



T. O. Nieder¹ · A. Güldenring² · A. Köhler¹ · P. Briken¹

¹ Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

² Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide, Heide, Deutschland

Trans*-Gesundheitsversorgung

Zwischen Entpsychopathologisierung und bedarfsgerechter Behandlung begleitender psychischer Störungen

Der Begriff trans* (sprich: trans Sternchen) will der Erkenntnis und Anerkennung geschlechtlicher Vielfalt Ausdruck verleihen, frei von einer Bezugnahme auf Pathologie sein und nicht zwingend den Wunsch implizieren, sich somatisch geschlechtsangleichend behandeln zu lassen. Er steht damit allen Menschen offen, die ihre Geschlechtszugehörigkeit bzw. ihre Geschlechtsidentität nicht oder nicht vollständig im Einklang mit ihrem, in der Regel anhand der körperlichen Geschlechtsmerkmale zugewiesenen Geschlecht erleben. Er will damit Sammelbegriff für viele andere Begriffe sein (transsexuell, transgender, transident, transgeschlechtlich, genderqueer, agender u. v. m.).¹

Die 2018 erscheinende ICD-11 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

11) wird wahrscheinlich den Terminus Transsexualismus durch Geschlechtsinkongruenz (GI) ersetzen, die sich diagnostisch auf die Diskrepanz zwischen *Sex* (engl.: körperliche Geschlechtsmerkmale) und *Gender* (u. a. Geschlechtsidentität, Geschlechtsrolle) bezieht und neben zweigeschlechtlichen auch nonbinäre geschlechtliche Identitäten berücksichtigt. Die GI muss nicht zwangsläufig mit Leidensdruck einhergehen und wird in der ICD-11 mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr als psychische Störung klassifiziert (Neues Kapitel: Umstände, welche die sexuelle Gesundheit beeinflussen). Das DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. Auflage) hingegen diagnostiziert mit der Geschlechtsdysphorie (GD) einen Leidensdruck im Zusammenhang mit der GI.

Seit etwa dem Beginn des 21. Jahrhunderts findet ein Paradigmenwechsels statt, der neben den diagnostischen Revisionen mit einer zunehmenden gesellschaftlichen Anerkennung, mit steigender Häufigkeit sowie mit Änderungen in internationalen und nationalen Behandlungsempfehlungen einhergeht. Sowohl vor diesem Hintergrund als auch mit Blick auf aktuelle Daten zur Prävalenz und zum Ausmaß begleitender psychischer Störungen, sind Psychiatrie und Psychotherapie als Teil einer interdisziplinären Trans*-Gesundheitsversorgung gefordert, ihre Rolle in Therapie und Indikationsstellung kritisch zu reflektieren. Diesen Prozess will der vorliegende Beitrag unterstützen.

Häufigkeit

Nach Kenntnis der Autoren existieren gegenwärtig keine epidemiologischen Studien, auf Basis derer die Prävalenz geschlechtsvarianter Identitäts- und/oder Ausdrucksformen verlässlich geschätzt werden kann. Eine aktuelle Metaanalyse [2] fasst 21 klinische Studien zur Prävalenz der Geschlechtsdysphorie zusammen. Bezogen auf die Allgemeinbevölkerung berechnen die Autoren eine Gesamtprävalenz von 4,6 pro 100.000 (6,8 pro 100.000 für Personen mit männlichem Zuweisungsgeschlecht und 2,6 pro 100.000 für Personen mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht). Die Prävalenzzahlen sind höher, je aktueller die Studien waren. Mit einer Erweiterung des Blickwinkels über die Kriterien einer Diagnose hinaus fanden sich höhere Prävalenzen.

» Die Schätzungen zur Prävalenz variieren je nach zugrunde gelegtem Kriterium

In einer Onlineuntersuchung in den Niederlanden mit 8064 Teilnehmenden [19] gaben 4,6 % der befragten Personen mit männlichem Zuweisungsgeschlecht und 3,2 % der befragten Personen mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht an, sich in unterschiedlichem Ausmaß ambivalent und/oder inkongruent gegenüber dem eigenen Geschlecht zu empfinden. Im Hinblick auf das Vorliegen einer Geschlechtsinkongruenz wurde eine

¹ In Anlehnung an die Empfehlung des Bundesverbands Trans*, einem Zusammenschluss aus über 30 verschiedenen Selbsthilfegruppen, Vereinen und Initiativen, wird „trans*“ als Adjektiv verwendet, wenn Menschen beschrieben werden, auf die dieses Merkmal, neben vielen weiteren Aspekten der Persönlichkeit, zutrifft. Als Substantiv wird es verwendet, wenn es bei einem spezifischen Thema das identitätsstiftende Merkmal ist, wie bei der „Trans*-Gesundheitsversorgung“.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwenden wir in diesem Beitrag überwiegend das generische Maskulinum. Dies impliziert immer mehrere Formen, schließt also die weibliche Form und non-binäre Geschlechter mit ein.

Tab. 1 Übersicht aktueller Studien zur psychischen Belastung von trans* Menschen

Autoren, Länder	Studiendesign/ Sampling	n	Outcomemaß(e)	Prävalenz/Ergebnisse
Dhejne et al. [6], weltweit	Review (38 Studien)	20.569	U. a. SCL-90-R, BDI, SKID-I, SKID-II	Erhöhte psychische Belastung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, v. a. affektive und Angststörungen
Reisner et al. [24], weltweit	Review (116 Studien)	164.049	Nicht berichtet	Hohe psychische Belastung, v. a. affektive Störungen, Angststörungen und Substanzmissbrauch, erhöhtes HIV- und STI-Risiko
Zucker et al. [30], weltweit	Review (36 Studien)	311.093	u. a. SCL-90-R, BDI, SKID-I, SKID-II	18 Studien berichten Assoziation von Geschlechtsdysphorie und Psychopathologie (vorwiegend affektive und Angststörungen), 13 Studien berichten Assoziation von selbstverletzendem und/oder suizidalem Verhalten und Geschlechtsdysphorie
Auer et al. [3], Deutschland	Klinische Querschnittstudie	84	SCL-90-R	Erhöhte psychische Belastung im Vergleich zu Kontrollgruppe, v. a. bez. Depressivität
Heylens et al. [14], Belgien, Deutschland, Niederlande, Norwegen	Multizentrische klinische Querschnittstudie	305	MINI, SKID-II	38 % aktuelle Achse-I-Diagnose, 70 % aktuelle oder Lebenszeit-Achse-I-Diagnose, 15 % Achse-II-Störungen
Heylens et al. [15], Belgien	Prospektive klinische Studie (3 Messzeitpunkte)	57	SCL-90-R	Vor Behandlung: psychische Belastung höher als bei Allgemeinbevölkerung Nach Behandlung: Verbesserung der psychischen Belastung, vergleichbar mit Allgemeinbevölkerung
Ruppin u. Pfäfflin [25], Deutschland	Retrospektive klinische Studie (2 Messzeitpunkte)	71	Semistrukturierte Interviews, SCL-90-R, IIP, FPI-R	Signifikante Verbesserung der psychischen Belastung nach somatischer Behandlung, weniger interpersonelle Belastungen nach der Behandlung
European Union Agency for Fundamental Rights [7]	Onlinebefragung	6578	Keine standardisierten Fragebögen	34 % Erleben physischer Gewalt, 54 % Diskriminierungserfahrungen in den letzten 12 Monaten, 22 % Diskriminierungserfahrungen durch medizinische Fachkräfte
Grant et al. [8]	Onlinebefragung	6450	Keine standardisierten Fragebögen	4-fach erhöhtes HIV-Risiko, 25 % Substanzmissbrauch, 41 % Suizidversuch(e)

BDI Beck-Depressionsinventar, *FPI-R* Freiburger Persönlichkeitsinventar, *HIV* humanes Immundefizienzvirus, *IIP* Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme, *MINI* „Mini International Neuropsychiatric Interview“, *SKID* strukturiertes klinisches Interview für DSM, *STI* sexuell übertragbare Infektionen, *SCL-90-R* Symptomcheckliste

Prävalenz von 1,1 % (1100 pro 100.000) bei Personen mit männlichem Zuweisungsgeschlecht und 0,8 % (800 pro 100.000) bei Personen mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht erfasst. Eine Studie aus Belgien [27] berichtet ähnliche Prävalenzen von 2,2 % bei Personen mit männlichem Zuweisungsgeschlecht und 1,9 % bei Personen mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht hinsichtlich ambivalenten und/oder inkongruenten Geschlechtererlebens und Raten von 0,7 % bzw. 0,6 % mit Blick auf das Erleben einer konkreten Geschlechtsinkongruenz. Insgesamt variieren die Schätzungen zur Prävalenz geschlechtsvarianter Identitäts- und/oder Ausdrucksformen je nach zugrunde gelegtem Kriterium (z. B. Selbstdefinition als trans* Person, Erfassung einer Diagnose oder Inanspruchnahme geschlechtsangleichender Behandlung) bzw. nach Art des Stu-

dientypus (klinische vs. nichtklinische Studien).

In Studien mit eng gefassten Einschlusskriterien liegen die Prävalenzzahlen deutlich niedriger [5]. Die Autoren der Metaanalyse berechneten auf Grundlage der Vergabe einer trans*-bezogenen Diagnose eine Prävalenz von 6,8/100.000. Somatische Maßnahmen zur Geschlechtsmodifizierung nehmen 9,2/100.000 in Anspruch, und 871/100.000 beschreiben sich selbst im weitesten Sinne als trans* Person. Die Häufigkeit in Bezug zur Selbsteinschätzung ist jedoch durch eine einzelne Studie erheblich verzerrt, sodass sich nach Ausschluss dieser die Prävalenz auf 351/100.000 verringert.

Aufgrund der diagnostischen Revisionen (DSM-5, ICD-11 [18]) und ihrer Implikationen für die Möglichkeiten der Inanspruchnahme somatischer Behandlungen sowie Veränderungen im Bereich

nationaler und internationaler Behandlungsempfehlungen (s. unten), kann in Zukunft mit einer Zunahme der Prävalenz auch in klinischen Populationen gerechnet werden.

Begleitende psychische Störungen

Studien zur Häufigkeit begleitender psychischer Störungen bei trans* Personen liefern Hinweise auf eine höhere psychische Belastung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. So fasst eine Übersichtsarbeit [6] 38 klinische Quer- und Längsschnittstudien aus den Jahren 2000 bis 2015 zusammen. Vor allem werden affektive und Angststörungen berichtet, wohingegen andere psychische Störungen, wie z. B. Schizophrenien oder bipolare Störungen etwa gleich häufig wie in der Allgemeinbevölkerung vorkommen. Die Datenlage zu möglichen Un-

terschieden psychischer Belastungen abhängig vom Zuweisungsgeschlecht hingegen ist uneindeutig. Während einige Studien keine Effekte des Zuweisungsgeschlechts berichteten [14], fanden andere Untersuchungen eine höhere psychische Belastung bei Teilnehmenden mit männlichem Zuweisungsgeschlecht [6]. Hier werden Geschlechterunterschiede für die psychische Belastung [12], das Vorliegen der Diagnose einer Achse-1-Störung [17] sowie in Bezug auf depressive Symptome [3] berichtet.

Eine weitere Übersicht [24] fasst 116 Studien zur psychischen Gesundheit von trans* Personen aus 30 Ländern über das Vorliegen einer trans*-bezogenen Diagnose hinaus zusammen. Eingeschlossen wurden klinische und nichtklinische Studien, die sich mit der psychischen Gesundheit von trans* Personen beschäftigen. Auch hier werden v. a. affektive und Angststörungen berichtet. Kritisiert werden die unklare Operationalisierung psychischer Belastung und die schwache methodische Güte (vorwiegend Querschnittserhebungen, mehrheitlich Verfügbarkeitsstichproben, kaum systematisches Sampling). Die Gesamtpopulation von trans* Personen z. B. mit Blick auf Ethnizität, Alter oder finanzielles Einkommen wird unzureichend abgebildet. Zudem lassen die meisten Untersuchungen mögliche Erklärungen psychischer Belastungen außer Acht [24]. Hier setzen breit gefasste Surveys an [7, 8] an, die einen Zusammenhang zwischen Diskriminierungserfahrungen von trans* Personen (im Beruf, bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen etc.) und psychischer Gesundheit untersuchen. Demnach schlagen sich Diskriminierungserfahrungen bzw. Minderheitenstress direkt in psychischer Belastung nieder [13], weitere Kontakte mit dem Gesundheitssystem werden vermieden [20].

» Auch Orte des Gesundheitssystems begünstigen Diskriminierungserfahrungen

Insgesamt scheinen klinische Studien die psychische Gesundheit von trans* Menschen aufgrund inhaltlicher und

Nervenarzt 2017 · 88:466–471 DOI 10.1007/s00115-017-0308-0
© Springer Medizin Verlag GmbH 2017

T. O. Nieder · A. Güldenring · A. Köhler · P. Briken

Trans*-Gesundheitsversorgung. Zwischen Entpsychopathologisierung und bedarfsgerechter Behandlung begleitender psychischer Störungen

Zusammenfassung

Hintergrund. Die Geschichte der Psychiatrie und Psychotherapie in der Behandlung des Transsexualismus ist belastet durch die vormals unhinterfragte Annahme, geschlechtlich nonkonformes Erleben und Verhalten sei automatisch Ausdruck von Psychopathologie.

Ziel der Arbeit. Im Zuge von Revisionen diagnostischer Kriterien und veränderter Behandlungsempfehlungen soll die therapeutische Beziehung als Voraussetzung für eine moderne Gesundheitsversorgung reflektiert und Aspekte einer bedarfsgerechten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung für trans* Menschen skizziert werden.

Material und Methoden. Literaturrecherche zur Häufigkeit von trans* Personen sowie zum Vorkommen begleitender psychischer Störungen. Diskussion psychiatrisch-psychotherapeutischer Erfahrungen.

Ergebnisse. Psychisch gesunde trans* Menschen benötigen keine psychiatrische

oder psychotherapeutische Behandlung. Trans* Menschen mit klinisch-relevanter psychischer Belastung sollte hingegen ein sicherer Zugang zu psychiatrischen und/oder psychotherapeutischen Behandlungen angeboten werden, ohne dass ihre trans* Identitäten a priori als Teil einer psychischen Störung verstanden werden.

Schlussfolgerung. Eine therapeutische Beziehung, in der Körperwissen und Selbstbestimmung von trans* Menschen anerkannt und berücksichtigt werden und die es ermöglicht, psychiatrisch-psychotherapeutische Expertise zwischen Patientenwunsch und medizinischer Indikation bedarfsgerecht einzubringen, kann die individuelle Trans*-Gesundheit zielführend fördern.

Schlüsselwörter

Transsexualität · Transgender · Psychiatrie · Psychotherapie · Partizipation

Trans healthcare. Between depsychopathologization and a needs-based treatment of accompanying mental disorders

Abstract

Background. Historically, the function of psychiatry and psychotherapy in the healthcare treatment of transsexualism has been impaired by the basic assumption that non-conforming gender experiences and behavior are automatically considered as expressions of psychopathology.

Objective. In line with revision of the diagnostic criteria and changing standards of care and treatment recommendations, the therapeutic relationship between mental healthcare professionals and transgender individuals is critically discussed aiming at providing a needs-based psychiatric and psychotherapeutic treatment and a patient-centered approach for trans persons.

Material and methods. Literature search focusing on the prevalence of trans persons and the presence of accompanying mental disorders. Discussion of professional

experiences with mental healthcare of trans persons.

Results. Trans persons without clinically relevant mental distress do not need any kind of psychiatric or psychotherapeutic treatment; however, trans people with clinically relevant mental impairment need safe access to mental healthcare without linking the trans identity a priori to a mental disorder.

Conclusion. In order to ensure individual trans healthcare in the long term, the therapeutic relationship should take into account both the body knowledge and self-determination of trans persons as well as the clinical expertise of mental healthcare professionals.

Keywords

Transsexualism · Transgender · Psychiatry · Mental healthcare · Participation

methodischer Einschränkungen bisher nur unzureichend abzubilden. Nicht-klinische Studien liefern hingegen Befunde, die Hinweise auf Mechanismen zur Entstehung psychischer Belastungen bei trans* Personen erfassen (z. B. Minderheitenstress). Gerade auch Orte des Gesundheitssystems (Arztpraxen, Krankenhäuser etc.) stellen für trans* Menschen Räume dar, die Diskriminierungserfahrungen begünstigen ([11, 20]; **Tab. 1**).

Die Psychopathologisierung von Trans*-Geschlechtlichkeiten im Wandel

Im Diskurs um die (Ent-)Psychopathologisierung von Geschlechtlichkeiten findet auch psychiatriekritisches Denken neue Aktualität. Pohlen und Bautz-Holz Herr [23] fokussieren ihre kritischen Überlegungen auf die Rolle und innerpsychischen Dilemmata von Behandelnden im psychotherapeutischen Prozess. Sie kritisieren den unidirektionalen Funktionalismus der Diagnostik, welche „die Zuschreibung zu bestimmten Krankheitstypen in der Deskription von Abweichungen“ vornimmt (S. 75). Seelische Erkrankungen werden einseitig normativ definiert und verpflichten sich in Wahrnehmung und Beurteilung geschlechtlich nonkonformer Erlebens- und Verhaltensweisen unreflektiert einer zweigeschlechtlichen Gesellschaftsstruktur. Kritische Impulse zu gängigen Geschlechterkonzepten kommen eher aus den Sozialwissenschaften (u. a. [16]) und den „transgender studies“ [26].

Es sind vorwiegend Akteure der Trans*-Community, die Barrieren und Missstände in der Trans*-Gesundheitsversorgung benennen (u. a. [11]) und Fachkräfte aus Psychiatrie und Psychotherapie zur Selbstreflexion auf- und die Infragestellung überholter Positionen einfordern (u. a. [9]). Antidiskriminierung und Entstigmatisierung gehen zudem einher mit zunehmender Anerkennung von Experten in eigener Sache [9, 11] sowie der Wertschätzung trans*-inklusivem Erfahrungswissen für die therapeutische Praxis (u. a. [10]). So sollte einerseits klar sein, dass psychisch gesunde trans* Menschen ebenso wenig

eine psychiatrische und/oder psychotherapeutische Behandlung benötigen wie psychisch gesunde cis* Menschen². Andererseits sollte trans* Menschen mit klinisch relevanter psychischer Belastung ein sicherer, nichtdiskriminierender Zugang zu psychiatrischen und/oder psychotherapeutischen Behandlungen angeboten werden, ohne dass der trans*-bezogene Anteil ihrer Identität a priori als Teil einer psychischen Störung verstanden wird (vgl. hierzu auch das Positionspaper des Weltärztebundes [29]).

Der therapeutische Effekt der Entpsychopathologisierung

Die Ergebnisse von Befragungen der Vertreter deutscher Selbsthilfegruppen [22] zeigen, dass psychiatrische und psychotherapeutische Angebote von der Mehrheit der Befragten nicht grundsätzlich abgelehnt werden. Vielen scheint eine professionell begleitete Reflexion begleitend zur Transition wichtig, solange sie Aspekte der Partizipation, Emanzipation und Autonomie angemessen berücksichtigt. Um das Feld für nonkonforme geschlechtliche Identitäten zu öffnen, sollten die iatrogenen, im bisherigen psychiatrisch-psychotherapeutischen Rahmen oft immanenten Belastungsmomente identifiziert, reflektiert und vermieden werden.

» Verwirrung und Unsicherheit sind ungünstige Voraussetzungen für Behandlungen

Die psychiatrisch-psychotherapeutische Arbeit mit trans* Menschen kann für die Behandelnden herausfordernd und verwirrend sein, da sie mit Identitäten konfrontiert werden, die über die tradierten Vorstellungen von Zweigeschlechtlichkeit hinausgehen und ggf. eigene Konflikte rund um Identität, Kör-

² Im Gegensatz zu trans* Menschen erleben cis* Menschen ihr Geschlecht als kongruent. Der Begriff cis* verfolgt das Ziel, trans* nicht einfach als das Andere, Abweichende zu begreifen, sondern als ebenso benennungswürdig wie trans*.

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

per und Sexualität aktualisieren. Verwirrung und Unsicherheit sind jedoch denkbar ungünstige Voraussetzungen für Behandlungen. Im Zusammenhang mit den ggf. aktualisierten Konflikten, müssen die Behandelnden ihren Patienten möglichst reflektiert begegnen, um hilfreich sein zu können. Erst dann sind sie in der Lage, das Erleben von trans* Menschen nicht voreilig zu pathologisieren, sondern zu helfen, es in das eigene Leben in einer vorwiegend zweigeschlechtlich organisierten Gesellschaft zu integrieren.

Voraussetzung ist, dass sich Psychiater und Psychotherapeuten mit modernen Gendertheorien (z. B. [28]) auseinandersetzen, damit einhergehend einen biopsychosozialen Blick auf Geschlechtsentwicklung haben sowie den Einfluss der Psychopathologisierung des Geschlechterlebens auf den Selbstwert, die Selbstakzeptanz und das Selbstbewusstsein kennen. Solange die Annahme von unmittelbarer Psychopathologie geschlechtlich nonkonformer Identitäten nicht auf Evidenz basiert und die therapeutische Beziehung zwischen Psychiatern und Psychotherapeuten und trans* Menschen belastet [9], bedarf es einer Reform der therapeutischen Beziehung. Wenn die eigene Verwirrung nicht als Zuschreibung von Psychopathologie auf Trans*-Entwicklungen umgeleitet werden muss, bekommt die Entpsycho-pathologisierung auch therapeutischen Wert.

Daher soll im Zuge aktueller Entwicklungen im Bereich internationaler [1, 4] wie nationaler [21] Behandlungsempfehlungen zur GI/GD eine bedarfsgerechte, integrative und patientenzentrierte Gesundheitsversorgung für trans* Menschen erreicht werden, bei der die Psychiatrie ihre bisherige Gatekeeper-Funktion überwinden kann. Losgelöst von der Frage nach Art und Ausprägung verschiedener somatischer Behandlungen im Zuge einer Transition sollen die spezifischen Bedarfe zur Wiederherstellung bzw. zum Erhalt allgemeiner und psychischer Gesundheit berücksichtigt werden.

Schlussfolgerung

Die Geschichte der Psychiatrie und Psychotherapie zur Behandlung geschlechtlich nonkonformer Menschen wirft rückblickend viele Fragen auf und lässt Probleme sichtbar werden. Die Beziehung zwischen den Behandlungssuchenden und ihren Psychiatern und Psychotherapeuten gilt bis heute als belastet. Im Zuge der Revisionen von DSM und ICD mit dem Versuch einer zunehmenden Entpsychopathologisierung, den Änderungen in den Behandlungsempfehlungen sowie vor dem Hintergrund aktueller Daten zu Häufigkeit und Ausmaß begleitender psychischer Störungen muss die therapeutische Beziehung als Voraussetzung für eine moderne Gesundheitsversorgung reflektiert und Aspekte einer bedarfsgerechten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung für trans* Menschen entwickelt werden.

Im Sinne der Gesundheitsförderung steht im Vordergrund, trans* Menschen darin zu unterstützen, das individuelle geschlechtliche Erleben zu verstehen und zu akzeptieren, es in sicheren sozialen Kontexten zu erfahren und zu integrieren, um es schließlich bei fortschreitender Trans*-Entwicklung zu leben. In diesem Prozess müssen sich die möglichen somatischen Behandlungen zur Geschlechtsangleichung nicht vorschnell an zweigeschlechtlichen Körperbildern orientieren. Im Zuge zunehmender Akzeptanz nonbinärer geschlechtlicher Identitäten werden sich Bedeutung und Indikation somatischer Eingriffe wahrscheinlich weiter differenzieren. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Auseinandersetzung kann den komplexen Prozess der Entscheidung für oder gegen Eingriffe am eigenen Körper professionell mit dem Ziel fördern, qualifiziert informierte Entscheidungen zu treffen, unter denen auch die individuelle Bedeutung möglicher begleitender psychischer Störungen ernst genommen wird. Dieser Anspruch stellt jedoch eine enorme Herausforderung dar, da er das traditionelle Verhältnis zwischen den Behandelnden und ihren Patienten und die darin festgelegten Rollenmuster infrage stellt.

Trans* Menschen sollten in Zukunft aktiver als bisher Eigenverantwortung

für die Regelung der eigenen Bedürfnisse übernehmen und die Trans*-Gesundheitsversorgung mitgestalten können. Voraussetzung dafür ist, dass die gesellschaftliche Akzeptanz und Integration von trans* Menschen weiter zunimmt. Ebenso wie cis* Menschen haben trans* Menschen im Falle eines subjektiven Leidensdruckes, der durch die Geschlechtsinkongruenz und/oder eine psychische Störung verursacht wird, ein Recht auf medizinisch-psychologische Versorgung, die sowohl möglichen körperbezogenen Leidensdruck als auch mögliche Auswirkungen von Minderheitenstress berücksichtigt. Eine therapeutische Beziehung, die einerseits Wissen und Selbstbestimmung von trans* Menschen anerkennt und berücksichtigt und die es andererseits ermöglicht, psychiatrisch-psychotherapeutische Expertise zwischen Patientenwunsch und medizinischer Indikation bedarfsgerecht einzubringen, kann für die individuelle Trans*-Gesundheit nachhaltig förderlich sein.

Fazit für die Praxis

- Trans* Behandlungssuchende können von Psychiatern und Psychotherapeuten irritierend erlebt werden.
- Die Behandelnden sollten ihre Irritation als Thema einer zweigeschlechtlich organisierten Gesellschaft reflektieren.
- Unreflektiert besteht die Gefahr, dass die eigene Irritation zur Psychopathologisierung nonkonformer geschlechtlicher Identitäten beiträgt und den Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung gefährdet.
- Empfohlen werden ausreichend Wissen und Selbsterfahrung, mit der Psychiater und Psychotherapeuten die biopsychosozialen Einflüsse auf ihre geschlechtliche Entwicklung (körperliche Geschlechtsmerkmale, Geschlechtsidentität, Geschlechtsrolle) ebenso kritisch reflektieren wie ihre Vorstellungen über den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Geschlecht.

Korrespondenzadresse

Dr. T. O. Nieder

Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
 Martinistraße 52, 20246 Hamburg, Deutschland
 t.nieder@uke.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. Die Autoren erklären, dass sie sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen haben leiten lassen. T.O. Nieder ist Vorsitzender der AWMF-S3-Leitlinienkommission „Geschlechtsinkongruenz, -dysphorie und Trans*-Gesundheit“. A. GÜldenring ist Mandatsträgerin und damit Interessensvertreterin der DGPPN in der Kommission zur Entwicklung der S3-Leitlinie Geschlechtsinkongruenz. P. Briken ist ebenfalls Mandatsträger der DGPPN im Zuge der benannten Leitlinienentwicklung. A. Köhler gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. American Psychological Association (2015) Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *Am Psychol* 70:832–864
2. Arcelus J, Bouman WP, Van Den Noortgate W et al (2015) Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *Eur Psychiatry* 30:807–815
3. Auer MK, Hohne N, Bazarra-Castro MA et al (2013) Psychopathological profiles in transsexuals and the challenge of their special status among the sexes. *PLOS ONE* 8:e78469
4. Coleman E, Bockting W, Botzer M et al (2012) Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *Int J Transgend* 13:165–232
5. Collin L, Reisner SL, Tangpricha V et al (2016) Prevalence of transgender depends on the “case” definition: a systematic review. *J Sex Med* 13:613–626
6. Dhejne C, Van Vlerken R, Heylens G et al (2016) Mental health and gender dysphoria: a review of the literature. *Int Rev Psychiatry* 28:44–57
7. European Union Agency for Fundamental Rights (2014) Being trans in the European Union. Comparative analysis of EU LGBT survey data. Publications Office of the European Union, Luxembourg
8. Grant JM, Mottet LA, Tanis J et al (2011) Injustice at every turn: a report of the national transgender discrimination survey. National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force, Washington, DC
9. GÜldenring A-K (2015) A critical view of transgender health care in Germany: psychopathologizing genderidentity – symptom of ‘disordered’ psychiatric/psychological diagnostics? *Int Rev Psychiatry* 27:427–434
10. Günther M (2015) Psychotherapeutische und beratende Arbeit mit Trans* Menschen: Erfahrung,

Haltung, Hoffnung. *Verhaltensther Psychosoz Prax* 47:113–124

11. Hamm JA, Sauer AT (2014) Perspektivenwechsel: Vorschläge für eine menschenrechts- und bedürfnisorientierte Trans*-Gesundheitsversorgung. *Z Sexualforsch* 27:4–30
12. Haraldsen IR, Dahl AA (2000) Symptom profiles of gender dysphoric patients of transsexual type compared to patients with personality disorders and healthy adults. *Acta Psychiatr Scand* 102:276–281
13. Hendricks ML, Testa RJ (2012) A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: an adaptation of the minority stress model. *Prof Psychol Res Pr* 43:460
14. Heylens G, Elaut E, Kreukels BP et al (2014) Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries. *Br J Psychiatry* 204:151–156
15. Heylens G, Verroken C, De Cock S et al (2014) Effects of different steps in gender reassignment therapy on psychopathology: a prospective study of persons with a gender identity disorder. *J Sex Med* 11:119–126
16. Hirschauer S (1993) Die soziale Konstruktion der Transsexualität. Suhrkamp, Frankfurt a.M.
17. Hoshiai M, Matsumoto Y, Sato T et al (2010) Psychiatric comorbidity among patients with gender identity disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 64:514–519
18. Klein V, Brunner F, Nieder TO et al (2015) Diagnoseleitlinien sexueller Störungen in der International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)-11: Dokumentation des Revisionsprozesses. *Z Sexualforsch* 28:363–373
19. Kuyper L, Wijzen C (2014) Gender identities and gender dysphoria in the Netherlands. *Arch Sex Behav* 43:377–385
20. Loos FK, Köhler A, Eyssel J et al (2016) Subjektive Indikatoren des Behandlungserfolges und Diskriminierungserfahrungen in der trans* Gesundheitsversorgung. Qualitative Ergebnisse einer Online-Befragung. *Z Sexualforsch* 29:205–223
21. Nieder TO, Strauß B (2014) Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung bei Geschlechtsdysphorie. Stand der aktuellen Entwicklungen. *Z Sexualforsch* 27:59–76
22. Nieder TO, Strauss B (2015) Transgender health care in Germany: participatory approaches and the development of a guideline. *Int Rev Psychiatry* 27:416–426
23. Pohlen M, Bautz-Holzmann M (2001) Eine andere Psychodynamik. Hans Huber, Bern
24. Reisner SL, Poteat T, Keatley J et al (2016) Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet* 388:412–436
25. Ruppim U, Pfäfflin F (2015) Long-term follow-up of adults with gender identity disorder. *Arch Sex Behav* 44:1321–1329
26. Stryker S, Whittle S (Hrsg) (2006) The transgender Studies Reader. Routledge, New York
27. Van Caenegem E, Wierckx K, Elaut E et al (2015) Prevalence of gender nonconformity in Flanders, Belgium. *Arch Sex Behav* 44:1281–1287
28. Wilchins R (2004) Queer theory, gender theory: an instant primer. Alyson Books, Los Angeles
29. World Medical Association (2015) WMA statement on transgender people. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/t13/>. Zugegriffen: 04.03.2017
30. Zucker KJ, Lawrence AA, Kreukels BP (2016) Gender dysphoria in adults. *Annu Rev Clin Psychol* 12:217–247

Medizinische Gutachter sind sich bei Arbeitsunfähigkeit oft uneinig

Unabhängige medizinische Gutachten werden häufig in Auftrag gegeben, um Invaliditätsansprüche zu beurteilen. Doch oft sind Ärzte, die dieselben Patienten begutachten, in puncto Arbeitsunfähigkeit unterschiedlicher Meinung.

Abhilfe schaffen können standardisierte Verfahren, wie eine Studie der Universität Basel zeigt. Die Resultate des internationalen Teams aus der Schweiz, den Niederlanden und Kanada beruhen auf einer systematischen Überprüfung von 23 Studien, die von Wissenschaftlern und Versicherungen in zwölf Ländern durchgeführt wurden. Die früheren Untersuchungen hatten analysiert, wie groß die Übereinstimmung unter Gesundheitsfachleuten ist, wenn es galt, die Arbeitsfähigkeit von Patienten zu beurteilen, die einen Invaliditätsanspruch geltend machten. Weltweit wird rund die Hälfte aller Invaliditätsansprüche aufgrund unabhängiger medizinischer Gutachten abgelehnt. Diese Ergebnisse sind beunruhigend, weil Patienten eine valide Einschätzung benötigen – einerseits, um zu vermeiden, dass es bei Erwerbsersatzleistungen zu Verzögerungen kommt, und andererseits, um durch eine angemessene Betreuung eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit zu verhindern, betonen die Wissenschaftler. Deshalb sollten dringend Instrumente und strukturierte Ansätze entwickelt und erprobt werden, welche die Bewertung der Arbeitsunfähigkeit verbessern. Im Rahmen einer vom Schweizerischen Nationalfonds, dem Bundesamt für Sozialversicherungen und der Schweizerischen Unfallversicherung Suva finanzierten Studie hat das Forscherteam eigenen Angaben zufolge für Menschen mit psychischen Beschwerden eine neue Methodik – die funktionsorientierte Begutachtung – entwickelt und ausgetestet.

Literatur:

BMJ (2017) doi: 10.1136/bmj.j14

Quelle: Universität Basel, www.unibas.ch