

Verena Sperk, Sandra Altenberger,
Katharina Lux, Tanja Vogler (Hg.)

GESCHLECHT UND GESCHLECHTER- VERHÄLTNISS BEWEGEN

Queer/Feminismen zwischen Widerstand,
Subversion und Solidarität



[transcript] GenderStudies

Aus:

Verena Sperk, Sandra Altenberger, Katharina Lux, Tanja Vogler (Hg.)
Geschlecht und Geschlechterverhältnisse bewegen
Queer/Feminismen zwischen Widerstand,
Subversion und Solidarität

November 2020, 244 S., kart., 6 SW-Abb.

40,00 € (DE), 978-3-8376-5101-0

E-Book:

PDF: 39,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-5101-4

Geschlecht und Geschlechterverhältnisse befinden sich permanent in Transformationsprozessen – dies gilt sowohl für die Gegenwart als auch für die Vergangenheit. Die Beiträger*innen des Bandes liefern hierzu multiperspektivische feministische Auseinandersetzungen und verhandeln Widersprüchlichkeiten von Widerständen, (Un-)Möglichkeiten subversiver theoretischer sowie praktischer Interventionen und Ambivalenzen solidarischer Bündnisse aus den unterschiedlichen Blickwinkeln der kritischen Geschlechterforschung. Dazu werden Ansätze der Queer Theory, der Bewegungsforschung, der Psychiatriekritik, der Postkolonialen Theorie sowie der Architektur- und Literaturtheorie für gendertheoretische Fragestellungen nutzbar gemacht.

Verena Sperk ist Universitätsassistentin im Lehr- und Forschungsbereich Kritische Geschlechterforschung des Instituts für Erziehungswissenschaft an der Universität Innsbruck. Als Kollegiatin des Doktoratskollegs »Geschlecht und Geschlechterverhältnisse in Transformation« promoviert sie zu Komik als Mittel der feministischen Intervention. Neben ihrer wissenschaftlichen Arbeit ist sie seit 2012 Mitarbeiterin in der Bildungs- und Beratungseinrichtung »Frauen aus allen Ländern« und dort als Projektleitung im Bereich Basisbildung tätig.

Sandra Altenberger ist Erziehungswissenschaftlerin und mit ihrem Dissertationsprojekt zur Dekonstruktion und (Un-)Möglichkeit einer postkolonialen feministischen Transformation von Global Citizenship Education Kollegiatin des Doktoratskollegs »Geschlecht und Geschlechterverhältnisse in Transformation«. Von 2009 bis 2020 arbeitete sie außerdem in der sozialpädagogischen Jugendarbeit und 2018 wurde ihre Masterarbeit »Done Girls inna Dancehall. Zwischen Kritik und Emanzipation« mit dem GenderFem Preis der Universität Innsbruck ausgezeichnet. Sie ist Stipendiatin der Österreichischen Akademie der Wissenschaften (DOC) am Institut für Erziehungswissenschaften der Universität Innsbruck.

Katharina Lux ist Universitätsassistentin am Institut für Erziehungswissenschaft der Universität Innsbruck und Kollegiatin des Doktoratskollegs »Geschlecht und Geschlechterverhältnisse in Transformation«. Sie promoviert zur Geschichte feministischer Theorie in der autonomen Frauenbewegung des 20. Jahrhunderts und war Promotionsstipendiatin der Hans-Böckler-Stiftung. Darüber hinaus ist sie Redakteurin der »outside the box. Zeitschrift für feministische Gesellschaftskritik«.

Tanja Vogler ist Kollegiatin des Doktoratskollegs »Geschlecht und Geschlechterverhältnisse in Transformation« und promoviert am Institut für Erziehungswissenschaft der Universität Innsbruck zu aktuellen queeren Politiken. Sie ist ehemalige Promotionsstipendiatin der Heinrich-Böll-Stiftung.

Weitere Informationen und Bestellung unter: www.transcript-verlag.de/978-3-8376-5101-0

© 2020 transcript Verlag, Bielefeld

Inhalt

Einleitende Bemerkungen

Sandra Altenberger, Katharina Lux, Verena Sperk & Tanja Vogler 7

Trans*normal?

Die subtile Herstellung von Gendernormen
durch psychiatrische Diagnosen

Elijah Lüthi 13

Disziplinierung und Spuren des Widerstandes

Subjektivierungstheoretische Perspektiven auf Heimerziehung
für Mädchen

Flavia Guerrini 45

Pride-Paraden

Queere Erinnerungspolitiken

Tanja Vogler 73

Räume der Neuen Frauenbewegung am Beispiel Südtirol

Andrea Urthaler 97

Die umfassende Abhängigkeit des Subjekts

Feministische Subjektkritik in der autonomen Frauenbewegung
am Beispiel von Gerburg Treusch-Dieters Märchendeutungen

Katharina Lux 119

Widerständiger Witz

Subversive Komik als feministische Strategie und Intervention?

Verena Sperk 141

Education First!? Gender Second?

Zur Notwendigkeit postkolonial-feministischer Perspektiven
auf *Global Citizenship Education*

Sandra Altenberger 167

Intersektionale Assemblage

Wege zu transkultureller feministischer Solidarität

Sonja Köhler 193

Transformative Körper

Architekturlaboratorien in der österreichischen Avantgarde
der 1960er und 1970er Jahre

Alexa Baumgartner 215

Information zu den Autor*innen 241

Einleitende Bemerkungen

Sandra Altenberger, Katharina Lux, Verena Sperk & Tanja Vogler

»Feminism is a movement in many senses. We are moved to become feminists. Perhaps we are moved by something: a sense of injustice, that something is wrong [...]. A feminist movement is a collective political movement. Many feminists means many movements. A collective is what does not stand still but creates and is created by movement.«

Ahmed 2017: 3

Die Feministin Sara Ahmed beschreibt in ihrem Buch *Living a Feminist Life* (2017) einerseits, wie Ungerechtigkeiten und Ungleichheiten Menschen dazu veranlassen, feministisch zu handeln, und andererseits, inwiefern kollektive feministische Handlungen zu Widerstand, Subversion und Solidarität anwachsen und letztlich die Geschlechterverhältnisse bewegen und verändern können. Daher setzt der Sammelband sowohl bei historischen sozialen und kulturellen Bewegungen als auch bei den Transformationspotenzialen diskursiver Interventionen der Gegenwart an. Damit sind Feminismen sowohl in ihren theoretischen als auch in ihren praktischen Formen des Aktivismus angesprochen. Es werden insbesondere die Widersprüchlichkeit von Widerständen, die Möglichkeiten und Schwierigkeiten subversiver Eingriffe und die Ambivalenzen solidarischer Bündnisse reflektiert. Die Beiträge des Sammelbands widmen sich aus unterschiedlichen Blickwinkeln der kritischen Geschlechterforschung diesen Dimensionen. Da queere Perspektiven nicht ohne Weiteres unter Feminismen subsumiert werden sollen, sprechen wir von Queer/Feminismen, die durch Formen von Widerstand, Subversion und Soli-

darität nicht nur Geschlechterverhältnisse, sondern auch Feminismen in Bewegung versetzen.

So heterogen feministische Theorien und Praxen sind, so vielschichtig gestalten sich auch die Zugänge und Auseinandersetzungen in diesem Sammelband. Eine verbindende Herausforderung, mit der es feministische Theorien zu tun haben, beschreibt Sabine Hark jedoch folgendermaßen:

»Es handelt sich hierbei um Aporien, die in doppelter Hinsicht aus dem spezifischen Verhältnis feministischer Theorie zu ihrem Gegenstand – Geschlecht bzw. dem Geschlechterverhältnis – resultieren. Erstens, Geschlecht, Geschlechterverhältnis, Geschlechterdifferenz wird in der Frauen- und Geschlechterforschung zwar als Erkenntnisgegenstand vorausgesetzt, muß aber zugleich als etwas kontinuierlich Hergestelltes, in sozialen und kulturellen Praxen Gemachtes und nicht per se Gegebenes begriffen werden. Daraus resultiert zweitens, daß Geschlecht auch im und durch feministisches Wissen in einer spezifischen Weise konstruiert wird, mithin Teil hat an der Produktion der Unterscheidung nach Geschlecht.« (Hark 2001: 353)

Diese Aporien, mit denen feministische Theorien – und so auch die Beiträge in diesem Band¹ – konfrontiert sind, sollen stets mitbedacht werden und deshalb sehen wir uns mit der Aufgabe konfrontiert, in der eigenen Wissensproduktion das hergestellte Wissen zu reflektieren.

Geschlecht und Geschlechterverhältnisse werden daher im vorliegenden Band einerseits Gegenstand der Beiträge sein, andererseits als Wissenskategorien durch diese erst mitkonstituiert, auf unterschiedliche Weise herausgefordert und irritiert. Dadurch bleiben Geschlecht und Geschlechterverhältnisse nicht nur Forschungsgegenstand, sondern werden auch in Bewegung versetzt und diskursiven Transformationen unterzogen. Versteht sich Kritik in diesem Band als »eine vorsichtige Beschreibung der Strukturen, die ein

1 Ausgangspunkt des Sammelbands bilden die inhaltliche und methodische Auseinandersetzung im transdisziplinären Doktoratskolleg *Geschlecht und Geschlechterverhältnisse in Transformation. Räume – Relationen – Repräsentationen* der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck sowie die Jahrestagung der *Österreichischen Gesellschaft für Geschlechterforschung* (ÖGGF) vom 7. bis 9. November 2019. Diese widmeten sich der Untersuchung der Transformation von Geschlecht und Geschlechterverhältnissen in ihren historischen und räumlichen Beziehungen, Bedingungen und Wirkungen. Die Autor*innen der Beiträge sind oder waren Kollegiat*innen des Doktoratskollegs.

Objekt des Wissens herstellen« (Castro Varela 2016: 57), so kann (Selbst-)Kritik im Lichte von *Widerstand*, *Subversion* und *Solidarität* eine transformative Kraft entfalten.

Widerstand war und ist wesentliches Element feministischer und sozialer Bewegungen und stellt deshalb einen grundlegenden Aspekt des Buchs dar. Alle Beiträge tragen dieses Bestreben im Sinne einer Kritik hierarchischer und ausschließender Geschlechterordnungen als Teil von Wissensproduktion weiter. *Subversion*, in einem poststrukturalistisch und dekonstruktivistischen Sinne, hat die Verschiebung und Umwertung der (Geschlechter-)Ordnung(en) zum Ziel.

»Subversion beschreibt [...] ein Unterwandern von dominanten Geschlechtercodierungen und Geschlechtsidentitäten durch Körper- und Textpraktiken, die herrschende Diskurse variierend durchkreuzen, destabilisieren und einen Resignifikationsprozess in Gang setzen.« (Krug 2002: 382)

Subversion zieht sich neben *Widerstand* als ein weiterer roter Faden durch diesen Band. Darüber hinaus erweist sich *Solidarität* als ein wesentliches, aber auch brüchiges Element feministischer Praxen und stellt den dritten Anknüpfungspunkt im Sammelband dar. Die Widersprüche solidarischer Bündnisse bleiben bei gleichzeitiger Notwendigkeit von queer/feministischen Solidaritäten bestehen.

»Von vornherein auf einer Bündnis-→Einheit« als Ziel zu bestehen, setzt voraus, daß Solidarität – um jeden Preis – eine unerläßliche Vorbedingung für das politische Handeln ist. Doch stellt sich die Frage, welche Art Politik eigentlich diese Art Vorwegnahme der Einheit erfordert. Vielleicht ist es für ein Bündnis gerade notwendig, die eigenen Widersprüche anzuerkennen und mit diesen ungelösten Widersprüchen zum Handeln überzugehen. [...] Denn es stellt sich die Frage, ob die »Einheit« nicht auf der Ebene der Identität eine ausschließende Norm der Solidarität aufstellt, die eine Reihe möglicher Aktionen ausschließt?« (Butler 2014: 35f.)

Im vorliegenden Sammelband werden Ansätze der Queer Theory, der Bewegungsforschung, der Psychiatriekritik, der Postkolonialen Theorie sowie der Architektur- und Literaturtheorie für gendertheoretische Fragestellungen nutzbar gemacht. Die einzelnen Beiträge handeln von feministischer Subjektkritik, von Orten queerer Politiken, von Räumen der neuen Frauen*bewegung, von der Notwendigkeit postkolonial-feministischer Perspektiven,

von feministischen Strategien und Interventionen, transformativen Körpern sowie den Mad Studies und fragmentierter Intersektionalität:

Elijah Lüthi setzt sich aus einer trans* Gender- und Mad-Studies-Perspektive mit trans* Diagnosen, deren Revisionen und der politischen Bewegung um trans* Depathologisierung auseinander. In dem Beitrag wird herausgearbeitet, wie und auf welchen Ebenen bestimmte Ausschlüsse wiederholt und neue produziert werden. **Flavia Guerrini** wirft in ihrem Beitrag einen subjektivierungstheoretischen Blick auf das System der Jugendfürsorge und auf die Heimerziehung von Mädchen. Sie fragt, auf welche Weise Erlebnisse in Erziehungsheimen für Mädchen als subjektivierendes Geschehen lesbar sind und welche Formen der Disziplinierung und des Widerstands darin erkennbar werden. **Tanja Voglers** Beitrag arbeitet das Verhältnis zwischen aktuellen queeren Aushandlungen um den *Christopher Street Day* und den Kämpfen um die Erinnerungspolitiken der Stonewall-Inn-Proteste heraus. Am Beispiel von *LesMigraS* zeigt sie auf, wie im Namen einer alternativen Erinnerung an Stonewall ein ›offenerer‹ CSD gefordert wird. Darüber hinaus analysiert sie, wie das *Wir*, das der CSD aktuell repräsentiert, durch die Art und Weise, Stonewall zu erinnern, hergestellt wird. **Andrea Urthaler** widmet sich in ihrem Aufsatz der Frauenbewegung in Südtirol seit den 1970er Jahren und untersucht das Verhältnis der Bewegung zum Raum. Die Autorin legt dar, wie die Südtiroler Frauenbewegung aus dem Privaten in die Öffentlichkeit getreten ist, wie sie das Bild öffentlicher Orte verändert hat und wie sich die Standorte der Bewegung in der Stadt Bozen angeordnet haben. **Katharina Lux** fragt in ihrem Beitrag danach, wie wir heute die feministische Theoriebildung der (deutschsprachigen) autonomen Frauenbewegung erinnern. Entgegen der weitverbreiteten Vorstellung, die Frauenbewegung habe eine Identität Frau essenzialisiert, zeigt die Autorin anhand von Aufsätzen der Kulturphilosophin Gerburg Treusch-Dieter, wie dort ein Subjektverständnis entwickelt wird, das in dieser Erzählung nicht aufgeht. Im Mittelpunkt dieses Subjektverständnisses steht die grundlegende menschliche Abhängigkeit von einer weiblichen Produktivität. **Verena Sperk** arbeitet in ihrem Beitrag die Ambivalenz von Komik, Humor und Lachen als herabsetzende sowie transformative Phänomene heraus und befragt sie nach ihrem widerständigen Potenzial als feministische Intervention. Dafür stellt sie zwei theoretische Perspektiven vor, die sich Komik aus einer explizit feministischen Perspektive nähern. Schließlich zeigt sie anhand von Schlaglichtern aus dem Comedyspecial *NANETTE* von Hannah Gatsby, welche Fragen sich eine geschlechtertheoretische und feministische Ausein-

andersetzung mit Komik als zweischneidigem Schwert stellen muss. **Sandra Altenberger** wirft einen Blick auf die *Global Education First Initiative* (GEFI) und fragt nach der Notwendigkeit postkolonial-feministischer Perspektiven für *Global Citizenship Education* (GCE). Dem subversiven Moment einer dekonstruktivistischen Haltung folgend setzt sich dieser Beitrag das Ziel, eine Reflexion von (neo-kolonialen) Gender_Ordnungen in GCE-Konzeptionen anzustoßen. **Sonja Köhler** beschäftigt sich in ihrem Beitrag kritisch mit verschiedenen Zugängen zu Intersektionalität, um daran anschließend die (Un-)Möglichkeiten einer Modifikation in Richtung einer *intersektionalen Assemblage* zu diskutieren. Darüber hinaus fragt sie danach, welche Voraussetzungen für eine transkulturell-feministische Solidarität notwendig sind und wie diese Solidarität als praktischer, aktivistischer Widerstand umgesetzt werden kann. Abschließend diskutiert **Alexa Baumgartner** in ihrem Artikel am Beispiel der österreichischen Avantgarde-Architektur der 1960er und 1970er Jahre die Frage, inwiefern die gebauten Realitäten der Avantgarde Geschlechterverhältnisse zu dekonstruieren vermögen. Dabei zeigt sie mit Bezug auf aktuelle, posthumanistische, queer/feministische Theorien, dass diese Architekturen einerseits die Möglichkeit eröffnen, Körperverhältnisse in Verbindung mit technischen Materialitäten anders und neu zu denken. Zugleich verweist sie darauf, dass in den Installationen andererseits traditionelle Geschlechterverhältnisse wie beispielsweise Heteronormativität unhinterfragt geblieben sind.

Literatur

- Ahmed, Sara (2017): *Living a Feminist Life*, Durham/London: Duke University Press.
- Butler, Judith (2014 [1991]): *Das Unbehagen der Geschlechter*, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Hark, Sabine (2001): »Feministische Theorie – Diskurs – Dekonstruktion. Produktive Verknüpfungen«, in: Reiner Keller et al. (Hg.), *Handbuch sozialwissenschaftliche Diskursanalyse Band 1. Theorie und Methoden*, Opladen: Leske+Budrich, S. 353-369.
- Krug, Marina (2002): »Subversion«, in: Renate Kroll (Hg.), *Metzler Lexikon Gender Studies/Geschlechterforschung. Ansätze – Personen – Grundbegriffe*, Stuttgart: J.B. Metzler, S. 382-383.

Trans*normal?

Die subtile Herstellung von Gendernormen durch psychiatrische Diagnosen

Eliah Lüthi

2022 ist ein wichtiges Jahr für europäische trans* Bewegungen. Ab diesem Zeitpunkt wird die elfte Revision des internationalen Krankheitskatalogs *International Classification for Diseases* (ICD 11, 2018) in EU-Staaten implementiert. Diese wird von der *Weltgesundheitsorganisation* (WHO) herausgegeben und umfasst alle verbindlichen Diagnosen zum Zeitpunkt der Herausgabe. Der Krankheitskatalog definiert, was nach medizinischen Parametern als ›krank‹ oder ›behindert‹ gilt. Außerdem listet er weitere nicht per se pathologisierte Faktoren auf, die den Gesundheitsstatus oder den Kontakt zur Gesundheitsversorgung beeinflussen (beispielsweise im Falle von Schwangerschaft und Geburt). Dadurch bestimmt der ICD sowohl die (medizinische) Definition von ›Krankheit‹ als auch den Zugang zu Gesundheitsversorgung. Ein Schwerpunkt des Krankheitskatalogs liegt auf psychiatrischen Diagnosen.

Im Vorfeld zu der Revision des ICD organisierten sich aktivistische Bewegungen, welche die Depsychopathologisierung von trans* forderten. Ein zentrales Anliegen dieser war die Streichung von trans* Diagnosen aus psychiatrischen Kategorien und die Gewährleistung trans*spezifischer Gesundheitsversorgung. Im ICD 11 werden diese beiden Forderungen weitestgehend berücksichtigt. Das ist unbestreitbar ein Erfolg für die Normalisierung gegenderter Selbstverständnisse¹ von Personen, deren Gender nicht mit dem bei Geburt (zwangszugewiesenen) Gender übereinstimmt.

¹ Das (*gegenderte*) *Selbstverständnis* bezeichnet, wie sich Personen selbst (in Bezug auf Gender) verstehen und definieren. Das kann mit psychiatrischen Definitionen und/oder dem bei Geburt (zwangszugewiesenen) Gender übereinstimmen oder davon abweichen.

Prozesse der Normalisierung sind jedoch auch immer davon geprägt, dass die grundlegende Logik von Norm und Abweichung aufrechterhalten wird. Und so ist auch die Depsychopathologisierung von trans* begleitet von Ausschlüssen und narrativen Auslassungen. Im Dialog mit *trans* Gender* und *Mad Studies*² argumentiere ich, dass sich Prozesse der Depathologisierung und Prozesse der Pathologisierung sowohl durch ausschließende als auch durch (selbst-)ermächtigende Elemente auszeichnen. Dies untersuche ich anhand der De-/Psychopathologisierung von trans*. Darüber hinaus frage ich, welche Narrative und Positionen in De-/Pathologisierungsprozessen (un)möglich gemacht werden. *Welche Möglichkeiten der (Selbst-)Ermächtigung wohnen diesen Prozessen inne? Welche Narrative und Positionen werden dadurch in Existenz gerufen? Und welche Verständnisse und Positionen werden dadurch (un)möglich, (nicht) wahrnehmbar gemacht?*

Die Streichung von trans*spezifischen Diagnosen aus psychiatrischen Kategorien im ICD ist ein Erfolg *innerhalb* eines Systems, welches die Differenz zwischen BeHinderung/VerRücktheit³ und Norm grundlegend definiert. Es ist ein Erfolg *innerhalb* der Logik von Männern, Frauen und ›Andersgeschlechtlichen‹. Über die Revision des ICD wird neu verhandelt, wer *innerhalb* dieser Logik als beHindert, verRückt, gegendertes Anderes oder als ›normalgilt. Die Logik selbst (und ihre Ausschlüsse) wird jedoch über diese Revision nicht grundlegend infrage gestellt, sondern nur verschoben und teilweise gar verstärkt. Mein Anliegen ist es daher, diesen unhinterfragten Rahmen und die damit einhergehenden Prozesse und Mechanismen der Pathologisierung, Depathologisierung und Repathologisierung zu untersuchen, sie sichtbar, greifbar und dadurch auch grundlegend angreifbar und veränderbar zu machen.

In der Analyse erarbeite ich zunächst einen Dreisatz von *Pathologisierung*, *Depathologisierung* und *Repathologisierung*, der die zentralen Eigenschaften die-

2 *Mad Studies* ist ein Forschungsfeld, welches aus Bewegungen von Psychiatriebetroffenen entstanden ist und deren Anliegen zentriert. Darin ist das Feld vergleichbar mit *Disability*, *Queer* und *trans* Gender Studies* (vgl. LeFrançois et al. 2013).

3 In einem konstruktivistischen Verständnis gehe ich davon aus, dass *BeHinderung* und *VerRücktheit* (oder *VerRückung*) vielmehr gesellschaftliche (Diskriminierungs-)Prozesse als persönliche Eigenschaften beschreiben: Menschen sind nicht behindert, sie werden (durch Barrieren und Ausgrenzung) *beHindert*. Ebenso sind Menschen nicht verRückt, sondern sie werden über gesellschaftliche Normen und Stigmatisierung von der Norm *verRückt* und als *verRückt* hergestellt. Dies markiere ich mit der Großschreibung von H und R.

ser drei Prozesse aufzeigt. Dabei arbeite ich heraus, dass innerhalb der Prozesse der De-/Re-/Pathologisierung *das Andere*, *die Norm* und *das Unvorstellbare* (psychiatrisch) hergestellt werden.

Pathologisierung = Intelligibilisierung + VerÄnderung
 Depathologisierung = Normalisierung + Abgrenzung
 Repathologisierung = Ausdehnung + Ent_Wahrnehmung
 Das Andere, die Norm, das Unvorstellbare

Das Andere bezeichnet das pathologisierte, psychiatrisch *VerÄnderte*, das zum anderen Gemachte. *Die Norm* bewegt sich in dem diskursiven Zentrum und bleibt doch weitestgehend *entnannt* und unantastbar. Dieses *Entnennen* bezeichnet das aktive Nicht-Benennen von Normen (vgl. Hornscheidt 2012: 360). Dem gegenüber steht als drittes Element *das Unvorstellbare* oder auch *das Unbenennbare*, das in dem Dualismus von *der Norm* und *dem Anderen* nicht wahrnehmbar, nicht vorstellbar und diskursiv weitestgehend ausgeschlossen wird. Dabei gibt es einen grundlegenden Unterschied, zwischen dem Entnennen der Norm und dem Unbenennbaren und Unvorstellbaren: Die Norm ist allgegenwärtig. Dadurch, dass sie nicht explizit benannt wird beziehungsweise oftmals *entnannt* bleibt, wird sie geschützt und entzieht sich der Kritik. Das Unvorstellbare hingegen *kann* nicht benannt werden, weil es sich der hegemonialen Vorstellbarkeit entzieht. Es ist *unbenennbar*. Dieser Dreisatz bildet die grundlegende Struktur des vorliegenden Beitrages. Nach den einführenden Kapiteln zu These, Kontext und Materialien diskutiere ich gesondert die drei Prozesse der Pathologisierung, Depathologisierung und Repathologisierung. Dabei beschreibe ich die jeweiligen Eigenschaften und die spezifischen Herstellungen von *der Norm* und dem *VerÄnderten*. Anschließend erweitere ich die Analyse und erkläre, was über die jeweiligen Prozesse unvorstellbar oder nicht wahrnehmbar gemacht oder *entintelligibilisiert* (vgl. Hornscheidt 2012: 360) wird.

In meiner Analyse setze ich die aktuellen diagnostischen Änderungen der Krankheitskataloge ins Verhältnis zu vorangegangenen diagnostischen Revisionen und aktivistischen Forderungen. Zentral sind dabei die folgenden Forschungsfragen: *Wie zeichnen sich ständig verändernde (Gender-)Normen in psychiatrischen Diagnosen und deren Reformen ab? Wie wirken diese Normen auf gegenderte (Selbst)Verständnisse und Auseinandersetzungen innerhalb von Communities, die von diesen Diagnosen betroffen sind?* Dabei arbeite ich diskursanalytisch mit einer wissenstheoretischen Verknüpfung von *trans* Gender* und *Mad Studies*.

These und Kontext

Ausgangspunkt ist die These, dass sich (Gender-Normen) und (trans* spezifische) Diagnosen so zueinander verhalten wie eine Statue zu ihrem Negativ, ihrer Gegenform. In dem Herstellungsprozess einer Guß-Statue ist nur das Negativ, die Gegenform sichtbar. Sie wird minutiös definiert, unter die Lupe genommen und angepasst. Die Statue jedoch, also die Norm, bildet das Zentrum und bleibt gleichzeitig entnannt. Sie entzieht sich der Definition und Untersuchung. In Bezug auf den konkreten Forschungsgegenstand bedeutet dieses Bild, dass die über trans*spezifische Diagnosen klar definierten, psychiatrischen *Abweichungen* von zwei- und cis-gegenderten Vorstellungen⁴ gesellschaftliche Gendernormen bestätigen und hervorbringen, ohne sie explizit zu benennen. Sie schwingen entnannt und selbstverständlich allgegenwärtig mit.

Wie bei einer (noch nicht gegossenen) Statue ist es das Negativ, also die Gegenform, die untersucht und geformt wird. Sie ist unerlässlich in der Herstellung und Aufrechterhaltung gesellschaftlicher (Gender-)Normen. Gleichzeitig ist sie (nach ihrer Benutzung) verwerfbar. Ungegossen ist die Statue in diesem Bild deshalb, weil gesellschaftliche Normen zwar das gesellschaftliche Zentrum formen, jedoch weitestgehend ungreifbar bleiben. Ebenso sind Gendernormen in trans*spezifischen Diagnosen omnipräsent und gleichzeitig weitestgehend entnannt. Sie sind sowohl Zentrum als auch Leerstelle. Gendernormen lassen sich also aus den (sich ständig ändernden) trans*spezifischen Diagnosen ableiten, ohne dass diese darin explizit definiert sind. Dieses Bild verändert sich, wenn Normen zu Gesetzen werden. An dem Punkt wird die Statue gegossen. Die Normen werden benannt. Ein Beispiel dafür ist das Personenstandsgesetz in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Dieses bildet(e) (bis vor Kurzem) die ausschließliche zwei-gegenderte Einteilung in männliche und weibliche Optionen ab. Als Gesetz werden Normen festgesetzt und verbindlich. Sie werden aber auch greifbar und angreifbar (vgl. Lüthi 2020). Dies zeigt in Deutschland die Klage für eine dritte (Gender-)Option, welche vom Bundesverfassungsgericht 2017 angeordnet und im Perso-

4 Cis-genderistische Normen oder cis-gegenderte Vorstellungen bezeichnen (in Anlehnung an Hornscheidt 2012) die gesellschaftliche Norm, dass Menschen *ein* Gender haben, sich mit diesem identifizieren und dieses identisch ist mit dem bei der Geburt (zwangszugewiesenen Gender (ebd.: 113ff). Zwei-genderistische Normen legen hingegen fest, dass es *zwei* Gender gibt (ebd.: 73ff).

nenstandsgesetz 2018 umgesetzt wurde.⁵ Untersuchungsgegenstand in diesem Beitrag ist jedoch vielmehr die ungegossene Statue und Gegenform. Untersucht wird anhand von diagnostischen Prozessen, die subtile Herstellung von Gender-Normen über die Definition *des Anderen* und die Auslassung *der Norm*.

Gewachsen ist diese These von Form (Norm) und Gegenform (Diagnosen) im Kontext unterschiedlicher Wissensproduktionen, insbesondere aus intersektionalen *trans**, *Disability* und *Mad Activismen* und *Studien*. So beschreiben beispielsweise Liat Ben-Moshe et al. (2009) in einer historischen Herleitung, dass Normales (Normalität) angewiesen ist auf Anormales (Anormalität). Erst das Zum-Anderen-Gemachte (*VerAnderte*) bringt die Norm kontrastierend hervor und bestätigt sie:

»There is a need for people at the margin, in order to highlight and valorize ›normalcy‹ by contrasting it with a demeaned and derided ›abnormalcy‹ [...] Difference is thus projected onto stigmatized populations so all others can strive for some illusory normalcy.« (Ben-Moshe et al. 2009: 114)

Psychiatrische Verständnisse und Zusammenhänge sind in diesem Prozess der Anormalisierung zentral. Das beschreibt unter anderem Michel Foucault:

»Jedes Verhalten muß [...] im Hinblick auf und im Dienste einer Norm situiert werden, die ihrerseits von der Psychiatrie kontrolliert oder zumindest als solche wahrgenommen wird.« (Foucault 2003 [1999]: 209)

Psychiatrie hat demnach die Aufgabe, Norm kontrastierend zu bestätigen, indem sie das Anormale, das Pathologische definiert. Diese Funktion führt auch zu einer nahezu grenzenlos möglichen Ausdehnung psychiatrischer Zuständigkeiten: »Es gibt im Verhalten des Menschen letztlich nichts mehr, was nicht auf die eine oder andere Art [...] psychiatrisch befragt werden könnte« (ebd.: S. 209f.). Diesem Ansatz folgend, suche ich nach der psychiatrischen Bestätigung und Kontrolle von (Gender-)Normen über die Definition von der Abweichung von dieser Norm in *trans**- und (homo-)sexualitätsspezifischen Diagnosen.

Ausgangspunkt meiner Analyse sind die aktuellen Revisionen von *trans**-spezifischen Diagnosen in den Krankheitskatalogen *Diagnostic and Sta-*

5 Auch in Österreich und der Schweiz führte dies zu einer Überprüfung des Personenstandsgesetzes (vgl. Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt 2017, Verfassungsgerichtshof Österreich 2018, Garcia et al. 2014).

tistical Manual of Mental Disorders (DSM, herausgegeben von der *Amerikanischen Psychiatrischen Assoziation* [APA]) und ICD. Der DSM ist für den europäischen medizinischen Kontext nicht bindend. Jedoch richten sich sowohl die psychiatrischen Kategorien und Diagnosen im ICD als auch die europäischen Behandlungsstandards weitestgehend nach dem DSM. Das liegt daran, dass der DSM im Gegensatz zum ICD ausschließlich auf psychiatrische und angrenzende Diagnosen spezialisiert ist, während der ICD auch somatische Kategorien enthält. Dadurch werden im DSM die diagnostischen Merkmale und auch die Differenzialdiagnostik differenzierter ausgeführt.

Die aktuellen Revisionen erschienen 2013 (DSM V) und 2018 (ICD 11). Der DSM V wurde seitdem verbindlich implementiert. Der ICD 11 ist ab 2022 anzuwenden. In der neuesten Auflage des DSM sind trans*spezifische Diagnosen nach wie vor als psychiatrische Diagnosen gelistet, jedoch nicht mehr als (Gender- und Sexualitäts-)Identitätsstörung. Der ICD 11 (2018) listet trans*spezifische Diagnosen zu der gegenderten Identifikation nicht mehr als psychiatrische Diagnose, sondern als Teil des neu geschaffenen siebzehnten Kapitels, das folgendermaßen überschrieben ist: *Conditions related to sexual health*.

Die explizite Nennung von trans*spezifischen Diagnosen in den Krankheitskatalogen kann unterschiedlich datiert werden. So wurde der Wunsch, Kleidung anzuziehen, die gesellschaftlich nicht mit dem bei Geburt (zwangs-)zugeschriebenen Gender assoziiert wird, bereits in den 1960er Jahren explizit als pathologisch definiert und sowohl im ICD 8 als auch im DSM II mit der Diagnose *Transvestitismus* benannt. Die Diagnose selbst und ihre Revisionen bezeichne ich im Folgenden als *Kleidungspathologisierung*. In medizinischen und teilweise auch anderen gesellschaftlichen Kontexten wird *Transvestitismus* (oder *Transvestismus/transvestitische Störung*, wie die Diagnose in den Folgejahren heißen wird) nicht als trans* Diagnose, sondern als sogenannte *Differentialdiagnose* zu dieser verhandelt. Das heißt: Menschen, denen eine *Kleidungspathologie* zugeschrieben wird, können keine (andere) trans*spezifische Diagnose bekommen. Relevant ist dies, wenn es um den Zugang zu trans*spezifischer medizinischer Versorgung und juristischer Anerkennung geht.

Im ICD 9 (1975) und im DSM III (1980) wurde erstmals explizit die gegenderte *Identifikation mit dem Gegengeschlecht* diagnostisch (und somit pathologisch) als *Transsexualismus* definiert. Diese Diagnose und ihre Revisionen bezeichne ich im Folgenden als *Identitätspathologisierung*.

Tab. 1: Trans*- und (homo-)sexualitätsspezifische Diagnosen im DSM und ICD seit 1973 mit Fokus auf Identität (I), Kleidung (K) und Sexualität (S)

	1970	1980	1990	2000	2010	2020
	DSM II-6th (1973)		DSM III (1980)	DSM IV (1994)	DSM V (2013)	
I	-		Transsexualism	Gender Identity Disorder	Gender Dysphoria	
K	Transvestitism		Transvestism	Transvestic Fetishism	Transvestic Disorder	
S	Sexual Orientation Disturbance		Ego Dystonic Homosexuality	Sexual Disorder not Otherwise Specified	Target of (Perceived) Discrimination	
	ICD 9 (1975)		ICD 10 (1990)		ICD 11 (2018)	
I	Trans-sexualism		Gender Identity Disorder		Gender Incongruence	
K	Transvestism		Transvestic Disorder		-	
S	Homosexuality		Sexual Maturation Disorder Ego-dystonic Sexual Orientation		Target of Perceived Adverse Discrimination or Persecution	

Zeitlich erfolgt die diagnostische Einführung von *Transsexualismus* (und den vielen umbenannten Folgediagnosen) im ICD nur zwei Jahre nach der offiziellen Streichung der Diagnose *Homosexualität* im DSM (1973). Im ICD wurde die Diagnose *Homosexualität* bis 1990 parallel zu trans*spezifischen Diagnosen weitergeführt. Insbesondere vor der Einführung trans*spezifischer Diagnosen wurde oftmals die Diagnose *Homosexualität* verwendet, um die geenderte Identifikation mit einem anderen als dem bei Geburt (zwangszugeordneten Gender zu pathologisieren. Daraus folgt eine, bis heute diskursiv verbreitete und von trans* Organisationen vielfach kritisierte, Gleichsetzung von (homo-)sexualitäts- und (trans*-)genderspezifischen Themen (vgl. TrIQ & Wild 2014: S. 7f). Aufgrund dieser Überschneidung in der diagnostischen Praxis sind auch (homo-)sexualitätsspezifische Diagnosen seit 1970 Gegenstand meiner Untersuchung. Auch nach der expliziten Streichung der Diagnose *Homosexualität*, wurde die Pathologisierung über Sexualität (im Folgenden *Sexualitätspathologisierung* genannt) in den Krankheitskatalogen weitergeführt. So lassen sich trans*- und (homo-)sexualitätsspezifische psychiatrische Diagnosen unterteilen in Diagnosen nach Identität/Identifikation (I), Kleidung (K) und (Homo-)Sexualität (S). Die Grenzen verlaufen dabei fließend.

Die diversen Revisionen von trans*spezifischen Diagnosen im DSM und ICD verlaufen weitestgehend synchron. Sie umfassen Umbenennungen und die Verschiebung der Diagnosen in andere Überkategorien.

In einem Überblick wird deutlich, dass die Revisionen insbesondere die *Identitäts- und Sexualitätspathologisierung* umfassen. Auch im aktuellen DSM V findet sich *Kleidungspathologisierung* nach wie vor in der Überkategorie *Paraphile Störungen*. Dem entgegengesetzt stellt die *Gender Dysphorie* (die aktuelle Benennung der *Identitätspathologisierung* im DSM) eine eigene psychiatrische Überkategorie dar, unterteilt diese in eine Diagnose für Jugendliche und Erwachsene und eine Diagnose für Kinder. Sowohl der ICD 11, als auch der DSM V erwähnen erstmalig gegenderte Selbstverständnisse zwischen und außerhalb von den zwei Optionen ›männlich‹ und ›weiblich‹.

Grob lassen sich seit 1980 folgende (gleichbleibende) Gendernormen aus den trans*spezifischen Diagnosen ablesen:

- Menschen *haben* ein Gender.
- Menschen sind (bei Geburt) einem von zwei Geschlechtern zuzuordnen.
- Die Einteilung stimmt mit dem Selbstverständnis überein.
- Gender ist im Verlauf eines Lebens konstant und bleibt unverändert.
- Gender ist biologisch bestimmbar.
- Gender äußert sich über Kleidung, Tätigkeiten, Vorlieben und Fühlen.

In diesen Merkmalen stimmen die beiden Krankheitskataloge überein. Es gibt aber auch Unterschiede. Der maßgebliche Unterschied besteht in den aktuellen Revisionen darin, dass trans*spezifische *Identitätspathologisierungen* einmal als psychiatrische (DSM) und einmal als nicht-psychiatrische (ICD) Diagnose verstanden werden. Zudem wird die kleidungsspezifische Diagnose *Transvestic Disorder* im ICD 11 nicht weitergeführt. Kleidung – insbesondere in der trans*spezifischen *Identitätspathologisierung* von Kindern – spielt jedoch nach wie vor eine sehr zentrale Rolle in trans*spezifischen Diagnosen.

Zeitraum und Materialien

Für diesen Beitrag untersuche ich die aktuellen diagnostischen Reformen: *erstens* im historischen Verlauf der beiden Krankenkataloge seit 1973, *zweitens* in Bezug zu Begutachtungs- und Diagnoseleitlinien für Praktik*erinnen und

drittens im Kontext von trans*aktivistischen Bewegungen und deren Forderungen für Depsychopathologisierung.

In der diagnostischen Praxis sind neben den Krankheitskatalogen unterschiedliche (medizinische) Richtlinien maßgebend. Sie sind vor allem für psychiatrische Praktik*erinnen und Krankenkassen richtungsweisend und somit äußerst relevant für den Zugang zu und den Ausschluss von trans*spezifischer Gesundheitsversorgung. Sie regeln, welche Voraussetzungen für die Diagnose und somit für die medizinische (und indirekt auch juristische) Anerkennung der gegenderten Identität erfüllt sein müssen. In Deutschland ist das derzeit die *S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung von Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit* (vgl. AWMF 10/2018). Die Krankenkassen arbeiten jedoch nach wie vor mit der *Begutachtungsanleitung Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen* (MDS) von 2009. Eine Orientierung bieten in Österreich die Stellungnahme der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt zu *Intersexualität und Transidentität* (2017) und in der Schweiz kleinere unverbindliche Standards (beispielsweise Garcia et al. 2014). Länderübergreifend sind zudem die *Standards of Care: Versorgungsempfehlungen für die Gesundheit von transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Personen des Weltverbandes für Transgender Gesundheit* (WPATH 2012) richtungsweisend.

Bewegungspolitisch kontextualisiere ich diese Revisionen in trans*aktivistischen Forderungen der Depsychopathologisierung. Hierfür analysiere ich drei zentrale internationale Kampagnen (oder Interventionen), in denen deutschsprachige trans* Organisationen eine bedeutende Rolle gespielt haben und/oder die im deutschsprachigen Raum öffentlich rezipiert und diskutiert wurden: die Kampagne *Stop Trans Pathologization 2012* (STP2012), den *GATE-Report von Global Action for Trans Equality* und die *Online-Petition #notsick*.

Ergänzt werden diese Materialien durch Stellungnahmen und Presseberichte von fünf trans* Organisationen: *Bundesverband Trans** (BVT) und *Trans-InterQueer* (TriQ)⁶ aus Deutschland, *Transgender Network Switzerland* (TGNS) aus der Schweiz, *TransX* aus Österreich sowie *Transgender Europe* (TGEU) als europaweite (weitestgehend englischsprachige) Organisation, die in allen drei Ländern eine zentrale Rolle spielt.

6 Da der BVT erst 2015 gegründet wurde, habe ich für die Zeit davor Materialien von TriQ analysiert.

Pathologisierung: Intelligibilisierung und VerÄnderung

Seit der expliziten Einführung trans*spezifischer Diagnosen ist die Beziehung von trans* Bewegungen zu (psychiatrischen) Diagnosen und Medizin ambivalent. Es besteht ein Spannungsfeld zwischen gesellschaftlicher Anerkennung und *VerÄnderung*: Mit trans*spezifischen (Identitäts-)Diagnosen wurde erstmalig medizinisch wahrnehmbar, dass gegenderte Selbstverständnisse teilweise nicht mit dem bei Geburt (zwangszugewiesenen) Gender übereinstimmen. Medizin ist eine der zentralen Institutionen, die Wirklichkeit herstellen (vgl. Foucault 2017 [1972]: 40). Auch die juristische Anerkennung über trans*spezifische Vornamens- und Personenstandsänderung ist an eine Diagnose geknüpft. Eine medizinische und juristische Anerkennung von Selbstverständnissen, die nicht den Cis-Normen entsprechen, ist demnach (auch) eine Bestätigung der eigenen Existenz. *Existiere ich, wenn weder Recht noch Medizin meine Existenz anerkennen?* Das (*gegenderte*) *Ich* wird also über die Pathologisierung erst in gesellschaftliche Wahrnehmbarkeit gebracht. Doch geschieht das zum Preis der *VerÄnderung*, also der Herstellung als das Andere, Abnormale, Pathologische.

Dieser Prozess der gleichzeitigen Intelligibilisierung und *VerÄnderung* findet sich in der aktuellen Revision des DSM V von 2013 in Bezug auf non-binäre Personen. Erstmals berücksichtigen trans*spezifische *Identitätspathologisierungen* neben »weiblichen« und »männlichen«, auch non-binäre Genderverständnisse. Bis zu diesem Zeitpunkt fand sich in den Diagnosen nur die Formulierung von »dem anderen Geschlecht/Gender«. Gegenderte Selbstverständnisse außerhalb und zwischen zwei Gendern waren aus dem medizinischen (und somit auch juristischen) Wahrnehmbarkeitsfeld ausgeschlossen. In der aktuellen Diagnose findet sich hierfür die folgende Formulierung: »the other gender (or some alternative gender different from one's assigned gender)« (APA 2013: 452). Durch diese explizite Aufnahme in die Diagnose werden non-binäre Selbstverständnisse medizinisch wahrnehmbar. Sie werden jedoch auch zu einem pathologisch-individualisierten Gegenstand. Diese Gleichzeitigkeit von Intelligibilisierung und *VerÄnderung* gilt auch im weiteren Sinne für (trans*spezifische) Diagnosen.

Trans*spezifische Diagnosepraxis

Die explizite Einführung trans*spezifischer Diagnosen macht die Existenz außerhalb der oder im Kontrast zu den Zwei- und Cis-Gendernormen erst

(medizinisch, juristisch und gesellschaftlich) wahrnehmbar und möglich. Das ist jedoch daran geknüpft, diese Existenz als defizitär anzunehmen. Besonders zentral im Kontext von trans*spezifischen Diagnosen ist, dass erst die medizinische Intelligibilisierung den Zugang zu trans*spezifischer Gesundheitsversorgung ermöglicht. Dies gilt insbesondere für hormonelle und operative Unterstützung. Da auch juristische Anerkennungsprozesse (noch) weitestgehend medizinische Diagnosen voraussetzen, ist auch die juristische Anerkennung in Form von Namens- und Personenstandsänderungen gebunden an die *verAndernde* medizinische Intelligibilisierung (Das wird im deutschen *Transsexuellen Gesetz* [TSG] und österreichischen und schweizerischen Standards deutlich). Trans*spezifische Diagnosen ermöglichen demnach, für einige Menschen in ihrer gegenderten Selbstbestimmung medizinisch und juristisch wahrgenommen zu werden. Dies gilt jedoch nach wie vor vorwiegend für trans* Personen, die sich eindeutig als ›männlich‹ oder ›weiblich‹ verstehen.

Für non-binäre Personen ist der Zugang zu trans*spezifischer medizinischer Versorgung und juristischer Anerkennung noch uneindeutig und teilweise widersprüchlich geregelt. Ein Grund dafür ist, dass sich die Regelungen in Bezug auf non-binäre Möglichkeiten gerade auf diagnostischer und juristischer Ebene im Umbruch befinden. Veränderungen werden angestrebt und (teilweise unterschiedlich) umgesetzt: Zwar werden non-binäre Optionen in den aktuellen Krankheitskatalogen und in den meisten Behandlungsrichtlinien erwähnt (vgl. AWMF 2018: 15, WPATH 2012: 11, Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt 2017, Garcia et al. 2014). Dadurch kann eine trans*spezifische Diagnose auch bei Menschen zu tragen kommen, die sich zwischen oder jenseits von zwei Gendern verorten. Die Behandlungs- und Begutachtungsstandards der Krankenkassen (vgl. MDS 2009), die für die Kostenübernahme in Deutschland ausschlaggebend sind, sehen jedoch nach wie vor nur binäre Selbstverständnisse und Gesundheitsversorgung vor. Eine ähnliche Widersprüchlichkeit gilt auch für gesetzliche Revisionen (§45b PStG) und juristische Überlegungen (vgl. Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt 2017; Die Bundesversammlung – Das Schweizer Parlament 2017; Verfassungsgerichtshof Österreich 2018): Non-binäre Optionen werden darin erstmalig explizit berücksichtigt. In der praktischen Umsetzung kommt es jedoch zu unterschiedlichen Auslegungen und Gerichtsentscheiden, welche trans* und agender Personen ohne inter* Indikation rückwirkend von dieser Regelung ausschließen (vgl. TrIQ 2020; Bundesgerichtshof 2020; Bundesrat 2018).

Aus den bisherigen Erläuterungen zu Prozessen der Pathologisierung, ergibt sich der erste Teil des Dreisatzes:

Pathologisierung = Intelligibilisierung + VerÄnderung

Diagnostische Ausschlüsse

Eine trans*spezifische Diagnose ermöglicht Zugänge und Wahrnehmbarkeiten für den Preis der VerÄnderung. Diese Zugänge werden im Sinne eines *gatekeeping* reguliert. Diagnostische Ausschlusskriterien definieren, welche Personen nicht (oder nur erschwert) eine trans*spezifische Diagnose – und dadurch Zugang zu medizinischer Versorgung und juristischer Anerkennung – erlangen. Zentral sind dabei sogenannte Differenzialdiagnosen. Sie sind (potentielle) diagnostische Ausschlussgründe für eine trans*spezifische Diagnose. Lange war eine inter* Indikation ein Ausschlussgrund für trans*spezifische Diagnosen. Im DSM V (2013) ist dies erstmalig nicht mehr der Fall. Diese Änderung ist eine Reaktion auf jahrelange Forderungen von trans* und inter* Organisationen, welche darauf hinweisen, dass trans* und inter* keine sich ausschließende Positionen sind. Jedoch werden weitere Differenzialdiagnosen, trotz aktivistischen Kritiken (GATE 2011), in den aktuellen Krankheitskatalogen und Begutachtungsrichtlinien weitergeführt. Auch im aktuellen DSM werden »Schizophrenie und andere psychotische Erkrankungen« (APA 2013: 458) als Differenzialdiagnosen und potenzielle Ausschlusskriterien genannt. In den Diagnoserichtlinien des *Medizinischen Dienstes der Krankenkassen*, die insbesondere in Deutschland die Grundlage für die Finanzierung von trans*spezifischer Gesundheitsversorgung bilden, zählt jede diagnostizierte ›Persönlichkeitsstörung‹ als potenzielle Differenzialdiagnose und somit als Ausschlussgrund (vgl. MDS 2009: 9). Deutlich ausführlicher als die anderen analysierten Leitlinien besprechen die S3-Leitlinien unter anderem Diagnosen wie *Borderline*, *Schizophrenie* oder *Autismus*, aber auch *psychotische* oder *dissoziative Symptome* als potenziellen Ausschlussgrund. Gleichzeitig betonen die Leitlinien wiederholt, dass Personen durchaus trans* sein *und* weitere Diagnosen haben können. Das wird auch in den *Standards of Care* der WPATH hervorgehoben. In der Praxis des Begutachtens führen diese Differenzialdiagnosen jedoch mehrheitlich zu einem diagnostischen Ausschluss oder zumindest zu einer deutlichen

Erschwerung der medizinischen Anerkennung der eigenen gegenderten Identifikation (vgl. Lüthi 2015).

In der Pathologisierung von gegenderten Selbstverständnissen, die nicht mit dem bei Geburt zwangszugewiesenen Gender übereinstimmen, spielen psychiatrische Vorstellungen von *Psychosen* und *Wahn* schon lange eine wichtige Rolle. Vor der Einführung expliziter trans*spezifischer Diagnosen wurde die Identifikation mit einem anderen als dem bei Geburt zwangszugewiesenen Gender oftmals als »wahnhaft« und somit »psychotisch« (Drescher 2015: 390) definiert. Gegenderte Selbstverständnisse, die nicht mit dem bei Geburt zwangszugewiesenen Gender übereinstimmen, und/oder das Hinterfragen gesellschaftlicher Gendernormen wurde (und wird teilweise bis heute) als realitätsfern und »wahnhaft« bezeichnet (ebd.) – sowohl in psychiatrischen als auch in Alltagsdiskursen. Seit der psychiatrischen Intelligibilisierung von trans* im Jahr 1973 wird dieser Befund differenzialdiagnostisch als (potenzieller) Ausschlussgrund verhandelt.

Auch heute ist die diagnostische Konstruktion von *wahnhafter* und *trans*spezifischer Genderidentifikation* nur schwer zu entflechten. Die Differenzierung macht sich primär daran fest, ob eine Person die eigene (gegenderte) Identifikation oder die psychiatrische Logik als Grundsatz für das eigene Verständnis nimmt. Es gilt als potenziell *wahnhaft*, wenn eine Person »truly believes that he or she is a member of the other sex« (DSM IV 1994: 537). Trans*spezifische Diagnosen sollen hingegen angewandt werden, wenn »the person feels like a member of the other sex« (ebd.). Die Grenze verläuft demnach zwischen dem *wahrhaftigen Glauben* eine Person des anderen Genders zu *sein* (potentiell *wahnhaft*) und sich, wie eine Person des anderen Genders zu *fühlen* (ohne an das eigene Fühlen wirklich zu glauben – potentiell *trans**). Damit setzt diese Definition eine Übernahme medizinischer Perspektiven und eine Distanzierung von dem eigenen Selbstverständnis voraus: Nur wer das eigene Fühlen als pathologisch definiert, wird als glaubhaft anerkannt. Im weiteren psychiatrisch-diagnostischen Kontext wird dieser Vorgang auch *Krankheitseinsicht* genannt. Das (psychiatrische) Versprechen einer Besserung, Heilung oder Anerkennung ist demnach geknüpft an die Übernahme der psychiatrischen Perspektive auf sich selbst. Das gilt sowohl für die sogenannte *Krankheitseinsicht* als auch in Bezug auf die diagnostisch implizierten Gendernormen. Trans* Menschen müssen cis- und zweigenderistische Gendernormen anerkennen, damit die Identifikation mit einem anderen als dem bei Geburt zwangszugewiesenen Gender, als trans* und nicht als potentiell *wahnhaft* diagnostiziert wird. Insbesondere für trans* Personen

mit mehreren psychiatrischen Diagnosen führt dies dazu, dass der Zugang zu trans*spezifischer Gesundheitsversorgung und juristischer Anerkennung von Gender und Name, erschwert oder gar verunmöglicht wird.

Somit definieren Prozesse der Pathologisierung sowohl das Pathologische (die gegenderte Identifikation mit einem anderen als dem bei Geburt zwangszugewiesenen Gender) und die gegenderte Norm (es gibt zwei Gender. Das gegenderte Selbstverständnis bleibt ein Leben lang gleich und stimmt mit dem bei Geburt zwangszugewiesenen überein), als auch die Abweichung von der Abweichung über Differenzialdiagnostik (bis 2013: inter* und non-binäre Selbstverständnisse; aktuell: trans* Personen mit mehrfacher Betroffenheit von Psychopathologisierung).

Depathologisierung: Normalisierung und Ent_Solidarisierung

Im ICD 11 sind trans*spezifische Identitätsdiagnosen erstmals nicht mehr unter psychiatrischen Diagnosen gefasst. Dies ist das Ergebnis von internationalen trans* Bewegungen, die jahrelang die Streichung aus psychiatrischen Diagnosekategorien und gleichzeitig die Gewährleistung trans*spezifischer Gesundheitsversorgung forderten. Laut Jack Drescher, der sowohl bei der Revision des DSM als auch des ICD in der sogenannten Expert*innen-gruppe dabei war, wurde mit den Revisionen versucht, einen Weg zu finden, »that removes the stigma of having a mental disorder diagnosis while maintaining access to medical care« (Drescher 2014: 12). Und tatsächlich gewährleisten die neuen Diagnosen (sowohl im DSM als auch im ICD) vielerorts den Zugang zu trans*spezifischer Gesundheitsversorgung (wofür es eine Diagnose benötigt). Auch wurde das Stigma psychiatrischer Diagnosen möglichst weit reduziert, indem die Diagnose aus der psychiatrischen Kategorie (ICD) beziehungsweise der Überkategorie der Identitätsstörung (DSM) verschoben wurde. Mit dem Anliegen trans* Personen loszulösen von dem »Stigma einer psychischen Störung« wird gleichzeitig anerkannt, dass psychiatrische Diagnosen mit einer gesellschaftlichen Stigmatisierung oder Diskriminierung einhergehen. Die Entfernung von trans* Personen aus dieser Kategorie ändert jedoch nichts an der Stigmatisierung von psychopathologisierten Positionen per se.

Der Wunsch, dieser Diskriminierung entgegenzuwirken, ist nachvollziehbar. Es gibt jedoch unterschiedliche aktivistische Handlungsmöglichkeiten. Die Forderung, von der stigmatisierenden Zuschreibung psychiatrischer

Diagnosen ausgenommen zu werden, also sich von (anderen) psychopathologisierten Positionen zu distanzieren, ist eine Möglichkeit. Eine andere ist es, (Psycho-)Pathologisierung und die damit einhergehende Diskriminierung grundsätzlich (und nicht nur in Bezug auf einzelne Diagnosen) herauszufordern. Letzteres ist anschlussfähig an psychiatriekritische und Mad-Studies-Ansätze. Diese argumentieren beispielsweise, dass psychiatrische Diagnosen durch zeitliche und geografische Normalisierungsvorgänge hervorgebracht werden und eine gesellschaftliche Funktion der Kontrolle und Disziplinierung erfüllen (vgl. Menzies et al. 2013: 3ff.). Diese Ansätze setzen sich nicht nur mit einzelnen Diagnosen auseinander, sondern vielmehr mit der umfassenderen Gewalt und Diskriminierung durch psychiatrische Zusammenhänge und Verständnisse.

Kritik an (trans*spezifischen) Diagnosen

Alle der untersuchten Kampagnen, Interventionen und Organisationen kritisieren die Psychopathologisierung von trans* Personen und fordern deren Depsychopathologisierung. Nur wenige kritisieren dabei die Stigmatisierung von *allen* psychiatriebetroffenen Personen. Eine umfassende (selbst)kritische Auseinandersetzung mit (trans*) Pathologisierung finden sich in dem Forderungskatalog von GATE. Sie weisen darauf hin, dass jegliche Aktionen, die das Ziel haben, der mit psychiatrischen Diagnosen zusammenhängenden Stigmatisierung von trans* Personen entgegenzuwirken, diese Stigmatisierung weder normalisieren noch auf andere Personen oder Personengruppen projizieren dürfen.

»Stigma associated with mental health issues is an extended challenge for the trans* movement; however, any action aimed at facing and dismantling it must neither naturalize stigma nor project it over other communities.«
(GATE 2011: 7)

GATE verbinden dabei die Forderung, einzelne Diagnosen aus (psychiatrischen) Krankheitskategorien zu streichen, mit einer umfassenderen Hinterfragung von (psychiatrischer) Pathologisierung. Meine Analyse der Forderungen und Stellungnahmen von trans* Bewegungen zeigt jedoch, dass die Forderung von Depsychopathologisierung mehrheitlich mit einer Distanzierung von weiteren psychopathologisierten Personen einhergehen. Psychiatrische Logiken und Kategorisierungen werden dabei nicht per se kritisiert, sondern

teilweise gar bestätigt und verstärkt. Das zeigen exemplarisch die folgenden Stellungnahmen und Forderungen:

»Trans muss einfach als vollkommen normale Geschlechtsvariante gelten, und nicht als psychisch krank, nicht als bedauernswerte Kreaturen [...]« (TGNS 2013)

»The nightmare scenario that most trans people still face today [...] [is] a diagnosis of mental illness, despite not being mentally ill.« (TGEU 2015)

»Weder trans* Kinder oder Jugendliche, noch Erwachsene sind psychisch krank.« (TrIQ 2013)

Solche Argumentationen führen meines Erachtens genau zu der von GATE befürchteten Verstetigung und Naturalisierung der Stigmatisierung psychopathologischer Personen. Es findet eine Entsolidarisierung von weiteren psychiatriekritischen Bewegungen statt. Psychopathologisierte Personen werden als ›bedauernswerte Kreaturen‹ hergestellt, von denen trans* Personen abzugrenzen sind. Trans* Personen, die aufgrund unterschiedlicher Diagnosen als ›psychisch krank‹ gelten, werden aus dem dadurch hergestellten *Wir* ausgeschlossen.

In dem zweiten Zitat wird geschrieben, die Zuschreibung einer ›psychiatrischen Krankheit‹ sei ein Albtraum. Unklar bleibt, ob der Albtraum mit der damit zusammenhängenden Stigmatisierung, mit den Diagnoseprozeduren oder mit anderen Aspekten der Psychopathologisierung zusammenhängt. In der Konsequenz wird jedoch nicht der *Albtraum der Psychopathologisierung* kritisiert – dies hätte das Potenzial einer Solidarisierung mit *verrückten* (cis- und trans*-)Personen. Vielmehr werden zwei Gruppen hergestellt: ein *Wir*, der ›nicht wirklich psychisch Kranken‹ und die *Anderen*, ›wirklich psychisch Kranken‹. Die gesellschaftliche Angst und das Mitleid gegenüber psychopathologisierten Personen wird tendenziell verstärkt, um sich dann davon zu distanzieren. Es gibt jedoch nicht grundlegend eine Distanzierung von der strukturellen Gewalt durch Psychopathologisierung. Letztlich legt diese Aussage nahe, dass es Menschen gebe, die zu Recht als ›psychisch krank‹ gelten und somit auch zu Recht dieses *Albtraumszenario der Psychopathologisierung* erleben.

In allen untersuchten Aussagen – und am Deutlichsten in der letzten – werden trans* Personen zwar als ›nicht psychisch krank‹ vorgestellt, die Kategorie ›psychisch krank‹ selbst aber wird nicht kritisch hinterfragt. Auf diese

Weise wird erstens psychische Krankheit als essenzialistisch-individualisierendes medizinisches Konzept verstärkt und zweitens ein *Wir* (trans* = nicht ›psychisch krank‹) und *die Anderen* (die ›wirklich psychisch Kranken‹) hergestellt. Die internationale Petition #*notsick* trägt diese Differenzierung bereits in der Bezeichnung und noch expliziter in vielen der internationalen Aufrufe: »We are trans* not sick!« (Zachs 2013, #*notsick* England), »Trans people aren't sick« (Talackova 2013, #*notsick* Kanada), »Transsexuelle Menschen sind NICHT psychisch krank« (Atme e.V. 2013, #*notsick* Deutschland). Diese Distanzierung von weiteren psychopathologisierten Personen und Bewegungen ist politisch unsolidarisch und ausschließend: trans* Menschen, die von mehreren psychiatrischen Diagnosen betroffen sind, werden unsichtbar gemacht. Sie passen weder auf die eine noch auf die andere Seite dieser Konstruktion.

Das hier beschriebene Spannungsfeld wird von *GATE* ziemlich treffend als Gefahr formuliert: Ein Stigma wird naturalisiert und auf andere Personen(-gruppen) projiziert. Daraus leitet sich die zweite Formel des Dreisatzes ab:

Depathologisierung = Normalisierung + Ent_Solidarisierung

Dieser Vorgang ist nicht nur in trans* Bewegungen der Depsychopathologisierung zu finden. Es stellt eine Herausforderung für jede Bewegung dar, die gesellschaftliche Veränderungen oder Reformen *innerhalb* eines bereits bestehenden (oftmals macht- und gewaltvollen) Systems anstrebt. A.J. Withers beschreibt dieses Dilemma zwischen Normalisierung und Ent_Solidarisierung am Beispiel von der Depathologisierung von *Homosexualität*:

»Establishing ›ourselves‹ outside of the rubric disabled meant that not only did the mainstream gay rights movement sell out its disabled members (not to mention its racialized, poor, trans, intersexed, two-spirited, and, often-times, women members) but also that it sold out its future. Fighting to remove yourself from the categorisation of disabled, rather than working with others classified as disabled to challenge the systems that permit the characterisation of undesirable people as disabled, the mainstream gay rights movement has ensured the queer community is at perpetual risk of being repathologized as those in power see fit.« (Withers 2014: 124)

Wenn Menschen fordern, von einem System anerkannt zu werden, bestätigen sie auch die Validität und Definitionsmacht von eben diesem System. Sie bleiben in dem vorgegebenen Rahmen, machen sich abhängig von des-

sen Regeln und Definitionen. Die psychiatrische Logik bleibt dabei auch in den Prozessen der Depsychopathologisierung omnipräsent und gleichzeitig *entnannt*. Die Unterteilung in ›psychisch gesund‹ und ›psychisch krank‹ wird aufrechterhalten. Das ›Kranke‹ gilt als defizitär und solle behandelt oder rehabilitiert werden. Innerhalb dieser Logik sind die Möglichkeiten kollektiver, solidarischer Politiken der Depsychopathologisierung begrenzt. Sie finden sich jedoch ansatzweise in dem Katalog von GATE und auch in Teilen der STP2012-Kampagne, die mancherorts in naher Zusammenarbeit oder als Teil von weiteren Bewegungen von Psychiatriebetroffenen umgesetzt wurden (vgl. Allex 2014). Diese Beispiele zeigen, dass auch innerhalb reformistischer Forderungen differenzierte solidarische Politiken (wenn auch begrenzt) möglich sind.

Jenseits von medizinischen Logik(en)

Mit der Distanzierung von mehrfach-psychopathologisierten trans* Personen, bewegen sich einige Forderungen der Depsychopathologisierung auffallend nah an den differenzialdiagnostischen Bestimmungen in den Krankheitskatalogen und Begutachtungsrichtlinien. Trans* Menschen, die aufgrund unterschiedlicher Diagnosen als *verRückt*, ›behindert‹ oder (chronisch) ›krank‹ gelten, sind in diesem (›nicht-kranken‹) Verständnis von trans* nicht mehr wahrnehmbar. Sie werden explizit ins Außerhalb des Diskurses verschoben. Dabei wird deutlich, dass auch in Prozessen und Forderungen der Depsychopathologisierung psychiatrische und medizinische Logiken aufrechterhalten und bestätigt werden.

Unvorstellbar und nicht wahrnehmbar werden dabei nicht nur einzelne Personen, sondern auch kollektive und gesellschaftskritische (Selbst-)Verständnisse und Paradigmen. Schließlich schaffen Diagnosen eine ganz bestimmte Perspektive auf die dadurch definierten Verhaltensweisen, (Selbst-)Wahrnehmungen, Gefühle und Personen. Von gesellschaftlichen Normen *abweichende*, gegenderte (Selbst-)Verständnisse werden in dieser Logik als pathologisch verstanden und in den jeweiligen Individuen verortet. Dies gilt auch für die aktuellen (wenn auch im ICD 11 nicht mehr psychiatrischen) trans*spezifischen Diagnosen. Trans* wird dabei als etwas Individuelles verstanden, als ein pathologisches Problem von Einzelpersonen, das deshalb auch individuell und medizinisch ›behandelt‹ werden muss. Dem

stehen trans*, non-binäre, a-gender und ex-gendernde⁷ Positionen gegenüber, die diese (Selbst-)Verständnisse (auch) als Kritik an gesellschaftlichen Gendernormen verstehen und die das eigene (Selbst-)Verständnis als eine widerständige politische Positionierung oder Handlung gestalten. In diesem (Gegen-)Verständnis ist das ›Problem‹ ein gesellschaftliches, dessen ›Lösung‹ primär darin besteht, gesellschaftliche Gendernormen zu hinterfragen und zu verändern.

Dieses Verständnis steht konträr zu diagnostischen Logiken, die nach dem Individuellen und Pathologischen fragen und somit von vornherein ein kollektives und politisches Verständnis ausschließen. Nach dieser (psychiatrisch-medizinischen) Logik besteht sowohl das ›Problem‹ als auch dessen ›Lösung‹ allein in den *veränderten* Individuen – und eben nicht in gesellschaftlichen (Macht-)Verhältnissen. Es handelt sich also um unterschiedliche Verständnisse: ein psychiatrisch-medizinisches und ein selbstbestimmtes. In hegemonialen Diskursen bewegen sich diese Verständnisse jedoch nicht gleichwertig nebeneinander. Die diskursive Wirkmächtigkeit ist hierarchisch. Die Kritik an Cis- und Zwei-Gendernormen muss nicht mehr als Kritik ernstgenommen werden, wenn sie als individuelle Pathologie hergestellt wird. Die Norm bleibt dadurch weitestgehend unangetastet. Die Kritik, die kollektiven gesellschaftskritischen Verständnissen zugrunde liegt, wird dabei diskursiv verworfen. Medizin (und Psychiatrie als Teil davon) funktioniert als einzige akzeptierte Definitionsmacht. Das zeigt sich auch darin, dass medizinische Diagnosen die Voraussetzung für medizinische Versorgung und juristische Anerkennung sind. Diese Logik muss von den Individuen übernommen werden um gesellschaftliche Zugänge zu erlangen. Psychiatrisch-medizinische Logiken werden dabei als Rahmen anerkannt und bestätigt. Das geht einher mit einer Übernahme individualisierender (und potentiell pathologisierender) Selbstverständnisse. In dieser Logik werden kollektive und gesellschaftskritische Selbstverständnisse – und insbesondere a-gendernde und ex-gendernde Verständnisse – unvorstellbar gemacht.

Somit geht die Depsychopathologisierung von trans* einher mit der:

7 A-gender beschreibt Selbstverständnisse ohne Genderbezug. Ex-gender beschreibt den Prozess, sich von Gender zu verabschieden, Gender in der Wahrnehmung von sich selbst und anderen loszulassen sowie zugleich strukturelle Gewalt zu benennen (vgl. Hornscheid/Oppenländer 2019, Spoon/Coyote 2016).

- Anpassung an und Aufnahme in gesellschaftliche Normvorstellungen (Normalisierung)
- Individualisierung und Entpolitisierung von potenziell kollektiven und widerständigen (nicht-)geenderten Vorstellungen.
- Distanzierung von (mehrfach) psychopathologisierten Positionen (Entsolidarisierung)

Um dieser Form der psychiatrischen Vereinnahmung entgegenzuwirken, fordern viele trans* Organisationen, dass juristische Anerkennung und der Zugang zu trans*spezifischer Gesundheitsversorgung auf Selbstbestimmung, statt auf (Differenzial-)Diagnostik basieren soll (vgl. GATE 2011: 7, 9; BVT 2019). Diese Forderung wurde jedoch weder in den Revisionen des DSM und ICD noch in den untersuchten Leitlinien für Praktik*erinnen berücksichtigt.

Repathologisierung: Ausweitung und Ent_Wahrnehmung

Der Prozess der Repathologisierung beschreibt die Weiterführung von Pathologisierung nach und in Prozessen der Depathologisierung. Das gilt einerseits für die weiterführende Pathologisierung in juristischen und Alltagsdiskursen. Andererseits gilt es für die weiterführende diagnostische Pathologisierung von ›zurückgelassenen‹ Personengruppen oder vergessene Diagnosen, wie dies im DSM V für die weitestgehend gleichgebliebene *Kleidungsopathologisierung* der Fall ist. Ein historisches Beispiel findet sich in der offiziellen Streichung der Diagnose *Homosexualität* und der damit einhergehenden Einführung trans*spezifischer Diagnosen. Bis zur Einführung einer expliziten Pathologisierung von trans* Identitäten wurden trans* Personen oftmals über die Diagnose *Homosexualität* pathologisiert. Vom Prozess der Depsychopathologisierung von *Homosexualität* waren sie jedoch ausgeschlossen. In ein hegemoniales Verständnis von Gender passten sie nur als das *psychopathologisierte Andere*.

Repsychopathologisierung von *Homosexualität*

Repsychopathologisierung wirkt weit über psychiatrisch-medizinische Kontexte bis in gesamtgesellschaftliche Diskurse hinein. Die offizielle Depsychopathologisierung von *Homosexualität* (1973 im DSM und 1990 im ICD), bietet ein anschauliches Beispiel dafür. In veränderter Form wird die Pathologi-

sierung von (*Homo-*)*Sexualität* bis heute auf diagnostischer, juristischer und medialer Ebene weitergeführt. Im ICD 10 (bis 2022 gültig) findet sich *Homosexualität* in den Diagnosen »Sexual Maturation Disorder«, »Sexual Relationship Disorder« und »Ego-dystonic Sexual Orientation«. Bis 2013 war *Homosexualität* auch im DSM IV gelistet, unter »Sexual Disorder not Otherwise Specified« (vgl. Tab.1). In den neuesten Auflagen der Krankheitskataloge DSM V und ICD 11 ist *sexuelle Orientierung* nach wie vor Teil der Diagnose »target of (perceived) discrimination« (DSM V). Die Diagnose ist ein Versuch der APA und WHO, gesellschaftliche Machtstrukturen zu berücksichtigen. Dabei stoßen sie an die Grenzen psychiatrisch-medizinischer Logiken. Innerhalb eines Krankheitskataloges, dessen Ziel es ist, individuelle Diagnostik zu ermöglichen und zu vereinheitlichen, bleibt das ›Problem‹, das es zu behandeln gilt, das diskriminierte Individuum und nicht die diskriminierenden Gesellschaftsstrukturen. Auch die Formulierung *perceived discrimination* (übersetzt: wahrgenommene Diskriminierung), die sich durch den gesamten Text der Diagnose zieht, ist bezeichnend für die Logik psychiatrischer Diagnosen und die ständige Beobachtung, Relativierung und (Um-)Deutung der Aussagen psychiatrisierter Personen (vgl. unter anderem Liegghio 2013: 125ff.). Und so kann diese Diagnose als Ausdehnung psychiatrischer Einflussnahme verstanden werden. Denn mit ihr weitet sich die Zuständigkeit von (per se individualisierender und pathologisierender) Diagnostik auf den eindeutig politischen und gesellschaftlichen Bereich der (Anti-)Diskriminierung aus. Daraus lässt sich der dritte Teil des Dreisatzes ableiten:

Repathologisierung = Ent_Wahrnehmung + Ausdehnung

Diese Ausdehnung bezieht sich jedoch nicht nur auf psychiatrisch-medizinische Diskurse. Die weiterführende Pathologisierung findet sich auch anhand eines aktuellen juristischen Beispiel: Am 29. Oktober 2019 – 29 Jahre nach dem offiziellen Streichen der Diagnose *Homosexualität* aus dem europäischen Krankheitskatalog der WHO (ICD 10) und 46 Jahre nach dem Streichen aus dem Krankheitskatalog der APA (DSM III) – veröffentlichte das deutsche Bundesministerium für Gesundheit den

»Entwurf eines Gesetzes zum Schutz vor Behandlungen zur Veränderung oder Unterdrückung der sexuellen Orientierung oder der selbstempfundenen geschlechtlichen Identität« (ebd.: 11).

Medial wird dies auch als *Gesetz zum (teilweisen) Verbot von Konversionstherapien* verhandelt (vgl. unter anderem taz vom 19.12.2019). Auch wenn der Gesetzentwurf versucht die Möglichkeiten von sogenannten *Konversionstherapien* einzuschränken, wird (unfreiwillig) die Vorstellung reproduziert, dass sexuelle Orientierung und Genderidentifikationen außerhalb von Hetero-, Cis- und zwei-gendernden Normen potenziell geändert werden können (und sollen), damit sie gesellschaftlichen Normen entsprechen. Dieser Gesetzentwurf sieht noch immer Bedingungen vor, die eine *Konversionstherapie* ermöglichen: Verboten werden solche ›Therapien‹ explizit für Personen unter 18 Jahren und Personen, die nicht freiwillig einwilligen. Eine Ausnahme besteht für Personen über 16 Jahren, die einwilligen und über die *erforderte Einsichtsfähigkeit* verfügen. Der durch diesen Gesetzesentwurf versprochene Schutz für einen sehr kleinen Teil der von *Konversionstherapien* betroffenen Personengruppen geht demnach einher mit einer weitreichenden und grundlegenden Legitimation dieser Maßnahmen als ›Therapien‹.

Auch für Menschen, die aufgrund ihrer sexuellen Orientierung Asyl beantragen, zeigen die *Prozesse zur Feststellung von Homosexualität* eine Kontinuität zu ehemaligen Diagnoserichtlinien zu *Homosexualität* (und trans*spezifischen Diagnosepraktiken). Um die sexuelle Orientierung zu beweisen, werden medizinische Untersuchungen, Zeug*innenaussagen und Fotos herangezogen (vgl. Jansen & Spijkerboer 2011: S. 50-58). Letzteres wurde zwar 2014 durch einen Entscheid des Europäischen Gerichtshofes eingegrenzt, bleibt aber weiterhin erlaubt.

Auch in trans*spezifischen Diagnosen wird *sexuelle Orientierung* nach wie vor als Diagnosemerkmal weitergeführt. Dabei hält die APA daran fest, trans* Personen durchgängig über das bei Geburt zwangszugewiesene Gender zu definieren:

»For both natal male and female children showing persistence, almost all are sexually attracted to individuals of their natal sex. [damit ist gemeint, dass fast alle trans* Personen heterosexuell begehren]« (DSM V: 455)

Die Tendenz, sexuelle Orientierung als Teil des Diagnoseprozesses bei trans*spezifischen Diagnosen weiterzuführen, findet sich auch in den S3-Leitlinien und wird dort umfangreich diskutiert. In den *Standards of Care* von WPATH kommt sexuelle Orientierung nicht (mehr) als Merkmal vor.

Dass sexuelle Orientierung Teil der trans*spezifischen Diagnosekriterien ist – sei es als festzustellende Untergruppe (DSM III und IV), als Teil der Diagnosemerkmale (DSM V) oder als Diagnoseleitlinie (S3-Leitlinien) – hat rea-

le Auswirkungen auf trans*spezifische Diagnosepraktiken und darüber hinaus⁸. Detaillierte Fragen zu den sexuellen Vorlieben und Praktiken sowie zum Verhältnis zu den eigenen Genitalien seit der Kindheit sind regulärer Gegenstand der psychiatrischen Gespräche, die für die Erstellung von diagnostischen Gutachten durchgeführt werden. Sie sind Voraussetzung für den Zugang zu trans*spezifischer Gesundheitsversorgung und juristischer Anerkennung. Die Annahme, dass fast alle trans* Personen heterosexuell begehren,⁹ macht es insbesondere für bisexuelle, pansexuelle, asexuelle und schwul_lesbische trans* Personen schwierig, als trans* ernstgenommen zu werden und die Diagnose zu erhalten. Eine Bestätigung der Merkmale ist notwendig, um individuell Zugänge zu juristischer Anerkennung und medizinischer Versorgung zu erhalten. Das führt dazu, dass betroffene Personen für solche Situationen trans*normative Narrative entwickeln müssen, die den Voraussetzungen möglichst genau entsprechen.¹⁰ Dadurch werden wiederum die diagnostischen Vorannahmen bestätigt und vereinheitlichende trans* Narrative (re-)produziert. Es ist ein narrativer Bestätigungs-Kreislauf: Die Diagnosekriterien müssen erfüllt werden um gesellschaftliche Anerkennung und Zugänge zu erhalten. Also werden (strategisch vereinheitlichende) trans*normative Narrative entwickelt um diese Diagnosekriterien zu erfüllen. Dadurch werden diese Kriterien bestätigt und der Kreislauf setzt sich fort.

Kollektiv Vergessene(s)

Das Beispiel von *Homosexualität* zeigt, dass die offizielle Depathologisierung, oder Streichung von Diagnosen (begrenzt) zu einer Normalisierung einiger Positionen führt. Gleichzeitig wird die Pathologisierung auf subtilere Weise sowohl diagnostisch, als auch juristisch und medial weitergeführt. Dies betrifft einerseits »zurückgelassene Teile der Community«. Bei der Depsychopathologisierung von trans* sind dies trans* Personen, die Asyl beantragen und/oder trans* Personen, die über mehrere Diagnosen psychopathologisiert werden. Die Forderungen und Lebensrealitäten dieser Personen bleiben trotz der Depsychopathologisierung gleich oder verschlechtern sich sogar. Denn

8 Dies findet sich auch in einer, weit über Diagnosepraktiken wirkenden, voyeuristische Sexualisierung von trans* Personen und ihren Körpern. Dies wird unter anderen in diversen aktivistischen Medienguides kritisch diskutiert (vgl. TrIQ e.V. & Wild 2014: 10f).

9 Diese Vorstellung findet sich auch noch im aktuellen DSM V.

10 Das gilt auch für die unter dem letzten Oberkapitel erwähnten differenzialdiagnostischen Ausschlüsse.

mit der offiziellen Depsychopathologisierung verlieren sie die gesellschaftliche Aufmerksamkeit und politische Plattformen, sobald der diskursive Mainstream die aktivistischen Forderungen und gesellschaftlichen Kämpfe als erreicht verhandelt.¹¹

Andererseits umfasst die Repsychopathologisierung eine diagnostische Weiterführung und Ausdehnung der Pathologisierung, die auf alle trans* Personen zutrifft – und trotzdem weitestgehend Ent_Wahrgenommen wird. Diesen Prozess der weiterführenden (Re-)Psychopathologisierung beschreibt Ambrose Kirby in Bezug auf die aktuelle Depsychopathologisierung von trans*:

»[W]hile our identities are being normalised, our resistance to transphobia is increasingly being separated out from our identities. Instead of being trans people who creatively survived transphobia, we are trans people with anxiety disorders, anger disorders, bipolar [disorder], schizophrenia. Our basic identities are less and less considered a ›mental illness‹, but our strategies for surviving are being taken out of context and individualised as ›mental illnesses‹.« (Kirby 2013: 163)

Kirby argumentiert, dass trans* als *Identität* zunehmend nicht mehr Gegenstand der Pathologisierung sei. Sowohl im DSM V als auch im ICD 11 ist es vielmehr die *Spannung* zwischen Identifikation und Selbst-/Außenwahrnehmung, welche als pathologischer Gegenstand beschrieben ist und nicht die gegenderte *Identität* oder *Identifikation* selbst. Innerhalb psychiatrischer (oder auch weiteren medizinischen) Logiken ist jedoch nur sehr wenig Raum für die kritische Berücksichtigung gesellschaftlicher Machtverhältnisse. Das untersuchte Verhalten, Fühlen und Wahrnehmen wird auch weiterhin weitestgehend auf die pathologisierten Personen zurückgeführt und nicht auf gesellschaftliche Verhältnisse. So wird, wie Kirby beschreibt, das Überleben in einer trans* diskriminierenden Gesellschaft zunehmend als pathologisch verstanden und als *Angststörung*, *Wutstörung*, *Bipolare Störung* oder *Schizophrenie* weiter pathologisiert. Diskriminierung wird dabei individualisiert und zum

11 Relativ breit diskutiert wurde dieses Phänomen anhand queerer Bewegungen rund um den Christopher Street Day. Diese Bewegungen begannen als intersektionaler Kampf für die Rechte und gesellschaftliche Anerkennung von LSBTIQ Personen und ging insbesondere aus von queeren Personen of Color. Viele arbeiteten als Sexarbeit*erinnen und lebten prekär (vgl. auch Vogler in diesem Band). Die darauffolgenden politischen Errungenschaften kamen jedoch vorwiegend schwul_lesbischen Cis-Personen aus der Mittelschicht zugute.

psychiatrischen Gegenstand gemacht (vgl. Oppenländer 2015: 34). Zudem geschieht durch diese Individualisierung gesellschaftlicher Machtverhältnisse auch eine Vereinzelung von kollektiven, politischen Anliegen.

Die Repsychopathologisierung von trans* bewegt sich demnach in einer Ausdehnung psychiatrischer Zuständigkeiten und gleichzeitig in der zunehmenden nicht-Wahrnehmbarkeit als trans*spezifische Pathologisierung. Die mediale, alltagssprachliche und aktivistische Auseinandersetzung fokussiert sich vorwiegend auf die Depsychopathologisierung, die sowohl in der Kritik als auch in der Befürwortung als allgemeingültig und für alle zutreffend verhandelt wird. Dabei werden die Lebensrealitäten und Forderungen derjenigen, die auch weiterhin psychopathologisiert werden, diskursiv ausgeschlossen.

Forschungsergebnis: Der Dreisatz von De-, Re- und Psychopathologisierung

In diesem Beitrag wurde gezeigt, dass über Diagnosen und deren Reformen, das Andere, die Norm und das Unvorstellbare hergestellt werden. Das pathologisch Andere ist Gegenstand der Diagnosen. Die Norm wird darüber bestätigt und bleibt weitestgehend entnannt. Darüber hinaus legt die Binarität die Grenzen und den Rahmen des Vorstellbaren und Wahrnehmbaren fest.

Als ein Beispiel hierfür wurden die trans*spezifischen Diagnosen seit 1975 (ICD) und 1980 (DSM) diskutiert, welche vorerst von der Identifikation mit *dem Gegengeschlecht* sprachen. Über die Aufnahme in die Krankenkataloge, wurde diese gegenderte Identifikation erstmals explizit medizinisch anerkannt. Sie erhielt innerhalb dieses weit über Medizin wirkmächtigen Diskurses eine Existenz. Gleichzeitig wurde sie damit als pathologisch, als ›krank‹ und somit als ›das Andere‹ hergestellt. Nicht benannt und doch omnipräsent ist in dieser Diagnose, die Gendernorm, dass a) jede Person ein(es von zwei) Gender(n) hat und sich mit diesem identifiziert, b) dass die gegenderte Identifikation identisch ist mit dem bei Geburt zwangszugewiesenen Gender, c) dass die Identifikation im Laufe des Lebens konstant und unverändert bleibt. Darin nicht-wahrnehmbar waren bis 2013 gegenderte Selbstverständnisse zwischen oder außerhalb von zwei Gendern. Bis heute sind darin nicht wahrnehmbar kollektive widerständig trans*, a-gender und ex-gendernde Verständnisse.

Dargestellt wurden diese Herstellung des Anderen, der Norm und des Unvorstellbaren anhand eines Dreisatzes von Pathologisierung, Depathologisierung und Repathologisierung. Daran wurde deutlich, dass sowohl Prozesse der Pathologisierung als auch Depathologisierung gleichzeitig ermächtigende als auch unterdrückende Kräfte freisetzen. So verbinden Prozesse der Pathologisierung eine diskursive/medizinische Intelligibilisierung mit *VerÄnderung*: Menschen und ihre Seinsweisen werden durch (Psycho-)Pathologisierung in einem medizinischen Diskurs in Existenz gerufen. Dies geschieht jedoch nach medizinisch-psychiatrischen Parametern und geht einher mit deren Definition als pathologisch/«krank» und *das Andere*. Dies führt zu einer Ambivalenz, die sich im Alltag auch in der (medizinischen) Versorgung abzeichnet: So ist der Zugang zu trans*spezifischer Gesundheitsversorgung und juristischer Anerkennung weitestgehend an Diagnosen (und somit Pathologisierung) geknüpft.

Prozesse der Depathologisierung, als zweiter Teil des Dreisatzes, sind geknüpft an Normalisierung und Abgrenzung. Forderungen, welche die depathologisierende Normalisierung einzelner Personen(-gruppen) fordern gehen einher mit der Abgrenzung von weiteren (psycho-)pathologisierten Positionen und Kämpfen. Dies galt sowohl für die Abgrenzung (cis-)schwul/lesbischer Bewegungen von trans* Bewegungen während der De(psycho-)Pathologisierung von »Homosexualität«, als auch für die aktuelle Abgrenzung vieler trans* Bewegungen von weiteren psychopathologisierten Bewegungen und Positionen. So haben diese Normalisierungsprozesse für depathologisierte Personen (oder Personengruppen) eine ermächtigende Wirkung (vgl. Boger 2019: 181ff.). Dies jedoch zum Preis der Übernahme und Bestärkung psychiatrisch-medizinischer Logiken. Denn diese setzen voraus, dass die Norm in Abgrenzung zu dem (pathologischen) Anderen hergestellt wird. Vergessen werden in diesen Prozessen die Anliegen von *verRückten* und *beHinderten* trans* Personen, als auch die Solidarisierung mit weiteren psychiatrie- und pathologisierungskritischen Bewegungen.

Dritter Teil des Dreisatzes formen Re_pathologisierungsprozesse. Diese sind verbunden mit einer Ausdehnung von psychiatrischen Zuständigkeiten und Verständnissen und Ent_Wahrnehmung von repathologisierten Personen (oder Personengruppen). In diesen Prozessen sind die Möglichkeiten der (Selbst-)Ermächtigung, nur sehr marginal zu finden. Denn dieser Prozess beschreibt die weiterführende (Psycho-)Pathologisierung von Personen(gruppen) und Perspektiven, welche diskursiv weitestgehend ent_wahrgenommen wird. Dies gilt beispielsweise für die »versteckte Psychopathologisierung« von

Homosexualität in weiteren psychiatrischen Diagnosen bis heute. Es gilt für die Pathologisierung weit über medizinisch-psychiatrische Diskurse hinaus, wie dies bei Asyloprozessen oder sogenannten ›Konversionstherapien‹ der Fall ist. Und es gilt für die Psychopathologisierung von Widerständen und Überlebensmechanismen innerhalb gesellschaftlicher Machtstrukturen.

Daraus ergibt sich der Dreisatz von Pathologisierung, Depathologisierung und Repathologisierung, welche in unterschiedlicher Weise *das Andere*, *die Norm* und *das Unvorstellbare* hervorbringen.

Literatur

- Allex, Anne (Hg.) (2014): Stop Trans*-Pathologisierung. Berliner Positionen zur Internationalen Kampagne, 3., wesentlich erweiterte Auflage, Neu-Ulm: AG SPAK Bücher.
- American Psychiatric Association (APA) (2013): Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition (DSM-5), Washington, DC: APA.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) (2018): »Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit. S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung«, Oktober 2018, https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001l_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-02.pdf (zuletzt abgerufen am 18.02.2020).
- ATME e.V. (2013): »WHO: Transsexualität ist keine psychische Krankheit #notsick (Deutschland)«, <https://www.change.org/p/who-transsexualit-%C3%A4t-ist-keine-psychische-krankheit-notsick-2> (zuletzt abgerufen am 18.02.2020).
- Ben-Moshe et al. (2009): »Dis-Abling Capitalism and an Anarchism of ›Radical Equality‹ in Resistance to Ideologies of Normalcy«, in: Randall Amster et al. (Hg.), Contemporary Anarchist Studies, New York: Routledge Press, S. 113-122.
- Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt (2017): Intersexualität und Transidentität. Stellungnahme der Bioethikkommission, Wien: Digitalprintcenter des BM.I.
- Boger, Mai-Anh (2019): Theorien der Inklusion. Die Theorie der trilemmatischen Inklusion zum Mitdenken, Münster: edition assemblage.
- Bundesgerichtshof (2020): »Beschluss XII ZB 383/19« vom 20.04.2020, <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?>

- Gericht=bgh&Art=en&nr=106062&pos=0&anz=1&fbclid=IwARombtj4ac-
ewfeUbijMbtvGtXoUX_L2D3doVmRVjFZeP6MlowmzDjAymSYo (zuletzt
abgerufen am 10.06.2020).
- Bundesministerium für Gesundheit (2019): »Entwurf eines Gesetzes zum
Schutz vor Behandlungen zur Veränderung oder Unterdrückung der sexu-
ellen Orientierung oder der selbstempfundenen geschlechtlichen Identität.
(Sexuelle-Orientierung-und-geschlechtliche-Identität-Schutz-Gesetz
– SO-GISchutzG)« vom 29.10.2019, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/K/RefE_Konversionstherapieverbot.pdf (zuletzt abgerufen
am 18.02.2020).
- Bundesrat (2018): »Drucksache 429/2/18. Antrag des Landes Brandenburg«, https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2018/0401-0500/429218.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (zuletzt abgerufen am 18.
02.2020).
- Bundesverband Trans* e. V. (BVT) (2019): »Kampagne #sagteslaut! – Selbst-
bestimmung!«, <https://www.bundesverband-trans.de/sagteslaut-kampagne/>(zuletzt abgerufen am 18.02.2020).
- Burstow, Bonnie/LeFrançois, Brenda A./Diamond, Shaindl (Hg.) (2014): *Psychiatry Disrupted. Theorizing Resistance and Crafting the (R)Evolution*,
Kingston, ON/Montreal, QC: McGill-Queen's University Press.
- Die Bundesversammlung – Das Schweizer Parlament (2017): »17.4121
Postulat. Drittes Geschlecht im Personenstandsregister«, <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=2017-4121> (zuletzt abgerufen am 18.02.2020).
- Drescher, Jack (2014): »Controversies in Gender Diagnoses«, in: *LGBT Health*
1, Nr. 1, DOI: 10.1089/lgbt.2013.1500 (zuletzt abgerufen am 09.06.2020).
- Drescher, Jack (2015): »Queer Diagnoses Revisited. The Past and Future of
Homosexuality and Gender Diagnoses in DSM and ICD«, in: *International Review of Psychiatry* 27, *Homosexuality und Mental Health*, DOI:
10.3109/09540261.2015.1053847 (zuletzt abgerufen am 09.06.2020), S. 386-
395.
- Foucault, Michel (2017 [1972]): *Die Ordnung des Diskurses*, Frankfurt a.M.:
Fischer Taschenbuch.
- Garcia, David et al. (2014): »Von der Transsexualität zur Gender-Dysphorie
Beratungs- und Behandlungsempfehlungen bei TransPersonen«, in:
Schweiz Med Forum 14, Nr.19, S. 382-387.

- Global Action for Trans Equality (GATE) (2011): It's time for reform. Trans* Health Issues in the International Classifications of Diseases, <https://globaltransaction.files.wordpress.com/2012/05/its-time-for-reform.pdf> (zuletzt abgerufen am 18.02.2020).
- Hornscheid, Lann/Oppenländer, Lio (2019): Exit Gender. Gender loslassen und strukturelle Gewalt benennen. Eigene Wahrnehmung und soziale Realitäten verändern, Berlin: W_orten und Meer.
- Hornscheidt, Lann (2012): feministische w_orte. ein lern-, denk- und handlungsbuch zu sprache und diskriminierung, gender studies und feministischer linguistik, Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel.
- Jansen, Sabine/Spijkerboer, Thomas (2011): Fleeing homophobia. Asylum claims related to sexual orientation and gender identity in Europe, Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Kirby, Ambrose (2014): »Trans Jeopardy Trans Tesistance. Shaindl Diamond interviews Ambrose Kriby«, in: Burstow/LeFrançois/Diamond, Psychiatry Disrupted. Theorizing Resistance and Crafting the (R)Evolution, S. 163-176.
- LeFrançois, Brenda A./Menzies, Robert/Reaume, Geoffrey (Hg.) (2013): Mad Matters. A Critical Reader in Canadian Mad Studies, Toronto: Canadian Scholar's Press.
- Liegghio, Maria (2013): »A Denial of Being«, in: LeFrançois,/Menzies/Reaume, Mad Matters. A Critical Reader in Canadian Mad Studies, S. 122-129.
- Lüthi, Eliah (2015): »(De_)Psychopathologisierung von Trans interdependenten«, in: AK ForschungsHandeln (Hg.), InterdepenDenken! Berlin: w_orten&meer, S. 48-71.
- Lüthi, Eliah (2020): »Psychiatrische Zusammenhänge machtkritisch begreifen. Überlegungen zu einem möglichen Analysemodell«, in: David Brehme et al. (Hg.), Disability Studies im deutschsprachigen Raum, Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 103-112.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hg.) (2009): »Grundlagen der Begutachtung. Begutachtungsanleitung: Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität«, <https://www.mds-ev.de> › Publikationen › GKV › 07_RL_Transsex_2009 (zuletzt abgerufen am 09.06.2020).
- Menzies, Robert/LeFrançois, Brenda A./Reaume, Geoffrey (2013): »Introducing Mad Studies«, in: LeFrançois,/Menzies/Reaume, Mad Matters. A Critical Reader in Canadian Mad Studies, S. 1-22.

- Foucault, Michel (2003 [1999]): Die Anormalen. Vorlesungen am Collège de France (1974-1975), Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Oppenländer, Lio (2015): »Verzweifeln in der dritten Person. Depression als Psychopathologisierung und internalisierte Diskriminierung interdependenten Denken«, in: AK ForschungsHandeln (Hg.), Interdependenten!, Berlin: W_Orten und Meer, S. 27-48.
- Spoon, Rae/Coyote, Ivan (2016): Goodbye Gender, Berlin: W_Orten & Meer.
- Stop Trans Pathologization (STP) (2012): www.stp2012.info/old/en (zuletzt abgerufen am 18.02.2020).
- Talackova, Jenna (2013): »Trans people aren't sick! (Kanada)«, <https://www.change.org/p/world-health-organization-trans-people-aren-t-sick> (zuletzt abgerufen am 18.02.2020).
- taz, die tageszeitung (2019): »Keine ›Homoheilung‹ mehr«, in: taz, die tageszeitung vom 19.12.2019, <https://taz.de!/5641837/> (zuletzt abgerufen am 18.02.2020).
- TransInterQueer e.V. (TrIQ) (2013): »Pressemitteilung. Med. Leitlinien zur Behandlung von trans* Kindern und Jugendlichen ohne Betroffenenbeteiligung überarbeitet«, www.transinterqueer.org/aktuell/pressemitteilung-med-leitlinien-zur-behandlung-von-trans-kindern-und-jugendlichen-ohne-betroffenenbeteiligung-uberarbeitet/ (zuletzt abgerufen am 18.02.2020).
- TransInterQueer e.V. (TrIQ) & Leo Yannik Wild (Hg.) (2014): »TRANS* IN DEN MEDIEN. Informationen für Journalist_innen«, [www.transinterqueer.org/download/Publikationen/TrIQ_Journalist_innen-2.%20Aufl.-web\(2\).pdf](http://www.transinterqueer.org/download/Publikationen/TrIQ_Journalist_innen-2.%20Aufl.-web(2).pdf) (zuletzt abgerufen am 18.02.2020).
- TransInterQueer e. V. (TrIQ) (2020): »BGH verwehrt nicht-binärer Person die Streichung des Geschlechtseintrags nach § 45b PStG und verweist auf TSG – TrIQ: ›Der Beschluss ist viel Kritik wert‹«, www.transinterqueer.org/allgemein/bgh-verwehrt-nicht-binaerer-person-die-streichung-des-geschlechtseintrags-nach-%c2%a7-45b-pstg-und-verweist-auf-tsg-triq-der-beschluss-ist-viel-kritik-wert/ (zuletzt abgerufen am 10.06.2020).
- Transgender Europe TGEU (2015): »TGEU Calls for a Stop to the Nightmare that is Legal Gender Recognition in 34 Countries in Europe«, <https://www.lgl.lt/en/?p=8537> (zuletzt abgerufen am 18.02.2020).
- Transgender Network Swiss TGNS (2013): »Ganz natürlich. Transgender«, <https://www.tgns.ch/de/2013/11/ganz-natuerlich-transgender-2/> (zuletzt abgerufen am 18.02.2020).

- Verfassungsgerichtshof (2018): »G 77/2018-9. Entscheidung im Namen der Republik. 15. Juni 2018«, https://www.vfgh.gov.at/downloads/VfGH_Entscheidung_G_77-2018_unbestimmtes_Geschlecht_anonym.pdf (zuletzt abgerufen am 18.02.2020).
- Withers, AJ (2014): »Disability, Divisions, Definitions, and Disablism«, in: Burstow/LeFrançois/Diamond, *Psychiatry Disrupted. Theorizing Resistance and Crafting the (R)Evolution*, S. 114-128.
- World Health Organization (WHO) (2018): »International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: 11th Revision«, <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (zuletzt abgerufen am 29.06.2020).
- World Professional Association for Transgender Health WPATH (2012): »Standards of Care. Versorgungsempfehlungen für die Gesundheit von transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Personen. Version 7«, www.wpath.org (zuletzt abgerufen am 18.02.2020).
- Zachs, Maxwell (2013): »World Health Organisation (WHO). We Are Trans* Not Sick!! (England)«, <https://www.change.org/p/world-health-organisation-who-we-are-trans-not-sick> (zuletzt abgerufen am 18.02.2020).