

S3-Leitlinie zu Geschlechtsinkongruenz: Was hat sich für transidente Menschen geändert?

Hagen Löwenberg

Die psychosoziale S3-Leitlinie zu „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit“ für Erwachsene aus dem Jahr 2018 stärkt den Anspruch der Betroffenen auf Selbstbestimmung [1]. Sie schließt alle Menschen ein, die unter ihrem zugewiesenen Geschlecht leiden, und setzt sich für individuelle therapeutische Lösungen auf der Grundlage partizipativer Entscheidungen ein.

Im psychologisch-medizinischen Diskurs hat sich in den letzten Jahrzehnten ein Paradigmenwechsel hin zu einer Akzeptanz vielfältiger geschlechtlicher Lebenswirklichkeiten vollzogen, der sich auch in den neuen diagnostischen Manualen widerspiegelt. Die S3-Leitlinie orientiert sich an der diagnostischen Kategorie „Geschlechtsdysphorie“ (DSM-5) und steht im Einklang mit dem Konzept der „Geschlechtsinkongruenz“ der ICD-11, die kurz nach dem Erscheinen der Leitlinie 2019 von der WHO beschlossen wurde und zum 01.01.2022 als Kodiervorschrift in Deutschland in Kraft treten soll. Das OP-zentrierte Konzept des „Transsexualismus“ (ICD-10), bei dem die Identifikation mit dem „anderen“ Geschlecht als psychische Erkrankung verstanden wurde, gilt nach heutigem Verständnis als pathologisierend und diskriminierend. Die neuen Kategorien schließen auch Menschen ein, die sich „nicht-binär“ identifizieren, also nicht eindeutig weiblich oder männlich, sowie intergeschlechtliche Menschen, die sich nicht mit dem in der Kindheit zugewiesenen bzw. konstruierten Geschlecht identifizieren können.

Prävalenz

Die Daten zur Prävalenz unterscheiden sich ganz erheblich zu Zahlen zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in klinischen Stichproben und Angaben zum Selbsterleben in Bevölkerungsstichproben. In einem Review (2016) wird die

Häufigkeit in Anspruch genomener körpermodifizierender Behandlungen zur Geschlechtsangleichung auf 9,2/100.000 und die Selbsteinschätzung einer Person als trans* auf 355/100.000 berechnet [2]. Gemäß dem LGBTI-Report der Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (FRA) ordnen sich 32 % derjenigen, die sich selbst als trans* einschätzen, als non-binär oder genderqueer ein [3]. Die Zahl transidenter Menschen, die Behandlung suchen, ist in den letzten Jahren stark gestiegen. Dies betrifft in besonderem Maße Jugendliche, wobei eine Inversion des Geschlechterverhältnisses mit einer großen Zahl trans-männlicher Jugendlicher zu beobachten ist. Die kurz vor der Fertigstellung stehende S3-Leitlinie zu Geschlechtsinkongruenz bei Kindern und Jugendlichen wird näher auf diese Thematik eingehen.

Diagnostik

Ziel der initialen Querschnittsdiagnostik ist es, das Ausmaß und die Persistenz des gegebenen oder zu erwartenden Leidensdrucks durch die Geschlechtsdysphorie einzuschätzen. Die subjektive geschlechtliche Identifizierung einer Person ist nicht hinterfragbar und insofern auch nicht Gegenstand der diagnostischen Beurteilung. Es geht vielmehr darum, mithilfe einer differenzierten Anamnese die psychische, körperliche und soziale Entwicklung nachzuvollziehen. Die unstimmg erlebte Zuweisung einer

Geschlechterrolle, die körperlichen Veränderungen der Pubertät sowie Mobbing und Diskriminierung wegen des gendernonkonformen Verhaltens sind typische Auslöser einer Gender dysphoria (GD). Das „innere Coming-out“ als trans* oder nicht-binär stellt oft einen wichtigen Umschlagpunkt dar. Ängste vor negativen Reaktionen oder ein hohes Ausmaß an verinnerlichter Transphobie können allerdings ein großes Hindernis sein, die Transition anzugehen. Gegenstand der Diagnostik sind auch begleitende psychische Störungen, die sich bei etwa zwei Dritteln der Betroffenen finden und in der Mehrzahl der Fälle Begleitsymptome der GD sind. Depressive Symptome und soziale Ängste sind besonders häufig. Bei trans* Jugendlichen kommt es auch oft zu selbstverletzendem Verhalten.

Therapeutische Haltung

Die S3-Leitlinie zielt auch auf einen verbesserten und diskriminierungsfreien Zugang zur trans*-spezifischen Gesundheitsversorgung ab. Hierfür gilt eine therapeutische Grundhaltung als essentiell, die von Respekt und Akzeptanz gegenüber den vielfältigen geschlechtlichen Lebensrealitäten der Behandlungssuchenden gekennzeichnet ist. Hierzu gehört eine Anrede, die sich nach den Wünschen der Person richtet. Auch der Deutsche Ethikrat weist darauf hin, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht das Recht umfasst, ein Leben entsprechend

der eigenen subjektiv empfundenen geschlechtlichen Identität zu führen und in dieser Identität anerkannt zu werden [4]. Wichtig ist zudem Transparenz, wenn man als Behandelnde mit bestimmten Behandlungswünschen nicht übereingehet.

Beratung und Psychotherapie

Informative Beratung und Interventionsberatung können eine gute Unterstützung bei der Transition bieten. Beratung dient dem „Empowerment“ und der Förderung des Zugangs zur Versorgung. Im Idealfall koordinieren sich Selbsthilfe, psychosoziale Beratung, psychotherapeutische Unterstützung und Begleitung, somatische Behandlungen und ergänzende Hilfsmittel [5]. Der Austausch mit anderen trans* Personen kann dabei helfen, eine gute Selbstwirksamkeit zu erleben, und auch die Vernetzung der Behandelnden mit der zunehmend professionalisierten Community-basierten Beratung ist für eine bedarfsgerechte Versorgung hilfreich [6]. Vor der Einleitung körpermodifizierender Maßnahmen sollte auf jeden Fall über die Möglichkeiten und Grenzen fertilitätskonservierender Maßnahmen der Reproduktionsmedizin informiert werden.

Psychotherapie ist gemäß der S3-Leitlinie keine obligatorische Voraussetzung für körpermodifizierende Behandlungen. Eine psychotherapeutische Begleitung der Transition kann gleichwohl in vielen Fällen hilfreich sein. Die Handlungsspielräume der behandelnden Person sollen erweitert werden, damit sie gute Entscheidungen für sich treffen kann [6]. Ziele einer Psychotherapie können die Verbesserung der Selbstakzeptanz, der Aufbau eines stabilen Selbstbildes, der Abbau von Scham- und Schuldgefühlen, der Abbau

problematischer Verhaltensweisen, eine Unterstützung bei Coming-out-Prozessen, die Bewältigung transitionsbedingter Anpassungsleistungen und die Auslotung der Grenzen, Risiken und Perspektiven geschlechtsangleichender Maßnahmen sein [7].

Körpermodifizierende Maßnahmen: Informierte Einwilligung

Die Leitlinie nennt als konservative Maßnahmen Hormontherapie, Epilation und Logopädie, als operative Maßnahmen Brustchirurgie, Genitalangleichung, Gesichtsfeminisierung, Adamsapfelkorrektur und Phono-chirurgie, als Hilfsmittel Haarerersatz, Penis-Hoden-Epithesen, Brustepithesen, Kompressionswesten und andere perioperative Hilfsmittel. Voraussetzung für die Durchführung körpermodifizierender Maßnahmen ist der Abschluss der Diagnostik mit Sicherung der Diagnose einer GD/Gender-Incongruence (GI) sowie Abklärung eventueller begleitender psychischer Störungen. Die Planung medizinischer Maßnahmen zur Bestätigung des Geschlechts erfolgt in einem partizipativen, ergebnisoffenen Prozess. Die Behandlungssuchenden nutzen dabei in der Regel viele zusätzliche Informationsquellen. Es empfiehlt sich eine schrittweise Behandlungsplanung, da nicht immer von vornherein alle Schritte absehbar sind, die für eine ausreichende Reduktion des Leidensdrucks erforderlich sind.

An die Stelle formaler Zeitvorgaben und schematischer Behandlungsabläufe sind in der Leitlinie individuelle Lösungen mit den im Einzelfall notwendigen Maßnahmen getreten. Die Abschätzung der Prognose für einzelne Schritte erfolgt individuell und erfordert je nach Vorgeschichte, begleitenden psychischen oder körperlichen Problemen und persönlicher Lebenssituation einen sehr unterschiedlichen Zeitauf-

wand. Alltagserfahrungen im Identifikationsgeschlecht können der Selbstermächtigung dienen und für den Entscheidungsprozess für oder gegen Maßnahmen zur Angleichung förderlich sein. Ein „Alltagstest“ zum Beleg der Anpassungsfähigkeit an normative Vorstellungen bezüglich des jeweils binär „anderen“ Geschlechts wird in der Leitlinie als nicht bedarfsgerecht verworfen. Die Feststellung der Leitlinie, dass letztlich nur die behandelnde Person selbst angemessen beurteilen kann, welche der in Frage kommenden Maßnahmen ihren Leidensdruck signifikant lindern kann, führt zu einer gewissen Verunsicherung auf Seiten der Behandelnden. Der enorme Gewinn einer bedarfsgerechten Behandlung für die Patientinnen und Patienten lässt diese Verunsicherung aber zumutbar erscheinen. Bei nicht-binären Personen können neben den üblichen feminisierenden und maskulinisierenden Maßnahmen auch aktuell noch als experimentell geltende Behandlungen wie zum Beispiel eine Low-dose-Hormonbehandlung oder debinarisierende Genitaleingriffe eine Berechtigung haben [8].

Individuelle Lösungen

Die Indikation für körpermodifizierende Maßnahmen stellen die ausführenden Ärztinnen und Ärzte auf der Grundlage einer voll informierten Einwilligung. Voraussetzung für die Indikationsstellung von medizinischer Seite ist neben der eigenen ärztlichen Beurteilung die von psychotherapeutischer Seite gesicherte Diagnose einer persistierenden GD/GI sowie die Bestätigung, dass der jeweilige Behandlungsschritt dazu geeignet ist, den Leidensdruck nachhaltig zu verringern. Dies soll gemäß der Leitlinie in einem kurzen Empfehlungsschreiben dargelegt werden. Als Inhalt gibt die Leitlinie vor:

1. die der Behandlung zugrundeliegende Diagnose
2. eine Aussage zu den ggf. begleitenden psychischen Störungen
3. die jeweils empfohlene Behandlung
4. die Informiertheit des Behandlungssuchenden über die Diagnose und
5. die Informiertheit des Behandlungssuchenden über alternative Optionen der Behandlung(en)

Hieraus ergibt sich, dass das psychotherapeutische Empfehlungsschreiben sinnvollerweise erst nach einem Aufklärungsgespräch durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt ausgestellt wird, wenn die behandlingssuchende Person voll informiert ist.

Literatur unter
www.uroforum.de

Korrespondenzadresse:
Dr. med. Hagen Löwenberg
Facharzt für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
info@praxis-loewenberg.de

Dr. med.
Hagen Löwenberg

