

**Leistungsrechtliche und
sozialmedizinische
Kriterien für somatische
Behandlungsmaßnahmen bei
Transsexualismus: Neue**

MDK-Begutachtungsanleitung

Pichlo HG

Blickpunkt der Mann 2010; 8 (1)

21-28

Homepage:

www.kup.at/dermann

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

**Krause & Pachernegg GmbH
Verlag für Medizin und Wirtschaft
A-3003 Gablitz**

Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf
Erscheinungsort: 3003 Gablitz

NEUES AUS DEM VERLAG

Abo-Aktion zum Kennenlernen

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte. Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

➔ **Bestellung kostenloses e-Journal-Abo**

Besuchen Sie unsere **zeitschriftenübergreifende Datenbank** mit zahlreichen Artikeln, Fallberichten und Abbildungen – teilweise durch Videoclips unterstützt!

➔ **Bilddatenbank**

➔ **Artikeldatenbank**

➔ **Fallberichte**

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

Wir stellen vor:



Unser neues Journal:

Journal für Pneumologie

Homepage:

www.kup.at/pneumologie

Leistungsrechtliche und sozialmedizinische Kriterien für somatische Behandlungsmaßnahmen bei Transsexualismus: Neue MDK-Begutachtungsanleitung

H.-G. Pichlo

Kurzfassung: Transsexualismus ist kein Problem der Sexualität, sondern der Geschlechtsidentität (Transidentität) und der Geschlechtsrolle (Transgender). Transsexualismus geht häufig mit schwerem Leid der Betroffenen einher und bedarf kompetent-fachkundiger multiprofessioneller Behandlung. Vorrangig ist zunächst eine psychiatrische Diagnostik und eine stützend-fördernd ausgerichtete psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung/Begleitung zur Entwicklung einer individuell ausgestalteten lebhaften Geschlechtsrolle und deren Erprobung in einem so genannten „Alltagstest“. Erst dann sind in einem Stufenprozess unter definierten Voraussetzungen und weiterer therapeutisch begleiteter Alltagserprobung auf psychiatrisch-psychotherapeutische Indikation somatische Behandlungsmaßnahmen ange-

zeigt, zunächst gegengeschlechtlich hormonell und dann angleichend operativ. Neben der Vorstellung einer neuen MDK-Begutachtungsanleitung werden die leistungsrechtlichen und sozialmedizinischen Kriterien für eine GKV-Kostenträgerschaft dargestellt und die derzeitigen Behandlungsstandards/-leitlinien, die einzelnen Schritte der gestuften Behandlung und deren medizinische Voraussetzungen besprochen.

Abstract: Transsexualism is not a problem of sex, but of subjective gender identity („transidentity“) and social gender („transgender“). Transsexualism often involves severe suffering and requires multiprofessional treatment by experts in psychiatric, psychological, medical, and surgical management. First of all, there is a need

for accurate psychiatric diagnosis and clinical assessment/affirmative psychotherapy to evolve a suitable and individually shaped gender role for verification in a real-life experience. Afterwards, somatic treatment should be made only under defined conditions based on a psychiatric indication by further real-life experience beginning with cross-sex hormonal treatment and followed last by sex reassignment surgery. Besides presenting a new MDK guideline for medical expert opinion the legitimate and medical criteria for the responsibility of the German social health insurance, the clinical guidelines for treatment, the different steps of a multi-staged treatment, and their medical conditions are discussed. **Blickpunkt DER MANN 2010; 8 (1): 21–8.**

■ Einleitung

Transsexualismus wird häufig als modernes Phänomen erachtet. Menschen mit konträrem Geschlechtsempfinden, die entweder in der Rolle des Gegengeschlechtes oder auch in der eines „dritten“ Geschlechtes leben, gab und gibt es aber in verschiedensten Kulturen; schon 1910 wurde das Störungsbild umfassend von Hirschfeld [1] beschrieben. Geändert hat sich allerdings in den vergangenen 50 Jahren die medizinische „Machbarkeit“ mit immer differenzierteren somatischen Behandlungsmöglichkeiten [2–4].

Transsexualität als Form einer Geschlechtsidentitätsstörung ist gekennzeichnet durch eine dauerhafte Gewissheit, sich dem biologisch anderen Geschlecht zugehörig zu fühlen bei gleichzeitig anhaltend starkem Unbehagen und Leiden am eigenen biologischen Geschlecht. Dies geht einher mit dem drängenden Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören und entsprechend zu leben. Durch das seit 1981 bestehende deutsche Transsexuellengesetz (TSG) können auf Antrag Vornamen und Personenstand einer Person aufgrund ihrer transsexuellen Prägung unter bestimmten Voraussetzungen gerichtlich geändert werden. Fragen der medizinischen Behandlung und der Leistungspflicht der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden jedoch durch das TSG nicht geregelt.

Aus dem Leidensdruck betroffener Personen ergibt sich der Wunsch nach Durchführung somatischer, insbesondere hor-

moneller und chirurgischer geschlechtsangleichender Maßnahmen, die zulasten der GKV durchgeführt werden sollen. Bei der Prüfung der Leistungsverpflichtung durch die Krankenkassen sind insbesondere medizinische Kriterien zu beachten. Seit Jahren werden Begutachtungen zu medizinischen Fragestellungen bei Transsexualismus durch die (länderweise gegliederten) Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) durchgeführt, um Krankenkassen Entscheidungen zu beantragen medizinischen Leistungen zu ermöglichen. Dies erfolgt auf Grundlage des § 275 (1) SGB V, wonach Krankenkassen verpflichtet sind, wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen.

■ Neue Begutachtungsanleitung mit Richtlinienkompetenz

Am 19. Mai 2009 wurde auf Empfehlung des Vorstandes des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund (MDS) vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) eine Begutachtungsanleitung „Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität“ [5] als Richtlinie nach § 282 (2) SGB V erlassen. Die Begutachtungsanleitung ist das Ergebnis einer engen und konstruktiven Zusammenarbeit zwischen einer Arbeitsgruppe der MDK-Gemeinschaft, dem GKV-Spitzenverband sowie den Bundesverbänden der Krankenkassen.

Aufgabe und Zielsetzung

Aufgabe der Begutachtungsanleitung ist, entsprechend dem aktuellen Erkenntnisstand in klinischer Praxis und Rechtspre-

Aus dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Nordrhein, Köln

Korrespondenzadresse: Dr. med. Hans-Günter Pichlo, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Nordrhein, Beratungs- und Begutachtungszentrum Köln, D-50676 Köln, Cäcilienkloster 6; E-Mail: hpichlo@mdk-nordrhein.de

chung die Begutachtung nach einheitlichen Kriterien zu sichern. Krankenkassen- und MDK-intern besitzt die Begutachtungsanleitung „Richtlinienkompetenz“; sie wendet sich sowohl an die Mitarbeiter der Krankenkassen als auch an die Gutachter des MDK mit den folgenden Zielen (1) Gewährleistung von Einheitlichkeit in der Begutachtung und damit Gleichbehandlung der Versicherten, (2) Sicherung der Begutachtungsqualität sowie (3) Optimierung der Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und MDK. Die Begutachtungsanleitung benennt relevante medizinische Kriterien, die im Rahmen der sozialmedizinischen Beurteilung geschlechtsangleichender Maßnahmen zu würdigen sind, und soll sicherstellen, dass Beurteilungen und Empfehlungen nach bestem Wissen auf gesicherter medizinischer Grundlage erstellt werden.

Voraussetzungen zur Beantragung geschlechtsangleichender somatischer Behandlungsmaßnahmen

Grundvoraussetzungen zur Beantragung geschlechtsangleichender somatischer Behandlungsmaßnahmen sind neben gesicherter Diagnose, Konstanz des transsexuellen Wunsches und innerer Stimmigkeit des Identitätsgeschlechtes die ausreichend lange psychiatrisch-psychotherapeutisch begleitete Alltagserprobung („Alltagstest“) und ausreichend erwiesene Lebbarkeit der gewünschten Geschlechtsrolle.

Die Indikation zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen ist – wie bei jeder anderen ärztlichen Behandlungsmaßnahme auch – vom Behandler zu stellen und zu begründen. Die Indikationsstellung beinhaltet dabei 2 Aspekte: Der behandelnde Psychiater, ärztliche oder psychologische Psychotherapeut muss aus psychiatrischer/psychotherapeutischer Sicht die Notwendigkeit der beantragten somatischen Maßnahme darlegen. Ebenso muss auch der jeweils mitbehandelnde Somatiker (z. B. Endokrinologe/Operator) zur Feststellung gelangen, dass die Behandlungsmaßnahme notwendig und vertretbar ist. Beiden obliegt, die entsprechende Indikation nachvollziehbar zu machen.

In einem ausführlichen Bericht ist vom Psychiater/Psychotherapeuten aus dem Verlauf der Alltagserprobung die Indikation für die konkrete somatische Behandlungsmaßnahme herzuleiten. Dabei ist nachvollziehbar zu machen, dass sich das transsexuelle Erleben im Einzelfall zu einer krankheitswertigen Störung mit entsprechendem Leidensdruck entwickelt hat und diese Maßnahme die „Ultima Ratio“ in der Behandlung darstellt, um den Leidensdruck zu minimieren. Psychiatrische und somatische Begleiterkrankungen und Risiken sind zu berücksichtigen.

Im Einzelnen soll der Behandlerbericht beinhalten (vgl. auch [6]):

- Die somatische Ausschlussdiagnostik
- Die klinisch-psychiatrische Diagnostik und Differenzialdiagnostik
- Gegebenenfalls psychiatrische und somatische Begleiterkrankungen und deren Behandlungsstand
- Konstanz des transsexuellen Wunsches, innere Stimmigkeit des Identitätsgeschlechtes und Lebbarkeit der gewünschten Geschlechtsrolle
- Das aktuelle psychosoziale Funktionsniveau und die aktuelle Lebenssituation
- Die realistische Einschätzung der Möglichkeiten, Grenzen und Risiken hormoneller/operativer Behandlung

Eine nur kurz gefasste Behandlungsbestätigung ist nicht ausreichend.

Antragsunterlagen

Nach § 276 (1) SGB V obliegt es den Krankenkassen, dem MDK die für die Beratung und Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Dies beinhaltet auch die Beiziehung des psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlerberichts, der nicht durch eine sozialmedizinische persönliche Befunderhebung im MDK ersetzt werden kann.

Je nach beantragter Leistung sind folgende Unterlagen vorzulegen:

- Ein konkreter Antrag des Betroffenen möglichst mit Bezeichnung aller kurz-, mittel- und langfristig angestrebten operativen Maßnahmen
- Möglichst ein eigener biographischer Bericht zum transsexuellen Werdegang, den bisherigen Behandlungsmaßnahmen und der bisherigen Alltagserprobung sowie zur aktuellen Lebenssituation im Hinblick auf Familie und Partnerschaft, Wohnen, Schule, Beruf und Arbeit, Freundes- und Bekanntenkreis, Freizeit und Hobbies
- Beide Gerichtsgutachten, sofern bereits eine gerichtliche Vornamensänderung nach dem Transsexuellengesetz durchgeführt wurde
- Der o. g. Befund-/Verlaufsbericht des behandelnden Psychiaters/Psychotherapeuten
- Ein endokrinologischer Befund-/Verlaufsbericht des mitbehandelnden Endokrinologen
- Ein fachärztlicher Befundbericht zur beantragten somatischen Behandlungsmaßnahme mit Behandlungs-/Operationsplan

MDK-Begutachtung

Die Krankenkassen haben einen Anspruch auf aussagefähige und schlüssige Gutachten. Aufgrund der speziellen Thematik mit z. T. irreversiblen Eingriffen in den biologisch gesunden Organismus des Versicherten sind in jedem Fall ausführliche Gutachten erforderlich. Die Entscheidung über die Erledigungsart (nach Aktenlage/durch zusätzliche persönliche Befunderhebung) obliegt dem MDK-Gutachter und richtet sich nach Fragestellung, Art und Umfang der vorgelegten Unterlagen sowie der dargelegten medizinischen Befunde. Der MDK-Gutachter beurteilt vorrangig auf Basis des psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlerberichts die Nachvollziehbarkeit der Indikationsstellung im Sinne einer Zweitmeinung bei gravierendem Eingriff. Dabei steht eine angemessene Einzelfallbeurteilung im Vordergrund. Grundsätzlich sind je nach beantragter somatischer Maßnahme Mindestzeiten der therapeutisch begleiteten Alltagserprobung einzuhalten, wovon in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden kann, um den therapeutischen Notwendigkeiten des Einzelfalls gerecht zu werden, was darzulegen und zu begründen ist.

■ Grundlagen der sozialmedizinischen Beurteilung

Im Folgenden werden die leistungsrechtlichen und sozialmedizinischen Voraussetzungen für hormonelle und operative

Behandlungsmaßnahmen bei Transsexualismus dargestellt, die der neuen MDK-Begutachtungsanleitung zugrunde liegen.

Leistungspflicht der GKV

Die Leistungspflicht der GKV setzt voraus:

- Krankheit als regelwidriger, vom Leitbild des gesunden Menschen abweichender Körper- oder Geisteszustand mit Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder mit entstehender Wirkung der anatomischen Abweichung.
- Behandlungsbedürftigkeit und Behandelbarkeit der Störung.
- Behandlungsansatz direkt an der eigentlichen Störung¹ (also bei psychischen Erkrankungen psychiatrisch-psychotherapeutisch und nicht z. B. durch operative Eingriffe am „gesunden“ Körper).

Rechtsprechung zur Leistungspflicht der GKV bei Transsexualität

Laut Bundessozialgericht (BSG) handelt es sich bei Transsexualität „um eine komplexe, die gesamte Persönlichkeit erfassende tiefgreifende Störung mit sowohl seelischen als auch körperlichen Beeinträchtigungen“. Auch der Gesetzgeber habe durch den Erlass des TSG bestätigt, „dass der Befund der Transsexualität eine außergewöhnliche rechtliche Bewertung rechtfertigt“².

Grundlegend für die Leistungspflicht sind die BSG-Urteile 3 RK 15/86 vom 06. 08. 1987 und 1 RK 14/92 vom 10. 02. 1993. Nach Auffassung des BSG

- ist Transsexualität gekennzeichnet durch eine regelwidrige innere Spannung zwischen dem körperlichen Geschlecht und der gegengeschlechtlichen seelischen Identifizierung;
- wird Transsexualität erst durch einen schweren Leidensdruck³ im Einzelfall zu einer krankheitswertigen Störung bzw. zu einer behandlungsbedürftigen Erkrankung im Sinne der GKV;
- sind von der GKV zur Linderung des krankhaften Leidensdruckes die Kosten für eine geschlechtsangleichende Operation nur zu tragen, wenn psychiatrisch-psychotherapeutische Mittel das innere Spannungsverhältnis nicht zu lindern oder zu beseitigen vermögen⁴.

Es gibt aber keine gesetzlichen Vorschriften, die für die Hormonbehandlung oder für geschlechtsangleichende Operationen Bedingungen festlegen.

Das TSG hilft sozialrechtlich nicht weiter:

- Es verlangt keine vorherige Bewährung im Identifikationsgeschlecht⁵!

¹ U. a. BSG-Urteil 1 RK 14/92 vom 10.02.93.

² BSG-Urteile B 1 KR 3/03 R und B 1 KR 9/04 R jeweils vom 19.10.2004.

³ Nach DSM-IV ist klinisch relevanter Leidensdruck eines der Diagnosekriterien für eine (transsexuelle) Geschlechtsidentitätsstörung; Transsexualismus ohne klinisch relevanten Leidensdruck ist kaum vorstellbar.

⁴ Zur Problematik dieses quasi „scheitern Müssens“ eines psychotherapeutischen „Umstimmungsversuches“ u. a. [7]; die BSG-Forderung ist vielmehr in dem Sinne zu verstehen, dass psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung allein nicht mehr ausreicht bzw. in einem positiven Sinne ausgeschöpft wurde.

⁵ „Zwang“ im Sinne des TSG bedeutet nicht, bereits in der gegen geschlechtlichen Sozialrolle leben zu müssen, sondern ein nachvollziehbarer Leidensdruck sowie klinisch relevante psychische und soziale Beeinträchtigung in der Sozialrolle des biologischen Geschlechts; es kommt auf die Unmöglichkeit an, sich mit dem Geburts-geschlecht zu versöhnen [6] bzw. darauf, inwieweit die transsexuelle

- Es fordert für die Vornamensänderung keine vorherige, laufende oder geplante Behandlung!
- Es enthält keine Indikationskriterien für die hormonelle und operative Behandlung!

Die Gutachten zur Vornamensänderung nach TSG äußern sich nur zur Diagnose und den Zusatzfragen nach einem mindestens 3-jährigen „Zwang“, entsprechend dem transsexuellen Empfinden leben zu müssen, und ob sich das transsexuelle Empfinden mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr ändern wird. Diese Gutachten äußern sich nicht zur Indikation einer operativen Geschlechtsangleichung.

Behandlungsleitlinien

Behandlungsleitlinien beschreiben den Stand der medizinischen Wissenschaft und geben Orientierung zu Diagnostik, Therapie und Begutachtung. Die relevanten 2 Behandlungsleitlinien sind:

- Ehemals Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBI-GDA), jetzt World Professional Association for Transgender Health (WPATH): „Standards of Care“ (SOC), 6. Version von 2001 (Vor-Versionen 1980, 1981, 1990 und 1998) [9].
- Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung, Akademie für Sexualmedizin und Gesellschaft für Sexualwissenschaft: „Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen“ von 1997 [6].

Außerdem ergänzend für Transsexualismus bei Jugendlichen:

- Deutsche Gesellschaft für Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (DGKJP): „Störung der Geschlechtsidentität (F64) sowie der sexuellen Entwicklung und Orientierung (F66)“ von 1999, letzte Überarbeitung 2006 [10].

Wesentliche Unterschiede in den Behandlungsleitlinien sind in Tabelle 1 angeführt.

Tabelle 1: Wesentliche Unterschiede in den Behandlungsleitlinien	
Standards Of Care	Deutsche Standards
<u>Psychotherapie</u>	
Nur bei konkreter Indikation ⁶ , Immer psychiatrische Begleitung ⁷	Verpflichtend ⁸
<u>Hormontherapie frühestens nach</u>	
3 Monaten Psychotherapie oder 3 Monaten Alltagserprobung	12 Monaten Psychotherapie und 12 Monaten Alltagserprobung ⁹
<u>Geschlechtsangleichende Operation frühestens nach</u>	
Gegebenenfalls ausreichend Psychotherapie und 12–15 Monate Alltagserprobung und 12 Monate Hormontherapie	18 Monaten Psychotherapie und 18 Monaten Alltagserprobung und 6 Monaten Hormontherapie

Fortsetzung von Fußnote 5

Problematik das Leben in der ursprünglichen Geschlechtsrolle beeinträchtigt hat [8].

⁶ Gemeint ist Psychotherapie im engeren Sinne.

⁷ Entsprechend einem kontinuierlichen „Clinical assessment“.

⁸ Gemeint ist Psychotherapie im weiteren Sinne bis hin zu einer gegebenenfalls nur weitmaschigen psychiatrisch-psychotherapeutischen Begleitung.

⁹ Die Forderung einer 12-monatigen psychiatrisch-psychotherapeutisch begleiteten Alltagserprobung wird nach Erfahrung des Autors in der Praxis eher selten eingehalten; unter Berücksichtigung der SOC sollte mindestens eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung/Begleitung von 6–12 Monaten und eine therapeutisch begleitete Alltagserprobung von 3–6 Monaten erfolgt sein; dazu u. a. [4].

■ Grundsätzliches zur Diagnostik und Therapie

Transsexualismus bezeichnet eine bestimmte Form einer Geschlechtsidentitätsstörung. Transsexualität ist primär kein Problem der Sexualität, sondern ein Problem der Geschlechtsidentität (Transidentität) und der Geschlechtsrolle (Transgender).

Es gibt 2 verschiedene Verlaufsformen der Entwicklung einer Geschlechtsidentitätsstörung. Die erste Form betrifft biologische Männer und Frauen. Sie ist die Fortsetzung einer bereits in der Kindheit oder frühen Adoleszenz beginnenden Geschlechtsidentitätsstörung („primärer“ Transsexualismus). Diese Betroffenen werden typischerweise in der späten Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter vorstellig. Die andere Verlaufsform betrifft fast ausnahmslos biologische Männer. Bei dieser zweiten Verlaufsform treten die offeneren Anzeichen eines Zugehörigkeitsgefühls zum anderen Geschlecht später und gradueller auf, zumeist im frühen bis mittleren Erwachsenenalter („sekundärer“ Transsexualismus). Auch bei dieser Gruppe besteht meist früh ein Unbehagen mit dem eigenen biologischen Geschlecht, es gelingt den Betroffenen aber zunächst, sich mit ihrem biologischen Geschlecht und der entsprechenden sozialen Rolle mehr oder weniger gut zu arrangieren. Diese Gruppe mit später einsetzender offener Symptomatik ist mit größerer Wahrscheinlichkeit sexuell auf Frauen orientiert, im Ausmaß des Zugehörigkeitsgefühls zum anderen Geschlecht wechselhafter und bezüglich der Geschlechtstransformationsoperation unentschiedener; auch die Wahrscheinlichkeit der Zufriedenheit nach einer Geschlechtsangleichung kann bei ihnen geringer sein [11].

Auf der gesellschaftlichen Ebene gab es in den vergangenen Jahrzehnten eine anhaltende Tendenz zu einer Flexibilisierung der früher relativ starren Merkmale der Geschlechtszugehörigkeit. Damit einhergehend ist die gesellschaftliche Toleranz gegenüber uneindeutigen Geschlechtsmerkmalen größer und die Bestimmung der Geschlechtszugehörigkeit ausschließlich nach körperlichen Merkmalen unüblicher geworden. Der Zirkelschluss: „Transsexuell ist, wer anhaltend und überzeugend geschlechtsangleichende Operationen anstrebt – bei Vorliegen einer Transsexualität sind geschlechtsangleichende Operationen indiziert“ hat in der Vergangenheit immer wieder für Transsexuelle zu einem Zwang geführt, sich weitgehenden operativen Eingriffen zu unterziehen, um als „echte“ Transsexuelle zu gelten. Die Reflexion dieser Entwicklung und Problematik hat zu einem Richtungswechsel geführt, indem die Diagnose Transsexualismus von den Indikationskriterien für geschlechtsangleichende Operationen getrennt und damit der Stellenwert geschlechtsangleichender Operationen als einzige „Lösung“ bei Transsexualität relativiert wurde. Praktisch bedeutet dies, dass auch aus der weitgehend sicheren Diagnose Transsexualismus nicht ohne weiteres somatische Therapiemaßnahmen sowie deren Umfang und Zeitpunkt abzuleiten sind [12, 13].

Ausschlaggebend für die psychische Stabilisierung von Transsexuellen ist die konstante Erfahrung, in ihrem Wunschgeschlecht angekommen zu sein und in diesem anerkannt zu werden. Wie weit ein Transsexueller in seinem Streben nach

Angleichung seines Körpers an das psychisch empfundene Geschlecht geht, hängt also wesentlich auch davon ab, wie weit ihm die soziale Integration und Anerkennung in seinem Identitätsgeschlecht gegebenenfalls auch ohne hormonelle oder chirurgische Angleichung gelingt.

Das Anstreben einer „Geschlechtsumwandlung“ kann eine Lösungsschablone für verschiedenartige Probleme der Persönlichkeit und der Geschlechtsidentität sein. Deshalb sind Selbstdiagnose und Heftigkeit des OP-Wunsches allein keine zuverlässigen diagnostischen Indikatoren. Ein Verschleppen der Behandlung, ein Vertrösten des Patienten ohne tatsächliche Hilfsangebote, mit ihm gemeinsam seinen tiefgreifenden Lebenskonflikt auszuloten, kann letztlich letale Folgen haben, da viele in der „Umwandlung“ die letzte lebbarke Möglichkeit sehen. Andererseits kann aber auch ein vorschnelles Einleiten weitgehend irreversibler körperverändernder Maßnahmen ohne ausreichende diagnostisch-therapeutische Abklärung deletäre Konsequenzen haben: Für eine unzureichend indizierte Transformationsoperation, die später vom Patienten beklagt wird, haftet der Operateur [14, 15]!

Stabilität/Irreversibilität des transsexuellen Wunsches und Lebbarkeit der neuen Geschlechtsrolle sind Voraussetzungen zur Indikation einer operativen Geschlechtsangleichung. Beides kann sich nur im Verlauf eines längeren diagnostisch-therapeutischen Prozesses erweisen. Dabei kommt der therapeutisch begleiteten Alltagserprobung der neuen Geschlechtsrolle („Alltagstest“, „full-time real-life experience“) entscheidende Bedeutung zu [6, 8].

Therapeutisches Ziel sind individuelle Lösungen [12, 16]. Diese können sein:

- Verbleib in der biologischen Geschlechtsrolle, z. B. indem Homosexualität als lebbar entdeckt und erfahren wird.
- Leben im anderen Geschlecht oder zwischen den Geschlechtern ohne jede somatische Maßnahme (Transgender).
- Leben im anderen Geschlecht oder zwischen den Geschlechtern im Rahmen einer „Teillösung“, z. B. gegengeschlechtliche Hormonbehandlung, aber (Teil-) Verzicht auf operative Angleichung.
- Leben im anderen Geschlecht unter gegengeschlechtlicher Hormontherapie und (weitgehender) operativer Geschlechtsangleichung.

■ Behandlungsphasen

Behandlungsphase 1: Diagnostik

Diagnosekriterien gemäß ICD-10 für Transsexualismus (F64.0) sind:

- Der Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden.
- Das Unbehagen oder das Gefühl der Nichtzugehörigkeit zum eigenen biologischen Geschlecht.
- Der Wunsch nach hormoneller und chirurgischer Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht so weit wie möglich anzugleichen.

Diese Kriterien müssen mindestens seit 2 Jahren bestehen und dürfen nicht Ausdruck einer anderen psychischen Störung,

z. B. einer Schizophrenie, sein und dürfen auch nicht mit genetischen/intersexuellen Anomalien einhergehen.

Der zentrale Mangel der ICD-10-Definition besteht in der engen Kopplung der Störung der Geschlechtsidentität an den Wunsch nach hormonaler und chirurgischer Behandlung, weil damit dem o. g. Zirkelschluss weiterhin Vorschub geleistet wird [16].

Diagnosekriterien gemäß DSM-IV für eine Geschlechtsidentitätsstörung bei Jugendlichen und Erwachsenen (F64.0) sind:

- Ein starkes und andauerndes Zugehörigkeitsgefühl zum anderen Geschlecht, d. h. das Verlangen oder auch Bestehen darauf, dem anderen Geschlecht anzugehören
- Ein anhaltendes Unbehagen hinsichtlich der biologischen Geschlechtszugehörigkeit bzw. ein Gefühl der Inadäquatheit in der entsprechenden Geschlechtsrolle
- Ein klinisch relevanter Leidensdruck oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen

Im Vergleich zum DSM-III wurde in der DSM-IV die diagnostische Einheit Transsexualismus zugunsten der weiter gefassten Diagnose Geschlechtsidentitätsstörung aufgegeben, um die Diagnostik von den Indikationskriterien somatischer Behandlung zu entkoppeln; dadurch soll die operative Geschlechtsangleichung als „einzige“ richtige Lösung zugunsten einer Vielfalt von Lösungen relativiert werden [12, 16].

Folgende Differenzialdiagnosen sind zu beachten/auszuschließen [6, 17, 18]:

- Intersexualität
- Geschlechtsidentitätsstörung im Kindesalter
- Instabile Geschlechtsidentität, partielle oder passagere Störungen der Geschlechtsidentität, etwa in Adoleszenzkrisen
- Unbehagen, Schwierigkeiten oder Nichtkonformität mit der gängigen Geschlechtsrollenerwartung, ohne dass es zu einer überdauernden und profunden Störung der geschlechtlichen Identität gekommen ist
- Schwierigkeiten mit der geschlechtlichen Identität, die aus der Ablehnung einer homosexuellen Orientierung resultieren
- Nichtfetischistischer und fetischistischer Transvestitismus, bei denen es in krisenhaften Verfassungen zum Geschlechtsumwandlungswunsch kommen kann
- Schwere Persönlichkeitsstörungen mit Auswirkung auf die Geschlechtsidentität
- Psychotische Verkennung der geschlechtlichen Identität

Behandlungsphase 2a: Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung/Begleitung

Genese und Ätiologie von Transsexualität sind noch weitgehend unklar [16–21]. Eine psychische bzw. psychosoziale Genese ist weder erwiesen noch ist der transsexuelle Wunsch in aller Regel psychotherapeutisch „umstimmbar“. Psychotherapie bleibt damit notgedrungen klärend, stützend [22] und „fördernd statt heilend“ [4, 23, 24]. Psychotherapie ist neutral gegenüber dem transsexuellen Wunsch und hat weder das Ziel, dieses Bedürfnis zu forcieren noch es aufzulösen [6, 18, 25]. Gemäß den deutschen (wie auch den internationalen) Behandlungsstandards gibt es keine Vorgaben zu Frequenz und Dauer der Psychotherapie; dies sollen „Patient und Thera-

peut gemeinsam bestimmen“ [6, 12, 16]. Psychotherapie soll letztlich eine bewusste, reife, abgewogene und selbstverantwortliche Entscheidung über den Geschlechtsrollentausch sowie über die notwendigen somatischen Behandlungsmaßnahmen ermöglichen [17, 18].

Aufgaben des Psychiaters/Psychotherapeuten gemäß SOC sind:

- Genaue/sichere Diagnose der Geschlechtsidentitätsstörung
- Genaue/sichere Diagnose psychiatrischer Komorbidität und deren adäquate Behandlung/Stabilisierung
- Individuelle Beratung über alle Therapieoptionen und deren Implikationen
- (Soweit erforderlich) Durchführung der Psychotherapie (im engeren Sinne)
- Feststellung der individuellen Voraussetzungen zu hormoneller und operativer Behandlung auf Basis der dokumentierten Krankengeschichte und Verlaufsbeobachtung einschließlich des Verfassens eines schriftlichen Indikationsberichtes
- Mitarbeit im multiprofessionellen Behandlersteam.
- Aufklärung/Unterrichtung von Familienangehörigen, Arbeitgeber und Institutionen
- Verfügbarkeit für Nachbehandlungen

Aufgaben und Ziele der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung/Begleitung sind [4, 6, 16, 23, 25, 26]:

- Begleitend durch eine hinreichend lange Verlaufsbeobachtung die Diagnose zu sichern, einschlägige Differenzialdiagnosen auszuschließen und gegebenenfalls psychiatrische Begleiterkrankungen und/oder relevante psychische Probleme zu erkennen
- Klärend, beratend und stützend-fördernd zusammen mit der Alltagserprobung der neuen Geschlechtsrolle dem Betroffenen dazu zu verhelfen, die adäquate individuelle Lösung für sein spezifisches Identitätsproblem zu finden und die Möglichkeiten und Grenzen somatischer Behandlung realistisch einzuschätzen (Psychotherapie im weiteren Sinne)
- Behandelnd und aufarbeitend im Falle psychiatrischer Begleiterkrankung und/oder relevanter psychischer Probleme (Psychotherapie im engeren Sinne)

Im günstigen Fall bietet Psychotherapie einen Entwicklungsraum für folgende Aspekte¹⁰:

- Intrapsychisch: Auflösung innerer Verwirrung, Bearbeitung spezifischer Ängste, Verarbeitung von Traumatisierung, Realismus bezüglich Risiken und eigener Ressourcen
- Interpersonell: Erkunden nicht bedachter Optionen, Verbesserung des interpersonellen Realitätsbezuges, Verbesserung familiärer, partnerschaftlicher und freundschaftlicher Beziehungen
- Geschlechtsidentität und Sexualität: Klärung und Akzeptanz des eigenen Geschlechtsidentitätsempfindens, Entwicklung der individuellen Geschlechtsidentität, Beziehungsgestaltung und Entwicklung einer lebhaften Sexualität

Im ungünstigen Fall wird eine psychiatrisch-psychotherapeutische Begleitung vom Betroffenen als reine Therapieaufgabe

¹⁰ Modifiziert nach persönlicher Mitteilung Preuss/Güldenring.

empfunden und muss sich auf folgende Inhalte beschränken [23–25]:

- Verlaufsdiagnostik hinsichtlich Konstanz des transsexuellen Wunsches
- Dokumentation ausreichender Alltagserprobung und Lebbarkeit der neuen Geschlechtsrolle
- Vermittlung einer realistischen Einschätzung der Möglichkeiten, Grenzen und Risiken somatischer Behandlung

Letztlich soll Psychotherapie eine reife, bewusste, abgewogene und selbstverantwortliche Entscheidung über den Geschlechterrollentausch sowie über die notwendigen somatischen Behandlungsmaßnahmen ermöglichen.

Wenn der Psychotherapeut aus therapieimmanenten Gründen explizit eine Beteiligung an der Indikationsstellung ausschließt, obliegt es ihm, frühzeitig eine zumindest weitmaschige psychiatrische Mitbehandlung zu initiieren, damit der mitbehandelnde Psychiater die Indikationsstellung aufgrund eigener Patientenkenntnis und Verlaufsbeurteilung übernehmen kann [6].

Behandlungsphase 2b: Psychiatrisch-psychotherapeutisch begleitete Alltagserprobung (so genannter „Alltagstest“, „full-time real-life experience“)

Die psychiatrisch-psychotherapeutisch begleitete Alltagserprobung hat zentrale Bedeutung in der Behandlung transsexueller Patienten und muss in jedem Fall vor der Einleitung somatischer Therapiemaßnahmen stehen [6, 18]. Während der Alltagserprobung lebt der Betroffene durchgängig und in allen sozialen Bezügen, insbesondere auch im Arbeitsumfeld, in der angestrebten Rolle. Er überprüft das Gelingen des Rollenwechsels in allen wichtigen Aspekten wie Mimik, Gestik, Kleidung, Schminken und sozialem Verhalten. Er lernt die Reaktionen der Umwelt kennen und mit ihnen zurechtzukommen und entwickelt persönliche Kompetenz in der Ausgestaltung der neuen Geschlechtsrolle [25]. Der so genannte Alltagstest kann aus der passiven („vom Alltag getestet werden“) und der aktiven („den Alltag erproben“) Perspektive verstanden werden [16, 25]. Die Alltagserprobung soll sozial verträglich angelegt sein und nicht als „Härtetest“ verstanden werden. Die Dauer der Alltagserprobung ist abhängig von den Erfordernissen des Einzelfalles und der jeweils beantragten geschlechtsangleichenden Maßnahme. Dabei sind Unterschiede zwischen sich klinisch früh manifestierenden „primären“ und sich erst später manifestierenden „sekundären“ transsexuellen Entwicklungen sowie Unterschiede zwischen den oft unkomplizierten Frau-zu-Mann- gegenüber oft konfliktreicheren Mann-zu-Frau-Entwicklungen zu berücksichtigen. Nicht die operative Geschlechtsangleichung ist der entscheidende therapeutische Schritt, sondern die längere intensive Vorbereitung darauf unter ständiger Überprüfung, ob der Wechsel überhaupt sinnvoll ist und subjektiv bewältigt werden kann [25]!

Gegebenenfalls bestehende psychiatrische Begleiterkrankungen sind psychiatrisch-psychotherapeutisch hinreichend zu stabilisieren und erfordern gegebenenfalls eine verlängerte Alltagserprobung; so insbesondere [18, 20]:

- Depressive Störungen/Angststörungen
- Substanzabhängigkeit
- Tiefgreifende Persönlichkeitsstörungen, z. B. emotional-instabile Persönlichkeitsstörung
- Psychosomatische Störungen und Essstörungen
- Psychotische Erkrankungen

Sonstige „Erschwernisfaktoren“, die unter Umständen eine längere Alltagserprobung erfordern, sind insbesondere:

- Alter < 18 Jahre oder > 50–60 Jahre
- Minderbegabung
- Unzulängliche familiäre Unterstützung/mangelnder Rückhalt im privaten Kontext
- Lange Arbeitsunfähigkeit/fehlende berufliche Eingliederung/psychosoziale Instabilität
- Ungünstige körperliche Voraussetzungen

Behandlungsphase 3: Gegengeschlechtliche Hormonbehandlung

Der Beginn einer gegengeschlechtlichen Hormonbehandlung ist in der Regel die entscheidende Weichenstellung in Richtung weiterer somatischer Eingriffe, weit wichtiger und gleichzeitig bezüglich der Folgen irreversibler als z. B. eine Vornamensänderung nach dem TSG [25]. Wird die Hormonbehandlung zu früh begonnen, kann dies die Diagnostik erheblich erschweren und eine ungünstige vorzeitige Festlegung auf das gewünschte Geschlecht bedingen [17, 25].

Die Einleitung der Hormonbehandlung und die Bestimmung der Frequenz der Kontrollen sollen durch einen endokrinologisch erfahrenen Arzt auf psychiatrisch-psychotherapeutische Indikation erfolgen. Gegebenenfalls müssen vom Endokrinologen somatische Kontraindikationen/Risiken abgewogen werden (z. B. Nikotinabusus, erhebliches Übergewicht, erhöhtes Thromboserisiko, schwerer Diabetes mellitus, schwere kardiovaskuläre Erkrankung, schwere Lebererkrankung/chronische Hepatitis B oder C, schwere zerebrovaskuläre Durchblutungsstörung, HIV-Infektion/AIDS). Die Auswirkungen der gegengeschlechtlichen Hormonbehandlung sind größtenteils irreversibel. Die gegengeschlechtliche Hormonbehandlung muss nach der mit der operativen Genitalangleichung einhergehenden Entfernung der Gonaden lebenslang erfolgen.

Die gegengeschlechtliche Hormontherapie erfolgt außerhalb der zugelassenen Indikationen der eingesetzten Hormonpräparate „off-label“. Ist nach den Behandlungsleitlinien die Indikation zur Hormontherapie gegeben, liegen nach Meinung des Autors auch die vom BSG vorgegebenen Kriterien für eine „Off-label“-Anwendung¹¹ vor:

- Bei Transsexualismus handelt sich um eine schwerwiegende, die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende (seltene) Erkrankung
- Dabei reichen (zu diesem Behandlungsstand) andere Therapien (speziell Psychotherapie) alleine nicht (mehr) aus
- Es besteht (zu diesem Behandlungsstand) in der medizinischen Fachwelt Konsens über den therapeutischen Nutzen der Hormontherapie

Ausweichender stellt die neue MDK-Begutachtungsanleitung dazu fest: „In Deutschland sind bisher keine Arzneimittel mit

¹¹ BSG-Urteil B 1 KR 37/00 R vom 19.03.2002.

einer speziellen Zulassung zum Einsatz bei Transsexualität auf dem Markt, sodass die Hormonersatztherapie bei transsexuellen Patienten dem Grunde nach ein „off-label use“ darstellt. Die bestehenden Zulassungen können aber weit ausgelegt werden (Substitution bei ...). Bei Vorliegen der beschriebenen Voraussetzungen, also nach psychiatrischer/psychotherapeutischer Sicherung der Diagnose, ist bei Notwendigkeit der Behandlung eines bestehenden Hormondefizits die Verordnung von gegengeschlechtlichen Hormonen zulasten der GKV möglich. Sollten der Krankenkasse in diesem Zusammenhang in Einzelfällen Arzneimittelverordnungen vorgelegt werden, können diese nach einer befürwortenden sozialmedizinischen Empfehlung durch den MDK genehmigt und die Kosten entsprechend getragen werden.“

Entsprechend der Leitlinie der DGKJP sollen geschlechtsangleichende Maßnahmen frühestens nach dem Erreichen des 18. Lebensjahres eingeleitet werden. Nur in Ausnahmefällen, in denen eine eindeutige transsexuelle Entwicklung vorliegt und die Diagnose von 2 unabhängigen Fachleuten gestellt wurde, kann vor dem 18. Geburtstag eine hormonelle Therapie zunächst mit pubertätsblockenden GnRH-Analoga und möglichst nicht vor dem 16. Geburtstag mit gegengeschlechtlichen Hormonen begonnen werden.

Gemäß den deutschen (wie auch den internationalen) Behandlungsleitlinien müssen vor der Einleitung somatischer Therapiemaßnahmen folgende inhaltliche Voraussetzungen erfüllt sein:

- Ausreichende psychische und psychosoziale Stabilität/ausreichende psychiatrisch-psychotherapeutische Aufarbeitung relevanter psychischer Probleme/ausreichende Behandlung psychischer Begleiterkrankungen
- Durch ausreichend lange psychiatrische/psychotherapeutische Verlaufsbeobachtung gesicherte Diagnose und Konstanz des transsexuellen Wunsches
- Innere Stimmigkeit des Identitätsgeschlechtes und Lebensbarkeit der gewünschten Geschlechtsrolle
- Realistische Einschätzung der Möglichkeiten, Grenzen und Risiken hormoneller/operativer Behandlung

Formale Voraussetzungen zur gegengeschlechtlichen Hormonbehandlung gemäß den deutschen Standards sind:

- Mindestalter 18 Jahre¹²
- Hinreichende Erfüllung der o. g. inhaltlichen Voraussetzungen zur Einleitung somatischer Behandlung
- Psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung/Begleitung über mindestens 12 Monate
- Therapeutisch begleitete Alltagserprobung der neuen Geschlechtsrolle über mindestens 12 Monate¹³

Behandlungsphase 4: Operative Geschlechtsangleichung

Von der GKV getragene operative Maßnahmen bei Mann-zu-Frau- (MzF-) Transsexualität sind:

- Epilation der Barthaare¹⁴
- Genitalangleichung mit Amputation des Penischaftes und der Hoden und Bildung von Neovulva, Neoklitoris und Neovagina
- Optional Brustvergrößerung¹⁵
- Optional phonochirurgische Stimmerhöhung¹⁶
- Optional Verkleinerung des Schilddrüsenkorpels/Adamsapfels

Von der GKV getragene operative Maßnahmen bei Frau-zu-Mann- (FzM-) Transsexualität sind:

- Beidseitige Brustamputation unter Erhalt der Mamillen bzw. gegebenenfalls mit Mamillenreduktion
- Entfernung der Gebärmutter und der Eierstöcke, gegebenenfalls mit Scheidenverschluss und Metoidioplastik
- Optional operativer Penoidaufbau und Implantation von Surrogathoden¹⁷

Gegebenenfalls können zur Erleichterung der Alltagserprobung und Verbesserung der psychosozialen Akzeptanz bei MzF-Transsexuellen die Epilation und bei FzM-Transsexuellen die Mastektomie vorgezogen werden¹⁸.

Formale Voraussetzungen für geschlechtsangleichende Operationen gemäß den deutschen Standards sind:

- Mindestalter 18 Jahre
- Volle Erfüllung der o. g. inhaltlichen Voraussetzungen zur Einleitung einer somatischen Behandlung
- Psychiatrisch-psychotherapeutische Begleitung/Behandlung über mindestens 18 Monate
- Erfolgreiche Alltagserprobung der neuen Geschlechtsrolle über mindestens 18 Monate
- Gegengeschlechtliche Hormonbehandlung über mindestens 6 Monate¹⁹

Vom Operateur sind gegebenenfalls erhöhte Narkose-/Operationsrisiken (siehe Hormontherapie) abzuwägen.

¹⁴ Leistungsrechtlich anerkannt ist lediglich die Nadelelektroepilation; Laserepilation und ähnliche Verfahren sind als neue Behandlungsverfahren bisher nicht vom gemeinsamen Bundesausschuss bewertet und damit ambulant nicht zugelassen.

¹⁵ Nur im begründeten Ausnahmefall, da in der Regel unter gegengeschlechtlicher Hormontherapie ausreichendes Brustwachstum eintritt; der Erfolg einer 2-jährigen gegengeschlechtlichen Hormontherapie bleibt zunächst abzuwarten.

¹⁶ Bei sozial stigmatisierender männlicher Stimme und unzureichender logopädischer Beeinflussungsmöglichkeit.

¹⁷ Die vom TSG geforderte deutliche operative Annäherung der äußeren Geschlechtsmerkmale an das Erscheinungsbild des anderen Geschlechts beinhaltet bei FzM-Transsexuellen nicht die Notwendigkeit eines operativen Penoidaufbaus, so Beschlüsse OLG Zweibrücken 3 W 5/93 vom 07. 05. 1993 und BayObLG 1Z BR 95/94 vom 14. 06. 1995. Die Ergebnisse des Penoidaufbaus sind weiterhin ästhetisch und funktional eingeschränkt bei hoher Komplikationsrate, sodass individuelle Lösungen angezeigt sind. Nach Einschätzung des Autors verzichtet derzeit mehr als die Hälfte der FzM-Transsexuellen aus den bezeichneten Gründen auf einen Penoidaufbau.

¹⁸ Gemäß SOC; frühestens aber mit Einleitung der Hormontherapie.

¹⁹ Die Forderung einer mindestens 18-monatigen psychiatrisch-psychotherapeutisch begleiteten Alltagserprobung wird nach Erfahrung des Autors in der Versorgungsrealität nicht immer eingehalten, während die Forderung einer mindestens 6-monatigen Hormontherapie sehr knapp erscheint. Unter Berücksichtigung der SOC sollten mindestens folgende Zeitkriterien erfüllt sein: Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung/Begleitung 18–24 Monate, therapeutisch begleitete Alltagserprobung 12–18 Monate und gegengeschlechtliche Hormontherapie 6–12 Monate.

¹² Ausnahmsweise bei frühester kontinuierlicher Entwicklung mit bereits vollzogenem Rollenwechsel pubertätsblockende GnRH-Analoga ab dem 14. Lebensjahr und gegengeschlechtliche Hormontherapie ab dem 16. Lebensjahr.

¹³ Siehe Fußnote 9.

Behandlungsphase 5: Nachbetreuung

Der Bedarf an psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung/Begleitung endet nicht mit der Indikation zur operativen Angleichung. Diese sollte weitmaschig über die operative Angleichung fortgesetzt, zumindest aber angeboten werden. Zu rechnen ist mit

- postoperativer Entlastungsdepression oder
- Krise durch enttäuschte Erwartungen/fortbestehende psychosoziale Probleme.

Zum Teil wird eine psychotherapeutische Bearbeitung mit der Transsexualität verbundener tieferer Konflikte erst postoperativ möglich [6, 25].

■ Sonstige Maßnahmen

Nicht von der GKV getragene kosmetische Maßnahmen/Operationen

Gelegentlich besteht der Wunsch nach weiteren kosmetischen Eingriffen wie Ganzkörperepilation, Haartransplantation, Nasenkorrektur, Facelifting, Gesichtsfeminisierung, Fettabaugungen etc. Diese überwiegend kosmetischen Maßnahmen fallen nicht in die Leistungspflicht der GKV.

Versorgung mit Hilfsmitteln

Ein totaler Haarverlust stellt bei einer Frau eine Behinderung im Sinne des § 33 (1) SGB V dar²⁰. Bei MzF-Transsexualität ist die Versorgung mit einer Perücke auch frühzeitig zur Erleichterung der Alltagserprobung möglich, wenn aufgrund des ursprünglich männlichen Haarwuchses kein weibliches Erscheinungsbild erzielt werden kann.

Da das Vorhandensein eines Penis und/oder der Hoden für den unbefangenen Beobachter im Alltag nicht unmittelbar erkennbar ist, ist hinsichtlich der Versorgung mit einer Penis-Hoden-Epithese nicht generell ein Behinderungsausgleich zu erkennen. Alternativen sind kostengünstig selbst zu beschaffende so genannte Stuffer und Dildos.

Teilweise besteht bei FzM-Transsexualität das Problem, voluminöse Brüste in der Phase der Alltagserprobung zu kaschieren. Reicht enge Unterkleidung und weite Oberbekleidung nicht aus, besteht die Möglichkeit, mit elastischen Bandagen/Miedern die Brüste breitflächig zu komprimieren. Eine Verordnung als Hilfsmittel ist jedoch nicht möglich, da Leibbinden mit einigen hier nicht zutreffenden Ausnahmen nach § 1 der Hilfsmittelverordnung in der GKV nicht verordnet werden dürfen/können.

²⁰ BSG-Urteil B 3 KR 66/01 R vom 23. 07. 2002.



Dr. med. Hans-Günter Pichlo

Studium der Humanmedizin in Köln (1979 Ap-
probation, 1983 Promotion); Facharzt für Psy-
chiarie mit Zusatztitel Psychotherapie und So-
zialmedizin; seit 1992 beratender Arzt im MDK
Nordrhein, seit 2000 Ansprechpartner für Bera-
tungs- und Begutachtungsfragen Transsexua-
lismus.

■ Relevanz für die Praxis

Transsexualismus bedarf einer kompetent-fachkundigen multiprofessionellen Behandlung. Die vorgestellte MDK-Begutachtungsanleitung soll in erster Linie einheitliche Kriterien und die Qualität der MDK-Begutachtung sichern. Die Begutachtungsanleitung orientiert sich neben den leistungsrechtlichen und sozialmedizinischen Kriterien insbesondere an den derzeitigen Behandlungsstandards/-leitlinien und hat damit auch Relevanz für die klinische Praxis, nicht nur um frühzeitig Probleme der Leistungsbewilligung/Kostenübernahme zu vermeiden.

Literatur:

1. Hirschfeld M. Die Transvestiten – Eine Untersuchung über den erotischen Verkleidungs-
trieb. Verlag Pulvermacher & Co., Leipzig, 1910.
2. Stalla G (Hrsg). Therapieleitfaden Trans-
sexualität. UniMed-Verlag, Bremen, 2006.
3. Groß D, Neuschaefer-Rube C, Steinmetzer
J (Hrsg). Transsexualität und Intersexualität.
Med. Wiss. Verlagsgesellschaft, Berlin, 2008.
4. Borcsa M, Broda M, Köllner V, Schauen-
burg H, Schweitzer J, Senf W, Stein B, Wilms
B (Hrsg). Sexuelle Identitäten. Psychotherapie
im Dialog 2009; 10 (Themenheft).
5. GKV-Spitzenverband, MDS (Hrsg). Begut-
achtungsanleitung geschlechtsangleichende
Maßnahmen bei Transsexualität. 2009.
[http://www.mds-ev.de/media/pdf/
RL_Transsex_2009.pdf](http://www.mds-ev.de/media/pdf/RL_Transsex_2009.pdf) (gesehen 7.10.2009).
6. Becker S, Bosinski H, Clement U, Eicher
W, Goerlich T, Hartmann U, Kockott G,
Langer D, Preuss W, Schmidt G, Springer A,
Wille R. Standards der Behandlung und
Begutachtung von Transsexuellen der deut-
schen Gesellschaft für Sexualforschung, der
Akademie für Sexualmedizin und der Gesell-
schaft für Sexualwissenschaft. Sexuologie
1997; 4: 130–8. [http://www.kgu.de/zgw/
sexualwissenschaft/pdf/StandardsTS.pdf](http://www.kgu.de/zgw/
sexualwissenschaft/pdf/StandardsTS.pdf)
(gesehen 7.10.2009).
7. Rauchfleisch U. Transsexualität – Trans-
identität; Begutachtung, Begleitung, Therapie.
Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen,
2006.
8. Präfllin F. Die Begutachtung der Transsexua-
lität. In: Venzlaff U, Foerster K (Hrsg). Psychia-
trische Begutachtung, Gustav Fischer Verlag,
Stuttgart, 1994; 621–38.
9. HBI/GDA (ed). Standards of Care for Gender
Identity Disorders. 6th version. 2001. [http://
www.wpath.org/documents2/SOCv6.pdf](http://
www.wpath.org/documents2/SOCv6.pdf)
(gesehen 7.10.2009).
10. DGKJP (Hrsg). Leitlinie Störung der Ge-
schlechtsidentität (F64) sowie der sexuellen
Entwicklung und Orientierung (F66), letzte
Überarbeitung 2006. In: DGKJP (Hrsg). Leit-
linien zur Diagnostik und Therapie von
psychischen Störungen im Säuglings-, Kinder-
und Jugendalter. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln,
2007; 167–78. [http://www.uni-duesseldorf.de/
AWMF](http://www.uni-duesseldorf.de/
AWMF) (gesehen 7.10.2009).
11. SaB H, Wittchen H, Zaudig M (Hrsg).
Diagnostisches und statistisches Manual
psychischer Störungen DSM-IV. Hogrefe,
Göttingen, 1996.
12. Becker S. Es gibt kein richtiges Leben im
Falschen – Antwort auf die Kritik an den
Standards der Behandlung und Begutachtung
von Transsexuellen. Z Sexualforsch 1998; 11:
155–62.
13. Becker S, Berner W, Dannecker M, Rich-
ter-Appelt H. Stellungnahme (der DGfS) zur
Anfrage des Bundesministeriums des Innern
zur Revision des Transsexuellengesetzes.
Z Sexualforsch 2001; 14: 258–68.
14. Bosinski H, Beier K, Dmoch W, Hartmann
U, Langer D, Wille R, Hoffmann K. Stellung-
nahme der Expertenkommission beim Vor-
stand der Akademie für Sexualmedizin zur
Anfrage des Bundesministeriums des Innern
zum Transsexuellengesetz. Sexuologie 2001;
8: 211–23.
15. Bosinski H. Diagnostische und arztrecht-
liche Probleme bei transsexuellen Geschlechts-
identitätsstörungen. Urologe 2003; 42: 709–
21.
16. Becker S. Transsexualität – Geschlechts-
identitätsstörung. In: Kockott G, Fahrner E
(Hrsg). Sexualstörungen. Thieme-Verlag,
Stuttgart, 2004; 153–201.
17. Sigusch V. Transsexualismus – Forschungs-
stand und klinische Praxis. Nervenarzt 1997;
68: 870–7.
18. Sigusch V. Transsexuelle Entwicklungen. In:
Sigusch V (Hrsg). Sexuelle Störungen und ihre
Behandlung. Thieme-Verlag, Stuttgart, 2007;
346–61.
19. Cohen-Kettenis P, Gooren L. Transsexual-
ismus – a review of etiology, diagnosis and treat-
ment. J Psychosom Res 1999; 46: 315–33.
20. Hartmann U, Becker H. Störungen der
Geschlechtsidentität – Ursachen, Verlauf,
Therapie. Springer-Verlag, Wien, 2002.
21. Lautenbacher S, Güntürkün O, Hausmann
M (Hrsg). Gehirn und Geschlecht. Gehirn und
Geschlecht. Springer-Verlag, Heidelberg, 2007.
22. Fiedler P. Sexuelle Orientierung und sexuel-
le Abweichung. Beltz-Verlag, Weinheim, 2004;
137–60.
23. Senf W, Happich F, Senf G. Transsexua-
lität. In: Senf W, Broda M (Hrsg). Praxis der
Psychotherapie. Thieme-Verlag, Stuttgart,
2004; 610–23.
24. Senf W. Transsexualität. Psychotherapeut
2008; 14: 1–12.
25. Clement U, Senf W (Hrsg). Transsexualität,
Behandlung und Begutachtung. Schattauer-
Verlag, Stuttgart, 1996.
26. Preuss W. Die Aufgabe der Psychotherapie
bei der Behandlung der Transsexualität.
Psychotherapeut 1999; 5: 300–6.