



# **Drei Jahre Altdorfer Empfehlungen – eine Bilanz**

**Printversion eines Vortrags  
gehalten vor der Trans-Fachgruppe  
im Universitätsspital Zürich  
17. März 2014**

Autor: Dr. med. univ. Dr. phil. Horst-Jörg Haupt  
Institution: Verein trans-evidence (Herausgeber und Verleger)  
Adresse: Postfach 6  
CH-6442 Gersau SZ

## Inhaltsverzeichnis

<b>1 Die Vorgeschichte der Altdorfer Empfehlungen</b>	<b>4</b>
<b>2 Die damaligen Ausgangsprobleme</b>	<b>7</b>
<b>3 Die Altdorfer Empfehlungen</b>	<b>8</b>
3.1 Theoretischer Background . . . . .	8
3.2 Risiken bei Transsexualität . . . . .	11
3.3 Begleitung, Betreuung und Therapie . . . . .	14
<b>4 Weiterentwicklungen seit Veröffentlichung der Altdorfer Empfehlungen</b>	<b>17</b>
4.1 Hirngeschlechtsvarianten – Abschied von „Trans“ und „Gender“ . . . . .	17
4.2 Transsexualität als physiologische Normvariante – Abschied vom Identitätskonstrukt . . . . .	18
4.3 Aufbruch zu neuen Ufern . . . . .	19

Der nachfolgende Text gibt die Inhalte des Vortrags vor der Fachgruppe wieder. Beim Vortrag stand nur begrenzt Zeit zur Verfügung. Daher wurden an den Stellen, die den Zuhörern damals Verständnisprobleme bereiteten, in der nun vorliegenden Printversion zusätzliche Erläuterungen beigefügt. Auch die Gliederung wurde verändert, um die Verständlichkeit zu optimieren.

## 1 Die Vorgeschichte der Altdorfer Empfehlungen

Zunächst möchte ich Ihnen – zur Einstimmung – ein Zitat aus einem Literatur-Klassiker vorlesen:

*„Als Gregor Samsa eines Morgens aus unruhigen Träumen erwachte, fand er sich in seinem Bett zu einem ungeheueren Ungeziefer verwandelt. Er lag auf seinem panzerartig harten Rücken und sah, wenn er den Kopf ein wenig hob, seinen gewölbten, braunen, von bogenförmigen Versteifungen geteilten Bauch, auf dessen Höhe sich die Bettdecke, zum gänzlichen Niedergleiten bereit, kaum noch erhalten konnte. Seine vielen, im Vergleich zu seinem sonstigen Umfang kläglich dünnen Beine flimmerten ihm hilflos vor den Augen. 'Was ist mit mir geschehen?’, dachte er. Es war kein Traum.“*

Im Jahr 2010 ergab sich für den Sozialpsychiatrischen Dienst des Kantons Uri die Notwendigkeit, die psychiatrische Betreuung/Begleitung transsexueller Menschen kantonal und ausserkantonale grundsätzlich zu reflektieren. Da ein grosses Unbehagen angesichts der vielerorts praktizierten Vorgehensweisen bestand (sowohl aus fachlicher Sicht als auch wegen mangelnder Menschenrechtskonformität), wurde damals beschlossen, dass ich in Kooperation mit externen Fachleuten und einschlägigen Menschenrechtsorganisationen versuche, Guidelines zu erstellen, die uns als praktische Orientierungsgrundlage gelten sollten.

Da – das wusste ich aus vorgängigen Lektüren – der medizinische Umgang mit „Trans“ auf wenig bis gar keine Evidenz verweisen kann (auch wenn im Rahmen von sog. „Standards“ so getan wird, als gebe es beim Transthema evidenzbasierte Erkenntnisse) und die bisher vorhandenen Standards eher als „Richtlinien“ daher kamen, die vor transphoben Ritualen nur so strotzten, richtete ich den Fokus eher auf eben diese transphoben Hintergründe und das Konzept einer pragmatischen „Excellent Practice“. Hilfreich waren dabei vor allem drei Werke von Michel Foucault, nämlich *„Die Geburt der Klinik“*, *„Überwachen und Strafen“* sowie *„Wahnsinn und Gesellschaft“*. Dass die von Foucault in diesen Werken fokussierten diskursiven Strukturen beim Transthema höchst lebendig waren und sind, sei anhand folgender drei Zitate aus der Trans-„Fach“-Literatur eindrücklich demonstriert.

Zunächst ein Zitat des Nestors der deutschen Sexologie, nämlich Volkmar Sigusch. Dieser hatte als „Trans-Experte“ in den 1970er Jahren einen „Steckbrief“ ersonnen, der den kühlen, klinischen Blick auf transsexuelle Menschen erleichtern sollte. Um der Skepsis vorzubeugen: Es handelt sich um keine Satire, das war tatsächlich so.

Nun O-Ton Sigusch:

*„Im ärztlichen Gespräch wirken Transsexuelle kühl-distanziert und affektlos, starr, untangierbar und kompromisslos, egozentrisch, demonstrativ und nötigend, dranghaft besessen und eingeengt, merkwürdig uniform, normiert, durchtypisiert ... Introspektions- und Übertragungsfähigkeit fehlen weitgehend ... Trotz oft unablässiger Schilderungen des Leidensweges drückt der Patient kaum Affekte aus. Bei oft gesten- und floskelreicher Redseligkeit wirkt der*

*Patient stereotyp, monoton, fassadenhaft ... Die zwischenmenschlichen Beziehungen Transsexueller sind stark gestört, weil ihnen Einfühlungsvermögen und Bindungsfähigkeit weitgehend fehlen ... Alle Transsexuellen weisen eine Tendenz zum psychotischen Zusammenbruch unter Stress, in Krisensituationen auf.“*

Naja, ich höre schon die Einwände: Das war vor 40 Jahren. Und inzwischen hat Herr Sigusch auch anderes ...

Gut, dann eben eine aktuellere Entgleisung. Die Autoren des Wörterbuchs der Psychoanalyse haben 2004 Transsexualität wie folgt erklärt:

*„Allein die Transsexualität bringt das Individuum dazu, seine eigentliche Identität durch eine chirurgische Operation seines ursprünglichen Geschlechts in eine künstliche des anderen Geschlechts verändern zu wollen. So ist z.B der männliche Transsexuelle überzeugt eine Frau zu sein, obwohl er anatomisch ein Mann ist ... Nichtsdestotrotz behält die Freudsche Theorie einer einheitlichen Libido und des Phallogozentrismus ihre Gültigkeit, da die Fälle weiblicher Transsexualität zeigen, dass Frauen die Geschlechtsumwandlung besser vertragen als Männer. Die weibliche Transsexualität scheint durch eine hysterische oder perverse Identitätsstörung verursacht zu werden, mit der jede Frau ihren 'männlichen Protest' ausdrückt. Die männliche Transsexualität bezeugt vor allem den Wunsch nach Entmannung, den man als ein Zunichtemachen deuten kann, mit dem die Weiblichkeit verspottet wird. Dies mag auch die Fetischisierung wichtiger Symbole des Geschlechtsunterschiedes bei geschlechtsumgewandelten Männern erklären, also Paradeuniform und Schuhe, Perücken, übertriebenes Schminken usw.“*

Ja, aber: es gibt doch inzwischen deutliche Fortschritte. Zum Beispiel hat die WPATH 2011 fortschrittliche Standards (SoC 7) veröffentlicht und immerhin den schikanösen Alltagstest abgeschafft. Derartige Mythen werden landauf landab auch auf manchen Webseiten von Transorganisationen verbreitet.

Die bittere Realität:

***“Begründung für das Kriterium präoperativ für die Dauer von 12 Monaten kontinuierlich in einer Geschlechtsrolle zu leben, die im Einklang mit der Geschlechtsidentität steht.***

*Das oben beschriebene Kriterium für einige Arten der genitalchirurgischen Interventionen, nämlich die Verpflichtung zwölf Monate ohne Unterbrechung in einer Geschlechtsrolle zu leben, die mit der Geschlechtsidentität übereinstimmt, basiert auf einem klinischen Expertenkonsens. Den Patienten sollen sich ausreichend Gelegenheiten bieten, Erfahrungen in der gewünschten Geschlechtsrolle zu sammeln und sich sozial anzupassen, bevor sie sich einer unumkehrbaren Operation unterziehen. Wie in Absatz VII beschrieben, stellen die sozialen Aspekte einer Veränderung der Geschlechtsrolle häufig eine Herausforderung dar – oft eine größere als die körperlichen Veränderungen.*

*Die Geschlechtsrolle zu wechseln, kann tief gehende persönliche und soziale Konsequenzen nach sich ziehen. Damit die Menschen später erfolgreich mit ihrer Geschlechtsrolle zu recht kommen, sollte die Entscheidung dazu das Wissen beinhalten, welche familiären, zwischenmenschlichen, schulischen, beruflichen, wirtschaftlichen und rechtlichen Herausforderungen möglicherweise auf sie zukommen können. Die Unterstützung von qualifizierten Fachkräften für psychische Gesundheit und Gleichgesinnten kann von hohem Wert sein und eine erfolgreiche Anpassung an die Geschlechtsrolle ermöglichen (Bockting, 2008).*

*Die Dauer von zwölf Monaten erlaubt eine Reihe verschiedener Lebenserfahrungen und Erlebnisse, die sich im Laufe des Jahres zutragen können (z. B. Familienfeiern, Urlaub, Ferien, saisonal-spezifische Arbeit oder Erfahrungen im Schulalltag). Im Verlauf dieses Zeitraumes sollten sich die Patienten kontinuierlich, d.h. jeden Tag und über alle Lebensbereiche hinweg, in ihrer gewünschten Geschlechtsrolle zeigen. Dies beinhaltet das Coming-Out gegenüber Partnern, der Familie, Freunden und anderen Menschen im sozialen Umfeld (z.B. in der Schule, bei der Arbeit und in weiteren Bereichen). Das Gesundheitspersonal sollte die Erfahrungen der Patienten in ihrer Geschlechtsrolle ausführlich dokumentieren, einschließlich des Datums, wann jene, die sich auf eine Genitaloperation vorbereiten, dauerhaft mit dem Leben in der angestrebten Geschlechtsrolle begonnen haben. **Falls erforderlich, kann das Gesundheitspersonal unter Umständen einen Nachweis fordern, dass das Kriterium erfüllt wurde. Z.B. kann eine Person gefragt werden, die im Kontakt mit dem Patienten gestanden und den Geschlechtsrollenwechsel erlebt hat, oder, falls nötig, kann ein Dokument mit dem rechtsgültigen Namen oder der veränderten Geschlechtsangabe angefordert werden.***

Ach ja, was wären wir ohne unsere Legenden. Wir wollten es in den Altdorfer Empfehlungen jedenfalls anders machen. Insbesondere folgende Fragen sollten nüchtern, rational und realistisch – ohne ideologischen Ballast – geklärt werden:

- Stehen bei der medizinischen Betreuung wirklich vor allem die Bedürfnisse transsexueller Menschen im Mittelpunkt?
- Gibt es tatsächlich Menschenrechtsverletzungen bei der medizinischen Betreuung transsexueller Menschen?
- Muss man „Trans“ wirklich pathologisieren, damit Krankenkassen in diesem Zusammenhang Leistungen finanzieren?
- Wie gut sind Massnahmen wie der Alltagstest bezüglich ihres Nutzens wirklich durch exzellente Studien belegt?
- Gibt es genug Evidenz für Standards a la WPATH?

- Warum müssen transsexuelle Menschen Begutachtungsrituale über sich ergehen lassen? Ist das notwendig?
- Welche Rolle spielt der Konsens sog. Experten?

Ich habe ca. 1 Jahr an diesem Projekt gearbeitet; im Oktober 2011 konnten die Empfehlungen veröffentlicht werden. Seither haben die Altdorfer Empfehlungen auf die fachlichen Diskussionen im deutschsprachigen Raum einen beträchtlichen Einfluss ausgeübt. Ich möchte Ihnen jetzt einen kurzen Überblick zu den Inhalten der Altdorfer Empfehlungen geben und dann darstellen, welche zusätzlichen Erfahrungen und Sichtweisen aus heutiger Sicht zu ergänzen sind.

## **2 Die damaligen Ausgangsprobleme**

Speziell in der Schweiz schien es ratsam, für die kantonale Versorgung ein Konzept zu erstellen, denn:

1. In der Schweiz gab und gibt es keine gesetzlichen Regelungen.
2. Für die Behandlung transsexueller Menschen gab es keine Guidelines.
3. Ein massgebliches, die Schweizer Behandlungspraxis transsexueller Menschen bestimmendes Bundesgerichtsurteil, war aufgrund eines Urteils des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte aufgehoben worden.
4. Seitens des Europarats, insbesondere des Europäischen Kommissars für Menschenrechte, war die in den Ländern des Europarats (also auch in der Schweiz) übliche Praxis bei der Behandlung transsexueller Menschen als in wesentlichen Aspekten menschenrechtsverletzend eingestuft worden.
5. Das Europa-Parlament verurteilte aufs Schärfste die Tatsache, dass Transsexualität von manchen Staaten, auch in der EU, noch immer als psychische Krankheit angesehen wurde und wird und forderte diese Staaten auf, dem ein Ende zu bereiten.
6. Das Europa-Parlament forderte die Weltgesundheitsorganisation auf, Störungen der Geschlechtsidentität von der Liste der psychischen und Verhaltensstörungen zu streichen und in den Verhandlungen über die 11. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-11) eine nicht pathologisierende Neueinstufung sicherzustellen. Daher konnte auch nicht einfach auf vorhandene Standards zurückgegriffen werden, denn diese basierten immer (zumindest implizit) auf einem Grundverständnis von Transsexualität als psychischer Störung.

Ein weiteres Problem war und ist die Tatsache, dass Definition und Klassifikation von Transsexualität sowie die in diesem Zusammenhang üblichen Interventionen nicht evidenzbasiert waren/sind. Es gab/gibt lediglich „Expertenmeinungen“. Diese Expertenmeinungen wurden und werden von Trans-Menschenrechtsorganisationen sehr kritisch

gesehen, da hier – so die Kritik – meist Transphobie mitschwingt und die Menschenrechte mit Füßen getreten würden. Daraus ergab sich die Forderung, Empfehlungen zu erstellen, die

1. menschenrechtskonform sein sollten und
2. den medizinischen State of the Art repräsentieren sollten, um eine exzellente Betreuung und Begleitung zu gewährleisten.

Dabei war es wichtig, basierend auf eigenen Fallvignetten und den Erfahrungen der kooperierenden Trans-Menschenrechtsorganisationen, Pionierarbeit zu leisten, um die beschriebenen Mängel zu überwinden.

### 3 Die Altdorfer Empfehlungen

#### 3.1 Theoretischer Background

Die wesentlichen Konzepte und Prinzipien, auf welchen die Altdorfer Empfehlungen aufbauen, sind

1. die Yogyakarta-Prinzipien
2. ein Neurowissenschaftliches Grundverständnis von Transsexualität
3. die Prinzipien der Deklaration von Alma Ata und der Ottawa-Charta und
4. das Engagement gegen Transphobie.

2007 wurden durch eine Gruppe renommierter ExpertInnen für Menschenrechte die „**Yogyakarta-Prinzipien** zur Anwendung der Menschenrechte in Bezug auf die sexuelle Orientierung und geschlechtliche Identität“ formuliert und publiziert, um internationale Standards bezogen auf sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität zu fördern. Als sehr tiefgreifend ist das Prinzip Nr.18 „*Recht auf Schutz vor medizinischer Misshandlung*“ anzusehen. Es besagt klar und eindeutig:

1. Niemand darf aufgrund seiner Transsexualität gezwungen werden, sich irgendeiner Form von medizinischer oder psychologischer Behandlungen oder Massnahmen zu unterziehen.
2. Entgegen anderslautenden Beurteilungen sind die sexuelle Orientierung und die geschlechtliche Identität an und für sich keine Erkrankungen und sollen daher nicht behandelt, geheilt oder unterdrückt werden.

Damit ist unmissverständlich dargelegt, dass Transsexualität weder als Störung noch als Krankheit anzusehen ist. Transsexualität ist nicht zu behandeln oder wegzuthera-pieren. Konzepte, nach denen Transsexualität eine Geschlechtsidentitätsstörung oder Verhaltens- bzw. Geistesstörung darstellt, stehen in diametralem Widerspruch zum Yogyakarta-Prinzip Nr. 18. Zum neurowissenschaftlichen Verständnis von Transsexualität nur



kurz: Udo Rauchfleischs Auffassung, wonach man sich vom Pathologiekonzept des „Transsexualismus“ distanzieren und man Transsexualität als Normvariante ansehen sollte, deckt sich mit der Grundauffassung der **Neurowissenschaften**. Seitens der Neurowissenschaften werden zunehmend Studienergebnisse und Befunde vorgelegt, die belegen bzw. darauf hinweisen, dass Transsexualität als eine biologisch fundierte Variation des Gehirns angesehen werden muss, d.h. als eine (a priori gesunde) Normvariante: Es gibt seriöse Hinweise, dass (neuro)genetische, epigenetische, (neuro)hormonelle und (neuro)anatomische angeborene Besonderheiten des Gehirns die Basis von Transsexualität darstellen. Bestimmte, besondere Hirnstrukturen und -funktionen sind biologische Grundlage eines angeborenen Geschlechtsbewusstseins, in diesem Fall (Transsexualität) kontrastierend zu anderen biologischen Geschlechtsaspekten (gonadal, chromosomal etc.) des biologischen Individuums. Insofern ist es folgerichtig, wenn Diamond Transsexualität als besondere, gehirnbasierte Form der Intersexualität ansieht. Dabei ist wesentlich, dass transsexuelle Menschen sich der Diskrepanz zwischen Hirngeschlecht und anderen biologischen Aspekten des Geschlechtskörpers schmerzlich bewusst sind. Und sich dadurch eine medizinisch-psychologische Problemstellung ergeben kann. Dieser Schmerz allerdings ist ebenso normal und nachvollziehbar, also keine Pathologie. Die Klient\_innen formulieren es häufig so:

*„Muss sich die Seele denn immer dem Körper anpassen oder kann sich mein Körper nicht auch meiner Seele anpassen? ... im Endeffekt ist es eine grosse Befreiung – für mich war es wie ein Heimkommen in meinen eigenen, jetzigen Körper.“*

Ein weiteres Fundament ist die Orientierung der Altdorfer Empfehlungen an den Prinzipien der **Deklaration von Alma Ata** und der **Ottawa-Charta**. In diesen WHO-Grundsatzpapieren wird die Bedeutung von Gesundheit und Gesundheitsförderung deklariert. Wenn Experten wie Udo Rauchfleisch bzw. Neurowissenschaftler wie Dick Swaab oder Biologen wie Mickey Diamond mit ihrer Normvariantenthese richtig liegen, Transsexualität also keine Störung darstellt, sondern eine an sich gesunde Normvariante (ähnlich wie die sog. „Homosexualität“), dann kommt es im Umgang mit dem Phänomen Transsexualität auch nicht auf Heilung von derselben an, sondern auf die Förderung der Gesundheitspotenziale von transsexuellen Menschen. Es geht also nicht um Umpolung oder Entwicklung, sondern um die Ermöglichung und Entfaltung eines gesunden, wohlfindlichen Lebens auf transsexueller Ausgangsbasis. Kurz gefasst: Dann geht es um Gesundheitsförderung durch gesunde, freie Entfaltung der eigenen Transsexualität bezüglich Körper, Psyche und sozialen Bezügen/Beziehungen. Und zwar um eine den gesamten Alltag und die Lebenswelt einschliessende umfassende somatopsychische Gesundheitsförderung, bis hin zum gemeinsamen Engagement von begleitenden/betreuenden Professionalisten und transsexuellen Menschen für Trans-Menschenrechte, gegen Transphobie und für Trans-Gesundheit in gesellschaftlichem Massstab. Das bedeutet z.B. bei der Begleitung/Betreuung transsexueller Menschen, dass die Begleitung vor allem anderen auf Empowerment abzielt (Stichworte: „Trans-Power“ und „Trans-Pride“), fokussiert also die grundsätzliche Bedeutung von Ermutigung.

Nun zur gesellschaftlichen Schattenseite von Transsexualität – der **Transphobie**. Aus dem eben skizzierten Gesundheitsförderungsansatz folgt, dass gesellschaftliche Unterdrückung und Trans-Feindlichkeit aktiv und klar benannt, also eben nicht verdrängt und bagatellisiert werden dürfen. In der Betreuung und Begleitung transsexueller Menschen ist sie stets explizit oder latent präsent und stellt eine wesentliche Behinderungsbedingung für einen gesunden Entfaltungsprozess dar. Die Altdorfer Empfehlungen stützen sich hier auf die Analysen deutscher Trans-Menschenrechtsaktivisten. Transphobie meint gesellschaftliche Phänomene wie

- körperliche Gewalthandlungen
- Doppeldiskriminierung (vor allem transsexuelle Frauen leiden häufig auch unter Homophobie)
- Institutionalisierte Transphobie: In Gesellschaften und Kulturen mit streng-rigiden binären Mann-Frau-Dualitäts-Diskursen sind institutionalisierte Diskriminierungen von transsexuellen Menschen häufig anzutreffen. Durch juristische Regelungen und medizinische Prozeduren wird systematisch die Geschlechtervielfalt beschränkt
- indirekte Transphobie ist besonders in der Alltags- und medialen Kommunikation anzutreffen. Es sind herabsetzende Redeweisen z.B. von „Frauen, die mal Männer waren“, Redeweisen von „umgebauten“ Männern, von „Männern, die sich als Frauen fühlen“ oder Reden à la „früher als 'sie' noch ein 'er' war“, die viele transsexuelle Menschen seelisch leiden lassen
- Zu den indirekt transphobischen Manifestationsformen sind auch bestimmte medizinische Prozeduren, Praktiken und Denk- und Redeweisen zu zählen. Dazu gehören:
  - die Überzeugung Transsexualität sei eine (psychische) Krankheit, Störung oder ein Syndrom, daher seien transsexuelle Menschen wegen der transsexuellen Störung psychiatrisch zu behandeln
  - wobei sich angesichts der evidenten „Unheilbarkeit“ Resignation und Bedauern mischen, die ein strenges diagnostisch-medizinisches Ausleseverfahren zur Identifizierung der „wahren“ Transsexuellen erzwingt
  - zu dem System der harten Selektion und Bewährungsproben gehören auch Alltagstests (ohne Hormonbehandlung und Epilation)
  - abschätzige und entwertende Redeweisen von GesundheitsarbeiterInnen über einzelne transsexuelle Menschen (Anrede von transsexuellen Frauen mit „Herr“ und Rede über „sie“ als „er“)
  - sexuelle Belästigungen im Rahmen von Handlungsvollzügen, die als „Untersuchungen“ getarnt werden.

Auch BetreuerInnen/TherapeutInnen sollten sich mit den Erscheinungsformen der Transphobie (selbst)kritisch auseinandersetzen und gemeinsam mit Menschenrechtsak-

tivistInnen aktiv, engagiert und konsequent dagegen angehen. Dazu gehört auch, in Gesundheitseinrichtungen und Kompetenznetzwerken einen strengen Antidiskriminierungskodex zu beschliessen sowie dessen Einhaltung konsequent und kontinuierlich durchzusetzen und auch zu monitoren.

### 3.2 Risiken bei Transsexualität

Transsexuelle Menschen müssen sich eventuell mit drei medizinisch relevanten Problemen auseinandersetzen:

1. Transsexualität kann, da die eigene Körperdiskrepanz individuell mitunter sehr schmerzlich erlebt wird, körperliche Angleichung und Anpassung der alltäglichen Lebensweise ans Hirngeschlecht erfordern
2. Es bestehen wegen der gesellschaftlichen Transsexuellenfeindlichkeit – sprich Transphobie – erhebliche Risiken, dass dieser Angleichungsprozess behindert oder gar verunmöglicht wird: aus diesen Erschwernissen können zusätzliche psychische Beanspruchungen resultieren – bis hin zu reaktiven manifesten psychischen Problemen
3. Die Angleichungsschwierigkeiten werden potenziert, wenn tatsächlich – unabhängig von der Transsexualität – eine psychische Problematik vorliegt. Also eine echte psychische Morbidität.

Zu allen drei Problemfeldern existieren zwar Erfahrungen, aber kaum evidenzbasierte Erkenntnisse. Als Begründung für den eher bescheidenen Forschungsstand („bescheiden“ bzgl. Interventionen/Therapie) wird meist angeführt, dass es sich um ein seltenes Phänomen handle und daher keine Studien mit ausreichend grossen Stichproben zustande kämen. Jeder, der sich mit evidenzbasierter Medizin beschäftigt, kann bei solchen Argumenten nur staunen. Abgesehen davon, dass auch die angebliche „Seltenheit“ von Trans wissenschaftlich nicht sonderlich gut belegt ist: Evidenzbasierte Erkenntnisse erhält man nicht nur durch Studien mit grossen Stichproben. Man kann auch den Weg der statistischen Einzelfallanalyse gehen, es gibt zudem Konzepte wie qualitative Evidenz, die aus „n=1“-Fallstudien resultiert. Und es geht (auch und gerade bei Cochrane) immer um die **höchstmögliche** Evidenz (Sackett). Man kann resümieren: Wir wissen in jedem Fall genug

- über die (möglichen) Leiden transsexueller Menschen
- über die Risiken der Angleichung und
- über die Schwierigkeiten, wenn zusätzliche psychische Erkrankungen bestehen

um gesundheitsförderlich begleiten/betreuen zu können. Es reicht aber bei weitem nicht, um „Standards“ der Begleitung zu definieren.

Ebenso, wie das Wissen einfach nicht ausreicht, um Standards zu formulieren, ist es schwierig allgemein „Phasen“, etwa eines sog. transsexuellen Entwicklungswegs, zu bestimmen.

Entwicklung ist sowieso ein unzutreffender Begriff: Es ist eher ratsam von einem Entfaltungsmodell auszugehen; Entwicklung könnte dahin gehend missverstanden werden, dass entsprechend dem veralteten Paradigma von John Money „transsexuelle Entwicklung“ nach der Geburt auf der Basis eines zunächst noch „unbeschriebenen Blatts“ stattfindet. Besser formuliert man so: Auf der essenziellen biologischen Basis entfaltet sich das subjektive Bewusstsein der je eigenen Transsexualität. Und auch dieser Entfaltungsprozess basiert auf neurobiologischen Grundlagen.

Nun zu den „Phasen“: Wir sehen in unserem Alltag höchst unterschiedliche, sehr individuelle Verläufe (wie es die Vielfalt an Hirngeschlechtsvarianten auch nahelegt). Aufgrund dieser Individualität ist ein Phasenmodell nicht angemessen. „Phasen“ gelangen zum Abschluss, phasenhaften Verläufen haftet ein Schematismus und eine abstrakte Allgemeinheit an, die wir in der „Buntheit“ der Verläufe nicht zu erkennen vermögen. Wir erkennen eher wiederkehrende musterhafte Bedeutungen oder Themen, die subjektivphänomenal in den Vorder- oder Hintergrund treten können, aber nie abgeschlossen sind bzw. werden. Daher wird in den Altdorfer Empfehlungen von den Dimensionen des Entfaltungsprozesses gesprochen – im Sinne von Mustern des sich entfaltenden geschlechtlichen Bewusstseins und der entsprechenden Handlungen bezogen auf die eigene Transsexualität.

Gestützt auf die Erfahrungen und Vorschläge vieler transsexueller Menschen werden in den Altdorfer Empfehlungen 5 **Dimensionen** des Entfaltungsprozesses unterschieden:

- Latenz
- Inting
- Outing
- Angleichung des Körpers und der Lebensweise
- Synthese.

Bestimmte Dimensionen weisen gewisse Affinitäten zu besonderen Risikokonstellationen auf.

**Latenz** meint jene Dimension des Entfaltungsprozesses, die das subjektive (noch) Verborgensein von Aspekten der eigenen Transsexualität charakterisiert: Dem Individuum sind Aspekte der eigenen Transsexualität nicht explizit bewusst. Typische Risiken sind z.B. strapaziöse, sich wiederholende, aber letztlich vergebliche und unbefriedigende Abwehrversuche, die in einen Teufelskreis münden, welcher letztlich zu Erschöpfung, Burnout und Depressionen führen kann.

Der Begriff **Inting** charakterisiert jene Aspekte des sich allmählich oder auch plötzlich manifestierenden Entfaltungsprozesses, die mit dem subjektiven Gewähr- und Gewisswerden bezüglich der körperbezogenen und psychischen Aspekte der eigenen Transsexualität in Zusammenhang stehen. Angesprochen sind hier primär innere, subjektive Prozesse der Bewusstwerdung des kognitiv-emotionalen-körperbezogenen Zugangs zur eigenen Transsexualität. Risiken sind kognitiv-emotionale Stagnation aufgrund von

Verdrängungs- und Abwehrprozessen, Umdeutungen, selbstfeindliche Abwehr von eigenen Gefühlen, Verinnerlichung von Transphobie usw., die in tiefgreifende Befindlichkeitskrisen münden können.

Zum Begriff des **Outing**: Selbstbewusstsein, also phänomenales Erleben in der Ich-Form („mir“, „mein“), ist untrennbar mit dem Bezogensein auf Andere verknüpft, Selbstbewusstsein konstituiert sich wesentlich in der Beziehung im „Ich und Du“ bzw. im „Wir“. Solange die Dimension des Inting dominiert, ist Innerlichkeit und kommunikative Abkapselung prägend (sieht man von der Teilhabe an anonymen Kommunikationshandlungen im Internet einmal ab). Outing ist der Prozess wachsender sozialer subjektiv befriedigender Teilhabe als transsexueller Mensch, der Folgendes verwirklicht: **Erst wenn ich als transsexueller Mensch so richtig dazugehöre, man mich selbstverständlich braucht, so wie ich die anderen ganz selbstverständlich brauche, die anderen mich verstehen, so wie ich sie verstehe, ich mich in anderen spiegeln darf, genauso wie ich Persönliches gespiegelt bekomme, die anderen mich wertschätzen, so wie ich es tue, dann darf ich als (transsexueller) Mensch aufblühen. Es geht um dieses sich als Mensch fühlen, Mensch sein zu dürfen mit menschlichen Bedürfnissen, Zielen, so wie alle, im Konzert mit allen gemeinsam. Dieses sich als Mensch mit anderen gemeinsam erleben, gemeinsame Ziele zu haben, mit anderen zusammen einen Beitrag zum Gesamten zu leisten, etwas für die Menschheit zu tun, macht die Essenz von guten persönlichen (subjektiven, wahrhaft menschlichen) Beziehungen aus. Risiken sind Ausgrenzungs-, Unterdrückungs- und Diskriminierungsprozesse mit ihren entsetzlichen psychischen Folgen.**

Zusammengefasst: Bisher wurde ein dimensionaler Zusammenhang beim Entfaltungsprozess herausgearbeitet: Latenz bedeutet allenfalls „die Dämmerung“ der eigenen Transsexualität. Beim Inting geht es um den Aspekt des kognitiv-emotionalen Zugangs, also dem bewusstseinsmässigen Gewährwerden, der Bewusstwerdung und Vergewisserung der eigenen Transsexualität, „es ist schliesslich meine Transsexualität“. Outing bedeutet, dass die subjektive Gewissheit sich dann in der intersubjektiven Beziehung vollends entfaltet, erst „im Du“ kann „ich“ letztlich meine Transsexualität spiegeln und weiter ausfalten.

Im Rahmen der Dimension der Angleichung der Körper und der Lebensweise bezieht der Entfaltungsprozess den „Kern“ ein: Es kommt endlich zur „Verkörperung“ des bewusst gewordenen Hirngeschlechts. Der Entfaltungsprozess „mündet“ quasi in die Verkörperung, indem sich die eigene Körperlichkeit dem Hirngeschlecht annähert. Risiken: Die Entfaltung in dieser Dimension kann z.B. behindert werden, wenn sich die Selbstfeindlichkeit in Unachtsamkeit gegenüber dem eigenen Körper, Genitalfixierung usw. manifestiert.

Mögliche Synthese von Dimensionen: Im Zuge der Entfaltung positiver Emotionen wie TransPride (Inting-Dimension), echten intersubjektiven Sozialbeziehungen (Outing-Dimension) und der subjektiv immer stimmigeren, achtsameren, emotional befriedigenderen, kompetenteren Verkörperung des Hirngeschlechts kann sich ein grundlegender „glücklicher“ qualitativer Umschlag oder eine „Flow“-ähnliche neuronale „Umschaltung“ entfalten, die ganzheitlich das „Selbst“ umfasst. Die bisher ausgewiesenen Dimensionen können also „unter einen glücklichen Hut“ gebracht werden. Grundsätzlich ist jedoch

anzumerken, dass transsexuelle Menschen die dimensionalen Synthesemöglichkeiten nur eingeschränkt erleben können, wenn bei ihnen z.B. ein durch Abwehr geprägtes kognitiv-emotionales Verständnis ihrer Transsexualität, eine durch Selbstfeindlichkeit geprägte Grundbefindlichkeit oder eine genitalfixierte Unachtsamkeit gegenüber ihrem Körper vorherrschen. Die in sich stimmige glückliche Entfaltung ist möglich. Sie stellt sich aber keineswegs automatisch ein.

### 3.3 Begleitung, Betreuung und Therapie

Es wurde schon erwähnt: Um die Evidenzbasierung der Interventionen ist es, um es vorweg zu sagen, bis auf wenige Ausnahmen mässig bis schlecht bestellt. Bezüglich der neurowissenschaftlichen Grundlagen sieht es in punkto Evidenzbasierung wesentlich besser aus. Hingegen gibt es keine Evidenz, was die Behauptung der psychischen Verursachung anbetrifft. Trotzdem wird in den Medien von sog. Fachleuten geraunt:

- man wisse überhaupt nicht wie „Trans\*“ zustande komme
- „Trans\*“ sei multifaktoriell bedingt
- für eine biologische Verursachung gebe es „keine Beweise“.

Wir wissen doch nur aus der Erfahrung, dass die Interventionen sinnvoll sind.

Daher wird in den Altdorfer Empfehlungen im Interventionsteil streng darauf geachtet, dass lediglich „Kann-Empfehlungen“ ausgegeben werden. Aber keine „Sollte“-Empfehlungen oder gar „Muss-Empfehlungen“. Kein Therapeut kann sagen, was generell „bei Trans\*“ erforderlich ist. Oder den Klient\_innen vorschreiben, was sie müssen. Für das „Muss“, also die „Standards“, fehlt jegliche evidenzbasierte Wissensbasis.

„Standards“ machen aber auch angesichts der Tatsache wenig Sinn, dass jede\_r Klient\_in aufgrund seiner/ihrer biologisch individuellen Hirngeschlechtsvariante individuelle besondere Notwendigkeiten und Bedürfnisse formulieren kann/wird. Diese Notwendigkeiten betreffen Dienstleistungsangebote mehrerer Professionen/Institutionen, erfordern also einzelfallbezogene Koordination/Kooperation. Entsprechend muss Casemanagement

1. davon ausgehen, sich primär an den Bedürfnissen der transsexuellen Klient\_innen zu orientieren
2. als vielseitiger Prozess gemeinsamer Zusammenarbeit praktiziert werden
3. gewährleisten, dass transsexuelle Klient\_innen die Chance erhalten sich aktiv in ihren Prozess einzubringen und ihren Prozess zu gestalten.

Die Beachtung dieser Prinzipien ermöglicht die konkrete Ausarbeitung des ganz persönlichen, individuellen Massnahmen-Weges bzw. Betreuungs- und Behandlungspfades.

In den Empfehlungen wird (Kapitel 13) im Einzelnen beschrieben, welche Aufgaben auf einen Casemanager zukommen. Dies im Einzelnen hier schildern zu wollen, würde den zeitlichen Rahmen sprengen. Ich verweise aber in diesem Zusammenhang auch gerne auf die sehr gute Arbeit von Jack Walker.

Weiter geht es mit dem Thema somatomedizinische Massnahmen wie Endokrinologie und operative Interventionen. Analog zu dem bereits Gesagten gilt: Aufgrund des momentanen niedrigen Evidenzgrades von Betreuungsmassnahmen/Interventionen und ihrer wissenschaftlichen Voraussetzungen/Grundlagen ist insbesondere die standardmässige Vorgabe und Festlegung

- des Zwangs zu Psychotherapiesitzungen, psychiatrischer/psychologischer Behandlung, Begutachtung oder klinischen Assessments
- von Mindestzeiträumen, etwa ein vorgeschriebener Mindestzeitraum für die Absolvierung des Alltagstests oder einer Psychotherapie (z.B. müssen Klient\_innen seit einer bestimmten Anzahl von Monaten „bekannt“ sein) oder
- eines Mindestalters, etwa um somatomedizinische Massnahmen einleiten zu „dürfen“

abzulehnen. Es existieren viel zu wenig wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse, um Festlegungen verbindlich und evidenzbasiert treffen zu können. Das trifft auch für den Alltagstest zu, für dessen Nutzen es keinerlei wissenschaftlichen Beleg gibt und dessen Zwangsverordnung als Menschenrechtsverletzung par excellence gilt.

Das Prinzip der individuellen Behandlungspfade verbietet förmlich Standards/Schemata wie vorgeschriebene Stufenprogramme à la

1. Psychotherapien
2. Alltagstest
3. Hormongaben
4. Operation
5. Personenstandsänderung7Namensänderung.

Entscheidend ist lediglich dass

1. die Klient\_innen sich klar deklarieren
2. die Klient\_innen über die Wirkungen, den Nutzen sowie die Vor- und Nachteile der Interventionen genau informiert/bewusst sind und die Verantwortung für ihren Körper auch wirklich dauerhaft selbst übernehmen.

Abschliessend noch ein paar Worte zur Rolle der Psychiatrie und klinischen Psychologie. Es gibt zwei Fälle, wo eventuell psychiatrische und/oder psychotherapeutische Dienstleistungen durch Klient\_innen abgerufen werden könnten:

1. Der individuelle Entfaltungsprozess führt zu Konflikten/Schwierigkeiten mit der sozialen Umwelt, die dann reaktiv Befindlichkeitseinbrüche, seelische Krisen oder auch reaktive psychische Störungen bedingen.

2. Auch transsexuelle Menschen können, wie jeder andere Bürger auch, an einer psychischen Krankheit leiden.

Die Neopsychopathologisierung etwa durch eine **Gender Dysphoria Diagnose** entspricht nicht der Philosophie der Altdorfer Empfehlungen. Zum einen handelt es sich um die Etikettierung einer psychischen Störung ohne jede Evidenzbasierung. Die Auffassung, Gender Dysphoria sei ein harmloser Begriff, der lediglich auf das Unbehagen mit dem Körper hinweise, kann nicht gelten. Der Begriff der Dysphorie entstammt der Psychopathologie und meint eine (nicht unbedingt krankheitswertige) gereizte Verstimmung oder ein Unbehagen, wie sie bei psychischen Krankheiten vorkommen. Hier werden oft hirngorganische Erkrankungen wie Demenz, Vergiftung oder Persönlichkeitsstörungen assoziiert. Daher auch die Kritik von Trans-Menschenrechtsorganisationen. Zum anderen handelt es sich bei dem Leiden am falschen Körper um kein psychopathologisches Phänomen (wie etwa „Wahn“ oder „Halluzination“), sondern um ein allgemein-menschliches, gut nachvollziehbares, verständliches (quasi allgemein-medizinisches, medizinspsychologisches) Phänomen/Symptom. Auch deswegen ist die Psychiatriediagnose in Form der Gender Dysphoria nicht sinnvoll. Zudem ist sehr kritisch zu hinterfragen: warum muss bei transsexuellen Klient\_innen **erst einmal das Leid ausbrechen**? Damit eine Gender Dysphoria Diagnose gestellt werden kann? Interventionen sind auch dann medizinisch zu rechtfertigen, wenn die Manifestation des Leides sehr wahrscheinlich, aber de facto noch nicht erfolgt ist. Man nennt dies in der Medizin Sekundärprävention. Es geht doch auch darum Leiden zu verhindern.

Ob Klient\_innen zum Psychiater oder klinischen Psychologen gehen möchten, sollten sie selbst entscheiden. Sie selbst haben auch zu entscheiden, welche Art von Dienstleistungen sie in Anspruch nehmen wollen. Psychiater/Psychologen werden ja von der Gesellschaft als „Türsteher“ instrumentalisiert, bezüglich somatisch-medizinischer Massnahmen Go-Entscheidungen zu treffen und zu bestätigen. Ich vertrete die Meinung, dass die Gabe eines Hormons (oder eine Operation) zwischen Klient\_innen und Endokrinologen/Operateur direkt vereinbart/verantwortet werden sollte. Psychiatrische fachliche Stellungnahmen zu geplanten somatomedizinischen Massnahmen sind dann ev. relevant, wenn

- Klient\_innen psychische Probleme haben und daher die Dienstleistung eines Psychiaters wünschen oder
- ausdrücklich das Casemanagement durch einen Psychiater/Psychologen favorisieren oder
- Klient\_innen eine psychiatrische konsiliarische Stellungnahme wünschen.



## 4 Weiterentwicklungen seit Veröffentlichung der Altdorfer Empfehlungen

### 4.1 Hirngeschlechtsvarianten – Abschied von „Trans“ und „Gender“

Die Entpathologisierung von Transsexualität ist inzwischen stärker in den Fokus der politischen Auseinandersetzungen gelangt. Es deutet, dass die WHO die Entpsychopathologisierung im ICD-11 teilweise umsetzt. Andererseits ist – wie es Trans-Menschenrechtsorganisationen formulieren – eine schleichende **Neopsychopathologisierung** im Gange, indem das – wie sie es formulieren – „pseudodiagnostische“ Label „Gender Dysphoria“ auf den Schild gehoben werde. Fundamentalistische Christen versuchen eine Art „Roll Back“: transsexuelle Menschen sollen nicht die Transition anstreben, sondern die Abkehr mit Unterstützung von sog. „Therapeuten“.

Die neurowissenschaftliche Normvariantenkonzeption konnte auch empirisch zunehmend weiter fundiert werden: strukturell-bildgebende und Electrical-Neuroimaging-Befunde verdichten die neurowissenschaftliche Grundauffassung, dass transsexuelle Frauen (Männer) **Normal-Befunde** aufweisen, die denen nichttranssexueller Frauen (Männer) ähneln und eben keine pathologischen Befunde ausweisbar sind.

Eine zunehmend wichtige Rolle spielen neurowissenschaftliche Konzepte des Hirngeschlechts (siehe die Studien von Melissa Hines u. A. zum Thema „Brain Gender“) und darauf aufbauende epigenetische Überlegungen z.B von Rice, Friberg und Gavrillets (um die Befunde der Zwillingstudien z.B. von Beijsterveldt, Hudziak und Boomsma zu erklären). Grundsätzlich ist von neurowissenschaftlicher Seite ein Konzept von individuellen Hirngeschlechtsvarianten angedacht; m.a.W. es ist „normal“, dass das Hirngeschlecht viele Varianten ausweist, genau genommen gibt es so viele individuell ausgeprägte Hirngeschlechtsvarianten, wie es Menschen gibt. Denn Hirngeschlecht ist grundsätzlich ein „Patchwork“ (also eine Kombination) von mehreren Hundert anatomischen und funktionellen geschlechtlichen Charakteristika des Gehirns (Grammer). Kein individuelles Gehirn gleicht bezüglich seiner Kombination an Geschlechtscharakteristika einem anderen. In den jüngsten Diskursen deutet sich an, dass Transsexualität ein besonderer Sammelbegriff für individuelle Hirngeschlechtsvarianten darstellt; entsprechend diesem Konzept gibt es genauso viele Trans-Hirngeschlechtsvarianten, wie es transsexuelle Menschen gibt. Also ist auch Transsexualität ein Sammelbegriff unter vielen und bezeichnet nicht etwas Fixes, Exklusives, sondern ein Inkludierendes mit ineinander fließenden Übergängen „an den Rändern“ und einem „inneren“ Spektrum der Vielfalt.

Durch diese Entwicklungen dürfte der „Trans“-Begriff selbst zunehmend kritisch gesehen werden, da es beim Angleichungsprozess – neurowissenschaftlich gesehen – nicht um eine Expedition hinüber (lat. trans) ins „Gegengeschlecht“ geht, sondern eher um die Entfaltung des eigenen, bereits an sich vorhandenen genuinen Hirngeschlechts. Und auch der Begriff „Gender“ wird zunehmend wegen der Rollenklischeelastigkeit von Menschenrechtsorganisationen infrage gestellt: „Trans\*“ ist keine Theaterrolle, sondern ein existentielles Phänomen, oft (leider) mit existentielltem Leid verbunden. Inzwischen gibt es auch sehr verständliche mediale Aufbereitungen dieser Kritik am Gender-Konzept wie Harald Eias „Gender-Gleichstellungs-Paradox“.

Es deutet sich an, dass man künftig von „normalen“ Hirngeschlechtsvarianten ausgehen wird (unter Verzicht auf Zentralbegriffe wie „Trans\*“), mit vielfältigen Formen wie z.B. bimodalen Formen (Switchende, Mann/Frau-Komplementäre) oder bodydiskrepanten Formen, unzähligen Übergängen ... im Laufe der nächsten Jahre wird man noch viele andere Formen erkennen. Die erkannte Vielfalt wird wachsen und mit ihr die Menge der begrifflichen Spiegelungen.

Yogyakarta und Ottawa beginnen langsam im Bereich der Trans-Betreuung an Fahrt zu gewinnen, die Alltagstester, Stufenplaner und Trans-Inquisitoren sprich „Gutachter“ sind langsam auf dem Rückzug.

Auch die WPATH hat eine Statureinbusse in Kauf nehmen müssen: so meinte die APA unlängst in einer Stellungnahme:

*„Die WPATH Leitlinien ... haben sich noch nie auf Forschung oder Studien ... gestützt ... Wie erwartet, erfüllen die aktualisierten WPATH Standards ... keinen Anspruch auf Objektivität und Professionalität und lesen sich eher wie ein politisches Manifest von Genderisten.“*

## 4.2 Transsexualität als physiologische Normvariante – Abschied vom Identitätskonstrukt

Die Beschreibung des Entfaltungsprozesses war zunächst schwierig zu konzipieren. Gängige Konzepte zur Beschreibung von inneren, subjektiven Prozessen sind in der Regel vom Geist der Klinik durchdrungen, sind also mit einer pathologisierenden „Denke“ verknüpft. Befindlichkeiten werden vom klinischen Hintergrund aus wahrgenommen und beurteilt. Es ist für Psychiater und klinische Psychologen oft schwierig Normales als normal zu erkennen, d.h. den pathologisierenden Standpunkt loszulassen: man scheint den kranken Anderen zu benötigen, um ein eigenes gesundes Selbst zu labeln. Dass man sich damit selbst beschneidet und bescheidet, wird eher verdrängt. Rituale helfen, sich eine eigene Normalität vorzuspiegeln und sich vom kranken Anderen abzugrenzen.

Um nicht in klinisch-pathologisierendes Fahrwasser zu geraten, wurde in den Altdorfer Empfehlungen auf die Theorien der Kritischen Psychologie von Klaus Holzkamp und Mitarbeitern Bezug genommen. Weitere Vorteile: diese psychologischen Konzepte sind nicht nur gesundheitsorientiert, sondern sie erlauben auch die Analyse, wie sich Transphobie via Selbstfeindschaft in der Psyche niederschlägt. Und: es gibt enge konzeptuelle Beziehungen zur Neurowissenschaft. Der Preis: es gibt nur wenige, die mit den Begrifflichkeiten der Kritischen Psychologen vertraut sind, daher sind die Ausführungen dieses Teils der Altdorfer Empfehlungen etwas schwierig zu rezipieren.

Zwar ist die Neurowissenschaft im Begriff, sich der gesunden Subjektivität zu nähern und ist auch mit der Psychoanalyse diesbezüglich in einen fruchtbaren Diskurs eingetreten (Stichwort „Neuropsychanalyse“), aber bis zur praktischen Anwendbarkeit wird es noch einige Zeit brauchen. Was Neurowissenschaftler wie Georg Northoff und Thomas Metzinger zum Thema Selbst und Subjekt herausgefunden haben, ist zukunftsweisend. In der Konsequenz dürfte dieser Diskursstrang darauf hinauslaufen, dass die Wertigkeit von Begriffen wie „Identität“ oder „Selbst“ abnimmt. Metzinger und Andere sehen die

Identität als kognitive Simulation an (laienhaft formuliert: als eine kognitive, durch das Gehirn physiologisch erzeugte „Fata morgana“), also als physiologischen Prozess. Nicht aber als Entität mit Realitäts- und Objektivitätscharakter. Künftig zeichnen sich Konzepte ab, die davon ausgehen, dass Geschlecht sehr wohl mit Bewusstsein in Zusammenhang steht, hingegen wird die wissenschaftliche Bedeutung von Geschlechts**identität** verblasen (quasi als „aufgeblasenem“ „Geschlechtsego“).

Von nachhaltiger Bedeutung sind auch andere neurowissenschaftliche Beiträge. So hat Ramachandran in zwei Veröffentlichungen zur Körperdiskrepanz und entsprechendem Phantomerlebnissen eine wichtige Tür aufgemacht, damit das alltägliche Erleben der problematischen „eigenen“ Körperlichkeit endlich in der Forschung den gebührenden Platz einnimmt. Es ist bedrückend, dass transphobe Therapeuten nach wie vor transsexuellen Menschen implizit oder auch explizit unterstellen, sie würden nur **glauben**, dass sie in einem falschen Körper stecken würden. Dies sei nicht real, denn Penis bzw. Vagina sprächen doch eine eindeutige Sprache. Sie würden trotz biologisch-eindeutigem Körper an etwas anderes glauben. Neurowissenschaftlich gesehen wird hier einiges verdreht: Das Bewusstsein nimmt **den** falschen Körper wahr. Und erlebt Phantome des „richtigen“ Körpers, Ausdruck des von Geburt an fix verdrahteten Körperschemas. Hingegen stellt das subjektive Erleben (auch des „richtigen“) als **„meinem“** Körper eine Schimäre dar.

Es zeichnet sich auf Betreuerseite ein neuer – von transphoben und bornierten Scheuklappen freier – nüchterner, „normaler“, störungsfreier und unsentimentaler Umgang mit transsexuellen Klient\_innen ab.

### 4.3 Aufbruch zu neuen Ufern

Viele Trans-Aktivist\_innen haben inzwischen begonnen, der Medizin auf die Sprünge zu helfen. Heute wird eine konsequente Entpsychiatisierung von Transsexualität gefordert, **„informed consent“** ist in vielen Mündern. Transaktivist\_innen beginnen Guidelines zu erstellen. Es wird ein konsequentes Lobbying aufgebaut, damit die Macht von Sexologen, Psychologen und Psychiatern über transsexuelle Menschen ein Ende findet. Entsprechend werden auch ihre Versuche, mittels der **S3-Guideline-Masche** den historischen Fortschritt anzuhalten und das Transthema weiterhin **psychiatrisch** zu besetzen (Therapiezwang, Türsteherprivileg), von Trans-Aktivist\_innen konterkariert. Und: Langsam segnet auch das Betreuungsmonopol von Psychiatern und Psychologen das Zeitliche. Sozialarbeiter beginnen bei der Begleitung eine wichtige Rolle zu spielen. Diese Entwicklung ist als sehr positiv einzustufen, denn sozialarbeiterische Interventionen sind – dies kann man in vielen Cochrane-Reviews nachlesen – eine der effektivsten Massnahmen, die das Gesundheitswesen kennt. Zudem beginnt auch das Prinzip der Evidenzbasierung allmählich in den Transdiskursen Fuss zu fassen.

Alles in allem gute Entwicklungen – ganz im Sinne der Altdorfer Empfehlungen.