



Begutachtungsanleitung
Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V

**Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei
Transsexualismus (ICD-10, F64.0)**



Die nachstehende Richtlinie wurde vom GKV-Spitzenverband nach Abnahme im MDS-Vorstand und nach Beratung im Beirat für MDK-Koordinierungsfragen auf Grundlage von § 282 Absatz 2 Satz 3 SGB V erlassen (die Aufgabe nach § 283 Absatz 2 Satz 3 SGB V in der bis zum 31.12.2019 gültigen Fassung wird entsprechend § 327 Absatz 2 Satz 1, Halbsatz 1 SGB V bis zum 31.12.2021 weiterhin durch den GKV-Spitzenverband wahrgenommen). Die Begutachtungsanleitung ist für die Medizinischen Dienste, die Krankenkassen und deren Verbände verbindlich.

Stand 31. August 2020

Herausgeber

Medizinischer Dienst
des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V. (MDS)
Theodor-Althoff-Straße 47
D-45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
E-Mail: office@mds-ev.de
Internet: <http://www.mds-ev.de>

Vorwort

Eine Überarbeitung und Aktualisierung der Begutachtungsanleitung (BGA) „*Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität*“ des MDS vom 19.05.2009 war aufgrund der neueren wissenschaftlichen Erkenntnisse zu Geschlechtsinkongruenz und Genderdysphorie und nach Veröffentlichung der AWMF-Leitlinie zu „*Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung*“ im Oktober 2018 (S3-LL 2018) und aufgrund der aktuellen Sozialrechtsprechung notwendig geworden.

Die Besonderheiten bei der sozialmedizinischen Begutachtung geschlechtsangleichender Maßnahmen liegen vor allem darin, dass an einem dem Grunde nach biologisch gesunden Körper ein medizinischer Eingriff mit i.d.R. irreversiblen Folgen vorgenommen wird. Bei der Überarbeitung wurde daher auf Grundlage der für die Begutachtung weiterhin bindenden BSG-Rechtsprechung die Thematik "*psychiatrische und psychotherapeutische Mittel*" zur Behandlung des *krankheitswertigen Leidensdruckes* bei Transsexualismus klarer herausgearbeitet. Da seitens des BSG keine konkreten Vorgaben hinsichtlich der Anwendung „psychiatrischer und psychotherapeutischer“ Mittel formuliert wurden, mussten Mindestanforderungen an Diagnostik und Behandlung des Leidensdrucks auch hinsichtlich eines zeitlichen Rahmens erarbeitet werden.

Die in dieser BGA aufgeführten Kriterien stellen das gemeinsame Abstimmungsergebnis zwischen der bundesweiten Arbeitsgruppe der MDK-Gemeinschaft, dem GKV-Spitzenverband sowie den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene dar. Durch diese Kriterien soll die sozialmedizinische Begutachtung einheitlich gestaltet und sowohl der wissenschaftlichen Evidenzlage als auch den Besonderheiten im Einzelfall Rechnung getragen werden. Darüber hinaus sollen die Kriterien auch dem Schutz der Versicherten vor einem nicht indizierten Eingriff in einen gesunden Körper dienen.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Inhaltsverzeichnis	4
1 Einleitung	6
2 Rechtliche und sozialmedizinisch inhaltliche Grundlagen der Einzelfall-Beratung/-Begutachtung	8
2.1 Rechtliche Grundlagen	8
2.2 Sozialrechtlicher Stellenwert von Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften	9
2.3 Transsexuellen-Gesetz (TSG)	9
2.4 Rechtsprechung des Bundessozialgerichts	9
2.5 Wichtige sozialmedizinische Aspekte zum Begutachtungsanlass	13
2.5.1 Hintergrund zum Störungsbild	13
2.5.2 Diagnosestellung	14
2.5.3 Behandlung komorbider psychischer Störungen	16
2.5.4 Leidensdruck	17
2.5.5 Psychiatrische und psychotherapeutische Mittel	18
2.5.6 Alltagserfahrungen	20
2.5.7 Zusammenfassung der sozialmedizinischen Voraussetzungen für geschlechtsangleichende Maßnahmen	22
2.5.8 Indikationsstellung	23
2.5.9 Geschlechtsangleichende Maßnahmen	25
2.6 Kriterien und Maßstäbe zur Begutachtung	30
2.7 Versorgung mit technischen Produkten / Hilfsmitteln	38
3 Zusammenarbeit Krankenkasse/MDK	40
3.1 Fallauswahl und Fallbearbeitung bei der Krankenkasse	41
3.2 Sozialmedizinische Fallberatung (SFB) zwischen Krankenkasse und MDK	42
3.3 Zusammenarbeit Leistungserbringer und MDK	42
3.4 Fristen	42
4 Gutachten	43
5 Vorgehen bei Widersprüchen/Einsprüchen	44

5.1	Widerspruch des Versicherten	44
5.2	Einspruch der Krankenkasse	44
6	Ergebnismitteilung	44
7	Anlagen und Verweise	45
7.1	ICD-10 Kriterien zu Transsexualismus (F64.0)	45
7.2	Diagnostische Kriterien für Geschlechtsdysphorie bei Jugendlichen und Erwachsenen gemäß DSM-5 (302.85)	45
7.3	Checkliste für Krankenkassenmitarbeiter/-innen	47
7.4	Abkürzungsverzeichnis	48
7.5	Literaturverzeichnis	49

1 Einleitung

Die vorliegende Begutachtungsanleitung für „*Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus gemäß ICD-10, F64.0*“ stellt eine verbindliche Grundlage für die Begutachtung durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung dar. Sie regelt die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten und gewährleistet, dass Fallauswahl, sozialmedizinische Einzelfallberatung und -begutachtung in der gesetzlichen Krankenversicherung bundesweit nach einheitlichen Kriterien und Maßstäben sowie in angemessener Qualität erfolgen.

Aufgrund der in der S3-Leitlinie aus 2018 zur Diagnostik und Behandlung von Genderdysphorie (S3-LL) dargestellten Evidenzlage wurden die aus den Behandlungsstandards von 1997 übernommenen Zeitregeln hinsichtlich Psychotherapie, Hormontherapie und Alltagserfahrungen in der aktualisierten Fassung der BGA modifiziert. Die aktuellen Behandlungsleitlinien und -empfehlungen (S3-Leitlinie 2018; Standards of Care, SoC 2012) betonen auf Basis der untersuchten Evidenzlage die Wichtigkeit und Notwendigkeit von psychotherapeutischer Begleitung und Alltagserfahrungen im Rahmen des gesamten Transitionsprozesses. Zu berücksichtigen ist, dass die in der S3-LL 2018 zusammengetragenen wissenschaftlichen Belege in qualitativer Hinsicht auf niedrigem Evidenzniveau beruhen (Kohortenstudien und vorwiegend Expertenkonsens).

Die jeweiligen Empfehlungen aus den Leitlinien zu diesen Aspekten wurden daher an entsprechender Stelle in der BGA wiedergegeben und hieraus Kriterien für die sozialmedizinische Begutachtung abgeleitet. In dieser BGA werden mangels Evidenz zum zeitlichen Ablauf sowie zur Reihenfolge der geschlechtsangleichenden Maßnahmen nur wenige Vorgaben gemacht. Der jeweilige Verlauf im Einzelfall und die Darlegungen im psychiatrischen/psychotherapeutischen Bericht zur Behandlung des Leidensdruckes gewinnen an Bedeutung.

In der voraussichtlich im Jahre 2022 publizierten 11. Version der „*Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*“ (ICD-11) wird die Diagnose „Transsexualismus“ nicht mehr im Abschnitt zu psychischen Störungen enthalten sein. Dagegen soll „gender incongruence“ (Geschlechtsinkongruenz) im Abschnitt 17 der ICD-11, „*Conditions related to sexual health*“, aufgenommen werden. Solange die in Deutschland gesetzlich vorgeschriebene Diagnoseklassifikation in diesem Punkt noch nicht geändert wurde, ist die ICD-10 Diagnose „Transsexualismus“ (ICD 10, F64.0) weiterhin sozialrechtlich bindend. Daher wird in dieser Begutachtungsanleitung durchgängig der Begriff „*Transsexualismus*“ nach ICD-10 German Modification (GM), F64.0 verwendet¹. Nur diese Diagnose kann für geschlechtsangleichende Maßnahmen eine Leistungspflicht der Krankenversicherungen auslösen.

Eine zeitnahe Aktualisierung dieser BGA ist im Zuge einer Umstellung der amtlichen Klassifikationssysteme (hier insbesondere die ICD-11) im deutschen Versorgungskontext geplant.

¹ Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) ist die amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland.

Ziele dieser Begutachtungsanleitung sind

- Erstellung einheitlicher Kriterien und Maßstäbe für die sozialmedizinische Begutachtung,
- Gewährleistung der Sicherung der Qualität und Transparenz in der Begutachtung,
- Umsetzung des Solidargedankens und Gleichbehandlung der Versicherten,
- Darstellung der sozialrechtlichen Rahmenbedingungen.

Gegenstand dieser Begutachtungsanleitung sind nicht

- die fallübergreifende Methodenbewertung (Grundsatzbegutachtung),
- die Darstellung von Art und Technik geschlechtsangleichender Operationen,
- die Begutachtung von geschlechtsangleichenden Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen,
- Anträge von Personen, bei denen kein Transsexualismus oder bei denen eine andere auf das Geschlecht bezogene Störung vorliegt.

Diese Begutachtungsanleitung stützt sich auf

- eine Recherche zur höchstrichterlichen Sozialrechtsprechung bis zum 05.08.2019,
- nationale und internationale Leitlinien und Behandlungsempfehlungen:
 - AWMF-Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung“ (2018),
 - „Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People“ der World Professional Association for Transgender Health (Coleman et al. 2012),
 - Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an Endocrine Society clinical practice guideline (Hembree et al. 2017),
 - Bericht der American Psychiatric Association task force zur Behandlung der “gender identity disorder” (APA, Byne et al. 2012),
 - Good practice guidelines for the assessment and treatment of adults with gender dysphoria des Royal College of Psychiatrists (RCP, Wylie et al. 2014).

2 Rechtliche und sozialmedizinisch inhaltliche Grundlagen der Einzelfall-Beratung/-Begutachtung

Die Begutachtung von Behandlungsmaßnahmen bei Transsexualismus erfolgt auf Grundlage des § 275 SGB V „Begutachtung und Beratung“. Danach sind die Krankenkassen verpflichtet, 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 gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung einzuholen.

Nach § 275 Abs. 5 SGB V sind die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes bei der Wahrnehmung ihrer fachlichen Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen. Sie sind nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung einzugreifen.

2.1 Rechtliche Grundlagen

Im Zusammenhang mit der Beratung der Krankenkassen und der sozialmedizinischen Begutachtung von Anträgen zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen bei Transsexualismus sind neben der einschlägigen Rechtsprechung die Rechtsgrundlagen für die Kostenträger und andere geltende Normen und Vertragswerke (z.B. EBM, DRG-System, BMV-Ä) zu beachten.

Bei der sozialmedizinischen Begutachtung der Indikation zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen sind die gleichen rechtlichen Vorgaben des SGB V zu berücksichtigen, wie sie allgemein für die Begutachtung bzw. Prüfung des Leistungsanspruchs von Versicherten maßgeblich sind. Dies sind insbesondere die folgenden Paragraphen des SGB V, in welchen u. a. das Leistungsrecht, das Wirtschaftlichkeitsgebot und die Krankenbehandlung geregelt sind:

§ 2 SGB V: Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen

§ 2b SGB V: Geschlechtsspezifische Besonderheiten

§ 12 SGB V: Wirtschaftlichkeitsgebot

§ 13 SGB V: Kostenerstattung

§ 27 SGB V: Krankenbehandlung

§ 28 SGB V: Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

§ 31 SGB V: Arznei- und Verbandmittel

§ 32 SGB V: Heilmittel

§ 33 SGB V: Hilfsmittel

§ 39 SGB V: Krankenhausbehandlung

§ 70 SGB V: Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit

§ 275 SGB V: Begutachtung und Beratung

§ 276 SGB V: Zusammenarbeit

§ 277 SGB V: Mitteilungspflichten

2.2 Sozialrechtlicher Stellenwert von Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften

Zur Verwendung von Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften hat das BSG in seinem Urteil vom 30.06.2009 festgehalten:

„Grundsätzlich bestimmen nämlich nicht Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften den Umfang der Leistungsansprüche der Versicherten der GKV. Das Leistungsrecht ist vielmehr insbesondere von den Vorgaben des § 2 Abs. 1 Satz 1 und 3, § 12 SGB V geprägt, wonach Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen müssen.“ (B1 KR 5/09 R).

Dementsprechend sind bei der sozialmedizinischen Begutachtung die Erkenntnisse aus Leitlinien in Kombination mit den Vorgaben des SGB V, insbesondere zum Leistungsrecht, zur Qualität und Wirtschaftlichkeit, zu berücksichtigen.

2.3 Transsexuellen-Gesetz (TSG)

Im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) spielen die Regelungen des TSG von 1980 nur eine untergeordnete Rolle. Die im Rahmen des TSG-Verfahrens erstellten psychiatrischen bzw. psychologischen Gutachten zur Vornamens- und Personenstandsänderung nehmen auftragsgemäß keine Stellung zur medizinischen Indikation geschlechtsangleichender Maßnahmen, wenngleich deren Inhalte zu psychosozialer Anamnese und Diagnosefeststellung für die sozialmedizinische Begutachtung hilfreich sein können.

Im TSG sind Fragen der medizinischen Behandlung bei Transsexualismus bzw. Geschlechtsdysphorie und damit möglicherweise zusammenhängenden Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht geregelt.

2.4 Rechtsprechung des Bundessozialgerichts

Es ist festzustellen, dass es für den Krankheitsbegriff im Allgemeinen an einer gesetzlichen Definition fehlt. Das BSG hat sich aber in seiner ständigen Rechtsprechung zum Krankheitsbegriff geäußert. Zu Krankheitswertigkeit, Leidensdruck und Behandlungsnotwendigkeit sowie zur Kostenübernahme von geschlechtsangleichenden Operationen bei Transsexualismus liegt maßgebliche BSG-Rechtsprechung vor (vgl. Übersicht 1).

Übersicht 1: BSG-Rechtsprechung zum Krankheitsbegriff und zur Behandlungsnotwendigkeit bei Transsexualismus

Krankheitsbegriff allgemein, (BSG-Urteil vom 04.03.2014, B 1 KR 69/12 R):

Unter einer „Krankheit“ im Rechtssinne versteht die Rechtsprechung des BSG „einen regelwidrigen, vom Leitbild des gesunden Menschen abweichenden Körper- oder Geisteszustand, der ärztlicher Behandlung bedarf oder den Betroffenen arbeitsunfähig macht (stRspr, vgl zB BSGE 100, 119 = SozR 4-2500 § 27 Nr 14, RdNr 10; BSGE 93, 252 = SozR 4-2500 § 27 Nr 3, RdNr 4; BSGE 85, 36, 38 = SozR 3-2500 § 27 Nr 11 S 38; BSGE 72, 96, 98 = SozR 3-2200 § 182 Nr 14 S 64, jeweils mwN). Krankheitswert im Rechtssinne kommt nicht jeder körperlichen Unregelmäßigkeit zu. Erforderlich ist nach der maßgeblichen bisherigen Rechtsprechung vielmehr grundsätzlich, dass die Abweichung den Versicherten in seinen Körperfunktionen beeinträchtigt und diese Funktionsbeeinträchtigung durch die notwendige Krankenbehandlung erkannt, geheilt, gelindert oder ihre Verschlimmerung verhütet werden soll“.

Krankheitsbegriff, krankheitswertiger Leidensdruck und Behandlungsnotwendigkeit bei Transsexualismus (BSG-Urteil vom 06.08.1987, 3 RK 15/86):

„Das LSG hat den Rechtsbegriff der Krankheit nicht verkannt. Es brauchte insoweit nur zu prüfen; ob bei dem als Transsexualität zu beschreibenden Zustand der Klägerin die innere Spannung zwischen ihrem körperlich männlichen Geschlecht und ihrer seelischen Identifizierung mit dem anderen Geschlecht eine derartige Ausprägung erfahren hat, daß eine Krankheit im Sinne der genannten Vorschriften anzunehmen war. [...] Es ist dabei von einem Krankheitsbegriff ausgegangen, bei dem nicht nur auf das Bestehen eines regelwidrigen, vom Leitbild des gesunden Menschen abweichenden Körper- oder Geisteszustand abgestellt wird, nämlich darauf, ob der Versicherte zur Ausübung der normalen psychophysischen Funktionen in der Lage ist oder nicht (BSGE 35, 10, 12; 39, 117, 168; jeweils mwN), sondern darüber hinaus ein Leidensdruck gefordert wird, durch den sich die Regelwidrigkeit erst zur eigentlichen Krankheit im Sinne der genannten Gesetzesbestimmungen qualifiziert..

[...] Das LSG ist mit Recht davon ausgegangen, daß eine Linderung des krankhaften Leidensdruckes durch die streitige Operation als anspruchsbegründender Umstand in dem Sinne ausreicht, als diese Operation nicht eine Heilung erwarten zu lassen brauchte. Ist, wie hier, der Nachweis der Zweckmäßigkeit einer ärztlichen Behandlung im Einzelfall erbracht, dann ist diese Leistung selbst dann zu erbringen, wenn ihre Zweckmäßigkeit nicht allgemein anerkannt ist (vgl BSGE 52, 70, 74).“

Kostenübernahme geschlechtsangleichender Operationen (BSG-Urteil vom 10.02.1993, 1 RK 14/92; Beschluss B 1 KR 28/04 B vom 20.06.2005).

„Nur wenn psychiatrische und psychotherapeutische Mittel das Spannungsverhältnis nicht zu lindern oder zu beseitigen vermögen, gehört es zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen, die Kosten für eine geschlechtsangleichende Operation zu tragen.“

Krankheitswertigkeit von Transsexualismus (BSG-Urteil vom 19.10.2004, B 1 KR 3/03 R):

„Nicht jeder körperlichen Unregelmäßigkeit kommt Krankheitswert im Rechtssinne zu“ (). Die Krankenkasse muss den Versicherten nicht mit jeglichem Mittel versorgen, das seiner Gesundheit förderlich ist oder für sich in Anspruch nimmt, auf die Krankheit einzuwirken; vielmehr mutet das Gesetz dem Versicherten zu, teilweise selbst für seine Gesundheit zu sorgen (vgl. § 1 Satz 2 Halbsatz 1, § 2 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V) [...] Schon daraus ergibt sich, dass Krankheit keinen undifferenzierten Bedarf an Sozialleistungen auslöst, sondern dass der Begriff der Krankenbehandlung iS von § 27 Abs. 1 Satz 2 SGB V in einem enger umrissenen Sinne zu verstehen ist [...] Nach der bisherigen Rechtsprechung der Instanzgerichte müssen geschlechtsangleichende Operationen einem transsexuellen Versicherten überdies nicht generell, sondern nur bei entsprechend massiven Krankheitserscheinungen gewährt werden; die Versicherten hatten regelmäßig einen längeren psychiatrischen Behandlungsversuch hinter sich (vgl. nochmals die drei bereits zitierten LSG-Urteile). Schließlich sprechen die Gerichte einer transsexuellen Versicherten auch nicht jegliche Art von geschlechtsangleichenden operativen Maßnahmen im Sinne einer möglichst großen Annäherung an ein vermeintliches Idealbild zu, wie sich gerade am Beispiel der Brustvergrößerung gezeigt hat (Sächsisches LSG vom 3. Februar 1999 - L 1 KR 31/98 - in JURIS; vgl auch Bayerisches LSG vom 30. Oktober 2003 - L 4 KR 203/01 - zu einer besonderen Penisplastik zwecks Urinierens im Stehen bei Mann zu Frau Transsexualität).“

Operative Eingriffe am – krankenversicherungsrechtlich betrachtet – gesunden Körper zur Beeinflussung psychischer Leiden kommen nur im Falle einer besonders tiefgreifenden Form der Transsexualismus zulasten der GKV in Betracht, sofern andere Maßnahmen zur Linderung/Beseitigung des krankheitswertigen Leidensdruckes ausgeschöpft wurden. So führt auch das BSG in seinen Urteilen vom 11.09.2012 zur Mammaaugmentation (B 1 KR 11/12 R Rz. 18; B 1 KR 9/12 R Rz. 19; B 1 KR 3/12 R Rz. 20) aus, dass ein Anspruch Versicherter auf geschlechtsangleichende Operationen am - krankenversicherungsrechtlich betrachtet – gesunden Körper zunächst der medizinischen Indikation bedarf. Die geschlechtsangleichende OP muss zudem zur Behandlung erforderlich sein. Daran fehlt es, wenn zum Erreichen der in § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V genannten Therapieziele Behandlungsmaßnahmen ausreichen, die ein Leben im anderen Geschlecht ohne somatische Maßnahmen unterstützen oder sich auf hormonelle Behandlungen ohne Operationen beschränken.

Darüber hinaus hat das BSG in diesen Urteilen weitere für die sozialmedizinische Begutachtung maßgebliche Aussagen zum Anspruch auf Krankenbehandlung, zum Ausmaß medizinisch indizierter Krankenbehandlung bei Transsexualismus, zur Abgrenzung zu operativen Maßnahmen bei Entstellung und zum Gleichbehandlungsgebot getroffen (vgl. Übersicht 2):

Übersicht 2: wesentliche Auszüge aus dem Urteil des BSG vom 11.09.2012 (B 1 KR 9/12 R; und auch B 1 KR 3/12 R; B 1 KR 11/12 R)

RdNr. 9, Anspruch auf Krankenbehandlung: „Obwohl der Anspruch auf Krankenbehandlung psychischer Krankheiten grundsätzlich nicht körperliche Eingriffe in intakte Organsysteme erfasst, können zur notwendigen Krankenbehandlung des Transsexualismus – als Ausnahme von diesem Grundsatz – operative Eingriffe in den gesunden Körper zwecks Veränderung der äußerlich sichtbaren Geschlechtsmerkmale gehören (...). Die genannten operativen Eingriffe in den gesunden Körper müssen medizinisch erforderlich sein (...).“

RdNr. 13b, Spektrum medizinisch indizierter Krankenbehandlung: „Das Spektrum medizinisch indizierter Krankenbehandlung des Transsexualismus ist mittlerweile anknüpfend an den Erkenntnisfortschritt über die Erkrankung weit gefächert. Für erforderlich werden individuelle therapeutische Lösungen erachtet, die von einem Leben im anderen Geschlecht ohne somatische Maßnahmen über hormonelle Behandlungen bis hin zur weitgehenden operativen Geschlechtsangleichung reichen können.“

RdNr. 14, Anspruch auf geschlechtsangleichende Operation: „Während notwendige Krankenbehandlung des Transsexualismus auf psychischer Ebene nach den allgemeinen Grundsätzen zur Ermöglichung und Stützung eines Lebens im anderen Geschlecht ohne somatische Maßnahmen unproblematisch von § 27 Abs 1 S 1 SGB V erfasst ist, versteht sich dies für hormonelle Behandlungen bis hin zur weitgehenden operativen Geschlechtsangleichung nicht in gleicher Weise beinahe von selbst. Der erkennende Senat erachtet dennoch solche Ansprüche weiterhin für möglich“, sowie

RdNr. 17: „Die Ansprüche auf geschlechtsangleichende Operationen sind danach beschränkt auf einen Zustand, bei dem aus der Sicht eines verständigen Betrachters eine deutliche Annäherung an das Erscheinungsbild des anderen Geschlechts eintritt (vgl BSG SozR 4 2500 § 27 Nr 20 RdNr 15 unter Hinweis ua auf § 8 Abs 1 Nr 4 TSG).“ und

RdNr. 19c: „Ein Anspruch Versicherter auf geschlechtsangleichende Operation am – krankenversicherungsrechtlich betrachtet – gesunden Körper zur Behandlung des Transsexualismus bedarf demnach zunächst der medizinischen Indikationsstellung. Daran fehlt es, wenn zum Erreichen der in § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V genannten Therapieziele Behandlungsmaßnahmen ausreichen, die ein Leben im anderen Geschlecht ohne somatische Maßnahmen unterstützen oder sich auf hormonelle Behandlungen ohne Operation beschränken. Die Erfüllung dieser Voraussetzungen kann nicht losgelöst von der inneren Reichweite des Anspruchs überprüft werden“.

RdNr. 20, 2, Ausmaß des Anspruchs auf geschlechtsangleichende Behandlungen: „Für das erforderliche Ausmaß der Behandlung ist dagegen nicht auf das Erscheinungsbild des Betroffenen im gesellschaftlichen Alltag in dem Sinne abzustellen, dass dem Anspruch bereits mit der Behebung einer Entstellung Genüge getan ist“, sowie

RdNr. 22: „Die Einräumung von Ansprüchen für transsexuelle Versicherte führen unverändert nicht dazu, Betroffenen Anspruch auf jegliche Art von geschlechtsangleichenden operativen Maßnahmen im Sinne einer optimalen Annäherung an ein vermeintliches Idealbild und ohne Einhaltung der durch das Recht der GKV vorgegebenen allgemeinen Grenzen einzuräumen (...).“

RdNr. 26b, Abgrenzung zu operativen Maßnahmen bei Entstellung: „Eine Entstellung begründet einen Anspruch auf Krankenbehandlung wegen einer körperlichen, nicht psychischen Krankheit (...). Innerer Grund des Anspruchs Transsexueller auf geschlechtsangleichende Operationen ist es dagegen nicht, eine Entstellung zu heilen oder zu lindern.“

RdNr. 27: „Ansprüche Transsexueller auf geschlechtsangleichende Behandlung im Sinne medizinisch indizierter MAP sind zusätzlich durch das objektive Erscheinungsbild des Brustumfangs begrenzt. Die hierdurch gezogenen Grenzen sind allerdings weiter, als sie durch die oben dargelegte Rechtsprechung zur Entstellung gezogen sind. Wer als Mann-zu-Frau-Transsexueller etwa aufgrund einer Hormontherapie einen Brustansatz entwickelt hat, der die für konfektionierte Damenoberbekleidung vorgesehene Größe A nach DIN EN 13402 bei erfolgter Ausatmung im Rahmen normaler Messung ohne weitere Mittel voll ausfüllt, kann keine MAP beanspruchen (vgl zu DIN EN 13402: Größenbezeichnung von Bekleidung (2001) <http://www.beuth.de/langanzeige/DIN-EN-13402-1/de/38031428>). Das damit erreichte körperliche Erscheinungsbild bewegt sich nämlich trotz der großen Vielfalt der Phänotypen bei Männern und Frauen in einem unzweifelhaft geschlechtstypischen Bereich“.

RdNr. 29, Gleichbehandlungsgebot: „Die Grenze trägt auch dem Gleichbehandlungsgebot gemäß Art. 3 Abs. 1 GG Rechnung. Die Grenzziehung vermeidet es, transsexuellen Versicherten einen umfassenden leistungsrechtlichen Zugang zu kosmetischen Operationen zu eröffnen, der nicht transsexuellen Versicherten von vornherein versperrt ist (vgl. dazu z.B. BSGE 100, 119 = SozR 4 2500 § 27 Nr 14, RdNr 13 mwN).“

2.5 Wichtige sozialmedizinische Aspekte zum Begutachtungsanlass

Die Besonderheiten bei der sozialmedizinischen Begutachtung geschlechtsangleichender Maßnahmen liegen insbesondere darin, dass an einem dem Grunde nach biologisch gesunden Körper ein medizinischer Eingriff mit i.d.R. irreversiblen Folgen vorgenommen wird. Die Sozialrechtsprechung sieht dementsprechend insbesondere geschlechtsangleichende Operationen nur i.S. einer *„ultima ratio“* vor, wenn bestimmte Bedingungen vorliegen. Zudem existiert keine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Thema.

Als maßgebliche Kriterien sind daher für die sozialmedizinische Begutachtung von beantragten geschlechtsangleichenden Maßnahmen bei Transsexualismus zu nennen:

- valide Diagnosestellung eines Transsexualismus gem. ICD-10,
- krankheitswertiger Leidensdruck bei Transsexualismus,
- der Leidensdruck konnte durch psychiatrische und psychotherapeutische Mittel nicht ausreichend gelindert werden.

Im Folgenden werden wichtige sozialmedizinische Aspekte zu Störungsbild, Diagnostik, Differentialdiagnostik, Behandlungsmaßnahmen, Alltagserfahrungen, Indikationsstellung und Aufklärung der Patientin/des Patienten aufgezeigt. Vor dem Hintergrund der im vorherigen Kapitel mitgeteilten Sozialrechtsprechung werden auch wesentliche klinische Überlegungen zur Diagnostik und zum krankheitswertigen Leidensdruck dargestellt.

2.5.1 Hintergrund zum Störungsbild

In den letzten Jahren wurden verschiedene Begrifflichkeiten eingeführt, die das Krankheitsbild Transsexualismus bzw. die Unzufriedenheit von Menschen beschreiben, deren empfundenes Geschlecht nicht mit ihren körperlichen Merkmalen übereinstimmt. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung nach SGB V ist gegenwärtig die ICD-10-GM 2020 das verbindliche operationalisierte Klassifikationssystem². Dem zu Folge ist die Diagnose Transsexualismus (F64.0) bis zum Inkrafttreten der ICD-11 die gültige Diagnose³.

Die Diagnose Transsexualismus nach ICD-10 beinhaltet den Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechts zu leben und anerkannt zu werden. Dies geht meist mit dem Gefühl des Unbehagens oder der Nichtzugehörigkeit zum eigenen Geschlecht einher. Es besteht der Wunsch nach hormoneller und chirurgischer Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht soweit wie möglich

² Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) ist die amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland. Seit dem 1. Januar 2020 ist die ICD-10-GM in der **Version 2020** anzuwenden.

³ Für die geplante voraussichtlich im Jahr 2022 inkrafttretende 11. Version der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD-11) ist die Diagnose „Transsexualismus“ nicht mehr im Abschnitt zu psychischen Störungen enthalten. Dagegen soll „gender incongruence“ (Geschlechtsinkongruenz) im Abschnitt 17 der ICD-11, „Conditions related to sexual health“, aufgenommen werden. Mit Inkrafttreten der diagnostischen Kriterien der ICD-11 wird diese Begutachtungsanleitung aktualisiert.

anzupassen. Die klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10 sehen weiter vor, dass die transsexuelle Identität mindestens zwei Jahre durchgehend bestanden haben muss und sie darf kein Symptom einer anderen psychischen Störung, wie z.B. einer Schizophrenie, sein. Auch muss nach der ICD-10 ein Zusammenhang mit intersexuellen, genetischen oder geschlechtschromosomalen Anomalien ausgeschlossen sein (vgl. Anhang 7.1, ICD-10 Kriterien zu Transsexualismus).

Das DSM-5 (2013⁴) der APA prägte den Begriff Geschlechtsdysphorie (GD, 302.85). Die diagnostische Einordnung erfolgt auf der Basis von definierten Kriterien (A und B). Die deutliche Inkongruenz zwischen dem Geschlechtsidentitätserleben/Geschlechtsrollenverhalten und dem zugewiesenen Geschlecht muss mindestens sechs Monate bestehen und sich in mindestens zwei Kriterien aus A und Kriterium B (klinisch relevantem Leiden) manifestieren (vgl. Anhang 7.2, DSM-5-Kriterien zu Geschlechtsdysphorie).

Im Zusammenhang mit den Begrifflichkeiten Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie wird in der S3-LL 2018⁵ darauf hingewiesen, dass sich Menschen mit einer binären oder non-binären Geschlechtsidentität einordnen können. Mit binärer Geschlechtsidentität ist die in unserer Gesellschaft übliche Zweiteilung in männlich und weiblich gemeint. Non-binäre Geschlechtsidentität meint, dass diese Zweiteilung nicht streng verortet ist. In letzteren Fällen besteht kein Transsexualismus i.S. dieser BGA.

2.5.2 Diagnosestellung

Mit dem Ziel einer ganzheitlichen Betrachtung der behandlungssuchenden Person und zum sicheren Ausschluss möglicher vorhandener Störungen, die einem Wunsch nach geschlechtsangleichenden Maßnahmen ebenso zugrunde liegen können, ist eine umfassende Diagnostik erforderlich. Hierzu sind verschiedene Untersuchungen notwendig, um z.B. körperliche Erkrankungen als Mitursache der psychischen Beschwerden auszuschließen. Die Zuordnung der psychischen Beschwerden zu einer Diagnose erfolgt im deutschen Gesundheitssystem anhand des Klassifikationssystems ICD-10, Kapitel V. Die richtige Diagnose ist die entscheidende Voraussetzung für eine adäquate Therapie.

Eine vollständige nosologische Diagnostik setzt sich aus Untersuchungsgesprächen, der körperlichen Untersuchung und aus verschiedenen, zusätzlichen Maßnahmen (z.B. Labor, apparative Verfahren, Tests) zusammen.

In der S3-LL 2018 wird dementsprechend auf die Notwendigkeit einer umfassenden Diagnostik, Differentialdiagnostik und Berücksichtigung möglicher somatischer und psychischer Komorbiditäten zur weiteren Behandlungsplanung hingewiesen:

„ (...) eine umfassende Diagnostik mit ganzheitlicher Betrachtung der behandlungssuchenden Person notwendig ist, um im gemeinsamen Dialog eine individuelle Lösung finden und zuverlässige Prognosen für einzelne in Frage kommende transitionsunterstützende

⁴ American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen–DSM-5®*. Hogrefe Verlag.

⁵ AWMF-Leitlinie zu „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung“ vom 09.10.2018

Behandlungen stellen zu können. Im Rahmen dieses diagnostischen Prozesses sind die körperlichen, psychischen und sozialen Aspekte zu erfassen sowie auf kulturelle Besonderheiten zu achten. Eine umfassende Diagnostik ist auch erforderlich, um vorhandene Störungen oder Gesundheitsprobleme, die in einem Zusammenhang mit der GIK/GD stehen oder stehen könnten, einer adäquaten Behandlung zuführen zu können und mögliche Einschränkungen der Empfehlungen für medizinisch notwendige Modifikationen der körperlichen Geschlechtsmerkmale bereits frühzeitig abschätzen zu können.“ (vgl. S3-LL 2018, S. 23).

So bestehe nach der S3-LL 2018 die umfassende Diagnostik und individuelle Behandlungsplanung aus einer ausführlichen Erhebung der Anamnese unter Berücksichtigung der psychosexuellen Entwicklung, der Sozialanamnese, der biographischen und medizinischen Anamnese sowie einer sorgfältigen Erhebung des allgemeinen psychischen Befundes (S3-LL 2018, S. 24ff.).

Zur sozialmedizinischen Begutachtung sind die folgenden Punkte für eine nachvollziehbare Diagnosestellung erforderlich:

- Anamneserhebung mit Erfassung der psychosexuellen Entwicklung, Sozialanamnese, biographische und medizinische Anamnese, ggfs. fremdanamnestische Angaben,
- Erhebung des psychischen Befundes,
- ggf. fachärztliche psychiatrische oder psychosomatische Untersuchung,
- körperliche Untersuchung mit Erhebung des urologischen bzw. gynäkologischen sowie endokrinologischen Befundes,
- ggf. weitere somatische Ausschlussdiagnostik (z.B. Karyogramm)

Nach den Diagnosekriterien der ICD-10 muss ausgeschlossen worden sein, dass die transsexuelle Entwicklung auf eine andere psychische Erkrankung zurückzuführen ist. Darüber hinaus ist festzustellen, ob komorbide psychische Störungen vorliegen. Darauf wird auch in den verschiedenen Behandlungsstandards hingewiesen (S3-LL 2018, SoC 2012, Hembree et al., 2017). So soll die Möglichkeit nicht ausreichend behandelter Psychosen, verschieden geschlechtlicher „Ego-States“ oder von Zwangsgedanken zur Selbstkastration differentialdiagnostisch in Erwägung gezogen werden (vgl. S3-LL 2018, S. 30). Ferner wird in der S3-LL 2018 auf den Zusammenhang von „Ent(psycho)pathologisierung und deshalb nicht diagnostizierter Psychopathologie bzw. versäumter Therapie“ hingewiesen (vgl. S3-LL 2018, S. 31).

Wesentliche Überlegungen zur Differentialdiagnostik und Komorbidität betreffen daher:

- psychische Störungen (z.B. psychotische Störungen, dissoziative Störungen, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Autismus-Spektrum-Störungen, körperdysmorphe Störung, organisch bedingte psychische Störung),
- das Vorliegen einer teilweisen oder vorübergehenden Störung der Geschlechtsidentität (z. B. Adoleszenzkrise),
- Probleme mit den gängigen Rollenerwartungen der Gesellschaft, ohne dauerhafte Geschlechtsidentitätsstörung,

- Geschlechtsidentitätsprobleme, die in der Ablehnung einer homosexuellen Orientierung begründet sind,
- Transvestitismus (F64.1, F65.1) im Gegensatz zu einem dauerhaften und tiefen Wunsch nach körperlicher und sozialer Angleichung an das andere Geschlecht.

Bzgl. begleitender psychischer Störungen finden sich in klinischen Studien zu Personen mit Geschlechtsinkongruenz/Geschlechtsdysphorie erhöhte Prävalenzraten für Depression, Suizidgedanken, Suizidhandlungen, Angststörungen, Substanzmissbrauch, Persönlichkeitsstörungen, dissoziative Störungen, Asperger-Autismus und Essstörungen (vgl. S3-LL 2018, S. 34, evidenzbasiertes Statement, Evidenzgrad III), wobei insgesamt festgestellt wird, dass ein bedeutsamer Anteil der Behandlungssuchenden keine psychische Störung aufweise.

Auf Basis der Sozialrechtsprechung und der Diagnosekriterien nach ICD-10 und DSM-5 wird aus sozialmedizinischer Sicht ein ausreichend langer Zeitraum für Diagnosestellung, Differentialdiagnostik und die Feststellung des krankheitswertigen Leidensdruckes empfohlen, in dem sich die Patientin/der Patient regelmäßig in psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung begeben sollte. Über welchen Zeitraum und in welcher Frequenz sich Versicherte zur Sicherung der o.g. diagnostischen Aspekte vorstellen, liegt im Ermessen und in der Verantwortung der Behandelnden. Dies ist im Behandlungsbericht entsprechend darzulegen und zu begründen.

2.5.3 Behandlung komorbider psychischer Störungen

Komorbide psychische Störungen sollen im Rahmen der Diagnostik und der weiteren Behandlungsplanung vor geschlechtsangleichenden Maßnahmen ausgeschlossen bzw. störungsspezifisch und leitliniengerecht ausreichend behandelt und stabilisiert sein. So wird in der S3-LL 2018 empfohlen:

„sowohl reaktive als auch unabhängige psychische Störungen sollten bis zur Remission parallel zur Behandlung der Geschlechtsdysphorie adäquat psychotherapeutisch und/oder psychopharmakologisch behandelt werden“ (konsensbasierte Empfehlung, S. 35 der S3-LL 2018) und

„Psychotische Störungen sollen zunächst einer adäquaten Therapie zugeführt werden, bevor Geschlechtsinkongruenz und/oder Geschlechtsdysphorie diagnostiziert wird“ (evidenzbasierte Empfehlung, Evidenzgrad III, S. 35 der S3-LL 2018).

Für die sozialmedizinische Begutachtung ist es daher notwendig, dass aus dem psychiatrischen/psychotherapeutischen Befund- und Verlaufsbericht hervorgeht, ob und wenn ja, welche komorbiden psychischen Störungen vorliegen und mit welchen Maßnahmen und welchem Therapieergebnis diese behandelt wurden.

2.5.4 Leidensdruck

Vor dem Hintergrund der ständigen Rechtsprechung des BSG kommt der Einschätzung des krankheitswertigen Leidensdrucks bei Transsexualismus als Voraussetzung einer Leistungspflicht der GKV für geschlechtsangleichende Maßnahmen eine zentrale Bedeutung zu. Das BSG hat sich dabei inhaltlich nicht genauer zur Definition des Leidensdruckes bei Transsexualismus geäußert. Auch in der S3-LL 2018 wird der Begriff Leidensdruck nicht näher operationalisiert. Dort wird aber auch die Wichtigkeit, den vorhandenen Leidensdruck einzuschätzen, betont (s. S3-LL 2018, S. 23).

Während bei der Diagnosestellung gem. ICD-10, F64.0, der Begriff Leidensdruck nicht explizit verwendet wird, stellt lt. der American Psychiatric Association (APA) das klinisch relevante Leiden in Verbindung mit Geschlechtsinkongruenz das kritische Element für die Diagnosestellung einer Geschlechtsdysphorie dar (APA, 2013). So wird bei den DSM-5-Kriterien für Geschlechtsdysphorie unter Kriterium B beschrieben, dass Geschlechtsdysphorie mit „**klinisch relevantem Leidensdruck oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen**“ einhergeht, **die mindestens sechs Monate** bestehen müssen (s. Kriterientabelle Geschlechtsdysphorie im Anhang).

Leidensdruck bezeichnet in der therapeutischen Fachsprache das Ausmaß des Leidens einer Person, welches auch als eine wichtige motivationale Ressource für die Therapie gesehen wird.

Aus der Fachliteratur zum Thema Leidensdruck ergeben sich für die sozialmedizinische Begutachtung nützliche Hinweise, die im folgenden kurz dargestellt werden.

So wird z.B. nach Grewe (2016) der Leidensdruck beschrieben als:

„ein komplexes Zusammenspiel unterschiedlicher Einflüsse. Er wird im Englischen als „burden of illness“ bezeichnet und beschreibt im Kontext einer Erkrankung das subjektive Erleben dieser Störung. Der Leidensdruck ist interindividuell unterschiedlich stark und situationsabhängig ausgeprägt, die Variationsbreite abhängig von der allgemeinen psychischen Konstitution der erkrankten Person. Der Umgang, das Auseinandersetzen und das Leben mit der Erkrankung variieren durch unterschiedliche Coping-Strategien (Krankheitsbewältigung) und persönlichkeitsabhängige Merkmale. Auch der soziale Rückhalt und die eigene Selbstakzeptanz gehen als wichtige Einflussfaktoren in die Krankheitsverarbeitung und -bewältigung mit ein (...). Das soziale Umfeld kann einen positiven Einfluss auf die Prognose und auch subjektive Schmerzwahrnehmung ausüben, insofern ist es essentieller Bestandteil der Genesung (...). Je nach Ausprägung des Leidensdrucks und Einschränkungen in der Lebensqualität sind die Patienten unterschiedlich stark motiviert, Hilfe durch einen Arzt oder Therapeuten, sowie eine Krankheitsbehandlung in Anspruch zu nehmen, bzw. aktiv mitzuarbeiten (hohe Compliance).“

Nach Schneider und Becker (2011) ergibt sich das Ausmaß des Leidensdrucks aus

„der Schwere der Symptomatik, Art und Folgen der Diagnose, angewandte Behandlungsprozeduren sowie individuellen und gesellschaftlichen Einstellungen zur Erkrankung (Stigmatisierung). Der Leidensdruck kann unabhängig davon, ob dieser mit dem „objektiven“ Leiden korrespondiert, subjektiv vom Betroffenen sehr hoch erlebt werden“.

Der individuelle Leidensdruck kann z.B. über die Verbalisation oder das beobachtbare Verhalten der Person erfasst und in verschiedene Schweregrade eingeteilt werden (Schneider und Becker, 2011). Weitere Quantifizierungsmöglichkeiten des Leidensdrucks sind über Selbstbeurteilungsfragebogen und visuelle Analogskalen möglich (z.B. Büchi et al., 2002; Hauser 2004; Leta, 2005).

Auf Basis des bio-psycho-sozialen Modells der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (ICF, 2001) können die bio-psycho-sozialen Aspekte des krankheitswertigen Leidensdruckes unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren systematisch ermittelt werden.

Für die sozialmedizinische Begutachtung müssen daher Informationen zu folgenden Aspekten vorliegen:

- eine konkrete und individuelle Beschreibung des krankheitswertigen Leidensdrucks
- Beschreibung der Beeinträchtigungen in verschiedenen wichtigen Lebensbereichen (z.B. persönlich, sozial, beruflich).

2.5.5 Psychiatrische und psychotherapeutische Mittel

Psychiatrische und psychotherapeutische Mittel werden nicht eingesetzt, um die Geschlechtsidentität einer Person zu ändern. Vielmehr soll das Ziel, eine bestmögliche Lebensqualität zu erreichen, unterstützt werden. Davon umfasst sind die Linderung des krankheitswertigen Leidensdrucks, die Behandlung von psychischen Komorbiditäten und die Begleitung und Unterstützung des Transitionsprozesses einschließlich der Alltagserfahrungen.

Im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung ist in Bezug auf den krankheitswertigen Leidensdruck zu prüfen, ob psychiatrische und psychotherapeutische Mittel zur Behandlung des krankheitswertigen Leidensdrucks ausgeschöpft wurden: *„Nur wenn psychiatrische und psychotherapeutische Mittel das Spannungsverhältnis nicht zu lindern oder zu beseitigen vermögen, gehört es zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen, die Kosten für eine geschlechtsangleichende Operation zu tragen.“* (Urteil 1 RK 14/92 vom 10.02.1993; Beschluss B 1 KR 28/04 B vom 20.06.2005).

In der Sozialrechtsprechung finden sich keine konkreten Angaben zu Art und Umfang der psychiatrischen und psychotherapeutischen Mittel zur Behandlung des Leidensdrucks. In der S3-LL 2018 ist zu psychotherapeutischen Interventionen zur Minderung der Geschlechtsdysphorie folgendes evidenzbasiertes Statement formuliert:

„Psychotherapie kann zur Minderung der Geschlechtsdysphorie (z. B. durch eine Förderung der Selbstakzeptanz, der Bewältigung negativer Gefühle und eine Unterstützung bei der Identitätsentwicklung) beitragen.“ (S3-LL 2018, S. 43, evidenzbasiertes Statement, Evidenzgrad III).

Daher sollten aus sozialmedizinischen Erwägungen psychiatrische und psychotherapeutische Mittel auf den im individuellen Fall vorliegenden *„klinisch relevanten Leidensdruck oder Beeinträchtigungen*

in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen“ (vgl. DSM-5, B-Kriterium) abzielen.

Um adäquat einschätzen zu können, ob der krankheitswertige Leidensdruck durch psychiatrische und psychotherapeutische Mittel ausreichend gelindert werden konnte, ist aus sozialmedizinischer Sicht ein ausreichend langer Behandlungszeitraum erforderlich. Nach der PT-RL umfasst die kürzeste strukturierte Behandlungsmaßnahme eine Kurzzeittherapie von **12 Sitzungen á 50 Minuten** (ggf. auch 24 Sitzungen á 25 Minuten).

In Bezug auf den zeitlichen Umfang psychiatrischer und psychotherapeutischer Mittel zur Behandlung des krankheitswertigen Leidensdruckes wird **dieser Umfang einer KZT als mindestens erforderlich** angesehen, um zu klären, dass der krankheitswertige Leidensdruck durch psychiatrische und psychotherapeutische Mittel nicht ausreichend gelindert werden konnte.

Bei der Behandlung des krankheitswertigen Leidensdruckes mit psychiatrischen und psychotherapeutischen Mittel soll daher inklusive der Diagnostik ein Zeitraum von sechs Monaten nicht unterschritten werden.

Neben einer Richtlinien-Psychotherapie können auch andere Behandlungssettings in Frage kommen, wenn ein vergleichbarer zeitlicher Mindestumfang gegeben ist. Dies umfasst z.B. die psychotherapeutische Akutbehandlung, psychiatrische / psychosomatische Facharztbehandlung, Komplexbehandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA), supervidierte Psychotherapie in einem Ausbildungsinstitut oder regelmäßige Vorstellungen in einer spezialisierten Hochschulambulanz.

Eine psychotherapeutische Begleitung und Behandlung bei Genderdysphorie bzw. Unterstützung sowohl vor als auch nach geschlechtsangleichenden Maßnahmen wird in allen aktuellen medizinischen Behandlungsstandards empfohlen (SoC 2012, RCP⁶ 2014, S3-LL 2018, Hembree et al. 2017). In ihrem Bericht zur „Gender Identity Disorder“ weist insbesondere die APA darauf hin, dass psychotherapeutische Interventionen dafür genutzt werden können, um Probleme bei der Entscheidung für ein Leben im empfundenen Geschlecht zu klären (Byne et al., 2012). Psychotherapie sollte durch supportive Maßnahmen und Psychoedukation den Betroffenen bei einem langen und schwierigen Prozess unterstützen. Hierbei sollten auch alternative Optionen zu operativen Maßnahmen berücksichtigt werden. Es kann auch sein, dass sich Betroffene dafür entscheiden, eine Transition nicht weiter zu verfolgen (vgl. Byne et al., 2012, S. 18; s. a. S3-LL). Hierauf wird auch in den SoC (2012) verwiesen, so sei es mit Hilfe von Psychotherapie möglich, dass es einigen Betroffenen gelinge, ihre trans- oder gegengeschlechtlichen Gefühle in ihr biologisches Geschlecht zu integrieren, so dass sie nicht das Bedürfnis hätten, ihren Körper zu feminisieren oder zu maskulinisieren.

⁶ Wylie et al. (2014): Royal College of Psychiatrists: *“Good practice guidelines for the assessment and treatment of adults with gender dysphoria”*.

Nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse sollen mit Hilfe psychotherapeutischer Unterstützung und Begleitung folgende Ziele erreicht werden (S3-LL 2018, SoC 2012):

- Förderung von Selbstakzeptanz, Selbstwertgefühl und Selbstsicherheit,
- Bewältigung von Scham- und Schuldgefühlen sowie von internalisierter Transnegativität,
- Unterstützung der Identitätsentwicklung,
- Reflexion und Bearbeitung möglicher Erfahrungen und Konflikte in einer anderen Geschlechtsrolle,
- Unterstützung des Coming-Out-Prozesses, insbesondere bei familiären oder partnerschaftlichen Problemen,
- Unterstützung bei einer Entscheidung über körpermodifizierende Behandlungen,
- Unterstützung nach körpermodifizierender Behandlung,
- Unterstützung bei andauernder Geschlechtsdysphorie.

2.5.6 Alltagserfahrungen

Auf den potentiellen Nutzen von Alltagserfahrungen im empfundenen Geschlecht für den Prozess der Transition wird in den aktuellen Behandlungsstandards hingewiesen (SoC 2012, Wylie et al. 2014, S3-LL 2018, Hembree et al. 2017). Alltagserfahrungen sind nach der S3-LL 2018 eine wichtige Orientierung für die Planung des weiteren Entwicklungsprozesses. In den letzten Jahren habe sich lt. S3-LL 2018 die gesellschaftliche Akzeptanz von geschlechtlich non-konform lebenden Menschen erhöht. Ein weitaus größerer Teil der Behandlungssuchenden lebe bereits vor Beginn einer transitionsunterstützenden Behandlung die angestrebte geschlechtliche Rolle im sozialen Umfeld und bringe auch bereits Alltagserfahrungen mit (S3-LL 2018, S.45). Das Ziel von psychotherapeutisch reflektierten Alltagserfahrungen könne daher lt. S3-LL 2018 sehr unterschiedlich sein.

Im Hinblick auf mögliche Stigmatisierungsprozesse am Arbeitsplatz und Arbeitsplatzkonflikten im Rahmen der Transition findet sich in der S3-LL 2018 ein separates Kapitel (S3-LL 2018, Kapitel 8.4), in welchem empfohlen wird: „Die Arbeitssituation von trans Personen sollte in der Beratung und/oder Behandlung berücksichtigt werden“ sowie „Behandelnde sollten im Rahmen der Beratung und Behandlung die Chancen und Risiken einer Transition im Arbeitsumfeld thematisieren“ (jeweils Evidenzbasierte Empfehlung, Evidenzgrad III, S3-LL 2018, S. 98).

Ergänzend wird in der S3-LL 2018 eine Studie aufgeführt, in der als einer der „maßgeblichen Faktoren“ für Fälle, in denen es zu einer Re-Transition gekommen ist, fehlende bzw. unzureichende/enttäuschende Alltagserfahrungen in der angestrebten Geschlechtsrolle festgestellt wurden (S3-LL 2018, S. 38).

Auch wenn die S3-LL 2018 in ihren Empfehlungen Alltagserfahrungen nicht als zwingend notwendige Voraussetzung für den Beginn geschlechtsangleichender Maßnahmen ansieht, so wird hingegen doch formuliert:

„Alltagserfahrungen, bei denen sich Behandlungssuchende in der gewünschten Rolle erfahren, können aufschlussreich für die weitere Transition, für Entscheidungen für oder gegen transitionsunterstützende Behandlungen sowie für die Wahl der geeigneten Zeitpunkte sein“. (...) Für eine voll informierte soziale und medizinische Transition sind möglichst vielfältige Alltagserfahrungen zu empfehlen. Es sollte sich um ein individualisiertes Vorgehen handeln, das bei Vorliegen einer Indikation mit Beginn bspw. einer Hormonbehandlung, einer Entfernung der Gesichtsbehaarung oder einer Mastektomie einhergehen kann. Rücksicht genommen werden sollte auf Diskriminierungspotentiale“. (S3-LL 2018, S. 46, starker Konsens und evidenzbasiertes Statement, Evidenzgrad III).

Zusammenfassend werden in der S3-LL 2018 u.a. folgende Zielsetzungen der psychotherapeutisch reflektierten Alltagserfahrung beschrieben (S. 45):

- therapeutische Bearbeitung und Bewältigung von Ängsten, die sich auf die individuelle geschlechtliche Rolle bzw. auf die Alltagserfahrungen beziehen,
- Selbstbehauptung in der gewünschten Geschlechtsrolle,
- Reduktion des Gefühls der Abhängigkeit,
- Entwicklung von Klarheit zur Entscheidung für oder gegen eine weitere Transition bzw. weitere transitionsunterstützende Maßnahmen,
- Reflexion der Alltagserfahrungen und Bearbeitung möglicher Diskriminierungserfahrungen oder auch positiver Erfahrungen.

Aus sozialmedizinischer Sicht wird daher vor geschlechtsangleichenden Maßnahmen i.d.R. eine therapeutisch begleitete Alltagserfahrung in der angestrebten Geschlechtsrolle kontinuierlich und in allen Lebensbereichen über einen ausreichend langen Zeitraum als erforderlich angesehen.

Bezugnehmend auf die SoC 2012 ist bei genitalangleichenden Operationen i.d.R. ein Zeitraum von mindestens 12 Monaten für die Alltagserfahrungen zu fordern, um eine voll informierte soziale und medizinische Transition zu ermöglichen und das Risiko für Bedauern („regrets“) und Retransitionen zu minimieren. Abweichungen davon müssen von den Behandelnden begründet werden⁷. Im Hinblick auf diese irreversiblen Operationen bieten die Alltagserfahrungen lt. SoC 2012 ausreichend Möglichkeiten, sich in der angestrebten Geschlechtsrolle täglich und in allen Lebensbereichen (Freunde, Familie, Arbeit etc.) zu erfahren.

⁷ SoC 2012, S.60/61: „The duration of 12 months allows for a range of different life experiences and events that may occur throughout the year (e.g., family events, holidays, vacations, season-specific work or school experiences). During this time, patients should present consistently, on a day-to-day basis and across all settings of life, in their desired gender role. This includes coming out to partners, family, friends, and community members (e.g., at school, work, other settings). (...) Health professionals should clearly document a patient's experience in the gender role in the medical chart, including the start date of living full time for those who are preparing for genital surgery. In some situations, if needed, health professionals may request verification that this criterion has been fulfilled: They may communicate with individuals who have related to the patient in an identity-congruent gender role, or request documentation of a legal name and/or gender marker change, if applicable. (...) Support from a qualified mental health professional and from peers can be invaluable in ensuring a successful gender role adaptation (Bockting, 2008).“

Weitere geschlechtsangleichende Maßnahmen, z.B. Epilationsbehandlung, Hormonbehandlung oder Mastektomie, können nach Abschluss der sechsmonatigen Diagnostik- und Behandlungsphase schon zu einem früheren Zeitpunkt der Alltagserfahrungen erforderlich sein. Dies muss im jeweiligen Einzelfall von den Behandelnden begründet werden.

Für die sozialmedizinische Begutachtung muss aus dem Befundbericht das Erreichen der individuell festgelegten Ziele der therapeutisch begleiteten Alltagserfahrungen hervorgehen.

2.5.7 Zusammenfassung der sozialmedizinischen Voraussetzungen für geschlechtsangleichende Maßnahmen

Auf der Basis der aktuellen Diagnosekriterien für Transsexualismus im Zusammenhang mit der Leistungsgewährung geschlechtsangleichender Maßnahmen ist es für die Begutachtung notwendig, dass die Diagnose und deren Konstanz gesichert ist und relevante psychische und somatische Komorbiditäten ausgeschlossen bzw. stabilisiert wurden. Über welchen Zeitraum und in welcher Frequenz Versicherte sich zur Sicherung der Diagnose und Ausschluss bzw. Stabilisierung von Komorbiditäten bei Behandelnden vorstellen, liegt im Ermessen und in der Verantwortung der Behandelnden.

In Bezug auf komorbide psychische Störungen ist es für die sozialmedizinische Begutachtung notwendig, dass aus dem psychiatrischen/psychotherapeutischen Befund- und Verlaufsbericht hervorgeht, ob und wenn ja, welche komorbiden psychischen Störungen vorliegen und mit welchen Maßnahmen und welchem Therapieergebnis diese behandelt wurden.

Darüber hinaus muss auf Basis der maßgeblichen Sozialrechtsprechung festgestellt werden, dass ein krankheitswertiger Leidensdruck vorliegt, der nicht ausreichend durch psychiatrische und psychotherapeutische Mittel behandelt werden kann. Aus der Sozialrechtsprechung ergeben sich keine inhaltlichen oder zeitlichen Vorgaben für die Behandlung des Leidensdruckes. Da es sich bei geschlechtsangleichenden Maßnahmen um medizinische Eingriffe an einem dem Grunde nach biologisch gesunden Körper mit zum Teil irreversiblen Folgen handelt, werden für die Behandlung des krankheitswertigen Leidensdruckes mindestens 12 Sitzungen á 50 min. in einem psychiatrisch/psychotherapeutischen Setting als erforderlich angesehen. Dieser Mindestzeitraum ist aus sozialmedizinischer Sicht notwendig, um zu klären, dass psychiatrische und psychotherapeutische Mittel für die Behandlung des klinisch relevanten Leidensdruckes nicht ausreichen. Inklusive der Diagnostik soll dabei ein Zeitraum von sechs Monaten nicht unterschritten werden.

Auf der Grundlage der Empfehlung der S3-LL 2018 und der SoC 2012 werden vor geschlechtsangleichenden Maßnahmen in der Regel Alltagserfahrungen in allen Lebensbereichen über einen ausreichend langen Zeitraum als erforderlich angesehen.

Bei genitalangleichenden Operationen ist i.d.R. ein Zeitraum von mindestens 12 Monaten für die Alltagserfahrungen erforderlich, um eine vollinformierte soziale und medizinische Transition zu ermöglichen und das Risiko für Bedauern („regrets“) und Retransitionen zu minimieren. Abweichungen davon müssen von den Behandelnden begründet werden. Andere geschlechtsangleichende Maßnahmen, z.B. bei Hormonbehandlung oder Mastektomie, können nach Abschluss der Diagnostik und Behandlung des krankheitswertigen Leidensdruckes schon zu einem früheren Zeitpunkt der

Alltagserfahrungen erforderlich sein. Auch dies muss von dem Behandelnden im jeweiligen Einzelfall begründet werden. Für die sozialmedizinische Begutachtung dieser oben beschriebenen Voraussetzungen ist die Vorlage eines ausführlichen psychiatrisch/psychotherapeutischen Berichtes zu den o.g. Aspekten erforderlich.

2.5.8 Indikationsstellung

Die Stellung der Indikation für eine geschlechtsangleichende Maßnahme erfolgt in zwei Schritten: die psychiatrische/psychotherapeutische Indikationsstellung und die somatisch-ärztliche Indikationsstellung durch die Ärztin/den Arzt, die/der die Maßnahme durchführen soll.

Psychiatrische/Psychotherapeutische Indikationsstellung

Der psychiatrischen/psychotherapeutischen Indikationsstellung kommt bei der Indikationsstellung wegen der Komplexität des Störungsbilds und der bereits dargestellten sozialmedizinischen Besonderheiten eine herausragende Bedeutung zu. Die Leitlinie benennt die behandelnden Ärztinnen und **Ärzte sowie Psychotherapeutinnen** und Psychotherapeuten als **verantwortlich** und berechtigt, Behandlungsempfehlungen zur Notwendigkeit körpermodifizierender Behandlungen auszustellen. Sie formuliert ferner die Anforderungen an ein **Empfehlungsschreiben** (S3-LL 2018, S. 48, Starker Konsens):

„Beinhalten soll es:

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

In allen Behandlungsstandards wird darauf hingewiesen, dass die Betroffenen über die Behandlungsoptionen, sowie deren Grenzen und Risiken ausreichend aufgeklärt und informiert werden sollen. Bei der *Einwilligung nach erfolgter Aufklärung handelt es sich* um eine *qualifizierte Zustimmung*, die gegeben wird, nachdem die Behandelnden ihrer Aufklärungspflicht nachgekommen sind.

So ist in der S3-LL 2018 zur Aufklärung bzgl. der Behandlungsmöglichkeiten formuliert:

„In Vorbereitung auf die körpermodifizierende Behandlung körperlicher Geschlechtsmerkmale sollen die Behandlungssuchenden über ausreichend Wissen hinsichtlich der verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten und ihrer Implikationen verfügen. Hierzu gehören eine realistische Einschätzung der Möglichkeiten und Grenzen körpermodifizierender Behandlungen, Dauer der je nach Behandlung erforderlichen stationären Aufenthalte, die potentiellen Risiken und möglichen Komplikationen sowie die Anforderungen an die post-operative Rehabilitation.“ (S3-LL 2018, S. 40, Evidenzbasiertes Statement, Evidenzgrad III).

Aus dem Schreiben zur Indikationsstellung muss auch hervorgehen, dass die empfohlene Maßnahme **zweckmäßig ist, d.h. dass sie geeignet ist, den krankheitswertigen Leidensdruck zu lindern oder zu heilen.** *„Zweckmäßig ist eine ärztliche Maßnahme, die objektiv geeignet ist, auf den angestrebten*

Zweck, den Heilerfolg hinzuwirken.“ (BSG-Urteil vom 29.05.1962, Az. 6 RKA 24/59). Dies bedeutet für die Begutachtung in diesem Zusammenhang, dass überprüft werden muss, ob der durch psychiatrische und psychotherapeutische Mittel nicht linder- oder heilbare Leidensdruck durch die geplante und beantragte somatische Maßnahme gelindert oder geheilt werden kann. Ist die Erreichung dieses Ziels zu erwarten und übersteigt der Nutzen die Risiken, kann von der Zweckmäßigkeit der Maßnahme ausgegangen werden.

Aus sozialmedizinischer Sicht soll das Schreiben zur Indikationsstellung (Empfehlungsschreiben) daher ergänzend zu den o.g. Punkten Informationen enthalten über:

- eine ausreichende psychosoziale Stabilität,
- die Fähigkeit der Person zur realistischen Einschätzung der Möglichkeiten und Grenzen der geplanten Maßnahme,
- die Zweckmäßigkeit der geplanten Maßnahme,
- eine geplante transitionsbegleitende Nachsorge aus psychosozialer Sicht.

Somatisch-ärztliche Indikationsstellung

Die somatische Indikationsstellung für eine Hormonbehandlung oder für einen chirurgischen Eingriff stellt letztverantwortlich ausschließlich die Ärztin/der Arzt, die/der die Maßnahme durchführt. Sie geht über die psychiatrische/psychotherapeutische Indikationsstellung hinaus und ist *„ein Kernstück ärztlicher Legitimation“* (Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 20.02.2015). Die BÄK stellt in ihrer Stellungnahme aus 2015 ergänzend klar, dass es sich bei einer medizinischen Indikation um *„ein normatives Konzept, das zwischen gerechtfertigten und nicht gerechtfertigten Maßnahmen differenziert“* handelt – sie ist gleichsam *„ein essentielles Element des ärztlichen Auftrags und ein zentraler Abwägungs-, Beurteilungs- und Entscheidungsvorgang“*, dessen Stellenwert nicht relativiert werden darf.

Diese Hervorhebung bekommt eine zusätzliche Bedeutung durch die besondere Rechtsnatur eines ärztlichen Heileingriffs. Demnach gilt:

„Jeder ärztliche Heileingriff erfüllt nach der aktuellen Rechtsprechung den Tatbestand der Körperverletzung. Zu den Heileingriffen zählen nicht nur therapeutische, sondern auch diagnostische Maßnahmen. Bei der Aufklärung sind die Wahrung des Selbstbestimmungsrechtes, der Autonomie und der Entscheidungsfreiheit des Patienten zu berücksichtigen. Sie haben einen eindeutigen Vorrang vor der medizinischen Auffassung des Arztes. Die Aufklärung des Patienten muss immer durch einen Arzt erfolgen. Es ist unzureichend, diese durch nichtärztliches Personal durchführen zu lassen. (...) Bei schwerwiegenden Eingriffen mit erheblichen Risiken können mehrere Gespräche erforderlich sein. Bei einem größeren zeitlichen Abstand zwischen dem Aufklärungsgespräch beziehungsweise der Vereinbarung eines Termins zur Operation und der Operation selbst kann ein erneutes Aufklärungsgespräch erforderlich werden, die sogenannte Doppelaufklärung (BGH NJW 1992, 2351).“ (Parzeller M. et al., 2007).

Auch die somatisch-ärztliche Indikationsstellung muss also – wie oben bereits erwähnt – enthalten,

dass die Betroffenen über die Behandlungsoptionen, sowie deren Grenzen und Risiken ausreichend aufgeklärt und informiert wurden.

Im Sinne dieser Begutachtungsanleitung muss daher die Indikationsstellung sowohl aus psychiatrisch/psychotherapeutischer als auch aus somatischer Sicht erfolgen und ergänzend zu diesen beiden Indikationsschreibern der Nachweis der erfolgten Aufklärung entsprechend den o.g. Punkten und den Empfehlungen der S3-LL 2018 vorgelegt werden.

2.5.9 Geschlechtsangleichende Maßnahmen

Diese BGA stellt die psychiatrisch/psychotherapeutischen Aspekte der Beurteilung der sozialmedizinischen Voraussetzungen für geschlechtsangleichende Maßnahmen dar. Die im Folgenden angegebenen geschlechtsangleichenden Maßnahmen können im Einzelfall nach Klärung der psychiatrisch/psychotherapeutischen Voraussetzungen die fachspezifische Begutachtung durch die jeweilige Fachrichtung erforderlich machen.

Zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen, mit der Möglichkeit der Annäherung an das andere Geschlecht aus Sicht eines „verständigen Betrachters“ (s. Kapitel 2.1, rechtliche Grundlagen, S.12, BSG-Urteil vom 11.09.2012, B 1 KR 9/12/R) zählen:

- Arzneimitteltherapie (gegengeschlechtliche **Hormonbehandlung**),
- **Epilationsbehandlung** (Gesicht/Hände) bei Mann-zu-Frau Transsexualismus,
- **Mastektomie**
- Mammaaugmentation,
- **Genitalangleichende** operative Maßnahmen,
- **Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie**.

Bei weiteren geschlechtsangleichenden Maßnahmen (z.B. **Kehlkopfreduktion**, operative Stimmlagenkorrektur, Rippenresektion, **Gesichtsfeminisierung**) ist nach gesicherter Diagnose, Vorliegen und nicht ausreichender Behandlung des krankheitswertigen **Leidensdruckes zu klären, ob eine deutliche Annäherung an das gewünschte Geschlecht erreicht wurde**. Diese Maßnahmen sind auch in **Abgrenzung zu kosmetischen Leistungen und unter dem besonderen Aspekt des Gleichbehandlungsgebotes ggf. fachspezifisch zu bewerten**. Anspruch auf geschlechtsangleichende Maßnahmen besteht nicht i.S. einer optimalen Annäherung an ein Idealbild. Die Ansprüche sind vielmehr beschränkt auf einen Zustand, der aus Sicht eines verständigen Betrachters dem **Erscheinungsbild des anderen Geschlechts deutlich angenähert** ist (s. Kapitel 2.1). Maßgeblich sind objektive Kriterien unter Berücksichtigung des anerkannten Stands der medizinischen Erkenntnisse.

2.5.9.1 Arzneimittel/gegengeschlechtliche Hormonbehandlung

In Deutschland sind bisher keine Arzneimittel mit einer speziellen Zulassung zum Einsatz bei Transsexualismus auf dem Markt, so dass die Hormonersatztherapie bei Personen mit Transsexualismus dem Grunde nach einen „off-label use“ darstellt. Die bestehenden Zulassungen können aber weit ausgelegt werden.

Der Beginn einer Hormonbehandlung ist in der Regel die entscheidende Weichenstellung in Richtung somatischer Eingriffe. Die gegengeschlechtliche Hormontherapie ist ein erheblicher Eingriff in die körperliche Integrität der Patienten (Meyer & Bojunga 2012). Sie führt zu weitreichenden, überwiegend irreversiblen Konsequenzen und birgt – insbesondere bei unkontrollierter Anwendung – ein nicht unerhebliches Risikopotential. Ziele der Hormontherapie sind eine möglichst weitgehende Suppression der unerwünschten sekundären Geschlechtsmerkmale des biologischen Geschlechtes und eine Ausbildung der Geschlechtsmerkmale des gewünschten Geschlechtes. Unter professioneller Betreuung weist die Hormonbehandlung ein akzeptables Risikoprofil auf. Vor Einleitung der Therapie ist daher nach Meyer & Bojunga (2012) ein umfangreiches Screening auf etwaige Risikofaktoren empfehlenswert. Vorbestehende Komorbiditäten müssen adäquat behandelt sein. Die Therapie und die Bestimmung der Frequenz der Kontrollen sollte durch eine/n endokrinologisch erfahrene/n Ärztin/Arzt durchgeführt werden. Die gegengeschlechtliche Hormonbehandlung muss auch nach der operativen Entfernung der Hoden bzw. der Eierstöcke lebenslang erfolgen.

Mögliche Effekte der feminisierenden und virilisierenden Hormontherapie sind in den nachfolgenden Tabellen dargestellt.

Tabelle 1: Effekte und zeitlicher Verlauf einer **feminisierenden Hormontherapie**⁸

	Erwarteter Wirkungseintritt	Erwarteter Zeitpunkt des maximalen Effektes
Brustwachstum	3-6 Monate	2-3 Jahre
Verweiblichung des Körpers mit Umverteilung des Fettgewebes	3-6 Monate	2-5 Jahre
Weicher werden der Haut	3-6 Monate	
Rückgang der Körper- und Gesichtsbehaarung	6-12 Monate	> 3 Jahre
Abnahme der Hodengröße	3-6 Monate	2-3 Jahre
Abnahme von sexuellem Verlangen und Erektionen	1-3 Monate	1-2 Jahre

⁸ Nach Hembree et al. 2017.

Tabelle 2: Effekte und zeitlicher Verlauf einer virilisierenden Hormontherapie⁹

	Erwarteter Wirkungseintritt	Ungefährer Zeitpunkt des maximalen Effektes
Aussetzen der Regelblutung	2-6 Monate	
Tiefe Stimme	3-12 Monate	1-2 Jahre
Vermännlichung des Körperbaus, Zunahme der Muskelmasse	6-12 Monate	2-5 Jahre (trainingsabhängig)
Bartwuchs, Körperbehaarung	3-6 Monate	3-5 Jahre
Klitoriswachstum	3-6 Monate	1-2 Jahre

2.5.9.2 Epilationsbehandlung im Gesicht und an den Händen bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus

Eine fachgerecht durchgeführte Epilation durch Elektrokoagulation (Nadelepilation) oder Laser ist geeignet, die männliche Behaarung im sichtbaren Bereich (Gesicht, Hände) bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus zu reduzieren bzw. im Idealfall dauerhaft zu beseitigen.

Die Nadelepilation kann entsprechend des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit den Gebührenordnungspositionen 02300 bzw. 10340¹⁰ in der vertragsärztlichen Versorgung abgerechnet werden. Seit 01.10.2017 ist die Laserepilation im Bereich Gesicht/Hände (EBM-Ziffern 02325, 02326, 02327 und 02328¹¹) als vertragsärztliche Leistung verfügbar. Diese setzt nach dem EBM „eine Begutachtung voraus, aus der hervorgeht, dass eine medizinische Indikation zur Durchführung geschlechtsangleichender Maßnahmen bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus (ICD-10-GM: F64.0) besteht“ (s. 2.2.6). Eine vorgeschaltete Hormonbehandlung muss nicht mehr nachgewiesen werden.

2.5.9.3 Mastektomie bei Frau-zu-Mann-Transsexualismus

Unter einer Mastektomie versteht man die Entfernung der Brustdrüsen. Andere Bezeichnungen für diese Operation sind Brustamputation oder Ablatio mammae.

2.5.9.4 Mammaugmentation bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus

Ein operativer Brustaufbau kann bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus nach Ausschöpfung der hormonellen Möglichkeiten indiziert sein, wenn sich unter einer gegengeschlechtlichen Hormonbehandlung kein ausreichendes Brustwachstum mit mindestens Körbchengröße A entwickelt

⁹ Nach Hembree et al. 2017.

¹⁰ EBM GOP 02300/10340: „Epilation durch Elektrokoagulation im Gesicht und/oder an den Händen bei krankhaftem und entstellendem Haarwuchs“.

¹¹ EBM GOP 02325-28: „Epilation mittels Lasertechnik bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus im Rahmen geschlechtsangleichender Maßnahmen im Gesicht und/oder am Hals“.

hat (vgl. BSG B 1 KR 9/12 R und B 1 KR 3/12 R, B 1 KR 11/12 R). Wie bereits weiter oben beschrieben, empfehlen auch die SoC (2012) vor dem operativen Brustaufbau für **mindestens ein Jahr feminisierende Hormontherapie** (s. auch Tabelle 1: Effekte und zeitlicher Verlauf einer feminisierenden Hormontherapie). Hembree et al. (2017) schreiben hingegen: „Bei allen Frauen zeigt die Brustgröße ein sehr breites Spektrum. Damit Transgender-Frauen die bestmögliche Entscheidung treffen können, sollte der Arzt die Brustaugmentation-Operation verschieben, bis die Patientin mindestens 2 Jahre Östrogentherapie abgeschlossen hat, da die Brüste während dieser Zeit weiter wachsen“.¹²

Aus sozialmedizinischer Sicht sollte zur Gewährleistung eines möglichst guten Operationsergebnisses eine Brustaugmentation bei gegebener Indikation in der Regel nach einer **zweijährigen feminisierenden Hormonbehandlung** erfolgen.

2.5.9.5 Genitalangleichende Maßnahmen

Eine Angleichung des Genitalbereiches bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus ist durch die hohe Ablatio testis (Hodenentfernung), die weitgehende Resektion der Corpora cavernosa (partielle Penisentfernung), die Schaffung einer Neoklitoris und Neovagina bei Reinsertion des Meatus urethrae (Neuanlage der Harnröhrenmündung) sowie die Anlage eines Labienreliefs möglich.

Die genitalangleichenden operativen Maßnahmen bei Frau-zu-Mann-Transsexualismus umfassen die Hysterektomie (Gebärmutterentfernung), die Adnexektomie (operative Entfernung von Eileiter und zugehörigem Ovar) und die Vaginektomie (Entfernung der Scheide). Die Entfernung der Gebärmutter und der Eierstöcke ist auch aus medizinischen Gründen wegen des unphysiologischen Einflusses der gegengeschlechtlichen Hormonersatztherapie angezeigt.

Zur äußeren Genitalangleichung stehen verschiedene Varianten zur Verfügung:

- Schaffung eines sogenannten Klitorispenoids (Metaidoioplastik: dies beinhaltet neben der Vaginektomie eine Freilegung der durch gegengeschlechtliche Hormonersatztherapie vergrößerten Klitoris und eine Verlängerung der Harnröhre bis zum Klitorisansatz durch Verschluss der inneren Schamlippen),
- Operativer Penoidaufbau, Implantation einer Erektionspumpen-Prothese sowie eine Skrotalplastik mit bilateraler Surrogat-Hoden-Implantation.

¹² Hembree et al., 2017, S.3893: „In all females, breast size exhibits a very broad spectrum. For transgender females to make the best informed decision, clinicians should delay breast augmentation surgery until the patient has completed at least 2 years of estrogen therapy, because the breasts continue to grow during that time (141, 155).“

2.5.9.6 Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

Die S3-LL 2018 sieht eine mögliche Indikation zur Stimmtherapie bei Transsexualismus vor (S3-LL, S. 67). Die Behandlung durch Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie zielt dabei auf eine Veränderung der Stimmgebung, der Klangfarbe sowie der Sprechmelodie ab.

Eine Stimmtherapie kann nach Maßgabe der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und Absatz 6 SGB V unter der Diagnosegruppe ST1 ärztlich verordnet und im vertraglichen Rahmen durch entsprechend zugelassene Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeuten erbracht werden.

2.6 Kriterien und Maßstäbe zur Begutachtung

Neben der Berücksichtigung der Vorgaben aus dem SGB V ergeben sich die Kriterien für die sozialmedizinische Begutachtung von Anträgen zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen insbesondere aus der BSG-Rechtsprechung aus den Jahren 1987 ff. und 2012 (s. Kapitel 2.4). An dieser Stelle sei noch einmal die Randnummer 9 des BSG-Urteils vom 11.09.2012 (B 1 KR 9/12 R) wiedergeben:

„Obwohl der Anspruch auf Krankenbehandlung psychischer Krankheiten grundsätzlich nicht körperliche Eingriffe in intakte Organsysteme erfasst, können zur notwendigen Krankenbehandlung des Transsexualismus – als Ausnahme von diesem Grundsatz – operative Eingriffe in den gesunden Körper zwecks Veränderung der äußerlich sichtbaren Geschlechtsmerkmale gehören (...) Die genannten operativen Eingriffe in den gesunden Körper müssen medizinisch erforderlich sein (...).“

Daneben beruhen die hier erarbeiteten Begutachtungskriterien auf den aktuellen Empfehlungen der Behandlungsleitlinien zu Transsexualismus bzw. Genderdysphorie (APA, Byne et al., 2012; SoC 2012; RCP, Wylie et al. 2014; Hembree et al. 2017; S3-LL 2018). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die in der S3-LL 2018 zusammengetragenen wissenschaftlichen Belege in qualitativer Hinsicht auf niedrigem Evidenzniveau beruhen (Kohortenstudien und vorwiegend Expertenkonsens).

Als maßgebliche Kriterien sind daher für die sozialmedizinische Begutachtung von beantragten geschlechtsangleichenden Maßnahmen bei Transsexualismus zu nennen:

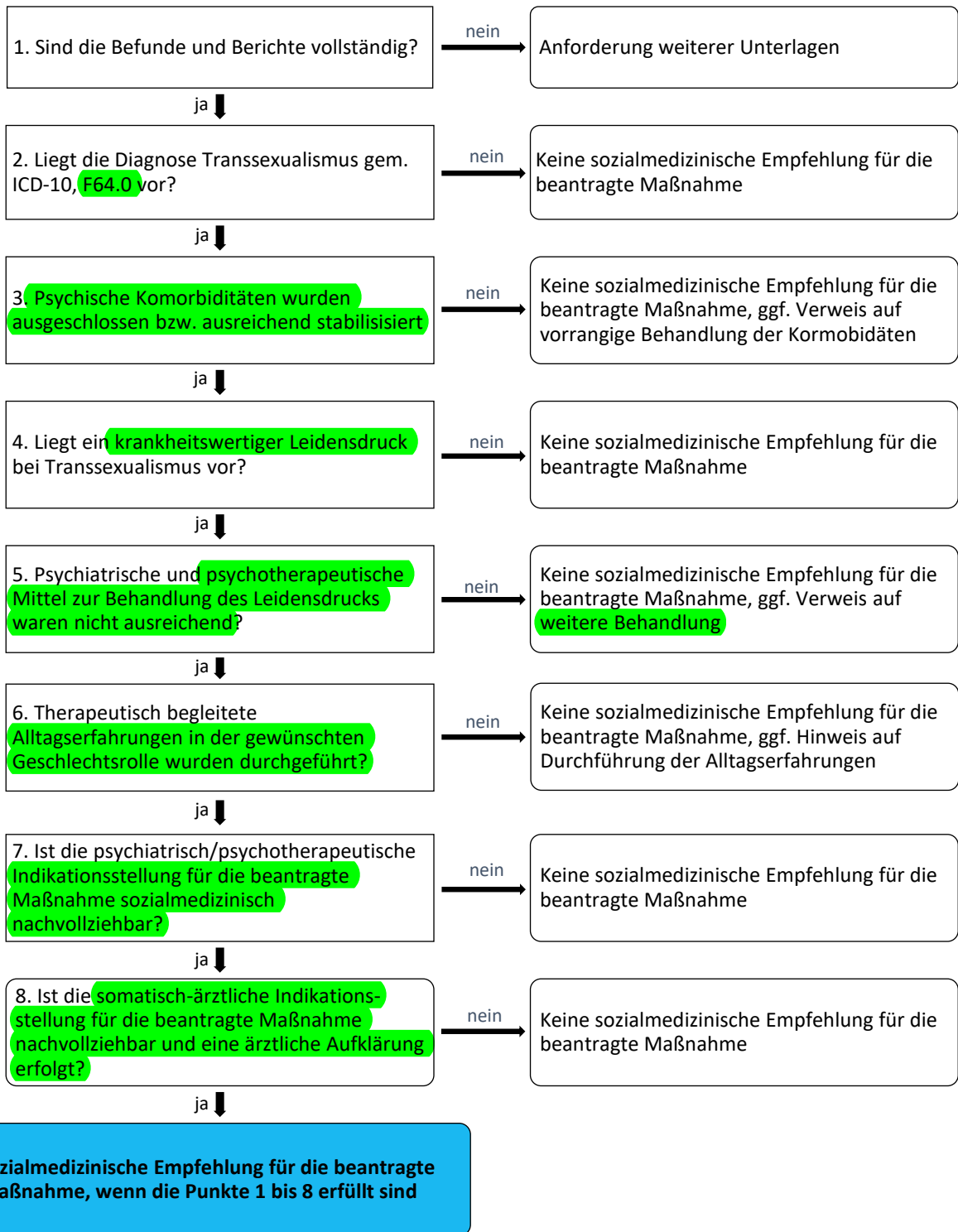
- Valide Diagnosestellung eines Transsexualismus gem. ICD-10, GM (F64.0),
- krankheitswertiger Leidensdruck bei Transsexualismus,
- der Leidensdruck konnte durch psychiatrische und psychotherapeutische Mittel nicht ausreichend gemindert werden.

Darüber hinaus sind „psychotherapeutisch reflektierte“¹³ Alltagserfahrungen im empfundenen Geschlecht vor z.B. geschlechtsangleichenden Operationen und die Informiertheit des Versicherten bzgl. der verschiedenen Maßnahmen bei der sozialmedizinischen Begutachtung zu berücksichtigen.

¹³ S. S3-LL 2018, S. 45

Anhand des nachfolgenden Flussdiagramms sind die relevanten Bewertungs- und Arbeitsschritte für die Begutachtung dargestellt und jeder Schritt wird anhand einer dazugehörigen Legende näher erläutert.

Begutachtungsauftrag zur Überprüfung der Indikation einer geschlechtsangleichenden Maßnahme bei Transsexualismus



Legende zu Schritt 1: Sind die Befunde und Berichte vollständig?

Die sozialmedizinische Begutachtung medizinischer Maßnahmen basiert auf dem psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen und somatischen Befund- und Verlaufsbericht und der psychiatrisch/psychotherapeutischen und ärztlich-somatischen Indikationsstellung.

Liegen keine aussagefähigen Unterlagen vor und werden diese nicht fristgerecht von den Behandelnden zugesandt, so ist eine adäquate Einzelfallbegutachtung nicht möglich. Dies sollte ggf. als Ergebnis der beauftragenden Krankenkasse so mitgeteilt werden.

Obligate Unterlagen zur Begutachtung (s. Kapitel 2.5):

- Ausführlicher psychiatrisch/psychotherapeutischer Befund- und Verlaufsbericht mit Angaben zu
 - Anamnese,
 - Diagnose und differentialdiagnostische Überlegungen,
 - begleitenden psychischen Störungen,
 - krankheitswertigem Leidensdruck,
 - Behandlung des Leidensdruckes,
 - Behandlung der Komorbiditäten (falls vorhanden),
 - Begleitung der Alltagserfahrungen,
- Befundberichte zu somatischen Untersuchungsergebnissen (z.B. gynäkologisch, andrologisch, urologisch, endokrinologisch),
- Psychiatrisch/psychotherapeutische Indikationsstellung zur medizinischen Notwendigkeit der beantragten geschlechtsangleichenden Maßnahme,
- Somatisch-ärztliche Indikationsstellung durch die/den die beantragte geschlechtsangleichende Maßnahme durchführende Ärztin/Arzt inkl. Nachweis der Aufklärung,
- Leistungsauszug der Krankenkasse der letzten fünf Jahre.

Im Einzelfall hilfreiche, jedoch nicht obligate Unterlagen zur Begutachtung

- Ein **biografischer Bericht** der Versicherten zum **transsexuellen Werdegang, den bisherigen Behandlungsmaßnahmen und der bisherigen Alltagserfahrung sowie zur aktuellen Lebenssituation,**
- **Gerichtsgutachten** sofern bereits eine gerichtliche Vornamens-/Personenstandsänderung nach dem Transsexuellengesetz durchgeführt wurde.

Legende zu Schritt 2: Liegt die Diagnose Transsexualismus gem. ICD-10, F64.0 vor?

Die Diagnose „Transsexualismus“ nach ICD-10 ist durch umfassende somatische und psychotherapeutische / psychiatrische Untersuchungen festzustellen und im Behandlungsbericht darzulegen. Im Rahmen des diagnostischen Prozesses ist auszuschließen, dass die transsexuelle Entwicklung auf andere psychische Störungen oder somatische Erkrankungen zurückzuführen ist. Darüber hinaus müssen komorbide psychische Störungen ausgeschlossen bzw. leitliniengerecht behandelt und ausreichend stabilisiert sein.

Folgende Informationen aus den vorgelegten Unterlagen sind hierfür notwendig:

- Anamneseerhebung mit Erfassung der psychosexuellen Entwicklung, Sozialanamnese, biographische und medizinische Anamnese,
- Erhebung des psychischen Befundes
- ggf. fachärztliche psychiatrische oder psychosomatische Untersuchung
- körperliche Untersuchung mit Erhebung des urologischen bzw. gynäkologischen sowie endokrinologischen Befundes,
- erfolgt die Diagnosestellung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten, kann für die sozialmedizinische Begutachtung ein ergänzender psychiatrischer Konsiliarbericht erforderlich sein (z.B. zum Ausschluss einer organisch bedingten psychischen Störung).

Auf Basis der Sozialrechtsprechung und der Diagnosekriterien nach ICD-10 und DSM-5 wird aus sozialmedizinischer Sicht ein **ausreichend langer Zeitraum für Diagnosestellung, Differentialdiagnostik, Feststellung des krankheitswertigen Leidensdruckes empfohlen,** in dem sich die Patientin/der Patient regelmäßig bei der/dem psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandelnden vorstellen sollte. **Über welchen Zeitraum und in welcher Frequenz Versicherte sich zur Sicherung der Diagnose und Ausschluss bzw. Stabilisierung von Komorbiditäten bei Behandelnden vorstellen, liegt im Ermessen und in der Verantwortung der Behandelnden.**

Legende zu Schritt 3: Psychische Komorbiditäten wurden ausgeschlossen bzw. ausreichend stabilisiert?

Komorbid psychische Störungen sollen im Rahmen der Diagnostik und der weiteren Behandlungsplanung vor geschlechtsangleichenden Maßnahmen ausgeschlossen bzw. störungsspezifisch und leitliniengerecht ausreichend behandelt und stabilisiert sein.

Für die sozialmedizinische Begutachtung ist es daher notwendig, dass aus dem psychiatrisch/psychotherapeutischen Befund- und Verlaufsbericht hervorgeht, ob und wenn ja, **welche komorbiden psychischen Störungen vorliegen und mit welchen Maßnahmen und welchem Therapieergebnis diese behandelt wurden.**

Legende zu Schritt 4: Liegt ein krankheitswertiger Leidensdruck vor?

Vor dem Hintergrund der ständigen Rechtsprechung des BSG kommt der Einschätzung des krankheitswertigen Leidensdrucks bei Transsexualismus als Voraussetzung einer Leistungspflicht der GKV für geschlechtsangleichende Maßnahmen eine zentrale Bedeutung zu. Im psychiatrisch/psychotherapeutischen Befundbericht muss nachvollziehbar und konkret dargelegt sein, **wie sich im individuellen Fall der krankheitswertige Leidensdruck äußert und welche Auswirkungen der Leidensdruck auf soziale, berufliche oder andere wichtigen Funktionsbereiche hat. Der individuelle Leidensdruck kann z.B. über die Verbalisation oder das beobachtbare Verhalten der Person erfasst und in verschiedene Schweregrade eingeteilt werden.**

Wenn kein krankheitswertiger Leidensdruck festzustellen ist, liegen aus sozialmedizinischer Sicht die Voraussetzungen für eine Leistungspflicht der Krankenkasse für geschlechtsangleichende Maßnahmen nicht vor (BSG 3 RK 15/86).

Legende zu Schritt 5: Psychiatrische und psychotherapeutische Mittel zur Behandlung des krankheitswertigen Leidensdruckes wurden ausgeschöpft?

Da die Sozialrechtsprechung insbesondere geschlechtsangleichende Operationen nur i.S. einer „ultima ratio“ vorsieht, müssen zuvor psychiatrische und psychotherapeutische Mittel zur Behandlung des krankheitswertigen Leidensdrucks ausgeschöpft sein. Eine zeitliche Vorgabe ist in der BSG-Rechtsprechung nicht enthalten (s. Kapitel 2.4).

In Anlehnung an die PT-RL ist die kürzeste strukturierte Behandlungsmaßnahme eine Kurzzeittherapie im **Umfang von 12 Sitzungen à 50 Minuten. Dieser zeitliche Umfang wird als mindestens erforderlich angesehen, um zu klären, dass der krankheitswertige Leidensdruck durch psychiatrische und psychotherapeutische Mittel nicht ausreichend gelindert werden konnte.**

Inklusive der Diagnostik soll bei der Behandlung des krankheitswertigen Leidensdruckes mit psychiatrischen und psychotherapeutischen Mitteln ein Zeitraum von **sechs Monaten** nicht unterschritten werden.

Dabei können neben einer Richtlinien-Psychotherapie auch andere Behandlungssettings mit einem vergleichbaren zeitlichen Mindestumfang in Frage kommen. Dies umfasst z.B. eine psychotherapeutische Akutbehandlung, psychiatrische / psychosomatische Facharztbehandlung, Komplexbehandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA), supervidierte Psychotherapie in einem Ausbildungsinstitut oder regelmäßige Vorstellungen in einer spezialisierten Hochschulambulanz.

Im psychiatrisch/psychotherapeutischen Befundbericht muss nachvollziehbar und konkret dargelegt sein,

- mit welchen Maßnahmen der Leidensdruck konkret behandelt wurde,
- welche Änderungen sich im Behandlungsverlauf bzgl. der Auswirkungen auf soziale, berufliche oder andere wichtige Funktionsbereiche ergeben haben,
- in welchem Zeitraum und Umfang die Behandlung erfolgte,
- dass trotz psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung weiterhin ein krankheitswertiger Leidensdruck besteht.

Legende zu Schritt 6: Therapeutisch begleitete Alltagserfahrungen in der gewünschten Geschlechtsrolle wurden durchgeführt?

Für die sozialmedizinische Begutachtung sind konkrete Informationen zum Leben im Alltag im empfundenen Geschlecht und den damit verbundenen Erfahrungen erforderlich. In Anlehnung an die Empfehlungen der Behandlungsstandards (S3-LL 2018, SoC 2012) wird i.d.R. eine therapeutisch begleitete Alltagserfahrung in der angestrebten Geschlechtsrolle kontinuierlich und in allen Lebensbereichen über einen ausreichend langen Zeitraum vor geschlechtsangleichenden Maßnahmen als erforderlich angesehen. Bei genitalangleichenden Operationen ist für die Alltagserfahrungen – bezugnehmend auf die SoC – i.d.R. ein Zeitraum von mindestens 12 Monaten zu fordern, um eine voll informierte soziale und medizinische Transition zu ermöglichen und das Risiko für Bedauern („regrets“) und Retransitionen zu minimieren. Abweichungen davon müssen von den Behandelnden nachvollziehbar begründet werden. Einzelne Maßnahmen, z.B. Epilationsbehandlung, Hormonbehandlung oder Mastektomie, können auch schon zu einem früheren Zeitpunkt erforderlich sein, um die Alltagserfahrungen zu ermöglichen. Auch dies muss von den Behandelnden begründet werden (s. Kapitel 2.5.6).

Für die sozialmedizinische Begutachtung muss aus dem Befundbericht das Erreichen der individuell festgelegten Ziele der therapeutisch begleiteten Alltagserfahrungen hervorgehen.

Legende zu Schritt 7: Ist die psychiatrisch/psychotherapeutische Indikationsstellung nachvollziehbar?

Die psychiatrisch/psychotherapeutische Indikationsstellung soll neben Angaben zur Diagnose und komorbiden Störungen Angaben zu folgenden Punkten enthalten (s. Kapitel 2.5.8):

- die Informiertheit des Behandlungssuchenden über Diagnose und über alternative Behandlungsoptionen,
- eine ausreichende psychosoziale Stabilität,
- die Fähigkeit der Person zur realistischen Einschätzung der Möglichkeiten und Grenzen der geplanten Maßnahme,
- die Zweckmäßigkeit der geplanten Maßnahme,
- geplante transitionsbegleitende Nachsorge aus psychosozialer Sicht.

Die Feststellung der Zweckmäßigkeit ist Voraussetzung für die Indikationsstellung. Dies bedeutet für die Begutachtung in diesem Zusammenhang, dass überprüft werden muss, ob der durch psychiatrische und psychotherapeutische Mittel nicht linder- oder heilbare Leidensdruck durch die beantragte somatische Maßnahme gelindert oder geheilt werden kann. Ist die Erreichung dieses Ziels zu erwarten und übersteigt der Nutzen die Risiken, kann von der Zweckmäßigkeit der Maßnahme ausgegangen werden.

Legende zu Schritt 8: Ist die somatisch-ärztliche Indikationsstellung für die beantragte Maßnahme nachvollziehbar und eine ärztliche Aufklärung erfolgt?

Die somatische Indikationsstellung für eine Hormonbehandlung, Epilationsbehandlung oder für einen chirurgischen Eingriff stellt letztverantwortlich ausschließlich die Ärztin/der Arzt, die/der die Maßnahme durchführt. Diese Indikationsstellung geht über die psychiatrisch/psychotherapeutische Indikationsstellung hinaus (s. Kapitel 2.5.8).

Aus der ärztlich-somatischen Indikationsstellung muss hervorgehen, dass die Betroffenen über die Behandlungsoptionen sowie deren Grenzen und Risiken ausreichend aufgeklärt und informiert wurden.

Legende zur abschließenden sozialmedizinischen Empfehlung für die beantragten Maßnahmen, wenn die Punkte 1-8 erfüllt sind

Wenn alle Kriterien gemäß Punkt 1-8 erfüllt sind, kann aus sozialmedizinischer Sicht bestätigt werden, dass die psychiatrisch/psychotherapeutischen Voraussetzungen für eine Kostenübernahme für die beantragte geschlechtsangleichende Maßnahme erfüllt sind.

Abhängig von der Art der beantragten geschlechtsangleichenden Maßnahme sollte ggf. eine Weiterleitung an einen entsprechenden sozialmedizinischen Fachgutachter erfolgen, um zu klären, ob die fachspezifischen Voraussetzungen zur geplanten Art der Maßnahme/Technik etc. vorliegen.

Wenn aus sozialmedizinischer Sicht nicht bestätigt werden kann, dass die psychiatrisch/psychotherapeutischen Voraussetzungen für eine Kostenübernahme für die beantragte geschlechtsangleichende Maßnahme erfüllt sind, muss dies unter Berücksichtigung der BGA erläutert werden.

2.7 Versorgung mit technischen Produkten / Hilfsmitteln

Eine Hilfsmittelversorgung bei Transsexualismus setzt als Eingangsvoraussetzungen die in Kapitel 2.6 dargestellten Kriterien voraus.

Für die Begutachtung eines Hilfsmittels sind zusätzlich die sozialmedizinischen Voraussetzungen der Hilfsmittelbegutachtung anzuwenden, zusammengefasst im *"Begutachtungsleitfaden Einzelfall-Beratung und -Begutachtung der Versorgung mit Hilfsmitteln gemäß § 275 Abs. 3 Satz 1 SGB V"*.

Der Versorgungsanspruch auf Hilfsmittel ergibt sich aus § 33 Abs. 1 SGB V. Dort heißt es: *"Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind."*

§ 6 Absatz 3 der Hilfsmittel-Richtlinie des G-BA enthält – wie auch in der vorgenannten Begutachtungsanleitung ausgeführt wird – u.a. folgende relevante Verordnungsgrundsätze: *"Die Notwendigkeit für die Verordnung von Hilfsmitteln (konkrete Indikation) ergibt sich nicht allein aus der Diagnose. Unter Gesamtbetrachtung (ICF) der funktionellen/strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen), der noch verbliebenen Aktivitäten und einer störungsbildabhängigen Diagnostik sind der Bedarf, die Fähigkeit zur Nutzung, die Prognose und das Ziel einer Hilfsmittelversorgung auf der Grundlage realistischer, für den Versicherten alltagsrelevanter Anforderungen zu ermitteln. Dabei sind die individuellen Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt als Voraussetzung für das angestrebte Behandlungsziel zu berücksichtigen. Hier wird also festgelegt, dass der verordnende Arzt sich der Systematik der ICF bedienen soll. Dem muss auch die Begutachtung folgen."*

Der GKV-Spitzenverband erstellt gemäß § 139 SGB V ein Hilfsmittelverzeichnis und schreibt dieses regelmäßig fort. Das Verzeichnis enthält auch Qualitätsanforderungen an die Hilfsmittel (bei Transsexualismus z.B. Perücken, Penis-Hoden-Epithesen, postoperativ notwendige Brustbandagen).

Das Hilfsmittelverzeichnis stellt diesbezüglich eine Orientierungs- und Auslegungshilfe dar, es handelt sich nicht um eine "Positivliste". Aber auch bei einem im Einzelfall nicht gelisteten Hilfsmittel darf nur eine ausreichende, zweckmäßige, funktionsgerechte und wirtschaftliche Versorgung zu Lasten der GKV erbracht werden. Die Abgabe von Hilfsmitteln erfolgt gem. § 126 Abs. 1 SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit den Leistungserbringern nach § 127 Abs. 1 und 3 SGB V.

Im Hilfsmittelverzeichnis sind u.a. Hilfsmittel zum Haarersatz (Perücken) in der Produktgruppe 34 „Haarersatz“, Brustbandagen zur postoperativen Versorgung in der Produktgruppe 05.11.04 der Produktgruppe 05 „Bandagen“ und Penis-Hoden-Epithesen spezifisch zur Versorgung bei Frau-zu-Mann-Transsexualismus in der Produktart 35.27.01.0 der Produktgruppe 35 aufgeführt.

Eine Versorgung mit Haarersatz/Perücken kann bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus nur in Betracht kommen, wenn aufgrund des ursprünglich männlichen Haarwuchses kein weibliches Erscheinungsbild erzielt werden kann. Unter Berücksichtigung des Gleichstellungsgebots kann hier eine Versorgung erfolgen, wie sie auch bei anderen Frauen mit erheblicher Alopezie möglich ist (BSG, B 3 KR 66/01 R).

Die Begutachtung von *postoperativ erforderlichen Hilfsmitteln* (u.a. Hilfsmittel zur Narbenkompression nach Mastektomie, **Brustbandagen / Brustgürtel nach Brustaufbau**) erfolgt nach den o.g. Kriterien der Hilfsmittel-Richtlinie. Voraussetzung einer Begutachtung ist, dass die **operativen Maßnahmen bereits von der Krankenkasse genehmigt worden** sind.

Eine Versorgung mit **Penis-Hoden-Epithesen** kann im individuellen Fall den Leidensdruck verringern (vgl. S3-LL 2018, S. 80) und kommt bei Versicherten mit Frau-zu-Mann-Transsexualismus in Betracht, wenn die o.g. Eingangsvoraussetzungen erfüllt sind. Auf die Beschreibung des individuell vorliegenden **Leidensdruckes und die Zweckmäßigkeit der Hilfsmittelversorgung ist hier besonders zu achten**. Die Epithesen werden aus medizinischem Silikon individuell modelliert und im Einzelfall so gefertigt, dass die Möglichkeit besteht, mit ihnen zu urinieren und Geschlechtsverkehr zu haben. Gleichwohl dienen sie **vorrangig dem optischen Ausgleich und der sozialen Eingliederung**. Es muss eine Situation vorliegen, die es nachvollziehbar erschwert oder gar unmöglich macht, sich frei und unbefangen unter Mitmenschen zu bewegen. Somit ergibt sich hier keine strenge medizinische oder sozialmedizinische Indikation, sondern lediglich eine sozialmedizinische Prüfung im Einzelfall ggf. zur Sicherung der Krankenbehandlung.

3 Zusammenarbeit Krankenkasse/MDK

Die sozialmedizinische Begutachtung soll die gesetzlichen Krankenkassen in die Lage versetzen, eine leistungsrechtliche Entscheidung zu treffen.

Der allgemein anerkannte medizinische Erkenntnisstand, der sich durch medizinische Leitlinien ergibt, muss bei der sozialmedizinischen Begutachtung von beantragten Leistungen zu Lasten der GKV mit dem Leistungsrecht des SGB V und der Sozialrechtsprechung abgeglichen werden.

Die Veranlassung psychiatrischer / psychotherapeutischer Maßnahmen ist durch die vertragsärztliche Versorgung sicher gestellt und in der Regel nicht Gegenstand einer Begutachtung durch den MDK.

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht bezüglich geschlechtsangleichender Maßnahmen Anspruch auf Leistungen durch vertragliche Leistungserbringer bzw. in Vertragskliniken.

Bei gegebenen Voraussetzungen kann im Einzelfall eine Leistungspflicht der GKV für folgende geschlechtsangleichende Maßnahmen bestehen:

- Arzneimitteltherapie (gegengeschlechtliche Hormonbehandlung),
- Epilationsbehandlung zur Änderung der Behaarung an Gesicht, Hals und Händen,
- Brustchirurgie,
- Genitalangleichende operative Maßnahmen,
- Stimm-, Sprech- und Sprechtherapie.

Bei weiteren geschlechtsangleichenden Maßnahmen (z.B. Kehlkopfreduktion, operative Stimmlagenkorrektur, Rippenresektion, Gesichtsfeminisierung) ist nach gesicherter Diagnose, Vorliegen und ausgeschöpfter Behandlung des krankheitswertigen Leidensdruckes zu klären, ob eine deutliche Annäherung an das gewünschte Geschlecht erreicht wurde (s. Kapitel 2.1, rechtliche Grundlagen, BSG-Urteil vom 11.09.2012, B 1 KR 9/12 R; B 1 KR 3/12 R; B 1 KR 11/12 R). Diese Maßnahmen sind auch in Abgrenzung zu kosmetischen Leistungen und unter dem besonderen Aspekt des Gleichbehandlungsgebotes ggf. fachspezifisch zu bewerten.

Anträge auf Leistungen zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen werden bei der Krankenkasse eingereicht, dort geprüft und bei Bedarf dem MDK zur Begutachtung vorgelegt. Für die sozialmedizinische Begutachtung muss eine konkrete Beschreibung der geplanten Maßnahme(n) durch die Leistungserbringer vorliegen.

Hierbei sind die zeitlichen Fristen zur Übermittlung der gutachtlichen Stellungnahme durch den Medizinischen Dienst und zur Leistungsentscheidung durch die Krankenkasse gemäß § 13 Absatz 3a SGB V zu beachten (s. Kapitel 3. 4 Fristen).

3.1 Fallauswahl und Fallbearbeitung bei der Krankenkasse

Die Fallauswahl obliegt der Krankenkasse. Sie entscheidet, in welchen Fällen und mit welcher konkreten Fragestellung sie den MDK mit einer Begutachtung beauftragt.

Nach § 276 Abs. 1 Satz 1 SGB V obliegt es den Krankenkassen, dem MDK die für die Beratung und Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Außerdem besteht eine Auskunftspflicht der Ärztin/des Arztes oder von Angehörigen eines anderen Heilberufs nach § 100 SGB X.

Der jeweils ausführende MDK entscheidet über die Art und Form der Auftrags erledigung. Es ist ein zügiges und ein der Fragestellung angemessenes Verfahren zu wählen.

Um eine sachgerechte sozialmedizinische Begutachtung zu ermöglichen, müssen folgende Unterlagen vorliegen, wobei die datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu beachten sind:

- konkreter Leistungsantrag des Betroffenen möglichst mit Bezeichnung aller kurz-, mittel- und langfristig angestrebten geschlechtsangleichenden Maßnahmen,
- Krankenkassendaten über bisher durchgeführte Maßnahmen,
- Namen der/des behandelnden Psychotherapeuten, Psychiaters, Endokrinologen, Gynäkologen/Urologen,
- Ggf. vom Versicherten eingereichte Befundberichte/Entlassungsberichte,
- psychiatrisch/psychotherapeutischer Behandlungs- bzw. Verlaufsbericht gemäß inhaltlichen Kriterien wie unter 2.3 bezeichnet,
- Behandlungsberichte (z.B. Endokrinologie, Gynäkologie/Urologie),
- Fachärztliche Befunde je nach beantragter Leistung,
- Psychiatrisch/psychotherapeutische Indikationsstellung,
- Somatisch-ärztliche Indikationsstellung.

Auf die Möglichkeit der Nutzung des Mitteilungsmanagementverfahrens (MiMa) zur Gewährleistung des Datenschutzes wird hier ausdrücklich verwiesen.

Darüber hinaus unterstützen die sozialmedizinische Begutachtung folgende Berichte, die aber nicht zwingend vorgelegt werden müssen:

- biografischer Bericht des/der Versicherten zum transsexuellen Werdegang, den bisherigen Behandlungsmaßnahmen und der bisherigen Alltagserfahrung sowie zur aktuellen Lebenssituation im Hinblick auf Familie und Partnerschaft, Wohnen, Schule, Beruf und soziale Beziehungen,
- die im Zuge der Vornamens- und Personenstandsänderung erstellten Gerichtsgutachten.

3.2 Sozialmedizinische Fallberatung (SFB) zwischen Krankenkasse und MDK

Die sozialmedizinische Fallberatung kann in diesem Begutachtungsfeld der Strukturierung des Vorgehens dienen (sozialmedizinische Fallsteuerung). Im Rahmen der SFB wird entschieden, ob weitere Unterlagen bei der/dem Versicherten und/oder den Leistungserbringern anzufordern sind.

Eine fallabschließende Fallberatung soll nur bei eindeutiger Sachlage erfolgen. Insbesondere in Fällen, bei denen eine beantragte Maßnahme aus sozialmedizinischer Sicht nicht empfohlen werden kann, ist eine ausführliche schriftliche Stellungnahme mit Begründung erforderlich, damit die Krankenkasse und der Versicherte dies nachvollziehen können.

3.3 Zusammenarbeit Leistungserbringer und MDK

Die Leistungserbringer sind gemäß § 276 Abs. 2 Satz 2 SGB V verpflichtet, Sozialdaten auf Anforderung des Medizinischen Dienstes unmittelbar an diesen zu übermitteln, soweit dies für die gutachtliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich ist, wenn die Krankenkassen nach § 275 Abs. 1 bis 3 eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung durch den Medizinischen Dienst veranlasst haben.

Nach § 100 SGB X „*Auskunftspflicht des Arztes oder Angehörigen eines anderen Heilberufs*“ sind Ärzte, Krankenhäuser oder Angehörige eines anderen Heilberufs verpflichtet, dem Leistungsträger im Einzelfall auf Verlangen Auskunft zu erteilen, soweit es für die Durchführung von dessen Aufgaben erforderlich und es gesetzlich zugelassen ist oder der Betroffene im Einzelfall eingewilligt hat. Die Einwilligung bedarf der Schriftform, soweit nicht wegen besonderer Umstände eine andere Form angemessen ist.

Unterlagen, die Versicherte über ihre Mitwirkungspflicht nach den §§ 60 und 65 SGB I hinaus ihrer Krankenkasse freiwillig selbst überlassen haben (z. B. Gerichtsgutachten zur Vornamens- und Personenstandsänderung), dürfen an den Medizinischen Dienst nur weitergegeben werden, soweit die Versicherten eingewilligt haben (§ 276 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

3.4 Fristen

Die Krankenkassen haben nach § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V über genehmigungspflichtige Leistungsanträge von geschlechtsangleichenden Maßnahmen bei Transsexualismus grundsätzlich innerhalb von drei Wochen zu entscheiden. Bei MDK-Vorlage beträgt die Entscheidungsfrist der Krankenkasse fünf Wochen nach Zugang des Leistungsantrages (vgl. § 13 Absatz 3a Satz 2 SGB V). Über die MDK-Vorlage sind die Versicherten zur Vermeidung des Eintritts einer Genehmigungsfiktion vor Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang idealerweise schriftlich von den Krankenkassen zu unterrichten.

Der MDK nimmt unter Berücksichtigung der ihm von der Krankenkasse mitgeteilten Gesamtfrist von fünf Wochen innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung, wodurch die Stellungnahme spätestens am letzten Tag der Frist von drei Wochen bei der Krankenkasse eingegangen sein muss. Diese Frist gilt

für den MDK als Gesamtorganisation, sodass sich diese Frist nicht verlängert, falls der Begutachtungsauftrag z. B. innerhalb des MDK weitergeleitet wird oder weitere Begutachtende hinzugezogen werden. Die Krankenkasse ist sofort darüber zu informieren, wenn die Bearbeitung beim MDK aufgrund unvollständiger Unterlagen nicht abschließend möglich ist und weitere begutachtungsrelevante Informationen benötigt werden. Um über den Antrag abschließend entscheiden zu können, müssen die Krankenkassen alle wichtigen und relevanten Informationen hierzu erhalten. Sie haben unverzüglich darauf hinzuwirken, dass alle für die Entscheidung notwendigen Informationen eingeholt werden. Dabei haben die Versicherten Mitwirkungspflichten nach §§ 60 ff. SGB I zu beachten; nach § 66 SGB I kann die Leistung bei fehlender Mitwirkung auch versagt werden.

Nach § 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V ist es Aufgabe der Krankenkassen, die Versicherten rechtzeitig schriftlich innerhalb der maßgeblichen Frist darüber zu informieren, dass die weitere Bearbeitung bis zum Vorliegen der angeforderten Unterlagen nicht möglich ist (hinreichender Grund), damit nicht wegen eines Fristversäumnisses eine Genehmigungsfiktion der beantragten Leistung eintritt. Gründe, die im Verantwortungsbereich der Krankenkasse oder des MDK liegen (z. B. Organisationsmangel, Arbeitsüberlastung), sind keine hinreichenden Gründe. Das Auftreten einer Epidemie bzw. Pandemie (wie z. B. Coronavirus/COVID-19) kann unter Umständen einen hinreichenden Grund darstellen, da diese nicht dem Verantwortungsbereich der Krankenkasse oder dem MDK zugerechnet werden können. Die Krankenkassen teilen den Versicherten vor Fristablauf schriftlich mit, welche neue Entscheidungsfrist für sie maßgeblich ist (taggenaue Prognose).

4 Gutachten

Die Auswahl des Produktes gemäß Produktkatalog der MDK-Gemeinschaft obliegt dem jeweils beauftragten MDK (Gutachten nach Aktenlage / Gutachten durch persönliche Befunderhebung). Sie richtet sich nach der jeweiligen Fragestellung, Art und Umfang der vorgelegten Unterlagen sowie der dargelegten medizinischen Befunde. Es kann erforderlich sein, die sozialmedizinische Begutachtung interdisziplinär durchzuführen.

In der Regel erfolgt die Begutachtung per Aktenlage anhand der vorliegenden Unterlagen. Eine Begutachtung durch persönliche Befunderhebung erfolgt nur, wenn die Gutachterin/der Gutachter dieses im Einzelfall für erforderlich hält. Fehlende oder unzureichende Unterlagen begründen eine persönliche Befunderhebung in der Regel nicht. Im sozialmedizinischen Gutachten ist gezielt zu den im Begutachtungsauftrag genannten Fragen der Krankenkasse Stellung zu nehmen. Die sozialmedizinische Empfehlung sollte die Fragen konkret beantworten und somit der Krankenkasse eine leistungsrechtliche Entscheidung ermöglichen. Das Ergebnis der MDK-Begutachtung ist der Krankenkasse nach Eingang des Auftrages unter Berücksichtigung des Patientenrechtegesetzes zeitnah mitzuteilen (s. Kapitel 3.4 Fristen).

Aus datenschutzrechtlichen Aspekten dürfen in der den Auftrag gebenden Krankenkasse übermittelten Ausfertigung des Gutachtens keine detaillierten Angaben zur transsexuellen Entwicklung gemacht werden. Auch für diesen Begutachtungsanlass gelten – wie oben beschrieben – die Vorgaben des § 277 Absatz 1 SGB V, Mitteilungspflichten.

5 Vorgehen bei Widersprüchen/Einsprüchen

5.1 Widerspruch des Versicherten

Der Widerspruch richtet sich gegen die Entscheidung der Krankenkasse. Ihr obliegt das weitere Verfahren. Sie kann den MDK zu einer erneuten sozialmedizinischen Stellungnahme auffordern. Für eine sachgerechte Begutachtung benötigt der MDK dann die gesamte Akte einschließlich aller Vorgutachten, Unterlagen sowie der Widerspruchsschreiben des/der Versicherten und der/des Behandelnden.

Sollte ein Widerspruch oder Einwand direkt an den MDK geschickt worden sein, leitet dieser ihn umgehend an die zuständige Krankenkasse weiter, die dann über das weitere Vorgehen entscheidet.

5.2 Einspruch der Krankenkasse

Bestehen zwischen der Krankenkasse und dem MDK unterschiedliche Auffassungen über Qualität oder Ergebnis der gutachtlichen Stellungnahme oder besteht ein zusätzlicher medizinischer Beurteilungsbedarf der Krankenkasse, so gibt diese das Gutachten unter Darlegung der Gründe und Angabe der noch offenen Gutachtenfragen an den MDK zurück. Der MDK prüft den Einspruch und nimmt erneut Stellung.

6 Ergebnismitteilung

Art und Umfang der Ergebnismitteilung sind gesetzlich festgelegt (§ 277 SGB V).

Aus datenschutzrechtlichen Aspekten sollen keine detaillierten Angaben zur transsexuellen Entwicklung gemacht werden. Dies gilt für die Vorgeschichte und für die relevanten Angaben zum Befund. Eine wesentliche Voraussetzung für die Befürwortung der medizinischen Notwendigkeit für die beantragten Leistungen ist der klinisch-relevante Leidensdruck, der nicht ausreichend durch psychiatrische und psychotherapeutische Mittel behandelt werden konnte. Er ist in der Ergebnismitteilung von Seiten des MDK zu bestätigen

7 Anlagen und Verweise

7.1 ICD-10 Kriterien zu Transsexualismus (F64.0)

Es besteht der Wunsch, als Angehöriger des anderen anatomischen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden. Dieser geht meist mit dem Gefühl des Unbehagens oder der Nichtzugehörigkeit zum eigenen Geschlecht einher. Es besteht der Wunsch nach hormoneller und chirurgischer Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht soweit wie möglich anzugleichen.

Diagnostische Leitlinien

Die transsexuelle Identität muss **mindestens 2 Jahre durchgehend** bestanden haben und darf nicht ein Symptom einer anderen psychischen Störung, wie z.B. einer Schizophrenie, sein. Ein Zusammenhang mit intersexuellen, genetischen oder geschlechtschromosomalen Anomalien muss ausgeschlossen sein.

7.2 Diagnostische Kriterien für Geschlechtsdysphorie bei Jugendlichen und Erwachsenen gemäß DSM-5 (302.85)

- A. Eine seit **mindestens sechs Monaten** bestehende ausgeprägte Diskrepanz zwischen Gender und Zuweisungsgeschlecht, wobei **mindestens zwei** der folgenden Kriterien erfüllt sein müssen:
1. Ausgeprägte **Diskrepanz zwischen Gender und den primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmalen** (oder, bei Jugendlichen den erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmalen).
 2. Ausgeprägtes **Verlangen, die eigenen primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale loszuwerden** (oder, bei Jugendlichen, das Verlangen, die Entwicklung der erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmale zu verhindern).
 3. Ausgeprägtes **Verlangen nach den primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmalen** des anderen Geschlechts.
 4. Ausgeprägtes Verlangen, **dem anderen Geschlecht anzugehören** (oder einem alternativen Gender, das sich vom Zuweisungsgeschlecht unterscheidet).
 5. Ausgeprägtes Verlangen danach, **wie das andere Geschlecht behandelt zu werden** (oder wie ein alternatives Gender, das sich vom Zuweisungsgeschlecht unterscheidet).
 6. Ausgeprägte Überzeugung, die **typischen Gefühle und Reaktionsweisen** des anderen Geschlechts aufzuweisen (oder die eines alternativen Genders, das sich vom Zuweisungsgeschlecht unterscheidet).

Fortsetzung: Diagnostische Kriterien für Geschlechtsdysphorie bei Jugendlichen und Erwachsenen gemäß DSM-5, 302.85

- B. **Klinisch relevantes Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.**

Bestimme, ob:

Mit einer Variation bzw. Störung der Geschlechtsentwicklung (z.B. ein androgenitales Syndrom wie E25.0, die angeborene Nebennierenrindenhyperplasie, oder E34.50, das Androgenresistenz-Syndrom).

Kodierhinweis: Wenn dies zutrifft, ist sowohl die Variation bzw. Störung der Geschlechtsentwicklung als auch die Geschlechtsdysphorie zu kodieren.

Bestimme, ob:

Nach der Geschlechtsangleichung: Die Person lebt vollständig in der gewünschten Geschlechtsrolle (mit oder ohne gesetzliche Anerkennung) und hat sich mindestens einer geschlechtsangleichenden Maßnahme unterzogen (oder bereitet eine solche vor) – entweder eine regelmäßige gegengeschlechtliche Hormonbehandlung und/oder eine geschlechtsangleichende Operation (z.B. Penektomie, Vaginalplastik bei männlichem Zuweisungsgeschlecht; Mastektomie und/oder Phalloplastik bei weiblichem Zuweisungsgeschlecht).

7.3 Checkliste für Krankenkassenmitarbeiter/-innen

Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-10, F64.0)

Erstgutachten

Folgegutachten

Widerspruchsgutachten

1. Name des Versicherten:

Versicherten-Nr.:

2. Es handelt sich um: Mann-zu-Frau-Transsexualismus

Frau-zu-Mann-Transsexualismus

3. Beantragt wird:

Hormonbehandlung Epilationsbehandlung Brustformkorrektur

genitalangleichende Operation andere Maßnahmen: _____

4. **Psychiatrischer / psychotherapeutischer Bericht** liegt vor liegt nicht vor

Name des psychotherapeutischen Behandlenden:

Name des psychiatrischen Behandlenden:

5. **Alltagserfahrungen liegen vor:** nein:
unbekannt

ja seit wann: _____

6. **Psychiatrische/psychotherapeutische sowie ärztlich-somatische Indikationsstellung inkl. Nachweis über die Aufklärung des Patienten liegen vor?** ja nein

7. **Ärztliche Atteste über Befunde, Hormonstatus, ggfs. Hormonbehandlung etc.**

liegen vor

liegen nicht vor

8. Wurden bereits geschlechtsangleichende Maßnahmen durchgeführt?

ja wann: _____ welche: _____

nein

9. Unterlagen an den MDK gesandt am:

Name und Anschrift der Krankenkasse:

7.4 Abkürzungsverzeichnis

APA	American Psychiatric Association
S3-LL 2018	AWMF-Leitlinie: „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung“ vom 18.10.2018; AWMF-Registernr. 138/001
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag-Ärzte
BSG	Bundessozialgericht
DRG	Diagnoses Related Groups
DSM	Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GM	German Modification
GD	Geschlechtsdysphorie
ICD-10, Kapitel V (F)	Internationale Klassifikation psychischer Störungen der WHO, Kapitel V (F)
KZT	Kurzzeittherapie
LSG	Landessozialgericht
LL	Leitlinie
MAP	Mamma-Augmentations-Plastik
PRG	Patienten-Rechte-Gesetz
Rdnr.	Randnummer
RCP	Royal College of Psychiatrists
SoC	Standards of Care
TSG	Transsexuellen-Gesetz
WHO	World Health Organization

7.5 Literaturverzeichnis

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub. (Deutsche Übersetzung, s. Falkai & Wittchen).

AWMF-Leitlinie: „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung“ vom 18.10.2018; AWMF-Registernr. 138/001

Büchi, S., Buddeberg, C., Klaghofer, R., Russi, E. W., Brändli, O., Schlösser, C., ... & Sensky, T. (2002). Preliminary validation of PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure)—A brief method to assess suffering. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(6), 333-341.

Byne, W., Bradley, S. J., Coleman, E., Eyler, A. E., Green, R., Menvielle, E. J., ... & Tompkins, D. A. (2012). Report of the American Psychiatric Association task force on treatment of gender identity disorder. *Archives of sexual behavior*, 41(4), 759-796.

Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., ... & Monstrey, S. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *International journal of transgenderism*, 13(4), 165-232.

Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, (Eds.) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien [deutsche Ausgabe der ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation]. 9., überarbeitete Auflage. Bern: Huber; 2013.

Falkai, P. & H.-U. Wittchen (Hrsg.): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, DSM-5. Hogrefe, 2. Korrigierte Auflage 2018.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) in der Fassung vom 19. Februar 2009; veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 58 (S. 1399) vom 17. April 2009; in Kraft getreten am 18. April 2009; zuletzt geändert am 18. Oktober 2018; veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 20.12.2018 B2); in Kraft getreten am 21.12.2018 [online]. Berlin (GER): G-BA; 2019. [Zugriff: 21.08.2019]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1733/PT-RL_2018-10-18_iK-2018-12-21.pdf.

Grewe, L. (2016). *Der Leidensdruck bei chronischen Entzündungserkrankungen: Eine Querschnittserhebung mit PRISM* (Doctoral dissertation, Christian-Albrechts Universität Kiel).

Hauser, J. (2004). *Vom Sinn des Leidens: Die Bedeutung systemtheoretischer, existenzphilosophischer und religiös-spiritueller Anschauungsweisen für die therapeutische Praxis*. Königshausen & Neumann.

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., ... & T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102(11), 3869-3903.

Leta, R. C. (2005). *Untersuchung der Psychotherapiemotivation und deren Einfluss auf die Inanspruchnahme von Psychotherapie* (Dissertation, Alber-Ludwig-Universität Freiburg).

Meyer Gesine & Jörg Bojunga (2012). Gegengeschlechtliche Hormontherapie bei Transsexualität. HIV & more 2/2012.

Nieder, T. O., Briken, P., & Richter-Appelt, H. (2014). Transgender, Transsexualität und Geschlechtsdysphorie: aktuelle Entwicklungen in Diagnostik und Therapie. *PPmP-Psychotherapie-Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 64(06), 232-245.

Parzeller M., Wenk M, Zedler B., Rothschild M. (2007): Aufklärung und Einwilligung bei ärztlichen Eingriffen. Deutsches Ärzteblatt 2007, 104 (9), A 567–586.

Schneider, W., & Becker, D. (2011). *Forschungsabschlussbericht zum Projekt zur Erarbeitung des Leitfadens zur Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeiten im Rahmen der Privaten Berufsunfähigkeitsrente*. Universität Rostock.

Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 20.02.2015, Medizinische Indikationsstellung und Ökonomisierung. Deutsches Ärzteblatt 2015, 112 (18).

World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health: ICF*. Geneva. Hrsg. der Deutschen Fassung: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG): Titel: ICD-10-GM Version 2019, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Stand: 21. September 2018, Köln. Website: www.dimdi.de – Klassifikationen – Downloads – ICD-10-GM – Version 2019; Abrufdatum: 26.03.2019

Wylie, K., Barrett, J., Besser, M., Bouman, W. P., Bridgman, M., Clayton, A., ... & Khoosal, D. (2014). Good practice guidelines for the assessment and treatment of adults with gender dysphoria. *Sexual and Relationship Therapy*, 29(2), 154-214.