

## 7.2 Diagnostik

Als Instrument im Prozess der Gesundheitsversorgung muss sich auch jeder diagnostische Prozess daran messen lassen, ob er den medizinethischen Prinzipien Benefizienz, Schadensvermeidung, Selbstbestimmung, Wahrhaftigkeit, Vertraulichkeit und Gerechtigkeit begründbar entsprechen kann (Beauchamp/Childress 2013, Wolf 2013). Das sorgfältige Anhören dessen, was eine Behandlungssuchende Person von sich zeigen möchte, was sie erlebt und was sie erlebt hat, was sie denkt und fühlt, was sie belastet und was sie braucht, ist grundlegend für eine angemessene Gestaltung des diagnostischen Prozesses. Über die anschließende Diagnosestellung wird dann versucht, das Leiden der Person so zu kategorisieren, dass dabei das Leiden im Gesundheitssystem kommunizierbar wird. Eine Diagnose ermöglicht den Behandelnden das Ableiten von Handlungsschritten mit dem Ziel, der behandlingssuchenden Person mit medizinischen und/oder psychotherapeutischen Mitteln bei der Verbesserung oder Heilung einer „Krankheit“ oder „psychischen Störung“ zu unterstützen. Ob die behandlingssuchende Person tatsächlich eine Behandlung der diagnostisch erfassten Beeinträchtigungen wünscht, ob ihr die Arbeit daran aktuell wichtig ist, ob sie die Ressourcen dazu hat und wen sie mit der Behandlung beauftragen möchte, muss zwischen behandelnder und behandlingssuchender Person im gesamten Prozess der Therapieplanung und -durchführung immer wieder verhandelt und geklärt werden (Clement 2016).

### 7.2.1 „Diagnostik“ der Trans\*geschlechtlichkeit

**BEISPIEL** – Eine 53-jährige Person mit männlichem Zuweisungsgeschlecht wendet sich an einen Psychotherapeuten, der auf seiner Homepage auch das Angebot von „Begleittherapie“ für trans\*geschlechtliche Menschen aufführt. Die Person berichtet, sie sei seit 20 Jahren verheiratet mit einer Frau. Die beiden hätten drei Kinder (12, 16 und 21 Jahre alt), arbeiteten beide als Verwaltungsangestellte in einer Firma und lebten in einer kleinen Gemeinde. Sie liebe ihre Frau, nur hätten sich beide voneinander sexuell distanziert. Seit der späten Jugendzeit habe sie das Bedürfnis, sich als Frau zurechtzumachen. Sie habe vielfach versucht, dieses Bedürfnis zu unterdrücken. Außer einer Freundin wisse niemand davon, auch nicht ihre Ehefrau. Wenn sie in den Spiegel schaue und dabei Frauenkleidung trage, sähe sie eine Frau. Seit die Kinder unabhängiger geworden seien, habe sie mehr Zeit für sich und denke immer wieder darüber nach, wie es wäre, eine Frau zu sein. Sie habe große Angst davor, dass

das Verwirklichen ihrer Träume ihr bürgerliches Leben zerstören würde. Sie habe keine Kontakte zu trans\* Personen. Sie bittet den Psychotherapeuten mittels eines Tests festzustellen, ob sie wirklich transsexuell sei.

Vor dem Hintergrund eines entpathologisierenden Standpunktes und einer modernen Trans\*gesundheitsversorgung ist die Trans\*identität eine Selbstdefinition und -beschreibung. Eine Fremddiagnostik ist nicht valide möglich und es entsteht kein zusätzlicher Informationsgewinn.

Aufgrund der noch vorherrschenden Richtlinien in der Gesundheitsversorgung in Deutschland ist jedoch weiterhin eine Diagnosestellung im Rahmen der ICD-10 unter F64.0 notwendig, um geschlechtsangleichende Maßnahmen zu erhalten. Die formalen Bedingungen erfordern also eine entsprechende Diagnosestellung und damit Psychopathologisierung, auch wenn keine Störung im psychopathologischen Sinne vorliegt. Dieser Widerspruch sollte den Behandlungssuchenden im Rahmen der ersten Sitzungen deutlich aufgezeigt werden, um einen transparenten Umgang damit zu finden.

Die erlebte Diskrepanz zwischen Identitätsgeschlecht und bei der Geburt zugewiesenem Geschlecht lässt sich in der Regel innerhalb einer Sitzung, jedoch maximal nach vier probatorischen Sitzungen feststellen. Hierzu sind keine testpsychologischen Verfahren notwendig und sinnvoll. Zum einen gibt es keine wissenschaftlich fundierten Testverfahren, die Geschlechtsinkongruenz/-dysphorie/Trans\*identität nach testtheoretischen Ansprüchen valide, objektiv und reliabel abbilden, zum anderen existieren keine Vergleichs- und Normgruppen für trans\* Personen.

Im therapeutischen Aufklärungsgespräch können Behandler\_innen diese Haltung zum Beispiel folgendermaßen gegenüber einer behandlingssuchenden trans\* Person ausdrücken:

TIPP

„Im Moment befinden wir uns in dem Dilemma, dass die Richtlinien des Medizinischen Dienstes noch verlangen, dass ich Ihnen nach dem diagnostischen System der Internationalen Klassifikation der Erkrankungen die Diagnose F64.0 gebe, damit Sie Zugang zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen bekommen. Die Problematik dieser Diagnose liegt darin, dass sie eine psychische Störung beschreibt und Ihre Trans\*geschlechtlichkeit damit pathologisiert. Dies entspricht jedoch nicht meiner Überzeugung und auch nicht der Fachmeinung des Weltärztebundes. Wenn Sie jedoch eine körpermodifizierende Hormontherapie und/oder körpermodifizierende Operationen oder eine Epilation benötigen, würde ich Ihnen dennoch die Diagnose stellen, um Ihnen den Weg dorthin möglich zu machen.“

Ich werde mit Ihnen auch keine psychologischen Tests durchführen, um ihre Trans\*geschlechtlichkeit von außen abzuklären, da Trans\*geschlechtlichkeit nicht durch ein Testverfahren gemessen werden kann, sondern nur Ihrer Innensicht und Selbstwahrnehmung zugänglich ist wie jede andere Form der Geschlechtsidentität, aber wenn Sie möchten, gebe ich Ihnen gern Informationen über trans\*geschlechtliche Lebenswelten. Was meinen Sie dazu?“

Die Diagnosestellung einer F64.0 nach der ICD-10 ist an ein gewisses Ausmaß an Leidensdruck geknüpft, zum Beispiel das Vorliegen von klinisch relevantem Leiden und/oder Funktionsstörungen durch die Geschlechtsdysphorie. Auch hier ist auf ein Dilemma hinzuweisen: Viele trans\* Personen beschreiben ein großes Leiden in der Zeit vor dem Coming-out. Häufig ist mit dem Coming-out sowie möglichen Schritten einer Transition – sowohl die zeitnahe Aussicht darauf als auch deren Umsetzung – tatsächlich eine Entlastung und Verbesserung des Befindens festzustellen. Kann die behandlungssuchende Person dies innerhalb eines trans\*respektvoll gestalteten Behandlungsprozess mitteilen, können beide Seiten die Entwicklung als Hinweis darauf einordnen, dass sich der eingeschlagene Weg als sinnvoll und hilfreich für die behandlungssuchende Person erweist. In der trans\*negativen Logik der MDS-Richtlinien (MDS 2009) wird jedoch die Kostenübernahme für die Durchführung geschlechtsangleichender Maßnahmen eng mit einem Leidensdruck verknüpft, so dass innerhalb dieses Referenzsystems die absurde Situation entstehen kann, dass eine Abnahme des Leidens im Transitionsprozess die Kostenübernahme für weitere indizierte körpermodifizierende Maßnahmen gefährden kann. Aus dieser Zwickmühle können sich einerseits stereotype Symptomschilderungen von Behandlungssuchenden etablieren, um den antizipierten Erwartungen einer Diagnosestellung zu entsprechen (Nieder/Richter-Appelt 2011), andererseits eine „krankheits“-fokussierte Leidensdarstellung als Rechtfertigung und „Garantie“ für die Bewilligung geschlechtsangleichender Maßnahmen ergeben (Güldenring 2016). Nichtsdestotrotz kann für viele der Prozess des Coming-outs und/oder der Transition mit schmerzhaften Veränderungen (Verlust von Familie, Konflikte im beruflichen Kontext etc.) einhergehen, die als psychosoziale Belastungsfaktoren zum Leidensdruck führen können.