *informed consent* führen sollen. Zudem sollte die Diagnosekompetenz z. B. auf Hausärzt_innen, Gynäkolog_innen, Kinderärzt_innen etc. ausgeweitet werden. Geschlechtsangleichend-kosmetische Maßnahmen (bspw. Epilation) sollten auch durch nicht-medizinische Fachkundige kassenrechtlich erstattungsfähig ausgeführt werden dürfen. Nicht das Bestehen, sondern die Verhinderung eines „krankheitswertigen Leidensdrucks“ sollte das zentrale Kriterium zur Indikation somatischer Maßnahmen darstellen.

Zu guter Letzt halten wir es für notwendig, Qualitätsstandards für somatische und psychotherapeutische Maßnahmen zu schaffen, um die bestmögliche Behandlung von Trans*-Personen sicherzustellen. Hierfür und für die Erarbeitung dieser und der kommenden, flexibilisierten Leitlinie, welche die Standards ablöst, sollten Trans*-Organisationen als gleichberechtigte Partner_innen-Organisationen hinzugezogen werden. Sie sollten ebenso partizipativ und auf Augenhöhe in alle Forschung zu Trans* von Anfang an und in allen Schritten eingebunden werden.

Wir sehen die zukünftige Aufgabe der Medizin und Psychotherapie v. a. darin, Trans*-Menschen im Bedarfsfall nach bestem Wissen und Gewissen bei ihrer individuellen Transition zu unterstützen und sich der dabei hinderlichen „Türsteher_innen“-Funktion zu entledigen. Wir begreifen die anstehende Reform der 1997er-Standards (Becker et al. 1997) als Chance, bestehende Diskriminierungsstrukturen zu beseitigen und eine menschenrechtskonforme Leitlinie auszuarbeiten, die allen Trans*-Menschen gerecht wird und sie dabei unterstützt, ihre individuellen Geschlechtsentwürfe zu leben.

Danksagung

Die Autor_innen bedanken sich bei Annette Güldenring, Vera Fritz, Laura Adamietz, Christian Schenk, Katharina Hamm und Ruvel Kovalevsky für den Austausch sowie bei Kerstin Schopp und Jana Sämman für das Lektorat und Kai Egner für die englische Übersetzung des Abstracts.

Literatur

- Adamietz L. Geschlecht als Erwartung: das Geschlechtsdiskriminierungsverbot als Recht gegen Diskriminierung wegen der sexuellen Orientierung und der Geschlechtsidentität. Baden-Baden: Nomos 2011
- Adamietz L. Geschlechtsidentität im deutschen Recht. APuZ 2012; 62: 15 – 21
- Agius S, Köhler R, Aujean S, Ehrt J. Human Rights and Gender Identity: Best Practice Catalogue. Brüssel u. a.: TGEU und ILGA Europe 2011

- [AK TSG-Reform] Bundesweiter Arbeitskreis TSG-Reform. Forderungspapier zur Reform des Transsexuellenrechts. 2012 [Als Online-Dokument: www.tsgreform.de]
- Allex A, Hrsg. Stop Trans*-Pathologisierung 2012: Berliner Beiträge für eine internationale Kampagne. Neu-Ulm: AG-SPAK-Bücher 2012
- [APA] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing 2013
- [AWMF] Ständige Kommission „Leitlinien“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Das AWMF-Regelwerk Leitlinien. 2012 [Als Online-Publikation: http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/AWMF-Regelwerk/AWMF-Regelwerk-Weblinks.pdf]
- AWMF online. Angemeldetes Leitlinienvorhaben Registernummer 138 – 001. Geschlechtsdysphorie: Diagnostik, Beratung und Behandlung. 2013 [Als Online-Dokument: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/1/138-001.html>]
- Balzer C, Hutta JS. Transrespect versus Transphobia Worldwide. A Comparative Review of the Human-rights Situation of Gender-variant/Trans People. Berlin: TVT und TGEU 2012
- Bauer R. „Ihre Eltern dachten, dass sie ein Junge wäre.“ Transsexualität und Transgender in einer zweigeschlechtlichen Welt. Queer Lectures 7. Hamburg: Männerschwarm 2009
- Bauer R. Spielplätze und neue Territorien – Das Erfinden von alternativen Geschlechtsidentitäten durch queere Communities am Beispiel von BDSM-Praktiken. In: Niendel B, Weiß V, Hrsg. Queer zur Norm: Leben jenseits einer schwulen oder lesbischen Identität. Hamburg: Männerschwarm 2012; 30 – 39
- Becker S, Bosinski H, Clement U, Eicher W, Goerlich T, Hartmann U, Kockott G, Langer D, Preuss W, Schmidt G. Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen. 1997 [Als Online-Publikation: <http://www.bernhard-breuer.de/download/StandardsTS.pdf>]
- Becker S. Es gibt kein richtiges Leben im Falschen: Antwort auf die Kritik an den Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen. Z Sexualforsch 1998; 11: 155 – 162
- Becker S. Transsexualität – Geschlechtsidentitätsstörung. In: Kockott G, Fahrner EM, Hrsg. Sexualstörungen. Stuttgart: Thieme 2004; 153 – 201
- Becker S. Transsexuelle Entwicklungen. Verlaufsdiagnostik, Psychotherapie und Indikation zu somatischen Behandlungen. PID 2009; 10: 12 – 18
- Becker S. Transsexualität – Geschlechtsidentitätsstörung – Geschlechtsdysphorie. Diagnostik, Psychotherapie und Indikation zur somatischen Behandlung. HIV & more 2012; 2: 26 – 35
- Bourdieu P. Männliche Herrschaft revisited. Feministische Studien 1997; 15: 88 – 99
- Bradley SJ, Steiner B, Zucker K, Doering RW, Sullivan J, Finegan JK, Richardson M. Gender Identity Problems of Children and Adolescents: The Establishment of a Special Clinic. Can Psychiatr Assoc J 1978; 23: 175 – 183
- BSG (Bundessozialgericht), 3 RK 15/86 vom 6.8.1987
- Bundesamt für Justiz. Zusammenstellung der Geschäftsübersichten der Amtsgerichte 1995 bis 2012. 2013 [Als Online-Dokument: https://www.bundesjustizamt.de/DE/SharedDocs/Publikationen/Justizstatistik/Geschaeftsentwicklung_Amtsgerichte.pdf?__blob=publicationFile&v=4]
- Butler J. Undoing Gender. New York: Routledge 2004
- BVerfG (Bundesverfassungsgericht), 1 BvR 3295/07 vom 11.1.2011
- BVerfG (Bundesverfassungsgericht), 1 BvL 3/03 vom 6.12.2005
- BVerfG (Bundesverfassungsgericht), 2 BvR 1833/95 vom 15.8.1996
- de Silva A. Transsexualität im Spannungsfeld juristischer und medizinischer Diskurse. Z Sexualforsch 2005; 18: 258 – 271
- de Silva A. Geschlechter- und sexualpolitische Annahmen in zeitgenössischen medizinischen Empfehlungen zur Behandlung von Intersexualität. In: Tuidier E, Hrsg. QuerVerbindungen: interdisziplinäre Annäherungen an Geschlecht, Sexualität, Ethnizität. Münster u. a.: LIT 2008; 51 – 67
- de Silva A. Trans* in Sexualwissenschaft und Recht vor Inkrafttreten des Transsexuellengesetzes. In: Schmelzer C, Hrsg. Gender Turn. Gesellschaft jenseits der Geschlechternorm. Bielefeld: transcript 2013; 81 – 104.
- Demiel D. Das eigene Geschlecht ist ein Menschenrecht. In: Allex A, Hrsg. Stop Trans*-Pathologisierung 2012: Berliner Beiträge für eine internationale Kampagne. Neu-Ulm: AG-SPAK-Bücher 2012; 15 – 28
- [DGKJP] Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. 028/014 – S1-Leitlinie: Störungen der Geschlechtsidentität im Kindes- und Jugendalter. AWMF online 2013 [Als Online-Publikation: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/1/1/028-014.html>]
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Kapitel V (F). Bern: Hans Huber 2005

- Drescher J, Cohen-Kettenis P und Winter S. Minding the Body: Situating Gender Identity Diagnoses in the ICD-11. *Int Rev Psychiatr* 2012; 24: 568 – 577
- Europaparlament. Report on the Situation of Fundamental Rights in the European Union (2010 – 2011). (2011/2069(INI)). Straßburg: Europaparlament 2012
- Europarat. Discrimination on Grounds of Sexual Orientation and Gender Identity in Europe. Paris: Council of Europe Publishing 2011
- Europarat. Recommendation CM/Rec(2010)5 of the Committee of Ministers to Member States on Measures to Combat Discrimination on Grounds of Sexual Orientation or Gender Identity. Straßburg: Europarat 2010a
- Europarat. Resolution 1728 (2010): Discrimination on the Basis of Sexual Orientation and Gender Identity. Straßburg: Europarat 2010b
- Feinberg L. *Transgender Liberation: A Movement Whose Time Has Come*. World View Forum Pub 1992
- Franzen J, Sauer AT. Benachteiligung von Trans*Personen, insbesondere im Arbeitsleben. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2010
- Fritz V. Infrage gestellt. Dekonstruktive Aspekte psychosozialer Beratung und Therapie von Menschen mit einer Trans*identitätsthematik. *Gestalttherapie* 2013; 27: 135 – 147
- Fuchs W, Ghattas DC, Reinert D, Widmann C. Studie zur Lebenssituation von Transsexuellen in Nordrhein-Westfalen. Lesben- und Schwulverband Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V. 2012 [Als Online-Publikation: http://www.trans-nrw.de/downloads/2012_05_07_E_Studie.pdf]
- [GATE] Global Action for Trans Equality. Gender Identity and Human Rights. New York: GATE 2012a [Als Online-Dokument: <http://globaltransaction.files.wordpress.com/2012/03/gender-identity-and-hr-background-with-logo.pdf>]
- [GATE] Global Action for Trans Equality. English Translation of Argentina's Gender Identity Law as approved by the Senate of Argentina on May 8, 2012. New York: GATE 2012b
- [GBA] Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie). 2011 [Als Online-Publikation: http://www.g-ba.de/downloads/62-492-713/PT-RL_2013-04-18.pdf]
- Güldenring A. Phasenspezifische Konfliktthemen eines transsexuellen Entwicklungsweges. *PID* 2009a; 10: 25 – 31
- Güldenring A. Eine andere Sicht des Transsexuellen. In: Rauchfleisch U, Hrsg. *Transsexualität – Transidentität: Begutachtung, Begleitung, Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2009b; 131 – 184
- Güldenring A. Zur „Psychodiagnostik von Geschlechtsidentität“ im Rahmen des Transsexuellengesetzes. *Z Sexualforsch* 2013; 26: 160 – 174
- Hammarberg T, Europarat. *Menschenrechte & Geschlechtsidentität*. Berlin: TrIQ und TGEU 2010
- Hark S. Feministische Theorie – Diskurs – Dekonstruktion. Produktive Verknüpfungen. In: Keller R, Hirsland A, Schneider W, Viehöver W, Hrsg. *Handbuch sozialwissenschaftliche Diskursanalyse. Band I: Theorien und Methoden*. Opladen: Leske und Budrich 2001; 353 – 371
- Haupt H. *Transsexualität. Grundlegende neurowissenschaftlich-medizinische, menschenrechtskonforme Positionsbestimmungen und daraus abzuleitende Empfehlungen für die Begleitung, Betreuung und Therapie transsexueller Menschen („Altdorfer Empfehlungen“)*. Altdorf: Sozialpsychiatrischer Dienst Kanton Uri 2011. [Als Online-Dokument: http://www.spduri.ch/fileadmin/dateien/downloads/Transsexualitaet_Alddorfer_Empfehlungen_Finale_Version_1-0_18102011.pdf]
- Haupt H. „Sie sind ihr Gehirn – Transsexualität im Spannungsfeld von Neurowissenschaft und Transphobie“. Wien: 2012 [Als Online-Dokument: http://www.trans-evidence.com/Neuro_Transphobie.pdf]
- Herrmann SK. *Performing the Gap – Queere Gestalten und geschlechtliche Aneignung*. *arranca!* 2003; 28: 22 – 26
- Hirschauer S. *Wie sind Frauen, wie sind Männer? Zweigeschlechtlichkeit als Wissenssystem*. In: Eifert C, Eppele A, Kessel M, Hrsg. *Was sind Frauen? Was sind Männer?: Geschlechterkonstruktionen im historischen Wandel*. Frankfurt am Main: Suhrkamp 1996; 240 – 256
- Hirschauer S. *Über szientistische Tarnungen medizinischer Zuständigkeitsprobleme*. *TransMann* 1997 [Als Online-Dokument: http://www.transmann.de/standpunkte/hirschauer_szientische_tarnung.shtml]
- Hirschauer S. *Die soziale Konstruktion der Transsexualität: über die Medizin und den Geschlechtswechsel*. Frankfurt/M.: Suhrkamp 1999
- Hirschfeld-Eddy-Stiftung, Hrsg. *Die Yogyakarta-Prinzipien: Prinzipien zur Anwendung der Menschenrechte in Bezug auf die sexuelle Orientierung und geschlechtliche Identität*. Berlin: Hirschfeld-Eddy-Stiftung 2008

- Hoenes J. „Im falschen Körper“: Implikationen der räumlichen Metaphorik in der Wissensproduktion zu Transsexualität. In: Lagner R, Hrsg. Ordnungen des Denkens. Debatten um Wissenschaftstheorie und Erkenntniskritik. Berlin: LIT-Verlag 2007; 189 – 199
- Hoenes J. Das kulturelle Gewicht der Genitalien. Streifzüge durch die TransGenital Landscapes von Del LaGrace Volcano. In: Paul B, Schubarth C, Tietz L, Hrsg. Queer as ... kritische Heteronormativitätsforschung aus kulturwissenschaftlicher Perspektive. Bielefeld: transcript 2014, in Erscheinung
- [ILGA] International Lesbian and Gay Association. Stop Trans Pathologization Campaign 2012. 2009 [Als Online-Dokument: <http://ilga.org/ilga/en/article/mBGt6bB1GM>]
- [ICJ] International Commission of Jurists, Hrsg. Yogyakarta Principles – Principles on the Application of International Human Rights Law in Relation to Sexual Orientation and Gender Identity. 2007 [Als Online-Publikation: <http://www.refworld.org/docid/48244e602.html>]
- Karapolat Y, Wanigesinghe J, Imfeld N. Oben Ohne. Porträt eines Transsexuellen. Medienprojekt Wuppertal 2007, DVD
- Klöppel U. XX0XY ungelöst: Hermaphroditismus, Sex und Gender in der deutschen Medizin. Eine historische Studie zur Intersexualität. Bielefeld: transcript 2010
- Koch-Rein A. Wissen schafft Geschlecht. Transgender Studies als akademisches Feld. *anschlänge* 2009; 23: 20 – 21
- Kollektiv Sternchen & Steine. Begegnungen auf der Trans*fläche: reflektiert 76 queere Momente des transnormalen Alltags. Münster: Ed. Assemblage 2012
- Kreukels B, Haraldsen I, De Cuyper G, Richter-Appelt H, Gijs L, Cohen-Kettenis P. A European Network for the Investigation of Gender Incongruence: The ENIGI Initiative. *Eur Psychiat* 2012; 27: 445 – 450
- LesMigraS. „... nicht so greifbar und doch real“. Eine quantitative und qualitative Studie zu Gewalt und (Mehrfach-)Diskriminierungserfahrungen von lesbischen, bisexuellen Frauen und Trans* in Deutschland. Berlin: Lesbenberatung Berlin 2012
- LIMINALIS – Die Zeitschrift für geschlechtliche Emanzipation und Widerstand. Berlin: 2007 – 2009 [Als Online-Publikation: <http://www.liminalis.de/>]
- Lindemann G. Wieviel Ordnung muß sein. *Z Sexualforsch* 1997; 10: 324 – 331
- McDonald, J. Coming Out in the Field: A Queer Reflexive Account of Shifting Researcher Identity. *Manage Learn* 2013; 44: 127 – 143
- [MDS] Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., Hrsg. Grundlagen der Begutachtung. Begutachtungsanleitung. Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität. Essen: MDS 2009
- Meyenburg B. Aus der Psychotherapie eines transsexuellen Patienten. *Z Sexualforsch* 1992; 5: 95 – 110
- Meyenburg B, Richter-Unruh A. Leben im falschen Körper. Transsexualität im Kindes- und Jugendalter. *aus korasion* Nr. 2, Mai 2012. 2012 [Als Online-Dokument: <http://www.kindergynaekologie.de/html/kora85.html>]
- Mittag J, Sauer A. Geschlechtsidentität und Menschenrechte im internationalen Kontext. *APuZ* 2012; 62: 55 – 62
- Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW. „Anders und gleich in NRW“ – Gleichstellung und Akzeptanz sexueller und geschlechtlicher Vielfalt. Essen: Koordinations- und Forschungsstelle Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW 2012 [Als Online-Dokument: <http://www.andersundgleich-nrw.de/images/Studie-15-Netzwerk-FGF-Vielfalt.pdf>]
- Nieder TO, Jordan K, Richter-Appelt H. Zur Neurobiologie transsexueller Entwicklungen. *Z Sexualforsch* 2011; 24: 199 – 227
- Nieder TO, Richter-Appelt H. Tertium Non Datur – Either/Or Reactions to Transsexualism amongst Health Care Professionals: The Situation Past and Present, and its Relevance to the Future. *Psychol Sex* 2011; 2: 224 – 243
- Nieder TO, Briken P, Richter-Appelt H. Transgender, Transsexualität und Geschlechtsdysphorie: Aktuelle Entwicklungen in Diagnostik und Therapie. *Psych Up2date* 2013; 7: 373 – 388
- Nieder TO, Strauß B. Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung bei Geschlechtsdysphorie. Stand der aktuellen Entwicklungen. *Z Sexualforsch* 2014; 1: 59–76
- Pichlo H. Transsexualismus – leistungsrechtliche und gutachterliche Kriterien für geschlechtsangleichende somatische Maßnahmen aus Sicht des MDK Nordrhein. In: Groß D, Neuschäfer-Rube C und Steinmetzer J, Hrsg. Transsexualität und Intersexualität. Medizinische, ethische, soziale und juristische Aspekte. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2008; 119 – 130
- Pichlo H. Leistungsrechtliche und sozialmedizinische Kriterien für somatische Behandlungsmaßnahmen bei Transsexualismus: Neue MDK-Begutachtungsanleitung. *Blickpunkt der Mann* 2010; 8: 21 – 28

- Polymorph, Hrsg. (K)ein Geschlecht oder viele?: Transgender in politischer Perspektive. Berlin: Querverlag 2002
- Preuss WF, Nieder TO, Briken P. Transsexualität. Schwerpunkte der Psychotherapie bei transsexuellen Entwicklungen. DNP 2012; 10: 58 – 66
- Radix A, Eisfeld J. Informierte Zustimmung in der Trans*-Gesundheitsversorgung. Erfahrungen eines US-amerikanischen *Community Health Center*. Z Sexualforsch 2014; 1: 31–43
- Rauchfleisch U. Transsexualität – Transidentität: Begutachtung, Begleitung, Therapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2009
- Regh A. Transgender in Deutschland zwischen Transsexuellen-Selbsthilfe und Kritik an der Zweigeschlechterordnung. In: Polymorph, Hrsg. (K)ein Geschlecht oder viele? Transgender in politischer Perspektive. Berlin: Querverlag 2002; 185 – 204
- Richter-Appelt H. Geschlechtsidentität und -dysphorie. APuZ 2012; 62: 22 – 28
- Russo J. Psychiatriebetroffene in der Forschung zu Zwang und Menschenrechten. Karlsruhe: 2012 [Als Online-Dokument: http://www.beb-ev.de/files/pdf/2012/dokus/psych/AG_4_JasnaRusso_Psychiatriebetroffene.pdf]
- Rüffer-Hesse C, Hartmann U. Differentialdiagnostik und Psychotherapie. Störungen der Geschlechtsidentität. Psychoneuro 2004; 30: 270 – 279
- Sauer A, Zodehougan M, Corvin B, Kohnke G. Intersektionale Beratung von/zu Trans* und Inter*. Ratgeber zu Transgeschlechtlichkeit, Intergeschlechtlichkeit und Mehrfachdiskriminierung. Berlin: Netzwerk „Trans*-Inter*-Sektionalität“ (TIS) und TriQ 2013
- Schenk C. Zur Pluralisierung von Geschlechtlichkeit, Begehren und Beziehung – Bestandsaufnahme und politische Antworten. In: Tuiden E, Hrsg. QuerVerbindungen: interdisziplinäre Annäherungen an Geschlecht, Sexualität, Ethnizität. Münster u. a.: Lit-Verl 2008; 29 – 50
- Schirmer U. Geschlecht anders gestalten: Drag Kinging, geschlechtliche Selbstverhältnisse und Wirklichkeiten. Bielefeld: transcript 2010
- Schirmer U. Möglichkeiten, vergeschlechtskörper in der Welt zu sein: Neuverhandlungen geschlechtlicher Subjektivierungsweisen im Kontext des medizinisch-rechtlichen Regimes der Transsexualität. In: Sänger E, Rödel M, Hrsg. Biopolitik und Geschlecht. Zur Regulierung des Lebendigen. Münster: Westfälisches Dampfboot 2012; 244 – 265
- Schirmer U. Zur Wirklichkeit trans*-queerer Existenzweisen. In: Grisard D, Jäger U, König T, Hrsg. Verschieden sein. Nachdenken über Geschlecht und Differenz. Königstein/Ts: Ulrike Helmer Verlag 2013
- Schmidt G. Viel Aufwand und wenig Effekt. Anmerkungen zum Transsexuellengesetz. Z Sexualforsch 2013; 26: 175 – 177
- Schweizerische Eidgenossenschaft (Hrsg.). Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Übersetzung. Bern: Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft 2013 [Als Online-Dokument: www.admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.de.pdf]
- SGB (Sozialgesetzbuch) I-XII, [Als Online-Dokument: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/>]
- Spade D. Mutilating Gender. In: Stryker S, Whittle S, Hrsg. The Transgender Studies Reader. New York: Routledge 2006; 315 – 332
- Stoller RJ. Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Femininity. London: Hogarth Press u. a. 1968
- [STP2012] International Stop Trans Pathologization Campaign. STP 2012 Campaign Communiqué, July 2011. Reflections on Trans Depathologization and Health Rights. 2011 [Als Online-Dokument: http://www.stp2012.info/STP2012Communique_July2011.pdf]
- [STP2012] International Stop Trans Pathologization Campaign. Reflections on the ICD Revision Process from a Depathologization and Human Rights Perspective. 2012a [Als Online-Dokument: http://www.stp2012.info/STP2012_Reflections_ICD.pdf]
- [STP2012] International Stop Trans Pathologization Campaign. Reflections on the SOC-7. 2012b [Als Online-Dokument: http://www.stp2012.info/STP2012_Reflections_SOC7.pdf]
- Stryker S, Whittle S. The Transgender Studies Reader. New York: Routledge 2006
- [TGEU] Transgender Europe. DSM – Revision: No End to Trans*Pathologization. 2012 [Als Online-Dokument: <http://tgeu.org/node/125>]
- [TGEU] Transgender Europe. Press Release: Constant rise in murder rates. 2013 [Als Online-Dokument: http://www.transrespect-transphobia.org/uploads/downloads/2013/TMM-english/TVT-TMM2013-Update-PR_EN.pdf]
- Transidentitas e. V. Mehr Selbstbestimmung für transidentische Männer und Frauen! Z Sexualforsch 1997; 10: 342 – 350
- TransMann. Therapie. München: [undatiert]. [Als Online-Dokument: <http://www.transmann.de/formalien/therapie.shtml>]

- [TriQ] TransInterQueer e. V., Köhler R. Daily routine. Experiences of Discrimination on the Grounds of Gender Identity and Gender Expression in Access to and Supply of Goods & Services and Employment in Germany. Case collection 2008 – February 2011. Berlin: ILGA-Europe 2011 [Als Online-Dokument: http://www.ilga-europe.org/media_library/ilga_europe/publications/policy_papers/report_on_gender_discrimination_in_employment_and_access_to_goods_and_services/annex_2_germany_collection_of_cases_of_discrimination_against_trans_people_february_2011]
- [TriQ] TransInterQueer e. V.. Positionen des Vereins TransInterQueer e. V. zur Gesundheitsversorgung von Trans*. Schriftliche Eingabe in den Überarbeitungsprozess der medizinischen Leitlinien zur Behandlung von Trans* Personen. Berlin: TriQ 2013a [Als Online-Dokument: http://www.transinterqueer.org/download/medien/pdf/Positionen_TriQ_med_Leitlinienueberarbeitung_trans_gesundheit_2013_final.pdf]
- [TriQ] TransInterQueer e. V.. Pressemitteilung: Med. Leitlinien zur Behandlung von trans* Kindern und Jugendlichen ohne Betroffenenbeteiligung überarbeitet. Berlin: TriQ 2013b [Als Online-Dokument: <http://www.transinterqueer.org/aktuell/pressemitteilung-med-leitlinien-zur-behandlung-von-trans-kindern-und-jugendlichen-ohne-betroffenenbeteiligung-uberarbeitet/>]
- [TriQ] TransInterQueer e. V.. TriQ informiert zum Thema Transgeschlechtlichkeit. Hinweise für Ärzt_innen, Psycholog_innen, Therapeut_innen und andere medizinische Berufsgruppen. Berlin: TriQ [undatiert]. [Als Online-Publikation: http://www.transinterqueer.org/download/Publikationen/triq_infobroschuere_medizinpsych_berufe.pdf]
- Vereinte Nationen Generalversammlung. Menschenrechte, sexuelle Orientierung und Geschlechteridentität (A/HRC/17/L.9/Rev.1). New York: Vereinte Nationen 2011 [Als Online-Dokument: <http://www.un.org/Depts/german/menschenrechte/a-hrc-17-l9rev1.pdf>]
- von Unger H. Partizipative Gesundheitsforschung: Wer partizipiert woran? Forum Qualitative Sozialforschung 2012; 13(1): Art. 7 [Als Online-Publikation: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1781/3299>]
- Voß HJ. Making Sex Revisited. Bielefeld: transcript 2010
- Wentling T, Windsor E, Schilt K, Lugal B. Teaching Transgender. Teach Sociol 2008; 36: 49 – 57
- Whittle S, Turner L, Coombs R, Rhodes S. Transgender Eurostudy: Legal Survey and Focus on the Transgender Experience of Health Care. Berlin: ILGA Europe und TGEU 2008
- [WMA] World Medical Association. WMA Statement on Natural Variations of Human Sexuality. Adopted by the 64th General Assembly, Fortaleza, Brazil, October 2013. Fortaleza: WMA 2013 [Als Online-Dokument: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/s13/>]
- [WPATH] World Professional Association for Transgender Health. Standards of Care for the Health of the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People. Int J Transgenderism 2011; 13: 165 – 232

Korrespondenzadresse
 Jonas Hamm
 Universität Bremen
 ADE – 041
 Bibliothekstraße 1
 28359 Bremen
 hamm@uni-bremen.de