



Psychopathologisierungsprozesse von LSBT*I-Lebensweisen in DSM-V und ICD 10, Kapitel F¹

Stand: April 2014

von Gisela Wolf

Für Lesben, Schwule, Bisexuelle, Trans*2- und Inter*personen stellt die Medikalisierung und Pathologisierung ihrer Identitäten, Lebensweisen und Körper ein von gesellschaftlichen Normierungsversuchen durchdrungenes Handlungsfeld dar, auf dem sie immer wieder zu denjenigen gemacht werden, über deren Befinden, Wertung, Gesundheit und Zugänge zum Gesundheitssystem „Professionelle“ sich Urteilskompetenzen zuschreiben. Von Seiten des Medizinsystems stellt insbesondere die Psychopathologisierung, also die Zuschreibung einer psychischen Störung an eine Person, ein Instrument dar, mit dem die entsprechend etikettierten Personen in eine spezifische Krankenrolle gebracht werden.

Menschen, die mit der Diagnose einer psychischen Störung versehen werden, erlangen einerseits über diese Diagnose Zugang zu spezifischen Leistungen des Gesundheitssystems. So darf nach der Deklaration von Hawaii der World Psychiatric Association „Der Psychiater ... unter keinen Umständen seine beruflichen Mittel einsetzen, sobald feststeht, daß eine psychische Erkrankung nicht gegeben ist.“ (Deklaration von Hawaii, 1977, zitiert nach British Medical Association, 1992, S. 38).

Auf der anderen Seite birgt die Erteilung der Diagnose einer psychischen Störung auch das Risiko, dass die mit dieser Diagnose belegten Personen als fundamental verschieden von den sie behandelnden Professionellen konstruiert werden (nämlich als „psychisch krank“ in Differenz zu den sich als „psychisch gesund“ konstruierenden Professionellen). Die Diagnose einer psychischen Störung ist zudem oftmals mit einer Stigmatisierung und hierarchischen Unterordnung der entsprechend Etikettierten verbunden. Vor dem Hintergrund des möglichen Leidens an der Stigmatisierung per se, das durch eine Psychopathologisierung hervorgerufen werden kann, muss sich prinzipiell jede Diagnosestellung in einem sorgfältigen Abwägungsprozess daran messen lassen, ob sie den medizinethischen Grundforderungen nach Benefizienz, Schadensvermeidung, Selbstbestimmung und Gerechtigkeit begründbar entsprechen kann (Beauchamp & Childress 2008).

Die Geschichte von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Trans*- und Inter*personen ist von zahlreichen Versuchen durchzogen, nicht-heteronormative und gendernonkonforme Lebensformen abzuwerten und zu diskriminieren. Die Zuschreibung einer psychischen Störung stellte dabei ein Disziplinierungsinstrument dar, weil daran vielfach medizinische und psychotherapeutische Maßnahmen angeschlossen wurden, die die Betroffenen gar nicht

¹ Wolf, G. (2014, April). Psychopathologisierungsprozesse von LSBT*I-Lebensweisen in DSM-V und ICD 10, Kapitel F. Verfügbar unter <http://www.vlsp.de/node/361>

² Das Kürzel „*“ am Wortende steht für eine Offenheit verschiedener möglicher Weiterführungen für die Bezeichnung der Lebensweise oder Identität einer Person. So können als „Trans*“ z.B. transsexuelle, transindente, transgender etc. Lebensweisen oder Identitäten bezeichnet werden.

wünschten bzw. die ihnen schadeten wie zum Beispiel Konversionsverfahren zur Heterosexualisierung lesbischer, schwuler, bisexueller und gender-nonkonformer Menschen (Wolf 2012). Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Trans*- und Inter*personen wurden in diesen Psychopathologisierungsprozessen die Rollen der „Patient_innen“ zugeschrieben. Die ihnen gegenüberstehenden diagnostizierenden „Professionellen“ wurden dabei lediglich durch ihr medizinisches und psychologisches Professionsprofil als zuständig für die Einordnung von Menschen mit einem nicht-heteronormativen oder gendernonkonformen Leben markiert. Nur sehr wenige Professionelle, die an der Entwicklung und Revision von Diagnosemanualen beteiligt waren und sind, haben sich in diesem Machtgeflecht selbst sichtbar hinsichtlich ihrer Identitäten und Lebensweisen positioniert. So ist kaum erkennbar, inwieweit trans*, inter*, homo- oder bisexuelle Expert_innen mit ihren Fähigkeiten, im eigenen Leben Heteronormativität oder Gendernormativität mit all ihren Konsequenzen widerstehen zu können, die Möglichkeit bekamen, sich an den Revisionsprozessen zu beteiligen.

Im Folgenden möchte ich den aktuellen Entwicklungsstand der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und Gesundheitsprobleme (ICD) und des Diagnostischen und Statistischen Handbuchs Psychischer Störungen (DSM) darstellen in Bezug auf die dortige Einordnung von lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans* und inter* Lebensweisen bei den „psychischen Störungen“. Anschließend werde ich angesichts der anstehenden Revision der ICD auf aktuelle Diskussionen bezüglich einer Platzierung von lsbt-Lebensweisen in dem entsprechenden Manual eingehen. Neben ICD und DSM gibt es noch weitere länderbezogene diagnostische Manuale (z.B. für China oder Kuba), die hier jedoch nicht näher behandelt werden können.

ICD und DSM

Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme in der 10. Version (ICD 10) ist das wichtigste weltweit angewendete diagnostische Manual und wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben. In der ICD werden im Kapitel F seelische Erkrankungen (sogenannte „psychische Störungen“) beschrieben. In den weiteren Kapiteln werden körperliche Erkrankungen deskribiert, sowie im Kapitel Z Faktoren, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems führen. Aktuell gilt die 10. Version der ICD, die 1990 publiziert wurde und seither nur leichte Veränderungen erfahren hat. Die Veröffentlichung des neuen und dann komplett revidierten ICD 11 ist für 2015 anvisiert. Der Begriff der „psychischen Störung“ wird in der ICD 10 so umrissen:

„’Störung’ ist kein exakter Begriff. Seine Verwendung ... soll einen klinisch erkennbaren Komplex von Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten anzeigen, die immer auf der individuellen und oft auch auf der Gruppen- und sozialen Ebene mit Belastung und mit Beeinträchtigung von Funktionen verbunden sind. Soziale Abweichungen oder soziale Konflikte allein ohne persönliche Beeinträchtigungen sollen nicht als psychische Störung ... angesehen werden.“ (Dilling, Mombour & Schmidt 2008 S. 25)

Das Diagnostische und Statistische Handbuch Psychischer Störungen (DSM) wird von der American Psychiatric Association editiert. Die aktuelle Version, DSM V, wurde im Mai 2013 in englischer Sprache veröffentlicht. Das DSM wird vielfach auch in Ländern außerhalb der USA eingesetzt, insbesondere in Forschungskontexten. In der Revision und Weiterentwicklung der Klassifikation seelischer Erkrankungen orientieren sich die Bearbeiter_innen von ICD und DSM zunehmend an den Inhalten des jeweils anderen Manuals. So werden in den laufenden Revisionsprozess des ICD 11 voraussichtlich auch einige der Neuerungen im DSM V eingehen. Sowohl ICD als auch DSM weisen trotz allem Bemühen der an ihrer Formulierung beteiligten Expert_innen Probleme auf, insbesondere pejorative Zuschreibungen an psychisch erkrankte Personen, unzureichende diagnostische Validität, sowie mangelnde Berücksichtigung der Einflüsse von Kontextfaktoren auf psychisches Leiden. Zudem besteht in der Anwendung der Diagnosemanuale die Gefahr, nach dem Stellen einer Diagnose alle Probleme der betreffenden Person auf die diagnostizierte Störung zu attribuieren und dabei koexistierende Bedingungen zu ignorieren, ein Phänomen, welches als „diagnostic overshadowing“ bezeichnet wird (O’ Donohue, Fowler & Lilienfeld 2007)

Pathologisierung und Entpathologisierungsbewegungen

Lesbischwule Bewegungen und Aktivist_innen konnten sich recht einhellig für eine Entpathologisierung ihrer Lebensweisen einsetzen und sie taten dies über einen langen Zeitraum, bis das Ziel der Entpathologisierung endlich erreicht war. Sehr wichtig in diesem Prozess waren sowohl Forschungsarbeiten, die die psychische Gesundheit von Lesben und Schwulen trotz gesellschaftlichen Minoritätenstresses demonstrierten (Hagger-Johnson 2007), als auch auf-rüttelnde Berichte von Menschen, die aufgrund ihrer Homosexualität und/oder Gendernonkonformität zwangsbehandelt worden waren (Scholinski 1995). Die Zwangsbehandlungen konnten als Menschenrechtsverletzungen sichtbar gemacht werden und es wurde deutlich, dass die Diagnose „Homosexualität“ im ICD und DSM die Tür für diese Menschenrechtsverletzungen und den Bruch medizinethischer Standards öffnete. Im Prozess der Auseinandersetzung um die Diagnose der „Homosexualität“ konnten die Plädoyers für eine Beibehaltung der Pathologisierung von Homo- und Bisexualität auf Seiten derjenigen verortet werden, deren homonegative und oftmals christlich religiös, sexistisch, konservativ und gender-normativ geprägte Denkstrukturen im wissenschaftlichen Diskurs gelegentlich so deutlich erkennbar wurden, dass sie sich selbst dadurch als vorurteilsbehaftet und außerhalb des Wissenschaftsdiskurses stehend diskreditierten.

Die offizielle Entpathologisierung von Homo- und Bisexualität wurde 1973 im DSM und 1990 im ICD erreicht (Wolf 2004). Dies stellte für Lesben, Schwule und Bisexuelle einen eminent wichtigen Schritt der Emanzipation dar und erforderte von den beteiligten Akteur_innen jahrelanges politisches und wissenschaftliches Engagement. Trotz dieser Reform wurde lange noch ein gesellschaftsstrukturell bedingtes Leiden an einer nicht-normativen sexuellen Orientierung durch Konstrukte wie eine „Ich-dystone Homosexualität“ (DSM-III) oder die „Ich-dystone Sexualorientierung“ (ICD-10) als individuelle Störung konstruiert (Wolf 2004). Im aktuellen DSM V fehlen diese Konstrukte ganz. Das neue DSM V geht hingegen einige begrüßenswerte, wenn auch noch sehr vorsichtige, Schritte zur Benennung spezifischer

Gesundheitsrisiken durch Heterosexismus: So wird bei der Erörterung verringerten sexuellen Begehrens auch auf internalisierte Homophobie bei Männern als möglicher Bedingungsfaktor erwähnt, sowie in dem Kapitel zum Substanzgebrauch auf den relativ häufigen Gebrauch von bestimmten Schnüffelstoffen (amyl-, butyl- und isobutyl nitrit gases) in manchen schwulen Communities hingewiesen. Lesben werden nirgendwo im DSM V explizit benannt, obwohl auch lesbische Frauen von spezifischen Gesundheitsrisiken durch Marginalisierung ihrer Lebensweisen betroffen sind (Balsam & Lehavot 2010, Dennert 2006, Dibble & Robertson 2010). Die V-Kriterien im DSM V ermöglichen eine Kodierung von sozialer Exklusion oder Zurückweisung (V62.4). So kann auf eine nicht-pathologisierende Weise in der medizinischen und psychotherapeutischen Kommunikation auf diese Art der Belastungen eines Patienten/ einer Patientin hingewiesen werden.

Eine erwähnenswerte Kuriosität im neuen DSM V ist, dass verfrühte Ejakulation per Definition nur bei heterosexuellem Geschlechtsverkehr auftreten kann. Wir finden hier also ein erstes Risikokonstrukt heterosexueller Lebensweisen.

Basierend auf früheren Überlegungen wurde im neuen DSM V die Abteilung III: „Cultural Formulations“ ausgearbeitet. In diesem Kapitel werden die Einflüsse soziokultureller Faktoren auf eine Diagnose diskutiert und Vorschläge für eine Erfassung kultureller Einflüsse gemacht. Dabei werden auch die soziokulturelle Identität und soziokulturelle Stresskonzeptionen benannt. Als mögliche soziokulturelle Referenzgruppe können hier auch soziosexuelle Communities aufgenommen werden sowie Ausgrenzung aufgrund von Homonegativität und Transnegativität sichtbar gemacht werden. Am differenziertesten ist in den „Cultural Formulations“ jedoch die Auseinandersetzung zum Thema Rassismus und „race“. So schreiben die Autor_innen:

“There is evidence that racism can exacerbate many psychiatric disorders, contributing to poor outcome, and that racial biases can affect diagnostic assessment. ... Culture, race, and ethnicity are related to economic inequities, racism, and discrimination that result in health disparities. Cultural, ethnic, and racial identities can be sources of strength and group support that enhance resilience ...”. (American Psychiatric Association 2013, S. 749).

Das Kapitel mit den „Cultural Formulations“ stellt eine sehr interessante Anregung für die Formulierung kultursensitiver Behandlungskonzeptionen dar und kann damit perspektivisch auch den Blick auf eine lesbischwultrans*inter*-affirmative Gesundheitsversorgung lenken.

Während im DSM V also in den störungsspezifischen Kapiteln alle Störungen im Zusammenhang mit der sexuellen Orientierung vollständig gestrichen wurden, sind diese im aktuellen ICD noch in F66 („psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung“) wiederzufinden. So werden unter F66.0 („sexuelle Reifungskrise“), F66.1 („ichdystone Sexualorientierung“), F66.2 („sexuelle Beziehungsstörung“), F66.8 („sonstige psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung“) und F66.9 („nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung“) soziose-

xuelle Ausdrucksformen pathologisiert, die z.B. im Rahmen eines lesbischen, schwulen oder bisexuellen Coming-out- und Entwicklungsprozesses regelhaft auftreten.

Und trotz der Entpathologisierung im ICD und DSM von Homo- und Bisexualität per se treffen lesbische, schwule und bisexuelle Patient_innen im Gesundheitssystem noch auf zahlreiche Diskriminierungen, weil bisher in den ärztlichen und psychotherapeutischen Ausbildungsgängen kaum Anstrengungen unternommen wurden, der jahrelangen Sozialisierung zu einem vorurteilsbehafteten Denken gegenüber gesellschaftlichen Minoritäten durch Bildung entgegen zu treten.

Da eine Psychopathologisierung von „Transsexualität“ in vielen Ländern eine Zugangsvoraussetzung zu einer angemessenen medizinischen Versorgung im körperlichen Transitionsprozess bildet, entsteht hier ein Dilemma bezüglich der Frage, welche gesundheitspolitischen Forderungen tatsächlich zu einer Verbesserung der Situation von Trans*personen in der Gesundheitsversorgung beitragen können. Sollten Trans* Lebensweisen komplett entpathologisiert werden, steht zu befürchten, dass wichtige medizinische Leistungen im Transitionsprozess (wie z.B. Brustaufbau oder Genitaloperationen) in Deutschland von den Krankenkassen nicht mehr finanziert werden. Aktuell wird „Transsexualismus“ im ICD 10 noch im Kapitel F („Psychische und Verhaltensstörungen“) unter den „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ (F60-F69) als eine sogenannte Störung der Geschlechtsidentität (F64.-) gefasst. Die „Störungen der Geschlechtsidentität“ umfassen „Transsexualismus“ (F64.0), „Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen“ (F64.1), „Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters“ (F64.2), „Sonstige Störungen der Geschlechtsidentität“ (F64.8) sowie die unspezifische Kategorie „Störung der Geschlechtsidentität, nicht näher bezeichnet“ (F64.9).

Im DSM V (American Psychiatric Association 2013) wurde der neue Begriff „Gender Dysphoria“ eingeführt und damit zuvor verwendete Störungsbegriff „Gender Identity Disorder“ verlassen. Der Bezugspunkt der „Gender Dysphoria“ wird folgendermaßen beschrieben:

„Gender dysphoria refers to the distress that may accompany the incongruence between one`s experienced or expressed gender and one`s assigned gender. Although not all individuals will experience distress as a result of such incongruence, many are distressed if the desired physical interventions by means of hormones and / or surgery are not available.“ (American Psychiatric Association 2013, S. 451)

Bemerkenswert ist hier, dass in dieser Beschreibung auf ein Leiden durch eventuelle soziale Ausgrenzung im Alltagsleben gar nicht eingegangen wird.

Kritisch ist zudem, dass die „Gender Dysphoria“ nach dem DSM V immer noch eine psychische Erkrankung darstellt. Die Kriterien für die „Gender Dysphoria in Children“ im aktuellen DSM V lassen nach wie vor zu, dass auch Kinder diese Diagnose erhalten, die ihre sexuelle Anatomie gar nicht ablehnen, sich jedoch gendernonkonform verhalten. Aus den im DSM-IV referierten Daten ist bekannt, dass ungefähr drei Viertel aller Jungen, bei denen in der Kindheit eine „Geschlechtsidentitätsstörung“ nach DSM IV diagnostiziert wurde, in der

Adoleszenz oder im Erwachsenenalter eine schwule oder bisexuelle Cis3-Identität und Lebensweise entwickeln. Zur Entwicklung von Mädchen mit dieser Diagnose liegen immer noch keine validen Daten vor (Saß, Wittchen & Zaudig 1996, Wolf 2004).

Für erwachsene Trans*Personen gilt, dass sie, wenn sie die körperliche Transition bereits hinter sich haben, weiter die Diagnose „Gender Dysphoria“, nun mit der Spezifikation „Posttransition“ behalten können. Zwar wird das Beibehalten der Diagnose mit der Absicherung einer weiteren Kostenübernahme der laufenden Hormonbehandlung legitimiert, problematisch ist hier jedoch, dass die entsprechend diagnostizierten trans*Personen so offiziell weiter als psychisch krank eingeordnet werden. Intersexualität kann als Spezifikation im DSM V bei der Diagnose „Gender Dysphoria“ eingefügt werden. Ansonsten sind Formen von Inter* im Kapitel E (Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten) der ICD 10 verzeichnet, also hier nicht psychopathologisiert.

Für die Kostenübernahme der Transitionsbehandlung in Deutschland ist derzeit u.a. eine Diagnose nach F64.0 ICD 10 erforderlich. Transitionsbehandlungen oder pubertätsverzögern- de Behandlungen im Kindes- und Jugendalter werden in Deutschland erst in Einzelfällen durchgeführt und erfordern u.a. eine Diagnose nach F64.2. Die Krankenversicherungen sehen bei erwachsenen Trans*Personen eine psychotherapeutische Behandlung und Differenzialdiagnose vor der Bewilligung der Kostenübernahme für die medizinische Transitionsbehandlung als notwendig an (MDS 2009). Diese Bedingung setzt Trans*Personen im Transitionsprozess bei ihren Kontakten ins Gesundheitssystem einem massiven Darstellungsdruck aus. So müssen sie sich zwar einerseits psychopathologisieren lassen – nämlich durch die Zuschreibung der Diagnose F64.0 -, dürfen aber andererseits trotz erheblicher Herausforderungen im sozialen Leben als nicht „zu“ psychisch krank (z.B. nicht als suchtkrank) erscheinen, damit ihnen geschlechtsangleichende medizinische Behandlungen gewährt werden. Außerdem wird ihnen vorgeschrieben, eine Psychotherapie zu machen, obwohl manche von ihnen dies gar nicht wollen. Und für diejenigen wiederum, die eine Psychotherapie als Begleitung im Transitionsprozess wünschen, stehen oft nicht genügend geeignete Behandlungsplätze zur Verfügung.

Revision ICD-11

2015 wird die neue ICD 11 erscheinen. Der Revisionsprozess ist seit Jahren in Gang und wird von fachbezogenen Arbeitsgruppen koordiniert. Die Weltgesundheitsorganisation lädt zur Partizipation am Revisionsprozess ein (<http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/>, Meldung vom 16.10. 2013) und zahlreiche Expert_innen und Nicht-Regierungsorganisationen beteiligen sich bereits daran.

Seit 2008 setzt sich eine Initiative der Lesbentelefone und Lesbenberatungsstellen in Deutschland für die ersatzlose Streichung der Diagnosen unter F66.- mit folgender Begründung ein:

³ Bei einer geschlechtlichen Cis-Identität stimmt das von der Person empfundene Geschlecht mit der aufgrund der primären und sekundären Geschlechtsmerkmale erfolgten Geschlechtszuweisung überein, d.h. z.B. eine Person, die aufgrund ihrer primäre und sekundären Geschlechtsmerkmale als „weiblich“ eingordnet wurde, definiert sich selbst ebenfalls als „weiblich“.

„Die UnterzeichnerInnen sprechen sich für die ersatzlose Streichung der Diagnosen unter F66.- ICD-10 Gm „Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung“, insbesondere der „Ichdystonen Sexualorientierung“ (ICD-10 Gm, F66.1) aus, da diese Diagnosen in dieser Gesellschaft derzeit wahrscheinlich ausschließlich gegen lesbische, schwule, bisexuelle und nicht-eindeutig heterosexuelle Menschen angewandt werden. Durch die Zuschreibung einer Persönlichkeits- und Verhaltensstörung an Menschen, die auf die gesellschaftliche Diskriminierung ihrer nicht-heterosexuellen soziosexuellen Orientierung mit Leiden reagieren, befördert die Existenz der Diagnosen nach ICD-10 Gm F66 die Pathologisierung und Ausgrenzung nicht-heterosexuell lebender Menschen. Insbesondere die Diagnose der „Ichdystonen Sexualorientierung“ (ICD-10 Gm F66.1) bereitet den Boden für die Anwendung problematischer und nachweislich schädigender Psycho-,therapien’ mit dem Ziel der Konversion der sozio-sexuellen Orientierung der KlientInnen in Richtung einer heterosexuellen Orientierung. KlientInnen, die aufgrund der gesellschaftlichen Stigmatisierung nicht-heterosexueller Orientierungen psychisches Leiden (z.B. in Form einer Depression, von Ängsten oder einer Substanzabhängigkeit) entwickeln, sollten eine sorgfältige Diagnose dieses Leidens erhalten entsprechend der symptomorientierten ICD-10-Gm Kategorien für die jeweiligen psychischen Störungen und affirmativ und kunstgerecht behandelt werden. Dass dem Leiden Diskriminierungs- und Ausgrenzungserfahrungen zugrunde liegen, kann durch eine Bezeichnung des Kontaktklasses entsprechend ICD-10 Gm Z60 kenntlich gemacht werden. Die diagnostische Kategorie F66.- („Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung“) ist für eine fachkompetente Diagnose und Interventionsplanung redundant und entbehrt einer fachlichen Evidenz.“

Die Initiative wurde damals in der Community unter anderem von der Bundesarbeitsgemeinschaft Schwulenberatung, dem Netzwerk lesbischer Ärztinnen „Charlotte“, der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Lesben in Nordrhein-Westfalen e.V., dem Lesben- und Schwulenverband in Deutschland (LSVD) und dem VLSP e.V., Verband von Lesben und Schwulen in der Psychologie in Deutschland (damals „Verband lesbischer Psychologinnen und schwuler Psychologen in Deutschland“) und Freiburgs lesbisch-schwulen Schulprojekt (FLUSS e.V.) mitgetragen.

Des Weiteren gibt es Initiativen von Trans*organisationen wie Transgender Europe (TGEU) und TransInterQueer e.V. in Berlin (TrIQ) , F64.- umzuformulieren und aus dem F-Kapitel der ICD heraus zu nehmen, um einerseits deutlich zu machen, dass Transidentitäten und -Lebensweisen an sich keine psychische Störung darstellen, sondern einen bereichernden Ausdruck menschlicher Diversität, und um andererseits durch die diagnostische Benennung von Transidentität in der ICD den Weg zur kassenfinanzierten medizinischen Unterstützung im körperlichen Transitionsprozess freizuhalten. F64.1 „Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen“ und F65.1 „Fetischistischer Transvestitismus“, durch die Trans*-Lebens- und Ausdrucksweisen pathologisiert werden, ohne dass der Wunsch nach einer medi-

zinisch unterstützen körperlichen Transition besteht, sollten ganz gestrichen werden.

Initiativen aus den Communities werden in der Gesundheitspolitik oftmals totgeschwiegen. Interessanterweise ist jedoch zu konstatieren, dass die von den oben genannten Initiativen vorgebrachten Revisionsvorschläge im Diskurs um die ICD-Reform auch von Expert_innen und Fachverbänden ohne sichtbare Communityanbindung geteilt und/oder übernommen werden. Vielleicht, weil unterdessen die Grundlagen der entsprechenden Revisionsvorschläge teilbar geworden sind: die Erkenntnis, dass sich keine wissenschaftliche Evidenz für die Sinnhaftigkeit der Psychopathologisierung von homo-, bi- und trans* Lebensweisen mehr konstruieren lässt. Auch lässt sich dem Schaden durch die Stigmatisierung per Psychopathologisierung keine die Würde von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Trans*Personen wahrende Benefizienz mehr argumentativ entgegenstellen. Weiterbildungsmaßnahmen für Fachkräfte im Gesundheitswesen und eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung hin zu einem für Lesben, Schwule, Bisexuelle und Trans*Personen erreichbaren und affirmativen Zugang müssten folgen.

Quellen

- American Psychiatric Association (2013): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. DSM-5 TM. American Psychiatric Association: Washington, DC/ London, England.
- Balsam, K. L. & Lehavot, K. (2010). „Hey, you dyke!“ Lesbians, Violence, and Health. . In: Dibble, S. L. & Robertson, P. A. (Hg.): Lesbian Health 101. A Clinician’s Guide. UCSF Nursing Press: California. S. 323-345.
- Beauchamp, T. L./ Childress, J. F. (2008): Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press: Oxford.
- British Medical Association (1992): Medicine Betrayed. Edition Hentrich: London.
- Dennert, G. (2006): Die psychische Gesundheit von Lesben und Schwulen – eine Übersicht europäischer Studien. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 38. Jg. (3), 559-576.
- Dibble, S. L. & Robertson, P. A. (Hg.) (2010): Lesbian Health 101. A Clinician’s Guide. UCSF Nursing Press: California. S. 537-553.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hg.) (2008): Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien (6., vollständig überarbeitete Auflage). Verlag Hans Huber: Bern.
- Hagger-Johnson, G. (2007): Personality, Individual Differences and LGB Psychology. In: Clarke, V. & Peel, E. (Hg.): Out in Psychology. Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Queer Perspectives. John Wiley & Sons: Chichester. S. 77-94.
- MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.) (Stand: 19.05.2009). Grundlagen der Begutachtung. Begutachtungsanleitung. Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität. http://www.mds-ev.de/media/pdf/RL_Transsex_2009.pdf, Meldung vom 31.7. 2012.
- O’ Donohue, W., Fowler, K. A. & Lilienfeld, S. O. (Hg.) (2007): Personality Disorders. Toward the DSM-V. Sage: USA/ GBR.
- Saß, H., Wittchen, H.—U. & Zaudig, M. (1996): DSM-IV. Diagnostisches und Statistisches

Manual Psychischer Störungen (1. Auflage der dt. Bearbeitung). Hogrefe: Göttingen/Bern/Toronto/Seattle.

Scholinski, D. (1995). In: International Gay and Lesbian Human Rights Commission (IGLHRC) & Community United Against Violence: The International Tribunal on Human Rights Violations Against Sexual Minorities. Tuesday, October 17, 1995, New York City, USA. S. 18-21.

Wolf, G. (2004): Erfahrungen und gesundheitliche Entwicklungen lesbischer Frauen im Coming-out-Prozess. Centaurus: Herbolzheim.

Wolf, G. (2012) Konversionsbehandlungen.

<http://www.vlsp.de/system/files/konversionsbehandlungen.pdf>, Meldung vom 18. 10. 2013.