

STOP TRANS PATHOLOGIZATION



MANUSKRIFT des Referats beim TransX-Abend am 06.12.2010

STOP TRANS PATHOLOGISATION 2012 ?

Ist Transsexualität wirklich eine psychische Krankheit oder ist ihr verordneter Krankheitscharakter nicht vielmehr ein subtiler Ausdruck der TransGender-Diskriminierung?

Besteht die Gefahr, dass die Krankenkassen sich weigern, geschlechtsangleichende Operationen zu finanzieren, sobald die Einstufung als psychische Krankheit fällt?

Die Forderung nach „Depathologisierung“, die zunächst vor allem von außereuropäischen TG-Gruppen formuliert wurde, hat nun eine Spanische Initiative erfolgreich aufgegriffen. Auf ihre Initiative demonstrierten im Oktober 2009 TransGender-Personen in 38 Städten weltweit für die „Streichung der Diagnose Geschlechtsidentitätsstörung aus den Krankheitskatalogen!“

Der amerikanische Code DMS wird überarbeitet, der internationale ICD soll bis 2014 reformiert werden.

Was wird sich ändern?

Jo Schedlbauer fasst die Entwicklung und die aktuellen Reformvorschläge zusammen.

DIE DIAGNOSEN-KATALOGE

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen, wird herausgegeben von der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) und umfasst nur psychische Krankheiten. Muss nicht die zahlreichen Kompromisse und Ergänzungen des ICD berücksichtigen und beinhaltet speziellere und genauere diagnostische Kriterien.

ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, ist ein weltweit anerkanntes Diagnoseklassifikationssystem der Medizin, wird herausgegeben von der WHO und umfasst sowohl somatische als auch psychische Krankheiten

DSM: Diagnosen zu „Geschlechtsidentitätsstörung“

DSM I (1952) und im DSM II (1968):
In den ersten Versionen des DSM gab es keine „Transsexualität“. Nur „Transvestitismus“ (transvestitism) war enthalten.

DSM III (1980):
Führt den Begriff „Transsexualismus“ ein, für „Menschen, die den über mindestens zwei Jahre lang anhaltenden Wunsch ausdrücken, ihr körperliches und ihr soziales Geschlecht zu ändern“. Daneben wurden noch die „Geschlechtsidentitätsstörung des Jugend- oder Erwachsenenalters, nicht-Transsexueller Typ“ sowie die „Geschlechtsidentitätsstörung nicht näher spezifiziert“ eingeführt. Neben dem „Transvestitismus“ wird der „Transvestitische Fetischismus“ als eigenes Symptombild abgetrennt.

DSM IV (1994):

Der Begriff „Transsexualismus“ wurde wieder gestrichen und durch die „Geschlechtsidentitätsstörung“ (Gender Identity Disorder) ersetzt. Neben der Haupt-Diagnose gibt es wieder verschiedene andere Formen der „Geschlechtsidentitätsstörung“.

ICD: Diagnosen zu „Transsexualität“

ICD 9 (1979):

302.5 Transsexualität: „Fixierte Ablehnung der erkennbaren Geschlechtszugehörigkeit, daher gewöhnlich Wunsch nach operativer Veränderung der Geschlechtsorgane oder völlige Geheimhaltung des eigenen körperlichen Geschlechts durch die Übernahme von Kleidung und Verhalten des anderen Geschlechts.“

ICD 10 (1998):

F64.0 Transsexualismus: „Es besteht der Wunsch, als Angehöriger des anderen anatomischen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden. Dieser geht meist mit dem Gefühl des Unbehagens oder der Nichtzugehörigkeit zum eigenen Geschlecht einher. Es besteht der Wunsch nach hormoneller und chirurgischer Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht soweit wie möglich anzugleichen.“

Bevorstehende Aktualisierungen:

2013: Aktualisierung der DSM auf DSM V
2015: Aktualisierung des ICD auf ICD 11 -> 2015

Der DSM spielt in Europa zwar keine Rolle, seine Aktualisierung wird aber vermutlich auf die Neufassung des ICD, die zwei Jahre danach erfolgen wird, einen Einfluss haben.

IST TRANSSEXUALITÄT EINE PSYCHISCHE KRANKHEIT?

Eigentlich stellt sich die Frage, was eigentlich überhaupt eine „psychische Krankheit“ ist.

Ende der 60er entstand in verschiedenen Ländern in Europa eine Antipsychiatrische Bewegung, die sowohl die psychiatrische Diagnostik als auch die Praxis der Unterbringung in psychiatrischen Anstalten und Behandlungsmethoden wie Ruhigstellen durch Medikamente oder die Verabreichung von Elektroschocks kritisiert hat.

Vertreter:

Frankreich – die Philosophen Foucault/Guattari/Deleuze

Italien – der Psychiater Franco Basaglia

Deutschland – StudentInnenbewegung/APO, FU Berlin

Kern-Aussagen der Antipsychiatrie:

- * Bereits die Stellung einer Diagnose ist ein Prozess der Ausgrenzung von „Nicht-Normalem“ bzw. „Abweichendem“
- * Jene, die die Macht in der Gesellschaft besitzen und Unterdrückung ausüben bestimmen, was als „abweichend“ oder als „psychisch krank“ zu gelten hat.
- * „Krank ist die Gesellschaft, nicht das Individuum“. Das „Psychische Kranksein“ ist eine Folge gesellschaftlicher Probleme.
- * Therapeutisch ist nicht an der Veränderung des Individuums sondern an der Veränderung der Gesellschaft anzusetzen.

Die kritischen Ansätze der Antipsychiatrie haben sich in der Behandlung psychisch Kranker niedergeschlagen und sind aus der aktuellen Psycho-Wissenschaft nicht mehr wegzudenken. In Österreich haben sie sich Anfang der 80er Jahre die Psychiatriereform unter Justizminister Broda inspiriert.

-> Deinstitutionalisierung, Reduktion stationärer Aufnahmen, später die Einführung der Patientenanwaltschaft

Davor – und zu einer Zeit, als Transsexualität noch nicht mal in den Diagnose-Katalogen enthalten war – waren Transsexuelle bedroht, zwangsweise in die Psychiatrie eingewiesen zu werden

Die Diagnosen des Transvestitismus und des fetischistischen Transvestitismus waren in den Diagnose-Katalogen enthalten, lange bevor überhaupt die Rede war von Transsexualität oder Geschlechtsidentitätsstörungen. Zwangseinweisungen sind vor allem unter diesem Titel erfolgt – und zu einer Zeit, als die kritischen Ansätze der Antipsychiatrie noch nicht gegriffen hatten. Viele haben sich aus Angst in der Psychiatrie zu landen in der Zeit auch einfach nicht getraut, sich zu outen, und ihr Leben im falschen Geschlecht verbracht.

Wir haben es also sicherlich auch den kritischen Ansätzen der Antipsychiatrie zu verdanken, dass wir heute nicht mehr bedroht sind, als geistesgestört in Anstalten verwahrt werden.



WOZU BRAUCHEN WIR DENN DIE KRANKHEITS-DEFINITION NOCH?

Ich denke, in dieser Runde gibt es sicherlich Konsens darüber, dass wir als Trans-Personen keinesfalls geistesgestört oder psychisch krank sind. Krank ist wirklich die Gesellschaft, wenn sie uns ein Leben in unserem eigenen Geschlecht nicht zugestehen will. Transsexualität kann zu Krankheiten führen: Ängste, Depressionen, Panik-Zustände, auch Körperliche Krankheiten, die psychosomatisch bedingt sind. Wir wissen aus Erfahrung, dass das Leiden ein Ende hat, sobald wir in unserem eigenen Geschlecht anerkannt werden.

Damit stellt sich die Frage, wieso wir nicht alle sofort und ganz klar für eine Depathologisierung, also die Streichung aller Diagnosen zu Transsexualität, Geschlechtsidentitätsstörung und Transvestitismus aus den internationalen und nationalen Diagnose-Katalogen fordern.

Auch wenn wir nicht psychisch krank sind so brauchen doch viele von uns medizinische Behandlungen, um auch den Körper an das Erscheinungsbild des empfundenen und gelebten Geschlechts anzupassen. Und damit die Krankenkassen diese medizinischen Behandlungen finanzieren brauchen die Krankenkassen in irgendeiner Form eine Krankheits-Definition oder den Beleg für ein deutlich das Leben beeinträchtigendes Leiden.

Aber muss das die Diagnose einer psychischen Störung sein? Oder gibt es vielleicht Möglichkeiten, jenseits einer speziellen Geschlechtsidentitäts-Diagnose die Finanzierung geschlechtsangleichernder medizinischer Behandlungen sicherzustellen?

Mehr dazu später, vorher werde ich noch auf die Bewegung zur Depathologisierung eingehen.

BEWEGUNG FÜR DIE DEPATHOLOGISIERUNG: STOP TRANS PATHOLOGISATION 2012

Die Bewegungen zur Streichung der „Transsexualität“ aus den Diagnose-Katalogen gehen davon aus, dass Trans-Menschen auf keinen Fall psychisch krank sind und dass die Einstufung als psychisch krank eine Stigmatisierung und Diskriminierung darstellt, transphoben Vorurteilen Vorschub leistet, und im schlimmsten Fall auch Hass-Verbrechen hervorruft, durch die Trans-Leute schwer verletzt werden oder das Leben verlieren.

Darüber gibt es vermutlich nicht viel zu diskutieren.

Als ersten Sprecher für die Depathologisierung habe ich auf der internationalen Transgender-Konferenz der ILGA in Genf 2006 den Uni-Prof. aus den USA Sam Winters kennengelernt. Er arbeitet vor allem mit Trans-Personen in Asien.

2006 hat Sam Winters eine Studie herausgegeben, in der er die Situation von Trans-Personen in sieben Ländern untersucht hat (Hong Kong, Malaysia, Philippines, Singapore, Thailand, USA and UK). Ein Ergebnis ist, dass Transphobie stark von der Idee gespeist wird, Trans-Personen wären psychisch krank. Er hat, vor allem vor den Hintergrund von Hass-Verbrechen gegen Trans-Personen – besonders in Aien – ein sehr starkes Plädoyer für die Depathologisierung gehalten.

In einigen US-Bundesstaaten und in Kanada wurde wegen der Diagnose einer Geschlechtsidentitätsstörung Trans-Leuten der Beamtenstatus aberkannt, es gab unehrenhafte Entlassungen aus dem Militär und auch Führerscheine sind schon aus mit dieser Begründung entzogen worden.

Sam Winters sitzt in Hong Kong. In ganz Asien wird die medizinische Behandlung in der Regel nicht von Krankenkassen übernommen. In den USA auch nicht. Die Kostenübernahme ist höchstens für private Krankenversicherungsverträge relevant. Dadurch ergibt sich ein ganz anderer Hintergrund für die Depathologisierungs-Forderung als in Europa.

In Europa gibt es seit 2007 eine immer stärker werdende Kampagne zur Depathologisierung. Ausgegangen ist sie von einer spanisch/französischen Initiative, der sich inzwischen zahlreiche Gruppen und Organisationen in ganz Europa angeschlossen haben.

Die Kampagne Stop Trans Pathologisation

2008:

Kundgebungen und Demonstrationen in 11 Europäischen Städten, vor allem in Portugal, Spanien, Frankreich, Belgien.
-> Bildung eines Netzwerks mit dem Ziel, bis zur Veröffentlichung des DSM V eine internationale Kampagne zu führen.

2009:

200 Gruppen aus 40 Ländern
sowie 7 internationale Netzwerke unterstützen die Kampagne.

2010:

Afrika: 4 Gruppen aus 4 Ländern
Südamerika: 93 Gruppen aus 17 Ländern
Asien: 7 Gruppen aus 6 Ländern
Europa: 256 Gruppen aus 20 Ländern (87 aus Spanien)
sowie 9 internationale Netzwerke

Haupt-Forderungen der Kampagne

1. Haupt-Forderung:
Die Streichung der Geschlechtsidentitätsstörungen (GIS) aus den internationalen Diagnostik-Handbüchern (DSM-IV-TR und ICD-10).
2. Die Abschaffung von Behandlungen binärer Normalisierung an intersexuellen Personen.
3. Der freie Zugang zu Hormonbehandlung und Chirurgie (ohne psychiatrische Vormundschaft).
4. Die öffentliche Kostendeckung geschlechtsangleichender Massnahmen.
5. Die Prävention der Transphobie: Förderung der Erziehung und sozialer und beruflicher Einschluss der Trans*-Personen, sowie die Visibilisierung und Anklage jeglicher Art institutioneller oder sozialer Transphobie.

Die Haupt-Forderung der Kampagne wird auf jeden Fall von allen unterstützenden Gruppen vertreten. Darüber hinaus ist es jeder Gruppe freigestellt, eigene Forderungen aufzustellen, die bei den lokalen Aktionen vertreten werden können.

Das Manifest der Kampagne

Das Netzwerk hat ein drei-seitiges Manifest beschlossen, in dem die Forderungen näher erläutert werden. Die „Psychiatisierung“ wird darin scharf kritisiert. Ein wesentlicher Argumentationsfaden des Papiers ist es auch, das Paradigma des binären Geschlechtermodells in Frage zu stellen:

„Die offizielle, von staatlichen, religiösen, ökonomischen und politischen Interessen motivierte Praktik dieser Institutionen arbeitet mit den Körpern der Personen, unter dem Schutzschild und in Reproduktion des Binoms Mann/Frau, indem sie diese ausschließende Position als eine natürliche und „wahrhaftige“ Realität verkleidet. Das genannte Binom setzt die alleinige Existenz von zwei Körpern (Mann oder Frau) voraus und assoziiert ein spezifisches Verhalten mit jeweils einem (männlich und weiblich), wobei traditionell die Heterosexualität als einzige mögliche Beziehung zwischen beiden angesehen wurde. Indem wir jetzt dieses Paradigma anklagen, welches das Argument der Biologie und der Natur als Rechtfertigung der herrschenden sozialen Ordnung verwendet, stellen wir seine sozialen Effekte dar, um seinen politischen Ansprüchen ein Ende zu machen.“

Interessant finde ich, dass sich die Ansätze der kritischen Psychiatrie in dem Papier wiederfinden:

„Diese Klassifikationen weisen den Psychiater_innen der ganzen Welt den Weg bei der Erstellung von Diagnosen. In diesen Handbüchern wird ein nicht ganz zufälliger Fehler begangen: die Verwechslung der Effekte der Transphobie mit denen der Transsexualität. Dabei wird die soziale Gewalt unsichtbar gemacht, die über diejenigen ausgeübt wird, die sich nicht an die Geschlechtsnormen anpassen. Auf diese Weise wird bewusst übersehen, dass das Problem nicht die Geschlechtsidentität, sondern die Transphobie ist.“

„Die Pathologisierung der Transsexualität mit Hilfe des Konzeptes der Geschlechtsidentitätsstörung ist eine schwerwiegende Anwendung von Kontrolle und Normalisierung.“

„Wir fordern unser Recht ein, frei darüber zu entscheiden, ob wir unsere Körper verändern wollen oder nicht, und unsere Entscheidung ohne bürokratische, politische und ökonomische Blockaden und ausserhalb jeglichen medizinischen Zwangs zu treffen.“

„Wenn die Medizin und der Staat uns als psychisch gestört definieren, stellen sie unter Beweis, dass unsere Identitäten, unsere Leben ihr System stört. Daher sagen wir dass die Krankheit nicht in uns ist, sondern im Zweigeschlechtersystem.“

Spanien: Best Practice Guide to Trans Health Care

Nach Diskussionen, die von der Depathologisierungsbewegung ausgegangen sind, gab die Spanische Regierung im März 2010 eine Stellungnahme ab, in der festgestellt wird: „Wir stimmen zu, dass die Transsexualität aus der Liste der Geisteskrankheiten herausgenommen werden muss.“

Im Juni 2010 hat das Gesundheitsministerium eine Arbeitsgruppe installiert, um eine Richtlinie für die Behandlung Transsexueller im nationalen Gesundheitssystem zu verfassen.

Als Beitrag dafür haben die spanischen stp2012-Gruppen einen Vorschlag erarbeitet, in dem ein nicht-pathologisierendes System der Gesundheitsversorgung für Trans-Personen im Spanischen Gesundheitssystem entworfen wird.

Ziele:

- * Trans-Leute sollen im Rahmen der medizinischen Behandlungen als aktive Beteiligte gesehen werden, mit einem Selbstbestimmungsrecht über ihre eigenen Körper und dem Recht für sich selbst zu sprechen.
- * Der Zugang zu Hormonbehandlung, Operationen und sonstigen medizinischen Behandlungen soll für alle, die das wünschen und brauchen sichergestellt werden.

Als wichtigen Argumentationspunkt wird in dem Papier darauf verwiesen, dass der freie Ausdruck der eigenen Geschlechtsidentität ein fundamentales Menschenrecht ist. Dazu werden die Yogyakarta Principles (2007)¹ und das Hammarberg-Papier (2009)² angeführt.

Die stp2012-Gruppen schlagen vor, die TS- und TV-Diagnosen aus dem ICD zu streichen und stattdessen einen Abschnitt über den Prozess der Geschlechts-Anpassung aufzunehmen, der die medizinische Versorgung sicherstellt, aber nicht die Diagnose einer behandlungsbedürftigen Krankheit zur Voraussetzung hat.

Danach wird ein alternatives, nicht pathologisierendes Behandlungsmodell vorgeschlagen.

¹ Die Yogyakarta-Prinzipien wenden mit 29 Prinzipien die Menschenrechte in Bezug auf sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität an. Sie wurden am 23. März 2007 von international anerkannten Menschenrechtlern im indonesischen Yogyakarta veröffentlicht. Erst-Unterzeichner: zB.: Manfred Novak – Professor für Verfassungs- und Menschenrechte an der Uni Wien sowie Sonderberichterstatter der Vereinten Nationen über Folter, Mitglied der Internationalen Juristenkommission; Stephen Whittle – Press for Change und Professor für Gesellschaftsrecht an der Manchester Metropolitan University.

² Hammarberg-Papier: Statement zum Thema Menschenrechte und Geschlechtsidentität des Kommissärs für Menschenrechte des Europäischen Rates Thomas Hammarberg.

Achsen des Best Practice Guide

(1) Wo ist Intervention erforderlich und welches Ziel verfolgt die medizinische Behandlung Transsexueller?

Nicht die Trans-Identität lässt Trans-Leute nach Behandlung suchen sondern soziale Probleme, die das tägliche Leben so schwierig machen.

Das Problem ist nicht Transsexualität sondern Transphobie.

Ziel der Behandlung sollte deshalb eine Behandlung sein, die die Gesundheit von Personen wiederherstellt, deren natürliche Entwicklung in Konflikt mit den von aussen auferlegten Geschlechtsrollen gerät.

(2) Depathologisierung

Abgelehnt wird sowohl die Psychopathologisierung als auch die körperliche Pathologisierung.

Psychopathologisierung: Durch die Psychopathologisierung werden psychiatrische Diagnosen als Voraussetzung für die Gewährung von Bürgerrechten (Namensänderung, Personenstandsänderung) und den Zugang zu medizinischer Behandlung (Hormone, Operationen) herangezogen.

Körperlicher Pathologisierung: Durch eine Einstufung als körperliche Krankheit wird das biologistische Paradigma der Übereinstimmung von Sex / Erscheinungsbild und Gender / Geschlechtsidentität beibehalten. Alle Trans-Identitäten sollten als Ausdruck menschlicher Diversität geachtet werden. Jede Form der Pathologisierung fördert Transphobie.

Die Verschiebung in den Bereich der körperlichen Krankheiten behält die Logik des medizinischen Modells bei, dass von einem Prozess der Geschlechtsumwandlung ausgeht, in dem die Menschen irgendwann mal nicht mehr Trans sind, also körperlich an das gelebte Geschlecht angepasst.

Die Abschaffung der Psychopathologisierung sollte der erste Schritt sein.

(3) Demedikalisierung

Medikalisierung findet statt wenn die Geschlechtsidentität einer Person als Problem gesehen wird und die medizinische Behandlung als Lösung dieses Problems.

-> Kritik am Drei-Stufen-Behandlungskonzept der Standards of Care (Psychotherapie -> Hormonbehandlung -> Operationen) mit dem Ziel, das Wahre Geschlecht herzustellen.

-> Kritik daran, dass der Behandlungswunsch als Indikator für den Grad der Transsexualität herangezogen wird (Siehe ICD).

Der medizinische Prozess des Geschlechtswechsels (Hormone, Operationen etc.) sollte eine Möglichkeit sein, die jeder Person offen steht, die sich dafür entscheidet. Dabei sollte es eine freie Wahl darüber geben, welche Behandlung zu welchem Zeitpunkt und unter welchen Bedingungen angestrebt wird.

(4) Intersexualität

(5) Beratung und Entscheidungs-Findung

Eine qualifizierte und an den Betroffenen orientierte Beratung soll die psychiatrische Begutachtung ersetzen.

Die Entscheidungen sollten in der Autonomie des Patienten bleiben. Die Beratung sollte auf Zusammenarbeit beruhen und eine Vielfalt von Möglichkeiten offen lassen: Besteht überhaupt der Wunsch nach einer medizinischen Behandlung? Wenn eine Behandlung gewünscht wird, wie könnte ein an die individuellen Bedürfnisse angepasster Behandlungsplan aussehen?

(6) Verbindung zu Selbsthilfegruppen

Das traditionelle Behandlungsmodell behält den Mythos bei, Geschlechtsidentität einer Trans-Person sei ein Fehler der Natur, der durch medizinische Behandlung korrigiert werden könne.

Mit dieser Sichtweise der Ärzte sind Trans-Personen während ihrer medizinischen Behandlung konfrontiert. Um diesen Einfluss auszugleichen sollte die Beratung die vielfältigen Standpunkte und Lebenserfahrungen anderer Betroffener mit einbeziehen und dadurch eine autonome Entscheidungsfindung fördern.

(7) Weiterbildung der Experten

Wenn die Beratung die Begutachtung ablöst wird das Mitwirken psychiatrischer Experten nicht mehr Voraussetzung sein. Gefragt sind dann eher Sozialarbeiter, Sexualwissenschaftler oder auch Psychotherapeuten. Jene Experten, die mit der medizinischen Behandlung von Trans-Personen betraut sind, sollten Weiterbildungen auf dem Gebiet der Sexologie und der Gender Studies vorweisen können, damit sie auch Trans-Menschen mit diversen Geschlechtsidentitäten, die sich jenseits des binären Geschlechtermodells bewegen, besser verstehen und beraten können.

DISKUSSION ZUR REVISION DES DSM IV: ENTWURF DER APA, KRITIK DER WPATH

Von der APA für den DSM V vorgeschlagene Änderungen³

APA (American Psychological Association)

Gibt das DSM heraus. Eine Arbeitsgruppe für die Revision der Diagnose „Geschlechtsidentitätsstörung“ wurde gebildet.

Umstritten ist der Vorsitzende, Dr. Kenneth Zucker als einer der Pioniere für die Anwendung von Elektroschock-Behandlungen bei Homosexuellen. Er ist ein wichtiger Ideologe des ex-gay movement, einer Vereinigung von Psychiatern, Psychologen und Therapeuten, deren Ziel es ist die Homosexualität wegzuthrapieren.

- * Die Bezeichnung wird geändert:
„Geschlechtsidentitätsstörung“ (*Gender Identity Disorder*) wird durch die „Geschlechtliche Nichtübereinstimmung“ (*Gender Incongruence*) ersetzt.
- * Neue Formulierungen:
„Eine deutliche Nichtübereinstimmung zwischen dem empfundenen/gelebten (*experienced/expressed*) und dem zugewiesenen (*assigned*) Geschlecht.“
„Der starke Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören (oder einem alternativen Geschlecht, das sich vom zugewiesenen Geschlecht unterscheidet).“
- * Einführung einer Dauer (mindestens 6 Monate)
- * Es werden 6 sehr breit angelegte Kriterien angeführt, von denen mindestens zwei erfüllt sein müssen.
- * Der Passus zum Wunsch nach medizinischer Behandlung (Loswerden der primären und sekundären Geschlechtsorgane z.B. durch Hormonbehandlung, Operationen) ist im DSM IV noch zwingendes Kriterium und als Hauptanliegen bezeichnet. Im DSM V wird es nur mehr als einer von sechs möglichen Wünschen angeführt.
- * Die „Überzeugung, im falschen Körper geboren worden zu sein“ gibt es im DSM V Entwurf nicht mehr.

³ Neu ist auch die Abgrenzung einer eigenen Diagnose für Kinder. Die diesbezüglichen Vorschläge und Kritikpunkte sind hier nicht berücksichtigt. Sie sind zwar sehr wichtig und interessant, würden aber hier den Rahmen sprengen.

Kommentar der WPATH Konsensusgruppe zum Vorschlag

WPATH (World Professional Association for Transgender Health)
Ehemals Harry Benjamin Gesellschaft.

Mitglieder: Spezialisten auf dem Gebiet der Behandlung von Transsexuellen aber auch Trans-Personen.

Herausgeber der „Standards of Care“ mit Schwerpunkt auf die Psychotherapie, Hormonbehandlung und Operationen. Nach den SOC sind psychiatrische Gutachten die Voraussetzung für Hormonbehandlung und Operationen.

- + Änderung der Bezeichnung auf „Geschlechtliche Nichtübereinstimmung“ als weniger pathologisierend.
- + Die vorgeschlagenen Kriterien sind besser geeignet, die Vielfalt unterschiedlicher Trans-Identitäten im Behandlungsprozess zu berücksichtigen.
- Zu Streichung oder Revision der Diagnose: Die WPATH-Konsensusgruppe hat diskutiert, ob die Diagnose nicht ganz gestrichen werden sollte. Dazu gab es in der Gruppe keinen Konsens. Dennoch wird kritisiert, dass in der APA darüber gar nicht diskutiert wird.
- Zu den Diagnose-Kriterien: Fraglich ist der Sinn der sehr breit angelegten Definitionen ohne klare Verbindung zu medizinischer Behandlung. Wieso sollten Menschen ohne Leidensdruck oder Behandlungswunsch unter Diagnose fallen? Eine Diagnose für jede mögliche Form von Geschlechts-Varianz zu stellen, ohne klare Notwendigkeit einer entsprechenden Behandlung, scheint unnötig stigmatisierend. Der Versuch, durch ein breites Spektrum möglicher Geschlechtsidentitäten auch den Weg für individuell angepasste Behandlungspläne aufzumachen ist zu begrüßen. Dennoch sollte die Diagnose nur auf Menschen anwendbar sein, die aufgrund ihrer geschlechtlichen Nichtübereinstimmung einen Leidensdruck empfinden.
- Die Änderung der Bezeichnung: Der Wegfall der „Störung“ (Disorder) wird als Verbesserung gesehen. Besser wäre aber „Gender Dysphoria“. Dysphorie ist wenig stigmatisierend und wird in der Regel als Alltagsverstimmung gesehen, die sich in Unzufriedenheit, schlechter Laune, Verdrossenheit äußert. Der Begriff Nichtübereinstimmung dass es eine Übereinstimmung gibt, die die Norm ist.

ZUR SITUATION IN ÖSTERREICH: ARGUMENTATION GEGENÜBER DEN KRANKENKASSEN

Egal ob wir in Österreich die Depathologisierungskampagne unterstützen oder nicht und egal welche Forderungen wir hier aufstellen: Die Streichung der Diagnosen zu Transsexualität aus den internationalen Diagnose-Katalogen ist in Diskussion und wird irgendwann mal auch kommen. Deshalb halte ich es für sehr wichtig, uns jetzt Gedanken darüber zu machen, wie wir zur Sicherstellung der Behandlungsfinanzierung den Krankenkassen gegenüber argumentieren können und auch damit anzufangen, das zu tun. Besser sich jetzt schon dem Problem zu stellen als später Zeit und Geld in Gerichtsverfahren investieren.

Aus meiner Sicht gibt es für die Beibehaltung der Finanzierung von geschlechtsangleichenden medizinischen Behandlungen vor allem zwei Argumentationslinien, die ganz ohne die Diagnose einer psychischen Krankheit auskommen:

(1) §133 ASVG -> Wiederherstellung der Gesundheit

Manche medizinischen Behandlungen im Rahmen des Geschlechtswechsels werden in Österreich von den Krankenkassen finanziert (Hormone, GA-Ops). Grundlage dafür ist allerdings nicht die Diagnose 64.0 nach ICD 10.

Dazu gibt es zwei OGH-Entscheidungen:

10 ObS 2303/96s, 12.09.1996:

Kostenübernahme Psychotherapie

3 Ob 570/95, 12.12.1995

Anrechenbarkeit von durch Transsexualität entstandene Kosten für die Bemessung von Unterhaltszahlungen

Die entsprechenden Richtsätze dieser Entscheidungen nehmen Bezug auf eine Entscheidung des Bundessozialgerichts aus Deutschland vom 6.8.1987 (BSGE 63, 83). Sie lauten:

„Transsexualität ist dann als einen Anspruch auf Krankenbehandlung gemäß § 133 ASVG auslösende Krankheit zu werten, wenn die innere Spannung zwischen dem körperlichen Geschlecht und der seelischen Identifizierung mit dem anderen Geschlecht eine derartige Ausprägung erfahren hat, daß nur durch die Beseitigung dieser Spannung schwere Symptome psychischer Krankheiten behoben oder gelindert werden.“

Es gibt keinen Verweis auf den ICD 10.

Der § 133 ASVG besagt:

- (1) Die Krankenbehandlung umfaßt:
 1. ärztliche Hilfe; 2. Heilmittel; 3. Heilbehelfe.
- (2) Die Krankenbehandlung muß ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Durch die Krankenbehandlung sollen die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden. (...)
- (3) Kosmetische Behandlungen gelten als Krankenbehandlung, wenn sie zur Beseitigung anatomischer oder funktioneller Krankheitszustände dienen. Andere kosmetische Behandlungen können als freiwillige Leistungen gewährt werden, wenn sie der vollen Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit förderlich oder aus Berufsgründen notwendig sind. (...)

Die Krankheit ist damit nicht die „Transsexualität“ an sich, die ja wirklich nicht wegtherapiert werden kann oder soll, sondern die psychischen Folgen, die sich aus dem sozialen und psychischen Spannungsverhältnis zwischen eigenem / empfundenen Geschlecht und dem zugewiesenen / körperlichen Geschlecht ergeben.

Durch die Krankenbehandlung soll die Gesundheit und die Arbeitsfähigkeit etc. wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden. Nach internationaler Übereinkunft kann das unter anderem durch eine medizinische Anpassung des Körpers an das Identitäts-Geschlecht, also zum Beispiel Hormonbehandlung oder Operationen erreicht werden.

(2) Behandlung nach einer Personenstandsänderung

Nachdem die medizinische Behandlung in Österreich nicht mehr als Voraussetzung für Personenstandsänderungen herangezogen werden darf ergibt sich eine Argumentationslinie, die eine Finanzierung von Behandlungen sicherstellen kann, die den normalen körperlichen Zustand wiederherstellen sollen.

Wer rechtlich ein Mann ist aber unter Gynäkomastie leidet, also der Ausbildung eine weiblichen Brust – einem Krankheitsbild das bei Bio-Männern bekannt ist – wird kaum Probleme haben, eine Brust-Verkleinerung von der Krankenkasse finanziert zu bekommen. Wer rechtlich eine Frau ist und darunter leidet, dass die Schamlippen zusammengewachsen und die Vagina verkümmert ist – auch dieses Krankheitsbild gibt es bei Bio-Frauen – wird keine Probleme haben, eine Operation zur Öffnung der Schamlippen und Bildung eine Neovagina von der Krankenkasse finanziert zu bekommen. Hormonbehandlungen, die eine übermäßige Konzentration gegengeschlechtlicher Hormone ausgleichen sollen, sind an der Tagesordnung und werden selbstverständlich von den Krankenkassen finanziert.

Der relevante Begriff ist jener des „regelwidrigen Körper- oder Geisteszustandes“, der nach §120 ASVG den Eintritt eines Versicherungsfalls kennzeichnet: „Der Versicherungsfall gilt als eingetreten: 1. im Versicherungsfall der Krankheit mit dem Beginn der Krankheit, das ist des regelwidrigen Körper- oder Geisteszustandes, der die Krankenbehandlung notwendig macht;“

Damit bewegen wir uns jedenfalls nicht mehr im Bereich der psychischen Krankheit sondern im viel weniger stigmatisierten Bereich der körperlichen Krankheit.

(3) Verschieben der TS-Diagnosen in den somatischen Bereich

Eine weitere Möglichkeit wäre es, die Transsexualität aus dem Bereich der psychischen Krankheiten herauszunehmen und in den Bereich der körperlichen Erkrankungen zu verschieben.

Dazu gibt es ein Beispiel aus Frankreich. Dort ergriff das Gesundheitsministerium im Februar 2010 die Initiative, die Geschlechtsidentitätsstörung aus dem Sektor der psychiatrischen Erkrankungen (ALD-23) herauszunehmen und in den Sektor für „Krankheiten unbekanntes Ursprungs“ (ALD-31) zu verschieben. Auch die spanischen stp2012-Initiativen machen einen ähnlichen Vorschlag.

Meiner Meinung nach wäre das zwar besser weil nicht so sehr stigmatisierend die wie Einstufung als gestesgestört, andererseits aber eher kompliziert zu lösen und zu argumentieren. Es würde auch generell daran festhalten, die Transsexualität als Krankheit zu sehen. Ausserdem halte ich es einfach nicht für nötig, weil es viel bessere Argumentationsmöglichkeiten gibt.

¿ SOLIDARITÄT ?

Schließen möchte ich mit einem Gedanken, den einige hier wohl eher als ketzerisch empfinden könnten:

Unser Gesundheitssystem ist zwar besser als das vieler anderer Länder, aber es ist weit entfernt davon, wirklich gut zu sein. Viele wirklich wichtige Behandlungen werden keinesfalls von den Krankenkassen finanziert. Ich muss mir meine Brillen immer selber kaufen. Zahnersatz wird nur sehr eingeschränkt, Zahn-

implantate werden gar nicht bezahlt. Wer es sich nicht leisten kann läuft mit Zahnlücken herum, wird dadurch gesellschaftlich stigmatisiert und noch weiter in die Armut gedrängt, weil sich nur mit guten Zähnen auch ein guter Job finden lässt. Frauen, die unter ihren übergrossen Brüsten leiden müssen nachweisen, dass ihre Wirbelsäule dadurch Schaden nimmt bevor sie eine Brustverkleinerung finanziert bekommen. Frauen, die darunter leiden, vorne ganz flach zu sein, und dadurch auch psychisch beeinträchtigt und stigmatisiert sind haben gar keine Chance, eine Brustvergrößerung finanziert zu bekommen.

Ich tue mir wirklich schwer, für Trans-Menschen eine bessere Behandlung zu fordern, als sie dem Rest der Bevölkerung zugestanden wird.

Eine Lösung für dieses Problem kann es nur sein, gemeinsam mit anderen Gruppen und Initiativen für eine grundlegende und allgemeine Verbesserung des Gesundheitssystems einzutreten.

ANHANG

Grafische Darstellungen
des Modells der „Standards of Care“ der WPATH und
des alternativen stp2012-Behandlungsmodells aus dem Best Practice Guide der spanischen stp2012-Gruppen:
http://transx.at/Dokumente/101206_stp2012_BestPracticeGuide_graph.pdf

Gegenüberstellung APA-Entwurf zur Revision des DSM V und DSM IV im englischen Original und in deutscher Übersetzung:
http://transx.at/Dokumente/101206_DSM_V_Proposal.doc

QUELLEN / LINKS

Internationales Netzwerk für die Entpathologisierung von Trans*:
<http://stp2012.info/old/de>

Best Practice Guide to Trans Health Care in the National Health System:
http://www.stp2012.info/guia/STP_guide_health.pdf

Reformvorschläge für den DSM V:
<http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/SexualandGenderIdentityDisorders.aspx>

WPATH-Stellungnahme zum DSM V Reformvorschlag der APA:
<http://questioningtransphobia.wordpress.com/2010/05/26/wpath-responds-to-the-apas-proposed-dsm-5-criteria-for-gender-incongruence>

Bericht der APA-Arbeitsgruppe zu den Reformvorschlägen zum DSM V
www.apa.org/pi/lgbt/resources/policy/gender-identity-report.pdf

OGH: 10ObS2303/96s, 12.09.1996, Kostenübernahme Psychotherapie:
http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Justiz/JJT_19951221_OGH0002_0030OB00570_9500000_000/JJT_19951221_OGH0002_0030OB00570_9500000_000.pdf
OGH: 3Ob570/95, 12.12.1995, Anrechenbarkeit durch Transsexualität entstandener Kosten für die Bemessung von Unterhaltszahlungen:
http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Justiz/JJT_19960912_OGH0002_010OBS02303_96S0000_000/JJT_19960912_OGH0002_010OBS02303_96S0000_000.pdf

ASVG-Paragrafen
§ 120: <http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40121012/NOR40121012.pdf>
§ 133: <http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40121009/NOR40121009.pdf>

Für Diskussionen, Fragen, Materialverbreitung bin ich immer offen! -> Mail an jo@transgender.at



FOR A VERY HEALTHFUL LIFE