

Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung (AWMF-Registernr. 138/001)

Leitlinienreport

Schlüsselwörter: Transgender, Transsexualität, Transgeschlechtlichkeit, Transidentität
Keywords: Transgender, Transsexualism, Gender Incongruence, Gender Dysphoria

1. Geltungsbereich und Zweck

Begründung für die Auswahl des Leitlinienthemas: Siehe Kapitel 1.2 der Leitlinie

Zielorientierung der Leitlinie: Siehe Kapitel 1.6 der Leitlinie

Patient_innenzielgruppe: Siehe Kapitel 1.1. und 1.5 der Leitlinie

Versorgungsbereich: Siehe Kapitel 1.3 der Leitlinie

Anwender_innenzielgruppe/Adressat_innen: Siehe Kapitel 1.6 der Leitlinie

2. Zusammensetzung der Leitliniengruppe: Beteiligung von Interessensgruppen

Repräsentativität der Leitliniengruppe: Beteiligte Berufsgruppen

Der inhaltlichen Ausrichtung der Leitlinie entsprechend wurden die beteiligten Fachgesellschaften entlang ihrer Schwerpunkte im Bereich der psychosozialen Medizin angefragt. In der Leitliniengruppe engagieren sich daher Vertreter_innen verschiedener Fachgesellschaften (auch solcher, die nicht der AWMF angehören), die von ihrer Gesellschaft mandatiert worden sind. Im Einzelnen beteiligen sich Mandatsträger_innen folgender Fachgesellschaften und Berufsverbände:

Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS)
Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)
Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN)
Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP)
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT)
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP)
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)
Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)
Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)
Gesellschaft für Sexualwissenschaft (GSW)
Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP).

Zu Beginn der Entwicklung der Leitlinie ebenfalls beteiligt war eine Vertreterin der Deutschen Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation (DGVM). Die Mandatsträgerin der DGVM musste ihr Mandat allerdings bereits im September 2012 aus gesundheitlichen Gründen zurückgeben. Zeitgleich schied die DGVM als beteiligte Fachgesellschaft aus, da sie für die Mandatsträgerin keine Nachfolge benennen konnte.

Bis zum Abschluss der Leitlinienentwicklung beteiligt war zudem ein Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin, -therapie und -wissenschaft (DGSMTW). Der mandatierende Vorstand der DGSMTW konnte die Endfassung der Leitlinie jedoch nicht vollumfänglich ak-

zeptieren und veröffentlichte am 17.11.2018 eine Stellungnahme, die zum Teil erhebliche Kritik am Inhalt der Leitlinie zum Ausdruck bringt. Diese Stellungnahme wurde wiederum von allen an der Leitlinienentwicklung beteiligten Fachgesellschaften und Verbänden kommentiert. Beide Dokumente – die Stellungnahme der DGSMTW zur Leitlinie und die Reaktion der Leitliniengruppe auf die Stellungnahme finden sich im Anhang.

Repräsentativität der Leitliniengruppe: Beteiligung von Behandlungssuchenden und Behandlungserfahrenen

Ein zentrales Anliegen der Leitlinienkoordination bestand darin, demokratisch legitimierte Vertreter_innen von und für trans Menschen als ständige und stimmberechtigte Mitglieder der Gruppe an der Leitlinienentwicklung zu beteiligen. Allerdings führten Suchstrategien, die in anderen Leitlinienvorhaben erfolgreich genutzt wurden, z. B. (1) über das Zusammenrufen eines so genannten Patientenparlaments wie bei den Nationalen Versorgungsleitlinien (NVL), (2) über das Patientenforum der Bundesärztekammer (BÄK), (3) über die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) oder über (4) Vertreter_innen regionaler Selbsthilfegruppen entweder nicht zum Erfolg oder wurden als nicht ausreichend eingeschätzt (speziell die Suche nach regionalen Selbsthilfegruppen, dies hätte sich regional orientiert am Sitz der initiiierenden und federführenden Fachgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung in Hamburg). Ein Dachverband, der sich zum Ziel gesetzt hat, die Interessen aller in Deutschland lebenden trans Menschen zu vertreten existierte bis dato nicht. Daher wurde in der Leitliniengruppe entschieden, zunächst zwei Personen als für den Trans-Bereich nicht-repräsentative, aber stimmberechtigte Mitglieder einzuladen. Aufgrund ihrer jeweiligen Biographie mit verschiedenen Bezügen zum Thema, zur Versorgung bzw. Beratung und Politik sowie umfangreicher Kenntnisse und Vernetzung im Feld wurden wertvolle Beiträge von Beiden zur Leitlinienentwicklung erwartet. Im August 2015 hat sich allerdings eine Interessensvertretung gegründet, die Bundesvereinigung Trans* (BVT* e.V., www.bv-trans.de). Die BVT* ist ein Interessensverband zur Förderung von geschlechtlicher Vielfalt und Selbstbestimmung und setzt sich für die Interessen von Trans*Personen ein. Auf ihrer Gründungssitzung hat die BVT* den in der Leitlinienkommission repräsentierten Vertreter_innen ihr Vertrauen ausgesprochen.

3. Methodologische Exaktheit

Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege (Evidenzbasierung)

Sowohl vor dem Hintergrund der 7. Version der *Standards of Care* der *World Professional Association of Transgender Health* (WPATH 2011) als auch nach Maßgabe der jüngsten Urteile des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG¹) gelten die „Standards zur Behandlung und

¹ In Bezug auf eine der Voraussetzungen zur Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit nach §8 des so genannten Transsexuellengesetzes, kurz: TSG (Abs. 2, dass die Person "nicht verheiratet ist") hat das BVerfG im Jahr 2008 entschieden, dass die geforderte Ehelosigkeit als Voraussetzung für die rechtliche Anerkennung des chirurgisch geänderten Geschlechts (§ 8 Abs. 1 Nr. 2 TSG) einer verheirateten transsexuellen Person verfassungswidrig ist (BVerfG: Beschluss vom 27.5.2008-1BVL 10/05 (Juris) Rn 62 F 65). Der §8 Abs. 1 Nr. 2 TSG wurde als nicht vereinbar mit Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG und Art. 6 Abs.1 GG (Ebd. Rn. 36) und in der Folge als nicht mehr anwendbar erklärt. Zudem hat das BVerfG in einem Urteil vom 11.01.2011 (1 BvR 3295/07) die Nrn. 3 und 4 des §8 Abs. 1 TSG für verfassungswidrig erklärt. Im Einzelnen handelt es sich um die Voraussetzungen zur Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit, dass die antragstellende Person dauerhaft fortpflanzungsunfähig ist (Nr. 3) und dass sie sich einem die äußeren Geschlechtsmerkmale verändernden operativen Eingriff unterzogen hat (Nr. 4). In der Konsequenz dieses Urteils sind die Nrn. 3 und 4 des §8 Abs. 1 TSG ebenfalls nicht mehr anwendbar (BVerfG: 1 BvR 3295/07, Seite 26). Mit der Nichtanwendbarkeit der Nrn. 2, 3 und 4 des §8 Abs. 1 TSG bleibt die Nr. 1 des §8 Abs. 1 TSG übrig, die auf die Voraussetzungen zur Feststellung der Vornamensänderung (§1 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 TSG) verweist. In der Folge sind die Voraussetzungen für die Vornamensänderung gemäß TSG identisch mit den Voraussetzungen zur Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit gemäß TSG. Die Änderung des Personenstands kann somit vollkommen unabhängig von körperlichen Veränderungen erfolgen.

Begutachtung von Transsexuellen“ (Becker, et al. 1997) aus inhaltlichen (u. a. Fokus auf Transsexualismus, nicht auf die Behandlung des spezifischen Leidensdrucks: hier Geschlechtsdysphorie) und methodischen Gründen (z. B. keine systematische Erfassung der Interessen der Behandlungssuchenden sowie Verzicht auf systematische Literaturrecherchen und formale Konsensustechnik) als überarbeitungsbedürftig.

Die Schlüsselfragen wurden vor dem Hintergrund der Behandlungsstandards entwickelt. Bei einem Treffen der Konsensusgruppe im Dezember 2012 in München wurden die Schlüsselfragen bzw. Kernthemen wie folgt formuliert:

1. Einleitung

Fokus der Leitlinie: Geschlechtsdysphorie, inkl. Konkretisierung des Leidens
Begriffsklärungen, Abgrenzung von Dichotomien
Kritische Thematisierung der Debatten zur Genese
Schwerpunkt Gesundheitsfürsorge
Bezugnahme auf die Adressat_innen
Kein Bezug zu Kindern mit entsprechendem Behandlungsanliegen
Keine Begutachtung in juristischen Kontexten
Keine Standards für somatische Behandlungen
Qualitätssicherung

2. Standards der Diagnostik und differentialdiagnostische Überlegungen

Thematisierung der Diagnostik
Thematisierung der differentialdiagnostischen Überlegungen
Komorbidität

3. Standards des Clinical Assessments

Qualifikation der Behandelnden
Qualifikationen aller an den Indikationsstellungen Beteiligten
Verschiedene Rahmen der Behandlung
Inhalt und Methode des Verfahrens

4. Standards der Indikationsstellungen für Behandlungsmaßnahmen

Psychotherapeutische Maßnahmen
Endokrinologische Maßnahmen
Chirurgische Maßnahmen
Logopädie Epilationsbehandlung

Zudem wurden im Zuge der Leitlinienentwicklung je zwei Vertreter_innen von Selbsthilfegruppen im Kontext von Trans und Transsexualität zu einer von acht Anhörungen in Deutschland und der Schweiz eingeladen. Ziel war es, die Erfahrungen, Meinungen und Positionen in Bezug zur Gesundheitsversorgung von trans Menschen sowie hinsichtlich als notwendig erachteter Veränderungen durch die zu entwickelnde Leitlinie zu erfassen. Den Vertreter_innen der Selbsthilfegruppen wurde die Möglichkeit angeboten, bis zu zwei Monate nach der jeweiligen Anhörung schriftliche Eingaben (z. B. Positionspapiere) an die Organisator_innen der Anhörungen zu senden. Die Protokolle der Anhörungen und die weiteren Stellungnahmen der Selbsthilfegruppen wurden im Anschluss schriftlich zusammengefasst und entlang der Häufigkeit der verschiedenen Positionen differenziert (z. B. Mehrheitsmeinungen vs. Einzelmeinungen). Das Ergebnis der Anhörungen wurde im Rahmen eines Treffens der Leitliniengruppe diskutiert und fand Eingang in die Entwicklung der klinisch-relevanten Fragestellungen.

Verwendung existierender Leitlinien zum Thema

Die Leitlinie nimmt Bezug auf die Standards of Care (SoC) der World Professional Association for Transgender Health (WPATH). In ihrer siebten, 2011 herausgegebenen Version (Co-

leman et al., 2012; in deutscher Übersetzung: Richter-Appelt & Nieder, 2014) verfolgen die SoC unter anderem das Ziel, trans Menschen einen verlässlichen Zugang zu einer multidisziplinären Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Die SoC wollen dazu beitragen, dass trans Menschen im Einklang mit ihrem Geschlecht leben können, unter Berücksichtigung des Körpers, der Psyche und der sozialen Situation. In Abkehr von den vormals rigiden und überregulierten Behandlungsprozessen (Hamm & Sauer, 2014; Nieder, Briken, et al., 2014; Nieder, Güldenring, Köhler, & Briken, 2017) fördern sie – ebenfalls wie die vorliegende Leitlinie – ein individuelles und flexibles Vorgehen im Zuge einer möglichen Transition. Das Ziel der Behandlung ist die Reduktion des Inkongruenzerlebens und des mit der Geschlechtsinkongruenz einhergehenden Leidensdrucks. Bei den SoC handelt es sich um Behandlungsempfehlungen der WPATH, die von einem Expert_innengremium der Fachgesellschaft erarbeitet werden. Gleichwohl sie inhaltlich für die vorliegende Leitlinie eine wertvolle Orientierung darstellen, konnten sie aufgrund bedeutsamer Aspekte (z. B. die Eigenständigkeit des deutschen Gesundheitssystems) nicht einfach auf die deutsche Situation übertragen werden. Im Zusammenhang mit Beratung und Psychotherapie nimmt die vorliegende Leitlinie auch Bezug zu den von der American Psychological Association (2015) veröffentlichten „Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People“. Formuliert werden 16 Empfehlungen für eine affirmative psychologische Praxis (siehe Kapitel 5 der Leitlinie).

Systematische Literaturrecherche

Die Suche nach interventionsbezogener Primärliteratur erfolgte über die Datenbanken Medline, PsycInfo und Web of Science. Nachfolgend findet sich die Suchstrategie exemplarisch für Medline. Für die anderen Datenbanken wurde die Suchstrategie inhaltsgleich angewandt. Eine umfassende Suchstrategie zur Extraktion relevanter Studien kombinierte Suchwörter, die die gesuchte Population (z. B. transsex, transgend, gender-nonconform) sowie die interessierenden Interventionen (z. B. psychotherap, sex-change, surgery) eingrenzten. Gesucht wurde Literatur aus dem Zeitraum zwischen 1990 und 2014 (für weitere Ausschlusskriterien s. u.). Die Suchbegriffe wurden von der Steuerungsgruppe im Anschluss an existierende Suchen aus vorhandenen Metaanalysen (Murad et al., 2010; Sutcliffe et al., 2009) ausgewählt. Wenn möglich wurden verschiedene Varianten eines Wortstamms durch Einfügen einer Trunkierung oder eines Sonderzeichens berücksichtigt. Weitere Suchbegriffe ergaben sich aus Schlüsselwörtern der Datenbanken, die relevanten Referenzen zugewiesen waren.

Die initiale Suchstrategie nach interventionsbezogener Primärliteratur wurde hinsichtlich ihrer Sensitivität (möglichst geringe Anzahl nicht gefundener relevanter Referenzen) und Spezifität (möglichst geringe Anzahl gefundener irrelevanter Referenzen) geprüft und ausgewertet. Aus Sicht der Autor_innen wurde eine möglichst große Sensitivität einer großen Spezifität vorgezogen. Zur Überprüfung der Sensitivität wurden die Suchergebnisse auf bekannte relevante Referenzen aus existierenden Metaanalysen (Murad et al., 2010; Sutcliffe et al., 2009) durchsucht und angepasst sofern Referenzen nicht vorhanden waren. Ein Screening von 50 zufällig ausgewählten Referenzen ermöglichte eine Einschätzung der Spezifität. Waren viele irrelevante Referenzen zu einem Thema vorhanden, wurde dieses, wenn möglich, über Wortkombinationen ausgeschlossen.²

Bsp. Suchstrategie für die Datenbanksuche in Medline

Suche durchgeführt am 23.06.2014. *Suchzeitraum: 01.01.1990-23.06.2014*

² Ein Dank geht an Dipl.-Psych. Sarah Barkowski, die die systematische Literaturrecherche methodisch unterstützt hat.

- 1 exp Transsexualism/ or exp Transgendered Persons/
- 2 (gender-dysphor* or transsex* or gender-nonconform* or gender-non-conform* or transgend* or transident* or gender-incongruence or gender-varian* or gender-transform* or gender-identity-disorder* or sexual-transition or gender-transition or sexual-dysphor* or transvest* or autogyn* or trans-sex* or trans-gend* or trans-ident*).ti,ab,kf
- 3 (("male-to-female" or "female-to-male" or "female to male" or "male to female") adj3 (sex*-chang* or sex*-reassign* or gender-reassign* gender-confirm* or "genital reconstruction" or gender-affirm* or sex*-affirm*)).ti,ab,kf
- 4 #1 or #2 or #3
- 5 exp Psychotherapy/ or exp Health Care/ or exp Sex Reassignment Procedures/ or exp Hormone Replacement Therapy/ or exp Specialties, Surgical/ or exp Mammoplasty/ or exp Breast Implant/ or Postoperative Complications/
- 6 (psychotherap* or (group adj2 (therap* or support*)) or "group treatment*" or "group intervention*" or ((psychol* or psychosocial* or psychodynamic* or cognitive or behavioral) adj2 (intervention* or treatment* or therap* or program*)) or (sex* adj2 therap*)) or self-help* or counsel*ing or psychoanaly*).ti,ab,kf
- 7 ((health-care or healthcare or "sexual medicine" or ((clinical or medical or surgical or pharmacological or hormon*) adj2 (manag* or intervent* or treat* or therap*)) or sex*-chang* or sex*-reassign* or gender-reassign* or "gender-confirm*" or "genital reconstruction" or gender-affirm* or sex*-affirm* or surgery or surgical or (hormon* adj2 (cross-sex*))).ti,ab,kf
- 8 ("androgen therap*" or "oestrogen therap*" or "estrogen therap*" or "testosterone therap*") ti,ab,kf
- 9 (cryoconservation or cryo-conservation or "sperm freez*" or "in-vitro fertil*" or "invitro fertil*" or "embry* transfer*" or reproductivity or substitution)ti,ab,kf
- 10 (epilat* or depilat*)ti,ab,kf
- 11 (logoped* or "speech therap*") ti,ab,kf
- 12 (((mamma* or breast) adj2 augmentation) or ((mamma* or breast) adj2 removal) or mammoplast* or "breast implant*" or chondrolaryngoplast* or "phono surg*" or mastect* or phalloplast* or vaginoplast* or penectom* or orchidect* or hysterect* or adnect* or ovalect* or neopenis or neovagin* or neoclit* or metaidoioplast* or metoidioplast* or cliten or clitoroplast* or labiaplast* or salpingo-oophorect* or scrotoplast* or "testicular prothese*" or urethroplast* or vaginect* or "facial femini?ation surg*").ti,ab,kf
- 13 #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12
- 14 #4 and #13
- 15 (Child/ not Adult/) or (Adolescent/ not Adult/) or (Animal/ not Human/)
- 16 #14 not #15

Auswahl der Evidenz

Die Datenbanksuche ergab 5437 Treffer. Nach einer Prüfung der Titel und Zusammenfassungen auf Relevanz (1. Screening) blieben 4341 Referenzen übrig, von denen nach Prüfung der Volltexte (2. Screening) 448 Studien bei der Erstellung der S3-Leitlinie berücksichtigt wurden. Ausgeschlossen wurden jene Arbeiten, die sich (1) nicht auf die Trans-Thematik beziehen, die (2) nicht empirisch sind ($n < 1$), die sich (3) ausschließlich auf Kinder und Jugendliche beziehen, die (4) keinen Bezug zu einem psychosozialen Outcome haben, die sich (5) ausschließlich auf Aspekte der Ätiologie beziehen, die (6) sprachlich für die Mitglieder der Leitliniengruppe nicht verwertbar sind (z. B. Arbeiten in portugiesischer oder hebräischer Sprache) und solche die (7) vor 1990 veröffentlicht wurden. 1990 als Zeitpunkt wurde gewählt, weil die ICD-10 im Jahr 1990 veröffentlicht und damit das fokussierte Thema als Geschlechtsidentitätsstörung konzeptualisiert wurde (vorher: Sexuelle Deviation). Zudem gab es erstmals operationalisierte Forschungskriterien. Insgesamt erfolgte die Selektion durch die Mitglieder der Steuerungsgruppe in zwei Schritten (vgl. AWMF, 2012).

Bewertung der Evidenz³

Erstellung von Evidenztabelle

Die systematisch recherchierte und selektierte Literatur (s. o.) wurde einzeln mit Hilfe einer Vorlage Evidenzbewertung (siehe Anlage: Vorlage Evidenzbewertung) nach vorgegebenen Qualitätskriterien (den sog. SIGN-Kriterien des Scottish Intercollegiate Guidelines Network) strukturiert bewertet. Bewertet wurden jeweils das Studiendesign, die Stichprobe(n), die Durchführung und die Auswertung der Studien. Zusätzlich wurden klinische Aspekte der Studien berücksichtigt, z. B. inwiefern die Studienstichprobe der Heterogenität von trans Personen entspricht und die Vergleichsgruppen für die Beantwortung der Fragestellung ziel führend ausgewählt wurde (AWMF, 2012). Bei Katamnesestudien wurde geprüft, ob die Endpunkte klinisch relevant waren und ob der Zeitraum zur Nachbeobachtung ausreichend lang bzw. die Zahl der inkludierten Teilnehmenden ausreichend groß war, um mögliche Effekte finden zu können (ebd.). Auch das Verzerrungspotential (Bias) einer Studie wurde bei der Evidenzbewertung berücksichtigt (vgl. Hrobjartsson, Boutron, Turner, Altman, & Moher, 2013). Die genannten Aspekte fließen in die Vergabe des Evidenzgrades ein, der mit einem Grad von I bis III angegeben wird.

Vergabe von Evidenzgraden

Zur Beurteilung der internen Validität der Studien wurden die SIGN Checklisten verwendet. Statt des SIGN Evidenzklassifikationssystems wurde allerdings eine dreiteilige Evidenzhierarchie angewendet (I-III), die wie folgt hierarchisiert:

- I Metaanalysen, systematische Übersichtsarbeiten über methodisch hochwertige Studien (z. B. randomisiert-kontrollierte Studien), randomisiert-kontrollierte Studien.
- II Systematische Übersichtsarbeiten über methodisch weniger hochwertige Studien (z. B. Kohortenstudien oder Fall-Kontroll-Studien), Kohortenstudien oder Fall-Kontroll-Studien mit geringem Verzerrungspotential und einer (hohen) Wahrscheinlichkeit, dass der gefundene Zusammenhang kausal bedingt ist.
- III Kohortenstudien oder Fall-Kontroll-Studien mit Verzerrungspotential, Fallberichte, Fallserien.

Formulierung der Empfehlungen

Die Aussagen und Empfehlungen zur Behandlung in der vorliegenden Leitlinie sind entweder empirisch fundiert und belegen dies mit der Angabe von Quellen (deren methodische Qualität zuvor gewichtet wurde) oder sie resultieren aus den therapeutischen Erfahrungen der an der Leitlinienentwicklung beteiligten Mandatsträger_innen.

Bei der Formulierung der Empfehlungen wurden die Vorgaben der AWMF verwandt (vgl. Leitlinien-Regelwerk der AWMF): Die Verwendung von „soll“ bzw. „soll nicht“ bringt eine starke Empfehlung zum Ausdruck, „sollte“ bzw. „sollte nicht“ reflektiert eine Empfehlung. Eine offene Empfehlung wird über die Formulierung „kann“ ausgedrückt.

Die evidenzbasierten Empfehlungen in der Leitlinie stellen jeweils die zugrunde liegende Literatur und den Evidenzgrad dar (i. d. R. Evidenzgrad III).

Evidenztabelle zur Allgemeinen Wirksamkeit körpermodifizierender Behandlungen, zur Hysterektomie und zur Neovagina finden sich im Anhang.

³ Ein großer Dank geht an Frau Dr. Cathleen Mueche-Borowski, MPH, die die Durchführung der Evidenzbewertung, die strukturierte Vergabe von Evidenzgraden sowie die Formulierung und Konsentierung der Empfehlungen methodisch unterstützt hat.

Formale Konsensfindung: Verfahren und Durchführung

Die Konsensfindung zu den handlungsleitenden Empfehlungen fand im Rahmen von insgesamt drei Konsensuskonferenzen statt. Anwesend waren jeweils die Mandatsträger_innen der beteiligten Fachgesellschaften sowie Vertreter_innen von Berufs- und Interessensverbänden. Jede Empfehlung wurde im Zuge einer formalen Konsensustechnik (Nominaler Gruppenprozess, NGP) diskutiert und unter externer Moderation der AWMF (Dr. Cathleen Muche-Borowski, MPH) konsentiert.

Ein Durchlauf des NGP begann mit der Vorstellung der zu konsentierenden Empfehlung. Alle Beteiligten wurden zunächst um ihre Einschätzung gebeten, ob sie der vorgestellten Empfehlung zustimmen können oder nicht. Im Fall einer Ablehnung wurde um eine alternative Formulierung gebeten. Anschließend wurden die Stellungnahmen der Mandatsträger_innen zur Umformulierung im Umlaufverfahren registriert und die Kommentare durch die Moderation zusammengefasst. Mit Hilfe der moderierten Diskussion wurden die einzelnen Kommentare abgestimmt und eine Rangfolge der Änderungsvorschläge für die einzelne Empfehlung erstellt. Daraufhin wurden die kritischen Aspekte der jeweiligen Formulierungen erneut diskutiert und schließlich im Zuge einer endgültigen Abstimmung die jeweilige Empfehlung oder ihre Alternative konsentiert.

Der skizzierte NGP wurde für alle in der Leitlinie inkludierten Empfehlungen durchgeführt. Eine starke Übereinstimmung bzw. ein starker Konsens wurde erreicht, wenn mindestens 95 % der Mandatsträger_innen für die Empfehlung gestimmt haben. Eine Übereinstimmung bzw. ein Konsens wurde erreicht, wenn dies auf mindestens 75 % der Mitglieder zutrifft.

Berücksichtigung von Nutzen, Nebenwirkungen-relevanten Outcomes

Angaben zu dem Nutzen, den Nebenwirkungen und den Risiken finden sich in den Hintergrundtexten zu den einzelnen Kapiteln bzw. den Behandlungsempfehlungen in der Leitlinie.

4. Externe Begutachtung und Verabschiedung

Pilottestung: Eine Pilottestung hat nicht stattgefunden.

Externe Begutachtung

Eine externe Begutachtung durch Wissenschaftler aus dem engeren Bereich der Leitlinien-gruppe hat nicht stattgefunden. Allerdings wurden weitere Fachgesellschaften, angefragt, die nicht unmittelbar an der Leitlinienentwicklung beteiligt waren, für das Versorgungsfeld aber i weiteren Sinne als relevant erachtet werden. Geantwortet haben die Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC), die Deutsche Gesellschaft für Andrologie (DGA), die Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (DGHNO-KHC), die Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH), die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) sowie die Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU).

Verabschiedung durch die Vorstände der herausgebenden Fachgesellschaften, Berufs- und Interessensverbände

Die Leitlinie wurde von den Vorständen der beteiligten Fachgesellschaften, Berufs- und Interessensverbänden im Zeitraum vom 01.06.2018 bis zum 30.08.2018 verabschiedet. Der Vorstand der DGSMTW sah sich nicht im Stande, in dem veranschlagten Zeitraum zu der S3-Leitlinie zu votieren und stimmte so der finalen Fassung nicht zu. Als Grund kommunizierte der Mandatsträger in einer Mail vom 05.07.2018, dass die Konsequenzen der S3-

Leitlinie aus Sicht der DGSMTW für die Versorgung der Patient_innen zu gravierend und teilweise negativ seien.

Siehe Anhang (20180716_Zustimmung der Fachgesellschaften)

5. Redaktionelle Unabhängigkeit

Finanzierung der Leitlinie

Die Arbeit an der Entwicklung der Leitlinie haben alle Beteiligten ehrenamtlich (allenfalls mit Erstattung der Reisespesen) durchgeführt. Zu zwei Zeitpunkten wurden die beteiligten Fachgesellschaften zu Spenden aufgerufen, mit denen verschiedene Arbeiten finanziert wurden (so z. B. die methodische Unterstützung der systematischen Literaturrecherche, die qualitative Auswertung der Anhörungen der Selbsthilfegruppen und die Bereitstellung der öffentlichen Online-Kommentierung eines Entwurfs der Leitlinie⁴). Eine inhaltliche Beeinflussung der Leitlinie fand nicht statt.⁵

Darlegung von und Umgang mit potenziellen Interessenkonflikten

Die Interessenkonflikte wurden mit dem AWMF-Formblatt erfasst. Zunächst zu Beginn der Leitlinienentwicklung 2012 (mit dem Formblatt von 2010) und zum zweiten Mal zum Ende der Entwicklung 2018 mit dem aktuellen Formblatt. Die Bewertung der Angaben aus den Formblättern haben die Leitlinienkoordinatoren übernommen. Sich selbst haben die Koordinatoren gegenseitig bewertet. Enthaltungen gab es keine. Zudem wurde von Beginn an proaktiv auf potenzielle Interessenkonflikte eingewirkt, indem eine systematische Literatursuche durchgeführt wurde und die formale Konsensfindung extern moderiert wurde.

Siehe Anhang (20180721_Zusammenfassung-Umgang-Interessen)

6. Verbreitung und Implementierung

Konzept zur Verbreitung und Implementierung

Nach Veröffentlichung der Leitlinie werden die an der Leitlinienentwicklung beteiligten Mandatsträger_innen in verschiedenen Aus- und Weiterbildungskontexten, in Zeitschriftenpublikationen sowie im Rahmen von Kongressen und Fachtagungen die Leitlinie vorstellen. Zudem wird in der Zeitschrift für Sexualforschung im Jahr 2019 ein Schwerpunkttheft zur Leitlinie erscheinen, in dem die Leitlinie auch in einer Kurzversion veröffentlicht werden wird. Zudem wird die Leitlinie als Buch im Psychosozial Verlag (Gießen) erscheinen. Eine Übersetzung ins Englische und damit einhergehend eine internationale Publikation wird geprüft.

Unterstützende Materialien für die Anwendung der Leitlinie

Als unterstützende Materialien vorgesehen sind eine Kurzform der Leitlinie und eine Patient_innen-Version, die durch die BVT* umgesetzt werden soll.

⁴ Ein Dank geht an Herrn Andreas Köhler, M.Sc. cand. med., der die Anhörungen der Selbsthilfegruppen qualitativ ausgewertet und die öffentliche Online-Kommentierung eines Entwurfs der Leitlinie bereitgestellt hat.

⁵ Ein Dank geht zudem an die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), die der Leitliniengruppe in Berlin Räumlichkeiten für die Konsensuskonferenzen zur Verfügung gestellt und jeweils ein Catering organisiert hat.

Diskussion möglicher organisatorischer und/oder finanzieller Barrieren gegenüber der Anwendung der Leitlinienempfehlungen

Die vorliegende Leitlinie wurde in einer Phase von Veränderungen der diagnostischen Kriterien und Manuale erstellt. Aktuell ist es nicht abzusehen, wie sich die ICD-11-Diagnose Geschlechtsinkongruenz auf die Gesundheitsversorgung für trans Menschen auswirkt. Hierin liegen organisatorisch sowohl Chancen als auch Risiken.

Messgrößen für das Monitoring: Qualitätsziele, Qualitätsindikatoren

Die Selbsthilfegruppen, die im Zuge der Leitlinienentwicklung angehört wurden, sollen vor einer Aktualisierung der Leitlinie erneut zu ihren Erfahrungen mit der Leitlinie angehört werden, um die Auswirkungen der Leitlinie auf die Versorgungspraxis zu erfahren. Zudem soll auch mit den Anwendenden der Leitlinie geforscht werden, um zu erfahren, wie sich ihre Behandlungspraxis in Reaktion auf die Leitlinie verändert hat.

Als Qualitätsziele infrage kommen unter anderem:

- Anwendbarkeit für die Behandelnden
- Orientierung und Hilfestellung für die Behandelnden
- Orientierung auf die Bedarfe der Behandlungssuchenden
- Unterstützung einer transparenten Behandlungsweise

7. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren

Datum der letzten inhaltlichen Überarbeitung und Status

Überarbeitet am 19.09.2018. Gültig bis 18.09.2023.

Aktualisierungsverfahren

Im Zuge der Aktualisierung soll zunächst geprüft werden, ob der Fokus der Leitlinie weiterhin gilt oder ob er erweitert bzw. verändert werden muss. Daraus folgen die Zusammensetzung der Leitliniengruppe und der Zuschnitt der Themen für die systematische Literaturrecherche. Die Literaturrecherche wird für die Zeit nach der Literaturrecherche für die vorliegende Leitlinie durchgeführt. Parallel werden erneut Anhörungen mit den Selbsthilfegruppen durchgeführt und ein Format entwickelt, mit dem die Erfahrungen der Behandelnden mit der Anwendung der vorliegenden Leitlinie erfasst werden können. Schließlich wird die recherchierte Evidenz bewertet und geprüft, inwiefern ggfs. neue Evidenz und/oder Erfahrungen der Behandelnden sowie Selbsthilfegruppen nahelegen, Änderungen an den Behandlungsempfehlungen vorzunehmen.

Ansprechpartner für die Aktualisierung: Dr. Timo Nieder, Prof. Dr. Bernard Strauß

Stellungnahme, 17. November 2018

Zur Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung (AWMF-Registernr. 138/001)“

Am 09. Oktober 2018 wurde nach einem mehrjährigen Entwicklungsprozess unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS) die oben genannte Leitlinie veröffentlicht. Sie stellt die erste umfangreiche, systematisch entwickelte Leitlinie in deutscher Sprache für das breite Indikationsgebiet der sogenannten „Trans-Gesundheit“ dar. Die Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft (DGS-MTW) war von Anfang an aktiv an diesem Entwicklungsprozess beteiligt.

Die finale Version der Leitlinie birgt unserer fachlichen Einschätzung nach jedoch erhebliche Risiken und Gefahren - sowohl für die zu versorgende Patientenpopulation also auch für ärztliche Behandlerinnen und Behandler -, so dass der Vorstand der DGSMTW sie nicht mittragen kann.

Positive Aspekte der Leitlinie

Die DGSMTW sieht die Stärken dieser Leitlinie und damit verbundene Chancen für die Beratung und medizinische Versorgung der Menschen mit einer Geschlechtsidentitätsproblematik. Der – dem psychologischen und sozialen Schwerpunkt der Leitlinie entsprechende – Einbezug verschiedenster medizinischer und psychologischer Fachgesellschaften aus dem psychosozialen Bereich war jedoch nicht in gleicher Weise ergänzt um die Stimmen der somatischen Fachdisziplinen, welche die Verantwortung für körperverändernde Maßnahmen übernehmen und hierfür auf eine sichere Indikationsstellung vertrauen (müssen). Mit dem Aufgreifen aktueller Begrifflichkeiten und Konzepte (Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie) wurde die Hinführung auf die enger zu fassende Kategorie „Transsexualität“ vermieden. Damit rücken nun auch erstmalig dezidiert die psychischen und sozialen Belastungen und Schwierigkeiten von Menschen in den Blick, die eventuell keine körperverändernden Maßnahmen anstreben oder bei denen solche nicht indiziert sind. Es soll um die medizinisch-psychologische Versorgung im Allgemeinen von Menschen gehen, deren Identitätserleben sich in der binären Differenz von Mann und Frau nicht widerspiegelt. Ausschließliche Fragen der medizinischen Indikationsstellung körperverändernder Maßnahmen und eine Fokussierung auf somatische Lösungsschablonen als Strategie zur Leidensreduktion bei Menschen mit einer Geschlechtsidentitätsproblematik treten in den Hintergrund. Ein breites Verständnis von Trans-Gesundheit, welches eben mehr einschließt als nur Hormone und ästhetische Chirurgie, wird propagiert, auch soziale Aspekte (Transphobie, Stigmatisierung, Diskriminie-

Geschäftsstelle

Amsterdamer Weg 78 | D-44269 Dortmund
Telefon +49 (0) 231-56763181
Fax +49 (0) 231- 9062451
info@dgsmtw.de
www.dgsmtw.de

Deutsche Apotheker- und Ärztekbank
Kto 0008784647 | BLZ 30060601
IBAN DE 93 3006 0601 0008 7846 47
BIC DAAEEDXXX

Vorsitzende

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier
Luisenstraße 57 | D - 10117 Berlin
Telefon +49 (0) 30 450 - 52 93 01 / 52 93 02
Klaus.beier@charite.de

Dipl. Psych. Ulrike Plogstieß
D - 53173 Bonn / Bad Godesberg
Tel.: +49 (0) 228 92399639
ulrike.plogstiess@web.de

Stellvertretende Vorsitzende

Dr. med. Cornelia Friedrich
Schalauische Straße 6/7 | D-06366 Köthen
Tel.: +49 (0) 3496 700922
info@frauenaerztinnen-friedrich-elste.de

Dr. med. Dirk Rösing
Wolfgang-Heinze-Str. 21 | D-18437 Stralsund
Tel.: +49 (0) 3831 6679906
roesing-praxis@web.de

Ressort Finanzen

Franz Hausmann
Schlossbergstr. 65 | D-77876 Kappelrodeck
Telefon +49 (0) 7842 8298
fraha@oms.de

Ressort Wissenschaft und Forschung

Dr. med. Alexander Korte
Nußbaumstr. 5a | D - 80336 München
Telefon +49 (0) 89 4400 55903
alexander.korte@med.uni-muenchen.de

Ressort Fort- u. Weiterbildung

Dr. DP Christoph J. Ahlers
Calvinstraße 23 | D – 10557 Berlin
Telefon +49 (0) 30 51645541
dr.ahlers@berlin.de

Dr. med. Stefan Siegel
Luisenstr. 57 | D – 10117 Berlin
Telefon +49 (0) 30 450 529 111
Stefan.siegel@charite.de

rung) werden adressiert, die Bedeutung von frühzeitiger Beratung und Intervention - auch durch Peers und sogenannte Erfahrungsexperten - wird thematisiert. Angesichts der Entwicklung hin zu einer zunehmend personalisierten Medizin auf allen Gebieten der Humanmedizin ist der Gedanke einer Individualisierung der Behandlungsplanung auch im Indikationsgebiet Trans* nicht nur begrüßens- sondern auch wünschenswert.

Schwächen und gravierende Gefahren der Leitlinie

Gleichwohl besitzt die Leitlinie in ihrer finalen Form gravierende Schwächen und birgt damit verbundene erhebliche Gefahren sowohl für Behandlerinnen und Behandler als auch für Personen mit einer klinisch relevanten Geschlechtsidentitätsproblematik. Die Hauptschwäche liegt unseres Erachtens darin, dass medizinisch sinnvolle Differenzierungen in vielen Empfehlungen nicht gemacht werden. Die Leitlinie vermeidet gerade an entscheidenden Stellen die medizinisch notwendige Binnendifferenzierung innerhalb des heterogenen Spektrums von trans*-Personen, die sich in verschiedenen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung mit je unterschiedlichen Anliegen vorstellen. Die fortschreitende wissenschaftlich-medizinische Entwicklung zeichnet sich hingegen gerade dadurch aus, dass mit Blick auf ein bestimmtes Phänomen, einen bestimmten Gegenstand immer feinere Unterscheidungen getroffen werden (müssen).

Klinisch notwendige Differenzierungen fehlen

Die aktuellen Entwicklungen im Zusammenhang mit der Revision diagnostischer Klassifikationssysteme tragen genau dieser Entwicklung hin zu einer weiteren Differenzierung Rechnung. Sie ermöglichen etwa die Abgrenzung von Inkongruenzen zwischen dem äußeren bzw. zugewiesenen Geschlecht und der empfundenen bzw. angenommenen Geschlechtsidentität (ggf. auch jenseits der Mann-Frau-Dichotomie), die aber noch keine funktionalen Einschränkungen und kein Leiden verursachen, von Gesundheitszuständen, die mit subjektivem Leid verbunden sind. Erstere nennt man Geschlechtsinkongruenzen, letztere Geschlechtsdysphorien; erstere stellen per se keinen pathologischen und somit auch keinen behandlungsbedürftigen Zustand dar, letztere machen eine Behandlung erforderlich. Die Gruppe der Geschlechtsdysphorien wiederum stellt ebenfalls noch ein breites Spektrum an regelwidrigen und mit subjektivem Leidensdruck einhergehenden Gesundheitszuständen dar. Dieses Spektrum lässt sich weiter klinisch sinnvoll unterteilen und erfordert dann auch je unterschiedliche Vorgehensweisen bei der Behandlung.

Körperverändernde Maßnahmen: nicht alles was möglich ist, ist auch indiziert

Die meisten Personen mit einer Geschlechtsdysphorie dürften von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren, und ihr Leidensdruck dürfte sich signifikant senken lassen. Nur bei Personen mit einer Geschlechtsdysphorie, bei denen unumkehrbar eine Transposition der Geschlechtsidentität erfolgt ist, sind körperverändernde Maßnahmen nicht nur zweckmäßig, sondern auch aus medizinischer Sicht notwendig. Alleine der Wunsch einer Person nach ästhetisch-chirurgischen Eingriffen oder Verschreibung von Hormonen stellt hingegen noch keine hinreichende Indikation für körperverändernde Maßnahmen dar. In den Statements und Empfehlungen der finalen Version der Leitlinie kommt diese Differenzierung leider nicht hinreichend zum Ausdruck. Es wird nicht einmal sinnvoll zwischen Empfehlungen für Menschen mit

biologisch männlichem oder biologisch weiblichem Körper unterschieden. Vielmehr „soll“ stets alles allen Behandlungssuchenden „ermöglicht werden“.

Auf Alltags-Erprobung vor irreversiblen Maßnahmen nicht verzichten

Für besonders problematisch halten wir den Verzicht auf jegliche Alltags-Erprobung des Patienten / der Patientin in der innerlich gefühlten Geschlechtsrolle (sog. Alltags-Erfahrung) vor Beginn irreversibler somato-medizinischer Behandlungsmaßnahmen: So konnte bislang die notwendige diagnostische Sicherheit erreicht werden, um Rückumwandlungsbegehren zu minimieren. Zwar wird in den Leitlinien auf die Arbeit von De Cuypere und Vercruyse (2009) hingewiesen, die gezeigt haben, dass fehlende bzw. unzureichende und/oder enttäuschende Alltagserfahrungen in der angestrebten Geschlechtsrolle das Risiko einer Re-Transition erhöhen – daraus werden jedoch keine praktischen Schlussfolgerungen gezogen. Es ist also leider nicht auszuschließen, dass die bisher geringen postoperativen Raten des Bedauerns der Operation, welche wahrscheinlich durch die jahrzehntelange Praxis der zeitgebundenen Diagnostik und Differentialdiagnostik erreicht werden konnten, mit dieser Praxis ansteigen werden. Das kann nicht im Interesse der Patientinnen und Patienten sein und kann auch die somato-medizinischen Behandlerinnen und Behandler vor arztrechtliche Probleme stellen.

Insgesamt ist für die DGSMTW daher die Leitlinie in der final vorliegenden Version nicht annehmbar.

Prof. Dr. Martin Dannecker
Erster Vorsitzender
Joachim-Friedrich-Str. 2 · 10711 Berlin
E-Mail: Dannecker@dgfs.info

Thula Koops, M. Sc.
Geschäftsführerin
Institut für Sexualforschung
und Forensische Psychiatrie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52 · 20246 Hamburg
Tel.: +49-40-7410-57760, Fax: -57921
E-Mail: Koops@dgfs.info

22. Februar 2019

Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung (AWMF-Register-Nr. 138|001)

Kommentar der Leitliniengruppe zur Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft (DGSMTW) vom 17.11.2018

Am 09. Oktober 2018 wurde die oben genannte Leitlinie nach methodischer Prüfung von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) mit S3-Status in das Leitlinienregister aufgenommen und online veröffentlicht. An der Leitlinienentwicklung beteiligt waren folgende Fachgesellschaften und Verbände: Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS), Akademie für Ethik in der Medizin (AEM), Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN), Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP), Bundespsychotherapeutenkammer (BPTk), Bundesvereinigung Trans* (BVT*), Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT), Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), Gesellschaft für Sexualwissenschaft (GSW), Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP), Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft (DGSMTW).

Die folgenden Fachgesellschaften wurden vor der endgültigen Konsentierung einbezogen und haben die Leitlinien kommentiert und positiv bewertet: Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC), Deutsche Gesellschaft für Andrologie (DGA), Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (DGHNO-KHC), Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH), Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP), Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU).

Die Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft (DGSMTW) war bis kurz vor der endgültigen Konsentierung durch die Vorstände der 14 Fachgesellschaften an dem gesamten Entwicklungsprozess beteiligt. Sie war zunächst vertreten durch Herrn Prof. Dr. med. Hartmut A. G. Bosinski (ursprünglich mandatiert von der Akademie für Sexualmedizin, nach deren Fusion 2011 mit der Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin und Sexualtherapie (DGSMT) durch die resultierende DGSMTW). Nachdem Prof. Bosinski aus persönlichen Gründen sein Mandat aufgab, wurde die DGSMTW ab 2016 und damit seit Beginn der Konsensuskonferenzen vertreten durch Herrn Dr. med. Stefan Siegel. Unter anderem mit Verweis auf den Zeitplan entschied die DGSMTW im Juni 2018 die Leitlinie durch ihren Vorstand nicht zu konsentieren. Stattdessen veröffentlichte sie am 17.11.2018 eine Stellungnahme zur Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung“, die in der Folge auch an alle an der Leitlinienentwicklung beteiligten Fachgesellschaften und Verbände versandt wurde und zum Teil erhebliche Kritik am Inhalt der Leitlinie zum Ausdruck bringt.

Mit dem vorliegenden Kommentar weist die Leitliniengruppe die Kritik der DGSMTW zurück und kritisiert ihrerseits das Vorgehen der DGSMTW und ihres Mandatsträgers.

Die Beteiligung der DGSMTW an der Leitlinienentwicklung

Die Veröffentlichung der Leitlinie markierte den Endpunkt einer intensiven und nach den Vorgaben der AWMF durchgeführten Leitlinienentwicklung, die etwa sechs Jahre zuvor auf Initiative der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS) begonnen hatte. Im Zuge der Leitlinienentwicklung wurde zunächst mittels systematischer Literaturrecherche breit die verfügbare Evidenz zusammengetragen. Auf Basis dieser Evidenz sind Kapitelentwürfe und erste Empfehlungen entstanden, die durchaus kontrovers diskutiert wurden. Die Mandatsträger_innen sowohl der Fachgesellschaften

als auch der Berufsverbände und der Interessensvertretung der Betroffenen (die Bundesvereinigung Trans*: BVT*) haben ihre Einschätzung der Evidenz und ihre Positionen wiederkehrend in der Diskussion vertreten, haben sich kritisch mit konkurrierenden Sichtweisen auseinander gesetzt und sich ernsthaft um einen Konsens bemüht. Die aus Sicht der DGSMTW kritischen Punkte (wie in der DGSMTW-Stellungnahme dargelegt) wurden von dem Mandatsträger der DGSMTW dabei weder in die Diskussion mit eingebracht noch wurde von der Option Gebrauch gemacht, Sondervoten zu nutzen (wie bspw. die BVT* mit ihrem Sondervotum zu den Entscheidungen über die Notwendigkeit und die Reihenfolge der Behandlungsschritte, S. 18). Aus Sicht der Leitliniengruppe entscheidend ist, dass es allen anderen Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Interessensvertretungen trotz unterschiedlicher Sichtweisen letztlich gelang, sich kritisch und konstruktiv in die Konsentierung einzubringen und so eine S3-Leitlinie zu verabschieden, die 100 konsentierete Behandlungsempfehlungen umfasst. Dass es der DGSMTW nach einem ca. 6 Jahre dauernden Prozess, in dessen Rahmen die Mandatsträger_innen mit ihren Vorständen in regem Austausch stehen sollten, nicht möglich war, sich – ggf. unter Hinzuziehung von Sondervoten – auf einen Konsens zu verständigen und stattdessen eine grundsätzliche Kritik via der Stellungnahme zu formulieren, zeugt nicht von einer konstruktiven Verständigungsbereitschaft, wie sie in wissenschaftlichen Diskursen üblich ist.

Stellungnahme zur inhaltlichen Kritik

Die im Prozess der Leitlinienentwicklung inkonsistente Haltung der DGSMTW zeigt sich auch in ihrer eigenen Kritik: So wirft sie der Leitlinie ein undifferenziertes Vorgehen bei der Indikationsstellung für körperverändernde Behandlungen vor und markiert: „es `soll´ stets alles allen Behandlungssuchenden `ermöglicht werden´“. Mitnichten ist dem so. Die DGSMTW ignoriert, dass weder das Vorliegen der ICD-11-Diagnose Geschlechtsinkongruenz noch das der DSM-5-Diagnose Geschlechtsdysphorie unmittelbar mit der Indikation einzelner körperverändernder Behandlungen einhergeht. Zur Indikationsstellung braucht es vielmehr ein individuell fundiertes, d. h. am Einzelfall orientiertes und klinisch gut begründetes Vorgehen, für das die Leitlinie einen Behandlungsrahmen bereitstellen will. Da ein am Einzelfall orientiertes und klinisch begründetes Vorgehen als allgemeingültiger Teil guter klinischer Praxis von einer S3-Leitlinie allerdings nicht expressis verbis ausgewiesen werden muss, wurde die folgende Empfehlung konsentiert, die diesem Vorgehen den Weg weisen soll:

„Entscheidungen über die Notwendigkeit und die Reihenfolge der Behandlungsschritte sollen partizipativ im Sinne einer Übereinstimmung zwischen Behandlungssuchenden und Behandelnden getroffen werden. Sollte im Einzelfall eine Übereinstimmung nicht herstellbar sein, so sollten die Gründe dafür transparent dargelegt werden.“ (S. 18)

Faktisch sollen die Behandler_innen durch die S3-Leitlinie ermutigt werden, ihre klinische Expertise frei von rigiden zeitlichen Vorgaben einzusetzen und mit möglichen Zweifeln bei der Indikationsstellung gegenüber den Betroffenen offen umzugehen. Ein klinisch differenziertes und am Einzelfall orientiertes Vorgehen im Rahmen der Behandlung der Geschlechtsinkongruenz und/oder Geschlechtsdysphorie soll somit gleichermaßen Ziel und Folge der Leitlinie sein.

Zudem ist die von der DGSMTW in ihrer Stellungnahme geäußerte Kritik fachlich falsch. Beispielsweise heißt es in der Stellungnahme, dass in der Leitlinie „medizinisch sinnvolle Differenzierungen in vielen Empfehlungen nicht gemacht werden“. Für diese „sinnvolle[n] Differenzierung“ gibt es keinerlei Evidenz. Deshalb ist die Aussage, dass „an entscheidenden Stellen die medizinisch notwendige Binnendifferenzierung innerhalb des heterogenen Spektrums von trans*-Personen“ vermieden würde, auch nicht wissenschaftlich fundiert.

Die DGSMTW scheitert selbst an dem Versuch einer Abgrenzung, wenn sie schreibt, dass die „Geschlechtsinkongruenzen“ sensu ICD-11 „keine funktionalen Einschränkungen und kein Leiden verursachen“, die „Geschlechtsdysphorien“ sensu DSM-5 aber „mit subjektivem Leid verbunden“ seien. Tatsächlich wird in der ICD-11 der Geschlechtsinkongruenz durchaus ein Störungswert zugewiesen. Sie operationalisiert ihn aber nicht über den Leidensdruck, sondern lokalisiert ihn in der Deckungsungleichheit zwischen Gender (u. a. Geschlechtsidentität, Geschlechtsrolle) und Zuweisungsgeschlecht (zugewiesen i. d. R. bei Geburt anhand der primären Geschlechtsmerkmale). Inwiefern die Betroffenen für das Zuweisen der Diagnose das Kriterium des Leidensdrucks erfüllen müssen, hält die ICD-11 absichtlich offen. Sie stellt aber klar, dass die Betroffenen einen erheblichen Bedarf an medizinischer Versorgung haben.

Die DGSMTW operiert darüber hinaus in ihrer Stellungnahme mit Aussagen von zum Teil fragwürdiger Evidenz. Ein Beispiel zum Thema Psychotherapie: „Die meisten Personen mit einer Geschlechtsdysphorie dürften von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren, und ihr Leidensdruck

dürfte sich signifikant senken lassen.“ Es ist nicht eindeutig ersichtlich, was die DGSMTW mit ihrer Kritik genau zum Ausdruck bringen will. Die Leitlinie beschäftigt sich ausführlich mit dem Thema Psychotherapie, räumt ihr eine tragende Funktion in der Behandlung der Geschlechtsdysphorie ein und formuliert zahlreiche Empfehlungen für mögliche Ziele einer trans-affirmativen Behandlung. Die Psychotherapie wird nicht mehr als obligate Voraussetzung für eine medizinische und/oder soziale Transition angesehen, was ohnehin weder mit der Menschenwürde noch mit der Psychotherapie-Richtlinie vereinbar wäre. Anders als dies in der MDS-Begutachtungsanleitung formuliert wird, ist eine Psychotherapie nach den Empfehlungen der Leitlinie nicht mehr als Voraussetzung für körperverändernde Behandlungen anzusehen.

Zudem hält die DGSMTW den „Verzicht auf jegliche Alltags-Erprobung des Patienten / der Patientin in der innerlich gefühlten Geschlechtsrolle (sog. Alltags-Erfahrung) vor Beginn irreversibler somato-medizinischer Behandlungsmaßnahmen“ für „besonders problematisch“. Allerdings hat die DGSMTW die Leitlinie offenbar in ihrer Differenziertheit nicht wahrgenommen. Richtig ist, dass die Forderung von Alltagserfahrungen als notwendige Voraussetzung für den Beginn körpermodifizierender Behandlungen keiner empirischen Evidenz unterliegt. Allerdings liegt Evidenz und damit auch ein evidenzbasiertes Statement vor, das möglichst vielfältige Alltagserfahrungen für eine voll informierte soziale und medizinische Transition empfiehlt. Auch hier soll es sich um ein individualisiertes Vorgehen entsprechend der Bedürfnisse und der Lebenssituation der behandlungssuchenden Person handeln.

Fazit

Die geschlechtliche Vielfalt, der die Diagnosen aus der ICD-11 (Geschlechtsinkongruenz) und dem DSM-5 (Geschlechtsdysphorie) entsprechen wollen, ist komplex und vielschichtig. Für Manche mag das eine Überforderung darstellen. Der geschlechtlichen Vielfalt kann aber nur mit Differenziertheit und Offenheit begegnet werden, dieses versucht die DGSMTW mit ihrer Stellungnahme zu vermeiden. Wie oben beschrieben, hat sich die Fachgesellschaft einer konstruktiven Auseinandersetzung mit den anderen Fachgesellschaften und Verbänden, die an der Entwicklung der Leitlinie beteiligt waren, zumindest in der Endphase des Gesamtprozesses offenbar bewusst entzogen und operiert nun mit einer Stellungnahme, der die wissenschaftliche Grundlage fehlt. Das beschriebene Verhalten der DGSMTW in dem Prozess ist befremdlich. Der inhaltlichen Kritik wären wir gerne im Zuge

der Leitlinienentwicklung konstruktiv begegnet, wenn sich der Vertreter der DGSMTW dazu bereitgefunden hätte. So bleibt nur, der Stellungnahme der DGSMTW entschieden zu widersprechen und unserer Überzeugung Ausdruck zu verleihen, dass sich im Zusammenhang mit dem Thema der Leitlinie der Ansatz der partizipativen Entscheidungsfindung durchsetzen und die transitionsbezogene Versorgung von trans Menschen verbessern wird.

Der vorliegende Kommentar wird getragen von den folgenden Fachgesellschaften, Berufs- und Interessensverbänden:

Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS)
Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)
Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN)
Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP)
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
Bundesvereinigung Trans* (BVT*)
Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT)
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP)
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)
Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)
Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)
Gesellschaft für Sexualwissenschaft (GSW)
Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP)

Erstveröffentlichung: 10/2018

Nächste Überprüfung geplant: 10/2023

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**