

Trans ist keine Krankheit

Cornelia Kost

Erstveröffentlichung: 4. September 2021

Zweitveröffentlichung / Version of Record: 2026

DOI: <<https://doi.org/10.17194/vlsp.2026.1>>

Lizenz: © 2026 Cornelia Kost

VLSP Fachverband für queere Menschen in der Psychologie e.V.

Abstract

Transgeschlechtlichkeit wird in medizinischen und psychotherapeutischen Kontexten weiterhin häufig implizit als krankheitswertig verstanden, insbesondere im Zusammenhang mit Diagnostik und Komorbiditäten. Der vorliegende Beitrag analysiert kritisch die Rolle diagnostischer Verfahren im Kontext von Transgeschlechtlichkeit und begleitenden psychischen Störungen. Unter Bezugnahme auf die aktuelle S3-Leitlinie, internationale Klassifikationssysteme (ICD-11, DSM-5) sowie medizinethische Positionspapiere wird aufgezeigt, dass Transgeschlechtlichkeit selbst keine Krankheit darstellt und dass pathologisierende Annahmen den Zugang zu notwendiger Gesundheitsversorgung erschweren können. Der Beitrag plädiert für eine entpathologisierte, trans-informierte und individualisierte Gesundheitsversorgung.

Schlüsselwörter: Transgeschlechtlichkeit, Entpathologisierung, Diagnostik, Komorbidität, Gesundheitsversorgung

Trans ist keine Krankheit

Veröffentlicht am 4. September 2021 von Cornelia

Beratungsarbeit im Kontext von Transgeschlechtlichkeit und Komorbiditäten wie Sucht steht in mehreren Spannungsfeldern.

Für die Konzepte von „Diagnostik“ und „Komorbidität“ ist das Verständnis von Transgeschlechtlichkeit als Krankheit Bedingung. Die seit dem 09.10.2018 in Kraft getretene S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung von Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit räumt dem diagnostischen Prozess großen Raum ein.

So sagt sie zwar einerseits, dass es weder aus klinischer noch aus wissenschaftlicher Sicht Kriterien oder Differentialdiagnosen gibt, die eine Geschlechtsinkongruenz und/oder Geschlechtsdysphorie (GIK/GD) von vornherein ausschließen. Bei begleitenden psychischen Störungen wie beispielsweise einer affektiven Störung, einer sozialen Phobie oder Selbstverletzungsverhalten ist eine Verzögerung der Einleitung körpermodifizierender Behandlungen nicht zielführend, da es durch die Einleitung entsprechender Maßnahmen (z. B. Hormon- und/oder Epilationsbehandlung) in vielen Fällen zu einer Remission sowohl der GIK/GD-Symptomatik als auch der psychischen Störung kommen kann. Erst im Behandlungsverlauf lässt sich unterscheiden, ob die Symptomatik reaktiv ist oder unabhängig von der GIK/GD besteht (AWMF, 2018, S. 22).

Allerdings sei ein längerer diagnostischer Prozess vor der Einleitung körpermodifizierender Behandlungen gerechtfertigt, wenn ein begründeter Verdacht besteht, dass die begleitende psychische Störung die GIK/GD wesentlich mit beeinflusst. Das gilt insbesondere bei vorliegender aktueller psychotischer Symptomatik, Sonderformen der dissoziativen Störung mit verschiedengeschlechtlichen Ego-States oder einer umfassenden Identitätsunsicherheit sowie bei einem akuten, klinisch relevanten Substanzmissbrauch (AWMF, 2018, S. 22).

Es ist immer wieder zu beobachten, dass vorhandene Komorbiditäten zum Anlass genommen werden, trans Menschen in Behandlungen zu zwingen. Es wird unterstellt, dass die Komorbiditäten in einem Zusammenhang mit der GIK/GD stehen oder stehen könnten. Die medizinisch notwendigen Modifikationen der körperlichen Geschlechtsmerkmale werden den Menschen verwehrt und damit die Chancen, sie irgendwie doch zu erreichen, ungünstig beeinflusst.

Diagnostik ist vor allem durch die Vorgaben der MDS-Richtlinie an ein binäres Paradigma der Transgeschlechtlichkeit (Mann-zu-Frau, Frau-zu-Mann) gekoppelt. Auch die Vorstellung von einer Transition als linearem Behandlungsverlauf der körperlichen und sozialen Anpassung von Mann zu Frau oder von Frau zu Mann fördert eine starke Erwartungshaltung bei den Behandlerinnen und Klientinnen gleichermaßen (Renner et al., 2020). Es gibt das Ideal eines Prozesses, an dessen Anfang ein komorbiditätsfreier transgeschlechtlicher Mensch steht, der am Ende den gesellschaftlichen Identitätsvorgaben des Zielgeschlechts körperlich und seelisch soweit wie möglich entsprechen soll.

Die diagnostischen Kriterien verwischen die Diversität von trans Personen hinsichtlich ihrer geschlechtlichen Selbstwahrnehmung und ihrer Behandlungsanliegen. Nicht alle trans Personen halten körpermodifizierende Behandlungen für notwendig. Wenn sie sich als non-binär oder genderqueer verstehen, verfolgen sie teilweise ausgewählte Modifikationen. Dogmatismus und cis-heteronormative Vorstellungen bringen Menschen dazu, vorgezeichnete Wege zu gehen. Biografien werden entsprechend modifiziert, um in ein Schwarz-Weiß-Schema zu passen.

Diagnostik von Transgeschlechtlichkeit erfährt international einen Paradigmenwechsel, denn Begriffe und diagnostische Kriterien verändern sich in Richtung einer Entpathologisierung. Während die ICD-10-Diagnose Transsexualismus (F64.0) im deutschen Gesundheitssystem weiterhin sozialrechtlich verbindlich ist, ist Geschlechtsinkongruenz in der ICD-11 nicht mehr den „psychischen Verhaltens- und Entwicklungsstörungen“ zugeordnet, sondern einem neuen Kapitel zur sexuellen Gesundheit („Conditions related to sexual health“) (World Health Organization, 2018). Sie definiert Geschlechtsinkongruenz als „deutliche und anhaltende mangelnde Übereinstimmung zwischen dem erlebten und dem zugewiesenen Geschlecht“.

Nach dem DSM-5 liegt eine Geschlechtsdysphorie dann vor, wenn die Geschlechtsinkongruenz zu einem klinisch bedeutsamen Leidensdruck führt (American Psychiatric Association, 2013). Grundlage einer Behandlung ist nicht mehr die Trans-Identität, sondern die Geschlechtsdysphorie, also das Leiden unter der Geschlechtsinkongruenz.

Wie die ICD-11-Diagnose Geschlechtsinkongruenz beschränkt sich auch die DSM-5-Diagnose Geschlechtsdysphorie nicht auf binäre Vorstellungen von Geschlechtlichkeit und schließt non-binäre Geschlechter ein. Die entsprechende ICD-11-Klassifikation lautet „Gender incongruence of adolescence or adulthood“ (HA60).

Weltweit besteht fachlicher Konsens darüber, dass trans Menschen Zugang zu einer ganzheitlichen, multimodalen und trans-informierten Gesundheitsversorgung erhalten sollen (Coleman et al., 2012; T'Sjoen et al., 2020; World Medical Association, 2015).

Literatur

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>>

Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., ... Arcelus, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(S1), S1–S259. <<https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>>

Nieder, T. O., & Strauß, B. (2019). S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung im Kontext von Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: Hintergrund, Methode und zentrale Empfehlungen. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 32(2), 70–79. <<https://doi.org/10.1055/a-0895-8176>>

Renner, T. O., Täuber, L., Błaszczuk, W., Dekker, A., Briken, P., & Nieder, T. O. (2020). Psychotherapie mit trans Personen: Gesellschaftliche Herausforderungen und ein aktuelles E-Health-Projekt.

T'Sjoen, G., Arcelus, J., De Vries, A. L. C., Fisher, A. D., Nieder, T. O., Özer, M., & Motmans, J. (2020). European Society for Sexual Medicine position statement: Assessment and hormonal management in adolescent and adult trans people. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(4), 570–584. <<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.01.012>>

World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th rev.). <<https://www.who.int/classifications/icd>>

World Medical Association. (2015). *WMA statement on transgender people*. <<https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-transgender-people/>>