

12. April 2021

„Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit“

Stellungnahme der die AWMF S3-Leitlinie verantwortenden wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften zur Begutachtungsanleitung (Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V) Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-10, F64.0)

Die 2020 vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) veröffentlichte Begutachtungsanleitung (BGA) zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen bei Transsexualismus bemüht sich um eine Aktualisierung der bisherigen (2009 veröffentlichten) Anleitung unter Berücksichtigung neuer deutscher und internationaler Behandlungsleitlinien (MDS, 2020).

Dies ist grundsätzlich zu begrüßen. Die Autor:innen der BGA machen deutlich, dass mit dieser Anleitung eine verbindliche Grundlage für die Begutachtung durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen dargestellt werden soll, die das Ziel hat, einheitliche Kriterien und Maßstäbe für die sozialmedizinische Begutachtung zu erstellen, die Sicherung der Qualität und Transparenz in der Begutachtung zu gewährleisten, den Solidargedanken und die Gleichbehandlung der Versicherten umzusetzen und die sozialrechtlichen Bedingungen darzustellen.

Wir, die Autor:innen dieser Stellungnahme, und die Vorstände der unten genannten Fachgesellschaften sehen es als dringend geboten, die aktuelle Position des MDS unter Einbeziehung von Expert:innen und Betroffenenverbänden zu überarbeiten.

Bezug der BGA zur S3-Leitlinie

Explizit geben die Autor:innen der BGA an, dass sie „aufgrund der in der S3-Leitlinie aus 2018 zur Diagnostik und Behandlung von Genderdysphorie (korrekter Titel siehe oben) dargestellten Evidenzlage“ insbesondere Zeitregeln (also zeitliche Vorgaben für die Dauer von Psychotherapie, Hormontherapie oder Alltagserfahrungen) modifiziert hätten. Die Angabe, dass die Behandlungsleitlinien und -empfehlungen „auf Basis der untersuchten Evidenzlage Wichtigkeit und Notwendigkeit von psychotherapeutischer Begleitung und Alltagserfahrungen im Rahmen des gesamten Transitionsprozesses“ betonen, ist allerdings eine stark generalisierte Aussage (s. u.).

Einschätzung der Wissenschaftlichkeit der S3-Leitlinie

Die Autor:innen der BGA geben an, dass zu berücksichtigen sei, „dass die in der S3-Leitlinie 2018 zusammengetragenen wissenschaftlichen Belege in qualitativer Hinsicht auf niedrigem Evidenzniveau beruhen“. Bevor wir auf einzelne Inhalte der BGA eingehen wird, stellen wir zu diesem Aspekt grundsätzlich fest, dass die Vorhaltung, dass die in der S3-Leitlinie zusammengefassten Empfehlungen sich auf niedrigem Evidenzniveau befänden angesichts der Tatsache, dass die Leitlinienklasse S3 auch von der AWMF als „Goldstandard“ bewertet wird, potentiell das gesamte in der Bundesrepublik etablierte Leitliniensystem der AWMF in Frage stellen.

Gemäß dem AWMF-Regelwerk Leitlinien (AWMF, 2018) müssen S3-Leitlinien u. a. repräsentativ für den Adressat:innenkreis sein. Vertretende der entsprechend zu beteiligenden Fachgesellschaften und/oder Organisationen inklusive der Patient:innen, sollen daher frühzeitig in die Leitlinienentwicklung eingebunden werden. Eine S3-Leitlinie basiert auf einer systematischen Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Befunde (Evidenz), wobei systematische Methoden angewandt und die Auswahlkriterien für die Evidenz explizit dargelegt werden. Die ausgewählte Evidenz wird nach a priori festgelegten Kriterien hinsichtlich ihrer methodischen Qualität kritisch bewertet und die Ergebnisse in einer Evidenztabelle dargestellt. Das Ergebnis der Bewertung führt zur Feststellung des Vertrauens in die Qualität der Evidenz. Die Beschreibung der zugrundeliegenden Evidenz ist im Hintergrundtext nachvollziehbar mit den daraus resultierenden Empfehlungen verknüpft, die Methoden sind klar dargestellt, jede Empfehlung wird im Zuge einer strukturierten Konsensfindung unter neutraler Moderation diskutiert und abgestimmt. Es werden zu jeder evidenzbasierten Empfehlung Evidenz und Empfehlungsgrade angegeben. Schließlich wird eine Beschreibung zum methodischen Vorgehen im Leitlinienreport hinterlegt.

Diese auszugsweise aus dem Regelwerk der AWMF wiedergegebenen Kriterien für eine S3-Leitlinie zeigen, dass S3-Leitlinien dem höchsten Standard im Hinblick auf die aktuellen wissenschaftlichen Empfehlungen darstellen, was die recht pauschale Bewertung der BGA-Autor:innen in Frage stellt. In der BGA wird „niedrige Evidenz“ in der Evidenzbewertung der Leitlinie mit der Qualität der vorliegenden Studien verwechselt, die naturgemäß nicht durchgehend dem allerhöchsten Standard wissenschaftlicher Forschungskriterien entsprechen und daher von der Leitliniengruppe auch nicht mit höchste Evidenz beurteilt werden konnten.

Transsexualismus vs. Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie

Die 2018 veröffentlichte S3-Leitlinie bezieht sich explizit auf den diagnostischen Code der Geschlechtsinkongruenz (GIK), der in die neue ICD-11-Kategorie „*Conditions Related to Sexual Health*“ aufgenommen wird (vgl. Klein, Brunner, Nieder, Reed, & Briken, 2015). Zudem bezieht sich die S3-Leitlinie auf die im DSM-5 bereits seit 2013 geltende Diagnose Geschlechtsdysphorie (GD). Darüber hinaus nimmt die S3-Leitlinie eine ganzheitliche Perspektive auf Trans*-Gesundheit ein und trägt damit der Tatsache Rechnung, dass GIK und GD gleichermaßen individuell in dem Leben der Behandlungssuchenden eingebettet und verwoben sind. Zur nachhaltigen Förderung von Trans*-Gesundheit empfiehlt die S3-Leitlinie daher ein partizipatives Vorgehen, das den individuellen Anliegen der Behandlungssuchenden annäherungsweise gerecht werden kann.

Obwohl sich die Autor:innen der BGA explizit sowohl auf die S3-Leitlinie (DGfS 2018; Nieder & Strauß, 2019) beziehen als auch auf die *Standards of Care* der WPATH (Coleman et al., 2012) und andere weitreichende Empfehlungen (u. a. Hembree et al., 2017), begrenzt sich die BGA zum einen auf Erwachsene, bei denen nach den überholten ICD-10-Kriterien ein Transsexualismus vorliegt. Mit anderen Worten: Kinder und Jugendliche werden aus der BGA ausgeklammert (tatsächlich liegt für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen noch keine neue AWMF-Leitlinie vor). Zum anderen berücksichtigt die BGA ebenso wenig Personen, die den diagnostischen Kriterien des Transsexualismus nicht eindeutig entsprechen, weil sie sich nicht einem der beiden binären Geschlechter zugehörig fühlen (s. u.).

Entsprechend besteht ein Konstruktionsfehler der BGA in der falschen Annahme, dass die Anleitung sich an der inzwischen weltweit als obsolet geltenden diagnostischen Kategorie des Transsexualismus ausrichten müsse, weil derzeit sozialrechtlich in Deutschland noch für eine voraussichtlich kurze Zeit die ICD-10 als Kodiervorschrift in Kraft ist.

Es kann demgegenüber aber nicht ignoriert werden, dass das DSM-5 schon seit sieben Jahren (American Psychiatric Association, 2013) und die ICD-11 aufgrund der wissenschaftlichen Evidenz und klinischen Erfahrung zu in wesentlichen Punkten abweichenden diagnostischen Kategorien gelangt sind (vgl. Klein et al., 2015; Reed et al., 2016). Das sozialrechtlich verankerte Qualitätsgebot verlangt eine Behandlung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Dieser ist in ICD-11, DSM-5 und in der S3-Leitlinie festgelegt und nicht in der ICD-10, die immerhin bereits 28 Jahre alt ist (World Health Organization, 1992). Auf der Grundlage der ICD-10 ist weder eine adäquate zeitgemäße Diagnostik, noch eine adäquate Therapie, noch eine adäquate Indikationsstellung bei Personen, die aufgrund einer GIK bzw. GD therapeutische Hilfe suchen, möglich (Drescher, Cohen-Kettenis, & Winter, 2012).

Als Beispiel für den Aktualisierungsbedarf der BGA lässt sich auch die Empfehlung heranziehen, dass Gebärmutter und Eierstöcke „aus medizinischen Gründen wegen des unphysiologischen Einflusses der gegengeschlechtlichen Hormonersatztherapie“ entfernt werden sollten. Hier wird offensichtlich auf ein vermeintlich erhöhtes Krebsrisiko für die weiblichen Reproduktionsorgane unter Testosterontherapie Bezug genommen. Diese klinische Empfehlungen kann von aktuellen Studien (Wierckx et al., 2012; zusammenfassend: Hembree et al., 2017) keineswegs bestätigt werden.

Ausschluss non-binärer Individuen

Eine Konsequenz der Anwendung des obsoleten diagnostischen Konzepts aus der ICD-10 besteht darin, dass eine große Gruppe behandlingssuchender und auch behandlungsbedürftiger Personen *mit GIK bzw. GD* ohne Nennung eines sachlichen Grundes von vornherein von der Versorgung ausgeschlossen werden sollen. Nach einem Survey der European Union Agency for Fundamental Rights (2020) sehen sich mehr als 30 % aller Personen, die sich als trans* identifizieren, nicht als einem der beiden binären Geschlechter zugehörig. Der klinischen Erfahrung und den bis jetzt vorliegenden wissenschaftlichen Befunden zufolge entwickeln Personen, die sich nicht-binär identifizieren, im Durchschnitt eher noch einen stärkeren Leidensdruck als binär-transgeschlechtliche Personen (Löwenberg, 2020; vgl. Motmans, Nieder, & Bouman, 2020). Der Ausschluss fast eines Drittels der Behandlungssuchenden von einer adäquaten trans-spezifischen Gesundheitsversorgung ist fachlich falsch, berufsethisch inakzeptabel, diskriminierend, menschenrechtsverletzend und bei Betrachtung der aktuellen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes wohl auch nicht mit der Verfassung im Einklang (vgl. Mangold, Markwald, & Röhner, 2019).

Es ist davon auszugehen, dass die dürftige sozialrechtliche Begründung, wonach an der ICD-10 festzuhalten sei, einer angemessenen Abwägung der verschiedenen Rechtsgüter kaum standhalten dürfte. Da die BGA bei genauer Betrachtung aber nur ihre Nichtzuständigkeit für Personen mit nicht-binärer geschlechtlicher Identifizierung erklärt, besteht für diese jedoch die Möglichkeit, um eine sozialmedizinische Begutachtung zu bitten, die nicht nach dieser Anleitung erfolgt, wenn sie ihren sozialrechtlich verbrieften Behandlungsanspruch geltend machen wollen.

Sozialrechtliche Grundlage und aktueller Wissensstand

Die sozialrechtliche Grundlage für die Inanspruchnahme der Solidargemeinschaft für die Kosten geschlechtsangleichender Maßnahmen ist gemäß der BSG-Rechtsprechung ein krankheitswertiger Leidensdruck. Hierauf nimmt die BGA an vielen Stellen Bezug. Es lässt sich auch nichts dagegen einwenden, dass psychotherapeutische und ärztliche Indikationen ausschließlich für geschlechtsangleichende Maßnahmen gestellt werden, die geeignet sind, diesen Leidensdruck signifikant zu verringern. Das diagnostische Konzept der GD fokussiert auf diesen Leidensdruck (American Psychiatric Association, 2013). Die Vorgabe des BSG-Urteils von 1987, dass zunächst psychiatrisch-psychotherapeutische Mittel ausgeschöpft werden müssen, bevor eine geschlechtsangleichende Operation als „Ultima Ratio“ in Frage kommt, folgt dem Wirtschaftlichkeitsgebot des Sozialgesetzbuches.

Dieses besagt, dass zunächst die weniger kostspieligen Behandlungsoptionen auszuschöpfen sind, bevor die kostspieligeren Maßnahmen in Frage kommen. Allerdings folgt das BSG-Urteil (3 RK 15/86) damit dem Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß dem Wissensstand von 1987. Wir wissen heute sowohl klinisch als auch evidenzbasiert, dass sich der Leidensdruck infolge einer GD mit psychiatrischen oder psychotherapeutischen Mitteln allein nicht signifikant lindern lässt (Coleman et al., 2012; Deutsche Gesellschaft für Sexuallforschung, 2018). Die S3-Leitlinie führt daher an (S. 43), dass Psychotherapie „zur Minderung der Geschlechtsdysphorie (z. B. durch eine Förderung der Selbstakzeptanz, der Bewältigung negativer Gefühle und eine Unterstützung bei der Identitätsentwicklung) beitragen kann“, erfahrungsgemäß aber nur selten einzelne Personen von Wünschen nach Transition zurücktreten.

Die Maßgabe der BGA, dass eine psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung zur Linderung des Leidensdrucks vor der Durchführung geschlechtsangleichender Maßnahmen im zeitlichen Umfang einer Kurzzeittherapie (KZT) für mindestens 12 Sitzungen á 50 Minuten und für mindestens sechs Monate zu erfolgen hat, widerspricht daher dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach jetzigem Wissensstand aufgrund . Dass flankierende psychotherapeutische Maßnahmen – wie in der S3-Leitlinie beschrieben – beispielsweise durch die Bearbeitung einer verinnerlichten Trans*-Negativität oder die Ermutigung zu Coming-out und selbstbestimmten Entscheidungen den Leidensdruck in vielen Fällen zu verringern helfen, steht außer Frage (Nieder, Güldenring, Köhler, & Briken, 2017).

Psychotherapieverständnis

Die BGA widerspricht der Psychotherapie-Richtlinie (G-BA, 2009) in mehreren Aspekten, sodass wir das Psychotherapieverständnis der BGA-Autor:innen kritisch hinterfragen müssen. Gefordert wird eine KZT im Umfang von 12 Sitzungen á 50 Minuten. Gemäß § 29 der Psychotherapie-Richtlinie (G-BA, 2009) können im Rahmen der Kurzzeittherapie *bis zu* 12 Stunden durchgeführt werden. Sollten bereits vor dem Ablauf der 12 Einheiten die Therapieziele erreicht werden, *muss* die KZT beendet werden. Um der Psychotherapie-Richtlinie (G-BA, 2009) zu entsprechen, muss die Möglichkeit, die KZT vor dem Ablauf von 12 Sitzungen erfolgreich zu beenden, weiter gelten können, ohne dass dadurch eine Kostenübernahme für geschlechtsangleiche Maßnahmen gefährdet werden könnte. Auch wenn die KZT nur als anlehrende Orientierung für das in der BGA entwickelte Verfahren gedacht sein soll, offenbart sich hier ihre verzerrte Perspektive auf Psychotherapie: Psychotherapeutische Maßnahmen obligatorisch, allgemein und a priori zu fordern setzt eine untherapeutische Grundhaltung voraus - derart forcierte Gespräche sind keine

Psychotherapie. Psychotherapie stellt eine im *individuellen* Fall angemessene Maßnahme dar und setzt als im Kern emanzipatorischer Prozess Bereitschaft und Freiwilligkeit voraus. Wer diese Voraussetzung von Psychotherapie verlässt, spricht behandlungssuchenden Personen mit GIK/GD a priori die Fähigkeit zur reflexiven Selbsteinschätzung ab und schreibt den diskriminierenden Blick auf trans* Personen fort.

Des Weiteren wird in der Psychotherapie-Richtlinie eine Psychotherapie explizit ausgeschlossen, die nicht von den Behandelnden selbst im jeweiligen Verfahren indiziert wird, und darf daher auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung gar nicht durchgeführt werden. Für einen solchen Behandlungsansatz dürften Psychotherapeut:innen demnach gar nicht zur Verfügung stehen (vgl. Löwenberg & Ettmeier, 2014).

Psychotherapeutische Begleitung vor, während und nach dem Transitionsprozess ist ein Angebot, das gemäß S3-Leitlinie von den Behandlungssuchenden in Anspruch genommen werden kann, aber nicht muss (Garcia Nuñez & Nieder, 2017). Die Festlegung durch die BGA offenbart so einen paradoxen Behandlungsauftrag. Wenn die psychotherapeutische Behandlung allein helfen würde (was wie erwähnt nicht der Fall ist; vgl. Murad et al., 2010), würde sie zum Ausschluss der von den Behandlungssuchenden gewünschten geschlechtsangleichenden Maßnahmen führen. Letztlich sind solche Vorgaben allenfalls dazu geeignet, Psychotherapie bei den Behandlungssuchenden in Verruf zu bringen, so dass psychotherapeutische Maßnahmen auch dort, wo sie helfen könnten, nicht mehr oder zumindest weniger in Anspruch genommen werden (Loos, Köhler, Eyssel, & Nieder, 2016). Nicht selten wird auf diese Weise auch die Aufgabe von Psychotherapie falsch verstanden, als ob ihre Aufgabe es sei, den Behandlungssuchenden ihren Wunsch nach geschlechtsangleichenden Maßnahmen auszureden.

Diagnostisches Konzept der BGA

In Anbetracht des Umstandes, dass der BGA ein obsoletes diagnostisches Konzept zugrunde liegt, sind die Aussagen zum diagnostischen Prozess darin von vornherein unanwendbar.

Eine GIK oder GD kann in fast allen Fällen valide in einem zeitlichen Rahmen von wenigen Sitzungen diagnostiziert werden. Individuell sehr unterschiedlich ist hingegen der Zeitbedarf, um die Prognose für einzelne körpermodifizierende Maßnahmen adäquat einschätzen zu können. Dies hängt von verschiedenen Faktoren ab, z. B. ob (schwerwiegende) psychische Begleitstörungen vorliegen, ob jemand sich gerade erst mit seiner geschlechtlichen Identifizierung auseinandersetzt oder seit Jahren akzeptiert im Identifikationsgeschlecht lebt, ob es sich um eine gefestigte Persönlichkeit handelt oder jemanden mit einem inkohärenten Selbstbild, usw. (Nieder et al., 2017). Eine für alle gleich geltende Zeitvorgabe ist insofern als nicht zielführend einzuschätzen.

Begleitende psychische Störungen

Kritisch ist auch die Vorgabe der BGA zu betrachten, dass begleitende psychische Störungen grundsätzlich vor der Einleitung geschlechtsangleichender Maßnahmen stabilisiert werden müssen. Es gibt eine eindeutige Evidenz dafür, dass die meisten begleitenden psychischen Symptome Folge des, i. w. S., Minoritätenstress angesichts einer GIK und einer daraus folgenden GD sind (vgl. Dhejne, Van Vlerken, Heylens, & Arcelus, 2016). Klinisch erfahrene Behandelnde wissen, dass es z. B. nach der

Einleitung einer Hormonbehandlung zu Spontanremissionen psychischer Begleitsymptome kommen kann. Insofern ist es – wie in der S3-Leitlinie dargelegt – zielführend, psychische Begleitstörungen parallel zu den geschlechtsangleichenden Maßnahmen zu stabilisieren, mit Ausnahme solcher (sehr seltener) Begleitstörungen, bei denen die Möglichkeit besteht, dass sie auf die Geschlechtsdysphorie bezogen sind (z. B. wahnhaftige Verkennungen), oder bei denen eine so hohe Symptomlast besteht, dass zu befürchten ist, dass eine Transition (noch) nicht erfolgreich möglich ist (z. B. schwere Selbstverletzungen, akute Suchterkrankungen).

Alltagserfahrungen

Auch die Verordnung therapeutisch begleiteter Alltagserfahrungen als obligate Voraussetzung für geschlechtsangleichende Maßnahmen ist inakzeptabel. Der in vielen Fällen große Nutzen von Alltagserfahrungen zum Zweck der Überprüfung eigener Vorstellungen oder zur Selbstermächtigung steht außer Frage. Allerdings gilt das nicht in jedem Fall und für alle Lebensbereiche. Es gibt Behandlungssuchende mit einer GD, die sozial außerhalb ihres engen, persönlichen Umfelds im Zuweisungsgeschlecht verbleiben und dennoch geschlechtsangleichende Maßnahmen benötigen. Dies kann zum Beispiel auf ältere trans-weibliche Behandlungssuchende zutreffen, die in realistischer Einschätzung ihres *Passings* auf den sozialen Wechsel verzichten wollen und dennoch eine Hormonbehandlung oder genitalangleichende Operation zur Entlastung von ihrem Leidensdruck benötigen, oder auf Behandlungssuchende mit nicht-binärer Identifizierung, die sich nicht permanent einem hohen Diskriminierungsrisiko aussetzen mögen. Daher ist es sinnvoll, Behandlungssuchenden die Reflexion ihrer Alltagserfahrungen bei Bedarf in einer begleitenden Psychotherapie anzubieten, insbesondere dann, wenn sich die Betroffenen vor Aufsuchen der Therapie noch nicht daran gewagt haben.

Dabei gilt aber wiederum: Psychotherapie ist ein Angebot und dient der Entwicklungsförderung von Selbstermächtigung der Behandlungssuchenden. Als Psychotherapeut:innen stehen wir nicht als Aufsichtspersonen für die Durchführung von Alltagserfahrungen zur Verfügung. Eine solche Herangehensweise würde wiederum eine antitherapeutische Haltung voraussetzen, die die Psychotherapie nicht nur bei den Behandlungssuchenden in Misskredit bringen und sie damit ihres positiven Potentials berauben kann (Löwenberg & Ettmeier, 2014; Nieder & Güldenring, 2017; Sauer, Güldenring, & Tuiden, 2015).

Zusammengefasst ist aus unserer Sicht eine Behandlung, die der neuen BGA folgt, weder mit dem aktuellen Fachwissen noch berufsethischen Grundsätzen vereinbar.

Ansprechpartner (Koordinatoren der S3-Leitlinien):

PD Dr. Timo O. Nieder (tnieder@uke.de)

Prof. Dr. Bernhard Strauß (bernhard.strauss@med.uni-jena.de)

Bislang haben die folgenden Fachgesellschaften/Organisationen der Stellungnahme zugestimmt:

- Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
- Bundesverband Trans* (BVT*)
- Gesellschaft für Sexualwissenschaft (GSW)
- Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS)
- Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DVÄT)
- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM)
- Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP)
- Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKMP)