

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/291042254>

# Diagnoseleitlinien sexueller Störungen in der International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)-11 – Dokumentation des Revisionsprozesses

Article in *Zeitschrift für Sexualforschung* · January 2016

DOI: 10.1055/s-0041-109281

CITATIONS

27

READS

8,037

5 authors, including:



**Verena Klein**

Associate Professor, University of Southampton

82 PUBLICATIONS 1,760 CITATIONS

SEE PROFILE



**Franziska Brunner**

University Medical Center Hamburg - Eppendorf

57 PUBLICATIONS 811 CITATIONS

SEE PROFILE



**Timo O. Nieder**

University Medical Center Hamburg - Eppendorf

167 PUBLICATIONS 4,496 CITATIONS

SEE PROFILE



**Geoffrey M. Reed**

Columbia University

264 PUBLICATIONS 20,912 CITATIONS

SEE PROFILE

## Diagnoseleitlinien sexueller Störungen in der International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)-11 – Dokumentation des Revisionsprozesses

Verena Klein<sup>a</sup>, Franziska Brunner<sup>a</sup>, Timo O. Nieder<sup>a</sup>, Geoffrey Reed<sup>b</sup> und Peer Briken<sup>a</sup>

Die International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD), herausgegeben von der World Health Organisation (WHO; Weltgesundheitsorganisation), ist in ihrer 10. Version in der klinischen Praxis in Deutschland das gängige Diagnosemanual für die Klassifizierung von Erkrankungen und psychischen Störungen. Derzeit revidiert die WHO Teile des von ihr herausgegebenen Diagnosemanuals. Dieser Beitrag gibt eine kurze Übersicht über die Vorgehensweise und die Ziele des Revisionsprozesses.<sup>1</sup> Ein eigener Abschnitt erörtert im Detail die Veränderungen und vorgeschlagenen Diagnoseleitlinien der sexuellen Störungen.

Alle 194 Mitgliedstaaten der WHO nutzen die ICD als Instrument für die Erhebung und Übermittlung gesundheitlicher Informationen.

Die ICD soll u. a. den folgenden Anliegen dienen:

- der Überwachung von Epidemien bzw. Bedrohungen der öffentlichen Gesundheit und der Krankheitslast,
- der Identifizierung vulnerabler Risikopopulationen,
- der Erleichterung für den Zugang zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung,
- der Erforschung wirksamer Behandlungsmaßnahmen,
- der Grundlage für die Entwicklung von Leitlinien für die Pflege sowie Standards für die klinische Praxis,

<sup>1</sup> Alle AutorInnen sind an dem Revisionsprozess beziehungsweise der Durchführung von „field trials“ im Rahmen eines von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geförderten Forschungsprojekts beteiligt. Geoffrey Reed ist Koordinator des Revisionsprozesses, Peer Briken arbeitet u. a. an der Überarbeitung der paraphilen Störungen mit.

<sup>a</sup> Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

<sup>b</sup> Abt. für psychische Gesundheit, Weltgesundheitsorganisation (WHO)

- der Formulierung von Verpflichtungen für Mitgliedstaaten der WHO, um kostenlose oder subventionierte Gesundheitsversorgung für ihre Bevölkerung anzubieten.

Der ICD-Revisionsprozess folgt formulierten Leitlinien der WHO (WHO 2012). Dabei ist das höchste Ziel, die WHO Mitgliedstaaten darin zu unterstützen, die Krankheitslast zu reduzieren. Der Fokus soll auf dem klinischen Nutzen liegen, um Identifizierungs- und Behandlungsoptionen zu vereinfachen. Der Revisionsprozess ist gekennzeichnet durch eine multidisziplinäre, globale und mehrsprachige Entwicklung in kontinuierlichem Austausch zwischen beteiligten InteressenvertreterInnen. Um eine Integrität des Systems zu erreichen, muss die Unabhängigkeit von der Pharmaindustrie oder anderen kommerziellen Einflussnahmen gewährleistet sein. Hierzu werden von der WHO ExpertInnen einberufen, die in Arbeitsgruppen<sup>2</sup> Vorschläge und Änderungen der Diagnosedefinitionen für die entsprechenden Störungsbilder erarbeiten.

Die Arbeitsgruppe für *Sexual Disorders and Sexuality-Related Conditions* beteiligte sich schon früh am Revisionsprozess. Für die Arbeitsgruppe wurde im Hinblick auf die Verknüpfung der Themenbereiche sexuelle Gesundheit, sexuelle Funktion und Geschlechtsidentität eine interdisziplinäre Kooperation mit den WHO-Abteilungen *Department of Mental Health and Substance Abuse* und *Department of Reproductive Health and Research* etabliert. Die zuständige Projektgruppe arbeitet mit den Sekretariaten beider Einrichtungen zusammen. Das *Department of Reproductive Health and Research* vertritt eine breite Auffassung von sexueller Gesundheit und Menschenrechten. In der Konsequenz betrifft der Revisionsprozess der diagnostischen Leitlinien nicht nur den psychiatrischen Arbeitsbereich, sondern die Ergebnisse des laufenden Prozesses werden auch an die ICD-11 Beratungsgruppe für Psychische Gesundheit, Andrologie, Urologie/ Gynäkologie sowie reproduktive Medizin weiter gegeben. Als vorläufig verantwortete Bereiche der Arbeitsgruppe wurden festgelegt: sexuelle Dysfunktionen der Frau und des Mannes, die nicht auf organische Erkrankungen zurückgeführt werden können, die bisher so genannte Transsexualität, paraphile Störungen sowie psychische und Verhaltensstörungen, die im Zusammenhang mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung stehen (WHO 2012).

### Methodisches Vorgehen des Revisionsprozess

Als erster Schritt wurden früh im Entwicklungsprozess formative Feldstudien (*field trials*) durchgeführt, um über Entscheidungen hinsichtlich der grundlegenden Struktur und des Inhalts der Klassifikationen zu informieren. Zwei

<sup>2</sup> Elham Atalla (Bahrain), Rosemary Coates (Australien), Susan Cochran (USA), Peggy Cohen-Kettenis (Niederlande), Jane Cottingham (Schweiz), Jack Drescher (USA), Sudhakar Krishnamurti (Indien), Richard Krueger (USA), Adele Marais (Südafrika), Elisabeth Meloni Vieira (Brasilien), Sam Winter (China) sind Mitglieder der Arbeitsgruppe Sexual Disorders und Sexual Health.

große Studien, welche auf die Konzeptualisierung von KlinikerInnen hinsichtlich der Wechselbeziehungen zwischen psychischen Störungskategorien fokussierten, wurden bereits von den internationalen Field Study Centers durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Studien legen nahe, dass eine bemerkenswerte Übereinstimmung hinsichtlich der übergreifenden Metastruktur der ICD-11 über verschiedene internationale KlinikerInnen hinweg besteht (WHO 2012).

Im zweiten Schritt soll die Eignung der vorgeschlagenen Diagnoseleitlinien anhand von so genannten evaluativen Feldstudien überprüft werden. Diese umfassen online-basierte Befragungen, Studien in klinischen Populationen sowie die Formulierung von Fallvignetten in Verbindung mit der Einschätzung von ExpertInnen sowie klinisch Tätigen. Insbesondere soll dabei untersucht werden, inwiefern die revidierten diagnostischen Leitlinien der ICD-11 im Vergleich zu den bestehenden Kriterien der ICD-10 zu einer Verbesserung in klinischer Praxis und Forschung, aber auch zu gesellschaftlicher Entstigmatisierung und Antidiskriminierung beitragen. Hierbei ist u. a. die Evaluation der Validität, Reliabilität und des klinischen Nutzens der vorgeschlagenen Diagnoseleitlinien im Vergleich zu den bestehenden Diagnoseleitlinien nach ICD-10 von Interesse. Damit erfüllen *field trials* als methodisches Verfahren den Zweck, die Inklusion neuer Diagnoserichtlinien wissenschaftlich fundiert zu überprüfen und gegebenenfalls zu rechtfertigen (WHO 2012).

### Stand des Revisionsprozesses

Derzeit laufen verschieden Feldstudien anhand derer geprüft werden soll, ob die neu vorgeschlagenen Diagnoseleitlinien im Bereich *Sexual Disorders and Sexual Health* im Vergleich zu aktuell bestehenden Leitlinien mit einer Verbesserung der klinischen Praxis sowie weniger Diskriminierung und Stigmatisierung einhergehen würden. Mit Unterstützung der WHO werden in Mexiko, Südafrika, Libanon, Brasilien und Indien Feldstudien umgesetzt. Außerdem werden selbstgeförderte Feldstudien in einkommensstarken Ländern durchgeführt. Die Studien sind multidisziplinär und multilingual (neun verschiedene Sprachen) ausgerichtet und werden online-basiert mit Hilfe des sogenannten *Global Clinical Practice Network* (GPCN) umgesetzt. Das Netzwerk umfasst mehr als 11.700 im Gesundheitswesen tätige Personen (u. a. mehr als 700 aus dem Bereich Sexualforschung und Sexualtherapie), die an den ICD-11 Feldstudien teilnehmen. Außerdem sind als Teil der Studien im Revisionsprozess Untersuchungen zu den rechtlichen Auswirkungen der Änderungen (*legal assessment*) für die paraphilen Störungen und die Geschlechtsdysphorie vorgesehen. Hierfür analysieren ExpertInnen (eine psychologisch/psychiatrisch/sexualwissenschaftlich sowie eine juristisch tätige Person) rechtliche Aspekte der vorgeschlagenen Diagnoseleitlinien, die mit einer Veränderung in Versorgung und Rechtsprechung im entsprechenden Land einhergehen können.

Der nachfolgende Abschnitt soll der Darstellung der Veränderungen der Diagnosen aller Kategorien der Sektion *Sexual Disorders and Sexuality-Related*

Conditions fußend auf den Vorschlägen der WHO Arbeitsgruppen dienen. Alle hier genannten Ausführungen basieren auf Dokumenten der WHO (Reed 2015; WHO 2012).<sup>3</sup> **Tab. 1** bietet eine Übersicht über die Diagnosekriterien in ICD-10 und ICD-11.

### **Diagnosekategorie F66: Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung**

In der ICD-10 wird derzeit unter der Kategorie F66 die Möglichkeit gegeben, „psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung“ zu klassifizieren. Auch wenn in der ICD-10 vermerkt ist, dass „die Richtung der sexuellen Orientierung selbst [...] nicht als Störung anzusehen“ ist, ist die Vergabe der Kategorien unter ExpertInnen umstritten (Cochran et al. 2014). Ein Hauptargument gegen diese Kategorie ist die Annahme, dass die Vergabe von F66 zur Diskriminierung (und Pathologisierung) von sexueller Orientierung (insbesondere Homosexualität) beitragen kann. Homosexualität ist als Diagnose bereits im Jahre 1973 aus dem *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) der *American Psychiatric Association* (APA) entfernt worden, die Kategorie „ichdystone Homosexualität“ blieb jedoch bis in das Jahr 1987 im DSM und bis 1990 in der ICD bestehen. In der ICD-10 existiert derzeit die Kategorie F66.1 „ichdystone Sexualorientierung“. Die WHO Arbeitsgruppe *Working Group on the Classification of Sexual Disorders and Sexual Health* hat eine Exklusion der F66 Kategorien in ihrer Gesamtheit in der revidierten Fassung der ICD aufgrund von mangelnder Validität und Nützlichkeit der Diagnose sowie möglicher Diskriminierung aufgrund der Diagnosen befürwortet (Cochran et al. 2014). Folgende Gründe für die Entscheidung werden von der Arbeitsgruppe zu den einzelnen Diagnosekategorien genannt:

1. F66.0 Sexuelle Reifungskrise: Kritisiert wird, dass diese Diagnose Entwicklungsmuster pathologisiere, welche innerhalb der als „normal“ einzustufenden Varianz liegen. Zudem könne bei einer gleichgeschlechtlichen sexuellen Orientierung oder geschlechtlicher Nonkonformität der Leidensdruck nicht als Störung im Sinne einer sexuellen Reifungskrise verstanden werden, da nicht auszuschließen sei, dass das Leiden Folge sozialer Belastungen aufgrund von Stigmatisierungserfahrungen sei. Die Diagnosevergabe unterstütze damit normative Prozesse.
2. F66.1 Ichdystone Sexualorientierung: Die Diagnose pathologisiere eine eigentlich normale Reaktion auf soziale Stigmatisierung vor allem nicht-heterosexueller Orientierungen.
3. F66.2 Sexuelle Beziehungsstörung: Dies sei keine eigentliche Störungskategorie, sondern eine Kategorie für Beziehungsprobleme. Außerdem sei

<sup>3</sup> Die Übersetzung der Diagnoseleitlinien ins Deutsche wurde von den Autorinnen und Autoren vorgenommen. Daher kann die Übersetzung möglicherweise von der späteren endgültigen deutschen Fassung der ICD-11 abweichen.

**Tab. 1** Übersicht der Diagnoseleitlinien in der ICD-10 und ICD-11.

<i>ICD-10</i>	<i>ICD-11</i>
F52.0 Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen	Female sexual desire/arousal dysfunction Male hypoactive sexual desire dysfunction
F52.1 Sexuelle Aversion und mangelnde sexuelle Befriedigung	Wegfall
F52.2 Versagen genitaler Reaktionen	Erectile dysfunction
F52.3 Orgasmusstörung	Orgasmic dysfunctions
F52.4 Ejaculatio praecox	Early ejaculation Delayed ejaculation
F52.5 Nichtorganischer Vaginismus	Genitio-pelvic pain-penetration disorder
F52.6 Nichtorganische Dyspareunie	Genitio-pelvic pain-penetration disorder
F52.7 Gesteigertes sexuelles Verlangen	bislang ungeklärt
F52.8 Sonstige sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit	Wegfall
F52.9 Nicht näher bezeichnete sexuelle Funktionsstörung, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit	Wegfall
F64.0 Transsexualismus	Gender Incongruence
F65.0 Fetischismus	Wegfall
65.1 Fetischistischer Transvestitismus	Wegfall
F65.2 Exhibitionismus	Exhibitionistic Disorder
F65.3 Voyeurismus	Voyeuristic Disorder
F65.4 Pädophilie	Pedophilic Disorder
F65.5 Sadomasochismus	Coercive Sexual Sadism Disorder Frotteuristic Disorder
F65.6 Multiple Störungen der Sexualpräferenz	Wegfall
F65.8 Sonstige Störungen der Sexualpräferenz	Other Specified Paraphilic Disorder
F65.9 nicht näher bezeichnete Störung der Sexualpräferenz	Unspecified Paraphilic Disorder
F66.0 Sexuelle Reifungskrise	Wegfall
F66.1 Ichdystone Sexualorientierung	Wegfall
F66.2 Sexuelle Beziehungsstörung	Wegfall
F66.8 Sonstige psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung	Wegfall

die Kategorie zu weit gefasst und könnte dadurch jegliche Probleme umfassen, die sexuelle Beziehungen beeinflussen könnten.

4. Für F66.8 Sonstige psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung: Hier fehle der Nachweis des klinischen Nutzens sowie von Forschung auf dem Gebiet.

Insgesamt sollten Probleme im Zusammenhang mit psychosexuellen Entwicklungsstörungen in andere Kategorien subsummiert werden (z. B. Depressivität).

## Sexuelle Funktionsstörungen

In der ICD-10 werden organische, nicht-organische und psychogene sexuelle Funktionsstörungen unterschieden. Sexuelle Funktionsstörungen mit einer organischen Komponente oder Ursache werden in dem Kapitel XIV „*Krankheiten des Urogenitalsystems*“ (N00-N99) gelistet (z. B. N48.4 „*Impotenz organischen Ursprungs*“). Die nicht-organischen sexuellen Funktionsstörungen sind im Kapitel V „*Psychische und Verhaltensstörungen*“ (F52.0-F52.9) zusammengefasst. Die Unterscheidung zwischen körperlichen und psychischen Ursachen eignet sich aus Sicht der WHO Arbeitsgruppe nicht mehr zur Differenzierung, da sie wenig evidenzbasiert sei. Vielmehr wird die sexuelle Reaktion als eine komplexe Interaktion von psychologischen, sozialen, kulturellen und physiologischen Prozessen verstanden, wobei einer oder mehrere dieser Faktoren verschiedene Teile des Reaktionszyklus beeinflussen können. Basierend auf der Annahme, dass zum Verständnis der sexuellen Funktionen Soma und Psyche nicht künstlich getrennt werden sollten, hat die Arbeitsgruppe eine einzelne, einheitliche Klassifizierung vorgeschlagen. Eine entsprechende Diagnose benötige allerdings ein eigenständiges Kapitel, das weder mit den psychiatrischen Erkrankungen verbunden sei, noch auf das rein somatische beschränkt und somit „medikalisiert“ werde. In der Konsequenz könne die Kategorie zur Reduzierung von Stigmatisierung beitragen sowie therapeutische Hilfesuche fördern. Außerdem könne, wenn es angemessen erscheine, qualifizierter als bisher ein Zusammenhang zwischen medizinischen/physiologischen und psychologischen Ätiologiemodellen hergestellt werden. Ein weiteres Ziel der Revision ist der Versuch eine Vergleichbarkeit der männlichen und weiblichen Funktionsstörungen zu erreichen, um Ähnlichkeiten im Reaktionszyklus hervorzuheben. Die Arbeitsgruppe hat darüber hinaus eine konzeptuelle Verbindung von Verlangen und Erregung bei Frauen angestrebt. Außerdem wird die Exklusion der Diagnose F52.1 „sexuelle Aversion und mangelnde sexuelle Befriedigung“ befürwortet, da diese mit dem Frigiditätsbegriff der Frau verbunden sei.

Aus diesen Überlegungen resultierten die folgenden vorgesehenen Diagnoseleitlinien:

1. Dysfunktion des sexuellen Verlangens und der sexuellen Erregung (*Sexual desire and arousal dysfunctions*)
  - Dysfunktion des sexuellen Verlangens und der sexuellen Erregung der Frau (genitale Form, subjektive Form, kombinierte Form) (SXA1 *Female sexual desire/arousal dysfunction (genital type, subjective type, combined type)*)
  - Dysfunktion mit Hypoaktivität des sexuellen Verlangens des Mannes (SXA2 *Male hypoactive sexual desire dysfunction*)
  - Erektile Dysfunktion (SXA3 *Erectile dysfunction*)
2. Dysfunktion des Orgasmus (*Orgasmic dysfunctions*)
  - Anorgasmie (SXA4 *Anorgasmia*)
3. Ejakulatorische Dysfunktion (*Ejaculatory dysfunctions*)
  - Frühzeitige Ejakulation (SXA5 *early ejaculation*)
  - Verzögerte Ejakulation (SXA6 *delayed ejaculation*)
4. Sexuelle Schmerzstörungen (*Sexual Pain disorders*)

Genitio-Beckenbodenschmerzen-Penetrationsstörung (SXB1 *Genitio-pelvic pain-penetration disorder*).

Folgende Spezifizierungen (*Qualifiers*) werden zusätzlich vorgeschlagen: lebenslang oder erworben (*acquired*), sowie globale oder situationsabhängige sexuelle Funktionsstörung. Ferner soll die Möglichkeit bestehen, folgende ätiologische Faktoren zu vermerken:

(1) physiologische Dysfunktionen anderweitig klassifiziert, (2) Verletzungen, (3) chirurgische Maßnahmen, (4) Medikation/Substanz, (5) Mangel an Wissen, (6) psychologische und Verhaltensfaktoren, (7) Beziehungsfaktoren sowie (8) kulturelle Faktoren.

Die Hauptkontroversen bestehen nach wie vor hinsichtlich:

- der getrennten Erfassung von sexuellen Funktionsstörungen der Frau und des Mannes vs. einer Integration basierend auf den Gemeinsamkeiten des männlichen und weiblichen sexuellen Reaktionszyklus;
- der Zusammenführung von sexueller Lust und Erregung der Frau in eine gemeinsame Kategorie vs. der getrennten Kategorisierung von einem Mangel an sexueller Lust und von Erregungsproblemen bei Frauen;
- Hypersexualität vs. zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung und deren Verortung innerhalb des Klassifikationssystems.

## Paraphile Störungen

In der ICD-10 sind in der Kategorie F65 „*Störungen der Sexualpräferenz*“ dargestellt. Die WHO Arbeitsgruppe hat eine Umbenennung der Sektion in „Paraphile Störungen“ vorgeschlagen. Allerdings soll der Inhalt der Sektion weiterhin in dem Kapitel V „*Psychische und Verhaltensstörungen*“ verbleiben. Der Ausdruck „Störung“ wurde (analog der DSM-5, APA 2015) ergänzt, um hervorzuheben, dass atypische sexuelle Interessen für die Diagnosevergabe in Verhaltensweisen gegen nicht einwilligende oder einwilligungsfähige Personen resultieren müssen, und/oder schwerwiegenden Leidensdruck verursachen oder ein Risiko für Verletzungen und Tod mit sich bringen. Eine weitere wichtige Revision beinhaltet den Ausschluss der Diagnosen, die durch konsensuelle sexuelle Verhaltensweisen und Solosex-Aktivitäten charakterisiert sind. Daher sollen nach aktuellem Stand die Diagnosen „*Fetischismus*“, „*Fetischistischer Transvestitismus*“ und „*Sadomasochismus*“ gänzlich aus dem Manual gestrichen werden. Als Grund für diese Entscheidung wird angeführt, dass die Diagnosen nicht von Bedeutung für das Gesundheitssystem seien und kein Zusammenhang mit Leidensdruck und Funktionseinbußen bestehe. Es wird befürchtet, dass eine weitere Berücksichtigung der Diagnosen mit einer Stigmatisierung bestimmter sexueller Verhaltensweisen einhergehen könnte. Des Weiteren hätten Menschen, die besondere Sexualpraktiken (z. B. BDSM) ausüben, keinen erkennbaren gesundheitlichen Vorteil durch eine Diagnosevergabe.

Die „*Paraphile Störung*“ nach ICD-11 ist charakterisiert durch ein andauerndes, intensives Muster atypischer sexueller Erregung, das sich in sexuellen Gedanken, Phantasien, Verlangen oder Verhalten ausdrückt. Ferner fokussiert und involviert das Erregungsmuster andere, die wegen ihres Alters oder Status nicht einwilligen können (z. B. Kinder, eine nichtsahnende Person, die voyeuristisch durchs Fenster beobachtet wird, Tiere). Die Diagnose soll vergeben werden, wenn die Person ihr Erregungsmuster mit nicht-einwilligenden Personen bereits ausgelebt hat oder wenn die Person hierdurch einen relevanten Leidensdruck hat. In der ICD-11 sollen namentlich die folgenden fünf paraphilen Störungen gelistet werden:

1. Exhibitionistische Störung (*exhibitionistic disorder*),
2. Voyeuristische Störung (*voyeuristic disorder*),
3. Pädophile Störung (*pedophilic disorder*),
4. Frotteuristische Störung (*frotteuristic disorder*) und
5. Sexuell sadistische Störung unter Ausübung von Zwang (*Coercive sexual sadism disorder*).

Ferner wird die Kategorie „*andere spezifische paraphile Störung*“ in der ICD-11 Berücksichtigung finden. Diese Kategorie soll Anwendung finden, wenn sich das Erregungsmuster auf andere, die wegen ihres Alters oder Status nicht einwilligen können, bezieht, jedoch in den oben genannten vorgeschlagenen Kategorien nicht abgebildet wird (z. B. Tiere, Körper/Körperteile). Des Weiteren soll die Möglichkeit bestehen, eine „*unspezifische paraphile Störung*“ zu diagnostizieren. Diese Diagnose soll nur dann vergeben werden, wenn ein sexuelles Erregungsmuster, welches einwilligende Personen (z. B. beim Masochismus) oder Solosex-Aktivitäten umfasst, merklichen Leidensdruck hervorruft, der nicht das Resultat befürchteter sozialer Ablehnung oder Ablehnung des Erregungsmusters durch andere beinhaltet und/oder das paraphile Verhalten mit einem deutlichen Risiko für Verletzungen und Todesfolgen einhergeht (z. B. Asphyxophilie).

## Geschlechtsinkongruenz

Mit dem Fokus auf Anti-Diskriminierung und De-Stigmatisierung verfolgt die WHO-Arbeitsgruppe auch Ziele, die für die Überarbeitung der ICD-10-Diagnose Transsexualismus (F64.0) relevant sind. Ein weiterer Hintergrund der Revision ist die wiederholt formulierte Kritik von Trans\*<sup>4</sup>-Organisationen

<sup>4</sup> Trans\* (sprich: Trans Sternchen), gilt als schriftlicher Ausdruck sowohl der Erkenntnis als auch der Anerkennung geschlechtlicher Vielfalt. Trans\* möchte alle existierenden (Selbst- und Fremd-)Bezeichnungen umfassen, die spezifische geschlechtliche Erfahrungen, Definitionen und Selbstverhältnisse benennen, z. B. Menschen, die ihr Geschlecht nicht oder nicht vollständig in Übereinstimmung mit dem ihnen bei Geburt zugewiesenen Geschlecht erleben. Das Sternchen in Trans\* strebt an, die verschiedenen, wiederkehrenden Wortendungen im Rahmen von Geschlecht zu ersetzen (z. B. in transgender, trans-geschlechtlich etc.) und integriert so auch Menschen, die „sich geschlechtlich nicht verorten (lassen) möchten“ (Sauer et al. im Erscheinen).

(u. a. *Global Action for Trans Equality: GATE*) und ÄrztInnen bzw. PsychotherapeutInnen an den Kriterien der ICD-10-Diagnose und ihren Implikationen (Becker 2004; Nieder et al. 2014a). Die Diagnose Transsexualismus bietet Personen Zugang zu Versorgungsleistungen des Gesundheitssystems, deren Geschlechtererleben nicht mit den körperlichen Geschlechtsmerkmalen übereinstimmt und die anstreben, ihren Körper mit Hilfe somatischer Behandlungen ihrem geschlechtlichen Selbstverständnis anzugleichen. Als diagnostische Voraussetzungen gelten der seit mindestens zwei Jahren bestehende Wunsch, als Angehörige oder Angehöriger des anderen Geschlechts zu leben und anerkannt zu werden, meist einhergehend mit Unbehagen oder dem Gefühl der Nichtzugehörigkeit zum anatomischen Geschlecht. Zusätzlich soll der Wunsch nach chirurgischer und hormoneller Behandlung bestehen, um den eigenen Körper entsprechend zu modifizieren.

Dem Vorschlag der WHO Arbeitsgruppe zur Revision der Diagnose Transsexualismus folgend (Drescher et al. 2012) soll die Diagnose *Gender Incongruence* (Geschlechtsinkongruenz) lauten und aufgrund der bis dato ungeklärten Genese einem separaten Kapitel außerhalb des Bereichs psychischer Störungen zugeordnet werden (*Sexual Disorders and Sexuality-Related Conditions*; s. o.). Vorgeschlagen wird, dass die Inkongruenz, d. h. die Deckungsungleichheit zwischen Gender (u. a. Geschlechtsidentität, Geschlechtsrolle) und Zuweisungsgeschlecht (i. d. R. bei Geburt anhand der primären Geschlechtsmerkmale) als solche den Störungswert ausmacht. Im Gegensatz zu der für die 5. Ausgabe des DSM revidierten Diagnose Gender Dysphoria (dt. Geschlechtsdysphorie; APA 2015) soll es nicht zwingend erforderlich sein, dass trans\* Menschen unter der beschriebenen Inkongruenz einen Leidensdruck entwickeln. Insgesamt verfolgt die WHO Arbeitsgruppe mit ihrem gegenwärtigen Vorschlag das Ziel, durch die Diagnose Geschlechtsinkongruenz den Risiken der Stigmatisierung entgegenzuwirken und die Psychopathologisierung von trans\* Menschen zu überwinden. Mit dem Vorschlag ist die Vorstellung verknüpft, dass die Einführung der revidierten Diagnose dazu beitragen könnte, ein Versorgungsparadigma für erwachsene trans\* Menschen zu etablieren, das

- *Best Practice* Modelle verfolgt und damit auf dem höchstmöglichen methodischen Niveau evidenzbasiert ist,
- sich eng an den Bedürfnissen und Erfahrungen der vulnerablen Gruppe von trans\* Menschen orientiert und sich insgesamt der Einhaltung der Menschenrechte verpflichtet sowie
- die Bereitstellung und den Zugang zu Leistungen qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung gewährleistet (Drescher et al. 2012; 575, Übers. TN).

Kontrovers diskutiert wird u. a. die Bezeichnung, da Inkongruenz impliziert, dass die Kongruenz die Norm sei (Ehrbar 2010). Zudem wird insbesondere mit Blick auf das deutsche Gesundheitssystem infrage gestellt, inwiefern die Herausnahme des Leidensdruckes als notwendige Voraussetzung zur Erfüllung der diagnostischen Leitlinien die Zuschreibung eines Krankheitswertes gefährdet. Sollte die Geschlechtsinkongruenz nicht mehr als krankheitswertig eingeschätzt werden, fielen die somatischen Behandlungen

gen zur Geschlechtsangleichung möglicherweise aus der Leistungspflicht der Krankenversicherungen (vgl. Nieder et al. 2014b). Für die Mehrheit behandelungssuchender trans\* Menschen könnte dies zu dramatischen Schwierigkeiten in der Versorgung führen (diskutiert im Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 25.1.2012: L 5 KR 375/10).

## Zusammenfassung

In Folge der Revision der ICD wird eine Verbesserung hinsichtlich der Konzeptualisierung gesundheitlicher Probleme, eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung sowie die Formulierung und Ausarbeitung geeigneter Gesetze, und Behandlungsleitlinien erwartet. Besonders relevant ist zudem die Bestrebung, Diskriminierung und Stigmatisierung zu reduzieren. Somit werden als übergeordnete Ziele die weltweite Wahrung der Menschenrechte sowie die Respektierung von Menschen mit Erkrankungen oder Störungen formuliert. In diesem Zusammenhang untersuchten Robles et al. (2015) in acht Ländern die Einstellung von klinisch-therapeutisch Tätigen (vor allem PsychiaterInnen und PsychologInnen) hinsichtlich der Streichung psychischer Störungen aus der ICD. Unter den Diagnosen, die am häufigsten für eine Exklusion genannt wurden, waren die Geschlechtsidentitätsstörung, sexuelle Funktionsstörungen und Störungen der sexuellen Präferenz. Als Grund wurde von der Mehrheit der StudienteilnehmerInnen die mögliche Stigmatisierung menschlichen (Sexual)-Verhaltens genannt. Das Ausmaß der Stigmatisierung ist in der Tat bei manchen Störungen als hoch einzuschätzen (insbesondere bei der Pädophilie; Jahnke et al. 2015; Jahnke et al. im Druck). Die Streichung allein ist allerdings sicher keine ausreichende Herangehensweise, um relevanten Leidensdruck zu mindern. Bezogen auf manche Störungen muss vor allem durch Vermittlung von Informationen und fachlichen Haltungen Diskriminierungen entgegen gewirkt werden. Über viele der genannten Störungen wissen wir bis heute nicht genau, wie häufig sie in der Allgemeinbevölkerung unter sich ändernden kulturellen Bedingungen vorkommen. Alleinige Streichung läuft also unter Umständen auch den Bemühungen, die damit verbundenen Probleme früher diagnostisch zu erfassen (Hoyer et al. 2015) und zu versorgen (Maß 2014), entgegen. Bei bestimmten Diagnosekategorien wie bspw. der ich-dys-tonen Sexualorientierung, ist die Zeit für eine Streichung längst überreif.

## Literatur

- [APA] American Psychiatric Association. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Göttingen: Hogrefe 2015
- Becker S. Transsexualität – Geschlechtsidentitätsstörung. In: Kockott G, Fahrner E-M, Hrsg. Sexualstörungen. Stuttgart: Thieme 2004: 153 – 201
- Cochran SD, Drescher J, Kismödi E, Giami A, García-Moreno C, Atalla E, Marais A, Meloni Vieira E, Reed GM. Proposed Declassification of Disease Categories Related to Sexual Orientation in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11). Bulletin of the World Health Organization 2014; 92: 672 – 679

- Drescher J, Cohen-Kettenis P, Winter S. Minding the Body: Situating Gender Identity Diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry* 2012; 24: 568 – 577
- Ehrbar RD. Consensus from Differences: Lack of Professional Consensus on the Retention of the Gender Identity Disorder Diagnosis. *International Journal of Transgenderism* 2010; 12: 60 – 74
- Hoyer J, Klein V, Schierz K, Briken P. Ein Screeninginstrument für sexuelle Funktionsstörungen nach DSM-5. *Z Sexualforsch* 2015; 28: 36 – 42
- Jahnke S, Imhoff R, Hoyer J. Stigmatization of People with Pedophilia: Two Comparative Surveys. *Arch Sex Behav* 2015; 44: 21 – 34
- Jahnke S, Schmidt AF, Geradt M, Hoyer J. Stigma-related Stress and its Correlates among Men with Sexual Interest in Children. *Arch Sex Behav*, im Druck
- Maß R. Der Indikationsbereich des Hamburger Modells der Sexualtherapie. Eine kritische Analyse. *Z Sexualforsch* 2014; 27: 150 – 160
- Nieder TO, Briken P, Richter-Appelt H. Transgender, Transsexualität und Geschlechtsdysphorie: Aktuelle Entwicklungen in Diagnostik und Therapie. *Psychother Psych Med* 2014a; 64: 232 – 245
- Nieder TO, Cerwenka S, Richter-Appelt H. Nationale und internationale Ansätze der Diagnostik und Versorgung von Menschen mit Transsexualität oder Geschlechtsdysphorie. In: Richter-Appelt H, Nieder TO, Hrsg. *Transgender-Gesundheitsversorgung Eine kommentierte Herausgabe der Standards of Care der World Professional Association for Transgender Health*. Gießen: Psychosozial 2014b; 19 – 43
- Reed GM. The Classification of Sexual Disorders and Sexual Health: Recommendations for ICD-11. Vortrag gehalten am 14.04.2015, Neu Delhi
- Robles R, Fresán A, Medina-Mora ME, Sharan P, Roberts MC, de Jesus Mari J, Gureje O, Ayuso-Mateos JL, Xiao Z, Reed GM. Categories That Should Be Removed From Mental Disorders Classifications: Perspectives and Rationales of Clinicians From Eight Countries. *J Clin Psychol* 2015; 71: 267 – 81
- Sauer A, Guldénring A, Tuidler E. Trans\* – Interventionen in die normierte Zwei-Geschlechtlichkeit [Arbeitstitel]. In: Kolip P, Hurrelmann K, Hrsg. *Handbuch Geschlecht und Gesundheit – Männer und Frauen im Vergleich*. Göttingen: Hogrefe 2015, im Erscheinen
- [WHO] World Health Organisation. Guidance for the Development of Field Trial Protocol. Unveröffentlichtes Manuskript 2012

## Danksagung

Die vorliegende Arbeit wurde im Rahmen eines von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung finanzierten Projekts umgesetzt.

### *Korrespondenzadresse*

Verena Klein  
Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Martinistr. 52  
20246 Hamburg  
v.klein@uke.de