

AWMF-S3-Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans*-Gesundheit: Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung“

Sehr geehrte Teilnehmende,

herzlich willkommen und vielen Dank, dass Sie sich für den Entwurf der AWMF-S3-Leitlinie

Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans*-Gesundheit: Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung

interessieren.

Um eine Leitlinie zu entwickeln, die für in diesem Feld tätige Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen hilfreich ist und tatsächlich die Gesundheitsversorgung für trans und transsexuelle Menschen in Deutschland verbessert, bitten wir Sie auf den folgenden Seiten den Entwurf der Leitlinie bis zum **02.04.2017** einzusehen, zu bewerten und zu kommentieren. Die Möglichkeit, den Entwurf der Leitlinie online zu kommentieren, steht der interessierten Öffentlichkeit zur Verfügung. Eingeladen sind sowohl alle Berufsgruppen, die im Themenfeld der Leitlinie tätig sind, als auch alle Personen, die von der Leitlinie als Behandlungssuchende oder bereits Behandlungserfahrene angesprochen werden.*

Die Leitlinie ist evidenz- und konsensbasiert und das Resultat eines mehrjährigen Entwicklungsprozesses. Die Empfehlungen zur Diagnostik, Beratung und Behandlung bei Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie wurden auf der Basis wissenschaftlicher Studien und/oder therapeutischer Erfahrung der an der Leitlinienentwicklung beteiligten Personen verfasst. Eine starke Übereinstimmung bzw. ein starker Konsens wurde erreicht, wenn mindestens 95 % der Mitglieder der Leitliniengruppe für die Empfehlung gestimmt haben. Eine Übereinstimmung bzw. ein Konsens wurde erreicht, wenn dies auf mindestens 75 % der Mitglieder zutrifft. Die an der Leitlinienentwicklung beteiligten Gruppen und Personen finden Sie hier: <http://dqfs.info/category/leitlinienentwicklung/>.

Auf den folgenden Seiten finden Sie die einzelnen Kapitel der Leitlinie. Während das einführende Kapitel noch ohne konsentierete Empfehlungen auskommt, enden die Kapitel 2 bis 8 jeweils mit Empfehlungen (Ausnahme: 8.1). Sie haben pro Kapitel jeweils die Möglichkeit, sowohl das gesamte Kapitel, d. h. den Hintergrund und die Empfehlungen insgesamt zu bewerten als auch den Text und die Empfehlungen getrennt voneinander zu kommentieren. Es handelt sich um ein umfangreiches Dokument mit 8 Kapiteln. Daher haben Sie die Möglichkeit den Entwurf zu mehreren Zeitpunkten zu kommentieren. Hierfür müssen Sie allerdings sicherstellen, dass Sie mit dem gleichen Endgerät (PC, Mobiltelefon, Tablet) fortfahren, mit dem Sie begonnen haben. Die Teilnahme an der Kommentierung ist vollständig anonym. Sie müssen keinerlei Angaben zu Ihrer Person machen. Wenn Sie mögen, können Sie aber gerne Ihren Namen und/oder Ihre Profession/Qualifikation bzw. Ihren Bezug zur Leitlinie in eines der Kommentarfelder einfügen.

Im Namen der Leitlinienkommission und Prof. Dr. Bernhard Strauß bedanke ich mich im Voraus für Ihre Anregungen und Kommentare.

Mit freundlichen Grüßen,

Dr. Timo Nieder

1. Einführung

1.1 Terminologie

Menschen, deren Geschlecht nicht (bzw. nicht komplett und/oder dauerhaft) mit ihren körperlichen Merkmalen übereinstimmt, nutzen zur Selbstbeschreibung viele Begriffe: Transgender, Transidentität, Transsexualität, Transgeschlechtlichkeit oder einfach Trans*. Die Bezeichnung Trans* dient im Folgenden als Oberbegriff, der mit dem Asterisk (*) die zuvor genannten Begriffe umfassen soll. Trans* berücksichtigt sowohl Menschen, die eindeutig als Mann oder Frau leben als auch non-binäre Personen, die sich weder männlich noch weiblich identifizieren (z.B. genderqueer, agender). Darüber hinaus impliziert der Begriff Trans* nicht automatisch den Wunsch, sich mit Sexualhormonen, chirurgischen Eingriffen oder weiteren Maßnahmen (Epilation, Logopädie, etc.) behandeln zu lassen, schließt ihn allerdings auch nicht aus. Als gemeinsamer Nenner liegt den verschiedenen Begriffen die Diskrepanz zwischen Geschlechtsidentität bzw. (empfundener) Geschlecht bzw. (empfundener) Geschlechtszugehörigkeit und körperlichen Geschlechtsmerkmalen zugrunde, die so genannte Geschlechtsinkongruenz (GI). Leidet eine Person fortdauernd unter dieser Diskrepanz und/oder der häufig als falsch empfundenen Wahrnehmung des eigenen Geschlechts durch Andere, kann von Geschlechtsdysphorie (GD) gesprochen werden.

Der vorliegende Leitlinientext verwendet „trans*“ als Adjektiv, um zu verdeutlichen, dass es sich um ein Merkmal der Persönlichkeit handelt, neben vielen anderen. Wenn es das identitätsstiftende Element eines Sachverhalts ist, wird es großgeschrieben (z. B. die Trans*-Gesundheitsversorgung).

1.2 Ausgangssituation

Die medizinische Versorgung von trans* Menschen findet von jeher in einem Spannungsfeld zwischen dem Recht auf Selbstbestimmung von trans* Menschen und der Befürchtung von Ärzt_innen^[1] und Psychotherapeut_innen vor einer Fehlentscheidung statt (Hamm & Sauer, 2014; Nieder & Richter-Appelt, 2011). Manche trans* Menschen suchen Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen zur diagnostischen Einschätzung auf, zur Beratung im Zuge eines möglichen *Coming-outs*, zur Entscheidungsfindung für bzw. gegen die Durchführung einzelner somatischer Behandlungen oder zur professionellen Begleitung der sozialen Transition (Wechsel der Geschlechtsrolle). Hier können Peer-Beratungsstellen ebenfalls kompetente Unterstützung aus einer professionalisierten Erfahrungsperspektive bieten (Günther, 2015; Meyer, 2015). Die Arbeit der Peer-Beratung wird allerdings von der vorliegenden Leitlinie nicht berücksichtigt. Andere streben ausschließlich die Modifizierung körperlicher Geschlechtsmerkmale durch ausgewählte somatische Behandlungen an. Hierzu hat ein Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) im Jahr 1987 formuliert, dass die „Zweckmäßigkeit einer ärztlichen Behandlung im Einzelfall“ nachzuweisen ist, um die Kostenübernahme für somatische Behandlungen zur Modifizierung der körperlichen Geschlechtsmerkmale durch die Krankenversicherungen zu gewährleisten (BSG 3 RK 15/86). Damit legte das BSG fest, dass die medizinische Notwendigkeit einzelner Behandlungen durch Ärzt_innen oder Psychotherapeut_innen bescheinigt werden muss, um die Kostenübernahme durch die Krankenversicherungen zu erreichen.

Basierend auf wissenschaftlichen und klinischen Befunden sollte das skizzierte Spannungsfeld mit den bisherigen „Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen“ (Becker et al., 1997) reguliert werden. Vor dem Hintergrund aktueller internationaler Entwicklungen und Veröffentlichungen^[2], ist es allerdings überfällig, dass sich die medizinische Versorgung von trans* Menschen in Deutschland verändert. Daher hat die Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS) die Initiative ergriffen, die „Standards“ in Zusammenarbeit mit anderen Fachgesellschaften, Berufs- und Interessensverbänden durch eine evidenzbasierte AWMF-Leitlinie auf S3-Niveau zu ersetzen und damit die Versorgungsqualität für trans* Menschen zu verbessern.

^[1] Um annähernd einer geschlechtersensiblen Sprache gerecht zu werden, nutzt die Leitlinie den Unterstrich (z. B. Ärzt_innen statt Ärzte und Ärztinnen), um so neben Männern und Frauen auch Menschen anzusprechen, die sich nicht (ausschließlich) als männlich oder weiblich sehen.

[2] u. a. der 7. Version der internationalen *Standards of Care* der *World Professional Association of Transgender Health* (Coleman et al., 2012), den *Good Practice Guidelines for the Assessment and Treatment of Adults with Gender Dysphoria* des *Royal College of Psychiatrists* (Wylie et al., 2014), den *Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People* der *American Psychological Association* (2015) und ein Statement der *World Medical Association* (2015).

1.3 Ziel der Leitlinie

Die vorliegende S3-Leitlinie hat einen psychosozialen Schwerpunkt. Sie richtet sich an Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen, die trans* Menschen sowohl psychosoziale und bei Bedarf und Indikation psychotherapeutische Hilfe anbieten als auch die Indikation für somatische Behandlungen zur Modifizierung der körperlichen Geschlechtsmerkmale (u. a. Hormonbehandlung, chirurgische Eingriffe) stellen. Die Empfehlungen der vorliegenden Leitlinie richten sich an die medizinische Versorgung von binären wie non-binären trans* Menschen gleichermaßen (vgl. auch Nieder, 2014; Richards et al., 2016). Die evidenzbasierten Empfehlungen der S3-Leitlinie sollen den Fachkräften eine Orientierung in der Beratung, Diagnostik und Behandlung von trans* Menschen vermitteln und es damit erleichtern, die medizinische Notwendigkeit der zur Verfügung stehenden und individuell angestrebten somatischen Behandlungen zur Modifizierung der körperlichen Geschlechtsmerkmale empirisch fundiert einzuschätzen. Die Behandelnden sollen die Behandlungssuchenden über die Risiken sowie die kurz-, mittel- und langfristigen Konsequenzen der angestrebten Behandlung aufklären, um vollinformierte Entscheidungen der Behandlungssuchenden zu gewährleisten. Im Sinne der partizipativen Entscheidungsfindung (engl.: shared decision making) sollten trans* Personen gemeinsam mit den Behandelnden alle Vor- und Nachteile abwägen und ihre Entscheidungen für oder gegen einzelne Behandlungen im Austausch mit den Behandelnden treffen. Falls eine gemeinsame Entscheidung nicht möglich ist, sollten die zugrundeliegenden Gründe offen besprochen werden.

Behandelnde mit folgenden Abschlüssen sind die Zielgruppe der Leitlinie. Die Qualifikationen gelten als ausreichend, um Indikationsstellungen leitliniengerecht stellen zu können:

- Psychologische_r Psychotherapeut_in
- Arzt_Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
- Arzt_Ärztin für Neurologie und Psychiatrie / Psychotherapie
- Arzt_Ärztin für Nervenheilkunde
- Arzt_Ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Arzt_Ärztin für Psychotherapeutische Medizin

Zudem können Behandelnde mit Qualifikationen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und/oder -psychotherapie die Leitlinie anwenden, so sie trans* Personen behandeln, die 18 Jahre alt oder älter sind. Für Kinder und Jugendliche (< 18) mit GI/GD liegt eine eigenständige Leitlinie vor. Hierzu gehören:

- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_innen
- Arzt_Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Ebenso eine eigenständige Leitlinie liegt vor für die Varianten der Geschlechtsentwicklung (AWMF Registernummer 174 – 001). Auf sie wird verwiesen, wenn es sich um medizinische Fragestellungen aus dem Bereich Intergeschlechtlichkeit, Intersexualität oder kurz Inter* handelt.

Insgesamt soll die Leitlinie dazu beitragen, trans* Menschen zu helfen, ihr Geschlecht selbstbestimmt leben zu können. Neben der diagnostischen Einschätzung und einer psychosozialen, bei Bedarf und Indikation psychotherapeutischen Behandlung stehen Maßnahmen zur Veränderung der körperlichen Geschlechtsmerkmale (u. a. Hormonbehandlung, chirurgische Eingriffe) zur Verfügung. Der mögliche Leidensdruck soll gelindert werden oder durch präventive Maßnahmen gar nicht erst entstehen.

1.4. Versorgungssituation

Die medizinische Versorgung von trans* Menschen im Zuge einer Transition findet in Deutschland in unterschiedlichen Settings statt. Mal übernehmen universitäre Spezialambulanzen die Diagnostik und Indikationsstellung, bieten psychosoziale und bei Bedarf psychotherapeutische Unterstützung an und koordinieren die Integration weiterführender, somatischer Behandlungen. Dies findet entweder zentral an einem Klinikum statt oder auch dezentral in Kooperation mit anderen Kliniken. Andernorts haben niedergelassene Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen Schwerpunktpraxen aufgebaut, kooperieren mit weiteren Fachtherapeut_innen (u. a. für Logopädie, Epilation und Epithesen) und bauen sich über Qualitätszirkel oder andere Zusammenhänge ein Netzwerk auf, das die multidisziplinäre Versorgung von trans* Menschen gewährleisten soll. Trans* Menschen wird daher empfohlen, sich ein Netz sowohl informierter als auch kooperierender Gesundheitsfachkräfte entlang der eigenen Bedarfe im Zuge der Transition aber auch über die Transition hinaus aufzubauen.^[1]

[1] Für die Probleme, die für trans* Menschen und ihre Behandler_innen durch die in der sozialmedizinischen Begutachtungsrichtlinie des Medizinischen Dienstes (MDS, 2009) festgeschriebenen Voraussetzungen zur Kostenübernahme durch die Krankenversicherungen entstehen, sei auf eine weiterführende Publikation verwiesen, die sich vertiefend mit dieser Thematik auseinandersetzt (Nieder, Cerwenka, & Richter-Appelt, 2014).

1.5. Diagnosen

Diagnose(n) öffnen den Zugang zu therapeutischen Hilfen und damit eine medizinisch-psychologisch begleitete Auseinandersetzung mit der individuellen Situation, dem möglichen Leidensdruck bzw. dessen Linderung oder Prävention. Diagnosen sollen gewährleisten, dass die Kosten der Behandlungen durch das Gesundheitssystem getragen werden. Als Grundlage für die diagnostische Einschätzung dient in der Regel die Selbstbeschreibung der Behandlungssuchenden (vgl. Güldenring, 2013).

Die *American Psychiatric Association* (APA) veröffentlichte im Mai 2013 die fünfte Version ihres Klassifikationssystems, das ausschließlich psychische und Verhaltensstörungen umfasst. Die aktuelle Version des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) stellt mit der Diagnose GD (engl.: *Gender Dysphoria*) den Leidensdruck zwischen Gender (Geschlechtsidentität, Geschlechtsrolle, etc.) und zugewiesenem Geschlecht in den Mittelpunkt. Geschlechtsidentitäten (engl. *experienced gender*; American Psychiatric Association, 2013, S. 452) und Geschlechtsrollen (engl. *expressed gender*; American Psychiatric Association, 2013, S. 452), die von dem abweichen, was auf Grundlage der körperlichen Geschlechtsmerkmale erwartet wäre, werden nicht per se in einen Zusammenhang mit Psychopathologie gebracht. Auch die Inkongruenz zwischen Gender auf der einen und dem zugewiesenen Geschlecht auf der anderen Seite wird als unabhängig von Psychopathologie aufgefasst. Erst wenn sich auf Basis der Inkongruenz ein klinisch-relevanter Leidensdruck entwickelt (engl. *clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning*; American Psychiatric Association, 2013, S. 453), wird im DSM-5 ein Störungswert zugeschrieben. Darüber hinaus werden „*alternative gender*“, die nicht eindeutig männlich oder weiblich zuzuordnen sind, zum ersten Mal berücksichtigt, ohne dass ihnen ein inhärentes Maß an Psychopathologie zugeschrieben wird (American Psychiatric Association, 2013, S. 452). Zuletzt wird eine Variation der körperlichen Geschlechtsentwicklung (z. B. bedingt durch eine chromosomale Aberration), nicht mehr als Ausschlusskriterium für GD erfasst. Symptome der GD können unabhängig von der körperlichen Geschlechtsentwicklung auftreten.

Die 11. Version der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10), koordiniert und herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation (*World Health Organization*: WHO), soll 2018 veröffentlicht werden. Neben dem allgemeinen Anspruch auf globale Anwendbarkeit verfolgt sie weitere Ziele, die für den Bereich Trans* relevant sind (u. a. Anti-Diskriminierung und De-Stigmatisierung). Der aktuelle Vorschlag zur Revision der diagnostischen Kriterien des Transsexualismus gemäß ICD-10: F64.0 für die ICD-11 wird im Folgenden kurz dargestellt.

Die Diagnose soll GI (engl.: *Gender Incongruence*) lauten (Drescher, Cohen-Kettenis, & Winter, 2012) und aufgrund ihrer bis dato ungeklärten Genese einem separaten Kapitel außerhalb des Bereichs psychischer Störungen zugeordnet werden (vgl. Klein, Brunner, Nieder, Reed, & Briken, 2015). Vorgeschlagen ist, dass die Inkongruenz zwischen Gender und den primären bzw. sekundären Geschlechtsmerkmalen als solche den Störungswert ausmacht. Im Gegensatz zur DSM-5 Diagnose GD soll es nicht zwingend erforderlich sein, dass trans* Menschen unter der beschriebenen Inkongruenz einen Leidensdruck entwickeln. Vielmehr soll die ICD-Diagnose auch bei antizipiertem Leidensdruck bzw. zu dessen Prävention Anwendung finden. Indikationen sollen auch dann gestellt werden können, wenn angenommen wird, dass ein konservatives Vorgehen zur Ausprägung bzw. Verstärkung der geschlechtsbezogenen Symptomatik führt. Insgesamt verfolgt der ICD-11-Vorschlag das Ziel, im Zuge der Neuauflage der Diagnose im Kontext der Stigmatisierung entgegenzuwirken und die Psychopathologisierung von trans* Menschen zu überwinden (Drescher, et al., 2012).

Unterstützt wird die Orientierung an GI und GD auch von der *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH), der international führenden Fachgesellschaft, die sich weltweit unter anderem für die Entpsychopathologisierung von trans* Menschen einsetzt. Im Zuge dessen verfolgen auch die *Standards of Care* [1] (SoC) der WPATH in ihrer siebten, 2011 herausgegebenen Version (Coleman, et al., 2012; in deutscher Sprache siehe Richter-Appelt und Nieder, 2014) unter anderem das Ziel, trans* Menschen einen verlässlichen Zugang zu einer multidisziplinären Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Die SoC wollen dazu beitragen, dass trans* Menschen im Einklang mit ihrem Geschlecht leben können, unter Berücksichtigung des Körpers, der Psyche und der sozialen Situation. Im Zuge dessen betonen auch die SoC 7, dass die Ausprägung von GI und GD sowie die Frage nach den jeweils notwendigen somatischen Behandlungen individuell sehr unterschiedlich sein können [2]. In Abkehr von den vormals rigiden und überregulierten Behandlungsprozessen (vgl. Hamm, et al., 2014; Nieder, Briken, et al., 2014), soll das individuelle und flexible Vorgehen im Zuge einer möglichen Transition den maßgebenden Ansatz der vorliegenden Leitlinie darstellen.

[1] Bei den SoC handelt es sich um Behandlungsempfehlungen der WPATH, die von einem Expert_innengremium der Fachgesellschaft erarbeitet werden. Gleichwohl sie inhaltlich für die vorliegende Leitlinie eine wertvolle Orientierung darstellen, konnten sie aufgrund bedeutsamer Unterschiede (z. B. im deutschen Gesundheitssystem) nicht einfach auf die deutsche Situation übertragen werden.

[2] Eine Auflistung der verschiedenen Maßnahmen zur Veränderung körperlicher Geschlechtsmerkmale findet sich bei Nieder et al. (2014).

1.6. Epidemiologie

Die vorhandenen Daten zur Prävalenz sind mehrdeutig und unterscheiden sich je nach zugrundeliegendem Definitionskriterium. Vor dem Hintergrund der unter 1.1 skizzierten Vielfalt stellt es Übersichtsarbeiten vor eine Herausforderung, dieser epidemiologischen Fragestellung in systematischer und repräsentativer Weise gerecht zu werden. Prävalenzzahlen von trans* Menschen bzw. von Menschen mit GI/GD wurden bisher in der Regel entweder in klinischen Stichproben im Zuge der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder im Rahmen von Bevölkerungsstichproben auf der Grundlage des Selbsterlebens bzw. der Selbstbeschreibung erhoben.

Klinische Stichproben

De Cuypere et al. (2007) analysierten die Daten aller plastischen Chirurg_innen und Gender-Kliniken in Belgien bezüglich der Durchführung geschlechtsmodifizierender Operationen. Sie schätzen eine Gesamtprävalenz von 4,28 pro 100.000, mit einem Verhältnis von 7,75 pro 100.000, die von männlich zu weiblich und 2,95 pro 100.000 die von weiblich zu männlich operiert wurden. Ähnliche Ergebnisse berichtete eine vergleichbare Studie aus den Niederlanden (Bakker, van Kesteren, Gooren, & Bezemer, 1993), die ebenfalls die Inanspruchnahme genitalchirurgischer Maßnahmen untersuchten. Sie fanden Prävalenzzahlen von insgesamt 4,42 pro 100.000 (8,4 pro 100.000 für männlich zu weiblich, 3,24 pro 100.000 für weiblich zu männlich). Meyer zu Hoberge (2009) untersuchte für die Jahre 1991 bis 2000

die Anzahl der Verfahren zur Vornamens- und Personenstandsänderung in Deutschland nach dem so genannten Transsexuellengesetz (TSG). Sie fand eine Gesamtprävalenz von 4,26 pro 100.000 (5,48 pro 100.000 für Änderungen von Mann zu Frau und 3,12 pro 100.000 für Änderungen von Frau zu Mann). Wird die Diagnose GD unabhängig von der Inanspruchnahme genitalchirurgischer Maßnahmen betrachtet, fand eine Studie unter schottischen Hausärzt_innen (Wilson, Sharp, & Carr, 1999) eine Gesamtprävalenz von 4,79 pro 100.000 (7,82 pro 100.000 dem männlichen Geschlecht zugewiesene Patient_innen und 1,92 pro 100.000 dem weiblichen Geschlecht zugewiesene Patient_innen). In einer aktuellen Meta-Analyse (Arcelus et al., 2015) wurden 21 Studien zur Prävalenz von GD analysiert, wobei zwölf Studien auswertbares Datenmaterial enthielten. Die Autor_innen fanden eine Gesamtprävalenz von 4,6 pro 100.000 (6,8 pro 100.000 für trans* Frauen und 2,6 pro 100.000 für trans* Männer). Die Zahlen waren höher aber, je jüngeren Datums die Studie war. Zuletzt analysierten Collin und Kolleg_innen (2016) 32 klinische Studien, die Prävalenzzahlen für trans* Identitäten berichteten. Die Autor_innen berechneten die Häufigkeit in Anspruch genommener somatischer Behandlungen im Rahmen einer Geschlechtsangleichung auf 9,2/100.000, die Vergabe einer trans*-bezogenen Diagnose auf 6,8/100.000 und die Selbsteinschätzung einer Person als trans* auf 871/100.000. Die Häufigkeit in Bezug zur Selbsteinschätzung war jedoch verzerrt durch eine einzelne Studie (Lai et al., 2010) und verringerte sich auf 351/100.000 nach Ausschluss dieser aus der Analyse.

Bevölkerungsstichproben

Daten aus nicht-klinischen Stichproben weisen auf eine höhere Prävalenz von trans* Menschen hin. In einer Online-Untersuchung in den Niederlanden mit 8.064 Teilnehmenden (Kuyper & Wijzen, 2014) gaben 4,6 % der befragten Männer und 3,2 % der befragten Frauen an, sich in unterschiedlichem Ausmaß ambivalent und/oder inkongruent gegenüber dem eigenen Geschlecht zu empfinden. Im Hinblick auf das Vorliegen einer GI wurde eine Prävalenz von 1,1 % (1100 pro 100.000) bei Männern und 0,8 % bei Frauen erfasst. Eine Studie aus Belgien (Van Caenegem et al., 2015) berichtet Prävalenzen von 2,2 % bei Männern und 1,9 % bei Frauen hinsichtlich ambivalenter und/oder inkongruenter Empfindungen bezüglich des Geschlechts und Raten von 0,7 % bzw. 0,6 % mit Blick auf das Erleben einer GI.

Geschlechtsidentitäten

Großangelegte Online-Studien geben zudem Aufschluss darüber, inwiefern sich trans* Personen entweder mit einer binären Geschlechtsidentität innerhalb der normativen Zweigeschlechtlichkeit wiederfinden (z.B. als Frau) oder sich mit einer non-binären Geschlechtsidentität außerhalb des Systems exklusiver Zweigeschlechtlichkeit verorten (z.B. als genderqueer oder agender). In einer Online-Untersuchung in den USA mit 6.436 Teilnehmenden (Grant et al., 2011) gaben lediglich 67 % der Teilnehmenden an, sich mit einer binären Geschlechtsidentität zu definieren (z. B. als trans* Mann). 33 % der Teilnehmenden gaben eine non-binäre Geschlechtsidentität an (z. B. genderqueer). Eine Online-Befragung der *Agentur der Europäischen Union für Grundrechte* ergab ähnliche Ergebnisse (European Union Agency for Fundamental Rights, 2014). Im Rahmen des *EU LGBT Survey* mit 6.579 Teilnehmenden aus 28 EU-Staaten berichteten 64 % der Teilnehmenden eine binäre (z.B. Frau mit transsexueller Vergangenheit) und 36 % eine non-binäre Geschlechtsidentität (z.B. Queer).

Aufgrund der jüngsten Revisionen von diagnostischen Kriterien und ihren Implikationen für die Möglichkeiten zur Inanspruchnahme somatischer Behandlungen (à 1.5) sowie den zunehmenden Prävalenzzahlen in den vergangenen Jahren auch in klinischen Stichproben (Arcelus, et al., 2015), rechnen wir mit einer weiteren Zunahme klinischer Prävalenz. Zudem werden unserer Ansicht nach klinische Fragestellungen an Bedeutung zunehmen, die zuvor aufgrund der diagnostischen Kriterien und ihrer Subspezifika in DSM-IV und ICD-10 ausgeschlossen waren (u. a. non-binäre Identität, Psychosen, chromosomale Abberationen).

1.7. Aufbau und Methodik der Leitlinie

Die vorliegende Leitlinie ist evidenz- und konsensbasiert. Die Aussagen und Empfehlungen zur Behandlung sind entweder empirisch fundiert und belegen dies mit der Angabe von Quellen (deren methodische Qualität zuvor gewichtet wurde) oder sie resultieren aus den therapeutischen Erfahrungen der an der Leitlinienentwicklung beteiligten Personen. Jede Aussage und Empfehlung wurde im Zuge einer formalen Konsensustechnik (dem nominalen Gruppenprozess) diskutiert und methodisch begleitet durch eine Beraterin der AWMF, Frau Dr. Mucho-Borowski, MPH konsentiert.

Nach den einleitenden Kapiteln 1-3 (u. a. Therapeutische Haltung und Beziehungsgestaltung) befassen sich die Kapitel 4 und 5 mit Diagnostik sowie mit Beratung und Psychotherapie. Das Kapitel 6 setzt sich mit den Vorbereitungen der somatischen Behandlungen auseinander und leitet so auf die Abschnitte zu den einzelnen Behandlungen in Kapitel 7 über (u. a. Hormontherapie und Genitalchirurgie). In den Behandlungskapiteln wird sowohl die Zielsetzung der jeweiligen Behandlung dargestellt als auch die den Aussagen und Empfehlungen zugrunde liegende Literatur beschrieben. Das abschließende Kapitel 8 bezieht sich auf weitere wichtige Bereiche in der Versorgung (u. a. Familie, Arbeit, Sexualität).

Weiterführende Informationen zur Vorgehensweise (u. a. zur Partizipation der Selbsthilfegruppen) und zur Methodik (z. B. der formalen Konsensustechnik) finden sich in den Hintergrundpublikationen (Nieder & Strauß, 2014; Nieder & Strauss, 2015) der Leitlinie.

Systematische Literaturrecherche

Die Suche nach Primärliteratur erfolgte über die Datenbanken *Medline*, *PsycInfo* und *Web of Science*. Eine umfassende Suchstrategie zur Extraktion relevanter Studien kombinierte Suchwörter, die die gesuchte Population (z.B. transsex*, transgend*, gender-nonconform) sowie die interessierenden Interventionen (z.B. psychotherap*, sex-change, surgery) eingrenzten. Die Suchbegriffe wurden von der Steuerungsgruppe im Anschluss an existierende Suchen aus vorhandenen Metaanalysen (Sutcliffe et al., 2009; Murad et al., 2010) ausgewählt. Wenn möglich wurden verschiedene Varianten eines Wortstamms durch Einfügen einer Trunkierung oder eines Sonderzeichens berücksichtigt. Weitere Suchbegriffe ergaben sich aus Schlüsselwörtern der Datenbanken, die relevanten Referenzen zugewiesen waren. Die initiale Suchstrategie wurde hinsichtlich ihrer Sensitivität (möglichst geringe Anzahl nicht gefundener relevanter Referenzen) und Spezifität (möglichst geringe Anzahl gefundener irrelevanter Referenzen) geprüft und ausgewertet. Aus Sicht der Autor_innen wurde eine möglichst große Sensitivität einer großen Spezifität vorgezogen. Zur Überprüfung der Sensitivität wurden die Suchergebnisse auf bekannte relevante Referenzen aus existierenden Metaanalysen (Sutcliffe et al., 2009; Murad et al., 2010) durchsucht und angepasst sofern Referenzen nicht vorhanden waren. Ein Screening von 50 zufällig ausgewählten Referenzen ermöglichte eine Einschätzung der Spezifität. Waren viele irrelevante Referenzen zu einem Thema vorhanden, wurde dieses, wenn möglich, über Wortkombinationen ausgeschlossen.

Die finale Datenbanksuche ergab 5437 Treffer. Nach einem Screening der Titel und Zusammenfassungen blieben 4341 Referenzen übrig, von denen nach Prüfung der Volltexte 448 Studien bei der Erstellung der Leitlinien berücksichtigt wurden.

Aus Platzgründen wird hier auf die Darstellung des Suchstrings verzichtet. Die finale Version der Leitlinie wird den Suchstring im Methodenreport darstellen.

2. Trans* Personen im Gesundheitssystem

Aus der klinischen Erfahrung und Mitteilungen von trans* Personen über ihre Erfahrungen im deutschen Gesundheitswesen allgemein und über Erfahrungen mit Institutionen wie der Bundesagentur für Arbeit, den Sozial- und Jugendämtern und ähnlichen Einrichtungen ergeben sich Hinweise auf unzureichende Informationen der dort tätigen Fachkräfte über das Thema Trans*. So kommt es häufig zu Irritationen im Kontakt, mitunter auch zu transfeindlichen Erlebnissen.

Eingang in das Kapitel fanden 27 Studien mit unterschiedlichen Fragestellungen, Methoden und Stichprobengrößen, darunter einige systematische Reviews und Kohortenstudien, keine

randomisierten, kontrollierten Studien (RCTs). Die vorliegenden Studien befassen sich überwiegend nicht mit konkreten Elementen der spezifischen Behandlung des Prozesses der Transition, sondern mit Erfahrungen von trans* Menschen mit Institutionen des Gesundheitswesens oder der psychosozialen Versorgung. Außer einer Kasuistik beziehen sich die Studien auf Länder mit im Vergleich zu Deutschland unterschiedlichen medizinischen und psychosozialen Versorgungssystemen. Die untersuchten Versorgungssysteme weichen insbesondere hinsichtlich der sozialrechtlichen Grundlagen vom deutschen System ab und sind deshalb auch hinsichtlich der Struktur und Behandlungsintensität wenig vergleichbar. Mehrfach basieren die Studien auf speziellen Stichproben wie Ethnien oder Komorbiditäten.

Deutlich sind Tendenzen, für eine hohe Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens allgemein, bei gleichzeitig hoher Neigung, diesem zu misstrauen (Nemoto et al., 2005). So wird gleichermaßen häufig beschrieben, dass im Kontakt mit medizinischen und psychosozialen Einrichtungen Diskriminierung erlebt wird sowie Mitarbeiter_innen des Gesundheitswesens einen Mangel an Wissen über Trans* vorweisen (Sperber et al., 2005; Wylie et al., 2008; Bradford et al.; Bauer et al., 2009 und 2014). Beschrieben wird zudem eine Tendenz, dass trans* Männer häufiger als trans* Frauen Hilfe und Beratung zu Erziehung und Kinderversorgung in Anspruch nehmen (Kenagy et al., 2005).

Informed consent

In der Medizin versteht man unter *Informed consent* die informierte Zustimmung, d. h., das Einverständnis einer Person zu einer diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme nach ärztlicher Aufklärung. Der Begriff enthält den Respekt vor der autonomen und selbstverantwortlichen Person. Am Beginn des Prozesses, der zu informed consent führt steht die Aufklärung, die inhaltlich an den Bedürfnissen der Behandlungssuchenden strukturiert sein soll. Dabei soll diese Aufklärung nicht nur eine einfache informatorische Mitteilung sein, sondern sie soll auch der Orientierung des Behandlungssuchenden dienen und dafür eine Grundlage bilden. Der beschriebene Prozess ist ein grundlegender Bestandteil der therapeutischen Interaktion.

Als Folge der in den letzten Jahrzehnten veränderten therapeutischen Beziehung hat eine Verschiebung des traditionellen paternalistischen Verhältnisses zu Gunsten einer symmetrischen und partnerschaftlichen (partizipatorischen) Beziehung stattgefunden. Die aufgeklärte Einwilligung bzw. informierte Zustimmung hat zentrale Bedeutung erlangt, der Aufklärungsanspruch findet seine ethische Begründung in der Autonomie des Behandlungssuchenden (Maio, 2012).

Im öffentlichen Diskurs über den Umgang mit trans* Menschen in der Gesundheitsversorgung hat sich die Bedeutung des Begriffs *informed consent* nochmals inhaltlich verschoben. Während zunächst als Grundlage für die Indikationsstellung der verschiedenen Behandlungsoptionen eine sorgfältige Diagnostik bei einem sexualmedizinisch weitergebildeten und mit dem Phänomen der GI/GD vertrauten Behandelnden die Basis gesehen wurde (z. B. Nieder & Richter-Appelt, 2012), wird derzeit die alleinige autonome Entscheidung der trans* Person in den Vordergrund gestellt. So betonen zum Beispiel Deutsch und Radix in dem von ihnen angewandten Modell des *informed consent*, dass eine Selbstauskunft und eine positive Einschätzung der Entscheidungsfähigkeit durch eine behandelnde Fachkraft ausreichend sind (zitiert nach Eyssel, 2015). Gefordert wird ein selbstbestimmter, informierter und freier Zugang zu trans*-spezifischen Gesundheitsdienstleistungen ohne Indikationsstellung aus dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachgebiet (*Prior informed consent*). Als Beispiel für einen solchen bereits realisierten Modus wird auf das 2012 in Argentinien erlassene Geschlechtsidentitätsgesetz verwiesen (Hamm & Sauer, 2012). Diese modifizierten inhaltlichen Aspekte des Begriffs *informed consent* stehen im Zusammenhang mit den aus verschiedenen wissenschaftlichen Bereichen erhobenen und unterstützten Forderungen nach Autonomie und Entpathologisierung von trans* Personen (siehe z. B.: Geschlechtliche Vielfalt; Begrifflichkeiten, Definitionen und disziplinäre Zugänge zu Trans- und Intergeschlechtlichkeiten; Begleitforschung zur interministeriellen Arbeitsgruppe Inter- und Transsexualität des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2015).

Ein eingeschränkter Zugang zum Gesundheitssystem, Stigmatisierung und Diskriminierung sind mit erheblichen gesundheitlichen Risiken (HIV, sexueller Missbrauch, Depression, Suizidalität) verbunden.

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzlevel III)

Quellen: Kenagy 2005, Nuttbrock et al. 2013, Xavier et al. 2005, Poteat et al. 2013

Abstimmung der Empfehlung: **Konsens**

Für Behandlungssuchende soll ein uneingeschränkter Zugang zur Gesundheitsversorgung gewährleistet werden.

Konsensbasierte Empfehlung

Abstimmung der Empfehlung: **Konsens**

Mitarbeiter_innen verschiedener Fachbereiche der medizinischen Versorgung und Mitarbeiter_innen psychosozialer Institutionen sollen im Rahmen ihrer Aus-, Weiter- und Fortbildung über die Inhalte der Leitlinie informiert werden.

Konsensbasierte Empfehlung

Abstimmung der Empfehlung: **Starker Konsens**

Personen mit Geschlechtsinkongruenz/Geschlechtsdysphorie soll psychosoziale Unterstützung, Beratung und gegebenenfalls Psychotherapie ermöglicht werden, um den Umgang mit und die Folgen von Trans-Negativität bewältigen zu können und sekundär entstehenden psychischen Störungen vorzubeugen.*

Konsensbasierte Empfehlung

Abstimmung der Empfehlung: **Starker Konsens**

3. Therapeutische Haltung und Beziehungsgestaltung

Die Bedeutung der Beziehungsgestaltung in der Versorgung von trans* Behandlungssuchenden ist zentral. Eine tragfähige therapeutische Haltung sollte von Respekt und Akzeptanz gegenüber vielfältigen geschlechtlichen Lebensrealitäten geprägt sein. Die Beziehungsgestaltung sollte individuell, prozessbezogen, verlässlich, flexibel und bedarfsorientiert sein.

Allerdings sollten in der Versorgung für Behandlungssuchende aus dem Trans*-Spektrum Besonderheiten beachtet werden, die über die Grundlagen der Beziehungsgestaltung in den verschiedenen psychotherapeutischen Schulen hinausgehen. Trans* Menschen teilen in dieser Gesellschaft die Erfahrung, dass die Zuschreibungen, die aufgrund ihrer körperlichen Geschlechtsmerkmale an sie gerichtet werden, nicht ihrem Geschlechtererleben entsprechen. Da Geschlecht eine bedeutsame gesellschaftliche Strukturkategorie darstellt, die in allen sozialen Beziehungen angesprochen und mit Erwartungen ausgefüllt wird, stehen trans* Personen oft vor erheblichen Herausforderungen. Ähnlich wie Angehörige anderer sexueller oder geschlechtlicher Minderheiten sehen sich als trans* zu erkennende Menschen in ihrem Alltag in heteronormativ geprägten Gesellschaften mit Erfahrungen des Ausschlusses, fehlender geschlechtsbezogener Anerkennung, Diskriminierung und Stigmatisierung konfrontiert. Verstärkt wird das Risiko von

Minderheitenstress, wenn weitere nachteilhaftige Merkmale wie ein geringer sozioökonomischer Status, körperliche und/oder psychische Krankheit, körperliche oder geistige Behinderung, geringe Bildung und Migrationserfahrung etc. hinzukommen. Obgleich bisher kaum empirische Untersuchungen zum Thema vorliegen, werden für die therapeutische Haltung und Beziehungsgestaltung konsensbasierte Empfehlungen formuliert.

Diskriminierende Faktoren einer weitgehend zweigeschlechtlich organisierten Gesellschaft sollen gemeinsam mit den Behandlungssuchenden kritisch reflektiert werden.

Konsensbasierte Empfehlung

Abstimmung der Empfehlung: **Konsens**

Anrede

Trans* Personen sollen mit dem von ihnen gewünschten Pronomen und Namen angesprochen werden. Auch die Ablehnung von Pronomen sollte ernst genommen werden (z. B. bei Personen, die sich geschlechtsneutral identifizieren). Da sich sowohl Namen und Pronomen als auch geschlechtliche Selbstbeschreibungen im Verlauf der Zusammenarbeit ändern können, sollten entsprechende Wechsel berücksichtigt werden.

Die individuelle geschlechtliche Selbstbeschreibung der behandlingssuchenden Person soll im Rahmen des Erstkontaktes offen besprochen und in Absprache mit den Behandlungssuchenden im weiteren Verlauf berücksichtigt werden.

Konsensbasierte Empfehlung

Abstimmung der Empfehlung: **Konsens**

Positionierung im Versorgungssystem

Zu Beginn der Zusammenarbeit sollte die mögliche Diskrepanz zwischen dem Anspruch an eine hochwertige Trans*-Gesundheitsversorgung (u. a. individuelles, flexibles Vorgehen, Anerkennen non-binärer und/oder fluider Identitäten) und den Vorgaben der jeweils gültigen diagnostischen und sozialmedizinischen Kataloge erläutert werden.

Die Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsversorgung sollten transparent benannt werden und auf mögliche Einschränkungen in Bezug auf die individuel-len Erfordernisse und Ansprüche hingewiesen werden.

Konsensbasierte Empfehlung

Abstimmung der Empfehlung: **Konsens**

Selbstreflexion

Behandlungssuchende aus dem Trans*-Spektrum stellen mit ihrem Thema sowohl die Wahrnehmung ihres Gegenübers als auch verschiedene Grundannahmen zur Strukturkategorie Geschlecht in Frage. In ihrer Selbstdarstellung und Selbstbeschreibung senden trans* Personen zuweilen unterschiedliche

Signale, die ihr Gegenüber verwirren können (Erlebe ich gerade eine „Frau“ oder einen „Mann“?). Wichtig scheint in diesem Zusammenhang, dass die Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen die Verwirrung als Thema einer zweigeschlechtlichen Gesellschaft begreifen ohne sie a priori auf die Behandlungssuchenden zu projizieren. Zu den Annahmen, die in Frage gestellt werden, gehört z. B., dass das eigene Geschlecht dauerhaft den körperlichen Geschlechtsmerkmalen entspricht und die Geschlechtsidentität im Laufe einer Biographie unveränderlich ist. So kann die Begegnung mit trans* Personen die Behandelnden mit der eigenen geschlechtlichen Identität, der geschlechtsbezogenen Entwicklung und den Rollenvorstellungen sowie mit Konflikten zwischen Akzeptanz und Nichtakzeptanz des eigenen Körpers konfrontieren. Unreflektiert kann eine solche Konfrontation zu Abwehr und zu Vermeidung sowie zu einer projektiven Psychopathologisierung führen, die den Aufbau einer tragfähigen Beziehung gefährdet (Güldenring 2015). Als förderlich für den Aufbau einer tragfähigen Beziehung wird eine genderbezogene Selbsterfahrung erachtet, innerhalb der die Behandelnden ihre Geschlechtsidentität ebenso kritisch reflektieren wie die biopsychosozialen Einflüsse auf ihre geschlechtliche Entwicklung, ihre Körper- und Beziehungserfahrungen und das Verhältnis zu eigenen körperlichen Geschlechtsmerkmalen.

Behandelnde sollten ihre eigene geschlechtsbezogene Entwicklung und ihr Verhältnis zu den körperlichen Geschlechtsmerkmalen nach Möglichkeit im Rahmen von Selbsterfahrung kritisch reflektiert haben.

Konsensbasierte Empfehlung

Abstimmung der Empfehlung: **Konsens**

Die Selbstreflexion sollte den Umgang mit der Verwirrung einschließen, die der Widerspruch zwischen eigener Wahrnehmung und Selbstdarstellung bzw. Selbstbeschreibung der Behandlungssuchenden hinsichtlich des Geschlechts auslösen kann.

Konsensbasierte Empfehlung

Abstimmung der Empfehlung: **Starker Konsens**

Behandelnde sollten sich ein Verständnis von Geschlecht erarbeiten, das über ein Konstrukt von Zweigeschlechtlichkeit hinausgeht.

Konsensbasierte Empfehlung

Abstimmung der Empfehlung: **Starker Konsens**

Partizipative Entscheidungsfindung und Selbstbestimmung

Partizipative Ansätze der Entscheidungsfindung erfahren seit Beginn des 21. Jahrhunderts einen Zuwachs an Aufmerksamkeit und werden zunehmend in verschiedenen Versorgungsbereichen implementiert. Dabei soll gewährleistet werden, die Bedürfnisse und Wünsche der Behandlungssuchenden bei medizinischen Entscheidungen zu berücksichtigen und sie ausreichend zu informieren, um sich an Entscheidungen für die eigene Gesundheit angemessen beteiligen zu können (Institute of Medicine, 2001). Es liegen Hinweise vor, dass sich bei erfolgreicher Umsetzung eines Systems partizipativer Entscheidungsfindung die Vorteile dieser partnerschaftlichen Vorgehensweise auch in Studien abbilden (vgl. Loh, Simon, Kriston, & Härter, 2007). Übergeordnet geht es um den Zuwachs von Vertrauen in der Behandlungsbeziehung. Auch gehören die Reduktion von Entscheidungskonflikten sowie die Zunahme der Behandlungszufriedenheit dazu (Joosten et al., 2008).

Die genannten Vorteile zeigen sich am ehesten bei Entscheidungen, in denen mehrere gleichwertige und idealerweise evidenzbasierte Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen (sog. Equipose), bei präferenzsensitiven Entscheidungen zum Umgang mit lebensverändernden Situationen, wenn die Konsequenzen der Entscheidung für das weitere Leben der betroffenen Menschen potentiell bedeutsam sind und insbesondere wenn die Behandlungssuchenden die Beteiligung an der Entscheidung wünschen. Alle vier Bereiche treffen auf die Situation behandlingssuchender trans* Menschen zu.

Im Rahmen einer partizipativen Behandlungsplanung mit trans* Menschen sollten neben den Vorstellungen über und die Reihenfolge von möglichen somatischen Behandlungen sowie die Gestaltung der prä- und postoperativen Begleitung auch mögliche Aufträge an das Umfeld (u. a. Familie, Arbeitsverhältnis) und die Bearbeitung möglicher psychischer Probleme gemeinsam vereinbart werden. Grundsätzlich sollen Behandelnde die Entscheidung für oder gegen einzelne somatische Behandlungen im Zuge einer Transition gemeinsam mit den Behandlungssuchenden treffen. Zu einer Belastung der Beziehung kann es kommen, wenn Entscheidungen der Behandlungssuchenden, auch im Rahmen eines *informed consent*, nicht mit den Vorstellungen der Behandelnden übereinstimmen. Dieses Dilemma zwischen der verantwortungsvollen Haltung der Behandelnden und dem Selbstbestimmungsrecht der Behandlungssuchenden kann ggfs. durch die Einbeziehung einer community-basierten Beratung gelindert werden. Trans* Personen sind in der Behandlung mündige und selbstbestimmte Personen, die für ihre Entscheidungen die Verantwortung tragen.

Die Partizipation der Behandlungssuchenden in der Planung des therapeutischen Prozesses und die Transparenz im Verlauf des therapeutischen Prozesses sollen ermöglicht werden.

Konsensbasierte Empfehlung

Abstimmung der Empfehlung: **Konsens**

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

Konsensbasierte Empfehlung

Abstimmung der Empfehlung: **Konsens**

Sondervotum Bundesverband Trans* (BVT*):

Die beiden BVT*-Vertreter_innen haben sich gegen diese Empfehlung ausgesprochen, da ein Übereinstimmungsmodell nicht die Selbstbestimmung der betreffenden trans* Menschen wahrte. Entscheidend sollte allein die Herstellung eines sog. *Informed Consents* sein, d. h. solange die trans* Person einwilligungsfähig ist und den Umfang und die Konsequenzen der Behandlung verstanden hat, soll die Entscheidung allein bei ihr liegen.

4. Diagnostik und Behandlungsplanung

Praktisch die gesamte medizinische Literatur nutzt klinische Stichproben im Behandlungsparadigma des Transsexualismus. Es handelt sich also um Behandlungssuchende, die geschlechtsmodifizierende Behandlungen anstreben oder sich entsprechenden Maßnahmen bereits unterzogen haben. Die genutzten Samples unterliegen unzähligen Verzerrungen, die in der Literatur vielfach beschrieben wurden (Bauer & Scheim, 2013). Hierzu gehören u. a. schematisch stereotype Erzählungen von

Behandlungssuchenden, um den antizipierten Erwartungen an die diagnostischen Kriterien zu entsprechen (Nieder, et al., 2011). Die Einschränkung hinsichtlich der Literatur ist bei vielen Empfehlungen zu berücksichtigen.

4.1. Diagnostische Einschätzung

Psychiatrische oder psychotherapeutische Diagnostik findet grundsätzlich stufenweise auf der Symptomebene, der Syndromebene und der nosologischen Ebene statt (Jäger 2015). Für die Symptomebene ist die Erfassung der subjektiv erlebten Beschwerden und objektiv beobachtbaren Befunde zentral, auf der Syndromebene wird die Kombination von häufig im Querschnitt zusammen auftretenden Symptomen erfasst, während auf der nosologischen Ebene die erfahrungswissenschaftlich begründete Zuordnung zu Kategorien eines Klassifikationssystems erfolgt. Die wesentlichen diagnostischen Prozesse, zu denen in dieser Leitlinie Empfehlungen abgegeben werden, betreffen die Symptom- und zum Teil die Syndromebene und gelten sowohl für Geschlechtsdysphorie (DSM-5), als auch für Geschlechtsinkongruenz (voraussichtlich ICD-11), als auch für Transsexualismus (ICD-10), der allerdings als nosologische Entität in wesentlichen Teilen als nicht mehr anwendbar gilt.

Als diagnostische Kriterien für GD bei Jugendlichen und Erwachsenen im DSM-5 gelten A. eine seit mindestens sechs Monaten bestehende ausgeprägte Diskrepanz zwischen Gender und Zuweisungsgeschlecht, wobei sechs Einzelkriterien angeführt werden, von denen mindestens zwei erfüllt sein müssen, sowie B. ein klinisch relevantes Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Als A-Kriterien werden angeführt: 1. Ausgeprägte Diskrepanz zwischen Gender und den primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmalen (oder, bei Jugendlichen, den erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmalen). 2. Ausgeprägtes Verlangen, die eigenen primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale loszuwerden (oder, bei Jugendlichen, das Verlangen, die Entwicklung der erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmale zu verhindern). 3. Ausgeprägtes Verlangen nach den primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmalen des anderen Geschlechts. 4. Ausgeprägtes Verlangen, dem anderen Geschlecht anzugehören (oder einem alternativen Gender, das sich vom Zuweisungsgeschlecht unterscheidet). 5. Ausgeprägtes Verlangen danach, wie das andere Geschlecht behandelt zu werden (oder wie ein alternatives Gender, das sich vom Zuweisungsgeschlecht unterscheidet). 6. Ausgeprägte Überzeugung, die typischen Gefühle und Reaktionsweisen des anderen Geschlechts aufzuweisen (oder die eines alternativen Gender, das sich vom Zuweisungsgeschlecht unterscheidet).

In diesem Sinne lässt sich die Diagnose der GD von klinisch im Themenfeld der Leitlinie erfahrenen Behandelnden in der Regel in einer oder höchstens zwei Sitzungen stellen. Eine „prozesshafte Sicherung“ der Diagnose, wie sie vielfach in Bezug auf den Transsexualismus gefordert wurde, ist damit hinfällig. Dies war eher dem Umstand geschuldet, dass das Konstrukt des Transsexualismus mit einer Präjudikation für operative Maßnahmen bereits bei der Diagnosestellung eine weitreichende prognostische Einschätzung erforderte.

Die Feststellung der Diskrepanz zwischen Gender und Zuweisungsgeschlecht wird zunächst einmal von der behandlungssuchenden Person selbst getroffen. Es gibt keine objektiven Beurteilungskriterien, die den Behandelnden zur Verfügung stünden. Gleichwohl ist eine umfassende Diagnostik mit ganzheitlicher Betrachtung der behandlungssuchenden Person notwendig, um im gemeinsamen Dialog eine individuelle Lösung finden und zuverlässige Prognosen für einzelne in Frage kommende Behandlungen stellen zu können. Im Rahmen dieses diagnostischen Prozesses sind die körperlichen, psychischen und sozialen Aspekte zu erfassen sowie auf kulturelle Besonderheiten zu achten. Eine umfassende Diagnostik ist auch erforderlich, um vorhandene Störungen oder Gesundheitsprobleme, die in einem Zusammenhang mit der GD stehen oder stehen könnten, einer adäquaten Behandlung zuführen zu können und mögliche Indikationseinschränkungen für bestimmte Modifikationen der körperlichen Geschlechtsmerkmale bereits frühzeitig abschätzen zu können. Es gibt weder aus klinischer noch aus wissenschaftlicher Sicht absolute Ausschlusskriterien oder Differentialdiagnosen,

die eine GD von vornherein ausschließen. Wichtig ist darüber hinaus, den bereits vorhandenen oder zu erwartenden Leidensdruck einzuschätzen. Auch wenn der seelische Leidensdruck genau wie körperlicher Schmerz nicht „messbar“ ist, stellt er dennoch die grundlegende Voraussetzung für alle folgenden Behandlungsmaßnahmen dar. Auch unter sozialrechtlichen Gesichtspunkten werden medizinische und psychotherapeutische Behandlungen bei GD zu Lasten der Solidargemeinschaft dadurch legitimiert, dass sie zur Linderung des Leidensdrucks für erforderlich angesehen werden. Es sollte zudem erfasst werden, ob die Symptomatik konstant (seit mindestens sechs Monaten bestehend), vorübergehend oder intermittierend ist.

Die erste Säule einer umfassenden Diagnostik ist die ausführliche Anamneseerhebung der psychosexuellen Entwicklung mit Berücksichtigung wichtiger Entwicklungsschritte vor der Pubertät, im Verlauf der Pubertät und in der Zeit nach der Pubertät, der sexuellen Orientierung und bisherigen Beziehungserfahrungen, der Entwicklung der GI bzw. GD über die Lebenszeit, des inneren und eventuell bereits erfolgten äußeren Coming-out sowie der Reaktionen im sozialen Umfeld (*Peer Group*, Familie) auf das geschlechtsuntypische Verhalten, mit eventuellen Erfahrungen von Diskriminierung und Exklusion. Bei der Geschlechtsdysphorie kann die Aversion gegen geschlechtsspezifische bzw. geschlechtstypische eigene Körpermerkmale stärker im Vordergrund stehen oder das Inkongruenzempfinden bezüglich der als unpassend erlebten sozialen Rolle und der daran anknüpfenden Ansprache und Behandlung in der Gesellschaft. Das Verlangen nach körpermodifizierenden Maßnahmen ist lediglich bei zwei der sechs A-Kriterien im DSM-5 für die GD von Bedeutung, kann demzufolge vorhanden sein, muss es aber nicht, um eine GD bzw. GI diagnostizieren zu können. Es ist dabei individuell durchaus unterschiedlich, ob trans* Personen ihre Geschlechtsorgane eher als „Identitätsorgane“ oder „Sexualorgane“ oder auch als keines von beiden betrachten.

Die sexuelle Orientierung liefert isoliert betrachtet keine diagnostisch relevante Information. Entgegen früherer Annahmen gibt es keinen empirisch nachweisbaren Effekt auf das Behandlungsergebnis. Dennoch sollte die sexuelle Orientierung mit erfragt werden, da sie in dem individuellen Entwicklungsprozess vor oder auch nach dem Coming-out eine wichtige Bedeutung haben kann. Als Beispiel sei ein Transmann angeführt, der zunächst seine sexuelle Präferenz für Frauen bemerkt und dann in einer „pseudolesbischen“ Durchgangsphase sein extremes Unwohlbefinden mit dem eigenen weiblich geprägten Körper feststellt, das ihn von einer lesbischen Frau unterscheidet und zum inneren Coming-out als trans* führt. Als Beispiel für den eventuellen Ausschluss einer Geschlechtsdysphorie sei ein homosexueller Mann genannt, der aus einem stark homofeindlichen Umfeld kommt und den Wechsel seiner Geschlechtsrolle in Erwägung zieht, um der Diskriminierung wegen Homosexualität in seiner Umgebung zu entgehen (siehe auch Differentialdiagnose).

Die zweite Säule ist darüber hinaus eine Sozialanamnese mit Erfassung der Wohnsituation, der schulischen bzw. beruflichen Situation, Partnerschaft, Familie, evtl. eigener Kinder, eine biographische Anamnese, bei der insbesondere auf belastende Lebensereignisse und familiäre Beziehungen und Entwicklungen zu achten ist, sowie eine medizinische Anamnese. Bei der medizinischen Anamnese sind insbesondere Vorerkrankungen zu erfragen, durch die die therapeutischen Möglichkeiten eingeschränkt sein könnten (z. B. Thromboseneigung), aber auch Hinweise auf Intergeschlechtlichkeit zu erfassen. Ergänzend sollte eine sorgfältige Befunderhebung des allgemeinen psychischen Befundes (z.B. nach AMDP) erfolgen. Eine diagnostische Aufgabe ist es dabei, eine Einschätzung zu treffen, inwieweit eine ggf. vorhandene psychische Störung eher als reaktiv (in den meisten Fällen), als gleichzeitig (das heißt aufgrund anderer Faktoren, die sich evtl. aus der biographischen Anamnese ergeben) oder als der GD vorausgegangen (eher Einzelfälle, z. B. bei einer Psychose mit wahnhafter Verkennung der eigenen Geschlechtszugehörigkeit) anzusehen ist. Zudem ist es wichtig, induzierende, aufrechterhaltende oder verstärkende Faktoren der GD zu explorieren sowie vorhandene Ressourcen mit besonderem Augenmerk auf die soziale Integration. Zu einer vollständigen Untersuchung gehört zudem auch eine Erfragung der Zukunftsperspektiven, bei jüngeren Behandlungssuchenden auch zu Familienplanung und eventuellem Kinderwunsch.

Die Variabilität in Bezug auf Selbstbezeichnung, sexuelle Orientierung und gewünschte Therapiemaßnahmen ist wesentlich größer als in den 1990er Jahren.

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzlevel III)

Quellen: Yerke & Mitchell 2011, Kuper et al. 2012, Monro 2010

Abstimmung der Empfehlung: **Starker Konsens**

Die Diagnostik soll psychische, körperliche, soziale und kulturelle Aspekte erfassen und in eine ganzheitliche Betrachtung der Behandlungssuchenden münden.

Konsensbasierte Empfehlung

Abstimmung der Empfehlung: **Starker Konsens**

Für die individuelle Behandlungsplanung sollen psychische, körperliche, soziale und kulturelle Aspekte erfasst werden und in eine ganzheitliche Betrachtung der Behandlungssuchenden münden.

Konsensbasierte Empfehlung

Konsensstärke: **Starker Konsens**

Im Rahmen der Diagnostik und individuellen Behandlungsplanung soll eine Anamneseerhebung erfolgen, die die psychosexuelle Entwicklung, Sozialanamnese, biographische Anamnese und medizinische Anamnese umfasst, sowie der psychische Befund erhoben werden.

Konsensbasierte Empfehlung

Abstimmung der Empfehlung: **Konsens**

Die Anamnese sollte beinhalten: Geschlechtsinkongruenz vor der Pubertät, Pubertätsentwicklung, Geschlechtsidentität und sexuelle Orientierung, Partnerschaften, Finden von Selbstbezeichnungen, Coming-out, Erfahrungen von Stigmatisierung und Diskriminierung, familiäre und gesellschaftliche Einflüsse, bisherige Erfahrungen im Gesundheitssystem, selbst angestrebte Maßnahmen zur Reduktion der Geschlechtsdysphorie, Ressourcen.

Evidenzbasierte Empfehlung (Evidenzlevel III)

Quellen: Yerke & Mitchell 2011, Gomez Gil et al. 2014, Kenagy 2005, Xavier et al. 2005, Nuttbrock et al. 2013, Kuper et al. 2012, Monro 2010, Hawkins 2010, Schulz 2012, Poteat et al. 2013

Abstimmung der Empfehlung: **Konsens**

Es sollte erfasst werden, ob die Geschlechtsinkongruenz und/oder die Geschlechtsdysphorie konstant zumindest seit einigen Monaten bestehen, vorübergehend oder intermittierend ist.

Konsensbasierte Empfehlung

Konsensstärke: **Starker Konsens**

4.2. Differentialdiagnose

Auch wenn es keine absoluten Ausschlussdiagnosen gibt, ergibt sich aus den vorausgegangenen beiden Abschnitten, dass bestimmte Symptome und psychische Störungen differentialdiagnostische Relevanz haben können. Dies gilt insbesondere für Psychosen, die zunächst einer adäquaten Therapie zugeführt werden sollten, bevor eine GI oder GD diagnostiziert werden kann. Eine besondere differentialdiagnostische Herausforderung stellen dabei diejenigen Fälle dar, bei denen trotz adäquater Psychotherapie sowohl die geschlechtsdysphorische Symptomatik als auch eine psychotische Symptomatik persistieren. Hier empfiehlt sich eine verlängerte Verlaufsbeobachtung, bevor Maßnahmen zur Modifizierung der körperlichen Geschlechtsmerkmale eingeleitet werden (Bhargava & Sethi 2002). Einen Sonderfall stellen dissoziative Störungen mit verschiedengeschlechtlichen *Ego States* dar. Der von Saks (1998) vorgeschlagene *informed consent* aller bekannten Identitäten setzt ebenfalls einen verlängerten Klärungsprozess vor der Einleitung somatischer Behandlungen voraus, ohne dass es hierzu in der Literatur konkrete Zeitangaben gibt. Einen weiteren sehr seltenen Sonderfall stellen die in zwei Fällen von Coleman und Cesnik (1990) beschriebenen Zwangsstörungen mit dem Zwangsgedanken, sich selbst zu kastrieren, dar. Bei erfolgreicher Behandlung lag keine GD mehr vor.

In den relevanten Klassifikationssystemen (DSM-5, voraussichtlich ICD-11) wird Intergeschlechtlichkeit nicht mehr als Ausschlusskriterium für die Diagnosen GD bzw. GI angegeben. Bei Intergeschlechtlichkeit als zusätzlicher Bedingung gelten zunächst einmal keine abweichenden diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen. Ergänzend sollte jedoch die Leitlinie zu den Varianten der Geschlechtsentwicklung beachtet werden (AWMF Registernummer 174 – 001). Im DSM-5 und der kommenden ICD-11 ist das Verlangen nach einer genitalangleichenden Operation kein notwendigerweise zu erfüllendes diagnostisches Kriterium mehr. Das Nichtvorhandensein dieses Verlangens führt insofern nicht dazu, dass eine Differentialdiagnose vorzuziehen wäre. Auch der „Schweregrad“ einer GI oder GD lässt sich im Übrigen nicht an einem evtl. Operationswunsch festmachen.

Der Bereich der Paraphilien bzw. Sexualpräferenzstörungen ist im Zusammenhang mit dem Thema Trans* höchst umstritten. Das auf Blanchard zurückgehende Konstrukt der Autogynäphilie als sexuelle Erregung durch einen oder mehrere eigene feminisierte Körperteile im Sinne einer Sonderform der Autosexualität stellt sicher keinen schlüssigen Ausschluss von GI oder GD dar. Es dürfte bei einem relevanten Prozentsatz von trans* Frauen anzutreffen sein, ohne dass es relevante differentialdiagnostischen Überlegungen zuließe. Autogynäphilie im Sinne eines Fetischismus bei erhaltener männlicher Identität könnte theoretisch eine Differentialdiagnose darstellen, dürfte im Einzelfall aber kaum zu ermitteln sein. Allenfalls ein wechselhafter Verlauf der geschlechtsdysphorischen Symptomatik könnte hier ähnlich wie bei einem episodisch verlaufendem Transvestitismus ein Hinweis sein. Da auch Paraphilien einem gewissen Prozess der Entpathologisierung unterliegen, stellt nach aktueller Sichtweise fetischistischer Transvestitismus per se keine Differentialdiagnose zur GI oder GD oder überhaupt eine Diagnose dar. Gleichwohl gibt es nicht selten Fälle, in denen der Transition bei trans* Frauen eine Phase des *Cross-dressings* vorausgeht, die für einen vorübergehenden Zeitraum als sexuell erregend erlebt worden sein kann. Ein schlüssiger Ansatz für eine Differentialdiagnose ergibt sich auch hier nicht.

Auch Homosexualität stellt weder eine Differentialdiagnose noch überhaupt eine Diagnose dar. Gleichwohl sollte im Rahmen der Erstdiagnostik die Möglichkeit einer konflikthaft erlebten und abgewehrten Homosexualität mit bedacht werden, insbesondere wenn Hinweise auf ein stark homofeindliches Umfeld bzw. auf die Herkunft aus einem solchen vorliegen. Als prominentes Beispiel sei der Iran als Land angeführt, in dem in großer Zahl homosexuelle Menschen geschlechtsmodifizierend operiert werden, um einer Verfolgung zu entgehen. Es gibt weitere Länder, in denen Homosexuelle stark diskriminiert werden, aber auch in westlichen Gesellschaften gibt es – tendenziell sogar in zunehmendem Ausmaß – homonegative Milieus. Hier wäre im Einzelfall zu klären, ob ein homosexuelles *Coming-out* oder eine Angleichung bei evtl. bereits inkorporierter gegengeschlechtlicher Identität besser helfen kann.

Der Wunsch nach Genitalmodifizierung ist zur Einschätzung des Schweregrades einer Geschlechtsdysphorie nicht geeignet.

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzlevel III)

Quellen: Rachlin 1999

Abstimmung des Statements: **Konsens**

Die Möglichkeit nicht ausreichend behandelter Psychosen, verschieden-geschlechtlicher Ego States oder von Zwangsvorstellungen zur Selbstkastration sollten differentialdiagnostisch in Erwägung gezogen werden.

Evidenzbasierte Empfehlung (Evidenzlevel III)

Quellen: Bhargava & Sethi 2002, Saks 1998, Coleman & Cesnik 1990

Konsensstärke: **Starker Konsens**

Varianten der körperlichen Geschlechtsentwicklung sind kein Ausschlusskriterium für eine Geschlechtsinkongruenz und/oder Geschlechtsdysphorie. Bei Varianten der körperlichen Geschlechtsentwicklung soll ergänzend die S2k-Leitlinie zu diesem Thema berücksichtigt werden (AWMF-Register Nr. 174/001).

Konsensbasierte Empfehlung

Konsensstärke: **Starker Konsens**

Es gibt keine Differentialdiagnose als Ausschlusskriterium für Geschlechtsinkongruenz und/oder Geschlechtsdysphorie.

Konsensbasiertes Statement

Konsensstärke: **Starker Konsens**

4.3. Begleitende psychische Störungen und HIV

Kategoriale diagnostische Systeme führen dazu, dass häufig eine gleichzeitige Zuordnung zu mehreren diagnostischen Kategorien erfolgt (Jäger 2015). Das Konzept begleitender psychischer Störungen bezieht sich daher auf ein deskriptives diagnostisches Modell, wie es aus pragmatischen Gründen auch bei dieser Leitlinie im Vordergrund steht. Die Annahme mehrerer, gleichzeitig bestehender Störungen bei einem ätiologischen Modell dürfte allerdings eher Schwierigkeiten bereiten. Die Angaben zu Art und Häufigkeit psychischer Störungen schwanken in der Literatur erheblich, was zum Teil auf methodische Probleme wie z. B. sehr selektive Stichproben zurückgeht, zum Teil aber auch auf sehr divergierende Grundannahmen. Einige Autor_innen interpretieren die begleitenden psychischen Störungen in erster Linie als reaktiv und diagnostizieren eine entsprechend hohe Anzahl von Anpassungsstörungen, während andere dies nicht tun.

Sowohl aus der klinischen Perspektive als auch aus der zusammenfassenden Betrachtung der Literatur ergibt sich, dass sich in etwa zwei Drittel der Fälle bei der Erstdiagnostik zusätzlich zu der Kernsymptomatik der GD bzw. GI eine psychische Symptomatik feststellen lässt, die sich einer andernorts klassifizierten psychischen Störung zuordnen lässt. Dabei sind Depression und

Angststörungen am häufigsten anzutreffen, aber auch Substanzmissbrauch, Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, Zwangsstörungen, Autismusspektrumstörungen, Dissoziative Störungen und Psychosen treten auf. Einen Sonderfall stellt HIV als begleitende körperliche Störung dar, die in vielen Fällen wesentlich durch soziale Faktoren (z. B. eingeschränkter Zugang zum Gesundheitssystem) mit bedingt ist.

Psychische Störungen können möglicherweise der GI bzw. GD vorausgegangen und damit an der Entstehung der GI/GD beteiligt gewesen sein, was in der Praxis allerdings nur selten zu beobachten ist. Die psychische Störung wird in der Vielzahl der Fälle eher reaktiv und damit als Folgeproblematik bzw. Begleitsymptomatik der GI bzw. GD anzusehen sein. Zudem kann eine psychische Störung aber auch gleichzeitig bzw. unabhängig von der GI bzw. GD bestehen, so dass es sich um eine interkurrente psychische Störung im eigentlichen Wortsinne handeln würde. Im Rahmen der initialen Querschnittsdiagnostik lässt sich diese Unterscheidung im Einzelfall nicht immer zuverlässig abklären. Aufschlussreich in dieser Hinsicht kann dabei die Entwicklung der psychischen Symptome im Verlauf der Transition sein. In vielen Fällen führt bereits das Coming-out zu einer deutlichen Reduktion psychischer Belastung oder hat bereits dazu geführt, wenn es vor der Erstdiagnostik erfolgt ist. Dies gilt insbesondere für affektive Störungen und Ängste, ist aber auch nicht selten bei Symptomen anzutreffen, die man vorschnell einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung („Borderline“) zuordnen könnte, was z. B. im Falle von Selbstverletzungen nicht selten vorkommt. Die Einleitung geschlechtsmodifizierender Behandlungen führt ebenfalls in vielen Fällen dazu, dass nicht nur der Leidensdruck durch die Geschlechtsdysphorie abnimmt, sondern auch die ggf. begleitenden anderen psychischen Symptome remittieren.

In anderen Fällen bleibt die psychische Störung trotz adäquater Behandlung der GI bzw. GD bestehen. Hier muss dann entsprechend eine längerfristige parallele Behandlung der interkurrenten psychischen Symptomatik gemäß der jeweiligen Leitlinie für das jeweilige Störungsbild erfolgen. Insbesondere bei Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, aber auch in anderen Einzelfällen, z. B. einer dissoziativen Störung mit verschiedengeschlechtlichen Ego-States, kommt es daneben auch vor, dass Symptome einer Geschlechtsdysphorie im Rahmen einer anderen Erkrankung auftreten. Wenn diese Möglichkeit bei der Erstdiagnostik nicht ausgeschlossen werden kann, muss zunächst eine adäquate Behandlung der entsprechenden Erkrankung erfolgen, bevor die Diagnose GI oder GD mit hinreichender Zuverlässigkeit gestellt werden kann. In allen anderen Fällen mit interkurrenten psychischen Störungen sollte parallel mit der Einleitung der Behandlung der GI bzw. GD eine adäquate psychotherapeutische und/oder psychopharmakologische Behandlung der zusätzlichen Symptomatik erfolgen. Bei Remission der Symptome im Zuge des *Coming-outs* und somatischen Maßnahmen kann diese Behandlung dann zum geeigneten Zeitpunkt beendet werden.

Zu dem Bereich der Intelligenzminderung liegt keine Literatur vor. Aus klinischer Sicht ist zu fordern, dass im Rahmen der Erstdiagnostik bei Verdacht auf eine Intelligenzminderung genau exploriert wird, wie weit der Patient einwilligungsfähig ist und die Folgen eines ggf. angestrebten Geschlechtsrollenwechsels und eventueller geschlechtsmodifizierender somatischer Behandlungen realistisch einschätzen kann. Das Recht auf Selbstbestimmung ist hierdurch – auch im Falle einer gesetzlichen Betreuung – nicht aufgehoben. Es sollte aber im diagnostischen Prozess mit besonderer Sorgfalt herausgearbeitet werden, dass eine langfristig wirksame GD bzw. GI vorliegt.

Es finden sich erhöhte Prävalenzraten für Depression, Suizidgedanken, Suizidhandlungen, Angststörungen, Substanzmissbrauch, Persönlichkeitsstörungen, dissoziative Störungen, Asperger-Autismus und Essstörungen.

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzlevel III)

Quellen: De Cuyper et al. 1995, Gomez Gil et al. 2009, Hepp et al. 2005, Heylens et al. 2014, Levine & Solomon 2009, Lobato et al. 2007, Haas et al. 2011, Terada et al. 2011, Mathy 2002, Pitts et al. 2009, Rotondi et al. 2011, Vocks et al. 2009, Walling et al. 1998, Kersting et al. 2003, Parkinson 2014, Landén et al. 1998

Abstimmung des Statements: **Konsens**

Ein bedeutsamer Anteil der Behandlungssuchenden hat keine psychischen Störungen.

Evidenzbasierte Empfehlung (Evidenzlevel III)

Quellen: De Cuyper et al. 1995, Gomez Gil et al. 2009, Hepp et al. 2005, Heylens et al. 2014, Levine & Solomon 2009, Madeddu et al. 2009

Konsensstärke: **Starker Konsens**

Bei nicht diagnostizierten oder nicht adäquat behandelten psychotischen Störungen kann es zum Bedauern der Entscheidung für geschlechtsmodifizierende Behandlungen kommen.

Evidenzbasierte Empfehlung (Evidenzlevel III)

Quellen: Borrás et al. 2007, Campo et al. 2001, Commander & Dean 1990, Jiloha et al. 1998

Konsensstärke: **Starker Konsens**

Das Risiko für eine Infektion mit HIV ist bei Behandlungssuchenden bei sozialer Ausgrenzung, Diskriminierung und/oder eingeschränktem Zugang zur Gesundheitsversorgung deutlich erhöht.

Evidenzbasierte Empfehlung (Evidenzlevel III)

Quellen: De Santis 2009, Edwards et al. 2007, Farias et al. 2011, Garofalo et al. 2006, Van der Gras et al. 1997, Herbst et al. 2008, Kellogg et al. 2001, Logie et al. 2012, Melendez & Pinto 2007, Simon et al. 2000, Spizzichino et al. 2001

Konsensstärke: **Starker Konsens**

Psychotische Störungen sollen zunächst einer adäquaten Therapie zugeführt werden, bevor Geschlechtsinkongruenz und/oder Geschlechtsdysphorie diagnostiziert wird.

Evidenzbasierte Empfehlung (Evidenzlevel III)

Quellen: Borrás et al. 2007, Campo et al. 2001, Caspari et al. 1999, Commander & Dean 1990, Jiloha et al. 1998

Konsensstärke: **Starker Konsens**

Im Rahmen der weiterführenden Verlaufsdagnostik sollte geklärt werden, ob die vorhandene psychische Störung reaktiv oder unabhängig ist.

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: **Konsens**

Sowohl reaktive als auch unabhängige psychische Störungen sollten bis zur Remission parallel zur Behandlung der Geschlechtsdysphorie adäquat psychotherapeutisch und/oder psychopharmakologisch behandelt werden.

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: **Starker Konsens**

Parallel zur Behandlung der Geschlechtsinkongruenz und/oder Geschlechtsdysphorie sollte eine adäquate psychotherapeutische und/oder psychopharmakologische Behandlung psychischer Störungen (reaktiv oder unabhängig) angeboten und empfohlen werden.

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: **Starker Konsens**

Parallel zur Behandlung der Geschlechtsinkongruenz und/oder Geschlechtsdysphorie sollte eine adäquate HIV-Behandlung angeboten und empfohlen werden.

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: **Starker Konsens**

Dissoziative Störungen mit verschiedengeschlechtlichen Ego States stellen einen Sonderfall dar, bei dem vor Einleitung geschlechtsmodifizierender Behandlungen eine Einigung aller Identitäten hinsichtlich der geplanten Behandlungen bestehen sollte.

Evidenzbasierte Empfehlung (Evidenzlevel III)
Quellen: Saks 1998
Konsensstärke: **Starker Konsens**

5. Beratung und Psychotherapie

5.1. Beratung

Im Zusammenhang mit der Beratung von trans* Menschen wird oft zwischen Interventionsberatung und informativer Beratung unterschieden. Beratungskonzepte sollten sich an den in dieser Leitlinie formulierten Grundprinzipien zu trans* Menschen im Gesundheitssystem (Kapitel 2) und den Überlegungen zur therapeutischen Haltung und Beziehungsgestaltung (Kapitel 3) orientieren.

In der der Leitlinie zugrunde liegenden Literaturrecherche wurden insgesamt 51 Arbeiten in die engere Wahl genommen, von denen 18 letztendlich genauer analysiert wurden. Die Arbeiten befassen sich mit den Beratungsbedürfnissen und der Qualität von Beratung aus der Sicht der Betroffenen. Ein Schwerpunkt in der Literatur ist die Diskussion von Ausbildungsnotwendigkeiten (z. B. Walker & Prince, 2010). Hier wird bspw. auf der Basis der Literatur geschlussfolgert, dass für die adäquate Beratung

religiöse und politische Überzeugungen und Vorurteile gegenüber trans* Menschen ebenso wie eine „institutionalisierte Heterosexualität“ hinderlich sein können. Es wird geschlussfolgert, dass die Kenntnis von Modellen sexueller Entwicklung, die Kenntnis von Standards für die Beratung, die Inanspruchnahme von Supervision, Konzepte affirmativer Beratung und die Berücksichtigung einer geeigneten Sprache von besonderer Bedeutung sind.

Im psychiatrischen Kontext berichten Personen von unterschiedlichen Beratungserfahrungen (positiv, negativ, aber auch im positiven Sinne konfrontativ; Speer, McPhillips, 2013). Dass es zu dem Thema zu wenig Forschung gibt, konstatieren Singh und Shelton (2011) auf der Basis eines qualitativen Reviews. Singh und Burnes (2010) fassen Arbeiten aus dem *Journal of LGBT Issues and Counselling* zusammen und formulieren zehn Thesen für die Beratung. U. a. fordern sie sowohl die Kompetenzentwicklung als auch die Verbreitung dieser Kompetenz in entsprechenden Einrichtungen, ein Empowerment der Klient_innen, die Förderung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für trans* Personen, im Fokus auf Jugendliche ein Abschied von dichotomen Geschlechtskonzepten, die Kenntnis der Historie des Behandlungsparadigmas Transsexualität sowie spezifische Beratungskompetenzen und die Unterstützung von Aktivist_innen in diesem Feld.

In diesem Kontext sind auch die von der *American Psychological Association* (APA) im Jahr 2015 veröffentlichten *Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people* bedeutsam, in denen 16 Empfehlungen für eine affirmative psychologische Praxis formuliert sind (vgl. Tab. 1, wird noch ins Deutsche übersetzt).

Tab. 1: APA Empfehlungen zur Therapie mit *Transgender und Gender Nonconforming* (TGNC) Klient_innen (Quelle: American Psychologist, 2015, 70, 832-864)

Psychologists understand that gender is a non-binary construct that allows for a range of gender identities and that a person's gender identity may not align with sex assigned at birth.

- 1. Psychologists understand that gender identity and sexual orientation are distinct but interrelated constructs.*
- 2. Psychologists seek to understand how gender identity intersects with the other cultural identities of Transgender and Gender Nonconforming People.*
- 3. Psychologists are aware of how their attitudes about and knowledge of gender identity and gender expression may affect the quality of care they provide to TGNC people and their families.*
- 4. Psychologists recognize how stigma, prejudice, discrimination, and violence affect the health and well-being of TGNC people.*
- 5. Psychologists strive to recognize the influence of institutional barriers on the lives of TGNC people and to assist in developing TGNC-affirmative environments.*
- 6. Psychologists understand the need to promote social change that reduces the negative effects of stigma on the health and well-being of TGNC people.*
- 7. Psychologists working with gender questioning⁴ and TGNC youth understand the different developmental needs of children and adolescents and that not all youth will persist in a TGNC identity into adulthood.*
- 8. Psychologists strive to understand both the particular challenges that TGNC elders experience and the resilience they can develop.*
- 9. Psychologists strive to understand how mental health concerns may or may not be related to a TGNC person's gender identity and the psychological effects of minority stress.*
- 10. Psychologists recognize that TGNC people are more likely to experience positive life outcomes when they receive social support or trans-affirmative care.*

11. *Psychologists strive to understand the effects that changes in gender identity and gender expression have on the romantic and sexual relationships of TGNC people.*
 12. *Psychologists seek to understand how parenting and family formation among TGNC people take a variety of forms.*
 13. *Psychologists recognize the potential benefits of an interdisciplinary approach when providing care to TGNC people and strive to work collaboratively with other providers.*
 14. *Psychologists respect the welfare and rights of TGNC participants in research and strive to represent results accurately and avoid misuse or misrepresentation of findings.*
 15. *Psychologists seek to prepare trainees in psychology to work competently with TGNC people.*
-

Wenige Studien beziehen sich tatsächlich auf psychologische Aspekte im Kontext der Beratung (z. B. Mazamoto et al., 2009, die Bewältigungsstrategien bei trans* Personen untersuchten mit dem Ergebnis, dass trans* Männer offensichtlich eher zu positiven Wertungen und Erfahrungen neigen). Trans* Männer zeigen nach der Studie von Kenagy & Hasieh (2005) einen höheren Bedarf an Beratung zu Erziehungsverhalten, Familienplanung und Kinderbetreuung. Green & Britton (2013) zeigen an einer Stichprobe von immerhin 657 LSBT-Personen, dass der Selbstwert deutlich abhängig ist von Aspekten der Selbstvergebung und reduzierten Schamgefühlen, was möglicherweise in der Beratungspraxis fokussiert werden könnte.

Die Arbeit von O`Hara et al. (2013) ergänzt, dass viele Beratende deutliche Probleme haben im Hinblick auf Terminologie, Informationsquellen, Beratungskonzepten, einer Selbstreflexion im Zusammenhang mit Trans*, was auf Defizite in der Ausbildung zurückgeführt wird. In diesem Zusammenhang können die Vernetzung mit Trans*_Organisationen und community-basierten Beratungsangeboten als wichtige Bausteine der therapeutischen Arbeit betrachtet werden. Subkulturelles Wissen kann auf diese Weise vermittelt werden. Der persönliche Kontakt zu Organisationen und die Begegnung mit trans* Personen jenseits des Versorgungskontextes vermindert Berührungängste und stärkt den Bezug zu vielfältigen Lebensrealitäten.

Von Interesse ist ein Selbstbericht (Anonymus, 2004), in dem ein selbst betroffener Psychiater deutlich macht, dass psychodynamische Denkansätze inklusive der Konflikttheorie wenig zum Verständnis von Trans* und Transsexualität beitragen, dass diese Theorien aber im Zusammenhang mit Alltagsproblemen von trans* Personen bedeutsam sein können.

Die verschiedenen Funktionen von Beratenden werden in der oben erwähnten Arbeit von Singh & Burnes hervorgehoben (vom Gatekeeper zum Anwalt). So argumentieren auch Bath & Stabb (2009), die trans* Personen interviewten und schlussfolgern, dass deren Erfahrungen sehr unterschiedlich waren und dass Beratende und Behandelnde vielfältige Aufgaben haben (Hilfe bei der Identitätsentwicklung, Umgang mit Coming-Out bezogenen Fragen, Exploration unterschiedlicher Optionen, Suche nach Unterstützung bei medizinischen Behandlungen, rechtliche Aspekte, Networking, Herstellen von Kontakt zu Selbsthilfeorganisationen etc.).

Im Beratungskontext sind Studien bedeutsam, die auf das Wissen von trans* Personen über medizinische Behandlungen als präventiv relevantes Beratungsthema hinweisen. Beispielhaft kann dies an der Studie von DeCuypere und Vercrusse (2009) gezeigt werden: Nach der Analyse von 23 Fällen, in denen es zu einer Re-Transition gekommen ist, identifizierten De Cuypere und Vercruyse (2009) drei maßgebliche Faktoren:

- (1) eine inadäquate Diagnose, da begleitend eine schwere psychische Störung, wie eine Psychose oder eine Alkoholabhängigkeit vorliegt,
- (2) fehlende bzw. unzureichende und/oder enttäuschende Alltagserfahrungen in der angestrebten Geschlechtsrolle und

(3) nicht den Erwartungen entsprechende Ergebnisse der chirurgischen Eingriffe (ästhetisch wie funktional). Als weitere Risikofaktoren, die bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden sollten, fanden sie eine späte Erstmanifestation der Symptomatik (*late-onset*), die einhergeht mit krisenhaftem Erleben und/oder ausgeprägter Belastung, mit einem fetischistischen Cross-Dressing in der Vorgeschichte sowie mit psychologischer bzw. psychosozialer Instabilität und sozialer Isolation.

Aufgrund ihrer Analyse empfehlen De Cuyper und Vercruyse (2009),

- im Rahmen der Diagnostik keine Diagnose zu nennen, sondern auf die Diagnose der jeweils aktuellen Version des DSM bzw. der ICD zu verweisen,
- beim Vorliegen schwerer psychischer Erkrankungen, z. B. Psychosen, Abhängigkeitserkrankungen oder anderen ausgeprägten psychischen Störungen (z. B. aus dem Bereich der affektiven Erkrankungen oder der Traumafolgestörungen), mit Hilfe von Pharmakotherapie oder anderen geeigneten, störungsspezifischen Behandlungen, eine Remission (Psychosen) oder Verbesserung bzw. Stabilisierung der Symptome herbei zu führen, und
- zu gewährleisten, dass die Behandlungssuchenden ausreichend Wissen über die verschiedenen chirurgischen Behandlungsmöglichkeiten (z. B. Metoidioplastik vs. Penoidkonstruktion) und ihrer Implikationen haben. Hierzu gehören auch die Dauer der stationären Aufenthalte, die möglichen Komplikationen und die Anforderungen an die post-operative Rehabilitation.

Wenn es auch keine Evaluationsstudien in der Literatur zu geben scheint, gibt es zumindest ein nützliches Manual zur Beratung von trans* Menschen und ihren Angehörigen (Bockting et al., 2006). In Richtung eines Manuals geht auch die Arbeit von Budge et al. (2013), die in einem Modell hervorhebt, wie im Beratungskontext affirmative und belastende, erleichternde und erschwerende Faktoren zusammenwirken. Das Modell ist möglicherweise für Beratende hilfreich, zumal eine ganze Reihe anderer Arbeiten sehr unterschiedliche Erfahrungen bzgl. der Qualität von Beratungserfahrungen berichten, z. B. Buser et al. (2012). In der Übersicht von Carroll (1999) wird vermutet, dass die *Standards of Care* wahrscheinlich das richtige Gerüst für eine adäquate Beratung darstellen. Es findet sich zudem auch eine Arbeit zur Anwendung der interpersonalen Psychotherapie mit trans* Personen, wo insbesondere das Konzept der Evaluation neuer und alter Rollen und damit verbundener Affekte in den Mittelpunkt gerückt wird. In einer weiteren Arbeit, die der Rubrik „Beratung“ zugeordnet wurde (Wester et al., 2010) wird auf die Nützlichkeit eines Modells der Geschlechterrollenkonflikte als Grundlage für die Beratung hingewiesen. Im Endeffekt geht es hier auch um die Berücksichtigung von gesellschaftlichen Aspekten des Geschlechts und um das Konfliktpotential, das aus einer diskreten Geschlechtskategorie resultieren kann.

Neben den in der Literatur genannten Empfehlungen wurden in der Leitlinienkommission weitere Aspekte diskutiert, die in die Empfehlung mit einfließen:

Es ist ratsam, zu einem frühen Zeitpunkt der Beziehungsgestaltung frühere ungünstige und diskriminierende Versorgungserfahrungen zu erfragen. Da solche diskriminierenden Versorgungserfahrungen bis hin zum (drohenden) Verlust der rechtlichen Selbstbestimmung geführt haben können und daher u. U. große Ängste auf Seiten der Behandlungssuchenden ausgelöst haben, soll deren Erfragen behutsam und mit dem nötigen Respekt und Sorgfalt erfolgen. Der Umgang mit diesen Erfahrungen und Ängsten soll in die gemeinsame Behandlungsplanung einbezogen werden.

Für die vertrauensvolle therapeutische Zusammenarbeit kann es förderlich sein, vorhandene Symptome psychischer Störungen rückblickend mehr als Lösungsversuche zu verstehen, die es ermöglicht haben, in einer häufig als feindlich erlebten Umwelt mit einem drängendem und als unlösbar erscheinendem Problem zurecht zu kommen. Es kann so eine respektvolle Haltung entstehen, welche würdigt, was die Behandlungssuchenden bisher geschafft und bewältigt haben. Gleichermaßen würdigt diese Haltung die bisherigen Versuche der Diagnostiker_innen, ein Phänomen zu erfassen, das ihnen aus verschiedenen Gründen nicht zugänglich und verstehbar gemacht wurde. Eine Revidierung vorhandener psychischer Diagnosen kann nach Absprache mit den Behandlungssuchenden sinnvoll sein. Eine gemeinsame rückblickende Betrachtung von Symptomen psychischer Störungen und deren

möglicher Funktion in der Problembewältigung kann die Beziehungsgestaltung unterstützen und zur Entpathologisierung beitragen.

Informative und Interventionsberatung hat vielfältige Aufgaben (z. B. Hilfe bei der Identitätsentwicklung, Umgang mit Coming-Out bezogenen Fragen, Aufzeigen unterschiedlicher Optionen, Unterstützung bei der Suche nach medizinischer Behandlung und/oder rechtlicher Beratung, Networking, Herstellen von Kontakt zu Community-basierter Beratung).

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzlevel III)

Quellen: Carroll (1999), Bockting et al. (2006), Carroll (1999), Singh und Shelton (2011)

Abstimmung des Statements: **Starker Konsens**

Beratende sollten im Hinblick auf die Terminologie, Informationsquellen und Beratungskonzepte spezifisch geschult sein und selbst ausführlich über das Themenfeld der Leitlinie reflektiert haben.

Konsensbasierte Empfehlung

Konsensstärke: **Konsens**

In Vorbereitung auf die somatische Behandlung körperlicher Geschlechtsmerkmale sollen die Behandlungssuchenden über ausreichend Wissen hinsichtlich der verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten und ihrer Implikationen verfügen. Hierzu gehören eine realistische Einschätzung der Möglichkeiten und Grenzen somatischer Behandlungen, Dauer der je nach Behandlung erforderlichen stationären Aufenthalte, die potentiellen Risiken und möglichen Komplikationen und sowie die Anforderungen an die post-operative Rehabilitation.

Evidenzbasierte Empfehlung (Evidenzlevel III)

Quellen: De Cuyper & Vercruyse (2009)

Konsensstärke: **Starker Konsens**

5.2. Edukation zur Reproduktion

Reproduktionsmedizinische Maßnahmen stellen eine wichtige Möglichkeit zur Erfüllung eines Kinderwunsches für trans* Personen dar, weswegen die informative Beratung zu Aspekten der Reproduktion und der Reproduktionsmedizin auch in der wissenschaftlichen Literatur Bedeutung beigemessen wird.

Die Literaturrecherche ergab 11 Treffer zu dem Stichwort. Von den 11 Arbeiten wurden 6 zur näheren Prüfung ausgewählt, 2 konnten nicht beschafft werden. In den Arbeiten von de Sutter (2001) und Murphy (2010) wird aufgrund theoretischer und ethischer Überlegungen dafür votiert, dass trans* Personen von der assistierten Reproduktion nicht ausgeschlossen sein sollten. Zwei weitere Arbeiten basieren auf Befragungen von trans* Personen (Wierckx et al., 2012) bzw. LSBT-Personen (Ross, 2014). In der erstgenannten Studie zeigte sich, dass von 50 trans* Männern 54 % einen aktuellen Kinderwunsch angaben, 37,5 % gaben an, dass sie die Kryokonservierung wählen würden bzw. gewählt hätten, wenn diese verfügbar gewesen wäre. Die Arbeit endet ebenso wie die von Ross et al. (2014) mit der Empfehlung, in der assistierten Reproduktion an den Bedürfnissen der Behandlungssuchenden bzw. allgemein von LSBT-Personen orientiert zu sein. Wierckx et al. (2012) empfehlen, dass in der diagnostischen Phase vor der Transition die Themen Kinderwunsch, Reproduktion und Kryokonservierung auf jeden Fall berücksichtigt und besprochen werden sollten. Die Ergebnisse der

Arbeit von De Sutter et al. sind in ähnlicher Richtung zu interpretieren. In dieser Arbeit wurden 121 trans* Frauen befragt, von denen ebenfalls die Mehrzahl für die Kryokonservierung von Sperma war.

Maßnahmen der Reproduktionsmedizin sind eine wichtige Option zur Erfüllung eines Kinderwunsches bei trans Personen, weswegen Informationen über diese Maßnahmen Bestandteil von Beratungen sein sollen.*

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzlevel III)

Quellen: Wierckx et al. (2012); De Sutter et al. (2002)

Abstimmung des Statements: **Starker Konsens**

Vor Beginn körperverändernder Maßnahmen sollen trans Personen über die Möglichkeiten, Grenzen und Risiken fertilitätskonservierender Maßnahmen der Reproduktionsmedizin informiert werden.*

Evidenzbasierte Empfehlung (Evidenzlevel III)

Quellen: Leitlinie psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen (AWMF-Register Nr. 016/003)

Konsensstärke: **Konsens**

5.3. Psychotherapie

In den internationalen Behandlungsempfehlungen zur Geschlechtsdysphorie (WPATH, Nieder & Richter-Appelt, 2015) und in Übersichtsarbeiten (z. B. Byne et al., 2012) spielt Psychotherapie als mögliche Behandlungsoption eine große Rolle. Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass Psychotherapie keine absolute Voraussetzung für hormonelle und/oder chirurgische (und andere medizinische) Behandlungen darstellen soll. Byne et al. (2012) folgern, dass Psychotherapie genutzt werden kann, um die Entscheidung für ein Leben in einer anderen Rolle zu klären und u. U. andere Optionen (etwa das Leben als homosexuelle Person ohne geschlechtsmodifizierende Behandlungen) auszuloten. Psychotherapie ist auch als Behandlungsmaßnahme evtl. bestehender psychischer Störungen (im häufigsten in diesem Zusammenhang Persönlichkeitsstörungen, affektive Störungen, dissoziative Störungen und Psychosen; Campo et al., 2003) in Erwägung zu ziehen; auch sind innerhalb des Versorgungssystems psychotherapeutische Angebote für Angehörige von trans* Personen (insbesondere Partner_innen, Familie) beschrieben.

Die für die Leitlinienentwicklung durchgeführte Literaturrecherche erbrachte insgesamt 46 Treffer zum Suchstichwort „Psychotherapie“. 23 Arbeiten wurden in die engere Wahl genommen, insgesamt 17 Arbeiten wurden bewertet. Es sei vorweggenommen, dass der Großteil der Arbeiten allenfalls von konzeptuell-klinischer Bedeutung ist. Es gibt kaum systematische Studien, dementsprechend lassen sich aus der Literatur keine Hinweise auf die spezifische Wirksamkeit eines Psychotherapieverfahrens oder einer -methode ableiten. Prototypisch ist die Arbeit von David & Cernin (2008), die im Zusammenhang mit der Behandlung älterer trans* Personen, Lesben, Schwuler und Bisexueller hauptsächlich Bezug nehmen zur generellen psychotherapeutischen Literatur und darauf hinweisen, dass es zur Psychotherapie Älterer einige Ansätze gibt, die auch im LSBT-Bereich sinnvoll sind. Sie betonen die Bedeutung allgemeiner Wirkfaktoren. Andere Arbeiten weisen auf spezifische Interventionsstrategien (z. B. lösungsorientiert; Dzelme & Johns, 2001) hin, fassen generelle Empfehlungen wie die der WPATH zusammen (Fraser, 2009), reflektieren die Bedeutung unterschiedlicher Subgruppen (bspw. Furuhashi, 2011), der eine Kern-Gruppe und eine periphere Gruppe von trans* Personen unterscheidet, wobei erstere der festen Überzeugung ist, dem anderen Geschlecht anzugehören. Mehrere Arbeiten deuten auf die Bedeutung flexibler Geschlechtskategorien hin (z. B. Gagné et al., 1997) und es gibt zahlreiche Fallbeispiele (z. B. Herold, 2004; Joy, 2008; Juran,

1999; Zamboni, 2006). Wenige Studien beziehen sich auf Stichproben > 1. Israel et al. (2008) bspw. fassen die Vielfalt der Erfahrungen in Psychotherapien auf der Basis qualitativer Interviews von 14 Therapeuten zusammen. In der Studie von Grajfoner (2009) werden Möglichkeiten des Coachings bei trans* Personen beschrieben (n=6), die angeblich zu einer Verbesserung des Wohlbefindens und einer Reduzierung psychischer Symptome führen sollen. Yüksel et al., (2009) beschrieben für die Situation in der Türkei Erfahrungen mit Gruppen von trans* Männern und zeigen, dass 15 von 40 manifeste psychische Probleme hatten, die anderen in Gruppen aber auch eine ganze Reihe relevanter Themen besprechen konnten. Schäfer & Wheeler (2004) fokussieren auf das Thema der Schuldgefühle und unterscheiden 13 verschiedene Schuldthematiken, die in der Beratung und Psychotherapie von trans* Personen eine große Rolle spielen (z. B. die Schuldgefühle bzgl. der Nichtnormalität, der Bedürfnisse, die eigene Geschlechtsidentität bestätigen zu lassen und Schuldgefühle bzgl. anderer).

Insgesamt gesehen ist die hier selektierte Literatur relativ wenig überzeugend. Es fanden sich keine kontrollierten Studien, geschweige denn randomisiert kontrollierte Studien zur Wirkung von Psychotherapie und Beratung bei trans* Personen bzw. im Zusammenhang mit Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie. Dennoch liegen Studien vor, die andeuten, dass Psychotherapie die Geschlechtsdysphorie zu mindern vermag (z.B. Bockting et al., 2006), was vor dem Hintergrund der allgemeinen Ergebnisse zur Wirkung von Psychotherapie (z. B. Lambert, 2013) zu erwarten ist. Viele Autor_innen plädieren für die Auflösung einer dichotomen Betrachtung von Geschlechtskategorien und für die Anwendung von Psychotherapie nach den üblichen Indikationskriterien. Man könnte sagen: Eine Transition per se ist keine Indikation für Psychotherapie, wenn es aber eine Indikation gibt, dann kann das breite Spektrum an Settings, Methoden, Verfahren und Interventionen genutzt werden, wobei manchmal spezifische Interventionen (wie z. B. im lösungsorientierten Kontext) nötig oder sinnvoll sind.

Ähnlich wie bei der Beratung von trans* Personen gilt auch für die Psychotherapie, dass bestehende Leitlinien für die psychologische Praxis mit trans* Personen, die notwendigen Voraussetzungen für die Arbeit in diesem Feld zusammenfassen, beachtet werden sollten. Am detailliertesten sind hierzu derzeit die von der APA veröffentlichten Guidelines (siehe oben, Tab. 2).

Psychotherapie kann zur Minderung der Geschlechtsdysphorie beitragen und stellt eine Behandlungsmethode der Wahl bei begleitenden psychischen Störungen dar.

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzlevel III)

Quellen: Bockting et al. (2006), Bockting & Coleman (2007), Campo et al. (2003)

Abstimmung des Statements: **Konsens**

Psychotherapeut_innen, die trans Personen behandeln, sollten über spezifische und aktuelle Kenntnisse zum Themenfeld Trans*-Gesundheitsversorgung verfügen und selbst ausführlich über das Themenfeld der Leitlinie reflektiert haben.*

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzlevel III)

Quellen: APA, 2015 (Guidelines for psychological practice)

Abstimmung des Statements: **Starker Konsens**

Psychotherapie soll nicht ohne spezifische Indikation angewandt und keinesfalls als Voraussetzung für somatische Behandlungen gesehen werden. Die Indikation ist nach den Vorgaben der Psychotherapierichtlinie zu stellen.

Psychotherapie soll trans Personen im Bedarfsfall angeboten werden. Ziele einer Psychotherapie können sein:*

- *Förderung von Selbstakzeptanz, Selbstwertgefühl und Selbstsicherheit*
- *Bewältigung von Scham- und Schuldgefühlen sowie von internalisierter Trans*-Negativität*
- *Unterstützung der Identitätsentwicklung*
- *Reflexion und Bearbeitung möglicher Erfahrungen und Konflikte in einer anderen Geschlechtsrolle*
- *Unterstützung des Coming-Out-Prozesses, insbesondere bei familiären oder partnerschaftlichen Problemen*
- *Unterstützung bei anderen familiären oder partnerschaftlichen Problemen*
- *Unterstützung bei Problemen im Zusammenhang mit der eigenen Elternrolle*
- *Bearbeitung der Auswirkungen der Reaktionen anderer (Trans*-Negativität)*
- *Unterstützung bei einer Entscheidung über somatische Behandlungen*
- *Unterstützung bei persistierender Geschlechtsdysphorie nach somatischen Behandlungen*

Konsensbasiertes Statement

Konsensstärke: **Starker Konsens**

6. Zur Vorbereitung somatischer Behandlungen

Alltagserfahrungen

Im Zuge des Paradigmenwechsels in der Gesundheitsversorgung für trans* Menschen, der sich schrittweise seit Beginn der 2000er Jahre vollzogen hat (u. a. Hamm, et al., 2014; Nieder et al., 2014), ist der Nutzen sogenannter Alltagserfahrungen (AE), in den deutschen „Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen“ (Becker, et al., 1997) noch Alltagstest genannt, kritisch zu bedenken. Die Entscheidung, AE durchführen zu lassen, basierte in diesen Standards auf der Überlegung, geschlechtsmodifizierende somatische Behandlungen sicherer indizieren zu können, wenn AE stattgefunden haben und psychotherapeutisch begleitet worden sind. Dies umso mehr, da das soziale Umfeld trans* Menschen zu dieser Zeit vorwiegend kritisch bis diskriminierend gegenüberstand, was oft mit erheblichen psychischen Belastungen verbunden war.

Die ursprüngliche Literaturrecherche ergab drei Arbeiten, die sich exklusiv mit der Bedeutung von AE in der angestrebten Geschlechtsrolle für eine erfolgreiche Behandlung beschäftigt haben. Es handelt sich um eine Kohortenstudie mit N = 19 trans* Frauen (Barker & Wylie, 2008) sowie um eine Inhaltsanalyse von Internet-Posts (Gauthier & Chaudoir, 2004), die allerdings keine spezifischen Ergebnisse in Bezug auf AE enthält. Die Datenlage ist somit beschränkt, die methodische Qualität mittelmäßig, die Studien sind acht bzw. 12 Jahre alt. Die Ergebnisse von Barker & Wylie (2008) sind allerdings erwähnenswert: 18 der 19 inkludierten trans* Frauen bewerten ihre AE als hilfreich in der Entscheidung für ihre Transition. Berücksichtigt wurde auch ein nicht-klinisches Survey (Ellis, McNeil, & Bailey, 2014) mit N = 889 trans* Menschen aus UK, dessen zentrale Ergebnisse die möglichen negativen Konsequenzen einzelner AE kritisch bewerten (z. B. Kleidungsgeschäfte, Umkleidekabinen, öffentliche Toiletten). So gibt es auch Behandlungssuchende, die sich in ihrer sozialen Transition von Ängsten vor diskriminierenden Erfahrungen haben hemmen lassen und AE vermeiden haben.

In den letzten Jahren hat sich die gesellschaftliche Akzeptanz von geschlechtlich non-konform lebenden Menschen erhöht. Dies hat insofern Auswirkungen auf die Behandlungspraxis, weil heute ein weitaus größerer Teil der Behandlungssuchenden bereits vor Beginn einer transitionsunterstützenden Behandlung die angestrebte geschlechtliche Rolle im sozialen Umfeld lebt und AE mitbringt. Der therapeutische Auftrag von AE kann daher sehr unterschiedlich sein. Für Behandlungssuchende ohne AE in ihrer individuellen geschlechtlichen Rolle kann es darum gehen, hierauf bezogene Ängste zu bearbeiten und therapeutisch zu helfen, sich in AE mit der trans*-

geschlechtlichen Rolle zu behaupten, das Gefühl der Abhängigkeit zu reduzieren und Klarheit zur Entscheidung für oder gegen eine weitere Transition zu entwickeln. Diskriminierungserfahrungen und andere Nachteile und möglicherweise damit einhergehende psychische Belastungen sollten soweit wie möglich vermieden werden. Für Behandlungssuchende, die bereits AE in ihrer individuellen geschlechtlichen Rolle gesammelt haben, kann es darum gehen, diese AE zu reflektieren und mögliche Diskriminierungs- oder auch positive Erfahrungen zu bearbeiten. Wenngleich die Entscheidung für ein Leben in der individuellen Geschlechtsrolle und der Beginn sowie die Ausgestaltung eines Rollenwechsels den Behandlungssuchenden überlassen werden sollte, sind AE eine wichtige Orientierung für die Planung des weiteren Entwicklungsprozess. Allerdings erschweren ein Bartschatten bei feminisierender Transition, ein weibliches Brustprofil bei maskulinisierender Transition häufig diskriminierungsarme AE. Die Entscheidung für eine Hormonbehandlung sowie für die Entfernung der Gesichtsbehaarung oder für eine Mastektomie sollten daher nicht von AE abhängig gemacht werden. Transitions-unterstützende somatische Behandlungen können auch vor einem Wechsel in eine individuelle geschlechtliche Rolle gesundheitsfördernden Wert haben, solange keine klinischen Gründe gegen die Umsetzung der jeweiligen somatischen Behandlung sprechen (z. B. Kontraindikation gegen eine Hormonbehandlung, u. a. Gerinnungsfaktoren).

Übergeordnete Ziele von AE können sein, sich sowohl in der angestrebten, individuellen geschlechtlichen Rolle sowie in Ausprägung und Zielrichtung der Transition zunehmend sicher zu fühlen als auch einen differenzierten und voll informierten Entscheidungsprozess der Behandlungssuchenden für oder gegen somatische Behandlungen im Zuge der Transition zu fördern.

Alltagserfahrungen mit dem Wechsel von der bisherigen Geschlechtsrolle in eine andere stellen keine notwendige Voraussetzung für den Beginn somatischer Behandlungen zur Unterstützung einer Transition dar.

Konsensbasierte Empfehlung

Konsensstärke: **Starker Konsens**

Alltagserfahrungen, bei denen sich Behandlungssuchende in der gewünschten Rolle erfahren, können aufschlussreich für die weitere Transition, für Entscheidungen für oder gegen transitionsunterstützende Behandlungen sowie für die Wahl der geeigneten Zeitpunkte sein.

Konsensbasierte Empfehlung

Konsensstärke: **Konsens**

Für eine voll informierte soziale und medizinische Transition sind möglichst vielfältige Alltagserfahrungen zu empfehlen. Es sollte sich um ein individualisiertes Vorgehen handeln, das bei Vorliegen einer Indikation mit Beginn bspw. einer Hormonbehandlung, einer Entfernung der Gesichtsbehaarung oder einer Mastektomie einhergehen kann. Rücksicht genommen werden sollte auf Diskriminierungspotentiale.

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzlevel III)

Quellen: Barker, et al., 2008; Ellis, et al., 2014

Abstimmung des Statements: **Konsens**

7. Somatische Behandlungen

Das folgende Kapitel stellt die Evidenzlage zur Wirksamkeit verschiedener somatischer Behandlungen bei Geschlechtsdysphorie dar. Auch hier gilt, dass die Studien aus der Zeit des Behandlungsparadigma Transsexualismus stammen. Vorangestellt ist zudem ein Kapitel, das sich zur allgemeinen Wirksamkeit somatischer Behandlungen im Zuge einer Transition äußert, da viele Studien die Effekte im Zusammenhang mit mehreren Behandlungen (z. B. Hormonbehandlung und chirurgische Eingriffe) untersucht haben. Die Liste der genannten Behandlungen ist weder erschöpfend zu verstehen, noch impliziert sie eine spezifische Reihenfolge oder empfehlenswerte Kombination ausgewählter Behandlungen. Insbesondere bei der Auswahl und Indikation somatischer Behandlungen ist ein Vorgehen sehr empfehlenswert, das sich maßgeblich an den individuellen Bedarfen orientiert.

7.1. Allgemeine Wirksamkeit somatischer Behandlungen

Die Literaturrecherche ergab 26 Arbeiten. Sie unterteilen sich in 4 Reviews, 12 Kohortenstudien unterschiedlicher methodischer Qualität und 10 katamnestischen Erhebungen mit unterschiedlichem Fallberichtscharakter. Insgesamt wurden in allen Studien 1466 trans* Frauen und 367 trans* Männer einbezogen. Die Reviews erbrachten folgende Resultate: 80% erleben ein besseres Identitätsgefühl, in 78 % nehmen psychopathologische Symptome ab, 80 % sprechen von einer verbesserten Lebensqualität und 72 % von einer verbesserten Sexualfunktion (Murad et al. 2010, Klein und Gorzalka 2009); Irritationen kommen nur im ersten Jahr nach genitalmodifizierender Operation vor, danach erfolgt eine adäquate Anpassung (Michel et al. 2002). Die Unterarmhautlappenmethode wird bei den trans* Männern am häufigsten verwendet (Selvaggi und Bellringer 2011, vgl. auch Krege et al. 2001).

Die Ergebnisse der Kohortenstudien und einiger Fallberichtsstudien können wie folgt zusammengefasst werden:

- Operierte trans* Personen sterben früher an Herz-Kreislauf-erkrankungen, haben eine höhere Suizidrate und auch mehr psychiatrische Komorbiditäten (Dhejne et al. 2011).
- Bei trans* Frauen sowie Älteren und Raucher_innen treten häufiger begleitende psychische Störungen auf. Trans* Männer masturbieren häufiger und sind sexuell aktiver als trans* Frauen und haben kürzere Orgasmen. Alle berichteten von einer verbesserten Sexualität nach geschlechtsmodifizierenden Operationen (De Cuypere et al. 2005).
- Personen mit sozialer Unterstützung sind mit dem Ergebnis der Operationen zufriedener als Personen ohne bzw. mit geringer sozialer Unterstützung (Eldh et al. 1997).
- Vor geschlechtsmodifizierenden Operationen – und damit häufig nach dem Beginn der Hormontherapie – treten mehr Veränderungen auf als nach der Operation (Heylens et al. 2014).
- Das Operationsergebnis korreliert signifikant mit der Lebenszufriedenheit (Lawrence 2003, Zimmermann et al. 2006).
- Präoperative psychische Störungen stehen nicht im Zusammenhang mit der später empfundenen Lebenszufriedenheit. Je mehr Zufriedenheit mit dem operativen Ergebnis, desto mehr Lebenszufriedenheit (Lawrence 2003).
- Nach der Operation kommt es zu einer Abnahme von Neurotizismus und einer Zunahme von sozialen und sexuellen Aktivitäten (Mate-Kole et al. 1990, Hepp et al. 2002, Fisher et al. 2013).
- Vermehrte Suizidgedanken treten vor geschlechtsmodifizierenden Operationen bei etwa der Hälfte aller Behandlungssuchenden, nach den Operationen nur bei etwa 4 % auf (Imbimbo et al. 2009).
- Trans* Frauen sind in der Regel älter als trans* Männer zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme geschlechtsmodifizierender Operationen (bis auf bei Tsoi 1993).
- Trans* Männer können sich besser und schneller nach geschlechtsmodifizierenden Operationen hinsichtlich Partnerschaft und sozioökonomischem Status anpassen (Bodlund und Kullgren 1996).

- Die Körperwahrnehmung verbesserte sich nach geschlechtsmodifizierenden Operationen (Kraemer et al. 2008, Kuhn et al. 2009).
- Eine Zeit von 6 Monaten zur Nachbeobachtung wird als zu kurz für die Beurteilung von Veränderungen eingeschätzt (Udeze et al. 2008).
- Bei trans* Frauen treten im Vergleich zu trans* Männern nach genitalmodifizierenden Operationen eher Miktionsbeschwerden auf (Kuhn et al. 2011).
- Trans* Personen bewerten das Operationsergebnis besser als die Operateur_innen selbst (Johansson et al. 2010).
- Trans* Personen, die eine Psychotherapie durchgeführt haben, berichten nach eine bessere Lebensqualität als trans* Personen, die keine Psychotherapie durchgeführt haben (Rehmann et al, 1999).
- Qualitative Studien informieren über die verschiedenen individuellen Verläufe (Jokic-Begic 2014).

Postoperativ nach geschlechtsmodifizierenden Behandlungen verbessert sich im Allgemeinen das Kongruenzgefühl (z. B. die Körperwahrnehmung), die ggfs. begleitende psychopathologische Symptomatik, die Lebensqualität und die Zufriedenheit mit der Sexualfunktion.

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzlevel I)

Quellen: Klein und Gorzalka 2009, Michel et al. 2002, Murad et al. 2010, Selvaggi und Bellringer 2011.; Kuhn et al. 2009

Abstimmung des Statements: **Starker Konsens**

Im ersten postoperativen Jahr nach geschlechtsmodifizierenden Behandlungen kann es zu sozialen Irritationen (z. B. in der Partnerschaft) kommen, die sich in der Regel in diesem Zeitraum bessern.

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzlevel I)

Quellen: Michel et al. 2002

Abstimmung des Statements: **Starker Konsens**

Geschlechtsmodifizierende Behandlungen sind für trans Personen, die somatische Behandlungen in Anspruch nehmen wollen, die Therapie der ersten Wahl.*

Evidenzbasierte Empfehlung (Evidenzlevel I)

Quellen: ????***FEHLEN BISHER******

Abstimmung des Statements: **Starker Konsens**

7.2. Hormontherapie

In diesem Kapitel wurden insgesamt 47 Studien (Aloisi et al. 2007; Asscheman et al. 2011; Chan et al. 2013; Colizzi et al. 2013; Colizzi et al. 2014; Colton Meier et al. 2011; Davis et al. 2014; DuBois 2012; Fisher et al. 2014; Geier et al. 2012; Gomez-Gil et 2009; Gomez-Gil et 2012; Gooren et al. 2013; Gorin-Lazard et al. 2012; Gorin-Lazard et al. 2013; Haraldsen et al. 2005; Miles et al. 2006; Moore et al. 2003; Mueller et al. 2007; New et al. 2000; Ott et al. 2011; Ott et al. 2010; Paap et al. 2010; Perrone et al. 2009; Seal et al. 2012; Reutrakul et al. 1998; Roberts et al. 2014; Rotondi et al. 2013; Ruetsche et al. 2005; Schlatterer et al. 1998; Slabbekoorn et al. 2001; Slabbekoorn et al. 1999; Traish et al. 2010; Turner et al. 2004; van Caenegem et al. 2012; van Kesteren et al. 1998; van Kesteren et al. 1997;

Wierckx et al. 2012; Wierckx et al. 2014; Wierckx et al. 2013; Wilson et al. 2006; Wylie et al. 2009; Oster et al. 2010 ; Schenck et al. 2013; Shao et al. 2011; Valentini et al. 2008) berücksichtigt.

Gesichtet wurden 3 narrative Reviews (16 – 61 Artikel) (Moore et al. 2003; Traish et al. 2010; Wylie et al. 2009), 8 Fall-Kontroll-Studien (N= 38 – N = 349) (Haraldsen et al. 2005; Miles et al. 2006; New et al. 2000; Paap et al. 2010; Seal et al. 2012; Roberts et al. 2014; Wierckx et al. 2013; Wilson et al. 2006), 12 Kohortenstudien (N= 25 – 1331) (Asscheman et al. 2011; Colizzi et al. 2013; Colizzi et al. 2014; Mueller et al. 2007; Ott et al. 2011; Ott et al. 2010; Schlatterer et al. 1998; Slabbekoorn et al. 2001; Slabbekoorn et al. 1999; Turner et al. 2004; van Kesteren et al. 1998; Wierckx et al. 2014), 14 Querschnittstudien (N= 20 – 1109) (Aloisi et al. 2007; Colton Meier et al. 2011; Davis et al. 2014; DuBois 2012; Fisher et al. 2014; Gomez-Gil et al. 2012; Gooren et al. 2013; Gorin-Lazard et al. 2013; Reutrakul et al. 1998; Rotondi et al. 2013; Ruetsche et al. 2005; van Kesteren et al. 1997; Wierckx et al. 2012; Valentini et al. 2008), 1 kombinierte Kohorten-/Querschnittstudie (N=33) (Gomez-Gil et al. 2009), 2 Querschnittstudien mit Fall-Kontroll-Komponenten (N=68 – 132) (Gorin-Lazard et al. 2012; van Caenegem et al. 2012) und 4 Fallberichte (N=1 – 2) (Chan et al. 2013; Oster et al. 2010; Schenck et al. 2013; Shao et al. 2011). Drei Studien (Geier et al. 2012; Pache et al. 1991; Perrone et al. 2009) wurden als nicht klassifizierbar beurteilt und für die Auswertung dementsprechend nicht weiter verwertet.

Die Evidenzqualität der Studien bewegte sich in einem breiten Spektrum. Studien geringer methodischer Qualität standen hochwertigen Arbeiten (Asscheman et al. 2011; Chan et al. 2013; Colizzi et al. 2013; Gomez-Gil et al. 2009; Haraldsen et al. 2005; Miles et al. 2006; New et al. 2000; van Caenegem et al. 2012; Wierckx et al. 2014; Wierckx et al. 2013) gegenüber. Verzerrungsartefakte lassen sich allerdings überall feststellen. In erster Linie fiel auf, dass praktisch sämtliche Studien implizit einen essentialistischen Standpunkt annahmen, der z. T. zu reduktionistischen und kaum akzeptablen Aussagen zu psychosomatischen Phänomenen, wie z. B. Stress führte (z. B. Aloisi et al. 2007; Asscheman et al. 2011; Colizzi et al. 2013; Davis et al. 2014; Fisher et al. 2014; Gorin-Lazard et al. 2013; Mueller et al. 2007; Ott et al. 2010; Reutrakul et al. 1998; Roberts et al. 2014; Slabbekoorn et al. 1999; van Kesteren et al. 1997; Wilson et al. 2006). Ferner untersuchten über 59 % der beurteilten Studien eher kleine Populationen (N < 100 Personen), womit sich die Aussagekraft mancher Resultate aus statistischen Gründen relativiert. Die meisten Untersuchungen litten außerdem unter einem Rekrutierungsbias. So schlossen 35 von 47 Arbeiten rein klinische Populationen ein, was die Übertragbarkeit der Befunde auf die Gesamtheit aller trans* Menschen verunmöglicht. Eine Auseinandersetzung mit dem sozialen Hintergrund der untersuchten Personen bzw. mit dem gesundheitsökonomischen Hintergrund der unterschiedlichen Ländern fand – dem essentialistischen Ansatz entsprechend – nur in Ausnahmen statt (z. B. Gooren et al., 2013). Dieser kulturelle Bias führte dazu, dass in manchen Arbeiten problematische Vergleiche zwischen trans* und nicht trans* Personen (z. B. Wierckx et al. 2013), zwischen trans* Behandlungssuchenden und der Allgemeinbevölkerung (z. B. Gomez-Gil et al. 2012) und unter trans* Personen selbst (z. B. Haraldsen et al. 2005) durchgeführt wurden.

Weitere methodologische Schwächen ergaben sich in manchen Studien bei der Einhaltung der von den Forschenden zuvor definierten Ein- und Ausschlusskriterien (z. B. Fisher et al., 2014). Die Datenqualität wies in manchen Untersuchungen schwerwiegende Defizite auf, die unter anderem mit der gewählten (retrospektiven) Datenerhebungsmethode (z. B. Asscheman et al. 2011, Fisher et al. 2014), einer mangelnden Sorgfalt in der Datenverarbeitung (z. B. Gooren et al. 2013) und der Nichtberücksichtigung wichtiger Kontrollparameter (wie z. B. Hormondosierungen; vgl. Colton Meier et al. 2011, Gorin-Lazard et al. 2013, Haraldsen et al. 2013, Miles et al. 2006, New et al. 2000) in Zusammenhang standen. Schließlich wiesen die drei eingeschlossenen Übersichtsarbeiten (Moore et al. 2003; Traish et al. 2010; Wylie et al. 2009) teilweise schwerwiegende methodologische Mängel (z. B. unklare Such- und Einschlussstrategie der Artikel, intransparente Bewertung der Artikel) auf, weshalb ihre Befunde mit Vorsicht interpretiert werden müssen.

Die Resultate der Studien wurden in drei Inhaltskategorien (Bedeutung des Behandlungssettings, psychische und soziale Folgen der Behandlung, somatische Folgen der Behandlung) zusammengefasst und werden in der Folge einzeln dargestellt:

(1) Bedeutung des Behandlungssettings

Der erschwerte Zugang zur ärztlich verordneten Hormonbehandlung führt dazu, dass manche Behandlungssuchende – insbesondere diejenigen mit einem komplizierten sozio-ökonomischen Hintergrund und/oder traumatischen Erlebnissen innerhalb des Gesundheitssystems – keine Hormonpräparate oder nur solche, die außerhalb des Gesundheitssystems zu erwerben sind, einnehmen (Moore et al. 2013, Rotondi et al. 2013). Das Risiko eine Behandlung „in Eigenregie“ zu befolgen steigt, wenn die Behandlungssuchenden kein Vertrauen in die involvierten Fachkräfte entwickeln können (Gooren et al. 2013). Ohne ärztliche Konsultation besteht ein erhöhtes Risiko, dass Behandlungssuchende risikobehaftete Medikamentenapplikationen (z. B. durch Verwendung von unsauberem Injektionsbesteck) durchführen (Rotondi et al. 2013) und gesundheitsschädigende Dosierungen zu sich nehmen (Gooren et al. 2013; Moore et al. 2013). Die unsachgemäße Verwendung der hormonellen Medikation kann zudem die gesamte Transition verkomplizieren. So kann beispielsweise eine nicht korrekte Östrogeneinnahme bei trans* Frauen zu Gewebeschäden im Brustbereich und zur Wachstumsstörung in dieser Region führen (Seal et al. 2012).

Aufgrund ihrer Komplexität soll die geschlechtsmodifizierende hormonelle Behandlung durch Ärzt_innen erfolgen, die auf diesem Feld über ausreichend Expertise verfügen (Moore et al. 2003). Die Behandlungssuchenden sollten über Wirkungen und Nebenwirkungen der Hormonbehandlung sowie über notwendige Kontrolluntersuchungen fachgerecht informiert werden. Die somatische Betreuung muss von Beginn an stattfinden und erstreckt sich über die Zeit einer potentiellen geschlechtsmodifizierenden Operation (Moore et al. 2003). In der Praxis zeigt sich allerdings, dass ein hoher Prozentsatz von Behandlungssuchenden die empfohlenen Blutkontrollen nicht befolgt (Rotondi et al. 2013).

(2) Psychische und soziale Folgen der Behandlung

Unter ärztlicher Supervision stellt die kurz- und mittelfristige hormonelle Behandlung eine sichere Therapieoption dar (van Kesteren et al. 1997; Wierckx et al. 2014; Wylie et al. 2009). Behandlungssuchende zeigen infolge der Hormonmedikation eine Verbesserung zuvor bestehender psychischer und körperlicher Symptome (Colizzi et al. 2013; Colizzi et al. 2014; Gomez-Gil et al. 2012; Gorin-Lazard et al. 2012; Gorin-Lazard et al. 2013; Mueller et al. 2007; Seal et al. 2012; van Caenegem et al. 2012; van Kesteren et al. 1997; Wierckx et al. 2014), was sich wiederum einerseits in einer Zunahme der Lebensqualität (Gorin-Lazard et al. 2012; Gorin-Lazard et al. 2013) widerspiegelt und andererseits einen klaren Effekt auf die Emotionalität der Behandlungssuchenden hat (Aggressivität, Gefühlsintensität, Schmerzempfindung; Aloisi et al. 2007; Slabbekoorn et al. 2001). Insbesondere konnte im Verlauf der Behandlung eine Reduktion der Angst (Colizzi et al. 2014; Gomez-Gil et al. 2012), der Depression (Colizzi et al. 2014; Gomez-Gil et al. 2012; Gorin-Lazard et al. 2012; Gorin-Lazard et al. 2013; Seal et al. 2012) und der Symptombelastung (Colizzi et al. 2014; Gomez-Gil et al. 2012) bei gleichzeitiger Zunahme des Selbstwertgefühls (Gorin-Lazard et al. 2013) erfasst werden. Umgekehrt kommt es bei ausbleibender Hormonbehandlung von Behandlungssuchenden, die eine solche wünschen, zu einer Zunahme der Angst- und Depressionssymptomatik (Colizzi et al. 2014).

Die Linderung des Leidensdruckes und weiterer Symptome begleitender psychischer Störungen wurde meistens auf eine Kombination von biologischen Wirkfaktoren (Hormonspiegeländerungen, etc.) und hormoninduzierten bzw. hormonbegleitenden psychischen Veränderungen zurückgeführt (z. B. Colton Meier et al. 2011, Gomez-Gil et al. 2012; Gorin-Lazard et al. 2012). Einzig in zwei Studien konnten keine Korrelationen zwischen der Hormoneinnahme und einer Verbesserung der psychischen Gesundheit bzw. der Lebensqualität beobachtet werden (Gooren et al. 2013; Fisher et al. 2014). Allerdings handelte es sich bei der Studie von Gooren et al. (2013) um eine Arbeit mit qualitativen Mängeln an einer nicht-westlichen Population, weshalb sich dieser Befund kaum auf die Gesamtheit aller Behandlungssuchenden übertragen lässt. Bei der zweiten Untersuchung (Fisher et al. 2014) muss kritisch angemerkt werden, dass trotz der Popularität des eingesetzten Instruments (Symptom Checklist 90) seine Fähigkeit, geringfügige Unterschiede in der psychischen Belastung festzuhalten – zumal in einem so spezifischen Bereich wie dem Minderheitsstress und seinen Folgen –, in der Literatur mehrfach angezweifelt worden ist.

Auch wenn sich die allgemeinen Effekte sowohl in Untersuchungsgruppen mit trans* Frauen (Fisher et al. 2014) als auch mit trans* Männern (Colton Meier et al. 2011; Davis et al. 2014; DuBois 2013; Traish et al. 2010) beobachten ließen, konnten manche Arbeiten durchaus relevante Geschlechtsunterschiede aufzeigen. So wiesen Wierckx et al. (2013) darauf hin, dass trotz hormoneller Behandlung die Mortalitätsrate von trans* Frauen im Vergleich zu derjenigen von trans* Männern signifikant erhöht war. Die Autor_innen führten diesen Unterschied auf die fragile psychosoziale Position mancher trans* Frauen zurück. Damit wiesen sie indirekt auf die klinische Erfahrung hin, dass die hormonell induzierte Verbesserung des Passings im Allgemeinen bei trans* Männern eindeutiger ausfällt. Konträr dazu berichtete eine Studie, dass trans* Männer im Gegensatz zu trans* Frauen nicht von einer hormonellen Behandlung profitieren (Fisher et al. 2014). Dieses überraschende Resultat führten die Autor_innen auf ein Messartefakt zurück, da das in dieser Studie eingesetzte Instrument (Body Uneasiness Test) mehr Fragen zur Intimität und Intimbeziehungen und weniger zur sozialen (Fremd-)Wahrnehmung der Befragten stellt, womit es die positiven Maskulinisierungseffekte im Sozialkontext der trans* Männer unter Umständen nicht abbilden können. Manche Studien konnten zudem nachweisen, dass sich gewisse geschlechtstypische (insbesondere neurokognitive) Eigenschaften von trans* Personen konkordant zur Hormonbehandlung und damit zur erlebten Geschlechtsidentität ändern (Slabbekoorn et al. 1999; Gomez-Gil et al. 2009; Paap et al. 2010). Gleichzeitig gab es auch Untersuchungen, bei denen entgegen dieser Tendenz keine geschlechtstypischen Veränderungen festgestellt werden konnten (Haraldsen et al. 2005; Miles et al. 2006; Slabbekoorn et al. 1999).

(3) Somatische Folgen der Behandlung

Trotz ihrer Wirksamkeit können geschlechtsmodifizierende Hormonbehandlungen mit potentiellen somatischen Nebenwirkungen (NW) einhergehen. In Anbetracht dessen, dass nicht wenige Behandlungssuchende weitere somatische Gesundheitsrisiken (Nikotinabhängigkeit, Übergewicht, nicht genügende körperliche Betätigung, Alter, etc.) aufweisen, ist die theoretische Gefahr im Verlauf der Hormonbehandlung unter einer Nebenwirkung zu leiden, nicht zu unterschätzen (Moore et al. 2003; Wierckx et al. 2012). Tatsächlich zeigen Studien, dass hormonell behandelte trans* Personen im Vergleich zur nicht trans* Bevölkerung eine signifikant höhere Mortalitätsrate aufweisen (Asscheman et al. 2011, van Kesteren et al. 1997). Die Gründe für diese Erhöhung sind multifaktorieller Genese und daher nicht einzig auf die NW der hormonellen Behandlung zurückzuführen. Ganz im Gegenteil: Die häufigsten Todesursachen von trans* Personen (Suizid, Drogenkonsum, AIDS, Opfer von Gewalt) haben keinen direkt endokrinologischen Hintergrund (Asscheman et al. 2011, van Kesteren et al. 1997). Auch scheint die regelmäßige Hormoneinnahme nicht zu einer Steigerung der Krebshäufigkeit beizutragen, lassen sich hierzu zwischen hormonell behandelten trans* Personen und nicht trans* Personen ohne Hormonbehandlung keine signifikanten Unterschiede beobachten (Asscheman et al. 2011; van Kesteren et al. 1997; Traish et al. 2010; Wierckx et al. 2012; Wierckx et al. 2013). Die hormonelle Behandlung von trans* Personen gilt daher aus somatischer Perspektive – bei Vermeidung einzelner Präparate bei trans* Frauen (siehe unten) – als sicher und ist insofern effektiv, als sich in der Regel die erwünschten körperlichen Veränderungen einstellen (Mueller et al. 2007; van Caenegem et al. 2012; van Kesteren et al. 1997; Wierckx et al. 2014).

Während für trans* Männer die hormonelle Behandlung einheitlich mittels Testosterons erfolgt, gibt es für trans* Frauen unterschiedliche feminisierende bzw. demaskulinisierende Therapieoptionen (Moore et al. 2003; Wylie et al. 2009). Hierbei zeigten sich in Bezug auf das erwünschte Brustwachstum keine signifikante Unterschiede zwischen den untersuchten Östrogenpräparaten (Seal et al. 2012). Allerdings konnten Asscheman et al. (2011) aufzeigen, dass zwischen der Behandlung von trans* Frauen, die mit Ethynilestradiol therapiert wurden, und dem Auftreten schwerwiegender bzw. tödlicher kardiovaskulärer Erkrankungen ein Zusammenhang existiert. Diese Korrelation konnte bei den anderen untersuchten Östrogenpräparaten nicht beobachtet werden. Auf der demaskulinisierenden Achse gibt es Anhaltspunkte, die Wirkunterschiede zwischen den einzelnen Präparaten nahe legen. So war die Einnahme von Spironolactone – im Vergleich zu der Einnahme von

Cyproteronacetat, Finasteride und *Gonadotropin-Releasing-Hormon* (GnRH) - mit einer erhöhten Nachfrage nach Brustaufbauoperationen assoziiert (Seal et al. 2012).

Bei trans* Frauen ist die hormonelle Behandlung mit Sexualhormonen mit verschiedenen NW assoziiert, die insbesondere die hämatologische, die kardiovaskuläre und die ossäre Homöostase beeinflussen und verändern können (Moore et al. 2003). Daneben gibt es Einzelfallberichte, die systemische Immunstörungen (Chan et al. 2013), depressive Störungen (Wierckx et al. 2014), Erhöhungen des Prolaktinspiegels (Wierckx et al. 2014) und Krebserkrankungen (Schenck et al. 2010; Shao et al. 2011) mit der Hormonbehandlung in Verbindung bringen.

Bei trans* Männer deutet die Studienlage darauf hin, dass die hormonelle Behandlung relativ risikoarm ist (Asscheman et al. 2011; Traish et al. 2010; Wierckx et al. 2012; Wierckx et al. 2013; Wierckx et al. 2014). Die Datenlage ist allerdings nicht so breit wie bei trans* Frauen, weshalb – zumindest theoretisch – gewisse Langzeitrisiken unterschätzt werden könnten (Moore et al. 2003). Die wichtigsten Nebenwirkungen der Testosteronbehandlung betreffen Veränderungen der hämatologischen, der kardiovaskulären und der ossären Homöostase (Moore et al. 2003). Hinzu kommen spezifische potentielle NW im dermatologischen (Wierckx et al. 2014) und onkologischen Bereich (Schenck et al. 2010; Shao et al. 2011).

Unter ärztlicher Betreuung stellt die hormonelle Behandlung von Behandlungssuchenden eine Therapiemethode dar, die zur Reduktion der Geschlechtsinkongruenz und/oder Geschlechtsdysphorie und möglicher sekundär bedingter Symptomen sowie zur Verbesserung der Lebensqualität beiträgt.

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzlevel III)

Quellen: Aloisi et al. 2007; Colizzi et al. 2013; Colizzi et al. 2014; Gomez-Gil et al. 2012; Gomez-Gil et al. 2014; Gorin-Lazard et al. 2012; Gorin-Lazard et al. 2013; Mueller et al. 2007; Newfield et al. 2016; Seal et al. 2012; van Caenegem et al. 2012; van Kesteren et al. 1997; Slabbekoorn et al. 2001; Wierckx et al. 2014; Wylie et al. 2009

Abstimmung des Statements: **Starker Konsens**

Die Hormontherapie sollte im Zuge einer Transition frühzeitig in Betracht gezogen werden.

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzlevel III)

Quellen: Aloisi et al. 2007; Colizzi et al. 2013; Colizzi et al. 2014; Gomez-Gil et al. 2012; Gorin-Lazard et al. 2012; Gorin-Lazard et al. 2013; Mueller et al. 2007; Seal et al. 2012; van Caenegem et al. 2012; van Kesteren et al. 1997; Slabbekoorn et al. 2001; Wierckx et al. 2014; Wylie et al. 2009

Abstimmung des Statements: **Konsens**

Um die Qualität der Hormonbehandlung garantieren zu können, sollten Behandlungssuchende im Rahmen ihrer Transition von Ärzt_innen betreut werden, die über endokrinologische Expertise bei der Behandlung von Geschlechtsinkongruenz und/oder Geschlechtsdysphorie verfügen.

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzlevel III)

Quellen: Asscheman et al. 2011; Colizzi et al. 2013; Colizzi et al. 2014; DuBois 2013; Fisher et al. 2011; Moore et al. 2013; New et al. 2000; Ott et al. 2011; van Kesteren et al. 1997; Wierckx et al. 2012; Wierckx et al. 2013; Wierckx et al. 2014; Wilson et al. 2006; Wylie et al. 2009

Abstimmung des Statements: **Starker Konsens**

Der erschwerte Zugang zu einer Hormonbehandlung unter ärztlicher Betreuung führt dazu, dass manche Behandlungssuchende Hormonpräparate ohne professionelle Unterstützung einnehmen. In Anbetracht dessen, dass diese Praxis zu schwerwiegenden Konsequenzen führen kann, sollte im Rahmen einer Transitionsbegleitung

- *die notwendige Vertrauensbasis geschaffen werden, damit die betreffenden Behandlungssuchenden frühzeitig offen über ihre Eigenmedikation sprechen können.*
- *frühzeitig und unter Abwägung von Vor- und Nachteilen eine Überführung der bisherigen unbegleiteten hormonellen Behandlung in einen ärztlichen Behandlungsrahmen erfolgen.*

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzlevel III)

Quellen: Gooren et al. 2013, Moore et al. 2013; Rotondi et al. 2013; Seal et al. 2012

Abstimmung des Statements: **Starker Konsens**

Behandlungssuchende sollen über potentielle kardiovaskuläre Risikofaktoren informiert und bei der Minimierung der Risikofaktoren (z. B. Gewichtsreduktion, Nikotinverzicht) unterstützt werden.

Konsensbasierte Empfehlung

Konsensstärke: **Starker Konsens**

7.3. Epilation

Das Gesicht ist für die Zuordnung einer Person zu einem bestimmten Geschlecht und damit für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben von herausragender Bedeutung. Ein gutes Passing in der angestrebten bzw. neu angenommenen Geschlechtsrolle ist nicht möglich, wenn das Gesicht dieser Rolle offenkundig nicht entspricht.

Eine Virilisierung des Gesichts gelingt in der Regel mithilfe einer Hormontherapie gut.

Eine Feminisierung des Gesichts mittels Hormontherapie ist jedoch in vielen Fällen nicht erfolgreich, so dass weitere Maßnahmen zur Angleichung notwendig sind. Behandelnden sind zahlreiche Fälle bekannt, bei denen auch nach erfolgreicher Durchführung der operativen Genitalangleichung noch eine bedeutsame Geschlechtsdysphorie besteht. Zumeist handelt es sich dabei um trans* Frauen, die von anderen weiterhin als männlich wahrgenommen werden. Die Epilation der Barthaare ist eine wichtige Standardmaßnahme zur Geschlechtsangleichung des Gesichts. Die Kaschierung eines männlichen Bartwuchses durch kosmetische Maßnahmen (Make up, Hauttönungscremes, Theaterschminke etc.) ist als dauerhafte Lösung weder praktikabel noch zumutbar.

Im Zusammenhang mit der Epilation der Barthaare ist in Deutschland seit vielen Jahren die Situation einer strukturellen Diskriminierung der Behandlungssuchenden gegeben. Der Zugang zu der medizinisch notwendigen Behandlung ist in vielen Fällen erheblich erschwert oder gar nicht gewährleistet. Von Kostenträgern wird vielfach gefordert, dass die Behandlung von Hautärzten mittels Nadelepilation und nach einer Abrechnungsziffer durchgeführt wird, die vom Umfang her für die Haarentfernung bei (biologisch weiblichem) Hirsutismus, nicht aber für die Entfernung eines kompletten (biologisch männlichen) Bartes kalkuliert ist. Da diese Vorgaben faktisch unerfüllbar sind, besteht in diesem Bereich ein dringender Änderungsbedarf.

Bei der Literaturrecherche zum Thema Epilation fanden sich ausschließlich dermatologische Arbeiten, die von der weiteren Auswertung auszuschließen waren, da sie keinen Bezug zu psychosozialen Aspekten aufweisen. Bei Behandelnden besteht allerdings ein breiter Konsens im Hinblick auf eine medizinisch zweckmäßige und auch ökonomisch sinnvolle Vorgehensweise.

Die Indikation für eine Bartepilation wird aus psychosozialer Perspektive gestellt. Alltagserfahrungen vor Einleitung einer Bartepilation sind unsinnig. Da es sich bei der Entfernung der Gesichtshaarung ohnehin um einen langwierigen Prozess handelt, sollte die Bartepilation gegebenenfalls auch

unabhängig von anderen somatischen Behandlungen in der Regel zu Beginn der Transition eingeleitet werden. Als Verfahren stehen die Photothermolyse mittels Laser oder *Intense Pulsed Light* (IPL) und die Nadelepilation (Elektroepilation) zur Verfügung. Bei der Photothermolyse hängt der Behandlungserfolg vom Pigmentgehalt des Haares ab, da bei diesen Verfahren nur dunkle Haarstrukturen erfasst werden. Im Gegensatz dazu ist die Nadelepilation auch bei nicht pigmentierten Haaren wirksam.

Soweit dies angesichts der Pigmentstruktur möglich ist, sollte zur schnellen Reduktion des Leidensdrucks zunächst mit einem photothermolytischen Verfahren begonnen werden. Hierbei zeigt sich in Bezug auf eine Entfernung des Bartschattens sehr viel schneller der gewünschte Effekt. Durch die wesentlich geringere Anzahl hierfür notwendiger Sitzungen ist das Verfahren sowohl kostengünstiger als auch weniger belastend und zeitraubend für die Behandlungssuchenden. Barthaare, die mittels photothermolytischer Verfahren nicht erfasst werden können, sind im Anschluss mittels Nadelepilation zu entfernen. Auch die Kombination eines photothermolytischen Verfahrens alternierend mit einer Nadelepilation kann im Einzelfall sinnvoll sein. Bei überwiegend oder ausschließlich hellem Barthaar kann es notwendig sein, die Behandlung von vorneherein mit der Nadelepilation zu beginnen. Im Zweifelsfall sollte eine dermatologische Beratung erfolgen, um die geeignete Vorgehensweise festlegen zu können.

Eine Nadelepilation sollte wegen der variablen Ergebnisqualität ausschließlich von erfahrenen Elektrologisten_innen vorgenommen werden. Diese gehören in der Regel nicht der Berufsgruppe der Dermatolog_innen an. Zumeist handelt es sich um Kosmetiker_innen mit spezieller Ausbildung und entsprechender Erfahrung, an die demzufolge die Durchführung der Nadelepilation delegiert werden sollte. Für den Fall, dass sich nach mehreren Jahren wieder Barthaare bilden, sollten diese in Abhängigkeit vom Befund erneut mittels Photothermolyse oder Nadelepilation entfernt werden.

Da auch im Brustbereich ein männlicher Behaarungstypus vorliegen kann und das Dekolleté von wesentlicher Bedeutung in Bezug auf die Wahrnehmbarkeit als Frau ist, sollte im Bedarfsfall eine Epilation im Dekolleté-Bereich durchgeführt werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn eine vom Erscheinungsbild verweiblichte Brust trotz ausreichender Hormonbehandlung weiterhin einen männlichen Behaarungstypus aufweist. In manchen Fällen findet sich trotz ausreichender Hormonbehandlung auch an anderen Körperpartien weiterhin ein komplett männlicher Behaarungstypus, der zu einem fortlaufend hohen Leidensdruck führt. Beim Vorliegen einer entsprechenden psychosozialen Indikation sollte in solchen Fällen die Epilation auf andere Bereiche der Körperstamm- und/oder Extremitätenbehaarung ausgedehnt werden. Die gegebenenfalls vor der Genitalangleichung erforderliche Epilation an der Penisschafthaut bzw. Skrotalhaut basiert nicht auf einer psychosozialen Indikation. Die Indikation hierfür wird durch den_die Operateur_in gestellt.

Die Epilation der Gesichtsbehaarung ist eine wichtige Maßnahme zur Angleichung an das empfundene Geschlecht.

Konsensbasiertes Statement
Konsensstärke: **Starker Konsens**

Die Epilation der Gesichtsbehaarung soll den Behandlungssuchenden bereits zu Beginn der Transition ermöglicht werden.

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: **Starker Konsens**

Wegen des wesentlich schnelleren Wirkungseintritts und der damit verbundenen zügigen Reduktion des Leidensdrucks sollte die Epilation der Barthaare mit einem photothermolytischen Verfahren eingeleitet werden.

Konsensbasierte Empfehlung

Konsensstärke: **Starker Konsens**

Verbleibende Barthaare, die mit einem photothermolytischen Verfahren nicht entfernt werden können, sollten mit der Nadelepilation entfernt werden. In Sonderfällen (z. B. ausschließlich unpigmentierte Barthaare) kann von vornherein mit einer Nadelepilation begonnen werden. Auch die Kombination beider Verfahren kann notwendig sein.

Konsensbasierte Empfehlung

Konsensstärke: **Starker Konsens**

Bei wiederkehrenden Barthaaren soll ggf. eine erneute Epilation der Barthaare angeboten werden.

Konsensbasierte Empfehlung

Konsensstärke: **Starker Konsens**

Bei persistierender Behaarung im Brustbereich soll den Behandlungssuchenden eine Epilation in diesem Bereich ermöglicht werden.

Konsensbasierte Empfehlung

Konsensstärke: **Starker Konsens**

7.4. Brustaufbau

Die Literaturrecherche ergab eine Fall-Kontroll-Studie, die retrospektiv die Zufriedenheit mit dem operativen Brustaufbau bei 107 trans* Frauen untersucht hat. Es handelt sich bei der Studie um eine *single-center* oder *single-surgeon* Untersuchung. Der Fragebogen wurde durch die Abteilung für Chirurgie versendet, die Stichprobe unterliegt zudem einer Selektion durch Tod, Nicht-antworten und nicht-inkludieren einer Person, die re-transitioniert ist. Die methodische Qualität ist folglich eingeschränkt. Allerdings waren 75 % der Personen zufrieden mit dem Ergebnis der Operation.

Die Mammoplastik führt bei Behandlungssuchenden zu einer hohen Zufriedenheit hinsichtlich der Operationsresultate.

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzlevel II)

Quellen: Kanhai, Hage & Mulder, 2000

Abstimmung des Statements: **Starker Konsens**

Behandlungssuchenden soll bei unzureichendem, hormonell-bedingtem Wachstum des Brustdrüsengewebes aus psychosozialen Gründen eine Mammaplastik ermöglicht werden.

Konsensbasierte Empfehlung

Konsensstärke: **Starker Konsens**

7.5. Hilfsmittel

Als Hilfsmittel gelten in Deutschland alle Gegenstände oder Vorrichtungen, „die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit sie nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind“ (§ 33, Fünftes Buch des Sozialgesetzbuches, SGB V).

Im Bereich der trans* Gesundheitsversorgung sind diesbezüglich folgende Gegenstände zu betrachten:

- a) Hilfsmittel, die postoperativ erforderlich werden, wie z. B. Hilfsmittel zur Narbenkompression nach Mastektomie, Brustbandagen oder Brustgürtel nach Brustaufbau, Vaginal-Dilatatoren, Platzhalter oder Sitzringe nach feminisierenden Genitaloperationen,
- b) Hilfsmittel, die auf Grund eventueller postoperativer Komplikationen erforderlich werden können, wie z. B. Brustprothesen bzw. Brustteilprothesen nach Komplikationen in Folge operativem Brustaufbau oder Mamillen-Epithesen auf Grund einer Mamillennekrose nach Mastektomie,
- c) Perücken für trans* Frauen,
- d) spezielle Unterbekleidung aus straffem Gewebe zur Kompression der weiblichen Brust für trans* Männer, wie Kompressionshemden, Kompressionswesten oder so genannte *Binder*,
- e) Penis-Hoden-Epithesen bei trans* Männern.

Die Indikation für Hilfsmittel unter Punkt a) und b) ist ausschließlich von den Operateur_innen zu stellen. Dagegen ist die Notwendigkeit der übrigen Hilfsmittel aus psychosozialer Perspektive heraus zu beurteilen.

Die Literaturrecherche ergab keinen Beitrag, der die psychosozialen Aspekte der Anwendung von Hilfsmitteln untersucht hätte. Dennoch besteht unter Behandelnden ein Konsens dahingehend, dass Hilfsmittel für trans* Personen von großer Bedeutung sind.

Zu Punkt c):

Hinsichtlich der Notwendigkeit einer Perücke wird auf das Kapitel 7.6 zur Alopezie verwiesen.

Zu Punkt d):

Eine besondere Quelle des Leidensdrucks stellt für trans* Männer das Vorhandensein der weiblichen Brust dar. In der Regel werden vor einer Mastektomie intensive Anstrengungen unternommen, um diese zu verbergen. Weite Kleidung, eine nach vorne über gebeugte Körperhaltung oder das Abbinden sind entsprechende Maßnahmen, durch die die weibliche Brust kaschiert und das Kongruenzerleben verbessert werden kann.

Das Abbinden der Brust wird mit unterschiedlichen Methoden durchgeführt und kann zu Atembeschwerden, Muskelschmerzen in Nacken, Schultern und Armen oder zu Rückenschmerzen führen. Die Anwendung von Frischhaltefolie oder Gewebeklebeband ist aus medizinischer Sicht wegen möglicher Hautschädigungen ungeeignet. Elastische Binden, enge Sport-Büstenhalter, Nierengurte für Motorradfahrer, Schwimmanzüge, selbstgefertigte Hemden aus Miederunterhosen oder Stützstrumpfhosen sowie andere Gegenstände des täglichen Bedarfs, die für diesen Zweck umfunktioniert werden, sind häufig nicht geeignet, die weibliche Brust über einen ausreichend langen Zeitraum mit der nötigen Sicherheit zu verbergen.

Insofern kommt konfektionell gefertigten Kompressionshemden oder -westen eine besondere Bedeutung zu. Bei derartigen Hilfsmitteln, die auch als „Binder“ bezeichnet werden, handelt es sich nicht um übliche Gebrauchsgegenstände, sondern um eine Unterbekleidung aus speziellen

Materialien, die eigens für den Zweck der Brustkompression hergestellt werden und die in Abhängigkeit von konstitutionellen Faktoren im Bedarfsfall auch maßangefertigt werden können.

Die Anwendung von Kompressionshemden oder -westen kommt vor einer Mastektomie oder als probatorische Maßnahme in Frage, damit die Behandlungssuchenden ihren Erfahrungshorizont erweitern und eine wohl überlegte Entscheidung treffen können, ob das Tragen eines Binders eine Alternative zu Mastektomie darstellen kann. Durch die Anwendung von Kompressionshemden oder -westen kann eine Wartezeit bis zu einer Mastektomie überbrückt und damit der Leidensdruck verringert werden.

Unter Behandelnden besteht ein breiter Konsens dahingehend, dass Kompressionshemden oder -westen für trans* Männer von großer Bedeutung für die Wahrnehmbarkeit in der männlichen Rolle sind, einen Beitrag zu Vermeidung von Diskriminierung leisten, das Kongruenzerleben erhöhen und den Leidensdruck verringern.

Zu Punkt e):

Für trans* Männer kommt zudem die Anwendung von Penis-Hoden-Epithesen in Betracht.

Der Begriff „Epithese“ leitet sich aus dem Griechischen ab und bedeutet wörtlich „das Aufgesetzte“. Eine Epithese dient dem Ausgleich von fehlenden Körperteilen mittels körperfremdem Material.

Penis-Hoden-Epithesen werden aus speziellen Silikon-Materialien gefertigt und in der Regel mit einem Klebstoff befestigt. Sie werden mittlerweile in einer hohen Qualität angeboten, so dass sie vom Aussehen und von der Haptik her einem natürlichen Penis nahe kommen. Penis-Hoden-Epithesen unterscheiden sich von kommerziell erhältlichen Penisnachbildungen (so genannten Pinkelhilfen, Stand-To-Pee-Hilfen, Packer, Dildos oder Stuffer), wie sie im Internet-Handel oder in Sex Shops vertrieben werden, dadurch, dass sie individuell angefertigt werden und damit auf die jeweiligen Bedürfnisse und anatomischen Gegebenheiten der Behandlungssuchenden abgestimmt werden können. Sie können in nicht-erigierter und in erigierter Form angefertigt werden, so dass wahlweise das Urinieren im Stehen oder ein Geschlechtsverkehr möglich ist.

Penis-Hoden-Epithesen tragen dazu bei, dass sich die Behandlungssuchenden als Mann kongruent fühlen. Es ist mit Penis-Hoden-Epithesen möglich, auf öffentlichen Toiletten das Urinal zu benutzen, im Freien stehend zu urinieren oder einen Geschlechtsverkehr auszuüben, was jeweils eine immense Bedeutung für die Reduktion des Leidensdruckes hat. Die Möglichkeit, sich unbefangen in öffentlichen Räumen (wie z. B. in Männerumkleiden, in Saunen, in Schwimmbädern, bei Sportveranstaltungen etc.) bewegen zu können, ist für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben von großer Bedeutung. Penis-Hoden-Epithesen minimieren das Risiko, dass die Transition entdeckt wird, was für die Behandlungssuchenden eine erhebliche seelische Entlastung bedeutet und damit den Leidensdruck verringern kann.

Die Situation von trans* Männern ist in Bezug auf den Hilfebedarf vergleichbar mit Personen, die durch eine Krankheit oder einen Unfall Gliedmaßen oder Körperteile verloren haben. Es ist daher nicht nachvollziehbar, weswegen im Einzelfall eine spezielle Begründung für eine Penis-Hoden-Epithese erforderlich sein sollte. Man würde ja wohl beispielsweise von einem nicht-trans* Mann, der durch einen Unfall den Penis verloren hat, auch keine Erklärung dafür verlangen, warum er einer Epithese bedarf.

Eine Penis-Hoden-Epithese kann eine dauerhafte Alternative zu einem ansonsten notwendigen operativen Penoidaufbau darstellen. Es kann aber auch sinnvoll sein, eine Penis-Hoden-Epithese probatorisch anzuwenden, damit die Behandlungssuchenden ihren Erfahrungshorizont erweitern und eine wohl überlegte Entscheidung treffen können, ob eine Penis-Hoden-Epithese als Alternative zu einem operativen Penoidaufbau in Frage kommt. Auch die Überbrückung einer Wartezeit bis zu einem operativen Penoidaufbau kann durch eine Penis-Hoden-Epithese erleichtert werden und dazu beitragen, den Leidensdruck zu verringern.

Eine Penis-Hoden-Epithese kann als ergänzendes Hilfsmittel eingesetzt werden, sofern eine Metaoidioplastik (Klitorispenoid) angefertigt wurde, da bei dieser Operationstechnik im Regelfall keine

Penetration beim Geschlechtsverkehr möglich und bisweilen auch das Urinieren im Stehen nicht möglich ist.

Während der Operationsphase, in der eine Phalloplastik hergestellt wird, kann mit Hilfe einer Penis-Hoden-Epithese die Wartezeit bis zur Implantation einer Penispumpe überbrückt werden. Falls eine Penispumpe nicht gewünscht oder nicht einsetzbar ist, kann eine Penis-Hoden-Epithese ergänzend zu einer Phalloplastik angewendet werden, um den Behandlungssuchenden einen Geschlechtsverkehr zu ermöglichen.

Die Verwendung von Bindern zur Brustkompression soll den Behandlungssuchenden als Alternative zur Mastektomie oder während der Wartezeit vor Mastektomie ermöglicht werden.

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: **Starker Konsens**

Die Verwendung einer Penis-Hoden-Epithese soll den Behandlungssuchenden als Alternative zu einem operativen Penoidaufbau, als vorbereitende Maßnahme vor Genitaloperation oder während der Wartezeit vor Genitaloperation ermöglicht werden. Diese Möglichkeit ist unabhängig von anderen somatischen Behandlungen zur Geschlechtsangleichung in Betracht zu ziehen. Die Indikation kann bereits in einem frühen Stadium der Transition gegeben sein.

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: **Starker Konsens**

7.6. Alopezie / Haartransplantation

Unter dem Begriff Androgenetische Alopezie (*Alopecia androgenetica*) versteht man den durch die Einwirkung männlicher Sexualhormone (Androgene) hervorgerufenen Haarausfall, für den eine genetische Disposition angenommen wird. Ein Großteil der Männer (hier: Personen mit typisch männlicher Testosteron-Konzentration) ist im Laufe des Lebens von androgenetischer Alopezie betroffen. Bei Männern wird dieses Phänomen als eine normale Erscheinung des Älterwerdens oder als kosmetisches Problem wahrgenommen. Bei Männern beginnt die androgenetische Alopezie häufig durch das Zurücktreten der Stirn-Haar-Grenze an den Schläfen und der Ausbildung von sogenannten Geheimratsecken (*Calvities frontalis*). Es kann eine Stirnglatze, eine Hinterhauptsglatze (*Tonsur*) oder ein kompletter Haarverlust (*Vollglatze*) entstehen. Bei Frauen kann nach der Menopause oder bei der Behandlung hormonabhängiger Tumore (z. B. bei Brustkrebs) ein androgenetischer Haarausfall auftreten, der dann aber nicht im Schläfen- oder Tonsurbereich beginnt, sondern im Bereich des Mittelscheitels einsetzt. Die Lokalisation und der Verlauf der Alopezie werden demnach als typische Merkmale zur Unterscheidung der Geschlechter wahrgenommen.

Die Literaturrecherche ergab keine Studien, die sich mit den psychosozialen Auswirkungen der androgenetischen Alopezie bei trans* Personen auseinandersetzen. Unter Behandelnden besteht jedoch ein starker Konsens dahingehend, dass die androgenetische Alopezie im Bereich der Trans*-Gesundheitsversorgung von großer Bedeutung ist.

Während bei trans* Männern eine durch Testosteron-Behandlung hervorgerufene Alopezie als männliches Geschlechtsmerkmal gilt und als kosmetisches Problem anzusehen ist, können trans* Frauen einen erheblichen Leidensdruck entwickeln, wenn eine androgenetische Alopezie mit typisch männlicher Verlaufsform und/oder einer für das männliche Geschlecht typischen Lokalisation vorliegt. Lokale Behandlungen der androgenetischen Alopezie sind meist langwierig und zeigen häufig nur geringen oder keinen Erfolg. Unter der geschlechtsmodifizierenden Hormonbehandlung kann sich

durch die Unterdrückung der körpereigenen Testosteronproduktion die Alopezie zurückbilden. In der Regel ist nicht sicher vorherzusehen, wann und in welchem Ausmaß dies der Fall ist. Da eine androgenetische Alopezie dem Kongruenzerleben als Frau sowie der Wahrnehmbarkeit in der weiblichen Rolle in besonderer Weise entgegen steht und Anlass für Diskriminierungen sein kann, soll trans* Frauen bereits mit Beginn der Transition ein Toupet (Haarersatzteil) oder eine Perücke ermöglicht werden. Die Behandlungssuchenden sollen wegen der großen Bedeutung für das Alltagsleben nicht auf langwierige und möglicherweise ineffiziente lokale Behandlungsmethoden oder den potentiell erst nach Jahren erreichbaren Erfolg einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung verwiesen werden. Die Indikation für Verwendung eines Toupets (Haarersatzteils) oder einer Perücke ist aus psychosozialer Perspektive zur Verbesserung des Kongruenzerlebens zu stellen und nicht zwingend an den objektiven Ausprägungsgrad der androgenetischen Alopezie gebunden.

Sofern nach ausreichend langer Hormonbehandlung bei einer trans* Frau eine androgenetische Alopezie persistiert, kann wegen der Bedeutung für das Alltagsleben eine Haartransplantation erforderlich werden. Die Prognose und die Risiken einer solchen Behandlung sind von dermatologischer Seite abzuklären.

Mit Beginn einer Transition in das weibliche Geschlecht soll Behandlungssuchenden mit androgenetischer Alopezie die Verwendung eines Toupets (Haarersatzteil) oder einer Perücke ermöglicht werden. Bei der Indikationsstellung sind das Kongruenzerleben und die Fremdwahrnehmung mit einzubeziehen.

Konsensbasierte Empfehlung

Konsensstärke: **Starker Konsens**

Bei androgenetischer Alopezie stellt die Haartransplantation eine Behandlungsalternative dar. Den Behandlungssuchenden sollte eine Haartransplantation ermöglicht werden.

Konsensbasierte Empfehlung

Konsensstärke: **Starker Konsens**

7.7 Logopädie und Phonochirurgie

Die Stimme ist ein wesentlicher Bestandteil der menschlichen Identität und in vielen Fällen von entscheidender Bedeutung für die Transition. Bei trans* Männern kommt es unter einer Testosteronbehandlung zu einer Zunahme der schwingenden Masse der Stimmlippen und damit meistens zu einer zufrieden stellenden Stimmvertiefung (Rosanowski und Eysholdt, 1999). Viele trans* Frauen entwickeln dagegen einen hohen Leidensdruck, weil sie auf Grund ihrer Stimme nicht oder nur unzureichend als Frau wahrgenommen werden. Besonders gravierend sind die Beeinträchtigungen beim Telefonieren sowie im öffentlichen Leben, wie z. B. beim Einkaufen oder am Arbeitsplatz (Neumann et al., 2002b). Die Frage, ob eine Stimme als männlich oder weiblich identifiziert wird, hängt sowohl von der Stimmgrundfrequenz als auch von weiteren Stimmcharakteristika ab. Die mittlere Sprechstimmlage liegt bei Männern durchschnittlich bei 120 Hz, bei Frauen zwischen 200 und 240 Hz (Rosanowski und Eysholdt, 1999). Unterhalb einer mittleren Sprechstimmlage von 140 Hz haben Zuhörende einen eindeutig männlichen, ab 170 Hz einen weiblichen Klangeindruck (Rosanowski und Eysholdt, 1999). Dazwischen liegt der so genannte Indifferenzbereich, bei dem keine eindeutige Geschlechtszuordnung zu treffen ist.

Während sich operative Maßnahmen ausschließlich auf die Stimmgrundfrequenz auswirken, können weitere Stimmcharakteristika, die zu einem weiblichen bzw. männlichen Klangeindruck führen, im

Rahmen einer Stimmfunktionstherapie modifiziert werden. Ein solches Stimmtraining erfolgt im Rahmen einer logopädischen Behandlung und zielt auf eine Veränderung des Sprechmusters, der Stimmgebung, der Klangfarbe sowie der Sprechmelodie ab. Es handelt sich dabei um ein nicht-invasives Verfahren, das allerdings Geduld und Durchhaltevermögen erfordert. Eine logopädische Behandlung kann bei trans* Frauen und trans* Männern indiziert sein. Für trans* Frauen ist eine logopädische Behandlung insbesondere dann geeignet, wenn eine verhältnismäßig hohe mittlere Sprechstimmlage vorliegt (Rosanowski und Eysholdt, 1999). Sofern diese Voraussetzung nicht gegeben ist oder die logopädische Behandlung nicht zu einem zufrieden stellenden Ergebnis führt, kommt eine operative Stimmanhebung in Betracht. Hierzu stehen unterschiedliche Verfahren zur Verfügung. Eine ausschließlich operative Stimmanhebung ist nicht zielführend. Als erster Schritt soll eine logopädische Behandlung ermöglicht werden, die entweder als alleinige Maßnahme ausreichend sein oder auf eine operative Stimmveränderung vorbereiten kann. Vor Beginn einer logopädischen Behandlung sollte eine phoniatische Untersuchung zur Dokumentation des Ausgangsbefundes erfolgen.

Die Literaturrecherche erbrachte eine Arbeit, die sich speziell mit den psychosozialen Auswirkungen von logopädischen Behandlungen und operativen Stimmerhöhungen bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen (Neumann et al., 2002b) beschäftigt. Die methodische Qualität ist durch die geringe Fallzahl und den Umstand eingeschränkt, dass es sich um eine Single-Center-Studie mit retrospektiver Erhebung der Daten handelt. Dennoch ist die Studie relevant. Sämtliche Studienteilnehmerinnen hatten vor der Operation eine logopädische Behandlung bekommen. Die Operation war zum größten Teil von Seiten der behandelnden Ärzte_innen oder Logopäden_innen empfohlen worden. 71 % der Befragten hatten hohe Erwartungen an die Stimmtherapie, die von der Operation besser erfüllt wurden als von der Logopädie. Mehr als die Hälfte der Befragten äußerte sich zufrieden bis sehr zufrieden mit der Behandlung. 23 % der Befragten konnten sich postoperativ mit der neuen Stimme nicht identifizieren. Vor der Stimmoperation gaben die Befragten sehr stark ausgeprägte Schwierigkeiten in den Lebensbereichen „Telefonieren“, „öffentliches Leben“, „Einkaufen“ und „Arbeit“ an, während die Schwierigkeiten in den Bereichen „Familie“, „Partnerschaft“ und „Freunde“ als deutlich geringer eingeschätzt wurden. Nach der Stimmoperation erlebten sich die Betroffenen gerade in den problematischen Lebensbereichen als besser in der weiblichen Rolle akzeptiert. Trotz operativer Stimmerhöhung kam es häufig zu Rückfällen in alte Sprechmuster.

Auf operativem Weg kann eine erhöhte Sprechstimmlage über eine endoskopische Verkürzung der Stimmlippen (Wendler, 1994; Remacle et al., 2011), eine Verringerung der schwingenden Stimmlippenmasse, z. B. durch Deepithelisierung (Entfernung des Deckgewebes) der Stimmlippen (Gross, 1999) oder eine Erhöhung der Stimmlippenspannung mit Hilfe einer operativen Annäherung von Schild- und Ringknorpel, der so genannten Cricothyroidopexie (Isshiki et al., 1983; Neumann et al., 2003a) erreicht werden. Neumann et al. (2003b) konnten mit Hilfe der Cricothyroidopexie bei 91 % der Untersuchten eine Anhebung der mittleren Sprechstimme um durchschnittlich 5 Halbtöne erreichen. In 6 % der Fälle kam es nicht zu einer Stimmerhöhung, in 3 % sogar zu einer Stimmvertiefung. Aus einer anderen Untersuchungen aus der gleichen Arbeitsgruppe geht hervor, dass postoperativ in 80 % der Fälle eine weibliche Stimmhöhe erreicht werden konnte (Neumann et al., 2002a). In 34 % der Fälle kam es zu einer Anhebung um 3 bis 5 Halbtöne, in 21 % um 6 bis 12 Halbtöne und in 18 % sogar zu einer Erhöhung um mehr 12 Halbtöne (Neumann et al., 2003b). Eine Stimmanhebung um mehr als 3 Halbtöne wird als mäßige bis beträchtliche Anhebung der Grundfrequenz bewertet (Neumann et al., 2003a). Kim (2016) beschreibt, dass in seiner Stichprobe von 313 untersuchten Mann-zu-Frau-Transsexuellen nach 6 Monaten im Durchschnitt mittels Stimmlippenverkürzung und Verringerung der Stimmlippenmasse eine Stimmanhebung von über 70 Hz erreicht werden konnte. In der Gruppe der Jüngeren (< 40 Jahre) kam es zu einer stärkeren Stimmanhebung als bei den über 40-Jährigen. Ferner erreichten die Personen, die sich zuvor noch keiner operativen Adamsapfelkorrektur unterzogen hatten, im Durchschnitt eine deutlichere Stimmanhebung als diejenigen, die vor der Stimmangleichung einen operativen Eingriff am Schildknorpel erhalten hatten.

Als mögliche Risiken der operativen Stimmanhebung werden eine unnatürlich klingende Stimme sowie eine Verringerung der Lautstärke und des Stimmumfangs beschrieben (Kim, 2016). In einer Untersuchung von Neumann et al. (2003a) wurde tendenziell mit einer Cricothyroidopexie eine etwas

geringere Stimmanhebung erreicht als mit anderen Operationsmethoden, bei denen allerdings die Patientinnen postoperativ stärker, länger und zum Teil permanent heiser waren.

Das Ziel einer Stimmfeminisierung kann nicht allein durch eine operative Anhebung der Sprechstimme erreicht werden (Kim, 2016). Als außerordentlich wichtig wird die postoperative Stimmtherapie eingeschätzt (Rosanowski und Eysholdt, 1999; Neumann et al., 2002a; Neumann et al., 2003b; Kim, 2016), ohne die das funktionelle Langzeitergebnis gefährdet ist (Neumann et al., 2003a). Diese sollte etwa 20 Behandlungseinheiten umfassen (Rosanowski und Eysholdt, 1999) bzw. mindestens zwei (Kim, 2016) bis drei Monate (Neumann et al., 2003a) andauern. Die Stimmhöhe kann sich noch bis zu einem Jahr nach dem operativen Eingriff verändern (Neumann et al., 2003b; Kim, 2016). Eine männliche Sprechweise und Stimmlage können eine überzeugende Transition in das weibliche Geschlecht erschweren oder im Einzelfall unmöglich machen, die soziale Integration in der weiblichen Rolle gefährden, zur Diskriminierung führen und den Leidensdruck aufrecht erhalten. Logopädische Behandlungen sollen trans* Frauen wegen der hohen Bedeutung für das Alltagsleben als Standardverfahren unabhängig von anderen medizinischen Behandlungen im Rahmen der Transition frühzeitig ermöglicht werden. Sofern bei trans* Männern durch die Testosteron-Behandlung keine ausreichende Stimmvertiefung erreicht werden kann, ist ebenfalls eine logopädische Behandlung in Erwägung zu ziehen. Maskulinisierende Stimmoperationen, bei denen die Stimmlippenspannung herabgesetzt wird, werden bisher nur in Einzelfällen durchgeführt.

Die Frage, ob eine operative Stimmmodifikation durchgeführt werden soll, sowie die Risiken und Erfolgsaussichten der jeweiligen Behandlungsmethoden sollte unter Hinzuziehung spezialisierter Phoniater_innen erörtert werden.

Eine mäßige bis beträchtliche Anhebung der Sprechstimmlage ist mit operativen Maßnahmen möglich.

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzlevel I)

Quellen: Neumann et al., 2002a; Neumann et al., 2003a; Neumann et al., 2003b; Kim, 2016

Abstimmung des Statements: **Konsens**

Logopädische Behandlungen und operative Stimmerhöhungen können die Wahrnehmbarkeit als Frau sowie die Akzeptanz im öffentlichen Leben verbessern und sind damit geeignet, den Leidensdruck zu reduzieren.

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzlevel III)

Quellen: Neumann et al., 2002b

Abstimmung des Statements: **Konsens**

Zu Beginn einer Transition soll Behandlungssuchenden unabhängig von anderen medizinischen Behandlungen logopädische Behandlung ermöglicht werden.

Konsensbasierte Empfehlung

Konsensstärke: **Starker Konsens**

Bei nicht ausreichendem Erfolg einer logopädischen Behandlung sollte den Behandlungssuchenden ein phonochirurgischer Eingriff ermöglicht werden.

Konsensbasierte Empfehlung

Konsensstärke: **Starker Konsens**

Da ein phonochirurgischer Eingriff nur die Stimmhöhe, nicht aber das Sprechmuster verändert, soll eine postoperative logopädische Weiterbehandlung ermöglicht werden.

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: **Starker Konsens**

7.8. Adamsapfelkorrektur

Mit dem Begriff „Adamsapfel“ (Prominentia laryngea) wird der tastbare Abschnitt des Schildknorpels im Bereich des Kehlkopfes bezeichnet. Dieser springt in typischer Weise beim Mann stärker hervor als bei der Frau (Altman, 2012), da bei Personen mit körperlich männlichem Geburtsgeschlecht durch den Einfluss des körpereigenen Testosterons während der Pubertät neben dem Stimmbruch ein Wachstum des Kehlkopfes hervorgerufen wird. Der Kehlkopfvorsprung ist individuell unterschiedlich ausgeprägt und wird als typisch männliches Geschlechtsmerkmal wahrgenommen.

Aus der vorliegenden Literatur beschäftigen sich zwei Arbeiten mit der operativen Adamsapfelkorrektur (Larynxreduktionsplastik) bei trans* Frauen. Es existieren unterschiedliche Operationsmethoden, die als sicher und komplikationsarm gelten (Altman, 2012). Es ist möglich, eine Adamsapfelkorrektur gleichzeitig mit einer operativen Stimmerhöhung zu verbinden (Neumann et al., 2003a), sofern beides nötig ist und ein kombiniertes Vorgehen gewünscht wird. Es fand sich jedoch keine Arbeit, die sich speziell mit den psychosozialen Auswirkungen von Larynxreduktionsplastiken bei trans* Frauen beschäftigen.

Unter Behandelnden besteht ein starker Konsens dahingehend, dass ein prominenter Adamsapfel bei trans* Frauen zur sozialen Stigmatisierung führen und die Wahrnehmbarkeit als Frau beeinträchtigen oder sogar unmöglich machen kann. Es ist nicht praktikabel und nicht zumutbar, den Adamsapfel auf Dauer durch Halstücher oder hochgeschlossene Kleidung zu kaschieren. Das Vorhandensein eines Adamsapfels kann unabhängig vom objektiven Ausprägungsgrad der Prominentia laryngea ein beständiges Unwohlsein hervorrufen, das den Leidensdruck aufrecht erhält.

Eine operative Adamsapfelkorrektur stellt deshalb für trans* Frauen eine relevante Behandlungsoption dar, der eine besondere Bedeutung im Zusammenhang mit dem Geschlechtsrollenwechsel und der Lebbarkeit der weiblichen Geschlechtsrolle zukommt. Die Indikation ist aus psychosozialer Perspektive heraus zu stellen und nicht in erster Linie vom objektiven Ausprägungsgrad der Prominentia laryngea abhängig zu machen. Die Indikation kann beispielsweise auch beim Vorhandensein eines sogenannten Doppelkinns gegeben sein.

Behandlungssuchenden sollen operative Adamsapfelkorrekturen ermöglicht werden, um das Kongruenzerleben zu verbessern und die Wahrnehmbarkeit als Frau zu erhöhen. Die Risiken und Prognose eines solchen Eingriffs sollen mit einem_r Operateur_in oder gegebenenfalls mehreren Operateuren_innen abgeklärt werden.

Behandlungssuchenden soll aus psychosozialer Perspektive eine operative Adamsapfelkorrektur ermöglicht werden. Die Indikation hierfür kann frühzeitig im Rahmen der Behandlung gegeben sein. Sie ist nicht in erster Linie vom objektiven Ausprägungsgrad der Prominentia laryngea abhängig zu machen.

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: **Starker Konsens**

7.9. Gesichtsfeminisierende Operationen

Das Gesicht stellt ein Geschlechtsspezifikum dar und ist für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben von herausragender Bedeutung.

Eine Virilisierung des Gesichts gelingt in der Regel mit Hilfe einer Hormontherapie gut. Eine Feminisierung des Gesichts mittels Hormontherapie ist jedoch in vielen Fällen nicht in ausreichendem Maße möglich. Gesichter von trans* Frauen, die für einen unbefangenen Betrachter männlich erscheinen, können die Wahrnehmbarkeit als Frau erschweren oder gar unmöglich machen, die soziale Integration in der weiblichen Rolle gefährden, zur Diskriminierung führen und auf diese Weise für die Aufrechterhaltung des Leidensdrucks verantwortlich sein. Sofern das Gesicht der weiblichen Rolle offenkundig nicht entspricht, können Maßnahmen zur Angleichung notwendig sein. In diesem Zusammenhang ist die Frage nach den Möglichkeiten und Auswirkungen einer operativen Gesichtsfeminisierung zu betrachten.

Es existiert eine große Zahl wissenschaftlicher Arbeiten zur operativen Gesichtsfeminisierung bzw. zur *Facial Feminization Surgery* (FFS). In Bezug auf die psychosozialen Auswirkungen geschlechtstypischer Operationen bei trans* Frauen kamen sieben Arbeiten in die engere Auswahl. Eine Arbeit blieb am Ende unberücksichtigt, da sie sich letztlich ausschließlich mit der juristischen Einordnung geschlechtsangleichender Operationen im amerikanischen Gesundheitswesen auseinandersetzt. Von den verbleibenden sechs Beiträgen musste eine ohnehin methodisch unzureichende Arbeit, in der mehrere Einzelfälle beschrieben, jedoch keine systematische Evaluation des Behandlungserfolgs durchgeführt worden war, unberücksichtigt bleiben, da die Quelle nicht auffindbar war.

Es stehen vielfältige Behandlungsmöglichkeiten der operativen Gesichtsfeminisierung zur Verfügung (Altman, 2012; Hage et al., 1997; Hoenig, 2011; Spiegel, 2011). Eine Übersichtsarbeit (Altman, 2012) beschreibt eingangs geschlechtstypische anatomische Unterschiede im Gesichtsbereich, wobei sich eindeutige Merkmale definieren lassen, durch die Gesichter als männlich oder weiblich wahrgenommen werden. Ferner wird differenziert zwischen operativen Eingriffen, die insbesondere auf eine Verjüngung bzw. Verschönerung abzielen und denjenigen Operationen, durch die geschlechtstypische Merkmale modifiziert werden und die damit bei der Behandlung der Geschlechtsdysphorie/Geschlechtsinkongruenz in Betracht kommen.

Zur Gesichtsfeminisierung sind folgende operative Eingriffe geeignet (Übersicht bei Altman, 2012):

- Eingriffe am Stirnknochen (*Forehead Reduction*)
- Augenbrauenlifting (*Brow Lift*)
- Eingriffe an der Kopfhaut zur Verlegung der Haarlinie (*Scalp Advance*)
- Nasenkorrektur (*Rhinoplasty*)
- Wangenimplantate (*Cheek Implants*)
- Lippenlifting (*Lip Lift*)
- Unterkieferverkleinerung (*Mandible Angle Shaver*)
- Abflachung bzw. Abschrägung des Unterkieferwinkels (*Mandible Angel Taper*)
- Eingriffe am Kinn (*Genioplasty*)

Gesichtsfeminisierende Operationen werden wegen ihrer Bedeutung für das Alltagsleben häufig vor anderen Eingriffen wie Brustvergrößerung oder genitalmodifizierenden Eingriffen durchgeführt (Altman, 2012).

In einer Kohortenstudie untersuchen Hage et al. (1997) unterschiedliche Möglichkeiten der operativen Nasenkorrektur bei trans* Frauen. Die methodische Qualität ist im Hinblick auf die psychosoziale Bedeutung dieser Eingriffe eingeschränkt, da es sich um eine *Single-Center*-Studie mit 22 operierten Personen handelt und der Behandlungserfolg nicht in systematischer Weise evaluiert wurde. Eine Bedeutung hat diese Untersuchung jedoch insofern, als sie auf anthropometrisch fassbare Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Nasenformen Bezug nimmt. Es wird beschrieben, dass eine operative Nasenkorrektur zu einer Verbesserung des weiblichen Erscheinungsbildes

beitragen kann, ohne dass der Aspekt einer Verschönerung oder Verjüngung des Erscheinungsbildes im Vordergrund steht. Die Autoren empfehlen, die operative Nasenkorrektur im Bedarfsfall mit anderen gesichtsfeminisierenden Operationen zu kombinieren, um einen überzeugenden Gesamteindruck zu erhalten.

In einer Kohortenstudie (Hoenig, 2011) steht die Darstellung der Operationsmöglichkeiten zur Stirnmodifikation im Vordergrund. Mit Hilfe eines semiquantifizierten Fremdratings durch zwei unabhängige Sachverständige wurde bei einer Nachuntersuchung von 21 Patientinnen, die sich einer feminisierenden Stirnmodifikation unterzogen hatten, ein Jahr nach der Operation in 15 Fällen ein gutes bis exzellentes Ergebnis festgestellt. Die methodische Qualität ist insofern eingeschränkt, als es sich um eine Single-Center-Studie mit verhältnismäßig wenigen Probandinnen handelt und keine differenzierten Angaben zu den psychosozialen Auswirkungen enthalten sind.

In einer kontrollierten Erfassung der Lebensqualität (Ainsworth und Spiegel, 2010) wurden trans* Personen im Vergleich mit einer Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung untersucht. Die Stichprobe umfasste Personen, die sich selbst als Transgender identifizierten. Das entscheidende Einschlusskriterium für die Studienteilnahme war eine Diskrepanz zwischen dem gefühlten und dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht. Es wurden sowohl Mann-zu-Frau-Transsexuelle als auch Cross Dresser erfasst. Die Stichprobe unterteilte sich in mehrere Untergruppen: Personen ohne operative Behandlungen, operierte Personen, die entweder nur gesichtsfeminisierende Operationen (FFS), nur genitalkorrigierende Eingriffe (GRS) oder beides erhalten hatten. Nicht-operierte trans* Personen zeigten eine signifikant niedrigere Lebensqualität im Vergleich zur weiblichen Allgemeinbevölkerung sowie im Vergleich zu Personen, die eine FFS oder eine GRS oder beides erhalten hatten. In Bezug auf die Lebensqualität wirkten sich die FFS und die GRS in gleicher Weise positiv aus. Ein gewisses Verzerrungspotential besteht dahingehend, dass die nicht-operierten Personen häufig noch am Anfang der Transition standen und seltener Hormone einnahmen als die operierten. Letzteres dürfte sich in negativer Weise auf die Lebensqualität auswirken dürfte. Dennoch ist die Untersuchung von hoher Relevanz, da 247 trans* Personen daran teilgenommen hatten, umfangreiche Daten einer Vergleichspopulation aus der Allgemeinbevölkerung vorlagen und die Unterschiede in der Lebensqualität zwischen trans* Personen mit FFS und ohne FFS hoch signifikant waren.

Im ersten Abschnitt einer in drei Sektionen aufgeteilten Arbeit von Spiegel (2011) wurden 100 Versuchspersonen zu Computersimulationen befragt, in denen männliche Gesichter in feminisierender Weise modifiziert wurden. Eingriffe im Stirnbereich wurden dabei mit statistischer Signifikanz als besonders feminisierend wahrgenommen. Aber auch Modifikationen im Mittel- und Untergesicht verbesserten die Wahrnehmbarkeit in der weiblichen Rolle. In einem zweiten Experiment (Spiegel, 2011) wurden Versuchspersonen jeweils 100 Ausschnitte von Gesichtsfotografien aus Ober-, Mittel- und Untergesicht dargeboten, die entweder Männer oder Transgender nach gesichtsfeminisierenden Operationen zeigten. Die Versuchspersonen wurden um eine Geschlechterzuordnung gebeten. In über 80 % wurden die Ausschnitte der Gesichtsfotografien nach gesichtsfeminisierenden Eingriffen dem weiblichen Geschlecht zugeordnet. In der dritten Sektion beschäftigt sich die Arbeit von Spiegel (2011) mit den Risiken und Komplikationen einer operativen Stirnmodifikation bei 168 Patientinnen und bewertet – ebenso wie die Arbeit von Hoenig (2011) – derartige Eingriffe als nebenwirkungs- und komplikationsarm.

Operative Eingriffe im Gesicht sind demnach geeignet, anatomische Merkmale, die als männlich wahrgenommen werden, so zu modifizieren, dass die Wahrnehmbarkeit in der weiblichen Rolle verbessert wird (Spiegel, 2011).

Gesichtsfeminisierende Operationen können die Lebensqualität für trans* Frauen verbessern und stellen damit eine relevante Behandlungsoption dar, der eine besondere Bedeutung im Zusammenhang mit dem Geschlechtsrollenwechsel und der Lebbarkeit der gewünschten Geschlechtsrolle zukommen kann (Ainsworth und Spiegel, 2010).

Im Hinblick auf die Indikation zu gesichtsfeminisierenden Operationen sind die individuellen Voraussetzungen von besonderer Bedeutung. Gesichtsmerkmale, die als männlich wahrgenommen

werden, sind individuell unterschiedlich stark ausgeprägt. Ferner kann häufig alleine durch eine Hormonbehandlung eine Feminisierung bewirkt werden. Es kann also durchaus sinnvoll sein, vor einer operativen Gesichtsfeminisierung die Auswirkungen der Hormonbehandlung abzuwarten. Wenn das Gesicht einer trans* Frau für einen unbefangenen Betrachter männlich erscheint, kann dies die soziale Integration in der weiblichen Rolle gefährden, zur Diskriminierung führen und auf diese Weise für die Aufrechterhaltung des Leidensdrucks verantwortlich sein. Bei markant männlichen Merkmalen und entsprechendem Leidensdruck kann eine operative Gesichtsfeminisierung unabhängig von anderen medizinischen Behandlungen bereits in einem frühen Stadium der Transition indiziert sein.

Der Leidensdruck und die potentiellen Wirkungen einer Hormonbehandlung auf das Erscheinungsbild des Gesichts sollten deshalb sorgfältig evaluiert werden. Der Umfang und die individuelle Prognose gesichtsfeminisierender Operationen sollten in Zusammenarbeit einem_r Operateur_in oder gegebenenfalls mehreren Operateuren_innen eingehend abgeklärt werden.

Operative Eingriffe im Gesicht sind geeignet, anatomische Merkmale, die als männlich wahrgenommen werden, so zu modifizieren, dass die Wahrnehmbarkeit in der weiblichen Rolle verbessert wird. Dabei ist zwischen Maßnahmen, die der Verjüngung bzw. der Verschönerung des Gesichts dienen und Maßnahmen zur Gesichtsfeminisierung zu unterscheiden.

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzlevel III)

Quellen: Spiegel, 2011; Ainsworth und Spiegel, 2010; Altman, 2012

Abstimmung des Statements: **Starker Konsens**

Behandlungssuchenden sollen gesichtsfeminisierende Eingriffe ermöglicht werden, um das Kongruenzerleben zu verbessern und die Wahrnehmbarkeit als Frau zu erhöhen.

Konsensbasierte Empfehlung

Konsensstärke: **Konsens**

7.10. Feminisierende Genitaloperationen

Feminisierende Genitaloperationen^[1] sind in der Literatur seit den 1930er Jahren beschrieben (Abraham, 1931/32). George Burou entwickelte 1956 mit der penilen Inversion eine Technik zur Konstruktion einer Neovagina, die als das Grundprinzip vaginalplastischer Operationen anzusehen ist und noch heute weltweit als Goldstandard gilt.

Genitalmodifizierende Operationen waren lange umstritten, haben sich in den letzten Jahren im Zuge der Entpathologisierung transgeschlechtlicher Identitäten und der Zunahme wissenschaftlicher Studien als wichtiges therapeutisches Element in der Behandlung der Geschlechtsdysphorie/Geschlechtsinkongruenz etablieren können. Das Bedürfnis nach Genitalmodifizierung kann individuell unterschiedlich stark ausgeprägt sein. Bei entsprechendem Bedarf haben feminisierende Genitaloperationen in einem interdisziplinären Behandlungsansatz eine wesentliche Bedeutung für die Reduktion des Leidensdrucks und die Verbesserung des Kongruenzerlebens. Für den Erfolg dieser Behandlung ist neben einer sorgfältigen Indikationsstellung (siehe Kapitel 4) die Expertise des operativen Zentrums einschließlich Vor- und Nachsorge entscheidend. Die Qualität der Transformationschirurgie trägt maßgeblich zur subjektiven Zufriedenheit und zur Lebensqualität der Betroffenen bei. Dabei ist neben ästhetischen Aspekten insbesondere auf eine sorgfältige Präparation der Gefäß-/Nervenbahnen zu achten, um sensible und sensorische Funktionen zu erhalten.

Die Literaturrecherche ergab sieben Publikationen aus dem Zeitraum 2006 und 2014, die sich mit den Auswirkungen, der subjektiven Zufriedenheit sowie der Komplikations- und Revisionsrate beschäftigen. Vier Arbeiten untersuchen die genitale Angleichung mittels peniler Inversion und zwei die Vaginalplastik unter Verwendung von Sigma- bzw. Ileumgewebe zur Korrektur misslungener peniler Inversionen. Eine Arbeit bezieht sich auf die Weiterentwicklung der penilen Inversion unter Verwendung von Urethralgewebe. Angaben zur prä- bzw. postoperativen psychologischen Begleitung, zur psychotherapeutischen Behandlung und zur Indikationsstellung wurden nicht in die Auswertungen einbezogen.

Vier Studien (Lawrence, 2006; Goddard et al.; 2007; Wagner et al.; 2010; Buncamper et al., 2014) mit einer Stichprobensumme von 760 Personen untersuchten in unterschiedlichen Designs die subjektive Zufriedenheit und die Komplikationsrate nach peniler Inversion. In den Stichproben schwankte die subjektive Zufriedenheit zwischen 70 und 100 %. Die Komplikationsrate wurde durchweg als gering angegeben. Am häufigsten wurde von Miktionsproblemen berichtet. Die Sensibilität der Neoklitoris und die Orgasmusfähigkeit verbesserten sich langfristig im postoperativen Verlauf.

Djordjevic und Bouman (Djordjevic et al., 2011; Bouman et al., 2014) untersuchten die Technik der Ileo- bzw. Sigmoidvaginalplastik, wobei sowohl biologisch weibliche Patientinnen mit Vaginalatresie als auch Patient_innen mit Geschlechtsdysphorie einbezogen wurden. Bei Djordjevic et al. (2011) umfasst die Stichprobe 86 Personen. Bouman et al. (2014) beziehen sich auf eine Literaturrecherche, die die Ergebnisse von 855 Personen zusammenfasst. Als zentrales Ergebnis ist festzuhalten, dass die penile Inversion einer Ileo- bzw. Sigmoidvaginalplastik überlegen ist. Nach misslungener peniler Inversion stellt die Ileo- bzw. Sigmoidvaginalplastik jedoch die Möglichkeit einer Korrektur dar.

Amend et al. (2012) untersuchten die penile Inversion unter zusätzlicher Verwendung von Urethralgewebe. Bei einer Stichprobe von 24 Patient_innen lag die subjektive Zufriedenheit bei 100 %. Die Komplikationsrate wurde als „minimal“ angegeben. Dies deutet darauf hin, dass die zusätzliche Verwendung von Urethralgewebe der alleinigen penilen Inversion überlegen sein könnte. Allerdings ist das Datenmaterial gering. Vergleichende Studien zwischen den beiden Operationstechniken stehen nicht zur Verfügung. Zur Vertiefung der Neovagina kommen weitere Techniken in Frage, beispielsweise die Kombination der penilen Inversion mit einem Transplantat aus der Haut des Hodensacks oder einem freien Hauttransplantat aus einer anderen Körperregion.

Der postoperative Verlauf ist erfahrungsgemäß abhängig von der Erfahrung und der Qualität des operativen Zentrums. Schwerwiegende Komplikationen (Traumatisierung des Rektums etc.) sind möglich, spielen jedoch zahlenmäßig nur eine geringe Rolle. Häufiger sind geringfügige postoperative Komplikationen, die einer chirurgischen Intervention bedürfen.

Von hoher Bedeutung für den langfristigen Verlauf sind eine strukturierte Vor- und Nachsorge. Dabei soll insbesondere auf die Pflege und die Edukation über den Umgang mit dem Neogenital (Bougieren, Masturbationen) Wert gelegt werden. Die Dauer der postoperativen Nachsorge soll individuell abgestimmt werden. Postoperativ ist mit einer mehrwöchigen Arbeitsunfähigkeit zu rechnen. Da in der Regel eine zweite operative Sitzung notwendig ist, dauert der Wiedereingliederungsprozess in das Berufsleben meist mehrere Wochen bis Monate. Die katamnestischen Erhebungen zeigen – abhängig von der Güte der operativen Arbeit – eine hohe und dauerhafte Zufriedenheit, eine Minderung des psychischen Leidensdrucks und eine Integration in alle zwischenmenschlichen Bereiche, den körperlich sexuellen eingeschlossen.

Da die Hoden einen erheblichen Beitrag zur körpereigenen Sexualhormonproduktion leisten und feminisierende Genitaloperationen mit einer Entfernung der Keimdrüsen (Orchiektomie) einher gehen, ist postoperativ – sofern nicht ohnehin bereits eine Behandlung mit weiblichen Sexualhormonen durchgeführt wird – mit erheblichen Auswirkungen auf den körpereigenen Sexualhormonhaushalt zu rechnen. Ein Mangel an Sexualhormonen kann neben subjektiven Befindlichkeitsstörungen zu langfristigen Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit (z. B. Osteoporose) und zu einer seelischen Destabilisierung (Depression, Vitalitätsverlust) führen, so dass im Zuge einer feminisierenden Genitaloperation eine ausreichende Sexualhormonsubstitution dringend anzuraten ist. Sollten medizinische Gründe gegeben sein, die einer

Sexualhormonsubstitution entgegenstehen (Kontraindikationen), so sollte die Indikation für eine feminisierende Genitaloperation sorgfältig in Zusammenarbeit mit einem/einer erfahrenen Endokrinolog_in überprüft werden.

[1] Das Adjektiv „feminisierend“ bezieht sich in diesem Zusammenhang ausschließlich auf die operative Modifizierung von Körpermerkmalen. Eine Aussage zum Geschlechtszugehörigkeitsempfinden (weiblich oder non-binär) ist mit dem Begriff „feminisierende Genitaloperationen“ nicht verbunden.

Die feminisierende Genitaloperation stellt eine Therapiemethode dar, die zur Reduktion der Geschlechtsinkongruenz und/oder Geschlechtsdysphorie und möglicher sekundär bedingter Symptome sowie zur Verbesserung der Lebensqualität beiträgt und in sexueller, kosmetischer und sensorischer Hinsicht zur Zufriedenheit mit dem Ergebnis führen kann.

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzlevel II)

Quellen: Buncamper et al. (2014), Wagner et al. (2010), Goddard et al. (2007), Lawrence (2006, Amend et al. (2012), Löwenberg et al. (2011)

Abstimmung des Statements: **Starker Konsens**

Behandlungssuchenden soll aus psychosozialen Gründen eine feminisierende Genitaloperation ermöglicht werden.

Konsensbasierte Empfehlung

Konsensstärke: **Konsens**

7.11. Mastektomie

Die Literaturrecherche ergab drei Arbeiten, die sich exklusiv mit der Auswahl der geeigneten chirurgischen Methode (u. a. in Abhängigkeit von der prä-chirurgischen Anatomie der Brust), der Komplikations- und Revisionsrate sowie der Patientenzufriedenheit beschäftigt haben.

Es handelt sich um drei Kohortenstudien, die jeweils die Operierten der eigenen Klinik bzw. Praxis untersucht haben, einmal retrospektiv (Berry et al. 2012), zweimal prospektiv bzw. konsekutiv (Monstrey et al. 2008, Morath et al. 2011). Insgesamt sind in den drei Studien 318 operierte trans* Personen berücksichtigt. Da es sich bei allen drei Studien um *single-center* oder *single-surgeon* Untersuchungen handelt und die Zufriedenheit mit dem Operationsergebnis nicht von unabhängigen Dritten erhoben wurde, ist die methodische Qualität eingeschränkt.

Allerdings ist die Zufriedenheit mit dem Operationsergebnis über alle drei Studien bemerkenswert hoch, was auch auf den hohen prä-operativen Leidensdruck zurückzuführen ist. Zur Zufriedenheit trägt zudem die Technik bzw. das kosmetische Ergebnis bei. Zur Auswahl der passenden Technik für die Mastektomie schlagen Monstrey et al. (2008) und Morath et al. (2011) jeweils einen ähnlichen Algorithmus vor, dessen Anwendung empfohlen wird. Berry et al. (2012) haben zudem keinen Zusammenhang zwischen einer prä-operativen Testosterongabe und hämorrhagischen Komplikationen gefunden. Aus dieser Sicht spricht daher nichts gegen oder für eine Testosterongabe im Vorfeld einer Mastektomie. Eine Hormontherapie als Voraussetzung wird daher nicht gefordert.

Die Mastektomie führt bei Behandlungssuchenden zu einer hohen Zufriedenheit hinsichtlich der Operationsergebnisse.

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzlevel II)

Quellen: Berry et al. (2012), Monstrey et al. (2008), Morath et al. (2011)

Abstimmung des Statements: **Starker Konsens**

Die Mastektomie soll den Behandlungssuchenden bereits zu Beginn der Transition ermöglicht werden.

Konsensbasierte Empfehlung

Konsensstärke: **Starker Konsens**

Behandlungssuchenden soll aus psychosozialen Gründen eine Mastektomie einschließlich Liposuktion und Mamillentransplantation ermöglicht werden.

Konsensbasierte Empfehlung

Konsensstärke: **Starker Konsens**

7.12. Hysterektomie und Adnektomie

Die erste Hysterektomie und Adnektomie werden als operative Angleichung von Frau zu Mann auf 1917 bzw. 1918 datiert. In der Behandlung der Geschlechtsdysphorie haben sich Hysterektomie und Adnektomie zu einem Routineeingriff für trans* Männer entwickelt, der mittlerweile laparoskopisch und häufig kombiniert mit einer beidseitigen Mastektomie in einer operativen Sitzung durchgeführt wird. Hysterektomien und Adnektomien werden in den meisten gynäkologischen Abteilungen angeboten, in Kombination mit einer beidseitigen Mastektomie ist das Angebot auf spezialisierte Operateur_innen begrenzt. Da Uterus und Ovarien im Bauchraum liegen dient sie nicht der Angleichung äußerer Geschlechtsmerkmale, hat für viele trans* Männer aber hohen symbolischen Wert. Eine Studie zufolge (Wierckx et al. 2013) ergibt sich keine medizinisch begründete Indikation (z. B. aufgrund eines erhöhten Risikos von Neoplasmen) für eine Hysterektomie und Adnektomie bei trans* Männern unter Testosteronbehandlung. Damit steht trans* Männern potentiell die Möglichkeit einer Schwangerschaft offen, sofern sie sich gegen eine Hysterektomie und Adnektomie entscheiden.

Aus der Literaturrecherche wurden 3 Publikationen aus den Jahren 2008 – 2010 ausgewählt. Rachlin et al (2010) erhebt über eine online Befragung bei 131 Probanden Daten zur Operationsmotivation, zu den postoperativen Komplikationen und zur Frage, inwiefern nach Hysterektomie und Adnektomie eine vermehrte Androgenisierung des Körpers zu erwarten ist. Von den 131 Behandelten hat keiner die Operation bereut. Bei den Meisten wurden die Operationen vor dem sozialen Rollenwechsel durchgeführt und vor einer Mastektomie. Nur 24 % hatten die empfohlenen Kriterien einer psychotherapeutischen Begleitbehandlung nach den internationalen *Standards of Care* der WPATH erfüllt. Die Wirkung der Androgene hat sich postoperativ verstärkt. Eine leichte Androgenisierung wurde auch von 9 Teilnehmenden berichtet, die weder prä- noch postoperativ Androgene eingenommen hatten.

Sehnal et. al. (2008) vergleicht 3 Operationstechniken, die abdominale Hysterektomie mittels Mittellinienlaparatomie, die abdominelle Hysterektomie durch einen tiefen transversen Schnitt und die totale laparoskopische Hysterektomie an einer Stichprobe von 61 Probanden. Zentrales Ergebnis ist, dass eine laparoskopische Hysterektomie mit weniger Blutverlust, kürzerem postoperativen Verlauf bei etwas längerer Operationsdauer favorisiert wird. Ott et. al. (2010) beschäftigt sich mit der Frage, ob eine kombinierte Mastektomie und Hysterektomie und beidseitige Adnektomie in einer Sitzung gegenüber einer zweiseitigen Behandlung Vorteile bietet. Von seinen 32 Behandelten hat

keiner die Operation bereut. Schwere Komplikationen sind nicht beschrieben, leichte in 15,6 % (12,5 % Hämatome im Brustbereich). Bei einer Person war aufgrund anatomischer Besonderheiten eine Laparotomie notwendig.

Die Frage einer geschlechtsmodifizierenden operativen Therapie unter Organerhalt von Uterus und Ovarien, um die Möglichkeit einer späteren Schwangerschaft offen zu halten, wird in keiner Arbeit diskutiert.

Hysterektomie und Adnektomie stellen Therapiemethoden dar, die zur Reduktion der Geschlechtsinkongruenz und/oder Geschlechtsdysphorie und möglicher sekundär bedingter Symptome sowie zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen.

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzlevel II)

Quellen: Rachlin et. al. (2010), Sehnal et. al. (2008), Ott et. al. (2010)

Abstimmung des Statements: **Starker Konsens**

Behandlungssuchenden soll aus psychosozialen Gründen die Hysterektomie und Adnektomie ermöglicht werden.

Konsensbasierte Empfehlung

Konsensstärke: **Konsens**

7.13. Maskulinisierende Genitaloperationen

Penoidaufbau

Die Literaturrecherche ergab 24 Arbeiten, die sich mit den chirurgischen Ergebnissen, den Komplikationsraten und der Zufriedenheit mit dem operativen Ergebnis in kosmetischer wie in funktioneller Hinsicht beschäftigten.

10 Arbeiten beschränkten sich bei insgesamt 77 Behandlungssuchenden auf das chirurgische Ergebnis aus der Sicht der operierenden Chirurg_innen. In den meisten Fällen wird die Unterarmhautlappenmethode beschrieben, die von allen Autoren als die zu bevorzugende Methode mit den wenigsten Komplikationen genannt wird (Aköz und Kargi 2002, Kuntscher und Hartmann 2011, Large et al. 2009, Lin und Chen 2009, Lumen et al. 2008, Schaff und Papadopulos 2009). Kuntscher und Hartmann (2011) konnten zeigen, dass es zwar wiederholt zu Komplikationen mit der Unterarmhautlappenmethode kam, diese aber am besten funktioniert, wenn zusätzlich Penisstäbe verwendet werden, die mit einem hydraulischen Erektionssystem gekoppelt sind (siehe auch Hoebeke et al. 2010). In einer weiteren Studie diskutieren Santanelli und Scuderi (2000) den Einsatz des Insellappens aus dem Musculus tensor fasciae latae als Aufbaumaterial für den Penisaufbau. In weiteren 7 Studien erfolgten Nachbeobachtungen hinsichtlich der Unterarmhautlappenmethode bei immerhin 816 Behandlungssuchenden. Dabei traten im Nachbeobachtungszeitraum, wobei der Zeitraum nicht immer angegeben wurde, entweder nur geringe Komplikationen auf (Baumeister et al. 2010) oder es wurden viele Komplikationen genannt, obwohl die Patient_innen in der Folge mit ihrer Sexualität zufrieden waren (Fang et al. 1999, Hoebeke et al. 2010). Diese Ergebnisse erfolgten jedoch ohne Vergleich mit einer Kontrollgruppe.

Auch ohne Kontrollgruppe erfolgten die Studien von Terrier et al. (2014), nach denen die sexuelle Zufriedenheit in 95 % aller Fälle mit der Penisgröße korrelierte. In 97 % aller Fälle waren die Behandelten im Nachbeobachtungszeitraum von ca. 9 Monaten mit der Neo-urethra zufrieden (Garaffa et al. 2010b). In zwei Katamnese-Studien konnten Garaffa et al. (2010a) und Leriche (2008) im

durchschnittlichen Nachbeobachtungszeitraum von 26 Monaten bzw. 110 Monaten nach der Unterarmhautlappenmethode eine hohe sexuelle, sensorische und kosmetische Zufriedenheit belegen. Lediglich in drei Studien gab es Kontrollgruppen. Krueger et al. (2007) konstatierten keine Unterschiede zur sexuellen Zufriedenheit zu nicht trans* Männern ohne Penoidaufbau, wobei nicht genau angegeben wurde, um wie viele Teilnehmende es sich handelte („mehr als 100“). Zum gleichen Ergebnis kommen auch Van Caenegam et al. (2013), die allerdings als Kontrollgruppe nicht trans* Frauen einsetzen. Widersprüchlich sind die Ergebnisse in der Arbeit von Barret (1998), der eine Wartegruppe mit einer operierten Gruppe verglich. Dabei erlebten sich die Operierten in einem Nachbeobachtungszeitraum zwischen 24 und 72 Wochen als depressiver. Ansonsten gab es keine Unterschiede zur Wartegruppe.

Die Phalloplastik mit der Unterarmhautlappenmethode führt zu sexueller, kosmetischer und sensorischer Zufriedenheit.

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzlevel I)

Quellen: Van Caenegam et al. 2013, Krueger et al. 2007

Abstimmung des Statements: **Starker Konsens**

Behandlungssuchende, die den Aufbau eines männlichen Genitals anstreben, sollen über die verschiedenen operativen und alternativen Verfahren informiert werden.

Konsensbasierte Empfehlung

Konsensstärke: **Starker Konsens**

Behandlungssuchenden soll eine Form des Penoidaufbaus ermöglicht werden.

Konsensbasierte Empfehlung

Konsensstärke: **Starker Konsens**

Behandlungssuchenden soll eine Skrotumplastik ermöglicht werden.

Konsensbasierte Empfehlung

Konsensstärke: **Starker Konsens**

Metaidoioplastik bzw. Klitorispenoid

Eine weitere Methode zur chirurgischen Angleichung an das männliche Genitale stellt die Metaidoioplastik bzw. der Klitorispenoid (Clit-Pen) dar. Hier wird die Klitoris chirurgisch vergrößert. Bei der Operation wird die Klitoris aus der sie umgebenden Haut freigelegt, von den Haltebändern gelöst und nach oben, in eine „männliche“ Position verlegt, wodurch zudem zusätzliche Länge gewonnen wird. Aus den inneren Schamlippen und evtl. aus Vaginalhaut wird eine Harnröhre gebildet, die von der bestehenden Harnröhrenöffnung bis zur Spitze der nach oben verlegten Klitoris reicht. Die Scheidenhaut wird entfernt (Kolpektomie) und die Öffnung wird verschlossen. Aus den äußeren Schamlippen kann ein Hodensack gebildet werden, welcher mit Hodenimplantaten versehen werden kann.

Von den erwähnten 24 Studien beschäftigten sich 7 mit dieser Methode. In zwei Studien aus einer Klinik in Teheran wurden 10 Behandlungssuchende aus dem trans*-männlichen Spektrum, die zwischen 2007 und 2015 operiert wurden über einen Zeitraum von 68,4 Monaten nachuntersucht (Cohanzad 2016 a, Cohanzad 2016 b). 7 dieser 10 Personen berichteten von einer zufriedenstellenden Sexualität, bei der auch stabile Erektionen zur Durchführung eines Geschlechtsverkehrs möglich waren. Die erreichte Erektion betrug im Durchschnitt 8,7 cm. Die relativ geringe Komplikationsrate betrafen die Neourethra.

Aus einer Klinik in Belgrad kommen die anderen 5 Studien, die ähnliche Ergebnisse erbrachten. Auch hier betrafen die meisten Komplikationen die Neourethra. So veränderte sich die Penisgröße bei 97 trans*Männern von der hypertrophierten Klitoris bis zum Klitorispenoid von 3,3 cm auf 7 cm. Der Nachbeobachtungszeitraum betrug 30 Monate. Operiert wurden diese Personen zwischen 2008 und 2013. Es hätte bei allen keine Probleme mit der sexuellen Erregung, der Masturbation und der Orgasmusfähigkeit gegeben. (Vukadinovic et al. 2014). Ähnliche Ergebnisse erbrachten frühere Studien dieser Arbeitsgruppe, bei denen insgesamt 207 Operierte nachuntersucht wurden (Djordjevic und Bizic 2013, Djordjevic et al. 2009a, Djordjevic et al. 2009b, Perovic und Djordjevic 2003). 193 der 207 Personen waren mit ihrer Sexualität zufrieden. Der Nachbeobachtungszeitraum lag zwischen 12 und 116 Monaten.

Die Metaidoioplastik führt zu sexueller, kosmetischer und sensorischer Zufriedenheit.

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzlevel II)

Quellen: Cohanzad 2016a, Cohanzad 2016b, Vukadinovic et al. 2014, Djordjevic 2013, Djordjevic et al. 2009a, Djordjevic 2009b, Perovic & Djordjevic 2003

Konsensstärke: **Starker Konsens**

Behandlungssuchenden soll eine Metaidoioplastik ermöglicht werden.

Konsensbasierte Empfehlung

Konsensstärke: **Starker Konsens**

Behandlungssuchenden soll eine Skrotumplastik ermöglicht werden.

Konsensbasierte Empfehlung

Konsensstärke: **Starker Konsens**

8. Von der Transition zur Trans*-Gesundheit

8.1. Transition und Re-Transition

In diesem Kapitel wurden insgesamt 6 Studien (Dhejne et al. 2014; Karpel et al. 2012; Kuiper et al. 1998; Landen et al. 1998; Olsson et al. 2006; Pfäfflin 1992) berücksichtigt. Hierbei wurden ein narratives Review (Pfäfflin 1992), 3 Querschnittsstudien (N= 10 – N = 681) (Dhejne et al. 2014; Kuiper et al. 1998; Landen et al. 1998) und 2 Fallberichte (Karpel et al. 2012; Olsson et al. 2006) gesichtet. Die Evidenzqualität war meistens mittel bis schlecht. Einzig eine der Querschnittsstudien (Dhejne et al. 2014) zeigte eine gute methodische Qualität. Eine Vergleichbarkeit zwischen den Studien ist insbesondere aufgrund der unterschiedlichen Konzepte von Transition und Re-Transition bzw. dem Bedauern einer Transition (engl. *regret*) und der verschiedenen diagnostischen Definitionen von

Trans* nicht gegeben. Zudem führt die Fokussierung der meisten Untersuchungen auf klinische Samples zu erheblichen Verzerrungspotentialen (Selektionsbias).

Grundsätzlich wird die Häufigkeit einer Re-Transition bei der bereits geschlechtsmodifizierende somatische Behandlungen durchgeführt wurden als sehr niedrig beurteilt. Die Spanne der Schätzung reicht von weniger als 1 % (Pfäfflin 1992) bis zu 3,8 % (Landen et al. 1998). Zwei aus Schweden stammenden Studien (Dhejne et al. 2014, Landen et al. 1998) beobachten zudem, dass sich die Inzidenz der Re-Transition im Verlauf der Zeit reduziert. Eine klare Geschlechterdifferenz bei den betroffenen Personen kann nicht erfasst werden. Während manche Studien auf eine deutliche Häufung von Re-Transitionen bei trans* Frauen hinweisen (Kuiper et al. 1998; Pfäfflin 1992), können andere Untersuchungen diese Geschlechterdifferenz nicht bestätigen (Dhejne et al. 2014).

Mehrere Studien äußern sich zu den Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit, nach geschlechtsmodifizierenden somatischen Behandlungen zu re-transitionieren, erhöhen. Hierzu gehören:

- die Existenz schwerer begleitender psychischer Störungen (Pfäfflin 1992),
- einer der Transition vorausgegangen Ehebeziehung bei trans* Frauen (d. h. noch in der männlichen Geschlechtsrolle verheiratet mit einer nicht trans* Frauen; Landen et al. 1998; Pfäfflin 1992),
- schlechte operative Resultate (Pfäfflin 1992),
- einem Transitionsbeginn im mittleren Erwachsenenalter (engl. *late-onset*; Kuiper et al. 1998; Pfäfflin 1992),
- einem Mangel an korrekter Diagnostik (Kuiper et al. 1998),
- fehlende Alltagserfahrungen (Pfäfflin 1992),
- ein fehlender Reflexionsraum zur Äußerung von Ambivalenzen (Kuiper et al. 1998),
- ungenügende soziale Stabilität (Pfäfflin 1992),
- ungenügende familiäre Unterstützung (Landen et al. 1998) und
- Sexkontakte von trans* Frauen mit nicht trans* Männern (Pfäfflin 1992).

Als weiterer Risikofaktor wurde in einer der Querschnittsstudien das Nicht-Zugehörigkeitsgefühl der betreffenden trans* Personen zur Gruppe der „Kern-Transsexuellen“ genannt (Landen et al. 1998). Für trans* Männer äußern die Studien keine spezifischen Risikofaktoren.

Zusammenfassend betonen Olsson et al. (2006), dass das Einhalten internationaler Empfehlungen zur Versorgung von trans* Personen (z. B. die *Standards of Care* der WPATH) eine Möglichkeit bieten, verschiedene Risikofaktoren zu minimieren. Daraus lässt sich ableiten, dass sich die bereits niedrige Wahrscheinlichkeit einer Re-Transition weiter reduzieren lässt, wenn trans* Personen im Rahmen ihrer Transition von Fachkräften (Psychotherapeut_innen, Endokrinolog_innen, Chirurg_innen, etc.) behandelt werden, die über genügend Expertise in der Transitionsbegleitung und -behandlung verfügen. Hierbei sollten trans* Personen bei ihrem *Coming-out* – insbesondere gegenüber der Kernfamilie – aktiv unterstützt werden. Das bedingt wiederum, dass Behandlungssuchende von den involvierten Fachkräften zur (ergebnisoffenen) Erforschung ihrer Geschlechtsidentität und ihrer sexuellen Orientierung ermuntert werden.

8.2. Sexualität und Intimität

Insgesamt gingen 54 Arbeiten in die Bearbeitung zum Thema Sexualität ein. Es gibt praktisch keine Studien mit einem Kontrollgruppendesign. Einige Studien beziehen sich auf Transgender, ohne dass eine genaue Definition dieses Begriffs bzw. Diagnosen vorliegen. Daher ist es fraglich inwieweit sie für eine Leitlinie brauchbar sind. Hier sind v. a. die Arbeiten aus dem Umkreis von San Francisco (z. B. Sevelius 2009) zu nennen. Arbeiten zu HIV beziehen sich v. a. auf *Sex Workers*. Auch hier sind die Stichproben nicht klar definiert. Es werden Transgender Personen ohne medizinische Interventionen und Transsexuelle gemischt. Die Studien sind ausschließlich aus den USA und Thailand, daher kaum übertragbar auf deutsche Verhältnisse. Sie wurden in der weiteren Bewertung nicht berücksichtigt.

Die einzigen Arbeiten aus dem deutschen Sprachraum stammen von der Hamburger Arbeitsgruppe basierend auf Daten aus dem *European Network for the Investigation of Gender Incongruence* (ENIGI), einer Kooperation zwischen Amsterdam, Gent, Hamburg und Oslo (Cerwenka et al. 2012, Cerwenka et al. 2014). In die engere Beurteilung wurden letztlich folgende 22 Studien aufgenommen: Alegria (2010), Alegria (2013), Alegria & Ballard-Reich (2013), Auer et al. (2014), Blanchard (1993), Bockting et al. (2009), Cerwenka et al. (2012), Cerwenka et al. (2014), Chase (2011), Chivers & Bailey (2000), Coleman & Bockting (1993), Costantino et al. (2013), Daskalos (1998), De Cuypere et al. (2005), Elaut et al. (2008), Lawrence et al. (2005a), Lawrence et al. (2005b), Lief und Hubschman (1993), Murad et al. (2010), Vaele et al. (2008), Wierckx et al. (2011), Wierckx et al. (2014).

Sexuelle Orientierung

Einige Arbeiten beschäftigen sich mit Zusammenhängen verschiedener Parameter des Sexuallebens mit der sexuellen Orientierung. Zu bedenken ist hier, dass sich die Betrachtung von Homosexualität in den letzten Jahren verändert hat. Wurden zunächst trans* Personen als homosexuell bezeichnet, die sich zu Personen ihres Geburtsgeschlechts hingezogen fühlten, spricht man in letzter Zeit dann von homosexuellen trans* Personen wenn sie sich nach der Transition zu Personen hingezogen fühlen, die diesem Geschlecht entsprechen.

Zunächst wurde untersucht, ob homosexuelle trans* Personen sich von nicht trans* Homosexuellen unterscheiden (Coleman & Bockting, 1993, Bockting et al., 2009). Während zwischen homosexuellen trans* Männern und homosexuellen nicht trans* Männern kaum Unterschiede beobachtet wurden, konnte innerhalb der Gruppe der trans* Männer in einer ganzen Reihe von Variablen Unterschiede zwischen homosexuellen und nicht homosexuellen trans* Männern gefunden werden. Trans* Männer, die sich sexuell zu Frauen hingezogen fühlen (gynäphil), berichteten eine deutlichere Geschlechts-Nonkonformität in der Kindheit, zeigten eher sexuelle als emotionale Eifersucht, waren sexuell selbstsicherer, hatten mehr Sexualpartnerinnen, ein größeres Verlangen nach einer Penoidkonstruktion und zeigten mehr Interesse für visuell-sexuelle Stimuli. Die beiden Gruppen unterschieden sich jedoch nicht hinsichtlich des allgemeinen Wunsches, den Körper zu vermännlichen, ihrer Geschlechtsidentität im Erwachsenenalter, oder des sozialen Status ihrer Partner_innen. Diese Ergebnisse basieren allerdings auf einer sehr kleinen Stichprobe von n = 9. Es wird von den Autor_innen die Auffassung vertreten, dass sich die transsexuelle Identität bereits vor der sexuellen Orientierung ausbilde (Chivers & Bailey (2000).

Bei trans* Frauen, für die allerdings keine klare Diagnose vorlag, fanden Vaele et al. (2008), dass sie im Vergleich zu nicht trans* Frauen mehr Wert auf die Attraktivität von Partner_innen legen und höhere Werte im Bereich der Autogynäphilie zeigen. Sie fühlten sich eher zu femininen Männern hingezogen, zeigten häufiger fetischistische Tendenzen und bevorzugten jüngere Partner_innen, sowie Sexualität außerhalb fester Beziehungen. Im Gegensatz zu Blanchards Theorie erreichten autogynäphile trans* Frauen höhere Werte in ihrer Attraktion zu Männern als nicht-gynäphile trans* Frauen.

Cerwenka et al. (2014) untersuchten die Partner_innen von Personen, die sich erstmals in Behandlung begaben. Unter den trans* Frauen fühlten sich diejenigen mit einem *early onset* im Vergleich zu denjenigen mit einem *late onset* eher zu Männern hingezogen (androphil). Sie beziehen seltener Genitalien in den Sexualverkehr mit ein und erleben penile Sensationen und Orgasmen negativer. Trans* Männer mit einem *early onset* fühlen sich eher zu Frauen hingezogen (gynäphil). In einer weiteren Studie wurde die sexuelle Orientierung von Partner_innen von trans* Personen untersucht (Cerwenka et al. 2012). Trans* Frauen gaben an, meist auf Männer orientierte Partnerinnen zu haben. Trans* Männer berichten hingegen, sowohl auf Männer als auch auf Frauen orientierte Partnerinnen zu haben. In (hinsichtlich der sexuellen Orientierung) komplementären Partnerschaften werde Sexualität eher vermieden und es werden mehr negative sexuelle Erfahrungen gemacht (Cerwenka et al. 2014).

In einer Studie mit 115 trans* Personen (70 trans* Frauen and 45 trans* Männer) berichten Auer et al. (2014), dass 32,9 % (n = 23) der trans* Frauen von einer Veränderung in ihrer sexuellen Orientierung im Zuge der Transition berichten. Bei den trans* Männern berichteten ähnliches 22,2 % (n = 10).

Es gibt einige Arbeiten, die sich qualitativ mit Partnerschaften von trans* Personen beschäftigen (Alegria 2010; Alegria 2013, Alegria & Ballard-Reich 2013). Auch wenn es sich hierbei nicht um kontrollierte Studien handelt sondern um qualitative Arbeiten, sind sie dennoch wichtig, da sie sich mit Problemen in Partnerschaften von v. a. trans* Frauen mit einer Frau beschäftigten, die entweder über die Transition hinweg oder nach einer Transition bestehen bleiben. Die Mitteilung der Transition führte bei den Partnerinnen von 17 trans* Frauen zu Verunsicherung ihrer eigenen Identität und sexuellen Orientierung, sowie Ängsten bezogen auf die Zukunft der Beziehung. Als hilfreich wurden einerseits Sozialkontakte angegeben, aber auch soziale Netzwerke. Diese Studien sind v. a. von Bedeutung, da nach dem sog. Transsexuellengesetz (TSG) bis 2011 in Deutschland die Scheidung der Ehepartner_innen eine Voraussetzung für die Personenstandsänderung war. Es fehlen allerdings Studien zu Partnerschaften, die getrennt sind.

Chase (2011) untersuchte sechs weibliche Partnerinnen von trans* Personen, wobei die Partnerschaft bereits vor der Transition bestand. Es wurden verschiedene Phasen während des Transitionsprozesses beschrieben: (1) die Adoleszenz wird wiederholt, (2) die Partnerin muss selbständiger werden, (3) die Vergangenheit wird neu interpretiert; (4) Trauerarbeit, Verlust des geliebten Objekts; (5) eigene Persönlichkeit hinterfragen.

Veränderungen der Sexualität unter Hormonbehandlung

Bei der Studie von Costantino et al (2013) handelt es sich um eine der wenigen Studien bei immerhin 50 trans* Männern, in der wiederholte Messungen beim Erstkontakt, nach 12-monatiger Einnahme von Testosteron, sowie mind. 6 Monate nach einer Operation (alle OPs außer Penoidkonstruktion bzw. Metaidioplastik) von vielen verschiedenen Parametern der Sexualität (u. a. auch Hormon- und Blutwerte), der sexuellen Funktion und Stimmung durchgeführt wurden. Nach 12 Monaten kommt es nicht nur zu einer Verbesserung der Stimmung sondern auch zu einer Zunahme der Masturbationshäufigkeit, des sexuellen Verlangens, der Erregung und sexueller Fantasien.

Elaut et al. (2008) verglichen trans* Frauen nach Hormontherapie mit nicht trans* Frauen während des Eisprungs (Ovulation). Trans* Frauen hatten ein signifikant niedrigeres freies und totales Testosteron im Vergleich zur weiblichen Kontrollgruppe. Eine Störung des sexuellen Interesses bzw. der Erregung (engl. *Hyposexual Desire Disorder*, HSDD) wurde von 34 % der trans* Frauen und von 23 % der weiblichen Kontrollgruppe berichtet, was jedoch keinen signifikanten Unterschied darstellt. Während bei Frauen während des Eisprungs ein signifikanter Zusammenhang zwischen sexueller Lust und Testosteron gefunden wurde, war dieser Zusammenhang bei den trans* Männern nicht signifikant.

Veränderungen der Sexualität nach Hormonbehandlung und (Genital-)Operationen

Studien, die die Auswirkungen der Genitaloperation (nach einer Zeit der Hormonbehandlung) auf die Sexualität und sexuelle Orientierung untersuchen können nur Tendenzen für die Beurteilung der Veränderung der sexuellen Funktion liefern. Längsschnittstudien liegen keine vor und v. a. werden die Operationsmaßnahmen in der Regel nicht genau beschrieben. Zudem haben sich die operativen Techniken in den letzten 20 Jahren stark verbessert. Es finden sich einerseits Arbeiten, die untersuchen, inwiefern sich die sexuelle Funktionsweise (De Cuypere et al. 2005) aber auch die sexuelle Orientierung von trans* Personen im Laufe der Transition verändert (Lawrence et al. 2005a), andere vergleichen trans* Personen mit nicht trans* Personen und wieder andere trans* Frauen mit trans* Männern nach genitalmodifizierenden Operationen. Lief und Hubschmann (1993) ziehen aufgrund einer Studie bei 14 trans* Frauen und 9 trans* Männern die Schlussfolgerung, dass diese mit dem Sexualleben nach einer Genitaloperation zufriedener sind, auch wenn die sexuelle Funktion beeinträchtigt bleibt.

Lawrence et al. (2005a) untersuchten, inwiefern sich bei 232 trans* Frauen, die alle von einem Operateur (Toby R. Meltzer, MD) in der Zeit von 1994 bis 2000 operiert worden waren, ihre sexuelle Attraktion (Orientierung) veränderte. Erlebten sich vor der OP 54 % zu Frauen und 9 % zu Männern hingezogen, waren es nach der OP 25 % bzw. 43 %. Nach der OP berichteten 32 % keinen Sexualpartner gehabt zu haben. Bisexuelle Teilnehmerinnen hatten im Vergleich zur Restgruppe sowohl vor als auch

nach der OP mehr Sexualpartner_innen. 85 % berichteten, zumindest gelegentlich Orgasmen zu erleben.

De Cuypere et al (2005) untersuchten 55 trans* Personen nach der OP hinsichtlich ihrer sexuellen und allgemeinen Gesundheit (33 trans* Frauen und 23 trans* Männer, die alle genitalmodifizierend operiert worden waren inklusive Penoidkonstruktion). Im allgemeinen traten wenige Krankheiten auf, es fand sich aber ein Trend, dass trans* Frauen mehr gesundheitliche Probleme hatten als trans* Männer, was mit dem höheren Alter dieser Gruppe erklärt werden könnte. Alle trans* Frauen wurden mit Östrogenen behandelt, zeigten Testosteronwerte im normalen Bereich von nicht trans* Frauen. Die Erwartungen nach der Operation bezogen sich eher auf Emotionen, die soziale Integration und weniger auf die Gesundheit, wengleich 80 % eine Verbesserung in der Sexualität angaben.

Wierckx et al. (2011) führten eine Studie bei 45 trans* Frauen nach geschlechtsangleichender Operation durch. Zunächst wurden sie nach ihrem sexuellen Verlangen vor der Hormonbehandlung und Operation retrospektiv befragt. 74 % zeigten eine Zunahme an sexuellem Verlangen nach Hormontherapie und Operation. Das sexuelle Verlangen nach Selbstbefriedigung war signifikant korreliert mit der Masturbationshäufigkeit nicht aber mit der Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs mit einer_m Partner_in. Es bestand kein Zusammenhang zwischen Testosteron und solitärem oder dyadischen sexuellem Verlangen, wohl aber ein Zusammenhang der Werte des luteinisierenden Hormons (LH) mit "solitärem" Verlangen in dem Sinne, als bei hohem LH und niedrigem Testosteron weniger solitäres Verlangen beobachtet wurde. Unterdrücktes LH hingegen war korreliert mit höherem Verlangen nach sexuellen Aktivitäten und gesteigerter sexueller Lust. Das sexuelle Verlangen scheint daher eher mit der Höhe des LH zusammenzuhängen als mit dem Testosteronniveau.

In einer weiteren Studie untersuchten Wierckx et al. (2014) 214 trans* Frauen und 138 trans* Männer nach genitalmodifizierender Operation. Bei 62 % der trans* Frauen wurde eine Abnahme sexueller Lust beobachtet. 22 % der trans* Frauen gaben an sich durch die sexuelle Lustlosigkeit (HSDD) nach der OP beeinträchtigt zu fühlen. 37 % gaben an, nie oder nur selten spontan sexuelles Verlangen zu verspüren. Diejenigen, die sich einer feminisierenden Genitaloperation unterzogen hatten, gaben signifikant häufiger an, mehr Lust zu verspüren als diejenigen, die eine Operation planten. Bei 71 % der trans* Männer konnte eine Zunahme der sexuellen Lust beobachtet werden, bei 5 % der trans* Männer wurde sexuelle Lustlosigkeit (HSDD) gefunden. Lustlosigkeit war unter denjenigen trans* Männern signifikant häufiger, die unzufrieden waren mit ihrer Penoidkonstruktion.

Lawrence et al. (2005) verglichen 11 trans* Frauen nach einer feminisierenden Genitaloperation mittels vaginaler Photoplethysmographie mit 72 nicht trans* Frauen in ihrer Erregbarkeit durch sexuelle Stimuli und fanden, dass die trans* Frauen eine geringere Reaktion zeigten, die Reaktion aber ihrer sexuellen Orientierung entsprachen. Lief und Hubschman (1993) konnten zeigen, dass die Orgasmusfähigkeit bei der Gruppe der trans* Frauen (n=14) nach der feminisierenden Genitaloperation zurückgegangen sei, jedoch in der Gruppe der trans* Männer (n=9) zugenommen habe.

Review

Murad et al. (2010) erstellten ein Review über insgesamt 28 Studien, in denen 1833 trans* Personen zu den Veränderungen durch Hormontherapien mit und ohne zusätzliche chirurgische Interventionen untersucht wurden (1093 trans* Frauen und 801 trans* Männer). Sie berichten, dass sich kaum kontrollierte Studien fanden, sondern meist beschreibende Studien. Bei 80 % konnte eine Verbesserung der Geschlechtsdysphorie beobachtet werden, bei 78 % der psychischen Symptome, bei 80 % der Lebensqualität und bei 72 % der sexuellen Funktionen. Während hinsichtlich der Geschlechtsdysphorie und der psychischen Symptome die trans* Frauen um 15 % häufiger eine Verbesserung zeigten, waren es bei der Lebensqualität (+ 6 %) und v. a. bei der sexuellen Funktion die trans* Männer mit +17 %, d. h. 63 % bei den trans* Frauen zu 80 % bei den trans* Männern).

Die Testosterongabe kann in den ersten Monaten der Behandlung vorübergehend zu einer Zunahme des sexuellen Interesses und sexueller Aktivitäten führen.

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzlevel I)

Quellen: Costantino et al. (2013)

Abstimmung des Statements: **Konsens**

In Bezug auf die sexuelle Funktion, das sexuelle Verlangen und die Häufigkeit sexueller Aktivitäten kann sich das Sexualleben insgesamt nach genitalangleichenden Operationen verändern.

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzlevel I)

Quellen: Coleman & Bockting (1993) Lief & Hubschman (1993) Lawrence et al. (2005), De Cuyper et al. (2005)

Abstimmung des Statements: **Starker Konsens**

Auch wenn die sexuelle Funktion beeinträchtigt ist, gibt ein Großteil an, post-operativ mit dem Sexualleben zufriedener zu sein.

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzlevel I)

Quellen: Coleman & Bockting (1993) Lief & Hubschman (1993) Lawrence et al. (2005), De Cuyper et al. (2005)

Abstimmung des Statements: **Starker Konsens**

Eine Störung des sexuellen Verlangens ist häufiger bei trans Männern, die mit dem Ergebnis der Phalloplastik subjektiv unzufrieden sind. Bei trans* Frauen beeinflusst die subjektive Zufriedenheit mit dem Ergebnis der Genitaloperation die Häufigkeit von Störungen des sexuellen Verlangens nicht.*

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzlevel I)

Quellen: Wierckx et al (2014)

Abstimmung des Statements: **Starker Konsens**

Die Vielfalt der sexuellen Orientierung soll in der Behandlung berücksichtigt werden.

Konsensbasierte Empfehlung

Konsensstärke: **Konsens**

Die sexuelle Orientierung kann sich im Zuge der Transition verändern.

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzlevel I)

Quellen: Lawrence et al (2005), Auer et al. (2014)

Abstimmung des Statements: **Starker Konsens**

Nach Bekanntwerden des Transitionswunsches kann mit Problemen in der Partnerschaft gerechnet werden. Das Coming-Out muss aber nicht zur Trennung führen.

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzlevel I)

Quellen: Alegria 2009; Alegria 2013, Alegria & Ballard-Reich 2013

Abstimmung des Statements: **Konsens**

Es soll darauf hingewiesen werden, dass die Testosterongabe die Libido eher steigert und eine Testosteronsuppression mit Östrogengabe die Libido eher mindert.

Konsensbasierte Empfehlung

Konsensstärke: **Starker Konsens**

Über mögliche Auswirkungen der Hormonbehandlung und von chirurgischen Behandlungen auf die Sexualität soll aufgeklärt werden.

Konsensbasierte Empfehlung

Konsensstärke: **Konsens**

8.3. Familie

In diesem Kapitel wurden insgesamt 3 Studien (Croghan et al 2014; Riley et al 2013; White et al. 2007) und eine Dissertation (Veldorale-Brogan 2013) berücksichtigt. Bei allen gesichteten Arbeiten handelte es sich um Querschnittsuntersuchungen, in welchen sowohl trans* Frauen als auch trans* Männer eingeschlossen wurden. Zusätzlich wurden in eine Studie eine homo- und bisexuelle Vergleichsgruppe (Croghan et al 2014) und in zwei weiteren Arbeiten Kinder von transitionierten Personen (Veldorale-Brogan 2013; White et al. 2007) inkludiert. Während sich drei Arbeiten mit der Frage nach der familiären Veränderungen sowohl für die (transitionierenden) Eltern wie für deren Kinder befassten (Riley et al 2013; Veldorale-Brogan 2013; White et al. 2007) untersuchte eine Studie die Frage nach der familiären Betreuung alternder Trans*personen (Croghan et al 2014).

Drei Studien verwendeten eine quantitative Methodik (Croghan et al 2014, Veldorale-Brogan 2013; White et al. 2007), während eine Arbeit die gesammelten Daten qualitativ (Riley et al 2013) auswerte. Keine der Studien stach durch ihre methodische Qualität hervor. Verzerrungspotentiale ergaben sich aufgrund der untersuchten Gruppe (Personen aus dem LSBT-Bereich, d. h. Lesben, Schwule, Bisexuelle und Trans*), Rekrutierungsweise (klinische, bildungsnahe Samples), der (kleinen) Gruppengrößen, des retrospektiven Designs und der teilweise indirekten Datensammlung (Erleben der Kinder während der Transition wurde durch Eltern beurteilt).

Die Resultate werden nun gemäß der unterschiedlichen Themen (Familienveränderungen während der Transition und Familiäre Betreuung von Transmenschen im dritten Alter) zusammengefasst:

Familienveränderungen während der Transition

Die Transition wird in allen Studien als ein für die Familie mit Stress verbundenes Ereignis dargestellt, welches sowohl internen wie auch externen Quellen entstammt und welches sich nicht auf alle Familienmitglieder gleich auswirkt. Berücksichtigt man die familieninterne Dynamik, so nehmen beispielsweise die Kinder die Transitionszeit – infolge des damit verbundenen Kontrollverlustes – negativer als ihre transitionierenden Eltern wahr (Veldorale-Brogan 2013). Hierbei zeigten jüngere Kinder weniger Konflikte mit ihren Trans*Eltern als ihre ältere Geschwister (White et al. 2007). Diese

konfliktbedingte Stressbelastung ist insofern von Bedeutung als eine konfliktreiche Transition die Qualität der Trans*eltern-Kind-Beziehung auch nachträglich schaden kann (White et al. 2007).

Diese ist aber auch von der Beziehung zwischen dem transitionierenden und dem nicht-transitionierendem Elternteil abhängig. Erstaunlicherweise spielte hierbei weniger die Konfliktstärke zwischen den Eltern während der Transition als viel mehr die elterliche Beziehung nach der Transition eine besondere Rolle: Je grösser sich die Konflikte zwischen Elternteilen nach der Transition gestalteten, desto stärker litt die Trans*eltern-Kind-Beziehung im Nachhinein (White et al. 2007). In diesem Sinne wird von den Befragten der Umgang mit (familien-)internen Stressoren im Vergleich zu den (familien-)externen Stressoren als belastender empfunden, wobei Resilienzfaktoren (wie z. B. der Kohärenzsinn) modulierend wirken können (Veldorale-Brogan 2013).

Außerhalb der Familie fühlen sich 17 % der Kinder wegen der Transition eines Elternteils von anderen stigmatisiert (White et al. 2007). Obwohl mehr als die Hälfte mit niemandem über diese Stigmatisierungsereignisse spricht, zeigt nur eine kleine Minderheit (4 %) eine „posttransitorische Anpassungsstörung“ (i. S. von schlechteren Schulnoten beispielsweise). Hierbei besteht keine Korrelation zwischen der Anpassungsfähigkeit der Kinder und der Güte der Beziehungsqualität zum trans* Elternteil (White et al. 2007).

Zur Entlastung dieser Situation und unabhängig ihres Geschlechts wünschen sich die befragten Trans* Personen einerseits eine bessere Aufklärung ihres Umfelds hinsichtlich Geschlecht (Sex/Gender) und Geschlechtervarianz, welche bereits früh (in der Familie, in der Schule, etc.) stattfinden soll. Sie erhoffen sich dadurch, dass die familiäre (und die nicht-familiäre) Umgebung sensibler bzw. validierend auf diese Themen reagieren würde (Riley et al 2013). Auf der anderen Seite sei die Ermöglichung von Räumen, in denen trans* Personen ungestört von stigmatisierenden Einflüssen ihre Geschlechtsidentität entdecken könnten, notwendig. Hierzu bedürfe es allerdings neben der Bewusstseins Schärfung für diese Themen konkreter Stigmatisierungsverbote, welche diese Minderheit schützen würden (Riley et al 2013).

Familiäre Betreuung von trans* Menschen im dritten Alter

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ist die untersuchte LSBT-Gruppe weniger häufig verheiratet und lebt häufiger alleine (Croghan et al. 2014). Sie hat im Vergleich auch weniger Kinder und steht in nicht wenigen Fällen (10 % der befragten Gruppe) aufgrund ihrer Geschlechtsidentität bzw. sexuellen Orientierung nicht mehr mit ihrer Ursprungsfamilie in Kontakt. Diese Situation führt dazu, dass die LGBT-Gemeinschaft im Alter seltener auf die „klassischen“ Betreuungsinstanzen zugreifen kann und daher auf nicht-traditionelle Betreuungsmodelle (bzw. auf ihre „Wahlfamilie“) angewiesen ist. Gruppen, die Schwierigkeiten haben, solche Helfer_innen-Netzwerke aufzubauen (homosexuelle und trans* Männer), sind einem größeren Institutionalierungsrisiko ausgesetzt. Auf der anderen Seite sind Personen aus dem LSBT-Spektrum häufiger in der Betreuung von älteren Freund_innen und Nachbar_innen engagiert. Diese Betreuung gestaltet sich insofern als komplex, als diese Gruppe sich bei der Betreuung nicht auf ihren „Verwandtenstatus“ stützen kann. Dadurch werden sie in vielen Fällen von etablierten Strukturen (Krankenhäuser, Altersheime, etc.) nicht unterstützt.

Sofern im Verlauf der Transition Belastungen in der Familie, in der Partnerschaft oder in der Elternrolle auftreten, soll eine Psychotherapie unter Einbeziehung der Bezugspersonen ermöglicht werden. Im Bedarfsfall sollte eine psychotherapeutische Behandlung der Bezugsperson angeraten werden.

Konsensbasierte Empfehlung

Konsensstärke: **Starker Konsens**

8.4. Arbeit

In diesem Kapitel wurden insgesamt 7 Studien (Barclay et al. 2006; Brown et al. 2012; Chope et al. 2008; Dispenza et al. 2012; Macdonnell et al. 2012; Beagan et al. 2012; Hanssmann et al. 2012) berücksichtigt. Hierbei wurden ein narratives Review (Chope et al. 2008), ein Fallbericht (Barclay et al. 2006) und 5 Querschnittsstudien (N= 4 – N = 9) (Beagan et al. 2012; Brown et al. 2012; Dispenza et al. 2012; Hanssmann et al. 2012; Macdonnell et al. 2012) gesichtet. 3 Studien schlossen trans* Frauen ein (Barclay et al. 2006; Brown et al. 2012; Beagan et al. 2012) und 2 Arbeiten trans* Männer (Dispenza et al. 2012; Macdonnell et al. 2012). Einzig in einer Interventionsstudie wurden 55 Personen, die im weitesten Sinne mit dem Thema „Trans*“ zu tun haben (Lehrer_innen, (Schul-)Psycholog_innen, Pflegefachpersonen, etc.), inkludiert (Hanssmann et al. 2012).

Die Evidenzqualität war mittelgradig bis gut, wobei es drei Studien gab, die sich durch ihre methodische Qualität hervorhoben (Brown et al. 2012; Dispenza et al. 2012; Macdonnell et al. 2012). Bis auf eine Studie (Hanssmann et al. 2012), die verschiedene Methoden kombinierte (engl. *mixed methods*), wurden die Daten qualitativ ausgewertet, was eine direkte Vergleichbarkeit unmöglich macht. Bei sämtlichen Studien muss von einem deutlichen Rekrutierungsbias (bezüglich Transitionsstatus, Geschlechterbinarität, Alter, etc.) ausgegangen werden, auch wenn sich die Auswirkung auf die Dateninterpretation aufgrund der vorwiegend qualitativen Methodik etwas reduzieren dürfte. Schließlich wird in Anbetracht der unterschiedlichen Arbeitskontexte (Arbeitsmarkt, Gesetzgebung, etc.) in den unterschiedlichen Ländern (USA, CA, GB) die Übertragbarkeit der Resultate auf die deutsche (bzw. schweizerische) Situation massiv erschwert.

Zusammenfassend waren sich sämtliche Autor_innen einig, dass die Situation am Arbeitsplatz sowohl für Personen, die eine Transition beginnen bzw. sich in einer solchen befinden, als auch für ihre Arbeitsumgebung (Arbeitskolleg_innen, Vorgesetzte, etc.) außerordentlich herausfordernd ist (Barclay et al. 2006; Brown et al. 2012; Chope et al. 2008; Dispenza et al. 2012; Macdonnell et al. 2012; Beagan et al. 2012; Hanssmann et al. 2012). Die Probleme können aus drei unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden:

- Auf der Ebene der allgemeinen Rahmenbedingungen konstatieren die Studien, dass der Informationsmangel zu Ursachen, Dynamik und Folgen der Transition und vor allem dessen Auswirkungen auf den Arbeitsprozess praktisch allgegenwärtig ist. Zusätzlich wird die Arbeitssituation von trans* Personen durch die aktuell vorhandene Gesetzeslage, die sich nicht explizit zu diesem Thema äußert, verschlechtert (Barclay et al. 2006). In manchen Situationen kann dieser mangelnde Schutz von trans* Personen dazu führen, dass sich andere sexuelle Minderheiten (z. B. homo- und bisexuelle Personen) auch nicht outen, wodurch wichtige (ressourcenaktivierende) Verbindungen innerhalb eines Betriebes gar nicht entstehen können (Chope et al. 2008). Stets sollte daran gedacht werden, dass nicht alle (sexuelle) Minderheiten unter denselben Problemen leiden, dieselben Bedürfnisse besitzen und schon gar nicht dazu verpflichtet sind, sich untereinander zu unterstützen (Dispenza et al. 2012).
- Trans* Personen, die sich im Arbeitskontext befinden und hier outen wollen, stehen nicht selten vor einer schwierigen Situation. Einerseits gilt der Arbeitsplatz in westlichen Gesellschaften nicht nur als zentraler Darstellungsort der gezeigten Geschlechtsidentität, sondern fungiert auch als Gestaltungsort derselben (Beagan et al. 2012). In diesem Sinne verfolgen manche trans* Personen vor Beginn ihrer Transition eine Berufslaufbahn, die der Abwehr bzw. der Vermeidung des eigenen trans* Erlebens dient. So wählen manche trans* Frauen stereotyp männliche Berufe und von Männern dominierte Arbeitsumgebungen, um sich im Alltag nicht mit ihrer Weiblichkeit auseinandersetzen zu müssen. Entscheidet sich eine Person jedoch zur Transition, so kann dieses Vorgehen zu einem Konflikt zwischen Geschlechts- und Arbeitsidentität führen, was ein Karrierewechsel mit den entsprechenden Konsequenzen nahe legt (Brown et al. 2012). Andererseits stehen jene trans* Personen, die in ihrem angestammten Beruf bleiben wollen, vor mehreren (Kommunikations-)Paradoxa (Barclay et al. 2006). Erstens müssen sie gleichzeitig zur Mitteilung, dass sich ihre Geschlechtsidentität von der bisherigen Fremdwahrnehmung unterscheidet mit Nachdruck betonen, dass ihre Arbeitsidentität nach wie vor dem (bisherigen) Eindruck entspricht. Die

Bitte nach Anpassungen der Arbeitsbedingungen (z. B. hinsichtlich der Anrede, ggfs. auch der Kleiderordnung), die sich im Zuge der Transition ergeben, kann dem Wunsch entgegen stehen, dieselben Arbeitsbedingungen (hinsichtlich Position, Entlohnung, etc.) zu behalten. Ferner besteht eine Spannung zwischen der Forderung infolge der trans* Identität anders (z. B. tolerant gegenüber Fehlzeiten aufgrund transitions-bezogener Behandlungen und dem ggfs. noch uneindeutigen Passing) und dem Wunsch genau gleich wie andere Personen desselben Geschlechts behandelt zu werden.

- Der Informationsmangel sowie unhinterfragte heteronormative Haltungen des Arbeitsumfelds führen dazu, dass dieses mit Misstrauen auf die paradoxen Mitteilungen und stigmatisierend auf die trans* Personen reagieren kann (Barclay et al. 2006). Hierbei muss Diskriminierung weder direkt vom Arbeitsumfeld selbst durchgeführt noch unmittelbar ausgeführt (Kündigung, Nicht-Anstellung, etc.) werden. Sie kann auch indirekt (durch Gesetze, Normen, etc...) und implizit (z. B. im Bereich der Mikroaggressionen) stattfinden (Dispenza et al. 2012). Ferner kann der Wunsch mancher Arbeitgeber_innen, den *Coming-out*-Prozess möglichst kurz halten zu wollen, um damit mögliche Zwischenstufen (z. B. ein uneindeutiges Passing) auf ein Minimum reduzieren zu können, zu Spannungen im Arbeitsbereich führen. Ein so beschleunigtes Vorgehen widerspricht dem Bedürfnis mancher Mitarbeiter_innen nach einer Anpassungszeit, während der unterschiedliche Fragen (Umgang während Vorstellungsgespräche, Toilettenfrage, Änderungen bei der Krankenversicherung, Namensänderung, Arbeitsplatzsuche und Geschlechtsrollenvorstellungen, Auftreten am Arbeitsplatz, Konflikte mit religiösen und spirituellen Werten des Betriebs, etc.) geklärt werden können (Chope et al. 2008).

Die Diskriminierung am Arbeitsplatz kann zu einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit und zu einer Verminderung der Arbeitsleistung von trans* Personen führen (Chope et al. 2008). Der Ressourcenverbrauch kann bereits im Vorfeld des *Coming-outs* stattfinden, indem trans* Personen beispielsweise viel Zeit damit aufbringen müssen, Informationen zu Ursachen, Dynamik und Folgen der Transition für sich selbst (aber auch für ihr Umfeld) zusammenzutragen (Beagan et al. 2012). Dispenza et al. (2012) empfehlen zwischen der Form (Mikroaggressionen, horizontale Unterdrückung, Gesundheitssystem, Gesetze, patriarchale Bedrohung, Unterstützungssysteme, Unterbringung, Ausbildungsinstitution) und der Auswirkungen einer erlebten Stigmatisierung zu unterscheiden. Wobei bei den Stigmatisierungsfolgen der Fokus nicht nur auf die stressbedingten Defizite und Symptome (Angststörungen, Depressionen, etc.) sondern auch auf die von den trans* Personen gewählten Bewältigungsstrategien gelegt werden sollen. Schließlich gelingt es trans* Personen wiederholt, pro-aktiv ihre eigene Arbeitssituation zu gestalten (Beagan et al. 2012).

Die genannten Studien unterbreiten verschiedene Vorschläge, wie manche der dargestellten Probleme angegangen werden könnten. Ein möglicher Ansatz besteht darin, die Transition nicht nur als Hürde oder Problem sondern als Möglichkeit zur Entwicklung und Bereicherung sowohl für die trans* Person selbst als auch für den Betrieb zu betrachten (Barclay et al. 2006; Macdonnell et al. 2012). Hierfür braucht es die Offenheit, um die Linearität der Transition und der Arbeitsintegration zu hinterfragen (Macdonnell et al. 2012). Zudem bedarf es bei den Arbeitgebenden ein Bewusstsein, dass ausschließlich gesetzliche Schutzmaßnahmen trans* Personen nicht ausreichend vor Diskriminierung schützen und ihnen nur bedingt helfen (Brown et al. 2012). In diesem Kontext wird betont, dass der *Diversity*-Ansatz („Trans* und nicht trans* Personen ähneln sich darin, dass sie auf der individuellen Ebene ganz unterschiedlich sind“) für den Umgang mit den oben erwähnten Paradoxa erfolgreicher als der egalitäre Ansatz („Trans* und nicht trans* Menschen sind absolut gleich“) zu sein scheint (Barclay et al. 2006).

Während sich manche Autor_innen auf einer theoretischen Basis mit der Möglichkeit auseinandersetzen, betriebsinterne Teams (bestehend aus Führungspersonen, Personalentwicklung, Gewerkschaft, etc.) zur Transitionsunterstützung zu bilden und einzusetzen (Barclay et al. 2006), führten Hanssmann et al. (2012) eine Interventionsstudie durch, mit der sie den Effekt von Schulungsprogrammen zum Thema Trans* innerhalb eines Betriebes untersuchten. Hierbei zeigte sich eine Differenz zwischen objektiver Wissensverbesserung und subjektivem Empfinden: Während der

Effekt des Wissenszuwachs als klein beurteilt wurde, hatte die Mehrheit der Teilnehmenden jedoch das Gefühl, stark von der Schulung profitiert zu haben. Aufgrund dieser Befunde und der Komplexität der zu vermittelnden Materie schlagen die Autor_innen vor, dass zukünftige Schulungsmaßnahmen weniger wissens- und mehr erfahrungsorientiert gestaltet werden sollen. Andere Autor_innen wiederum empfehlen eine kontinuierliche Schulung – und nicht nur eine situationsbedingte, punktuelle Information – des Personals (Barclay et al. 2006, Brown et al. 2012, Chope et al. 2008). Schließlich wird die Bedeutung der Peer-Beratung und des Kontakts mit Trans*-Organisationen ebenfalls als mögliche Unterstützungs- und ressourcenaktivierende Maßnahme erwähnt (Beagan et al. 2012).

Aus klinischer Sicht sollte der geeignete Zeitpunkt für ein *Coming-out* mit jeder Person individuell besprochen werden. Die involvierten Fachpersonen sollten hierbei die Stigmatisierungsprozesse, mit denen trans* Personen konfrontiert sind, berücksichtigen. Insbesondere in Situationen, in denen trans* Personen mehrfach stigmatisiert werden könnten (z. B. migrierte trans* Personen, trans* Personen, die von körperlicher Behinderung betroffen sind), bedarf es einer vorsichtigen Analyse der (Arbeitsplatz-)Situation der betreffenden trans* Person. Bei diesem Entscheidungsprozess sind sowohl die psychologische und soziale Situation der Behandlungssuchenden (soziale Kompetenz, Selbstbewusstsein, soziale Stellung im Betrieb, finanzielle Abhängigkeit, etc.) als auch das Fortschreiten der Transition infolge möglicher somatischer Behandlungen zu berücksichtigen. Erst die Gesamtbeurteilung dieser Faktoren sollte zu einer Empfehlung hinsichtlich des *Coming-outs* am Arbeitsplatz führen. Dieses ist vor der Einleitung geschlechtsmodifizierender somatischer Behandlungen in vielen Fällen sinnvoll und erstrebenswert. Gelegentlich kann es jedoch erst später im Zuge der Transition (z. B. beim Auftreten von Zeichen der körperlichen Veränderungen) stattfinden.

Die Arbeitssituation von trans Personen sollte in der Beratung und/oder Behandlung berücksichtigt werden.*

Evidenzbasierte Empfehlung (Evidenzlevel III)

Quellen: Brown et al. (2012)

Abstimmung des Statements: **Konsens**

Da Trans-Negativität im Arbeitsalltag präsent sein kann und Diskriminierungsabwehr zum Verschweigen, Verneinen und/oder Verleugnen führt, sollen bei der Beratung und Behandlung für trans* Personen die Formen und Auswirkungen von potentiellen Diskriminierungen explizit thematisiert werden.*

Evidenzbasierte Empfehlung (Evidenzlevel III)

Quellen: Dispenza et al. (2012)

Abstimmung des Statements: **Konsens**

Behandelnde sollten im Rahmen der Beratung und Behandlung die Chancen und Risiken einer Transition im Arbeitsumfeld thematisieren.

Evidenzbasierte Empfehlung (Evidenzlevel III)

Quellen: Brown et al. (2012)

Abstimmung des Statements: **Starker Konsens**

Bei konfliktreichen Situationen sollen die Vor- und Nachteile eines Coming-Outs am Arbeitsplatz reflektiert werden.

Evidenzbasierte Empfehlung (Evidenzlevel III)

Quellen: Macdonnell et al. (2012)

Abstimmung des Statements: **Konsens**

Da trans Personen von Peers und/oder von Trans*-Organisationen wichtige Informationen über potentielle Lösungsansätze für Arbeitskonflikte erhalten können, soll im Rahmen der Beratung oder Behandlung die Kontaktaufnahme entsprechend gefördert werden.*

Evidenzbasierte Empfehlung (Evidenzlevel III)

Quellen: Beagan et al. (2012)

Abstimmung des Statements: **Konsens**

Stand: März 2017