

S3-Leitlinienentwicklung »Geschlechtsdysphorie« – Gibt es eine positive Gesundheitsversorgung?

Kurt Seikowski

Einleitung

1997 erschienen die von Medizinerinnen und Psychologinnen erarbeiteten und in mehreren Fachzeitschriften zu fast gleicher Zeit publizierten »Standards der Behandlung und Begutachtung Transsexueller« (Becker et al., 1997). Ziel dieser »Standards« war ein einheitliches Vorgehen bei der Betreuung Transsexueller. Drei sexuologische Gesellschaften (die Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung – DGfS, die Gesellschaft für Sexualwissenschaft – GSW – und die damalige Akademie für Sexualmedizin – ASM) hatten im Vorfeld bemängelt, dass die Betreuung der betroffenen Personen in Deutschland relativ willkürlich erfolgte, keine einheitlichen wissenschaftlichen Standards existierten und die gängige Praxis sehr von den subjektiven Einstellungen der Behandelnden und den zuständigen Krankenkassen geprägt war.

Doch gleich nach dem Erscheinen dieser Standards gab es heftige Kritik (siehe das gesamte Heft 4 der *Zeitschrift für Sexualforschung* von 1997). Unter anderem wurde bemängelt, dass diese Standards ohne Betroffene erarbeitet wurden (Seikowski, 1997) und dass für einen längerfristigen diagnostischen Prozess ein Jahr Psychotherapie empfohlen wurde. Auch der sogenannte »Alltagstest« (Auftreten in der gewünschten Rolle bereits ein Jahr vor Beginn einer möglichen gegengeschlechtlichen Hormontherapie) stand in der Kritik. Im gesamten erwähnten Themenheft wurde auch von allen »Kritikern« der umständliche, nicht individualisierte Anpassungsweg an das andere Geschlecht bemängelt.

Dann kam es zu einer weiteren »Verschärfung« dieser Standards durch den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS,

2009). Dort wurde die mindestens einjährige Empfehlung für Psychotherapie zur anderthalbjährigen Pflicht erhoben, ohne zu hinterfragen, ob überhaupt eine Psychotherapie indiziert und ein solches Prozedere ethisch vertretbar ist. Des Weiteren wird dort nur Psychiatern die fachliche Kompetenz zugeschrieben, psychiatrische >Komorbiditäten< auszuschließen, obwohl approbierte psychologische Psychotherapeuten die gleiche Kompetenz besitzen.

Und auch die Betroffenen wurden immer unzufriedener mit der gängigen Praxis (vgl. dazu im Überblick Hamm & Sauer, 2014). Sie beklagen unter anderem, dass ihnen zu wenig Selbstbestimmung im Anpassungsprozess gewährt wird, dass sie sich psychopathologisiert fühlen, dass der Anpassungsprozess von begleitenden Psychotherapeuten oft durch nicht nachvollziehbare lange Psychotherapien enorm verzögert wird, dass es immer wieder Probleme bei der Kostenerstattung (z. B. der Bartlaserepilation) gab. Bis heute scheint es keinen einheitlichen Leistungskatalog für die Kostenerstattung zu geben. Mittlerweile gibt es Krankenkassen, die die Kostenerstattung für alle Anpassungsschritte an das andere Geschlecht ablehnen. Sie berufen sich darauf, dass es international üblich geworden sei, Transsexualität als Normalvariante menschlichen Daseins zu betrachten und sie als Krankenkassen dementsprechend für die Betroffenen nicht mehr zuständig seien.

In der Folge häuften sich nach Ablehnungen der Kostenerstattung Gerichtsverfahren bei den Sozialgerichten, das heißt, die Betroffenen mussten sich sogar ihr Recht auf Behebung von Leidensdruck, wofür die Krankenkassen zuständig sind, einklagen.

Die Situation wurde in Deutschland immer unerträglicher, sodass 2011 die Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS) die Initiative übernahm, die bisherigen Standards zu überarbeiten (Strauß & Nieder, 2014). Dabei sollte eine Schwachstelle der bisherigen Standards nicht wiederholt werden: Die damaligen Standards basierten fast ausschließlich auf den klinischen Erfahrungen der beteiligten Ärzte und Psychologen. Ergebnisse wissenschaftlicher Studien wurden damals noch nicht berücksichtigt. Das sollte jetzt anders werden und lässt sich am ehesten in Form einer Leitlinie umsetzen.

1 Was ist eine Leitlinie?

Leitlinien sind in der Medizin entstanden, um bei der Betreuung und Linderung von Leidensdruck immer auf dem international erreichten Wissensstand zu sein, um den Patienten fachlich kompetent auf hohem Niveau betreuen zu

können. Dementsprechend werden sie auch regelmäßig aktualisiert. Leitlinien sind nicht absolut verbindlich, gelten aber als Empfehlungen und sind im Internet bei der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. abrufbar (www.awmf.org). Dort sind auch die verschiedenen Leitlinienarten beschrieben.

Es gibt drei Varianten von Leitlinien, die sich in Ihrer Qualität unterscheiden:

1. Bei einer S1-Leitlinie (*Handlungsempfehlungen von Expertengruppen*) setzen sich Experten zusammen, tauschen ihre klinischen Erfahrungen aus und versuchen einen Konsens für die Diagnostik und Therapie einer bestimmten Form von Leidensdruck zu finden. Diese Art der Leitlinie ist immer dann angesagt, wenn es kaum wissenschaftliche Studien zum Thema gibt.
2. Weiterführender sind die S2-Leitlinien (S2e und S2). Für die Konsensfindung sind Vertreter verschiedener Fachgesellschaften erforderlich und es werden zusätzlich zu der klinischen Erfahrung wissenschaftliche Studien zur Urteilsfindung einbezogen. Die S2k-Leitlinie wird auch als *konsensbasierte Leitlinie* bezeichnet. Es erfolgt jedoch noch keine Evidenzbewertung. Dieser Schritt der Evidenzbewertung ist jedoch bei der S2e-Leitlinie Pflicht (evidenzbasierte Leitlinie).
3. Die höchste Stufe repräsentiert die S3-Leitlinie (*evidenz- und konsensbasierte Leitlinie*). Auch hier ist für die Konsensbildung die Anwesenheit von Vertretern zuständiger wissenschaftlicher Fachgesellschaften erforderlich. Zu allen Themen erfolgt eine Sichtung des internationalen Wissensstandes durch umfangreiche Literaturrecherchen. Ein unbedingtes Muss bei der Erarbeitung einer S3-Leitlinie ist die Einbeziehung von Betroffenen bzw. von Betroffenenverbänden.

Die Evidenzbewertung richtet sich nach der methodischen Qualität der in die Analyse einbezogenen Studien. So haben etwa Einzelfallbeschreibungen einen sehr geringen, mit Kontrollgruppen durchgeführte Studien dagegen einen hohen Evidenzgrad.

2 S3-Leitlinie »Geschlechtsdysphorie«

Um von Anfang an auf einem hohen wissenschaftlichen Stand zu sein, entschied sich die zunächst einberufene Expertenkommission für die Erarbeitung einer S3-Leitlinie. Da es sich um eine medizinische Leitlinie handelt und Transsexualität

mittlerweile als Normvariante des menschlichen Daseins verstanden wird, musste noch eine Bezeichnung für diese Leitlinie gefunden werden. In dieser Hinsicht erfolgte eine Orientierung am *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Version DSM-5), dem amerikanischen Klassifikationssystem für psychische Erkrankungen, das seit 2013 verwendet wird und in dem der Begriff »Transsexualität« nicht vorkommt. Stattdessen wird dort die Diagnose »Geschlechtsdysphorie« (engl.: *gender dysphoria*) verwendet – und die Wahrscheinlichkeit ist sehr groß, dass in dem für Deutschland gültigen Klassifikationssystem ICD (*International Classification of Diseases*) in der zu erwartenden elften Version (ICD-11) auch statt der bisherigen Kategorie F64.0 für »Transsexualität« die Diagnose »Geschlechtsdysphorie« erscheinen wird (Nieder & Strauß, 2014). Weiterhin erfolgte bei der Erarbeitung der neuen Leitlinie eine Orientierung an der siebten Version der international gültigen *Standards of Care* der World Professional Association of Transgender Health (WPATH; www.wpath.org) (vgl. auch Richter-Appelt & Nieder, 2014).

Bei den ersten Treffen der Expertengruppe wurden zunächst die unterschiedlichen Aspekte diskutiert. Zu Anfang ging es etwa darum, die Schwachstellen der bisherigen Standards zu identifizieren, um sie nicht zu übernehmen. Natürlich gab es zu Beginn auch sehr kontroverse Diskussionen, die aber zum Teil dadurch zustande kamen, dass es für uns als Experten in der Medizin zukünftig wichtig sein wird, genau zu trennen, wofür wir zuständig sind. Wir verstehen uns dabei nicht als Serviceeinrichtung, die alle Wünsche Betroffener zu erfüllen hat, sondern als Gender-Spezialisten, die jemandem, der unter einer Geschlechtsinkongruenz leidet, auf dem Weg zu mehr Lebensqualität im Sinne einer Reduktion des Leidensdrucks hilfreich zur Seite stehen. Es kamen auch sehr viele Einzelschicksale zur Sprache, sodass klar wurde, dass die neue Leitlinie nicht zu standardisiert gestaltet werden darf, damit mehr Freiräume für Individualisierung bleiben. In einem weiteren Schritt nahmen wir zwei Personen in die Expertengruppe auf, die die Interessen Betroffener vertreten.

Für die Betroffenen selbst erfolgten zwischen Juni und Oktober 2013 deutschlandweit Anhörungen, bei denen sehr lebhaft diskutiert wurde. Dabei wurden alle bekannten Selbsthilfegruppen und Interessengruppen, die bekannt waren, zu diesen Anhörungen eingeladen. Einige wichtige Ergebnisse können wie folgt wiedergegeben werden:

- Wunsch nach Abschaffung der umfangreichen Begutachtungen
- Forderung von mehr Akzeptanz der Selbstbestimmung der Betroffenen
- Kritik an zu privaten Anamnesen: Es gäbe Gutachter und Therapeuten, die den Schwerpunkt der Befragungen auf sexuelle Aspekte richten.

- Wunsch nach Abschaffung der Psychotherapiepflicht
- Forderung der Erstellung eines verbindlichen Leistungskatalogs, sodass nicht um jede geschlechtsangleichende medizinische Maßnahme kräftezerrend gekämpft werden muss
- Kritik an behandlungsverzögernden Aktivitäten des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse (MdK), die oft als unterlassene Hilfeleistung empfunden werden
- Kritik an mangelnder Kompetenz in Bezug auf Transsexualität bei einigen Behandelnden

Im Anschluss an die Auswertungen der Anhörungen wurde mit einer sehr umfangreichen internationalen Literaturrecherche und der zugehörigen Evidenzbewertung begonnen, die Ende 2015 abgeschlossen werden konnte. Wenn dieser Beitrag veröffentlicht sein wird, wird auch eine Konsensustagung bereits erfolgt sein. Im Ergebnis dieser Tagung wird dann der endgültige Text erarbeitet und Ende 2016 publikationsreif sein.

3 Was wird sich ändern?

Der Entwurf einer Gliederung der Leitlinie »Geschlechtsdysphorie« liegt bereits vor (s. u., Nieder & Strauß, 2014). Dabei muss noch einmal darauf hingewiesen werden, dass es eine *medizinische* Leitlinie ist, in der die Begriffe Diagnose, Diagnostik, Differenzialdiagnosen und Therapie wesentliche Bestandteile eines medizinischen Betreuungsprozesses darstellen. Die Diagnose ist dabei nicht »Transsexualität«, sondern »Geschlechtsdysphorie«. Sie bezieht sich nur auf Personen, die auf die medizinischen Möglichkeiten zur Reduktion ihres Leidensdrucks, der sich aus einer Geschlechtsinkongruenz ergibt, angewiesen sind. Außerdem beschränkt sie sich auf erwachsene Personen ab ca. dem 16. Lebensjahr, da sich für Kinder eine andere Expertengruppe für zuständig hält. Geschlechtsdysphorie beschränkt sich nicht auf Personen, die sich als transsexuell bezeichnen, sondern steht für alle, die in einem nicht-binären Geschlechtersystem einen Leidensdruck hinsichtlich ihrer Geschlechtskongruenz bzw. -inkongruenz erleben.

Diese medizinische Leitlinie ist nicht auf den juristischen Angleichungsprozess übertragbar. Diesbezüglich sei darauf verwiesen, dass das bisherige Transsexuellengesetz in der Kritik steht und auf politischer Ebene verändert werden wird.

Folgender Entwurf zur Gliederung der S3-Leitlinie findet sich bei Nieder und Strauß (2014):

1. Einleitung

- Fokus der Leitlinie
- Geschlechtsdysphorie, inkl. Konkretisierung des Leidens
- Schwerpunkt Gesundheitsfürsorge für Erwachsene
- Bezugnahme auf die Adressaten
- Keine Empfehlungen zur Begutachtung in juristischen Kontexten, keine Aussagen zu Standards einzelner somatischer Maßnahmen
- Begriffsklärungen
- Kritische Thematisierung der Debatten zur Genese
- Qualitätssicherung

2. Diagnostik und differentialdiagnostische Überlegungen

- Thematisierung der Diagnostik
- Thematisierung der differentialdiagnostischen Überlegungen
- Komorbidität

3. Clinical Assessment

- Qualifikation der Akteure (Gefahr des Ausschlusses von Behandelnden vs. Notwendigkeit der Qualitätssicherung)
- Qualifikationen aller an den Indikationsstellung Beteiligten
- Verschiedene Rahmen (verteilte Funktion, »eine Hand«)
- Inhalt und Methode des Verfahrens (Prozesshaftigkeit und Individualität als Qualitätsmerkmale, etc.)

4. Indikationsstellungen für Behandlungsmaßnahmen

- Psychotherapeutische Maßnahmen (ambulant, stationär etc.)
- Endokrinologische Maßnahmen
- Chirurgische Maßnahmen
- Logopädie
- Epilationsbehandlung
- ...

Aus diesem Gliederungskatalog ist schon ersichtlich, dass es in der neuen Leitlinie um mehr *Individualisierung* gehen wird. Auch steht die *Qualifikation der Betreuenden und Behandelnden* zur Disposition. Das heißt, wenn ein Betroffener

die Hilfe der Medizin benötigt, kann er erwarten, dass er einer Person gegenübersteht, die mit der Materie der Geschlechtsdysphorie vertraut ist.

Die Forderung nach einem *Alltagstest* wird es in der Leitlinie nicht geben, zumal dieser für Frau-zu-Mann-Transsexuelle häufig ohnehin kein Thema war, da sie meist schon seit der Kindheit männliche Kleidung trugen. Fraglich war bisher auch, wer einen solchen Alltagstest überhaupt kontrollieren soll. Und weiterhin fragt man sich heute, was denn eigentlich typisch weibliche oder typisch männliche Kleidung ist. Eine Forderung nach einem Alltagstest gleicht heute mehr einer Bevormundung, die es in diesem Kontext nicht geben sollte.

Nun erscheint bereits in der aufgeführten Gliederung erneut der Begriff der »psychotherapeutischen Maßnahmen«. Eine Forderung nach *Psychotherapie* ist damit nicht gemeint und diese wird es nicht mehr geben, zumal gezeigt werden konnte, dass die meisten Betroffenen keiner Psychotherapie bedürfen (Seikowski, 2007). Etwas anderes ist es, dass kompetente Experten zur Verfügung stehen sollten, wenn Betroffene eine psychotherapeutische Begleitung wünschen. Bei einer solchen begleitenden Psychotherapie stehen nach Löwenberg und Ettmeier (2014) folgende Ziele im Vordergrund:

- Verbesserung der seelischen Stabilität
- Förderung der Selbstakzeptanz und des Selbstwertgefühls
- Abbau von Scham- und Angstgefühlen
- Förderung der Selbstwahrnehmung
- Aufbau eines stabilen Selbstbildes unter Berücksichtigung der Möglichkeiten und Grenzen eines eventuellen Geschlechtsrollenwechsels oder einer Lebensform zwischen den Geschlechtern
- Verringerung problematischer Verhaltensweisen und Zustände wie Rückzug, Selbstunsicherheit, Selbstverletzungen, Anorexie, Konsum von Alkohol und/oder Drogen
- Öffnung nach außen in Bezug auf die Geschlechtsdysphorie
- Unterstützung beim Coming-out im Freundeskreis, in der Familie und/oder im Beruf
- Bewältigung der durch die Geschlechtsdysphorie bedingten psychischen Anpassungsleistungen im Rahmen einer eventuellen Partnerschaft
- Reflexion des Wunsches nach medizinischen Maßnahmen wie Hormonbehandlung und Operation vor dem Hintergrund der Grenzen, Risiken und Perspektiven der jeweiligen Behandlung
- Unterstützung der sozialen Transition vor und nach einer eventuellen juristischen Anerkennung der Personenstandsänderung (z. B. bei einer eventuell erforderlichen oder gewünschten beruflichen Neuorientierung)

- Behandlung von psychischen Anpassungsstörungen im Zusammenhang mit hormonellen und/oder operativen Maßnahmen
- Unterstützung bei der Bewältigung einer persistierenden Symptomatik der Geschlechtsdysphorie nach medizinischen Maßnahmen (z. B. zur Akzeptanz nicht veränderbarer Körpermerkmale)

Eine Reihe weiterer Anregungen wird noch zu diskutieren sein. Hamm und Sauer (2014) haben das in 20 Vorschlägen aus der Betroffenenperspektive zusammengestellt. Neben bereits erwähnten Veränderungen schlagen sie noch einige weitere vor, so etwa:

- Bevorzugung eines nicht-binären Modells von Geschlechtlichkeit im Denken der Behandelnden
- Verkürzung und Vereinfachung des Diagnoseprozesses
- Ausweitung der Diagnosekompetenz auf andere Ärzt_innen
- Vermeidung der Wertung von Intergeschlechtlichkeit als Ausschlusskriterium
- Gestaltung der Leitlinie als flexibles >Baukasten-System<
- Absehen von Hormonbehandlung als Voraussetzung für Operationen
- Absehen von >krankheitswertigem Leidensdruck< als Voraussetzung für Transition
- Sicherung von Qualitätsstandards
- Förderung von betroffenenkontrollierter Forschung zum Thema

4 Ist eine positive Gesundheitsversorgung zu erwarten?

Es konnte gezeigt werden, dass die Bemühungen um neue Standards in Form einer S3-Leitlinie bereits sehr weit vorangeschritten sind, diesmal auch die Betroffenen einbezogen wurden und der internationale Stand zum Thema berücksichtigt wurde, keine Pauschalisierung, sondern eine Individualisierung bei Berücksichtigung der Selbstbestimmung favorisiert wurde und die Abschaffung von Alltagstest und Psychotherapiepflicht vorgesehen ist. Es steht noch die Frage aus, wer sich in Zukunft hinsichtlich der Qualitätssicherung als >Genderspezialist< bezeichnen darf. Sollen das nur Ärzte und Psychologen sein? So gibt es in Deutschland – zwar noch nicht flächendeckend, vorhandene, aber sehr aktiv arbeitende – Beratungsstellen, in denen Mitarbeiter viel Aufklärung zum Thema leisten und Betroffenen die Wege zur Medizin bereiten. Ein solcher Ansatz wird in den USA bereits seit über 20 Jahren im Rahmen des Konzepts der >informierten Zustimmung< (*informed consent*) umgesetzt (vgl. Radix & Eisfeld, 2014). Statt einer

Fachkraft für psychische Gesundheit ist eine »primäre Gesundheitsfachkraft« für das erste Erfassen der psychischen Situation Betroffener zuständig und ebnet ihnen – wenn überhaupt erforderlich – den Weg zur medizinischen Betreuung. In Deutschland sind es Sozialpädagogen, Sozialarbeiter und Pädagogen, die im Transitionsprozess noch mehr kompetente Aufgaben übernehmen könnten und aus dem Prozess der Aus- und Weiterbildung zum Genderspezialisten nicht ausgeschlossen werden sollten.

Literatur

- Becker, S., Bosinski, H.A.G., Clement, U., Eicher, W., Goerlich, T.M., Hartmann, U., Kockott, G., Langer, D., Preuss, D., Schmidt, G., Springer, A. & Wille, R. (1997). Standards der Behandlung und Begutachtung Transsexueller. *Z Sexualforsch*, 10, 147–156.
- Hamm J.A. & Sauer, A.T. (2014). Perspektivenwechsel: Vorschläge für eine menschenrechts- und bedürfnisorientierte Trans*-Gesundheitsversorgung. *Z Sexualforsch*, 27, 4–30.
- Löwenberg, H. & Ettmeier, W. (2014). Die Rolle der Psychotherapie in einem integrativen Behandlungsansatz bei Geschlechtsdysphorie. *Z Sexualforsch*, 27, 44–58.
- MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (Hrsg.). (2009). *Grundlagen der Begutachtung, Begutachtungsanleitung, geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität*. Essen: MDS.
- Nieder T.O. & Strauß, B. (2014). Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung bei Geschlechtsdysphorie. Stand der aktuellen Entwicklungen. *Z Sexualforsch*, 27, 59–76.
- Radix, A. & Eisfeld, J. (2014). Informierte Zustimmung in der Trans*-Gesundheitsversorgung. Erfahrungen eines US-amerikanischen Community Health Center. *Z Sexualforsch*, 27, 31–43.
- Richter-Appelt, H. & Nieder, T.O. (Hrsg.). (2014). *Transgender-Gesundheitsversorgung. Eine kommentierte Herausgabe der Standards of Care der World Professional Association for Transgender Health*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Seikowski, K. (1997). Keine Patienten im klassischen Sinne. Debatte Kritik der »Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen«. *Z Sexualforsch* 10, 351–353.
- Seikowski, K. (2007). Psychotherapy and Transsexualism. *Andrologia*, 39(6), 248–252.
- Strauß, B. & Nieder, T.O. (2014). Leitlinienentwicklung Geschlechtsdysphorie. *Z Sexualforsch* 27, 1–3.

