



Bundesministerium  
für Familie, Senioren, Frauen  
und Jugend

# Dokumentation des Fachaustausches „Gesellschaftspolitische und medizinische Entwicklungen im Umgang mit Trans- sexualität und Transidentität“

**(21.11.2016)**

Begleitmaterial zur Interministeriellen Arbeitsgruppe  
Inter- & Transsexualität – Band 6

## Inhalt

Einige Hinweise zu Sprachregelungen und Schreibweisen .....	3
Auftaktinput .....	4
Input der Parlamentarischen Staatssekretärin bei der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), Caren Marks .....	5
<b>1. Veranstaltungsteil: Aktuelle Situation – Teilhabe von transsexuellen/trans* Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen – medizinische und gesellschaftspolitische Situation .....</b>	<b>7</b>
Gruppenphase I: „Das Gehörte verdauen“ .....	11
<b>2. Veranstaltungsteil: Nationale und internationale Entwicklungen – transspezifische medizinische und gesellschaftspolitische Entwicklungen im nationalen und inter- nationalen Kontext .....</b>	<b>14</b>
Gruppenphase II: Stationengespräche – Implikationen der zu erwartenden nationalen und internationalen Leitlinien .....	17
<b>3. Veranstaltungsteil: Zukunftsvisionen und Maßnahmen .....</b>	<b>19</b>
Diskussionsforum I: Begutachtungspraxis (Erwachsene) .....	19
Diskussionsforum II: Teilhabe und Gesundheit von transsexuellen/trans* Kindern und Jugendlichen .....	24
Gruppenphase III: Zukunftsvision: Wie sieht eine interdisziplinäre Perspektive aus, die den Gesundheitsbedarfen von transsexuellen und trans* Menschen entspricht und sie nachhaltig stärkt? Welche konkreten Schritte und Maßnahmen sind dafür notwendig? .....	30
Verabschiedung durch Dr. Ina-Marie Blomeyer, Leiterin des Referats Gleichgeschlecht- liche Lebensweisen, Geschlechtsidentität (BMFSFJ) .....	32

## Einige Hinweise zu Sprachregelungen und Schreibweisen

Im Sinne geschlechtergerechter Sprache wird in der vorliegenden Publikation der sogenannte **Gender\_Gap** verwendet. Dies dient dazu, explizit auch allen Selbstbeschreibungen jenseits von weiblich und männlich Raum zu geben.

Da es zudem unterschiedliche Selbstbezeichnungen von Menschen mit Transidentität gibt, wird durchgehend die Begriffskombination „**transsexuell/trans\***“ verwendet. Der Begriff „trans\*“ wird **kleingeschrieben**, wenn es um Menschen geht, die dieses Persönlichkeitsmerkmal besitzen, wie z. B. „trans\* Vater“. Die Kleinschreibung soll deutlich machen, dass es um eines von vielen Merkmalen der Persönlichkeit geht, das nicht notwendigerweise hauptsächlich identitätsstiftend sein muss. Begriffe wie „Trans\*Community“ oder „Trans\*Kompetenz“ werden **großgeschrieben**, weil hier das Trans\*Thema jeweils das identitätsstiftende und verbindende Element ist.<sup>1</sup>

Die Verwendung **geschlechtsbezeichnender Pronomen** bzw. keines Pronomens für die Podiumsteilnehmenden orientiert sich an der Selbstbezeichnung der jeweiligen Person.

In den Zusammenfassungen der Reden werden die jeweiligen Begrifflichkeiten der sprechenden Person übernommen und wiedergegeben. Es kann sein, dass diese von der hier beschriebenen Sprachregelung des BMFSFJ abweichen.

---

<sup>1</sup> Vgl. Leitfaden zur psychosozialen Beratung von inter\* und trans\* Personen und ihren Angehörigen, pro familia 2016, S. 35.

## Auftaktinput

**Dr. Corinna Mandler Gayer vom Referat Gleichgeschlechtliche Lebensweisen, Geschlechtsidentität (BMFSFJ) stellt die Ergebnisse einer Onlineumfrage vor**, die das BMFSFJ in Vorbereitung auf den Fachaustausch zu der aktuellen Situation und den Erfahrungen von trans\* und transsexuellen Menschen sowie deren Angehörigen durchgeführt hat. An der Befragung nahmen insgesamt 1.515 Personen teil, 1.049 Personen haben den Fragebogen komplett beantwortet. Diese komplett ausgefüllten Fragebögen sind Grundlage der Auswertung.

40,1 Prozent der Befragten sind transsexuell, während sich 42,3 Prozent als trans\* bezeichnen. Weitere 17,5 Prozent der beantworteten Fragebögen stammen von Eltern und Angehörigen von trans\* und transsexuellen Kindern oder Erwachsenen.

Der Großteil der Befragten lebt offen in der eigenen Geschlechtsidentität (72,9 Prozent), rund 81,4 Prozent benutzen einen anderen Namen als in der ursprünglichen Geburtsurkunde und 43,6 Prozent haben eine Namensänderung nach dem Transsexuellengesetz (TSG) eingetragen. Die Gespräche mit Psychotherapeut\_innen und Ärzt\_innen werden von der Mehrheit als (eher) unterstützend und einfühlsam erachtet, wobei sie von 34,6 bzw. 32,5 Prozent als (eher) pathologisierend empfunden werden. Bei der Suche nach geeigneten Ärzt\_innen und Psychotherapeut\_innen spielt das Internet mit 43,5 bzw. 37,3 Prozent die größte Rolle.

Das Fachwissen bei den Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) wird von den Befragten als eher weniger gut eingeschätzt. 26,8 Prozent der Befragten schätzen das Fachwissen beim MDK sogar als mangelhaft oder ungenügend ein und 34,6 Prozent teilen diese Einschätzung in Bezug auf die Krankenversicherungen. Der Antrag zur Kostenübernahme für geschlechtsangleichende (medizinische) Maßnahmen war bei 40,9 Prozent ohne Komplikationen oder nach einigen Unstimmigkeiten erfolgreich.

Knapp die Hälfte der Befragten hätte sich von der Krankenversicherung mehr Unterstützung gewünscht (49,6 Prozent) – weitere 34,7 Prozent nennen den MDK, 32,6 Prozent die Familie und 31,9 Prozent die Ärzt\_innen als Bereiche, in denen sie sich mehr Unterstützung gewünscht hatten. Etwas mehr als ein Viertel (26,4 Prozent) wünschte sich auch am Arbeitsplatz mehr Unterstützung<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Die ausführlichen Ergebnisse der Umfrage werden im Frühjahr 2017 auf der Internetseite des BMFSFJ veröffentlicht.

## Input der Parlamentarischen Staatssekretärin bei der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), Caren Marks

Sehr geehrte Anwesende,  
als Vertreterin der Leitung dieses Hauses heiÙe ich Sie ganz herzlich willkommen zum heutigen Fachaustausch, der an zwei öffentliche Veranstaltungen im November letzten Jahres und im Juni dieses Jahres anschließt.

Die Art, wie transsexuelle und transidente Menschen gesehen werden und wie über sie gesprochen wird, ändert sich: in der Gesellschaft und in der Medizin, auf nationaler und internationaler Ebene. Über diese Entwicklungen wollen wir heute sprechen, und zwar so viel wie möglich mit Ihnen.

Dieser Fachaustausch ist partizipativ angelegt, wir setzen auf Beteiligung und brauchen Ihre Expertise. Danke, dass Sie gekommen sind!

Wir kommen allmählich weg von einer medizinisch und psychologisch pathologisierenden Definition von Inter- und Transsexualität hin zu einem Verständnis von Freiheit und Selbstbestimmung auch im Hinblick auf das eigene Geschlecht.

Dieses gesellschaftspolitische Umdenken schlägt sich wiederum in der Medizin nieder. Intersexualität wird von der Bundesärztekammer schon nicht mehr als Störung oder Krankheit, sondern als anzuerkennende Variation des Geschlechts verstanden. Auch Transsexualität wird mittelfristig wohl nicht mehr als psychische Erkrankung eingeordnet werden. Die medizinischen Klassifizierungssysteme und Leitlinien achten zunehmend darauf, wie das Recht auf geschlechtliche Selbstbestimmung sichergestellt werden kann. Gleichzeitig wird anerkannt, dass es psychisch belastend ist, wenn körperliche Merkmale und empfundene Geschlechtszugehörigkeit unterschiedlich sind. In manchen Fällen können diese Belastungen nur durch operative, hormonelle oder psychotherapeutische Maßnahmen abgemildert werden.

Wichtig ist, dass solche Diskussionen fachübergreifend geführt werden. Über die Grenzen der Medizin, der Psychotherapie, überhaupt der Wissenschaft hinaus und im Gespräch mit denjenigen, die sich als transsexuelle oder transidente Menschen definieren, einbringen und engagieren. Wer die Situation von Menschen als Ganzes verbessern will, muss bereit sein, das Sparten- und Zuständigkeitsdenken beiseitezulassen. Dazu dient auch dieser Fachaustausch. Gleichzeitig wollen wir Sie über die Arbeit der Interministeriellen Arbeitsgruppe „Trans- und Intersexualität“ und des Bundesfamilienministeriums informieren. Natürlich sind Sie alle daran interessiert zu hören, wie es politisch weitergeht, welche Gesetze kommen und welche Maßnahmen denn nun konkret in die Tat umgesetzt werden. Wir wollen gemeinsam die Situation für transsexuelle und transidente Menschen verbessern. Deshalb sind Sie heute hier. Sie wollen internationale Resolutionen wie zum Beispiel die Resolution 2048 des Europarates umgesetzt sehen. Und Sie fordern Gesetze, die das Selbstbestimmungsrecht festschreiben und die Begutachtungspflichten abschaffen.

Ich kann Ihnen zusichern, dass wir uns als zuständiges Ressort auf Bundesebene weiterhin dafür einsetzen werden, dass die Belange von transsexuellen und trans\* Menschen wie auch von Personen mit angeborenen Variationen der Geschlechtsmerkmale mehr und mehr mitbedacht werden. Sei es bei der Mitberatung von Gesetzesentwürfen oder bei Nationalen Aktionsplänen. Das Bundesfamilienministerium hat die federführende Koordination der IMAG „Trans- und Intersexualität“ übernommen und wird weiterhin Projekte gegen Transfeindlich-

keit fördern, Publikationen zum Thema herausgeben und die Wissenslage durch Studien und Projekte verbessern. Auf politischer Ebene bleiben wir ebenfalls dran.

Die Leitung unseres Hauses unterstützt die Vereinfachung des Vornamens- und Personenstandswechsels, wie sie bereits in vielen europäischen Ländern möglich ist. Wir sprechen uns auch für ein Gesetz zur Anerkennung des Selbstbestimmungsrechts des Geschlechts aus.

Um diese Ziele zu erreichen, sind wir auf Ihre Mitarbeit und den konstruktiven Austausch mit Ihnen angewiesen. Am Ende des Tages sollen hier eine Zukunftsvision und konkrete Maßnahmen regelrecht im Raum stehen. Wie stellen Sie sich vor, wie stellen wir uns vor, dass transsexuelle und trans\* Menschen in unserer Gesellschaft gut, selbstbestimmt und gesund leben?

# 1.

## Veranstaltungsteil: Aktuelle Situation – Teilhabe von transsexuellen/trans\* Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen – medizinische und gesellschaftspolitische Situation

### Sprecher\_innen:

**Maria Amor Martin Estebanez**, Europäische Grundrechteagentur (FRA)

**Richard Köhler**, Transgender Europe (TGEU)

**Dr. jur. Laura Adamietz**, Rechtsanwältin und Mitautorin des Gutachtens zur TSG-Reform

**Dr. Gisela Wolf**, psychologische Psychotherapeut\_in

**Maria Amor Martin Estebanez von der Europäischen Grundrechteagentur (FRA) spricht über medizinische und gesellschaftspolitische Herausforderungen beim Schutz der Grundrechte von trans\*Personen innerhalb der Europäischen Union.** Bei Menschen, die sich als trans\* bezeichnen, stimmt ihr empfundenes Geschlecht nicht mit dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht und/oder den damit verknüpften Rollenerwartungen überein. Die herrschende Zweigeschlechterordnung sieht jedoch nur zwei voneinander eindeutig unterscheidbare Geschlechter vor, wodurch trans\*Personen nicht mitgedacht werden und oft von Kindheit an Diskriminierung ausgesetzt sind.

Dazu gehört, dass in einem Großteil der EU-Mitgliedsländer für geschlechtsangleichende Operationen und/oder eine rechtswirksame Änderung des Personenstands die medizinische Diagnose des „Transsexualismus“ oder einer „Geschlechtsidentitätsstörung“ notwendig ist. Eine Studie der Agentur der Europäischen Union für Grundrechte aus dem Jahr 2012<sup>3</sup> zeigte auf, dass viele trans\*Personen im Gesundheitswesen Diskriminierung erfahren. Insbesondere trans\*Männer sind von Diskriminierung in der medizinischen Versorgung betroffen (rund 35 Prozent). Für genderqueere Personen gibt es oft überhaupt keine Handlungsempfehlungen oder sie werden nicht angewandt.

Zu den berichteten Diskriminierungserfahrungen gehören beispielsweise die Konfrontation mit Vorurteilen, Voyeurismus oder übermäßiger Neugier sowie fehlendes Fachwissen seitens der Beschäftigten in der Gesundheitsversorgung. Es sind entsprechende Maßnahmen notwendig, damit trans\*Personen einen diskriminierungsfreien Zugang zu medizinischer Versorgung erhalten können. Wenn die Kosten der notwendigen Gesundheitsversorgung, beispielsweise geschlechtsangleichende medizinische Maßnahmen, nicht von der Krankenversicherung übernommen werden, bedeutet dies eine große psychische Belastung für die jeweilige Person und kann sich negativ auf die Gesundheit der Person auswirken. Dabei bestehen regionale Unterschiede beim Zugang zur Gesundheitsversorgung, insbesondere in ländlichen Gegenden wird dieser erschwert. Die Weiterbildung und Sensibilisierung der Mitarbeiter\_innen zum Thema Transsexualität/Transidentität im Gesundheitswesen sind jedoch europaweit notwen-

---

<sup>3</sup> EU-Grundrechteagentur (FRA) (2012): Being Trans in the EU – Comparative analysis of EU LGTB survey data, vgl. [http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-being-trans-eu-comparative-0\\_en.pdf](http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-being-trans-eu-comparative-0_en.pdf).

dig. In diesen Prozess könnten/sollten Trans\*Organisationen mit eingebunden werden. Insgesamt übt die aktuelle Gesetzgebung einen negativen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von trans\*Personen aus. Die Voraussetzungen zur Änderung des Namens und Geschlechtseintrags in offiziellen Dokumenten sind europaweit sehr unterschiedlich: 23 Mitgliedstaaten verlangen dazu ein oder mehrere medizinische Gutachten, zwölf Staaten verlangen die (psychiatrische) Diagnose „Transsexualismus“/„Geschlechtsidentitätsstörung“, ebenfalls zwölf Staaten verlangen genitalangleichende operative Maßnahmen inklusive Zwangssterilisation und in neun Staaten führt die Personenstandsänderung zwangsläufig zur Scheidung. Europaweit lässt sich ein Trend zur Standardisierung und Vereinfachung des Verfahrens zur Personenstandsänderung beobachten; so gibt es beispielsweise einige EU-Mitgliedsländer, die die Anpassung des Namens an das Geschlecht auf Basis von Selbstbestimmung der jeweiligen Person ermöglichen. Allerdings gestaltet sich die Änderung des Geschlechtseintrags für Kinder durch ihre Minderjährigkeit weiterhin schwierig. Weitere Probleme bestehen in der rückwirkenden Änderung des Geschlechtseintrags in offiziellen Dokumenten oder Zeugnissen. Ist es für trans\*Personen nicht möglich, den Geschlechtseintrag in bereits existierenden Dokumenten zu ändern, führt das beispielsweise in Bewerbungssituationen immer wieder zu Zwangsoutings. Das Verfahren für die Änderung des Personenstands sollte daher europaweit vereinfacht werden und jenen EU-Mitgliedstaaten folgen, in denen dieser Vorgang auf der Selbstdefinition der jeweiligen Person basiert. Auf der nationalen Ebene sind nicht stigmatisierende Versorgungsstandards notwendig, v. a. für Kinder und Jugendliche. Außerdem braucht es Handlungsempfehlungen, welche die Heterogenität von trans\*Personen mit ihren unterschiedlichen Bedürfnissen anerkennen, sowie verbindliche Leitlinien für Mitarbeiter\_innen im Gesundheitswesen, um eine respektvolle und diskriminierungsarme medizinische Versorgung für trans\*Personen sicherzustellen.

**Richard Köhler von Transgender Europe (TGEU) spricht über den Zugang zu transspezifischer Gesundheitsversorgung in Europa.** In einer Studie der EU-Grundrechteagentur von 2012<sup>4</sup> geben 63 Prozent der befragten trans\*Menschen an, dass eine bessere Transgesundheitsversorgung zu einer Verbesserung ihrer Lebensqualität führen würde. Laut Studien existieren im Gesundheitssystem aktuell Barrieren und strukturelle Ausschlüsse für trans\*Menschen. Dazu gehören beispielsweise die Verweigerung der Gesundheitsdienstleistung vonseiten der Gesundheitsanbieter (25 Prozent) oder die Verweigerung der Kostenübernahme (mehr als 80 Prozent)<sup>5</sup>. Weiterhin spielen Angst und Scham, mangelndes Wissen über geeignete Anlaufstellen und fehlendes Vertrauen in das Gesundheitssystem eine Rolle. Auf trans\*Menschen, die im ländlichen Raum wohnen, nicht über formelle Bildung verfügen oder arbeitslos sind, treffen die angesprochenen Probleme in stärkerem Maße zu. Zudem ist das Vertrauen in das Gesundheitswesen von Menschen mit einer nichtbinären Geschlechtsidentität angesichts des herrschenden Zwei-Geschlechtersystems besonders gering.

TGEU hat die Kostenübernahme von transspezifischer Gesundheitsversorgung durch öffentliche bzw. private Versicherungen in acht europäischen Ländern untersucht (Belgien, Deutschland, Georgien, Großbritannien, den Niederlanden, Polen, der Slowakei und Spanien). Die Ergebnisse werden nächstes Jahr veröffentlicht. Die vorläufigen Ergebnisse zeigen, dass es

---

4 Studie der EU-Grundrechteagentur (FRA) (2012): EU LGBT Survey, vgl. <http://fra.europa.eu/en/publication/2013/eu-lgbt-survey-european-union-lesbian-gay-bisexual-and-transgender-survey-results>.

5 Transgender EuroStudy (2008), TGEU und ILGA-Europe, vgl. <http://www.pfc.org.uk/pdf/eurostudy.pdf>.



große Unterschiede zwischen den Ländern gibt, ob und in welcher Höhe die Kosten übernommen werden. In allen Ländern wird für eine Kostenübernahme die Diagnose F64.0 nach der ICD-10 oder ein Äquivalent gefordert; selbst in Ländern, in denen es offiziell keine Transgesundheitsversorgung gibt. Die Rechtsgrundlage besteht aus einer Mischung aus Rechtsprechung, Leistungskatalogen, regionalen Entscheidungsstrukturen und (nicht transspezifischen) Diagnosen.

Die Probleme, mit denen trans\*Menschen hinsichtlich ihrer Gesundheitsversorgung konfrontiert sind, ähneln sich im europäischen Vergleich: fehlendes politisches Engagement zur Veränderung der Situation, eine einschränkende Rechtsprechung und ein verkürztes Verständnis von Gleichstellung. In Ländern ohne Kostenübernahme durch das öffentliche Gesundheitssystem nehmen private Versicherungen eine Schlüsselstellung ein – in Belgien oder Spanien schließen diese jedoch transspezifische Gesundheitsversorgung aus ihrem Leistungsrahmen aus.

In Deutschland gibt es zwar eine theoretische Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen, doch verlangt das sogenannte Wirtschaftlichkeitsgebot, dass zunächst die günstigste Behandlungsmethode gewählt werden muss. Möchte ein\_e Patient\_in zum Beispiel eine Mastektomie durchführen lassen, werden zunächst nur die Kosten für eine Psychotherapie übernommen und erst danach gegebenenfalls für eine Mastektomie. Dieses Verfahren ist insofern unsinnig, als dass durch die Bevormundung der Patient\_innen letztlich Mehrkosten entstehen. In Deutschland verlangt die Rechtsprechung von Versicherungen nur die Übernahme der Leistungen, die zu einer geschlechtlichen Vereindeutigung führen, jedoch nicht derjenigen, die einen sogenannten geschlechtsatypischen Ausdruck anstreben. Menschen mit einer nichtbinären Geschlechtsidentität werden dadurch unsichtbar gemacht.

Es gibt einen deutlichen Handlungsbedarf bezüglich der Transgesundheitsversorgung in Deutschland. Es ist dabei wichtig, dass alle trans\*Menschen, unabhängig von ihrer Geschlechtsidentität, ihrer Bildung und ihrem ökonomischen Stand, Zugang zur Gesundheitsversorgung erhalten, beispielsweise durch Aufklärung über Angebote und transparente Behandlungs- und Begutachtungsrichtlinien. Weiterhin muss das Gleichheitsgebot im Zugang zu Versicherungsdienstleistungen gewährleistet werden, konkret sind pauschale Ausschlüsse aus Leistungskatalogen dahingehend zu prüfen, ob sie gegen das Verbot der Geschlechtsdiskriminierung verstoßen. Ebenso sind Fortbildungen, Aufklärung und Sensibilisierung zum Thema Transidentität für medizinisches Personal, mit dem Ziel der wohnortnahen medizinischen Versorgung für trans\*Menschen, erforderlich.

**Dr. jur. Laura Adamietz spricht als Mitautorin des Gutachtens „Regelungs- und Reformbedarf für transsexuelle/transgeschlechtliche Menschen“ über die versicherungstechnischen Aspekte im Zusammenhang mit Transgeschlechtlichkeit.** Sie berichtet von den zentralen Ergebnissen einer deutschlandweit durchgeführten Umfrage bei Amtsgerichten, Anwält\_innen und trans\*Menschen zu ihren Erfahrungen hinsichtlich des Gesundheitssystems und des TSG-Verfahrens. Das TSG-Verfahren lässt sich nicht betrachten, ohne die Frage nach dem medizinischen Umgang mit Transgeschlechtlichkeit zu stellen. Indem zwei Gutachten mit der Diagnose F64.0 die Voraussetzung für die Personenstandsänderung darstellen, sind rechtliche und medizinische Fragestellungen miteinander verzahnt. Krankenkassen fordern häufig dazu auf, die Gutachten, die im Rahmen des TSG-Verfahrens erstellt wurden, für die Bewilligungsentscheidung einzureichen. Knapp die Hälfte der Antwortenden gab an, dieser Aufforderung nachgekommen zu sein, auch wenn es ihnen nicht recht war.

Wenn Versicherte (noch) kein TSG-Verfahren durchgeführt haben und daher keine Gutachten einreichen können, zweifeln Krankenkassen oft die Transgeschlechtlichkeit dieser Personen an, obwohl ein TSG-Verfahren kein Kriterium für die Indikation geschlechtsangleichender Maßnahmen ist und damit eigentlich nicht im Zusammenhang mit der Kostenübernahmepflicht der Krankenkassen steht. Zudem kommt es vor, dass die Diagnose „Transsexualismus“ sogar trotz eindeutiger Indikationsschreiben angezweifelt wird, weil Komorbiditäten vorliegen oder die Identität als nicht eindeutig genug betrachtet wird.

Auch auf anderen Ebenen stellt sich die Kostenübernahme für Behandlungen im Zusammenhang mit Transgeschlechtlichkeit als schwierig dar. Die in Deutschland gültigen Diagnosekriterien und Begutachtungsleitlinien (MDS 2009 und ICD-10) entsprechen nicht dem aktuellen Stand der Wissenschaft (siehe ICD-11 Beta<sup>6</sup>). Es kommt vor, dass die Voraussetzungen für die Bewilligung einer Maßnahme nach der MDS-Begutachtungsanleitung nicht bekannt sind und daher andere aufgestellt werden. Die Kostentragung wird entweder verweigert (4,8 Prozent) oder erst nach rechtlichen Auseinandersetzungen gewährt (2,2 Prozent).

Kritisiert wird auch die lange Verfahrensdauer bis zur Bewilligung der Kostenübernahme. Die dadurch entstehende hohe psychische Belastung ziehe geringere Ressourcen für die Auseinandersetzung mit den Problemen des Alltags als transgeschlechtliche Person nach sich sowie die erhebliche Einschränkung der Teilhabe von transgeschlechtlichen Personen. Die Ablehnung der Kostenübernahmen wird nahezu regelhaft durch Fehler in den Gutachten des MDK begründet. Die Gutachten gehen dabei oft von falschen Diagnosekriterien oder fehlerhaften Sachstandsinformationen aus. Die fehlende Kenntnis durch Krankenkassen und MDK im Umgang mit trans\* Menschen und die überholten Behandlungsmaßstäbe stellen die größten Schwierigkeiten im Rahmen des Verfahrens auf Bewilligung der Kostenübernahme dar. Aktuelle Leitlinien werden in vielen Fällen nicht korrekt umgesetzt. Zudem werden die Voraussetzungen zur Bewilligung der Maßnahme oft als nicht erfüllt angesehen, weil sie zum Nachteil der antragstellenden Person strenger ausgelegt werden. Bei der Begutachtung gemäß der MDS-Richtlinie scheint sich eine Tendenz entwickelt zu haben, nicht nach der bestmöglichen Behandlung zu suchen. Stattdessen scheint die Indikationsstellung der behandelnden Ärzt\_innen infrage gestellt und nach dem „Fehler“ in der Begutachtung gesucht zu werden, um gegen die Kostenübernahme votieren zu können.

In der „Studie zur Lebenssituation von Transsexuellen in Nordrhein-Westfalen“<sup>7</sup> berichtet die überwiegende Zahl der Befragten darüber, das MDK-Begutachtungsverfahren als „extremes Machtungleichgewicht“<sup>8</sup> zu empfinden und sich ausgeliefert zu fühlen. Der mangelnde Zugang zu Angleichungsmaßnahmen für transgeschlechtliche Geflüchtete stellt ein besonderes Problem dar. Transgeschlechtliche Geflüchtete sind besonders vulnerabel und auch in den Notfallunterkünften weiterhin nicht ausreichend vor sexualisierter Gewalt und Übergriffen geschützt. In Hinsicht auf Unterbringung, aber auch auf die Gesundheitsversorgung sind bedarfsorientierte Maßnahmen erforderlich.

Abschließend betont Dr. Adamietz, dass es einen dringenden Reform- und Forschungsbedarf hinsichtlich der diskriminierungsarmen Gesundheitsversorgung für transgeschlechtliche Patient\_innen und des Verfahrens zur Kostenübernahme durch die Krankenkassen gibt.

---

6 ICD, d. h. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, das von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebene Diagnoseklassifikationssystem der Medizin.

7 Wiebke Fuchs et al. (2012): Studie zur Lebenssituation von Transsexuellen in Nordrhein-Westfalen, vgl. [https://www.lsvd.de/fileadmin/pics/Dokumente/TSG/Studie\\_NRW.pdf](https://www.lsvd.de/fileadmin/pics/Dokumente/TSG/Studie_NRW.pdf).

8 Ebd., S. 90.

**Die psychologische Psychotherapeut\_in Dr. Gisela Wolf spricht über Lebenskontexte und Gesundheit transgeschlechtlicher und gendernonkonformer Kinder und Jugendlicher in Deutschland.** Ausgehend von den eigenen Erfahrungen als gendervariantes Kind und Jugendliche\_r und der Arbeit als psychologische Psychotherapeut\_in berichtet Wolf von der Situation gendernonkonformer Kinder. Gendernonkonformität kollidiert mit den gesellschaftlichen Vorstellungen einer an das Zuweisungsgeschlecht geknüpften binären Geschlechterordnung.

Aus der Unsicherheit bezüglich der Nonkonformität und der Unprognostizierbarkeit des Entwicklungsweges des Kindes resultieren bei Bezugspersonen und Gesundheitsversorger\_innen Ängste. Der möglicherweise folgende Rückgriff auf konservative Vorstellungen von Geschlecht kann als Reaktion auf diese Ängste verstanden werden. Es besteht zwar die Möglichkeit, das Kind daran zu hindern, den eigenen Weg zur geschlechtlichen Selbstbestimmung zu gehen – allerdings nur auf Kosten von Glück und Gesundheit. Es gibt aber auch die Möglichkeit, das Kind in seiner Suche zu unterstützen, indem Barrieren und Belastungen abgebaut werden, gemeinsam eine Sprache für die eigene Geschlechtlichkeit gesucht und dem Umfeld versichert wird, dass das Kind sich auf einem Entwicklungsweg befinde, der sein Leben und sein Umfeld bereichern kann. Es kann psychotherapeutisch und medizinisch bedarfsgerecht behandelt werden, was in manchen Fällen auch die Vergabe von Hormonblockern (GnRH-Analoga) beinhaltet.

Der Grund für psychische Probleme von gendervarianten Kindern ist oftmals nicht die Gendervarianz, sondern die fehlende Akzeptanz im Umfeld, der Ausschluss des Kindes und die kommunikative Isolation. Massive soziale Ausgrenzung führt zu erheblichen gesundheitlichen Konsequenzen, wie Depressions- und Suizidgefährdung, Essstörungen, Substanzmissbrauch, selbstverletzendes und aggressives Verhalten. Gendernonkonforme Kinder sind in ihrer Suche nach einem respektvollen Umfeld isoliert und verletzlich. Sie sind gefährdet, ihre Sehnsucht nach Akzeptanz auch auf gewalttätige Erwachsene zu richten, und sind daher häufiger von sexualisierter Gewalt betroffen.

Die Unterstützungsbedarfe für gendervariante Kinder und Jugendliche und deren Bezugspersonen sind offensichtlich. Es braucht im Bereich der Gesundheitspolitik einen Ausbau eines kompetenten psychosozialen Versorgungsnetzwerkes. Gleichzeitig sind verbesserte Weiterbildungen der Gesundheitsversorger\_innen und wirksame Verfahren des Patient\_innenschutzes notwendig. Zuletzt braucht es in der Bildungspolitik die nachhaltige Integration von Wissen darüber, wie Menschen vor Ausgrenzung geschützt werden können.

### Gruppenphase I: „Das Gehörte verdauen“

Die Teilnehmenden beschäftigen sich in heterogen zusammengesetzten Tischgruppen mit drei Fragen zu dem Gehörten: Was nehmen wir aus den Vorträgen mit? Was war „wegweisend“? Welche Schlussfolgerungen und Erwartungen oder Fragen ziehen wir aus den Informationen? Im Anschluss stellt jede Gruppe ihre Ergebnisse im Plenum vor und heftet die Stichworte auf Pinnwände:

**Desolate Versorgungslage:** Die aktuelle Versorgungslage im Gesundheitswesen für transsexuelle und trans\* Menschen wird wiederholt als „desolat“ und „schlimm“ beschrieben. Die Teilnehmenden betonen, dass die gehörten Vorträge vielfach mit eigenen Erfahrungen übereinstimmen. Es wird auf die schlechten Erfahrungswerte von nichtbinären Menschen hingewiesen und der Eindruck bekräftigt, dass sich seit Jahren nichts geändert habe. Der Wunsch nach mehr Klarheit und Transparenz im Gesundheitssystem wird geäußert.

- Kritik an der Rolle des MDK:** Die aktuelle Versorgungslage wird kritisiert und es wird ein hoher Verbesserungsbedarf insbesondere beim MDK festgestellt. Insgesamt werden die Rolle des MDK, die aktuelle Begutachtungspraxis und die umfangreiche Bürokratie hinterfragt. Die Verzahnung von rechtlicher Begutachtung und medizinischer Versorgung wird als problematisch angesehen. Es wird bemängelt, dass Krankenkassen und MDK unterschiedliche Anforderungen stellen und dass Gutachten passend für den MDK geschrieben werden. Grundsätzlich sprechen sich die Teilnehmenden gegen die Begutachtungspraxis durch den MDK aus.
  
- Ausbau von Versorgungsstrukturen:** Die Teilnehmenden fordern dazu auf, die Versorgungsstrukturen für transsexuelle und trans\* Menschen auszubauen, um den Bedürfnissen in der Betreuung nachkommen zu können. Der Wunsch wird geäußert, die medizinische Versorgung unabhängig vom Geschlecht oder von der Geschlechtsidentität zu betrachten. Es wird bemängelt, dass es aktuell nur vier spezialisierte Behandlungszentren in Deutschland gibt.
  
- Bedarf an Fortbildung:** Es wird ein großer Bedarf an Weiter- und Fortbildung in medizinischen, sozialen und juristischen Berufen festgestellt. Ebenso sind Aufklärung, Information, Vernetzung und mehr Forschung für eine bessere Gesundheitsversorgung vonnöten. Die Fachlichkeit von Psychotherapeut\_innen wird als bedeutsam hervorgehoben sowie die Integration des Themas Transsexualität/Transidentität in die medizinische Ausbildung. Kritisiert wird ein Mangel an Willen zur Weiterbildung seitens des Fachpersonals.
  
- Sexuelle Gesundheit:** Das Thema sexuelle Gesundheit wird angesprochen und dazu angeregt, dass die Arbeit zu HIV und sexuell übertragbaren Infektionen (STI) transinklusiv sein sollte und insbesondere die spezifische Situation von transmännlichen Personen sowie jene von trans\* Sex-Arbeiter\_innen einbeziehen sollte.
  
- Kinder und Jugendliche:** Die Bedeutung, Kinder und Jugendliche in ihren Bedürfnissen ernst zu nehmen, und die Notwendigkeit nach bedürfnissensibler Betreuung werden betont.
  
- Kostenübernahme bei neuen Leitlinien:** Eine zentrale Sorge vieler Anwesender ist, ob mit Überarbeitung der ICD bzw. der AWMF-Leitlinien und der damit verbundenen möglichen Änderung der Diagnose eine Kostenübernahme geschlechtsangleichender Maßnahmen durch die Krankenkassen noch gewährleistet wird. Ebenso wird befürchtet, dass sich die rechtliche Situation verschlechtern könnte. Ausgehend von den momentanen Leitlinien, die veraltet sind, wird die Notwendigkeit von konkreten Zielen für die neuen Behandlungsleitlinien sowie der Wunsch nach Einbezug von transsexuellen und trans\* Menschen in die Leitlinienentwicklung thematisiert. Die Politik wird aufgefordert, aktiv zu werden – zum einen das TSG in Richtung eines Geschlechtsidentitätsgesetzes zu reformieren, zum anderen konkrete Veränderungen durchzuführen, die die Gesundheitsversorgung und Kostenübernahme auch in Zukunft sicherstellen.
  
- Entpathologisierung:** Letztendlich sollte Entpathologisierung das Ziel sein, so die Teilnehmenden. Das Wissen darum sei insbesondere für Mediziner\_innen und Psycholog\_innen wichtig. Grundlegend für die Entpathologisierung von Transgeschlechtlichkeit ist, dass Transidentität von der medizinisch-psychologischen Auffassung, sie stelle eine psychische

Störung dar, entkoppelt wird. Die weitreichendste Form der Entpathologisierung wäre die Streichung der entsprechenden pathologisierenden Diagnosen. Eine Kostenübernahme und der Zugang zu medizinischer Versorgung sollten gleichzeitig erhalten bleiben.

## 2.

### Veranstaltungsteil: Nationale und internationale Entwicklungen – transspezifische medizinische und gesellschaftspolitische Entwicklungen im nationalen und internationalen Kontext

#### Sprecher\_innen:

**Dr. Timo O. Nieder**, Leiter der Sozialambulanz für Sexuelle Gesundheit und Transgender-Versorgung am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

**Dr. Julia Ehr**t, Geschäftsführerin von Transgender Europe (TGEU)

**Dr. Timo O. Nieder, Leiter der Sozialambulanz für Sexuelle Gesundheit und Transgender-Versorgung am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, spricht über transspezifische medizinische und gesellschaftspolitische Entwicklungen im nationalen Kontext.** Im Berlin von vor hundert Jahren erhielten Menschen, die in den Kleidern des „anderen“ Geschlechts oder als das „andere“ Geschlecht leben wollten, sogenannte Transvestiten, einen Transvestitenschein. Bis heute benötigen trans\* und transsexuelle Menschen Bescheinigungen zur Legitimation ihres geschlechtlichen Empfindens in Form von Gutachten. Das bedeutet, dass das Infragestellen, das Unterwandern und Überschreiten von gesellschaftsstrukturierenden Geschlechterkategorien bis heute von juristischen, medizinischen und sozialen Institutionen abhängig ist.

Wie Geschlecht, Transsexualität und Trans\* gedacht werden und was über die Vielfalt geschlechtlicher Ausdrucksformen bekannt ist, wurde neben der Wissenschaft auch maßgeblich von der Trans\*Community geprägt. In einigen Ländern, z. B. Malta, Dänemark, Irland und Argentinien, ist es möglich, den rechtlichen Geschlechtseintrag ohne medizinische Voraussetzung zu ändern. In Deutschland gab es im Jahr 2011 Grundsatzurteile vom Bundesverfassungsgericht, in denen die im TSG geforderte Ehelosigkeit, Unfruchtbarkeit und genitalchirurgische Angleichung als Voraussetzung für die Personenstandsänderung als verfassungswidrig erklärt und damit abgeschafft worden sind. Seitdem sind die Anträge auf eine Personenstandsänderung um die Hälfte gestiegen: von 1.118 im Jahr 2010 auf 1.648 im Jahr 2015. Eine klinische Studie aus dem Jahr 2016 belegt, dass Diagnosen zunehmen, welche auf der Selbstzuschreibung von trans\* und transsexuellen Patient\_innen basieren.<sup>9</sup>

Die Debatte zur Diagnostik bewegt sich im Spannungsfeld zwischen Ent(psycho)pathologisierung und dem Zugang zum Gesundheitssystem bzw. der Sicherstellung der Kostenübernahme. In der Diagnostik findet ein Paradigmenwechsel statt, der von der Diagnose Transsexualismus (ICD-10, 1990) über Geschlechtsdysphorie (Amerikanische Psychiatrische Vereinigung, 2013) zu Geschlechtsinkongruenz in der geplanten ICD-11 führt.

Der vorgeschriebene Behandlungsablauf in Deutschland, der seit dem Jahr 1997 nicht mehr grundlegend verändert wurde, ist rigide, starr und an lineare zeitliche Vorgaben geknüpft. Die sozialmedizinische Begutachtungsrichtlinie des MDS (2009) widerspricht sowohl dem aktuel-

---

<sup>9</sup> Collin, Lindsay, Reisner, Sari L., Tangpricha, Vin and Michael Goodman (2016): Prevalence of Transgender Depends on the „Case“ Definition: A Systematic Review. In: The Journal of Sexual Medicine.

len Verständnis von Gesundheit insgesamt als auch den jüngsten internationalen und nationalen Entwicklungen, wie etwa den WPATH Standards of Care No. 7, der ICD-11 und der AWMF-Leitlinie zu Geschlechtsdysphorie.

Die zeitlichen Vorgaben der Begutachtungsrichtlinie werden nun bei der von der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung 2012 initiierten AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) S3-Leitlinienentwicklung dahingehend untersucht, ob sie empirisch fundiert sind und dazu beitragen, dass Menschen weniger leiden. Nach dem aktuellen Stand können die Vorgaben der Begutachtungsrichtlinie diesen beiden Anforderungen nicht gerecht werden.

Die neue Leitlinie soll einen ganzheitlichen Ansatz verfolgen, wobei das Thema Transition im Fokus steht, aber auch durch weitere gesundheitsrelevante Themen ergänzt wird. Voraussichtlich werden die Leitlinien Empfehlungen dazu enthalten, Geschlechtsangleichungen ohne zeitlichen Verlaufsplan und ohne verpflichtende Psychotherapie zu ermöglichen. Die Diagnostik wird sich auf die ICD-11 beziehen und auch nichtbinäre Beratungssuchende mit einbeziehen. Ein öffentliches Online-Review-Verfahren dazu soll 2017 stattfinden.

Ein weiterhin bestehendes Problem liegt darin, dass die Leitlinie auf dem Behandlungsparadigma des Transsexualismus beruht, das überwunden werden sollte. Daher wird ein systematisches und partizipatives Forschungsprojekt unter Berücksichtigung eines intersektionalen Ansatzes gefordert, mit dem Ziel, gemeinsam mit trans\* und transsexuellen Menschen die für sie erforderlichen Veränderungen in der Gesundheitsversorgung zu artikulieren. Dies wäre sowohl für eine bessere Gesundheitsversorgung für trans\* und transsexuelle Menschen als auch für eine Gesellschaft mit mehr Geschlechtergerechtigkeit und Geschlechtervielfalt förderlich.

**Dr. Julia Ehrt, Geschäftsführerin von Transgender Europe (TGEU) spricht über Menschenrechte und Entpathologisierung: Chancen der ICD Reform für trans\*Menschen.** Während in den 80er- und 90er-Jahren der Diskurs um Transsexualität noch fremd- und medizinbestimmt war, kam es im neuen Jahrtausend zu einem Paradigmenwechsel. Immer mehr trans\*Menschen haben sich politisch organisiert, es fand eine Anbindung an die LSB-Bewegung (der Rechte von Lesben, Schwulen und Bisexuellen) statt und die vorherrschenden Bilder und Konzepte (z. B. „Gefangen im eigenen Körper“) wurden zunehmend hinterfragt. Seit den 2000er-Jahren treten immer mehr trans\*Menschen als Expert\_innen in eigener Sache auf, werden in Prozesse, die sie betreffen, verstärkt eingebunden und stellen die Definitionsmacht der Medizin und Psychologie infrage. Dadurch bekommen die Themen Transsexualität und Transidentität v. a. in politischen Kontexten mehr Sichtbarkeit.

Dieser Paradigmenwechsel stieß weitreichende politische internationale Entwicklungen an. Zehn europäische Staaten (Großbritannien, Spanien, Portugal, Schweden, die Niederlande, Dänemark, Malta, Irland, Norwegen und Frankreich) haben ihre Rechtslage zur Änderung der Vornamen und des Geschlechtseintrags in offiziellen Dokumenten verbessert. Auf Anregung ihrer nationalen Gerichte haben auch Österreich, Deutschland, Schweden, Italien und Griechenland ihre Rechtslage zur Personenstandsänderung verbessert. Argentinien ist das erste Land, welches 2012 ein Geschlechtsidentitätsgesetz eingeführt hat, das auf einem Recht auf Geschlechtsidentität beruht, die Selbstbestimmtheit von trans\* Menschen in den Mittelpunkt stellt und auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung ausdehnt. Seitdem ist in Malta, Norwegen, Irland und Dänemark die Geschlechtsidentitätsanerkennung auf Grundlage der Selbsterklärung eingeführt worden.

In der ICD-10, die seit 1990 gilt, ist Transidentität im Kapitel F über psychische Verhaltensstörungen aufgeführt. Die an den von der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) veröffentlichten DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) angelehnte Definition von Transsexualismus (F64.0) lautet: der „Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden. Dieser geht meist mit Unbehagen oder dem Gefühl der Nichtzugehörigkeit zum eigenen anatomischen Geschlecht einher. Es besteht der Wunsch nach chirurgischer und hormoneller Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht so weit wie möglich anzugleichen.“

Im Mai 2013 veröffentlichte die APA den DSM V, in dem die Kategorie der Geschlechtsidentitätsstörung mit Geschlechtsdysphorie ersetzt wurde. Kennzeichen davon ist ein klinisch relevanter Leidensdruck, der aus der Geschlechtsnonkonformität resultiert, wobei Geschlechtsnonkonformität nicht per se als pathologisch eingestuft wird.

Im ICD-11-Vorschlag wird „Transsexualität“ durch „Geschlechterinkongruenz“ ersetzt und taucht im Kapitel über Bedingungen, die die sexuelle Gesundheit beeinflussen, auf. Dass Geschlechterinkongruenz nicht mehr als psychische Störung gesehen wird, die Formulierung auch nichtbinäre Identitäten erfasst und eine Flexibilität hinsichtlich des Wunsches nach Anpassung ermöglicht, stellen die Verbesserungen zur ICD-10 dar. Transvestitismus und fetischistischer Transvestitismus sollen in der ICD-11 nicht mehr auftauchen.

TGEU tritt dafür ein, dass bei trans\* Kindern keine Diagnose notwendig ist, da sie in erster Linie nichtmedizinische Unterstützung brauchen. Vielmehr ist eine Unterstützung von und für Kinder durch andere Diagnoseschlüssel möglich. Die Diagnose der Geschlechtsinkongruenz hingegen ist nicht praktikabel für Kinder, da sie zu Stigmatisierungen führen kann, wodurch die Kinder eher verunsichert, denn bestärkt in ihrer Selbstbestimmung werden. Eine medizinische Intervention ist sowieso erst mit Beginn der Pubertät notwendig und indiziert, wenn die Diagnose für Heranwachsende und Erwachsene durch das höhere Alter der Patient\_innen bereits greift.

Die ICD-11-Reformen werfen einige Fragen auf. Zum einen ist es unklar, ob und wie die Kostenübernahme durch die Krankenkassen weiter gewährleistet wird. Zum anderen ist es offen, nach welchen Kriterien und durch wen eine Diagnose erstellt wird. Weiterhin sind die Auswirkungen der ICD-11 auf die Gesetzeslage in Bezug auf das TSG und die Personenstandsänderung unklar. Diese Fragen sind in verschiedenen Bereichen angesiedelt, sie sind medizinischer, aber auch rechtlicher und menschenrechtlicher Natur – vor allem sind es politische Fragen. Die Entscheidung darüber, welche Bestandteile der ICD-11-Reform umgesetzt werden, ist den einzelnen Staaten vorbehalten. In jedem Fall sollte in Deutschland eine menschenrechtskonforme Gesetzgebung beschlossen werden.



## Gruppenphase II: Stationengespräche – Implikationen der zu erwartenden nationalen und internationalen Leitlinien

Die Tischgruppen rotieren im Fünf-Minuten-Takt von einer Pinnwand zur nächsten und notieren in Stationengesprächen die vorbereiteten Fragestellungen stichpunktartig. Die Fragen lauten:

Wenn die AWMF-Leitlinien und die ICD-11 erscheinen, ...

... was soll so bleiben, wie es ist?

... an wen oder was muss auf jeden Fall gedacht werden?

... was darf auf keinen Fall passieren?

... worin bestehen die größten Chancen?

Im Nachgang werden alle Stationen durch die Gruppen im Plenum vorgestellt:

- **So bleiben, wie es ist**, sollen der Zugang zur Gesundheitsversorgung mit freier Ärzt\_innen- und Therapeut\_innenwahl, das Recht auf Behandlung und die Kostenübernahme durch die Krankenkassen. Es darf weiterhin keine verpflichtende Bindung an spezifische Behandlungszentren, keine Streichung bisheriger Maßnahmen und keine Fehlversorgung geben. Transsexualität/Transidentität soll sichtbar bleiben. Bestehende Beratungsstellen sollen abgesichert und ausgebaut werden. Interdisziplinäre Zusammenarbeit, ein fortlaufender Austausch und ein offener Dialog sollen fortgeführt werden.
- **Auf jeden Fall gedacht werden soll** an Kinder und Jugendliche mit ihren eigenen Bedürfnissen, an nichtbinäre Identitäten, an Angehörige und an Menschen in Bildungsinstitutionen und im Pflegebereich. Außerdem soll an marginalisierte Gruppen gedacht werden: Dazu gehören betreute, inhaftierte, geflüchtete Menschen, Personen im Asylprozess oder ohne Aufenthaltsstatus, Menschen mit Lernschwierigkeiten oder Beeinträchtigungen, trans\* und transsexuelle Sexarbeiter\_innen, Menschen mit Mehrfachzugehörigkeit und Menschen in Heimen, Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen sowie in psychiatrischen Einrichtungen.
- Ebenso soll auf jeden Fall an eine Verbesserung der Versorgungslage gedacht werden, die nicht mehr auf Pathologisierung beruht. Als Basis der Veränderungen sollen die Menschenrechte gelten. Wichtig sind Erwachsenenbildung, Antidiskriminierungsarbeit, Coaching, Darstellung in leichter Sprache und eine Vereinfachung der Behandlungsrichtlinien. Die herrschende Definition von Gesundheit soll hinterfragt und damit die körperliche Ebene getrennt von Geschlechtsidentitätsfragen betrachtet werden. Außerdem braucht es eine Behandlung für transsexuelle und trans\* Patient\_innen, die keinen zusätzlichen Leidensdruck schafft, dezentrale Versorgung in nichturbanen Gebieten und eine Stärkung von communitybasierten Angeboten. Diese sollen darauf abzielen, dass transsexuelle und trans\* Patient\_innen Entscheidungen basierend auf dem Konzept der informierten Zustimmung treffen können. Transsexuelle und trans\* Personen sollen in Gremien vertreten sein und mit gleichberechtigtem Stimmrecht entscheiden dürfen. Es sollen keine sozialen Ausschlüsse reproduziert werden.

- **Auf keinen Fall passieren darf** eine erneute Pathologisierung und ein „Gatekeeping“ durch die Hintertür. Mehr Bürokratie sollte verhindert werden. Es darf nicht passieren, dass der Verlauf der Behandlung weiterhin durch MDK und Krankenkassen bestimmt wird, dass die neuen Richtlinien ohne Partizipation von trans\* und transsexuellen Personen umgesetzt werden oder dass Krankenkassen aus der Leistungspflicht entlassen werden. Die Psychotherapiepflicht sollte abgeschafft werden, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen. Eine Mehrfachpathologisierung von Kindern mit angeborenen Variationen der Geschlechtsmerkmale/intergeschlechtlichen Kindern durch eine Trans\*Diagnose muss vermieden werden. Die reproduktiven Rechte von transsexuellen und trans\* Menschen sollen geschützt und mehr Forschung bezüglich transsexueller und trans\* Menschen mit Familienwunsch initiiert werden. Kontrovers wurde diskutiert, ob die sogenannte klassische Transsexualität einen eigenständigen Raum behalten soll.
- **Die größten Chancen bestehen in** einer menschenrechtskonformen selbstbestimmten Behandlung sowie einer generell besseren und holistischen Gesundheitsversorgung, wodurch zu einer hohen Lebensqualität und Gesundheit von transsexuellen und trans\* Menschen beigetragen werden kann. Eine weitere Chance stellt die Neuregelung unter Berücksichtigung von Gleichberechtigung, Transparenz und den Yogyakarta-Prinzipien dar. Partizipative Gesundheitsversorgungsforschung ermöglicht die Abbildung der gesellschaftlichen Realität und damit die Entwicklung von bedürfnisorientierten Behandlungsansätzen. Es braucht bedarfsgerechte Gesundheitsergebnisse und medizinische Versorgung nach dem neuesten Stand der Technik mit Schutzräumen für Menschen, die Gewalt und Diskriminierung erleben oder erlebt haben. Psychotherapie sollte nicht obligatorisch verordnet, sondern als mögliche unterstützende Maßnahme gesehen werden. Mit den Neuregelungen soll es zu einer Entkoppelung von Medizin und Recht kommen.
- Eine Entpathologisierung und Entstigmatisierung von Transsexualität und Transidentität, die Vereinfachung des Prozesses der rechtlichen Geschlechtsanerkennung und des Zugangs zu Behandlungsmaßnahmen für Menschen mit allen Geschlechtsidentitäten hätten eine politische Signalwirkung. Dadurch könnten transsexuelle und trans\* Menschen mehr Selbstbestimmung, höhere gesellschaftliche Akzeptanz und ein geringeres Maß an Diskriminierung erfahren, was sich positiv auf ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit auswirken würde.

# 3.

## Veranstaltungsteil: Zukunftsvisionen und Maßnahmen

### Diskussionsforum I: Begutachtungspraxis (Erwachsene)

#### **Eingeladene Sprecher\_innen:**

**Deborah Reinert** | Rechtsanwältin

**Arn Sauer** | Peer-Forschung & Beratung | BV Trans\*

**Dr. Annette Güldenring** | Oberärztin der Klinik für Psychiatrie/Psychotherapie und Psychosomatik und Leiterin der Transgenderambulanz der Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide

**Dr. Lieselotte Mahler** | Oberärztin | Psychiatrische Universitätsklinik der Charité

**Dr. Hans-Günther Pichlo** | Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)

**Ralf Kollwitz** | GKV-Spitzenverband

**Moderation: Dr. Laura Adamietz** | Rechtsanwältin

Zu Beginn des Diskussionsforums geben alle eingeladenen Sprecher\_innen ein zwei- bis dreiminütiges Statement zu den Erfahrungen und Erkenntnissen aus ihren Arbeitsbereichen wieder.

**Die Rechtsanwältin Deborah Reinert spricht über die Erfahrungen von transsexuellen/trans\* Menschen im Gesundheitswesen und Recht.** Der Kontakt mit Krankenkassen und dem MDK scheint für trans\* und transsexuelle Menschen generell problembehaftet zu sein, ein Beispiel dafür stellt die lange Dauer und Intransparenz des Genehmigungsverfahrens dar. Des Weiteren findet der Inhalt und Umfang der kassenärztlichen Leistungen Kritik, da der Maßnahmenkatalog der gesetzlichen Krankenkassen nicht den Bedürfnissen transsexueller und trans\* Menschen entspricht. Für trans\* Menschen mit einer nichtbinären Geschlechtsidentität besteht momentan gar keine Möglichkeit der Kostenübernahme für geschlechtsangleichende Maßnahmen. Die Bewilligungskriterien sollten sich daher eher an der Lebensrealität trans\* und transsexueller Menschen orientieren – dazu gehört auch, dass psychische und existenzielle Probleme, die durch ein langes Bewilligungsverfahren entstehen können, miteinbezogen werden. Außerdem wird auf die Problematik hingewiesen, dass Fachwissen und erforderliche Sachkompetenz zum Thema Transsexualität beim MDK nicht ausreichend sind. In der Folge kann das zu unzureichender Versorgung, langen Wartezeiten und letztlich zu Traumatisierungen von trans\* und transsexuellen Patient\_innen führen. Krankenkassen wiederum nehmen zu selten ihre Entscheidungskompetenz wahr und verstecken sich hinter einer in der Regel „falschen“ MDK-Bewertung. So kommt es häufig zu Streitfällen bzgl. der Kostenerstattung (auch bei Leistungen für Kinder und Jugendliche), was wiederum die unterstützende und erforderliche Versorgung der Patient\_innen verzögert oder sogar verhindert und weitreichende gesundheitliche Folgen mit sich bringen kann.

**Arn Sauer vom Bundesverband Trans\* spricht über die deutsche Begutachtungspraxis bei Transsexualismus: eine trans\*-peer Perspektive auf den erforderlichen Paradigmenwechsel in der Gesundheitsversorgung.** Ausgeklammert bleiben die Erfahrungen von nichtbinären, a-geschlechtlichen, gender-queeren und anderen Menschen, deren Geschlechtsempfinden nicht in das zweigeschlechtliche Schema passt, weil sie derzeit – da nicht eindeutig „gegengeschlechtlich“ identifiziert – weder Zugang zum Transsexuellengesetz (TSG) noch zu medizinischen Leistungen haben. In Deutschland müssen sich trans\* Personen, die geschlechtsangleichende medizinische Maßnahmen und einen juristischen Personenstandswechsel anstreben, derzeit drei Begutachtungsprozessen unterziehen: Neben der verpflichtenden sogenannten Begleittherapie im Rahmen des Alltags-tests zur Feststellung der Diagnose F.64.0 „Geschlechtsidentitätsstörung/Transsexualismus“ erfolgt im Rahmen des TSG eine doppelte Begutachtung durch zwei unabhängige vom Gericht bestellte Gutachter\_innen. Im Rahmen der Leistungspflicht der Krankenkassen bei Beantragung einer Kostenübernahme für geschlechtsangleichende Maßnahmen werden trans\* Menschen erneut einer (sozialmedizinischen) Begutachtung durch den MDK unterzogen.

Die Aussagen von Arn Sauer basieren auf einer zweimonatigen Umfrage (2016) per E-Mail, in der verschiedene Einrichtungen um eine Einschätzung der aktuellen Begutachtungspraxis gebeten wurden. Diese richtete sich an Vereine, Trans\*Gruppen, Trans\*Selbsthilfegruppen, Beratungseinrichtungen und Therapeut\_innen, die selbst Gutachten ausstellen. Aus den Antworten geht hervor, dass trans\* Menschen die bestehende Begutachtungspraxis, insbesondere des MDK, als aufwendig, stereotypisierend und fremdbestimmt wahrnehmen. Die Vorannahmen der Begutachtenden und der Richtlinien selbst beruhen auf einem binären Geschlechtsverständnis, das wenig Raum für zwischengeschlechtliches Empfinden oder Selbstbestimmung in Bezug auf Geschlecht bietet und daher strukturell diskriminierend wirkt. Die Begutachtungspraxis wird von trans\* Menschen als mindestens unangenehm bis diskriminierend empfunden. Die Erfahrungsberichte zeigen dabei, dass die Begutachtungen die Gesundheit und das psychosoziale Wohlbefinden von trans\* Personen eher gefährden statt fördern. Ebenso wird kritisiert, dass das aktuelle starre System individuelle und menschenrechtskonforme Wege zu einem selbstempfundenen, selbstbestimmten Geschlecht verbaut, anstatt sie zu ermöglichen.

**Dr. Annette Güldenring, Oberärztin der Klinik für Psychiatrie/Psychotherapie und Psychosomatik und Leiterin der Transgenderambulanz der Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide, spricht über Geschlechtsidentität gut beachten – Gedanken aus psychiatrischer Perspektive bzw. über Möglichkeiten und Grenzen menschlicher Wahrnehmung im Prozess der psychiatrischen Diagnostik.** Die menschliche Wahrnehmung ist nicht in der Lage, ein emotional geschlechtliches Empfinden, wie es das subjektive geschlechtliche Identitätsempfinden darstellt, zu objektivieren und somit zu diagnostizieren. Vielmehr können subjektive Empfindungen nur im Dialog und im Beziehungserleben zwischen Therapeut\_in und Patient\_in aus der subjektiven Sicht beobachtet und in Abstimmung mit den Patient\_innen formuliert werden. Eine besonnene Diagnostik ist frei davon, Patient\_innen in Definitionen und Katalogisierungen festzulegen und fremdzubestimmen. Ebenso ist nonkonformes geschlechtliches Empfinden nicht in diagnostischen Klassifikationssystemen wie der ICD-10 inkludiert, wodurch diese nicht geeignet sind, verschiedene geschlechtliche Identitäten zu erfassen. Klassifikationssysteme sollen eigentlich die subjektiven Einflüsse des\_der Therapeut\_in auf den diagnostischen Prozess verringern. Die Gefahr des momentanen Diagnoseverfahrens ist jedoch, dass die mög-

lichen Kategorien auf stereotypen Annahmen des Zweigeschlechtersystems beruhen – durch Ankreuzen mehrerer Symptome werden dann Abweichungen von der Norm bestimmt. Zugleich ermöglicht dieses normengeleitete Wahrnehmungssystem keinen Zugang zu lebensgeschichtlichen Besonderheiten und kann geschlechtliche Vielfalt nur als Abweichung von einer vermeintlichen Normalität darstellen. Für geschlechtlich nonkonforme Menschen hat die Diagnostik enorme Auswirkungen auf ihr Leben und darf nicht als Maßstab für Indikationen oder Kontraindikationen körperangleichender Behandlungen herangezogen werden. Psychiatrie und Psychologie haben eine besondere Verantwortung allen – auch den nonkonformen – geschlechtlichen Lebensweisen gegenüber eine wertfreie und fürsorgliche Haltung einzunehmen. Momentan können sie diese Anforderung in Bezug auf trans\* Patient\_innen nicht erfüllen. Die Konsequenz daraus sollte sein, die Rolle von Psychiatrie und Psychotherapie in der Gesundheitsversorgung von trans\* Menschen grundlegend neu zu denken. Dazu gehört auch, Psychotherapie nicht mehr als Bedingung für eine Kostenübernahme der geschlechtsangleichenden Maßnahmen zu sehen. Durch den verpflichtenden Charakter ist das Verhältnis von Patient\_in und Therapeut\_in von Anfang an konfliktbehaftet, da der berechtigte Unmut über die Zwangspsychotherapie häufig auf den\_die Therapeut\_in projiziert wird. Dadurch wird eine Behandlungsmethode, die eigentlich einen wertvollen Beitrag zur Unterstützung von trans\* Menschen haben könnte, in ihrer Wirksamkeit erheblich gemindert.

**Dr. Lieselotte Mahler, Oberärztin an der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité, spricht über den Paradigmenwechsel in der Begutachtungspraxis: Bedeutung des WMA(World-Medical-Association)-Statement on Transgender People.** Im Oktober 2015 hat die Weltärztekammer ein Positionspapier bezüglich trans\*Menschen verabschiedet. Darin fordert sie unter anderem, das Recht auf Selbstbestimmung der eigenen Geschlechtsidentität zu respektieren und ärztlich sicherzustellen. Das WMA-Statement stellt klar, dass Transidentität an sich keine Erkrankung darstellt, jedoch zu einem Leidensdruck (beispielsweise Geschlechtsdysphorie) führen kann. Zur Prävention oder Reduktion des Leidensdrucks ist ein schneller und leichter Zugang zu einer individualisierten, multiprofessionellen und interdisziplinären Gesundheitsfürsorge für trans\* Menschen notwendig. Laut Weltärztekammer stehen die Ärzt\_innen in der Verantwortung, diese Forderungen umzusetzen. Das aktuelle, starre System in Deutschland steht im Widerspruch zum Positionspapier und sollte daher dringend verändert werden. Bemängelt wird, dass aktuell kein schneller Zugang zur Gesundheitsfürsorge für trans\* Personen gesichert und dass die Begutachtungspraxis nicht mit dem Recht auf Selbstbestimmung vereinbar ist.

**Dr. Hans-Günther Pichlo vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) spricht über die Begutachtungspraxis im Bereich Transsexualismus/Geschlechtsdysphorie.** Die MDS-Begutachtungsrichtlinie stammt aus dem Jahr 2009 und die darauffolgenden Entwicklungen zum Thema Transsexualität und Transidentität waren damals nicht absehbar. Auf das Urteil des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) von 2009, wonach individuelle Umstände bei der Beratung, Behandlung und Therapie zu berücksichtigen sind, folgte der BVerfG-Entscheidung von 2011 zur Nichtigkeit von operativen geschlechtsangleichenden Maßnahmen als Voraussetzung für die Personenstandsänderung im TSG. Kurz danach gab es 2011 eine Neukonzeptualisierung des Themas in den Standards of Care 7 (SoC7) mit dem Ergebnis „Genderdysphorie“. 2013 tauchte dieser Begriff dann auch im DCM V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) auf. Neu war außerdem die Betonung des „informed consent“

in den SoC7. Besonders hervorzuheben sind die Resolutionen des Europarates von 2011 und 2015, die eine nicht pathologisierende Neueinstufung fordern, sowie die zukünftige ICD-11, in der Geschlechtsinkongruenz nicht mehr als psychische Störung eingestuft wird, sondern primär als Unstimmigkeit zwischen Geschlechtsidentitätsempfinden und Körpergeschlecht. Diese Neukonzeptualisierung ohne Krankheitswert könnte hinsichtlich des Leistungsrechts der Krankenkassen Schwierigkeiten hervorrufen.

Die Gutachten zu „Transsexualismus“ haben in den letzten Jahren stark zugenommen. In Deutschland gibt es insgesamt 15 MDKs – ihre Aufgabe besteht darin, eine beratende Funktion in medizinischen und pflegerischen Fragen für die gesetzlichen Krankenkassen und die Pflegeversicherungen einzunehmen. Bei Leistungsanträgen bitten die Krankenkassen den MDK um ein ärztliches Gutachten: Dabei geht es vor allem um die Prüfung, ob Art und Umfang der beantragten Leistungen im jeweiligen Fall angemessen sind und ob die erforderlichen Voraussetzungen für die geplante Behandlung gegeben sind. Die ärztlichen Gutachter\_innen richten sich vor allem nach den medizinischen Behandlungsstandards und sozialrechtlichen Bestimmungen. Kommt es zu aufschiebenden oder abschlägigen MDK-Beurteilungen, so liegen die Gründe nach Einschätzung von Dr. Pichlo häufig bei einer verfrühten Antragstellung, fehlenden leistungsrechtlichen Voraussetzungen, unzureichend stabilisierter somatischer oder psychischer Komorbidität oder Abweichungen von den Behandlungsstandards. Gerade aus diesem Grund wäre es sehr zu begrüßen, wenn die Entwicklung der AWMF-S3-Behandlungsleitlinie zeitnah abgeschlossen werden könnte. Dann kann auch die entsprechende MDK-Begutachtungsrichtlinie aktualisiert werden. Die Notwendigkeit dafür ist aufgrund der Entwicklungen der letzten Jahre deutlich geworden.

**Ralf Kollwitz vom GKV-Spitzenverband spricht über Ansprüche auf Leistungen gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bei Transsexualität.** Bei einer Neuregelung der Diagnostik steht die Frage im Zentrum, ob im versicherungsrechtlichen Sinn noch eine Krankheit vorliegt. Falls nicht, hätte die GKV eventuell keine Zuständigkeit mehr. Unter Krankheit wird ein regelwidriger Zustand verstanden, der behandlungsbedürftig ist. Das Leistungsrecht ist insofern flexibel, da es sich nach dem anerkannten Stand der Entwicklung der Medizin richtet, d. h., dass leistungsrechtliche Ansprüche sich anpassen müssen, notfalls auch ohne gesetzliche Änderung. Bisher wurde davon ausgegangen, dass es sich bei Transsexualität um eine psychische Erkrankung handelt, die einen gewissen Leidensdruck mit sich bringen muss. Das Spektrum medizinisch indizierter Krankenbehandlung des Transsexualismus ist weitgefächert. Je nach individueller therapeutischer Lösung können sich erforderliche Behandlungen von der Psychotherapie über hormonelle Behandlungen bis hin zu operativen geschlechtsangleichenden Maßnahmen erstrecken. Die Kosten für geschlechtsangleichende Operationen werden von der GKV übernommen, wenn sie dazu dienen, einen Zustand zu erreichen, der eine deutliche Annäherung an das Erscheinungsbild des „anderen“ Geschlechts darstellt. Für die Diagnose entscheidend ist die Stabilität des Wunsches der Patient\_innen, sich psychisch vollständig mit dem „anderen“, dem eigenen Körper widersprechenden Geschlecht zu identifizieren. Um diese Diagnose zu sichern, ist heute noch immer ein längerer diagnostisch-therapeutischer Prozess notwendig. Die Dauerhaftigkeit und Irreversibilität des empfundenen Geschlechts von trans\* und transsexuellen Personen wird momentan noch daran festgemacht, wie konsequent sie im empfundenen Geschlecht leben und sich in ihm angekommen fühlen. Von dieser äußerlichen Einschätzung aus erfolgt die Bestimmung der Reichweite der Behandlungsmaßnahmen und – je nach Indikation – die Entscheidung über die Kostenübernahme durch die GKV.

Bei der von **Dr. Laura Adamietz** geleiteten folgenden **Diskussion** geht es hauptsächlich um die vorgebrachte Kritik am MDK und den Krankenkassen. **Dr. Hans-Günther Pichlo** erklärt die Abläufe und Zuständigkeiten in den 15 MDK, die deutschlandweit gestaffelt sind. Es gibt einen Geschäftsverteilungsplan mit klaren Zuordnungen, Dr. Pichlo selbst ist ein zentraler Ansprechpartner. Es wird Kritik an großen Informationsdefiziten und Wissenslücken beim MDK geäußert. Auch die Notwendigkeit, die Formulierungen in den Gutachten an die Erwartungen des MDK anzupassen, wird kritisiert. Podiumsteilnehmende wie **Arn Sauer** und **Dr. Lieselotte Mahler** regen an, kritisierte Praktiken sofort abzustellen, anstatt auf die neuen Leitlinien zu warten.

**Deborah Reinert** äußert Kritik an den Kontrollsystemen, die es zwar bei den Krankenkassen mit der Möglichkeit zum Widerspruch gibt, die aber ihrer Ansicht nach nicht funktionieren. Sie ermuntert alle Beteiligten im Gesundheitssystem dazu, stattdessen mutigere Entscheidungen zu treffen. **Ralf Kollwitz** erklärt, warum Krankenkassen bei Gutachten, aus denen sich Widersprüche und Rückfragen ergeben, erneut um ein Gutachten bitten. Er bietet an, sich die Prozesse im Einzelnen anzusehen und den Unstimmigkeiten nachzugehen. Gleichzeitig betont er, dass auch weiterhin eine gewisse Standardisierung im Verfahren zur Kostenübernahme notwendig sein wird, auch wenn jeder Fall ein Einzelfall ist.

Bei der **Diskussion mit dem Plenum** geht es insbesondere um aktuelle Schwierigkeiten mit der Krankenkasse und dem MDK sowie um die Sorgen bezüglich der Kostenübernahme von Leistungen im Hinblick auf die neuen Leitlinien. Das aktuelle System an sich wird kritisiert und es wird gefordert, Transgeschlechtlichkeit endlich zu entpathologisieren. Ebenso sollte mitbedacht werden, welche langfristigen Gesundheitsauswirkungen verweigerter Leistungen für trans\* und transsexuelle Patient\_innen haben.

In der Diskussion wird auch auf die fehlende Sichtbarkeit und Regelungen für Menschen mit nichtbinären Geschlechtsidentitäten hingewiesen. Der Wunsch nach der Trennung von medizinischer Behandlung und Geschlechtsidentität wird erneut geäußert. Als Antwort auf die Kritik schlägt **Dr. Hans-Günther Pichlo** eine Fortbildung im MDK vor. Dazu müsste die GKV eventuell auf den MDK zugehen. Bei Überarbeitungen der Leitlinie muss sich der MDK an dem in der Fortbildung vermittelten Wissen ausrichten. Aktuell ist noch das grundlegende Urteil des Bundessozialgesetzes von 1987 zeitgemäß, das Aussagen zur Leistungserstattung trifft: Es braucht eine regelwidrige Anspannung zwischen Körper und Geschlecht und einen Leidensdruck. Ebenso sind geschlechtsangleichende Operationen von der GKV nur zu tragen, wenn therapeutische Mittel die Spannung nicht zu verändern vermögen. Dies kann als Pflicht- oder Zwangstherapie gesehen werden oder als Hilfsangebot, so Dr. Pichlo.

Auch **Ralf Kollwitz** hält es für möglich, dass die GKV sich mit dem MDK in Verbindung setzt und gemeinsam Sensibilisierungsfortbildungen zum Thema Transsexualität und Transidentität durchgeführt werden. Die GKV steht zu den ethischen Grundsätzen, muss aber auch die Wirtschaftlichkeit beachten und kann Leistung nur erstatten, wenn der Nutzen belegt werden kann. **Dr. Timo Nieder** klärt über die Leistungspflicht der Kassen bei der Überarbeitung der Leitlinien bzw. der ICD-11 auf. Die klare Haltung der WHO dazu ist, dass es sich mit der Adaption von Transsexualität zu Geschlechtsinkongruenz um einen krankheitswertigen Zustand handelt und daher Leistungspflicht besteht.

Abschließend präsentiert **Dr. Laura Adamietz** die **Ergebnisse der Gruppendiskussion** im Plenum und verweist auf die großen Erwartungen und Sorgen, die es bezüglich der Ungewissheit im Umgang mit der ICD-11 gibt. Es besteht die Sorge, dass somatische Maßnahmen im Zusammenhang mit Transgeschlechtlichkeit nicht als kostenübernahmefähig angesehen werden. Expert\_innen sagen, wenn es einen Leidensdruck bzw. einen behandlungsbedürftigen Zustand

gebe, werde es auch weiterhin eine Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen geben. Im Fokus der Diskussion stehen die Krankenkassen und der MDK. Die Art und Weise, wie MDK und Krankenkassen momentan hinsichtlich des Umgangs mit trans\* und transsexuellen Patient\_innen zusammenwirken, wird als strukturelles Problem beschrieben, das sich negativ auf die Versorgung der Patient\_innen auswirkt. Die Krankenkassen begründen die Notwendigkeit von Gutachten durch den MDK mit ihrer fehlenden medizinischen Expertise und dem Wirtschaftlichkeitsgebot, das überprüft werden muss. Auf der anderen Seite basieren die Entscheidungen des MDK lediglich auf Akten und es besteht kein Kontakt zu einzelnen Patient\_innen, was eine bedürfnisorientierte Beurteilung zugunsten der Patient\_innen erschwert. Weiterhin wird kritisiert, dass Personen mit einer nichtbinären Geschlechtsidentität in der aktuellen Gesundheitsversorgung gar nicht mitgedacht werden. Deutlich wird, dass ein großes Bedürfnis nach Wissensvermittlung bei Behandler\_innen, MDK und GKV besteht und es notwendig ist, die aktuelle Situation für trans\* und transsexuelle Patient\_innen sofort zu verbessern und nicht erst nach Fertigstellung der neuen Leitlinien.

## Diskussionsforum II: Teilhabe und Gesundheit von transsexuellen/trans\* Kindern und Jugendlichen

**Christian Dittler** | Trans-Kinder-Netz e. V. (Trakine)

**Dr. med. Bernd Meyenburg** | Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Universitätsklinikum Frankfurt

**Dr. Birgit Möller** | Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie am Universitätsklinikum Münster

**Dr. med. Klaus Peter Liesenkötter** | Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie, Neonatologie am Endokrinologikum

**Mari Günther** | Queer Leben und BV Trans\*

**Moderation: Dr. Constance Ohms** | CO Projektmanagement und Wissensvermittlung

**Christian Dittler vom Trans-Kinder-Netz e. V. (Trakine) spricht über Kindeswohlgefährdung oder unterlassene Hilfeleistung?** Trakine e. V. begann 2012 als Elterninitiative von trans\* Kindern und trans\* Jugendlichen, mit dem Ziel, die Kinder, Jugendlichen und ihre Angehörigen zu ermutigen und sie zusätzlich durch Informationen und Beratung zu unterstützen. Mittlerweile umfasst das Trans-Kinder-Netz e. V. etwa 200 Menschen bundesweit und international. In etwa 90 Prozent der Beratungen geht es um den schwierigen Alltag für alle Beteiligten, insbesondere wenn trans\* Kindern und Jugendlichen der soziale Rollenwechsel nicht ermöglicht wird. Nonbinarität ist nach der Erfahrung von Trakine e. V. für trans\* Kinder und Jugendliche weniger ein Thema, da sie sich in der Regel einem binären Geschlecht zuordnen und dies auch kommunizieren können.

Den Eltern von trans\* Kindern und Jugendlichen wird vom Jugendamt wegen fehlenden Wissens häufig vorgeworfen, dass sie ihr Kind indoktriniert hätten und damit ein Fall von Kindeswohlgefährdung vorliege. Aus Sicht von Trakine e. V. handelt es sich um Kindeswohlgefährdung und unterlassene Hilfeleistung, wenn dem trans\* Kind oder Jugendlichen der Rollenwechsel nicht ermöglicht wird. Trakine e. V. fordert daher eine Unterscheidung zwischen sozialer und medizinischer Transition. Trans\* Kinder vor der Pubertät brauchen zunächst nur eine soziale Transition. Ärztliche Behandlungen werden oft nur dann notwendig,



wenn kein Rollenwechsel möglich ist, da dies zu Komorbiditäten und Verhaltensauffälligkeiten führen kann. Trakine e.V. weist auf bestehende Defizite hin und fordert daher Informationen für trans\* Kinder und Jugendliche sowie deren Angehörige in eindeutiger klarer Sprache, die Möglichkeit zu wohnortnaher Begleitung und Beratung sowie Fortbildungen zum Thema Transsexualität und Transidentität bei Kindern und Jugendlichen für Beschäftigte im pädagogischen Bereich.

**Dr. med. Bernd Meyenburg von der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Universitätsklinikum Frankfurt spricht über psychische Gesundheit von transidenten Kindern und Jugendlichen.** In Frankfurt gibt es die erste Spezialsprechstunde für transidente Kinder und Jugendliche seit 1987, die mittlerweile von über 700 Patient\_innen in Anspruch genommen wurde. Mittlerweile gibt es weitere Spezialsprechstunden in Hamburg, Münster, München und Berlin. Es gibt bundesweit einen großen Bedarf, wie folgende Zahlen zeigen: Von 102 Gutachten, die Dr. Meyenburg ausgestellt hat, waren 74 Antragsteller\_innen unter 18 Jahren. Die Gesamtzahl von trans\*Kindern und -Jugendlichen wird auf 5 : 100.000 geschätzt, dürfte demnach bei einigen Tausend liegen. Auffällig ist eine starke Zunahme von Transjungen.

Die Untersuchung der psychischen Gesundheit von transidenten Kindern und Jugendlichen zeigt: Von 268 Kindern und Jugendlichen mit dem Vollbild einer transidenten Entwicklung zeigen 114 erhebliche psychopathologische Auffälligkeiten, wie zum Beispiel selbstverletzendes Verhalten, Depressionen und Suizidgefährdung. Wenn den trans\* Kindern oder Jugendlichen die soziale Transition durch Hormonblocker oder gegengeschlechtliche Hormonbehandlung ermöglicht wird, sinkt der Anteil der psychopathologisch auffälligen Kinder und Jugendlichen deutlich. Niederländische Studien von trans\*Kindern und -Jugendlichen kommen zu ähnlichen Ergebnissen. Bei Jugendlichen ist der Anteil psychiatrischer Auffälligkeiten noch niedriger (32 %), er liegt damit nur wenig höher als in einem nationalen niederländischen Sample (21 %).

Zudem sind viele der Auffälligkeiten sekundär, d. h., sie sind nicht in der Transidentität, sondern in dem Leidensdruck durch einen nicht ermöglichten Wechsel der sozialen Geschlechterrolle begründet. Dies ist ein starkes Argument dafür, Psychotherapie in künftigen Leitlinien nicht mehr als Zwangsbehandlung, sondern nur wenn der Wunsch danach oder ein hoher psychischer Leidensdruck besteht, einzusetzen. Von den 102 Gutachten, die Dr. Meyenburg zwischen 1996 und 2015 erstellte, wurden lediglich zwei nicht befürwortet. Fachkolleg\_innen berichten Ähnliches: Von 3.750 Gutachten wird weniger als 1 Prozent ablehnend beurteilt und weniger als 1 Prozent zeigt ein Rückumwandlungsbegehren. Die Begutachtungspraxis schafft also keine höhere Sicherheit. Die Fehlerrate bei vielen anderen medizinischen Entscheidungen hingegen ist deutlich höher. Aus einem Treffen der überregionalen deutschsprachigen Arbeitsgruppe zu „Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsdysphorie“ ergeben sich mehrere Forderungen. Anträge auf Vornamens- und Personenstandsänderungen sollten auch für Kinder und Jugendliche unabhängig ihres Alters möglich sein – idealerweise durch ein reines Antragsverfahren ohne Begutachtungen, wobei bei Antragsteller\_innen unter 16 Jahren ein Fachattest eines\_r Genderspezialist\_in verlangt werden könnte. Auch die Anträge auf Kostenübernahme durch die Krankenkassen für geschlechtsangleichende operative Maßnahmen sollten statt durch Gutachten durch ein Fachattest eines\_r Genderspezialist\_in geregelt werden.

**Dr. Birgit Möller von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie am Universitätsklinikum Münster spricht über die gesundheitliche Versorgung von transidenten Kindern und Jugendlichen.**

In den letzten zehn Jahren gab es einen Paradigmenwechsel, insofern als transidente und nichtbinäre Identitäten nicht mehr als Störungen, sondern als individuelle Ausdrucksformen geschlechtlichen Seins gesehen werden. Neben dieser Entpsychopathologisierung wird zunehmend die Notwendigkeit der Individualisierung der Behandlung gefordert. Transidente Kinder und Jugendliche brauchen besondere Unterstützung, um sich altersentsprechend gesund entwickeln zu können.

Besonders der geschlechtsdysphorische Leidensdruck, der sich innerhalb einer zweigeschlechtlich organisierten Welt reaktiv entwickelt, macht psychotherapeutische und medizinische Behandlung zum Teil notwendig. Die Behandlungen werden nicht wegen einer psychiatrischen Störung, sondern vor dem Hintergrund der besonderen Lebenssituation von transidenten Kindern und Jugendlichen empfohlen. Hierbei gelten Behandlungsansätze, die eine Korrektur des transidenten Erlebens zum Ziel haben, als unethisch und obsolet.

Die Erfüllung bestimmter Kriterien als notwendige Vorbedingung des Zugangs zu bestimmten Behandlungsmöglichkeiten ist nicht mehr zeitgemäß. Ein abwartendes Vorgehen ist indiziert, das dem jeweiligen Entwicklungsweg und dem weiten Spektrum von Lebens- und Entwicklungsmöglichkeiten Rechnung trägt. In Zusammenarbeit mit Eltern, Schulen und Kitas ist es notwendig, Diskriminierung zu verhindern und Lebensbedingungen zu schaffen, in denen eine gesunde Entwicklung stattfinden kann.

Die aktuelle Versorgung von transidenten Kindern und Jugendlichen ist völlig unzureichend und muss dringend ausgebaut werden. Wichtig sind ein transparentes und partizipatives Vorgehen gemeinsam mit den Eltern, Kindern und Jugendlichen sowie eine strukturelle Neutralität der Psychotherapeut\_innen bezüglich der Entwicklungsrichtung der Kinder und Jugendlichen. Auf der Seite des Fachpersonals sind dazu detailliertes Hintergrundwissen, Aufklärung und ständige Fortbildung nötig.

**Dr. med. Klaus Peter Liesenkötter, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie, Neonatologie am Endokrinologikum in Berlin, spricht über Hormonbehandlungen bei Kindern und Jugendlichen.** Manche Mediziner\_innen und Therapeut\_innen reagieren auf Patient\_innen mit Geschlechtsdysphorie (GD) mit Verunsicherung, was zu Handlungsblockaden und der verzögerten Einleitung einer adäquaten Behandlung führen kann. Die Wünsche der Kinder und Jugendlichen nach besserer Unterstützung und niedrigschwelligen Angeboten stehen dabei oft nicht im Mittelpunkt.

Die Häufigkeit von GD bei Kindern und Jugendlichen wird auf 0,17–1,3 Prozent geschätzt. Entgegen der Häufung von trans\*Frauen bei Erwachsenen scheint die Geschlechterverteilung bei Kindern und Jugendlichen, mit einem Anteil von 75 % trans\*Jungen, genau umgekehrt zu sein. In der aktuellen Forschung wird nach einer somatischen Erklärung für GD gesucht – ob Geschlechtsidentität somatisch lokalisiert werden kann oder nicht, ändert jedoch nichts daran, dass Kinder und Jugendliche mit GD akzeptiert werden sollten, wie sie sind.

Bezüglich der Hormonbehandlung von Jugendlichen muss zwischen zwei verschiedenen Verfahren unterschieden werden. Der erste Schritt besteht aus der Gabe von sicheren, unkomplizierten und in ihrer Wirkung reversiblen Pubertätsblockern, durch die die körpereigene Sexualhormonbildung unterdrückt wird. Der zweite Schritt besteht aus einer gegengeschlechtlichen Hormonsubstitution, die sich an der Geschlechtsidentität des\_der Patient\_in orientiert. Geschlechtsangleichende Operationen sind im Jugendalter eher ungewöhnlich.

Abhängig vom Alter und vom diagnostischen Prozess können diese zwei Phasen der Behandlung weit auseinanderliegen.

Es bestehen Uneinigkeiten zum geeigneten Startpunkt für die gegengeschlechtliche Behandlung. Eine Expert\_innenkommission hält ein Mindestalter von 16 Jahren für angemessen, doch in der Praxis ist auch ein früherer Beginn möglich. Wichtig ist, dass bei der Behandlung eine individuelle Vorgehensweise im Vordergrund steht. Die Hormonbehandlung sollte in strukturierte Behandlungsmodelle eingebunden sein, um so auch gegenüber den Leistungsträgern bezüglich des Off-Label-Charakters der Behandlung eine solide Handlungsgrundlage zu haben.

**Mari Günther von Queer Leben und dem Bundesverband Trans\* spricht über die Beratung von trans\* Kindern und Jugendlichen.** Bei Queer Leben gibt es etwa 250 Beratungen im Quartal, davon sind ca. 15 Prozent Beratungen von Kindern und Jugendlichen. Vor dem Hintergrund dieser Erfahrung ist eine häufige Beobachtung, dass Eltern sich rechtfertigen müssen, wenn sie ihr transgeschlechtliches Kind und dessen Bedürfnisse unterstützen. Erfahrungen zeigen, dass Jugendamt oder Familiengericht manchmal kein Verständnis für die besondere Situation von transgeschlechtlichen Kindern und ihren Eltern zeigen. Stattdessen wird den Eltern vorgeworfen, ihre transgeschlechtlichen Kinder zu manipulieren oder sie durch ihre Erziehung zu verwirren.

Entgegen diesen Annahmen einer generellen schlechten psychischen Konstitution transgeschlechtlicher Kinder wirken die trans\* Kinder in der Beratung von Queer Leben meistens sehr entspannt. Angesichts dessen ist das aktuelle Vorgehen, eine Behandlung erst einzuleiten, wenn ein nachweisbarer Leidensdruck besteht, kritikwürdig. Es besteht keine Notwendigkeit, einen Leidensdruck zu erzeugen, damit Behandler\_innen agieren können. Viel wichtiger wäre, die Kinder und Jugendlichen in ihren selbstbestimmten Aussagen ernst zu nehmen.

Eine partizipative Versorgungsforschung für und mit Kindern und Jugendlichen und ihren Familien ist dringend notwendig. Bisher wurde das Wissen immer aus Sicht von Diagnostiker\_innen und potenziellen Behandler\_innen erhoben. Die Psychomedizin sollte ihre Grenze bei der Diagnostizierbarkeit von geschlechtlicher Vielfalt/Geschlecht respektieren.

Einen Leidensdruck abzuwarten und erst auf diesen zu reagieren, ist eine weitere Pathologisierung. Psychomedizin muss lernen, dass sie gesunden Menschen gegenübertritt und deren Gesundheit erhalten soll. Wird die geschlechtliche Identität von Kindern nicht anerkannt und ihnen infolgedessen kein Zugang zu Hormontherapien gewährt, könnte ein Fall der Kindeswohlgefährdung vorliegen und das sollte dahingehend geprüft werden.

Das Nichtanerkennen der Geschlechtsidentität von Kindern und Jugendlichen kann destruktive Folgen haben. Die Heranwachsenden geraten häufig in selbstgefährdende Situationen, brechen soziale Kontakte ab, ziehen sich zurück, verletzen sich selbst, werden einsam und/oder suizidal. Wenn Jugendliche keinen Zugang zu Hormontherapien erhalten, muss trotzdem mit körperlichen Veränderungen gerechnet werden. Körperliche Veränderungen nicht zu behandeln, ist auch eine Entscheidung.

Erfahrungen aus der Beratung zeigen, dass Jugendliche entgegen den Annahmen sehr verantwortlich mit Fragen der körperlichen Veränderung umgehen. Sie hätten jedoch noch mehr Ressourcen und Zeit, sich ihrer Bedürfnisse bewusst zu werden, wenn sie nicht dem Druck diagnostischer Kriterien oder der Nachweisbarkeit ihres Leidens ausgesetzt wären.

Bei der anschließenden von **Dr. Constance Ohms** geleiteten **Diskussion am Podium und mit dem Plenum** geht es zunächst um die vermeintliche Notwendigkeit der Begutachtung für Kinder und Jugendliche. Laut **Dr. Bernd Meyenburg** gibt es niederländische Studien, die eine etwa 20- bis 30-prozentige Persistenzrate aufzeigen, d. h. die Rate jener, die beim Wunsch bleiben, im Gegengeschlecht zu leben. Allerdings können seine eigenen Studien und Erfahrungen diese Zahlen nicht belegen. Von den 102 Gutachten, die Dr. Meyenburg für Kinder und Jugendliche angefertigt hat, wurden lediglich zwei nicht befürwortet, da es Zweifel an der Persistenz der Transidentität gab. Daher rät Dr. Meyenburg dazu, trans\* Kindern und Jugendlichen die soziale Transition sowie die Personenstands- und Vornamensänderung zu ermöglichen. Laut **Mari Günther** sollte die Begutachtungspflicht gerade bei Kindern abgeschafft werden, da sie den Eltern ein Instrument zur Diskriminierung an die Hand gibt. Gesetzt den Fall, dass die Gutachten für transsexuelle und trans\* Erwachsene abgeschafft würden, gäbe es keine Evidenz, warum Kinder und Jugendliche dennoch weiter begutachtet werden sollten. Vor allem das herrschende binäre Geschlechterverständnis stelle eine wichtige Ursache für die Pathologisierung von trans\* Kindern und Jugendlichen dar. Laut **Dr. Birgit Möller** verorten sich Kinder eher binär und Jugendliche eher nichtbinär. Laut **Mari Günther** beeinflusst die Geschlechtsbinarität, in der Kinder aufwachsen, ihre Möglichkeit, sich auszudrücken. Für **Dr. Klaus Peter Liesenkötter** gibt es keine soziale Prägung in Zusammenhang mit Geschlechtsidentität und auch die Verortung der Geschlechtsidentität kann somatisch nicht lokalisiert werden.

Bei einer Nachfrage zur Rolle der Väter bestätigt **Christian Dittler**, dass es bei Unstimmigkeiten in der Familie zumeist die Väter seien, die die Geschlechtsidentität der Kinder nicht anerkennen. Dies bekräftigt **Dr. Birgit Möller** vor dem Hintergrund ihrer Erfahrungen: Die Geschlechtsidentität der Kinder fungiert in diesen Fällen als Projektionsfläche für elterliche Auseinandersetzungen. Auch **Dr. Bernd Meyenburg** ist das Phänomen von Vätern, die sich gegen eine Behandlung ihres Kindes stellen, bekannt.

Beim umfassendsten Teil der Diskussion geht es um die Pubertätsblocker, deren Zulassung und mögliche Nebenwirkungen. Laut **Dr. Klaus Peter Liesenkötter** sind etwa 75 Prozent der Medikamente, die in dem Zusammenhang verwendet werden, für Kinder und Jugendliche nicht zugelassen, in diesem Fall wird von sogenannter Off-Label-Therapie gesprochen. Der Grund dafür ist, dass die Auflagen der Medikamente für Kinder und Jugendliche sehr hoch sind und Unternehmen es aus ökonomischen Gründen gar nicht anstreben, eine Zulassung ihrer Produkte für Kinder und Jugendliche zu erreichen. Aus Angst vor Rückzahlungsforderungen der Krankenkassen setzen Ärzt\_innen diese Off-Label-Produkte eher nicht ein. Verhandlungen mit den Krankenkassen sind nötig, um die Zulassung von medizinischen Produkten auch für andere als die vorhergesehenen Bereiche zu erreichen. Ein weiteres Thema ist die Nichtintervention und sich daraus ergebende Gefahren. Wenn mangelnde Entscheidungsfreude oder die Angst vor Regressforderungen aufseiten der Behandelnden dazu führt, dass bestimmte Schritte nicht oder verspätet unternommen werden, ist dies eine massive Zumutung für die Patient\_innen. Dies bekräftigt auch **Christian Dittler**: Nichtintervenieren löst ebenso Hormone aus und ist letztendlich ein Eingriff in den Körper. Es ist wichtig, eine Entscheidung im Sinne des Kindeswohls zu treffen, wobei Eltern ihre Kinder unterstützen und behutsam zu Entscheidungen hinleiten sollten. Es braucht dazu auch Publikationen zum Thema in einfacher und nicht gegenderter Sprache, um auch Menschen zu erreichen, die dem Thema fern sind.

Insgesamt fehlen Studien zu langfristigen Nebenwirkungen von Pubertätsblockern. Bei neueren Vergleichsstudien mit Schafen sind angeblich Beeinträchtigungen von räumlichen Fähigkeiten festgestellt worden. **Dr. Liesenkötter** bestätigt, dass es diesbezüglich noch keine Lang-

zeitstudien gebe, und betont, wie wichtig es sei, die Behandlung in ein Gesamtkonzept einzubetten, wodurch der Einsatz von Pubertätsblockern zeitlich begrenzt wird. Eine Teilnehmende kritisiert die Verabreichung von Pubertätsblockern als Form der Zwangssterilisation. **Dr. Liesenkötter** stellt daraufhin klar, dass es sich bei den Pubertätsblockern um keine Sterilisation handelte, sondern um das temporäre Abschalten der Geschlechtsgonaden. Sobald man damit aufhörte, setzte die Funktion der Gonaden sofort wieder ein. Anders sei es bei der gegengeschlechtlichen Hormontherapie: Diese sei nicht reversibel und deshalb solle im Zusammenhang mit Hormonsubstitution auch das Thema Fertilität mit den Patient\_innen besprochen werden. Auch zur Behandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen gebe es keine Langzeitstudien. **Dr. Birgit Möller** regt zu engmaschigen Verlaufsbeobachtungen an, wobei es generell wichtig sei, gemeinsam mit den Familien den individuell richtigen Weg für das Kind oder die\_den Jugendlichen zu suchen. **Dr. Meyenburg** ist überzeugt, dass Hormonblocker zu einer deutlichen Verbesserung der psychischen Gesundheit bei transsexuellen und trans\* Jugendlichen führen. Eine Weiterbehandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen wird von ihm nur nach reiflicher und gründlicher Voruntersuchung befürwortet.

Aus dem Publikum kommt die Kritik an der Dramatisierung von Lebensrealitäten, die nicht den gewohnten Geschlechternormen entsprechen. Es wird gefragt, worin das Problem einer sozialen Transition bei Kindern bestehe, und gemutmaßt, dass diese für Gesundheitsfachkräfte tatsächlich mehr Aufwand und Umstellung bedeute als für die Kinder selbst. Es wird gefordert, die Bedürfnisse transsexueller und trans\* Kinder ins Zentrum zu stellen und ernst zu nehmen. **Mari Günther** weist darauf hin, dass es nicht vorhersagbar sei, welche Entscheidungsräume und geschlechtlichen Spielräume den Kindern in der Zukunft zur Verfügung stehen würden. Generell würden Kinder und Jugendliche in ihrer Fähigkeit, Aussagen über sich selbst zu treffen, unterschätzt – ihnen sollte mehr zugetraut werden. **Dr. Liesenkötter** betont abschließend, dass es keine „One-Size-Fits-All“-Behandlung gebe und geben könne. Vielmehr sollte eine verantwortliche Entscheidung auf das Individuum und dessen Bedürfnisse abgestimmt sein und von vielen Schultern getragen werden.

Zusammenfassend berichtet **Dr. Constance Ohms** im Plenum, dass es wichtig sei, die Transitionphasen differenziert zu betrachten: die präpubertäre Phase der sozialen Transition und jene, die in die Pubertät hineinführt. In der ersten Phase gehe es vorrangig um Akzeptanz, Aufklärung und die Bereitstellung von Informationsmaterial sowie um Lösungen für Alltagsprobleme, wie beispielsweise die Stigmatisierung von Eltern, die ihr Kind bei der sozialen Transition unterstützen. Medizinische Maßnahmen wie Pubertätsblocker und Hormonsubstitution hätten zu intensiven Diskussionen geführt. Langzeitstudien, in denen die medikamentösen Wirkungen beschrieben und gemessen werden, existierten bis jetzt nicht und seien dringend erforderlich. Die Begutachtung im Rahmen der Personenstandsänderung bedürfe keiner Altersbegrenzung, da diese zunehmend von transsexuellen und trans\* Kindern beantragt werde. Eine Abschaffung der Begutachtung von transsexuellen und trans\* Kindern werde gefordert. Transsexuelle und trans\* Kinder seien im Regelfall gesund und glücklich. Wenn sie unglücklich oder psychopathologisch auffällig würden, dann liege dies vorrangig an dem binären Geschlechtersystem, welches zu Diskriminierungs-, Gewalt- und Ausschlussverfahren führe.

### Gruppenphase III: Zukunftsvision: Wie sieht eine interdisziplinäre Perspektive aus, die den Gesundheitsbedarfen von transsexuellen und trans\* Menschen entspricht und sie nachhaltig stärkt? Welche konkreten Schritte und Maßnahmen sind dafür notwendig?

In abermals heterogen zusammengesetzten Tischgruppen erarbeiten die Teilnehmenden Antworten zu den obigen Fragen und präsentieren sie im Plenum:

- Die **Zukunftsvision** umfasst eine Gesellschaft, in der jeder Mensch selbstbestimmt und frei von Diskriminierung das eigene Geschlecht leben kann, darin anerkannt, unterstützt und mit den eigenen Bedürfnissen wahr- und ernst genommen wird. Es geht um die gesellschaftliche Akzeptanz geschlechtlicher Selbstbestimmung in einer Gesellschaft ohne Machtungleichgewicht (insbesondere bezüglich Kinder), um Rechtssicherheit und um eine gesicherte, diskriminierungsfreie und bedarfsorientierte Gesundheitsversorgung.
- Benötigt wird eine klar reglementierte Transgesundheitsversorgung, die menschenrechtsbasiert, bedürfnisorientiert, niedrighschwellig zugänglich und evidenzbasiert ist.
- Um festzustellen, was genau gebraucht wird, bedarf es einer partizipativen **Gesundheitsbedarfsforschung** bzw. Studien zur transdisziplinären Gesundheitsversorgung. Dazu könnten u. a. multidisziplinäre und interministerielle Teams etabliert werden und interdisziplinäre Qualitätszirkel flächendeckend ausgebaut werden.
- Gesundheitsfachkräfte und Gesellschaft müssen besser informiert, sensibilisiert und aufgeklärt werden. Es braucht **Schulungen** und **Fortbildungen** zu den Themen Trans\* und Inter\* mit einem entpathologisierenden Fokus, zum Beispiel durch Kompetenznetzwerke in Partizipation mit transsexuellen und trans\* Menschen. Verantwortungsvolle **Antidiskriminierungsarbeit** ist wichtig. Ein staatlich gesichertes **Beratungsangebot** zur Sicherstellung des umfeldunabhängigen Zugangs zu Information ist flächendeckend notwendig.
- **Informationsmaterialien** sollten an Multiplikator\_innen weitergegeben werden (z. B. an Familienberatungsstellen) sowie in einfacher und lebensnaher **Sprache** verfasst sein, damit sie auch Menschen mit wenig formaler Bildung erreichen. Ein Leitfaden mit Grundlageninformation könnte für alle online zugänglich sein. Um TSG-Begutachter\_innen zu erreichen, wäre es möglich, einen Flyer für alle TSG-Betreuungsgerichte über die Justizbehörden zu verteilen.
- Die Entscheidung, ob eine Maßnahme bewilligt wird, soll vereinfacht werden. Indikationen für medizinische Maßnahmen sollten **ohne Prüfung durch den MDK** erfolgen, beispielsweise durch Genderspezialist\_innen. Dazu sollten Genderzentren mit qualifizierten Angeboten flächendeckend auf- und ausgebaut werden.
- Die **Leistungspflicht der Krankenkassen** in Bezug auf geschlechtsangleichende Maßnahmen soll weiterhin bestehen bleiben. Für die Rechtssicherheit ist es wichtig, dass der Zugang zu Behandlungsmaßnahmen und die Übernahme der Kosten gesichert sind. Eine Überarbei-

tung der Reglements der Leistungspflicht der Krankenkassen in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband Trans\* und/oder anderen Gruppen wird als sinnvoll erachtet.

- Es bedarf dringend einer **TSG-Reform** und einer **Abschaffung** der **Begutachtungspflicht**, insbesondere für Kinder und Jugendliche. Die Personenstandsänderung sollte ohne Gutachten auf Grundlage der Selbstbestimmung und die Namensänderung durch einen einfachen Antrag möglich sein. Die Vornamens- und Personenstandsänderung könnten ins Personenstandsgesetz übernommen werden.
- **Geschlecht im Recht** sollte überprüft und abgeschafft werden, d. h. Gesetze sollten auf geschlechtsspezifische Fragen untersucht werden und geschlechtsneutral umformuliert werden. Dadurch können Alltagsbehinderungen und Diskriminierungen u. a. für trans\*/transsexuelle Menschen minimiert werden.
- Es sollen **Rechtswege** eröffnet werden, wie beispielsweise die Ausweitung der Kompetenzen der Antidiskriminierungsstelle des Bundes und/oder der\_des Patient\_innenbeauftragten mit eigenen Klagebefugnissen.
- Es braucht mehr **Bündnisse** zu anderen sozialen Bewegungen, z. B. zur Behinderten- oder zur schwul-lesbischen Bewegung.
- Der nun gespannte Gesprächsfaden zwischen **Krankenkassen und MDK** soll weitergeführt werden und es soll ausgelotet werden, wie der aktuelle Stand der Wissenschaft in das Thema eingebracht werden könnte.
- Außerdem soll ein zeitnahe **Dialog** der beteiligten „Stakeholder“ inklusive des Gesundheits- und Innenministeriums stattfinden. Eine Kontinuität in der politischen Verantwortlichkeit zum Thema wird gefordert und eine Projektgruppe vorgeschlagen, um Langzeitvisionen bezüglich Geschlechtervielfalt in der Gesellschaft zu entwickeln.

**Verabschiedung durch Dr. Ina-Marie Blomeyer, Leiterin des Referats Gleichgeschlechtliche Lebensweisen, Geschlechtsidentität (BMFSFJ).** Vielen Dank für den konstruktiven und intensiven Austausch, der ein Experiment für die Bundesverwaltung darstellte und gut geklappt hat. Denn das Ziel, dass Regierung, Medizin, Selbsthilfe, Psychotherapie, Gesundheitsversorgung und andere auf Augenhöhe über das Thema sprechen, ist erreicht. Ebenso sind die Visionen bei uns in verantwortungsvollen Händen. Der Fachtag wird ausgewertet, die Dokumentation veröffentlicht und es wird weiter damit gearbeitet werden.

Zusammenfassend ist klar geworden, dass es gleichzeitig einen Aufbruchswillen und ein Verharren gibt; insbesondere ein Warten auf die neuen Leitlinien und auf eine TSG-Reform. Damit im Zusammenhang stehen Ängste wie jene um die nicht mehr gesicherte Gesundheitsversorgung bei einer Ent(psycho)pathologisierung von Transsexualität und Transgeschlechtlichkeit.

Beim Thema Teilhabe und Gesundheit von trans\*/transsexuellen Kindern und Jugendlichen ist es wichtig, ihnen Zeit zu geben, sich auszuprobieren. Gutachten braucht eigentlich niemand mehr, da sie nichts begutachten können, was die Person nicht über sich selbst sagt. Das Unwissen der anderen macht krank, nicht die Transsexualität oder das Trans\*Sein. Egal ob von Transsexualität, Trans\*, Transidentität oder Transgeschlechtlichkeit die Rede ist, die Zielsetzung ist bei allen die gleiche: Der Wunsch nach einer selbstbestimmten Erklärung über die eigene Geschlechtsidentität und das eigene Geschlecht.



Dieses PDF ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Bundesregierung;  
es wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt.

**Herausgeber:**

Bundesministerium  
für Familie, Senioren, Frauen  
und Jugend  
Referat Öffentlichkeitsarbeit  
11018 Berlin  
[www.bmfsfj.de](http://www.bmfsfj.de)



Für weitere Fragen nutzen Sie unser  
Servicetelefon: 030 20179130  
Montag–Donnerstag 9–18 Uhr  
Fax: 030 18555-4400  
E-Mail: [info@bmfsfj.service.bund.de](mailto:info@bmfsfj.service.bund.de)

Einheitliche Behördennummer: 115\*  
Zugang zum 115-Gebärdentelefon: [115@gebaerdentelefon.d115.de](mailto:115@gebaerdentelefon.d115.de)

**Stand:** März 2017

**Gestaltung:** [www.avitamin.de](http://www.avitamin.de)

- \* Für allgemeine Fragen an alle Ämter und Behörden steht Ihnen auch die einheitliche Behördenrufnummer 115 von Montag bis Freitag zwischen 8.00 und 18.00 Uhr zur Verfügung. Diese erreichen Sie zurzeit in ausgesuchten Modellregionen wie Berlin, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen u.a. Weitere Informationen dazu finden Sie unter [www.115.de](http://www.115.de).