



Stellungnahme

des Bundesverband Trans* (BVT*) und Verband für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intersexuelle und queere Menschen in der Psychologie (VLSP) zur

Begutachtungsanleitung (Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach §282 SGB V): Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-10, F64.0)

27. Mai 2021

2020 brachte der Spitzenverband der medizinischen Dienste eine neue Begutachtungsanleitung für die krankenkassenseitigen Entscheidungen zur Kostenübernahme von geschlechtsangleichenden körpermodifizierenden Maßnahmen heraus. Die vorhergehende Version der MDS-Richtlinie aus dem Jahr 2009 hatte zunehmend Kritik wegen mangelhafter fachlicher Fundierung, der Errichtung von Versorgungshürden und der Stigmatisierung von behandlingssuchenden trans* Personen erfahren und hatte somit zu einer diskriminierenden Versorgungssituation geführt (Fuchs et al., 2012).

Seit der Veröffentlichung der ersten MDS-Begutachtungsanleitung 2009 hat sich das fachliche Wissen über transgeschlechtliche Lebensweisen und der vielfältigen gesundheitsbezogenen Versorgungsbedürfnisse von transgeschlechtlichen Personen beeindruckend weiterentwickelt (siehe den Überblick in: Ferrando, 2020; Robles et al., 2020; Trombetta et al., 2015). 2011 wurden zuletzt die „Standards of Care“, internationale Leitlinien zur Gesundheitsversorgung von trans* Personen, durch die World Professional Association for Transgender Health überarbeitet (WPATH, 2011). Weitere Leitlinien wurden für die Primärversorgung (Deutsch, 2016) und die psychotherapeutische Versorgung (American Psychological Association, 2015) herausgegeben. 2018 wurde in Deutschland die AWMF-Leitlinie (auf S3-Niveau) veröffentlicht (AWMF, 2018), welche Empfehlungen vor allem für die transitionsbezogene Gesundheitsversorgung auf Grundlage des aktuellen wissenschaftlichen Forschungsstandes formuliert. Für 2022 steht die Implementierung des internationalen Diagnosekatalogs ICD-11 im deutschen Gesundheitssystem an. Darin werden transgeschlechtliche Lebensweisen endlich entpathologisiert und statt wie bisher als psychische Störung lediglich als behandlungswürdiger Zustand gefasst. Über die Diagnose der Geschlechtsinkongruenz kann nach Einführung des ICD-11 die Indikation für körpermodifizierende Maßnahmen bei trans*geschlechtlichen Personen gestellt werden.

Mit Blick auf den Fortschritt in der wissenschaftlichen Debatte und die bevorstehende Einführung der ICD-11 war die Überarbeitung der alten MDS-Begutachtungsrichtlinie dringend notwendig, um dem aktuellen Fachstandard zu entsprechen. In der neuen MDS-Richtlinie (2020, S. 4) wird entsprechend der Anspruch formuliert:

„Durch diese Kriterien soll die sozialmedizinische Begutachtung einheitlich gestaltet und sowohl der wissenschaftlichen Evidenzlage als auch den Besonderheiten im Einzelfall Rechnung getragen werden.“

An diesem Anspruch sowie an den ethischen und sozialrechtlichen Erfordernissen in der Gesundheitsversorgung möchten wir die neue Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes messen und kritisch kommentieren. Eingangs möchten wir jedoch deutlich darauf hinweisen, dass wir in der Verkürzung der psychotherapeutischen Behandlung vor der Kostenübernahme für geschlechtsangleichende körpermodifizierende Behandlungen sowie in der Flexibilisierung der Reihenfolge der körpermodifizierenden Behandlungen in der neuen MDS-Richtlinie (2020) bereits deutliche Fortschritte gegenüber der vorhergehenden MDS-Richtlinie sehen. Zudem begrüßen wir die Bereitschaft des Richtliniengremiums, eine zeitnahe Aktualisierung der MDS-Richtlinie nach Inkrafttreten der ICD-11 in Deutschland vorzunehmen.

Ethische und sozialrechtliche Erfordernisse in der Gesundheitsversorgung

Aus ethischer Perspektive sollte jede Person, die eine Gesundheitsversorgung benötigt, zeitnah, fachkompetent, bedarfsgerecht und diskriminierungsfrei Zugang zu Gesundheitsleistungen erhalten. Dabei ist in der Gesundheitsversorgung die Selbstbestimmung von Personen sorgsam zu achten (Beauchamp & Childress, 2013; Europäische Union, 2000; Pomara et al., 2015; TGEU 2019). Um eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten, sollen Richt- und Leitlinien die Rahmenbedingungen für eine fachgerechte Gesundheitsversorgung abstecken. Diese Einhaltung von wissenschaftsbasierten Gütekriterien in krankenkassenseitigen Richtlinien, welche zur Prüfung von Kostenübernahmen für Behandlungsmaßnahmen herangezogen werden, ist auch durch das Sozialrecht gefordert. In § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V ist formuliert, dass „Qualität und Wirksamkeit der Leistungen (...) dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen“ haben. Zudem müssen sich krankenkassenseitige Richtlinien wie die MDS-Begutachtungsanleitung am Gebot der Wirtschaftlichkeit, Angemessenheit, Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit (§ 12 Abs. 1 sowie § 70 Abs. 1 SGB V) orientieren, wenn Kosten für medizinische Behandlungen Therapien, Heil- und Hilfsmittel übernommen werden. Diesen Erfordernissen der Wirtschaftlichkeit, Angemessenheit, Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit wird die MDS-Begutachtungsanleitung von 2020 nicht gerecht, indem weiterhin ein relativ starrer Behandlungsablauf wie beispielsweise eine mehrmonatige Psychotherapie als Voraussetzung für geschlechtsangleichende Maßnahmen gefordert ist. Auch in Fällen, in welchen es keinen Bedarf an Psychotherapie bei der jeweiligen trans* Person gibt, kann diese Therapie nicht umgegangen werden und stellt somit eine unwirtschaftliche Überbehandlung dar.

Die neue MDS-Richtlinie (2020) ist trotz zahlreicher Angebote ohne Beteiligung von trans* Expert_innen sowie deren Fachverbänden erstellt worden. Somit fehlt die spezifische Expertise derjenigen, die selbst von dem in den Richtlinien vorgestellten Procedere betroffen sind, waren oder sein werden. Der bewusst vorgenommene Verzicht auf diese Kooperation steht im Dienste eines paternalistischen Medizinmodells, welches letztlich die Qualität der Versorgung schwächt. Der Verzicht auf diese Kooperation hat auch zu den im Folgenden dargestellten fachlichen Fehlern geführt. Die Diskriminierungen, die sich in der MDS-Begutachtungsanleitung (2020) finden, wären durch den medizinethisch gebotenen Einbezug von Expert_innen in eigener Sache vermeidbar gewesen (TGEU, 2019).

Fachstandard in der Trans*gesundheitsversorgung

Es kann heute als Fachstandard gewertet werden, dass transgeschlechtliche Identitäten vielfältig sind. Transgeschlechtliche Identitäten umfassen sowohl binäre Identitäten innerhalb des Zweigeschlechtersystems (trans* Frauen und trans* Männer) als auch non-binäre/nicht-binäre/abinäre Identitäten, die sich jenseits von männlich oder weiblich verorten. Die Vielfalt von geschlechtlichen Identitäten kann daher nicht realitätsangemessen in wenigen Kategorien abgebildet werden, sondern verlangt, gestützt auf Daten zur geschlechtlichen Selbstidentifikation von Personen, differenzierte Zugangsweisen (van Trotsenburg, 2019). Körpermodifizierende Maßnahmen können bei genderdysphorischen Erleben indiziert sein und stellen prognostisch günstige Behandlungen dar (Überblick z.B. in Ferrando, 2020). In diesem Zusammenhang können Alltagserfahrungen zwar hilfreich sein. Wenn eine Person jedoch in einem transnegativen Kontext lebt, ist es möglich, dass forcierte Alltagserfahrungen die Person Diskriminierungen und Gewalt aussetzen. Daher ist eine Verankerung von Alltagserfahrungen als Voraussetzung für geschlechtsangleichende Maßnahmen wie in der MDS-Begutachtungsanleitung von 2020 aus ethischer Perspektive problematisch. Genderdysphorisches

Erleben kann auch bei non-binären Personen auftreten und auch hier können körpermodifizierende Maßnahmen entsprechend indiziert sein. Auch intergeschlechtliche Personen können eine transgeschlechtliche Identitätsentwicklung aufweisen und dafür eine angemessene Gesundheitsversorgung benötigen (vgl. Cocchetti et al., 2020; Überblick in: Ferrando, 2020).

Die MDS-Richtlinie (2020) muss sich dem methodischen Vorwurf stellen, selektiv und ergebniszentriert diejenigen Befunde aus der Forschung herausdestilliert zu haben, die die eigenen Desiderate stützen. Dabei werden wichtige Erkenntnisse systematisch ausgeblendet. So ignoriert die neue MDS-Richtlinie (2020) die Evidenz zur Vielfalt geschlechtlicher Zuordnungen und konzeptualisiert Geschlecht ausschließlich binär. Dies legt den Grundstein zu Unter- und Fehlversorgungen von non-binären Personen. Die unterdessen vorliegenden Versorgungserfahrungen mit der neuen MDS-Begutachtungsrichtlinie untermauern diese Annahme und zeigen den faktischen Ausschluss non-binären Personen aus der Versorgung: Anträge non-binärer Personen auf die krankenkassenseitige Kostenübernahme körpermodifizierender Maßnahmen wurden seit Inkrafttreten der MDS-Richtlinie durchgängig abgelehnt. Menschen mit einem erheblichen genderdysphorischen Erleben und einer fachlich vorliegenden Indikation zu geschlechtsangleichenden körpermodifizierenden Maßnahmen wurden damit aus der Versorgung ausgeschlossen. Um dennoch die benötigte medizinische Versorgung zu erhalten, werden sie zur Konstruktion einer binären Geschlechtsidentität genötigt, die nicht ihrem Selbsterleben entspricht. Dies verlängert einerseits das psychische Leiden der betroffenen Personen und verstärkt andererseits die Belastung durch die Nicht-Anerkennung der eigenen Geschlechtsidentität. Jemanden zu einer falschen Selbstdarstellung zu zwingen, hat erhebliche Negativkonsequenzen für die seelische Gesundheit über die Zunahme von Minority-Stress und der damit einhergehenden Konflikte (Rood et al., 2016).

Inzwischen zeigt die Evidenzlage, dass unterdessen auch trans* Personen aufwachsen, die in ihrem Umfeld eine relativ geringe Diskriminierungslast aufweisen und damit deutlich bessere Chancen haben, ihre Transition auch ohne einen erheblichen Leidensdruck bewältigen zu können (Olson et al., 2016). Wir gehen heute davon aus, dass mindestens 30% aller trans* Personen so resilient sind, dass sie in der Transition keine Belastung durch psychische Symptome aufweisen. Wir hoffen und arbeiten daran, dass sich in Zukunft immer mehr trans* und queere Personen frei von diskriminierungsbedingten Gesundheitsrisiken entwickeln können. Dennoch können auch trans* Personen ohne psychisches Leiden ein genderinkongruentes Empfinden aufweisen und so eine entsprechende körpermodifizierende Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen wollen. Hierfür benötigen sie gute Informationen und eine respektvoll gestaltete Gesundheitsversorgung, aber keine obligatorisch gesetzte Psychotherapie. Wir sehen es sehr kritisch, dass die neuen MDS-Richtlinien nach wie vor einen krankheitswertigen Leidensdruck einfordern sowie eine obligate Psychotherapie, bevor die Kosten für geschlechtsangleichende körpermodifizierende Maßnahmen seitens der Krankenkassen übernommen werden können.

Anknüpfend an die eben formulierten Kritikpunkte fordern wir daher die Begutachtungsanleitung umgehend zu überarbeiten und dabei die folgenden Empfehlungen in partizipativer Kooperation mit trans* Personen sowie der entsprechenden Fachverbände umzusetzen:

- Die Entwicklung von Richtlinien zur Entscheidungsfindung bezogen auf die Kostenübernahme medizinischer Maßnahmen in der Transition, welche sich am Fachstandard orientieren.
- Eine gute, angemessene und krankenkassenfinanzierte Gesundheitsversorgung für trans*, non-binäre und inter* Personen im Transitionsprozess (Güldenring et al., 2019): hierbei sollen die transitionsbezogenen Bedarfe in der Gesundheitsversorgung von trans* und nicht-binären Personen aller Altersgruppen, also auch von minderjährigen trans* und nicht-binären Personen, berücksichtigt und sichergestellt werden.

- Streichung von Psychotherapie als Voraussetzung für geschlechtsangleichende Maßnahmen: die Entscheidung, sich psychotherapeutisch im Transitionsprozess begleiten zu lassen, soll sich am entsprechenden individuellen Bedarf der Person orientieren und nicht als zwingende Voraussetzung für die Kostenübernahme benötigter körpermodifizierender Behandlungen gelten. Für diejenigen Personen, die eine Psychotherapie im Transitionsprozess in Anspruch nehmen möchten, soll diese zeitnah, fachkompetent und bedarfsgerecht angeboten werden. Die Kosten der benötigten Psychotherapie sollen von den Krankenkassen vollumfänglich getragen werden.
- Streichung von Alltagserfahrungen als Voraussetzung für geschlechtsangleichende Maßnahmen: Die Entscheidung, inwieweit eine Person vor der Inanspruchnahme körpermodifizierender Maßnahmen „Alltagserfahrungen“ im Identitätsgeschlecht machen kann und möchte, soll bei der entsprechenden Person belassen werden. „Alltagserfahrungen“ im Identitätsgeschlecht sollen nicht als Voraussetzung für die Inanspruchnahme körpermodifizierender Maßnahmen gelten. Vielmehr soll allen Personen seitens des Gesundheitssystems Unterstützung beim Explorieren und Ausdrücken ihrer geschlechtlichen Identität und Zugehörigkeit angeboten werden. Dies verlangt strukturelle Maßnahmen für die Implementierung transrespektvoller Zugänge bei den Krankenkassen und in der stationären und ambulanten Versorgung (Deutsch et al., 2020).

Literatur

American Psychological Association (APA). (2015). Guidelines for Psychological Practice With Transgender and Gender Nonconforming People. *American Psychologist*, 70(9), 832-864.

<https://www.apa.org/practice/guidelines/transgender.pdf>

AWMF. (2018). Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Transgesundheit. S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001m_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_20181005.pdf

Beauchamp, T. L., Childress, J. F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics* (7. Auflage). Oxford University.

Cocchetti, C., Ristori, J., Romani, A., Maggi, M. & Fisher, A. D. (2020). Hormonal Treatment Strategies Tailored to Non-Binary Transgender Individuals. *Journal of Clinical Medicine*, 9(6), 1609;

<https://doi.org/10.3390/jcm9061609>

Deutsch, M. (Hrsg.) (2016). *Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People* (2. Auflage). University of California. <http://transhealth.ucsf.edu/protocols>

Europäische Union (2000). Charta der Grundrechte der Europäischen Union (2000/C 364/01). http://www.europarl.europa.eu/charter/default_de.htm

- Ferrando, C. A. (Hrsg.) (2020). *Comprehensive Care of the Transgender Patient* (1. Auflage). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/C2015-0-05870-1>
- Fuchs, W., Ghattas, D. C., Reinert, D., Wida, C. (2012). Studie zur Lebenssituation von Transsexuellen in Nordrhein-Westfalen. https://www.lsvd.de/fileadmin/pics/Dokumente/TSG/Studie_NRW.pdf
- Güldenring, A., van Trotsenburg, M., Flütsch, N. (2019). Queering Medicine – Dringlichkeit einer bedürfnisorientierten und evidenzbasierten Transgendergesundheitsversorgung. *Journal für Klinische Endokrinologie und Stoffwechsel*, 3/2019. <https://doi.org/10.1007/s41969-019-00075-8>
- Günther, M., Teren, K., Wolf, G. (2019). *Psychotherapeutische Arbeit mit trans* Personen. Handbuch für die Gesundheitsversorgung* (1. Auflage). Reinhardt.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (2009). Grundlagen der Begutachtung. Begutachtungsanleitung. Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (2020): Begutachtungsanleitung. Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V. Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-10, F64.0). https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/BGA_Transsexualismus_201113.pdf
- Olson, K., Durwood, L., DeMeules, M., McLaughlin, K. A. (2016). Mental Health of Transgender Children Who Are Supported In Their Identities, *Pediatrics*, 137(3). <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3223>
- Pomara, C., Brincat, A., Casser, D., Martelloni, M., Turilazzi, E., D’Errico, S. (2015). Ethical Issues for the practitioner work in the transgender care. In: Trombetta, C., Liguori, G., Bertolotto, M. (Hrsg.): *Management of Gender Dysphoria. A Multidisciplinary Approach*. Springer, 325-335.
- Robles, R., Fresán, A., Vega-Ramírez, H., Cruz-Islas, J., Rodríguez-Pérez, V., Domínguez-Martínez, T., Reed, G. M. (2016). Removing Transgender Identity from the Classification of Mental Disorders: a Mexican Field Study for ICD-11. *The Lancet Psychiatry*, 3(9), 850-859. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30165-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30165-1)
- Rood, B. A., Reisner, S. L., Surace, F. I., Puckett, J. A., Maroney, M. R., Pantalone, D. W. (2016). Expecting Rejection: Understanding the Minority Stress Experiences of Transgender and Gender-Nonconforming Individuals. *Transgender Health*, 1(1). <https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/trgh.2016.0012>,
- Transgender Europe (TGEU) (2019). Guidelines to Human-Rights Based Trans-Specific Healthcare. <https://tgeu.org/wp-content/uploads/2019/12/TGEU-Guidelines-to-Human-Rights-Based-Trans-specific-Healthcare-EN.pdf>
- Trombetta, C., Liguori, G., Bertolotto, M. (Hrsg.) (2015). *Management of Gender Dysphoria. A Multidisciplinary Approach*. Springer.
- Van Trotsenburg, M. (2019). Aktuelle Dilemmata der Transgendermedizin. *Journal für Klinische Endokrinologie und Stoffwechsel*, 12, 95–101. <https://doi.org/10.1107/s41969-019-00077-6>
- World Professional Association for Transgender Health (WPATH) (2011). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People (7. Auflage). <http://www.wpath.org/documents/Standards%20of%20Care%20V7%20-%202011%20WPATH.pdf>
- Wolf-Gould, C. & Wolf-Gould, C. (2020): Primary and preventive Care for Transgender Patients. In: Ferrando, C. A. (Hrsg.): *Comprehensive Care of the Transgender Patient*. Elsevier, 114-130.