

>> Transgender in der Allgemeinmedizin

Das Recht auf Selbstbestimmung gilt (oder sollte gelten) für alle Lebensbereiche – und es sollte gerade bei der geschlechtlichen Vielfalt selbstverständlich sein. Denn bei manchen Menschen stimmen das bei Geburt zugewiesene Geschlecht und das tatsächliche Geschlechterleben nicht überein. Für viele von ihnen zeigt sich dies in Form von körperlicher Dysphorie, also z. B. dem Gefühl, dass die körperlichen Geschlechtsmerkmale unpassend seien. Durch dieses ständige Erleben der Nonkonformität entsteht auf Dauer häufig eine psychische Belastung. Die Aufgabe von Ärzt*innen ist es, Unterstützung bei der Wiederherstellung der seelischen Integrität zu geben.

Grundsätzlich erfolgt die Versorgung von trans Personen meist multidisziplinär – leider ist die Anzahl an Spezialist*innen oder Spezialzentren sehr überschaubar. Als Allgemeinmediziner*innen sind wir nur begrenzt in die eigentliche Behandlung involviert, dennoch sollte man aber einerseits den Pfad einer solchen Behandlung kennen, um ggf. Vernetzung zu ermöglichen – andererseits sollte man einen sensiblen Umgang mit den Patient*innen pflegen, Vertrauen aufbauen, um eine ganzheitliche gesundheitliche Versorgung zu gewährleisten. Vor diesem Hintergrund haben wir im Juni ein Webinar zum Thema organisiert, dessen Inhalte wir Ihnen mit freundlicher Genehmigung der Referent*innen in diesem Newsletter präsentieren.

Der Wunsch nach TIN*-sensibler Gesundheitsversorgung

Felix Lene Ihrig, MSc., MA – MA in Gender Studies, MSc. in Psychologie, PhD-Projekt „trans*forming healthcare“ am Institut für Politische Soziologie der Universität Wien

TIN* - das genderqueere Alphabet

- Trans: nicht das bei Geburt zugewiesene Geschlecht
- Inter: keine binäre Zuordnung zu körperl. Geschlechternormen möglich
- Nicht binär: ein anderes Geschlecht als eindeutig Mann oder Frau
- Genderqueer: das Geschlecht wird als queer erlebt, jedoch nicht weiter spezifiziert

Ein umfangreiches Glossar zu Begriffen geschlechtlicher und sexueller Vielfalt finden Sie z. B. auf <https://interventionen.dissens.de/materialien/glossar>.

Doch warum brauchen wir eigentlich Queersensibilität? Rund 15 % der Menschheit sind sexuell oder geschlechtlich queer; je nach Definition und Umfeld der Umfrage sind 1–3 % trans, inter, nichtbinär oder genderqueer.

Was bedeutet Transition?

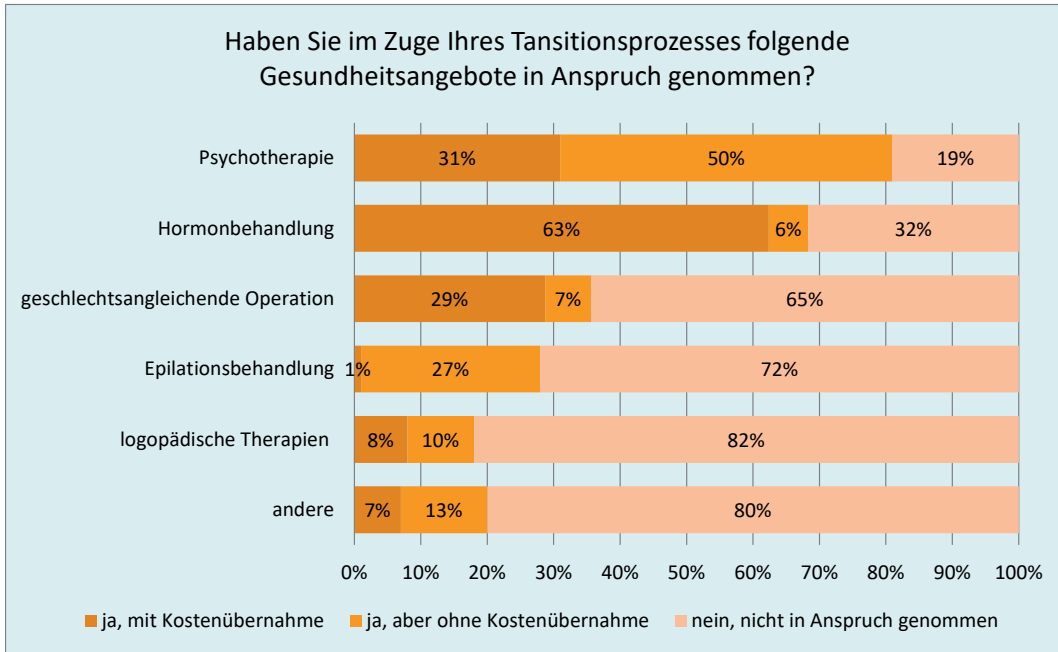
Transitionen laufen auf verschiedenen Ebenen ab:

- Rechtlich (meist Personenstand/Name – in Italien z. B. sehr kompliziert)
- Sozial (Umgang mit der Transition im Alltag, wem erzählt man davon, Integration z. B. durch Kleidung)
- Medizinisch (Hormonbehandlung, Operationen – auch ohne dies Schritte kann eine Person trans sein!)

TIN*-Personen haben sehr unterschiedliche Bedürfnisse; sie können sehr verschieden aussehen und auftreten. So werden Transitionsschritte oft mit zeitlichem Abstand umgesetzt. Für viele Menschen ist **(cis) passing** wichtig; es bedeutet, nicht als trans aufzufallen – und das kann zum Problem werden, wenn manche Versorgungsleistungen nicht in Betracht gezogen werden. Standard ist „das erfolgreiche Auftreten beziehungsweise Wahrgenommenwerden als Zugehörige*r jenen Geschlechts, auf welches die Transition abzielt“.

Das Erleben und Erkennen von **Dysphorie und Euphorie** bezüglich des eigenen geschlechtlichen Ausdrucks ist wichtig, um zu entscheiden, welche Transitionsschritte eine Person gehen möchte. So stellen sich viele trans Personen Fragen wie „Womit an mir fühle ich mich wohl oder unwohl?“, jedoch geht dem oft ein jahrelanges Gefühl des Unwohlseins vorher, welches nicht immer klar benannt oder in Bezug zum Thema „Geschlechtsidentität“ gesetzt werden kann. Ein klassisches Beispiel wäre das Missempfinden beim Hören der eigenen Stimme.

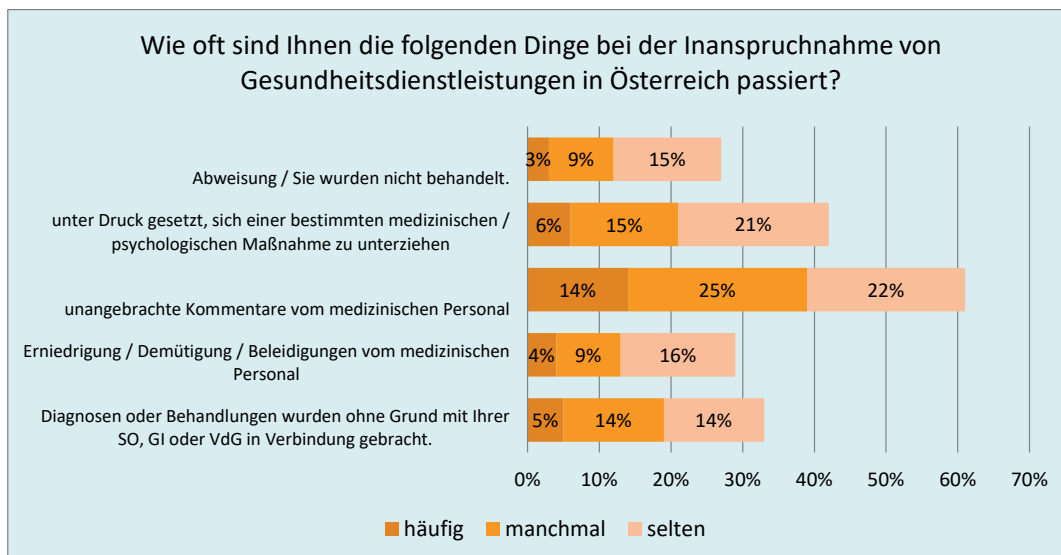
Medizinische Transition in Österreich



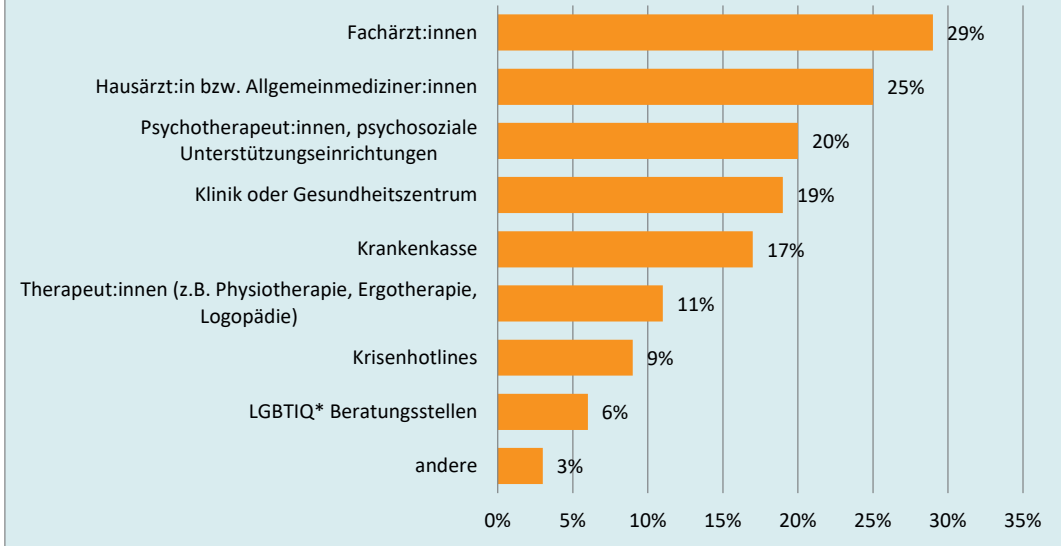
Quelle (auch nachfolgende Abb.): Gaiswinkler, S.; Pfabigan, J.; Pentz, R.; Teuffl, L.; Winkler, R. (2023). *LGBTIQ+ Gesundheitsbericht 2022*. Wien.

Probleme in der Gesundheitsversorgung von trans Personen

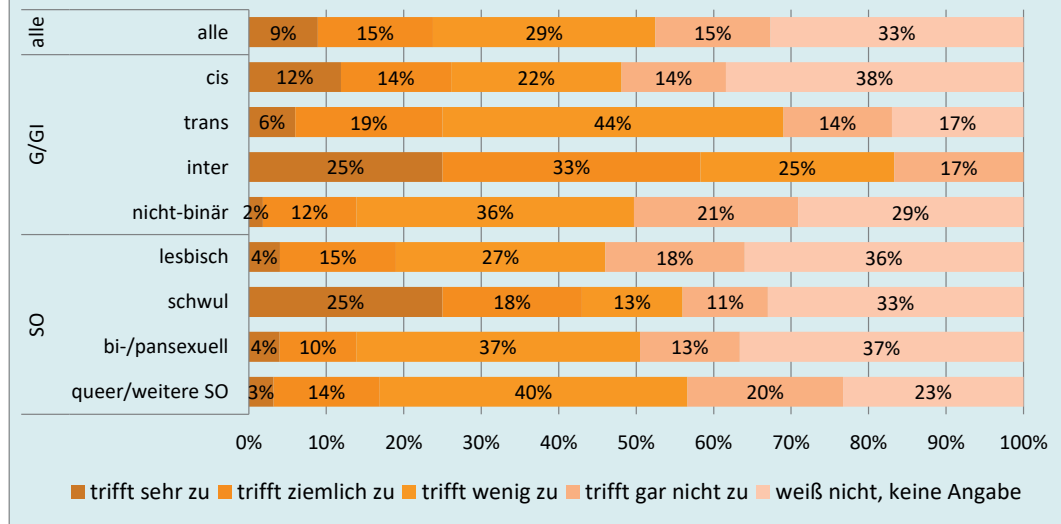
- Minderheitenstress – Stigmatisierung & Diskriminierung machen krank!
- Viel Bildungsarbeit seitens der betroffenen Person nötig
- Unsicherheit darüber, welche Ärzt*innen, Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen Stellungnahmen bzw. Operationen anbieten und bei welchen sich trans Personen sicher fühlen können, nicht diskriminiert zu werden

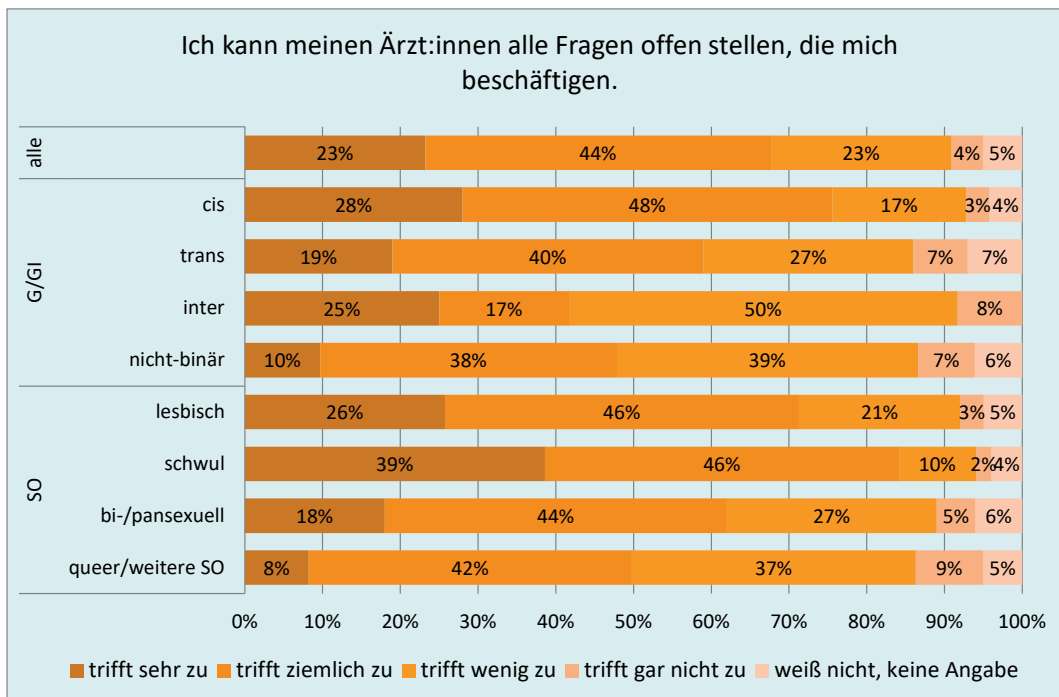


Haben Sie – obwohl Sie ein gesundheitliches Problem hatten – folgende Orte schon einmal vermieden, weil Sie Angst hatten, dort nicht gut behandelt zu werden?



Meine Ärzt:innen sind zu LGBTQI+-spezifischen Gesundheitsthemen informiert.





Forschungsprojekt „trans*forming healthcare“

Felix Lene Ihrig führt derzeit ein Forschungsprojekt im Rahmen des PhD durch, bei dem folgende Fragen gestellt werden: Wie erleben trans Personen allgemeine Gesundheitsversorgung in Österreich? Was bedeutet „gute & transensible Gesundheitsversorgung“ und wer konstruiert diese auf welche Art? Wie gestaltet sich der Diskurs hierzu mit bzw. unter Gesundheitsversorger*innen? Ein wichtiges Hilfsmittel der queeren Community hierfür ist queermed.at, wo Empfehlungen für sensible Gesundheitsversorger*innen abgegeben werden. Felix Lene Ihrig hat für Interessierte eine Ressourcensammlung erstellt, die gerne durch Vorschläge ergänzt werden darf: https://padlet.com/ihrigmx/sammlung_tin_gesundheitsversorgung

Geschlechtliche Vielfalt in der AM

Max Appenroth, MA – trans-Aktivist, Diversity-Berater, Autor, Research & Community Sexual Health Officer bei Global Action for Trans Equality (GATE)

Trans Menschen werden aktuell enorm attackiert – weltweit etabliert sich ein Anti-Gender-Movement; Rechte werden zurückgeschraubt, medizinische Versorgung wird verboten. Diese Stressoren wirken sich auf die mentale wie physische Gesundheit Betroffener aus. Doch geschlechtliche Vielfalt ist weder ein neues Phänomen, noch ein Trend: Indigene Kulturen haben seit Tausenden von Jahren geschlechtliche Identitäten jenseits von Weiblichkeit/Männlichkeit akzeptiert und gefeiert; 1789 wurden geschlechtsneutrale Pronomen in US-amerikanischen Zeitungen diskutiert. Fakt ist, dass wir ein Teil der Gesellschaft sind – egal, ob 1 oder 10 % der Bevölkerung, und wir haben ein Recht auf eine Gleichbehandlung, besonders auch im medizinischen Bereich.

Trans ≠ Inter

Transgeschlechtlichkeit:

- Bezieht sich ausschließlich auf die Geschlechtsidentität einer Person
- Betrifft 1-4 % der Bevölkerung
- Viele streben eine soziale, körperliche/medizinische und/oder juristische Transition an
- Forderung der Community nach Selbstbestimmung

Intergeschlechtlichkeit:

- Bezieht sich auf körperliche Merkmale (und ggf. auf die Geschlechtsidentität) einer Person; körperliche Varianz der Geschlechtsentwicklung, z. B. Menschen mit beiden äußeren Geschlechtsmerkmalen, Menschen mit äußeren weiblichen Ge-

schlechtsmerkmalen und innen liegenden Hoden, Personen mit männlich geprägtem Körper und weiblichem Chromosomensatz

- Betrifft 1,7–3 % der Bevölkerung
- Trotz OP-Verbot in D finden immer noch nicht konsensuelle OPs an Kindern statt; in Österreich sind diese Operationen **nicht** verboten, es wurde dazu im Juni eine Petition beim Ministerium abgegeben (mehr dazu [online](#)).
- Forderung der Community: keine ärztlichen Atteste

Insgesamt sind also 5–7 % der Bevölkerung betroffen – dem wird in der medizinischen Ausbildung viel zu wenig Rechnung getragen. Genauso schwierig gestaltet sich die rechtliche Anerkennung von trans Personen; nur 12 Länder auf dem europäischen/zentralasiatischen Kontinent fordern dafür **keine** Diagnose als psychische Erkrankung, viele Länder haben gar keine Regelung zur Anerkennung. Dafür gibt es aber immer noch 10 Länder, die noch/wieder eine Zwangssterilisierung im Rahmen der Anerkennung von trans Personen fordern (bis 2011 auch in D gängige Praxis)! Daraus wiederum ergibt sich eine direkte Indikation für eine nachfolgende medizinische Behandlung, die Hormon-Substitution ist lebensnotwendig.

Warum ist es wichtig, über trans Personen & Gesundheit zu sprechen?

Im Vergleich zur Mehrheitsgesellschaft leben trans Personen häufiger mit:

- HIV (5x höheres Risiko, insbes. trans Frauen of Color)
- Psychischen Erkrankungen (z. B. Depressionen, Angststörungen, Suizidalität – als Folge äußerer Einflüsse, nicht wegen des Trans-Seins)
- Chronischer Erkrankung
- Behinderung
- Suchtmittelerkrankung
- Nebenwirkungen aus Selbstmedikationen mit Hormonen oder anderen Medikamenten

Diese Gegebenheiten können den medizinischen Behandlungsbedarf erhöhen, was allerdings oftmals aus Angst vor Diskriminierung negiert wird. In der EU berichten immerhin 34 % der trans Personen von Diskriminierung durch medizinisches Personal! Hinzu kommt, dass Gesundheit – trotz des Krankenkassensystems – immer noch abhängig von finanziellen Ressourcen ist; trans Personen sind in deutlich höherem Maße von niedrigem Einkommen und/oder Armut betroffen.

Mentale Gesundheit & sexualisierte Gewalt

91 % der deutschen trans Teilnehmenden einer EU-weiten Studie fühlten sich zumindest teilweise oder gar die ganze Zeit in den zwei Wochen vor Studienteilnahme „schwermütig oder depressiv“. 81 % der Teilnehmenden einer US-Studie hegten bereits ernsthafte Gedanken, sich das Leben zu nehmen und 40 % hatten bereits einen oder mehrere Suizidversuche. Diese Zahlen zeigen deutlich, welch krasse Auswirkungen das negative gesellschaftliche Umfeld auf die psychische Gesundheit hat. 55 % der nicht-binären, 51 % der trans-männlichen und 37 % der trans-weiblichen Teilnehmenden der 2015 U.S. Trans Survey haben sexuelle Gewalt erlebt – auch daraus ergibt sich wieder ein erhöhter Bedarf an medizinischer Versorgung.

Trans Personen & sexuelle Gesundheit

Der generell erschwerte Zugang zur medizinischen Versorgung birgt auch in diesem Bereich ein deutliches Risiko. So haben Studien aus den USA vermehrt Fälle von Doppeldiagnose HIV & AIDS bei trans Personen gezeigt; die Diagnose HIV wird bei den Betroffenen erst gestellt, wenn AIDS bereits ausgebrochen ist.

Leider führt die sozioökonomische Disposition auch zu einer häufigeren Abhängigkeit von Sexarbeit: Etwa jede 2. Trans-Frau hat Erfahrungen damit, aber auch 15,8–43,8 % der trans-männlichen Teilnehmer an Studien waren Sexarbeiter. Dabei ist festzustellen, dass Gesetze, die Sexarbeit regulieren, häufig als Barriere wirken. Und es kommt hinzu, dass trans Personen lt. WHO zwar eine „key population“ darstellen, dennoch werden sie in Präventionskampagnen nur selten adäquat und in ihrer Vielfalt mitbedacht.

Erhöhtes Risiko für STIs:

- Trans Personen sind häufiger Nutzer*innen von Drogen & übermäßig viel Alkohol = möglicher Auslöser für riskantes Sexualverhalten.
- Trans Personen lassen sich seltener testen im Vergleich zu cis LSBs, insbesondere trans-männliche Personen; keine ausreichende Datenlage zum Testverhalten von nicht-binären trans Personen.
- Bei trans Männern und vielen trans-nicht-binären Personen (ohne Genitalangleichung) können Nebenwirkungen, wie vaginale Atrophie und eine Veränderung der Schleimhaut, eine Infektion mit STIs begünstigen. Bislang liegen keine Ergebnisse

über Infektionsrisiken für Personen mit Neophallus oder Neovagina vor.

HIV & PrEP:

- Anlassbezogene PrEP wird für trans Menschen in physischer Transition nicht empfohlen – Schutz kann ggf. nicht ausreichend aufgebaut werden; Interaktion mit Hormonbehandlung bislang nicht ausreichend untersucht.
- Bei trans Personen, die sich keiner Hysterektomie/Ovariectomie unterzogen haben und rezeptiven vaginalen/Front Hole Sex ohne Kondom/“Femidom“ haben, ist eine Schwangerschaft trotz Testosterongabe nicht zu 100 % auszuschließen.
- Allg. Mangel an inklusiven und kompetenten Testangeboten; in Kombination mit der Auflage, alle 3 Monate für Tests etc. wieder erscheinen zu müssen, quasi unmöglich.
- Mögliche Kosten für Tests & Medikament – auch geringe Zuzahlungen können eine Barriere darstellen.
- Trans Männer waren weitestgehend von PrEP-Studien ausgeschlossen, darum Mangel an Daten zu Risiken & Vulnerabilitäten von trans Männern in Bezug auf HIV.

Mögliche Barrieren beim Zutritt zum Gesundheitssystem

- Pathologisierung & fehlende rechtliche Rahmenbedingungen
- Trans-feindliche Einstellungen/Verhaltensweisen von (Gesundheits-)Diensteleister*innen
- Stereotype & normative Identitätskonzepte & Körperbilder - Trans-Körper sind nicht defizitär!
- Mangel an adäquatem & medizinisch fundiertem Wissen über trans Menschen, ihre Bedürfnisse und unterschiedlichen Körper
- Unwissen über Wechselwirkungen zwischen Medikamenten und Hormonen
- Fachärzt*innen sind noch schwieriger zu erreichen als die Primärversorgung und die Transitionsversorgung, z. B. Gynäkologie
- Persönliche Unsicherheit – Angst, etwas Falsches zu sagen – Ablehnung, trans Menschen zu behandeln
- Unprofessionelles, grenzüberschreitendes Verhalten unangemessene Neugierde

Die **Corona-Pandemie** verstärkte die vorhandenen Barrieren zusätzlich: Der Zugang zu transitionsbezogener (oft lebensrettender) Gesundheitsversorgung war erschwert, viele OPs wurden verschoben, bei Hormonen und z. B. präventiven oder kurativen HIV-Medikamenten entstanden ebenfalls starke Lücken in der Versorgungskette.

Der Stress der Pandemie in Kombination mit dem ohnehin permanenten Kampf ums Dasein und Überleben bedeutete für viele trans Menschen einen hohen psychischen Stress und damit auch medizinischen Behandlungsbedarf. Paradoxe Weise rückt die Sorge um die eigene Gesundheit durch den Stress oft weit weg. Viele trans Menschen waren z. B. in einem schwierigen familiären/persönlichen Umfeld „eingesperrt“ und dort ablehnenden/gewalttätigen Familienmitgliedern ausgesetzt. Oder die ohnehin oft prekäre Lebenssituation von trans Menschen wurde durch Arbeitsplatzverlust/Kurzarbeit verschärft. Studienergebnisse zeigen auch, dass trans Menschen stärker unter Einsamkeit/Isolation leiden.

Vorteile von transitionsbedingter Versorgung

Transitionsbedingte Versorgung verbessert:

- die allgemeine Lebenszufriedenheit
- negative Körperbilder und Körperdysphorie, d. h. ein positives Körperbild verringert auch das HIV-Risiko
- die psychische Gesundheit (z. B. Depressionen und Angstzustände) – damit verringert sich das Selbstmordrisiko, insbesondere bei trans Kindern und Jugendlichen; die geschlechtsangleichende Behandlung ist lebensrettend

Wenn eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung einmal begonnen wurde, kann sie bei Unterbrechung mehrere lebensbedrohliche Auswirkungen haben (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Osteoporose, Auswirkungen auf die psychische Gesundheit).

Trans Menschen müssen keineswegs davor geschützt werden, einen „Fehler“ zu machen – etwa dadurch, dass sie ein umfangreiches psychologisches Assessment vor der Transition durchlaufen müssen. (Die Pille etwa – ebenfalls eine Hormonbehandlung – erhalten selbst sehr junge Frauen quasi im Vorbeigehen.) Die Detransition beschreibt die Schritte, die unternommen werden, um eine (medizinische) Geschlechtsangleichung rückgängig zu machen - Studien zufolge machen 0,47 % (Vereinigtes Königreich), 1,9 % (Niederlande), 2 % (Schweden) und 8 % (USA) der trans Personen, die eine Geschlechtsangleichung vornehmen, bestimmte Schritte wieder rückgängig. 62–90 % dieser Personen tun dies aufgrund des gesellschaftlichen Drucks und/oder mangelnder Unterstützung durch Familie/Freund*innen.

Nur weil dich das Thema vielleicht nicht persönlich berührt oder du eine sexuelle oder geschlechtliche Identität nicht verstehst, kannst du diese trotzdem akzeptieren. Ein eigenes mangelndes Verständnis bedeutet nämlich nicht, dass diese Identität & Erfahrung für andere Menschen nicht real ist!

Vorschläge für die Praxis

- Trans-Weiterbildung für das gesamte Praxisteam, um alle Prozesse so gestalten zu können, dass sie den Bedürfnissen von trans Menschen entsprechen – dann kann man das auch z. B. mit der Pride Flag als „You are safe with me“-Symbol auf Website oder Tür signalisieren
- Bei Neuaufnahme Abfrage von Rufnamen (und Pronomen) – der Name auf der e-Card kann abweichen!
- Toilette möglichst geschlechtsneutral gestalten
- Liste mit Kolleg*innen für sichere Überweisungen erstellen
- Zusammenarbeit mit lokalen Queer-Organisationen suchen

Die Transition aus Sicht eines Allgemeinmediziners – ein aktueller Überblick

Dr. med. Alexander Kofler – Hausarzt in Innsbruck

Wir erleben aktuell eine Reformation des Verständnisses der Gesundheit von trans Personen – die generelle Pathologisierung der Trans-Geschlechtlichkeit weicht der Erkenntnis, dass einzig die aus der Geschlechtsinkongruenz möglicherweise resultierende psychische Belastung einen Krankheitswert haben kann. Das spiegelt sich auch im **ICD-11** wider; Geschlechtsinkongruenz liegt vor, wenn 2 der 3 folgenden Kriterien erfüllt sind:

1. Starkes Unbehagen an den primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmalen aufgrund der Inkongruenz zum erlebten Geschlecht
2. Starker Wunsch, alle oder einige primäre und/oder sekundäre Geschlechtsmerkmale loszuwerden (oder nicht zu entwickeln)
3. Starker Wunsch nach den primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmalen des empfundenen Geschlechts

Nach **DSM-5** ist müssen für die Diagnose von Genderdysphorie in allen Altersgruppen die beiden folgenden Merkmale vorliegen:

- Deutliche Inkongruenz zwischen dem angeborenem Geschlecht und gefühlter Geschlechtsidentität (Cross-Gender-Identifikation), die für ≥ 6 Monate vorhanden gewesen ist
- Klinisch bedeutendes Leiden oder Funktionsbeeinträchtigung resultieren aus dieser Inkongruenz

Zusätzlich müssen bei Jugendlichen und Erwachsenen ≥ 1 der folgenden Kriterien vorliegen:

- Den starken Wunsch, sich von ihren primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmalen zu befreien (oder bei jungen Heranwachsenden, die Entwicklung zu verhindern)
- Ein starkes Verlangen nach den primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmalen, die ihrem gefühlten Geschlecht entsprechen
- Ein starkes Verlangen, das andere Geschlecht zu sein (oder irgendein anderes Geschlecht)
- Ein starker Wunsch, wie das andere Geschlecht behandelt zu werden
- Eine starke Überzeugung, die typischen Gefühle und Reaktionen eines anderen Geschlechts zu haben

Obwohl trans Personen nicht an einer Krankheit leiden, wird daraus eine Diagnose bzw. eine Kondition – sicher auch teilweise der Situation geschuldet, dass medizinische Leistungen, die in der Folge durchgeführt und von den Kassen übernommen werden, im System eben eine „Diagnose“ erfordern.

Trans & Gesundheit

Da Geschlecht eine gesellschaftliche Strukturkategorie darstellt, die in allen Beziehungen angesprochen und mit Erwartungen gefüllt wird, stehen trans Personen oft vor erheblichen Herausforderungen und sind im Alltag mit Erfahrungen des Ausschlusses, fehlender Anerkennung, Diskriminierung und Stigmatisierung konfrontiert. Die damit einhergehende Belastung kann gesundheitliche Auswirkungen haben:

- Erhöhte Inzidenz von Depressionen, Angststörungen, Suizidalität (bei Hinweisen auf eine psychische Belastungsreaktion Zuweisung Psychotherapeut*in/Psychiater*in)
- Erhöhtes kardiovaskuläres Risiko

In der AM ist es wichtig, den chronischen Stress, dem diese Personengruppe ausgesetzt ist, zu minimieren und den Patient*innen Anerkennung entgegenzubringen. Ein erster Schritt dazu ist die richtige Anrede. Der Wunsch, mit anderem Namen angesprochen zu werden, sollte natürlich auch dann respektiert werden, wenn dies noch nicht amtlich ist. Eine trans-freundliche Sprache auf Formularen ist ebenfalls einfach umzusetzen: „Biologisches Geschlecht bei der Geburt“, „Divers“ als Wahlmöglichkeit oder ein leeres Feld zur Selbstangabe der gewünschten Anrede. Ein vertrauensvolles Umfeld wird auch entstehen, wenn man evtl. diskriminierende Faktoren unserer noch hauptsächlich zweigeschlechtlich organisierten Gesellschaft mit den Patient*innen erörtert und gemeinsam Bewältigungsstrategien entwickelt.

Transition

Die Transition hin zum gewünschten Geschlecht ist ein sehr vielschichtiger Prozess, der soziale, medizinische und soziale Komponenten beinhaltet, und diverse psychische und physische Stadien durchläuft. Dementsprechend verschieden sind auch die jeweiligen Ansprüche der Personen. Bei Unsicherheiten darüber, wie die Geschlechtlichkeit ausgelebt werden oder aber mit der sozialen Situation in Einklang gebracht werden soll, kann es zum Beispiel sinnvoll sein, an eine Beratungsstelle zu vermitteln.

Die Transition ist mit einigen amtlich-rechtlichen, aber auch medizinischen Schritten verbunden, welche teilweise voneinander abhängig sind. Wird eine geschlechtsangleichende Behandlung und/oder eine Personenstandsänderung angestrebt, bedarf es dafür aktuell einer umfangreichen Diagnosestellung, die psychiatrische, psychotherapeutische und psychologische Diagnostik umfasst. Sollte keine somatische Transition gewünscht werden, ist eine systematische Überweisung zu Psychotherapie/Psychiatrie nicht nötig – außer bei Vorliegen eines großen Leidensdrucks und daraus resultierenden sekundären psychischen Erkrankungen.

Ein wichtiger Bestandteil ist immer die soziale Transition, also das „Coming-out“ im eigenen Umfeld – auch hier findet sich oft enormer, potentiell gesundheitsgefährdender Stress. Hier können eine psychotherapeutische/psychiatrische Begleitung oder auch ein großzügiger Krankenstand hilfreich sein.

Die somatische Transition umfasst mehrere medizinische geschlechtsaffirmative Verfahren aus unterschiedlichen Fachgebieten; vor Beginn ist die Zuweisung zu einer Reproduktionsklinik empfehlenswert, damit ein evtl. später entstehender Kinderwunsch erfüllt werden kann. Zur Transitionsbehandlung gehören z. B.:

- Hormontherapie – Endokrinolog*in
- Logopädie
- Epilation, Laserbehandlung
- OPs: Gynäkologie, Urologie, Plastische Chirurgie, HSS (Dermatologie, MKG)

In den meisten Studien zeigt sich, dass Maßnahmen der Transition einen nachhaltig positiven Effekt auf das Wohlbefinden der Personen haben – somit sollten diese von den Behandler*innen auch entsprechend unterstützt und begleitet werden. Eine solche Unterstützung durch AM ist auch in der Beratung zu Vorsorgeuntersuchungen möglich:

- PAP-Test für alle Menschen mit Uterus bzw. Vagina; ebenso Mammographie, falls Brust erhalten (Risiko geringen) – falls nicht erhalten, nur bei erhöhtem Risiko
- Prostatakarzinom-Risiko bei Orchiektomie + antiandrogener/Östrogentherapie sehr nieder
- Studien weisen auf ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko bei trans Personen hin (chronischer Stress, Serumlipide, Nikotin)

In Tirol empfiehlt sich die Zusammenarbeit mit dem Transgender Center Innsbruck (TGCI), einer Vernetzung von acht Fachbereichen der Klinik Innsbruck (Zuweisung über sexualmed. Ambulanz oder Transgender-Sprechstunde), oder mit Courage Innsbruck – einer Partner*innen-, Familien- & Sexualberatungsstelle.

Weiterführende Literatur:

- Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. DOI: [10.1080/26895269.2022.2100644](https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644).
- Handlungsempfehlung Transgender der Bundesministeriums auf <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Psychische-Gesundheit/Transsexualismus-Geschlechtsdysphorie.html> (CAVE: tw. veraltete Sprache – interessant aber hinsichtlich der rechtlichen Abläufe)
- S3-Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: Diagnostik, Beratung, Behandlung“ – AWMF, derzeit in Überarbeitung

Beratungsstelle Courage

Mag. Michael Peintner – Psychotherapeut, Sexualpädagoge, Systemischer Berater, Erziehungswissenschaftler; Mitarbeiter Courage Innsbruck

Die Beratungsstelle Courage gibt es in Innsbruck seit 2009 – mittlerweile gibt es Courage in sechs Bundesländern, andere sollen folgen. Seit einem Jahr haben wir einen gesamtösterreichischen Vertrag mit der ÖGK, wodurch wir z. B. Kassenplätze für Psychotherapie anbieten, also über die reine Beratung hinausgehen können. Hier sind wir aber noch in der Umsetzungsphase, weil jedes Bundesland eigene Regeln dafür hat.

In der Courage gibt es auch ein eigenes Angebot für Kinder und Jugendliche – etwa die Young-Trans-Gruppe, eine therapeutische Gruppe für 14- bis 21-Jährige, die sich einmal im Monat trifft. Dabei sind einige der Teilnehmer*innen noch ganz unsicher, was ihre geschlechtliche Identität betrifft, andere sind vor oder in der Hormontherapie, einige vor den OPs – also in ganz unterschiedlichen Situationen, doch der gegenseitige Austausch zeigt sich als sehr wertvoll. Österreichweit bietet die Courage jeden Sommer das große YoungTrans*Inter*Camp an, eine weitere Möglichkeit, um in einem geschützten Umfeld die Vielfalt und Erscheinungsmöglichkeiten von Geschlechtsidentitäten kennenzulernen, auszuprobieren und zu festigen.

Leider sind die Beratungsangebote von Courage so gefragt, dass es in Innsbruck durchaus Wartezeiten von ein bis zwei Monaten geben kann. Für eine engmaschige Psychotherapie, die es bei Komorbiditäten wie Essstörungen oder Selbstverletzungen braucht, wird an den niedergelassenen Bereich weitervermittelt; bei Courage selbst erhalten die Personen z. B. die psychotherapeutische Stellungnahme, die für eine Hormontherapie oder Personenstandsänderung verlangt wird – dafür werden im Schnitt 7 bis 10 Sitzungen absolviert. Ganz wichtig ist aber auch die Beratung etwa von Eltern oder Kindergartenpersonal, die sich Gedanken über die sexuelle Orientierung eines Kindes machen – hier lautet die Empfehlung, jüngere Kinder einfach in der Rolle zu belassen, in der sie sich gerade wohlfühlen. In der Regel entsteht eine Belastung erst mit der Ausbildung der sekundären Geschlechtsmerkmale, und erst dann bekommen Beratung/Unterstützung eine Bedeutung.

Es ist sehr wichtig, dass sich gerade die Allgemeinmediziner*innen mit Transgender beschäftigen, und das gleich aus mehreren Gründen. Denn auf die Frage „Wie bist Du denn mit deinem/deiner Hausärzt*in zufrieden?“ kommen ganz unterschiedliche Reaktionen: Die einen trauen sich gar nicht, mit dem/der AM über ihre geschlechtliche Identität zu sprechen – sicher begründet mit eigenen queer/trans-feindlichen Erfahrungen. Andere müssen erst einmal erklären, worum es dabei geht, weil der*die AM nichts darüber weiß; dabei kann dann aber ein offenes Gespräch sehr interessant und motivierend sein.

Psychotherapeutische Aspekte

Dr. med. Herbert Bachler – Hausarzt & Psychotherapeut in Innsbruck

In vielen Bereichen unserer Gesellschaft vernehmen wir Rufe nach „Toleranz“ oder „Akzeptanz“ – diese Begriffe stehen auch beim Thema Transgender immer wieder im Raum. Doch was bedeutet Toleranz eigentlich? Der philosophische und sozialethische Begriff bezeichnet ein Gewährenlassen und Geltenlassen anderer oder fremder Überzeugungen, Handlungsweisen und Sitten. Das zugrundeliegende Verb *tolerieren* wurde im 16. Jahrhundert aus dem lateinischen *tolerare* („erdulden“, „ertragen“) entlehnt. Das Adjektiv *tolerant* in der Bedeutung „duldsam, nachsichtig, großzügig, weitherzig“ ist seit dem 18. Jahrhundert, der Zeit der Aufklärung, belegt, ebenso die Gegenbildung *intolerant*, als „unduldsam, keine andere Meinung oder Weltanschauung gelten lassend als die eigene“. Beim genaueren Betrachten ist das Einfordern von „Toleranz“ im Bereich individueller Geschlechtlichkeit also eigentlich überflüssig – denn man muss nichts „erdulden“, was einen Teil der ganz normalen, großen Bandbreite menschlicher Vielfalt darstellt.

Die früher gesetzlich verlangten 50 Stunden Psychotherapie, damit eine Person überhaupt erst einmal die Aussicht auf eine Transition bekommt, wurden hierzulande aus gutem Grund abgeschafft. Es ist sehr fraglich, dass in der Medizin wie in der Psychotherapie (PT) derartige Machtpositionen gibt, durch die die Autonomie eines Menschen in Frage gestellt wird, indem mit Diagnosen/Stellungnahmen über die Autonomie der*des Betroffenen entschieden wird. Die Erfahrung zeigt, dass Transitionsentscheidungen in aller Regel richtig getroffen werden – Medizin und PT müssen also allenfalls beraten, unterstützen, begleiten und nicht „richten“ im Sinne von Befürworten oder Ablehnen. (Selbst die üblichen 5–10 Therapiestunden für eine Stellungnahme bedeuten hier also eine enorme finanzielle Belastung und eine Weiterführung der Pathologisierung unter der Hand.)

Die Patient*innen-Autonomie ist ein hohes Gut – und diese ist zumindest in Österreich schon für junge Menschen auszuüben. Während man ab 18 Jahren volljährig und somit auch voll entscheidungsfähig ist, gelten junge Menschen ab 14 als mündig-minderjährig und können somit umfangreiche Entscheidungen über sich treffen, und das auch, wenn die Erziehungsberechtigten nicht zustimmen.

Begutachtungen

- Erhebung der biographischen Anamnese mit den Schwerpunkten Geschlechtsidentitätsentwicklung, psychosexuelle Entwicklung, gegenwärtige Lebenssituation
- Körperliche Untersuchung mit Erhebung des gynäkologischen bzw. andrologischen/urologischen sowie endokrinologischen Befundes
- Klinisch-psychiatrische/psychologische Diagnostik – gegebenenfalls Identifikation von erheblichen psychopathologischen Auffälligkeiten. Diese können der „Geschlechtsinkongruenz“ (ICD-11) vorausgegangen oder reaktiv sein oder gleichzeitig bestehen.

Das psychotherapeutische Gutachten erfasst:

- Strukturniveau der Persönlichkeit und deren Defizite
- Psychosoziales Funktionsniveau
- Neurotische Dispositionen bzw. Konflikte
- Abhängigkeiten/Süchte
- Suizidale Tendenzen und selbstbeschädigendes Verhalten
- Paraphilien/Perversionen
- Psychotische Erkrankungen
- Hirnorganische Störungen
- Minderbegabungen

Differentialdiagnosen:

- Adoleszenzkrise
- Erkrankungen, bei denen es in krisenhaften Verfassungen zu einem Geschlechtsumwandlungswunsch kommen kann
- Psychotische Verknennung der geschlechtlichen Identität
- Schwere Persönlichkeitsstörungen mit Auswirkung auf die Geschlechtsidentität

Vorgaben für eine geschlechtsaffirmative Operationen

- Hormonelle Behandlung
- Es soll nachvollziehbar dargestellt werden, dass im Behandlungsverlauf die entsprechende Diagnose zur Transgeschlechtlichkeit aus ICD oder DSM bestätigt wurde, d. h. dass es im Erleben zu einem stabilen Identitätsgefühl im anderen Geschlecht und im Verhalten zu einer dauerhaften Übernahme der anderen Geschlechtsrolle gekommen ist.
- Erscheinungsbild, Verhalten, Erleben und Persönlichkeit sollen charakterisiert werden.
- Biographische Anamnese mit Schwerpunkt auf dem individuellen Gesamtverlauf der transsexuellen Entwicklung und den ihn beeinflussenden Faktoren in den wesentlichen Aspekten dargestellt werden (ggf. unter Einbeziehung fremdanamnestischer Informationen).
- Der Verlauf im Behandlungszeitraum (mit Angabe von Behandlungsdauer und -frequenz) soll dargestellt werden.
- Befinden und psychisches Gleichgewicht, Sicherheit in der Geschlechtsrolle, Sexualität, Beziehungen zu Partner*innen, Familie und Freund*innen, Arbeitsfähigkeit und Akzeptanz am Arbeitsplatz.
- Die körperlichen Gegebenheiten für das Leben in der anderen Geschlechtsrolle sollen geschildert werden. Angegeben werden soll, wie sich die Hormonbehandlung körperlich und psychisch ausgewirkt hat, wie die körperlichen Veränderungen bewertet und ggf. wie man mit möglichen negativen Reaktionen der Umwelt auf das Äußere oder das Verhalten umzugehen vermag.
- Es soll beschrieben werden, ob es eine realistische Auseinandersetzung mit der Operation und möglichen unerwünschten Folgen gegeben hat.
- Spezifische Erwartungen an das Operationsergebnis die im Vordergrund stehen (z. B. Aussehen, Funktion, Sexualität) und ob der Wunsch nach weiteren operativen Eingriffen besteht.
- Es soll erklärt werden, warum Person gegebenenfalls ohne Operation auf Dauer unter einem größeren Leidensdruck stehen würde.
- Es soll eine Prognose gestellt werden, wie sich die Transformationsoperation auf die soziale Integration, Beziehungsfähigkeit, Arbeitsfähigkeit und Selbständigkeit wahrscheinlich auswirken wird.

Personenstandsrechtliche Voraussetzungen

- Die Person lebt unter der »zwanghaften« Vorstellung, einem anderen Geschlecht zuzugehören.
- Sie hat sich geschlechtskorrigierenden Maßnahmen unterzogen, die zu einer deutlichen Annäherung an das äußere Erscheinungsbild des anderen Geschlechts geführt haben. **Anm.:** Österreichweit (und in vielen andere Ländern) läuft gerade die sogenannte „Genderklage“, um das abzuschaffen - <https://www.genderklage.at/>.
- Es ist mit hoher Wahrscheinlichkeit damit zu rechnen, dass sich am Zugehörigkeitsempfinden zum anderen Geschlecht nichts mehr ändern wird.

Musterantrag für Personenstandsänderung

Die Stellungnahme muss von einem*einer Fachärzt*in für Psychiatrie ODER einem*einer Psychotherapeut*in ODER einem*einer klinischen Psycholog*in erstellt werden.

[Vor- und Nachname] (Wunschname [...]), geboren am [Geburtsdatum], befindet sich seit [...] bei mir in psychotherapeutischer Behandlung. (Die Diagnose lautet F64.0.) Der Wunsch nach einem Leben im [...] Geschlecht ist gut überprüft, eine Abkehr davon nicht zu erwarten. Die optische Angleichung an das Wunschgeschlecht hat bereits stattgefunden. Die Änderung des Personenstandes auf [männlich/weiblich] ist aus therapeutischer Sicht zu befürworten.

Wann kann eine Psychotherapie tatsächlich indiziert sein?

- bei der Auseinandersetzung mit dem eigenen Körperempfinden, der Sexualität, dem Selbstbild und dem Identitätserleben
- bei Diskriminierungserfahrungen
- bei Ängsten und Unsicherheiten, die sich auf die Umsetzung und das Passing (gesellschaftlich vorgegebenen Rollenbildern) der empfundenen Geschlechtlichkeit beziehen
- bei der Transition
- als Begleitung beim Coming-Out
- bei der Auseinandersetzung mit Erwartungen an das Leben im Identitätsgeschlecht
- bei der Behandlung von Komorbiditäten
- bei der Herstellung von Netzwerken im Hilffssystem
- durch relevante Informationen zum Thema
- als Unterstützung bei der Gesundheitsvorsorge
- durch die Arbeit mit Angehörigen

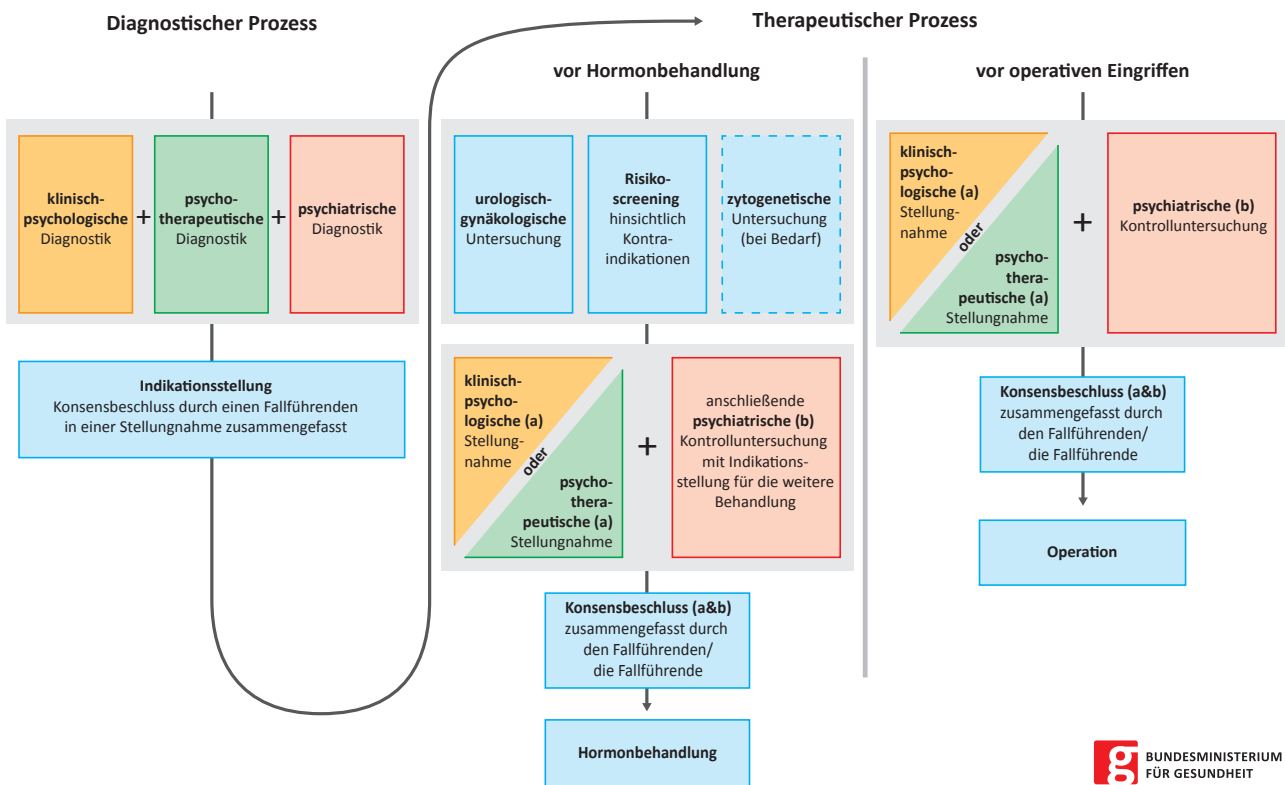
Nach: Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie, Arbeitsgruppe Trans Inter* Geschlechtlichkeiten - Psychotherapie. Link*

Die Rolle von Psychiater*innen

Dr. Wolfgang Ghedina – Arzt für Allgemeinmedizin und FA für Psychiatrie in Innsbruck, Psychotherapeut, Individualpsychologe

Die „Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechts-Dysphorie bzw. Transsexualismus“ des BMG verbildlichen, wie Psychiater*innen eingebunden sind:

Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus (Schematische Darstellung)



Grafik: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Psychische-Gesundheit/Transsexualismus-Geschlechtsdysphorie.html>

Das Ministerium fordert also eine Stellungnahme des Fachbereichs Psychiatrie sowohl im diagnostischen, als auch therapeutischen Prozess. Wir Psychiater*innen sind demnach verpflichtet, diesen Beitrag zu leisten – die Realität in Tirol ist jedoch eine andere: Es gibt nur wenige Kolleg*innen, die sich gerne mit dem Thema beschäftigen.

Die Aufgabe der Psychiatrie ist es, sog. Komorbiditäten zu erkennen und diese dann entsprechend abzuklären. Die Schwierigkeit besteht darin, dass wir zwei Klassifikationssysteme haben, die doch erhebliche Unterschiede aufweisen: das amerikanische DSM-5 und das ICD-10 der WHO, seit heuer ICD-11. In letzterem wird Geschlechtsinkongruenz beschrieben als ausgeprägte und überdauernde Inkongruenz zwischen dem durch das Individuum erlebten Geschlecht und dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht – diese Definition ist am ehesten geeignet, zu einer Entpathologisierung beizutragen. Entpathologisierung, Entstigmatisierung beschreibt auch sehr gut die Rolle der Psychiatrie – ähnlich, wie es in der Geschichte bei Depressionen der Fall war. Dazu ist es notwendig, binäre Ansichten hinter uns zu lassen; es gibt eben nicht nur ja/nein, schwarz/weiß – gerade in der Geschlechtlichkeit findet sich ein Kontinuum mit unendlicher Vielfalt, Dynamik, Entwicklungsmöglichkeit.

Die WHO beschreibt Gesundheit als Zustand körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und definiert damit bereits die Aufgabe, die Psychiater*innen haben, wenn wir auf das Thema Transgender blicken – und auch alle anderen im Prozess Mitwirkenden, ja die ganze Gesellschaft. Hintergrund jeder psychiatrischen Begleitung sollte in jedem Fall ein biopsychosozialkulturelles Modell sein. Hier steht letztlich immer der individuelle Mensch als Person im Mittelpunkt – mit seinen Problemen und Ressourcen, vernetzt mit seinem Umfeld.

Psychiatrische Anamnese und Exploration

- Identität (Kontinuum)
- Klärung der „trans*Dynamik“
- Stabilität
- Entwicklung
- Outing
- Soziales und familiäres Umfeld
- Partnerschaft
- Ausbildung und Beruf
- Krisen? (KH, Intoxikationen, Medikation)
- Sexualität
- Realitätsbezug

Psychopathologischer Status:

- Wachheit, Orientierung, Bewusstsein
- Auffassung, Konzentration, Merkfähigkeit, Gedächtnis
- Stimmung, Affekt, Antrieb, Psychomotorik (in diesem Bereich tatsächlich massive Veränderungen möglich – nicht, weil jemand transgener ist, sondern durch die deshalb außen vorhandenen Schwierigkeiten auf vielen Ebenen)
- Denken, Wahrnehmung
- Selbst-/Fremdgefährdung, Vegetativum

Probleme in diesem Bereich sind keine Hürde für den Transitionsprozess, sondern ein Anlass, sich damit zu beschäftigen, etwa mit einer Depressivität bei einer Psychotherapie!

Was ist Persönlichkeit?

Menschen zeigen ein zeitlich überdauerndes Muster, von uns Persönlichkeit genannt. Dahinter verbirgt sich eine Kombination von Merkmalen des Temperaments, des Gefühlslebens, des Intellekts und der Art zu handeln, zu kommunizieren, sich zu bewegen. Zur Persönlichkeit gehören Gewohnheiten und auch die Art und Weise, wie sich eine Person normalerweise verhält. Es gibt Transgender-Personen, die – nicht weil sie trans sind, sondern weil sie es schwer haben – in diesen Bereichen auf jeden Fall Unterstützung brauchen, hier wieder der Verweis auf die Psychotherapie.

Differentialdiagnosen

Persönlichkeitsstörungen

Der Erfahrung nach finden sich bei der Begutachtung von trans Personen Persönlichkeitsstörungen (PS) eher selten – ganz einfach auch deshalb, weil der Transitionsprozess als solcher sonst wohl gar nicht zu bewältigen wäre. Findet sich eine PS, ist diese selbstverständlich genau zu explorieren. Erfreulich in diesem Umfeld ist, dass in ICD-11 und DSM-5 die bisherige kategoriale Klassifikation durch eine dimensionale abgelöst wird, was natürlich auch wieder ein Beitrag zur Entstigmatisierung ist. Anhand der ICD-11-Beschreibung des Borderline-Musters* lässt sich zeigen, weshalb in der psychiatrischen Begutachtung die gründliche Exploration unumgänglich ist – markiert sind jene Bereiche, bei denen es Überschneidungen bei trans Personen geben kann. Hier ist es sinnvoll, etwa vor dem Beginn von Operationen das Erlangen von Stabilität zu unterstützen.

Tiefgreifendes Muster charakterisiert von **Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, Selbstbild, Affekten und Impulsivität** (sichtbar durch das Vorhandensein von vielen [sic!] der folgenden Punkte):

- Heftige Versuche, reales oder vorgestelltes Verlassen-Werden zu vermeiden
- Muster instabiler und intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen
- **Identitätsstörung als deutliches und persistierendes instabiles Selbstbild**
- Tendenz, bei starken negativen Emotionen impulsiv zu handeln, führt zu potenziell selbstschädigendem Verhalten
- Wiederkehrende Episoden von Selbstschädigung
- **Emotionale Instabilität aufgrund von deutlicher Reaktivität der Stimmung**
- Chronische Gefühle der Leere
- Unangemessener intensiver Ärger oder Schwierigkeiten, Ärger zu kontrollieren
- Vorübergehende dissoziative Zustände oder psychoseähnliches Erleben in Situationen mit hoher emotionaler Anspannung

Andere Manifestationen des Borderline-Musters, die nicht alle zum gegebenen Zeitpunkt präsent sein müssen:

- **Ein Selbstbild als unzulänglich, schlecht, schuldig, abstoßend und verachtenswert**
- **Erleben des Selbst als grundlegend anders und isoliert von anderen Menschen**, schmerzliches Gefühl der Entfremdung und tiefe Einsamkeit
- Hypersensitivität für Zurückweisung, Probleme, angemessen Vertrauen in zwischenmenschlichen Beziehungen aufzubauen bzw. aufrecht zu erhalten, häufige Fehlinterpretation von sozialen Signalen

*Quelle: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00729-020-00151-4>

Affektive Störungen

Viele von uns sehen im Arbeitsalltag mit Menschen mit emotionalen Beeinträchtigungen. Lt. Studien finden sich bei bis zu 60 % der trans Personen affektive Störungen, am häufigsten sind dabei Angst und Depressionen. Auch hier ist selbstverständlich wieder eine adäquate Unterstützung indiziert – für sich selbst genommen sind diese Störungen aber keine Kontraindikation für die Transition. Als Beispiel sei auch noch die persistierende depressive Störung (Dysthymie) angeführt: Wenn ich transgener bin und nicht das bekomme, was ich brauche bzw. jahrelang warten muss, dann darf ich depressiv werden – das ist keine psychiatrische Reaktion, sondern eine nachvollziehbare, stimmige, weil ich nicht so leben kann, wie ich möchte.

Weitere DD

Psychotische Störungen stellen durchaus eine relative Kontraindikation dar, denn wenn eine schizophrene Person glaubt, jemand anders zu sein, in einem anderen Körper zu stecken, gehört dies primär psychiatrisch/psychotherapeutisch behandelt. Hier lautet die Empfehlung eindeutig, dass die Transition warten und erst die Psychose therapiert werden muss. CAVE: Psychosen entwickeln sich in unterschiedlichen Phasen, Symptomfreiheit zeitweise möglich; bestehende Vorgeschichten beachten und ggf. an Endokrinologie/Chirurgie weiterleiten – OP kann psychosenauslösender Faktor sein!

Eine **körperdysmorphe Störung** zeigt sich nach Morselli mit 3 Symptomen: 1. Wahnhafte Überzeugung, von einem körperlichen Defekt betroffen zu sein, 2. Scham gegenüber Mitmenschen, 3. Sexuelle Hemmung. Die Beschäftigung mit einem eingebilddeten Schönheitsfehler steht im Vordergrund; dies trifft selten auf trans Menschen zu.

Suizidalität

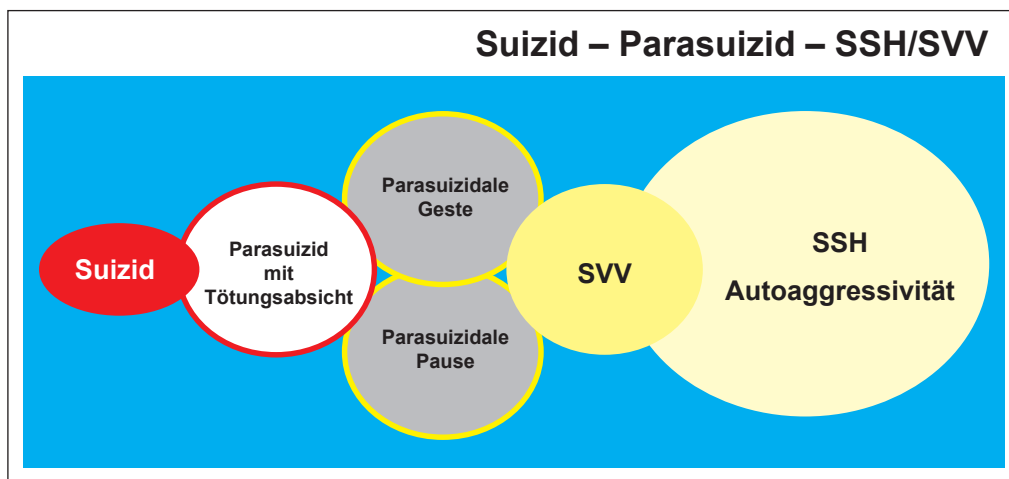


Abb. © Ghedina

Es darf nicht passieren, dass Menschen sich das Leben nehmen oder einen Suizidversuch unternehmen oder ein sich selbst verletzendes Verhalten entwickeln oder sich selbst schädigende Handlungsweisen anwenden, weil sie sich in der Familie, in der Partnerschaft, in der Gesellschaft nicht verstanden fühlen – und schon gar nicht, weil sie sich von Ärzt*innen, Therapeut*innen usw. nicht verstanden fühlen! Deshalb der Appell an alle Helfer*innen, immer darauf zu achten, ob Suizidalität vorliegt. Nur ein kleiner Teil jener, die Suizidgedanken haben, setzt diese um – viel häufiger wird mit parasuizidalen Gesten signalisiert: „Ich halte das nicht mehr aus!“, also ein Hilfeschrei gesendet.

Alle Menschen aus diesem Bereich sind natürlich therapeutisch zu unterstützen und zu begleiten – erst, wenn die Krise überwunden ist, kann die Transition begonnen oder fortgesetzt werden.

Zusammenfassung

Die Rolle des Psychiaters stellt sich sehr vielfältig dar und umfasst:

- Respekt und Akzeptanz gegenüber Betroffenen und Angehörigen
- Begleitung im diagnostischen und therapeutischen Prozess
- Klärung bei Begriffsverwirrung, inkl. Abgrenzung „Inkongruenz“ und „pathologische Prozesse“
- Diagnostik/Behandlung von Komorbiditäten
- Schutz vor Krisen, Suizidalität und Ausgrenzung
- Unterstützung anderer sozialer/medizinischer Disziplinen

Geschlechtsangleichende Hormontherapie

Dr. Katharina Feil – Leitende Oberärztin an der Universitätsklinik für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, Medizinische Universität Innsbruck

Das Transgender Center Innsbruck

Was ist das Transgender Center Innsbruck?

Das Transgender Center Innsbruck (TGCI) bietet transidenten Menschen eine vernetzte Anlaufstelle.

Acht Fachbereiche bündeln hier ihre Kräfte:

- Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
- Univ.-Klinik für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
- Univ.-Klinik für Hör-, Stimm- und Sprachstörungen
- Univ.-Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
- Univ.-Klinik für Psychiatrie II
- Univ.-Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter
- Univ.-Klinik für Urologie
- JuristIn

Wie erreichen Sie uns?

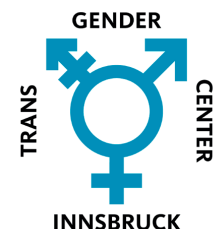
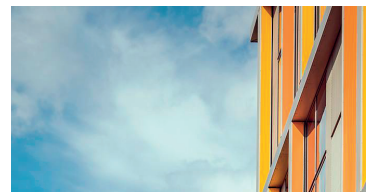
Transgendereprechstunde der Gynäkologischen Endokrinologie
Terminvereinbarung unter +43 50 504-23068 von Montag bis Freitag zwischen 13:00 und 15:00 Uhr

Sexualmedizinische Ambulanz der Psychiatrie II
Terminvereinbarung unter +43 50 504-23701 von Montag bis Freitag zwischen 08:00 und 12:00 Uhr

Transgendereprechstunde der Kinder- und Jugendpsychiatrie
Terminvereinbarung unter +43 50 504-23502 von Montag bis Freitag von 08:00 bis 12:00 Uhr und von 12:45 bis 16:00 Uhr



Transgender Center Innsbruck



Bei der Erstvorstellung:

- Wie wollen Sie angesprochen werden?
- Abläufe erklären
- Auf individuelle Situation eingehen
- Haben Sie jetzt oder in Zukunft Kinderwunsch?
- Weiteres Prozedere planen

Vor Beginn der Hormontherapie

- Psychiatrische/psychotherapeutische/psychologische Stellungnahme! Besonderheit im Kinder- und Jugendbereich: 1. Stellungnahme vor der (tw. reversiblen) Hormonblockertherapie, Zweitmeinung vor Beginn der irreversiblen Therapie; ähnliches Vorgehen auch bei Mastektomie vor Vollendung 18. Lj.
- Internistische Untersuchung
- Urologische bzw. gynäkologische Untersuchung
- Ggf. Fertilitätsprotektion!
- Ggf. Kontrazeption
- Aufklärung über Off-label-Use

TABELLE 1

Möglichkeiten der Kontrazeption- und Fertilitätserhalt sowie mögliche Auswirkungen einer geschlechtsangleichenden Hormontherapie bei Transpersonen

	Transmänner	Transfrauen
Kontrazeption	hormonelle Kontrazeptiva – (kombinierte) orale Kontrazeption – Implanon – Hormonspirale nichthormonelle Kontrazeptiva: – Kupferspirale – Diaphragma/Portiokappe*	Kondom
Fertilität	AMH ↔ unauffällige Follikelverteilung in Ovarschnitten	eingeschränkte Samenqualität bereits vor Beginn und während der GAHT
Fertilitätsprotektion	Kryokonservierung von Oozyten/ Embryonen nach kontrollierter ovarieller Stimulation Kryokonservierung von Ovargewebe	Kryokonservierung von Spermien/ Hodengewebe

* seltene Anwendung; AMH, Anti-Müller-Hormon; GAHT, geschlechtsangleichende Hormontherapie

Feil et al., Dtsch Ärzteblatt, 2023, DOI: 10.3238/arztebl.m2023.0026

Anmerkung: Bei oraler Kontrazeption Präparate mit Estradiol-Anteil wg. möglichem Brustwachstum vermeiden, reine Gelbkörperpräparate bevorzugen.

Die Hormontherapie

- Meist Einsatz von Hormonblockern zur Unterdrückung der endogenen Hormonproduktion
- Stattdessen z. B. in der Behandlung von Trans*frauen auch antiandrogene Therapie möglich – zusätzlich dann die eigentlichen Hormone, welche die jeweilige Pubertät indizieren

Transmaskuline Hormontherapie

- Testosteronundecanoat i.m. alle 12 Wochen (wird sehr häufig angewendet, CAVE: langsam injizieren, Hormonspiegel vor Verabreichung prüfen – Bandbreite reicht von alle 9 Wochen bis zu 1x halbjährlich)
- Testosteronengel transdermal (Start mit 25 mg/d)
- Testosteronenantat i.m. alle 2-3 Wochen
- (Testosteronundecanoat p.o.)

Wirkung	Beginn	Maximaler Effekt
Fette Haut/ Akne	1–6 Monate	1–2 Jahre
Gesichts-/ Körperbehaarung	3–12 Monate	3–5 Jahre
Haarausfall am Kopf	6–12 Monate	–
Zunahme der Muskelmasse/ -stärke	6–12 Monate	2–5 Jahre
Umverteilung des Körperfetts	1–6 Monate	2–5 Jahre
Aussetzen der Menstruation	2–6 Monate	–
Vergrößerung der Klitoris	3–6 Monate	1–2 Jahre
Austrocknen der Scheide	3–6 Monate	1–2 Jahre
Vertiefung der Stimme	3–12 Monate	1–2 Jahre

Risiken:

- Akne
- Haarausfall
- Polyglobulie (Hämatokrit >50 %), häufig auch ein Zeichen für leichte Überdosierung
- Gewichtszunahme
- Schlafapnoe
- Lipiderhöhung
- Hypertension

Kontrollen:

- Erstes Jahr: alle 3 Monate, dann 1-2 x/Jahr
- Kontrolle Testosteron
- Blutbild
- Lipide, Nüchtern glukose
- Gewicht, Blutdruck
- Krebsvorsorge (einschließlich Mammographie) altersentsprechend

Transfeminine Hormontherapie

- Estradiol p.o. (Start 2 mg/d)
- Estradiol transdermal als Gel (Start 1,5 mg/d) oder als Pflaster (Start 25 µg/d) – transdermal auf jeden Fall bei älteren Patientinnen oder Thromboserisiko
- (Estradiol i.m.)
- Kein Ethinylestradiol

Wirkung	Beginn	Maximaler Effekt
Fettverteilung des Körpers	3 – 6 Monate	2 – 3 Jahre
Abnahme der Muskelmasse/ -stärke	3 – 6 Monate	1 – 2 Jahre
Sanftere Haut/ Abnahme des Fetts	3 – 6 Monate	unbekannt
Libidoreduktion	1 – 3 Monate	3 – 6 Monate
Abnahme spontaner Erektionen	1 – 3 Monate	3 – 6 Monate
Männliche sexuelle Funktionsstörung	variabel	variabel
Brustwachstum	3 – 6 Monate	2 – 3 Jahre
Abnahme des Hodenvolumens	3 – 6 Monate	2 – 3 Jahre
Abnahme der Spermienproduktion	variabel	variabel
Verdünnung und Abnahme der Körper- und Gesichtsbehaarung	6 – 12 Monate	> 3 Jahre
Männliche Glatzenbildung	Kein Nachwachsen der Haare, Haarverlust endet nach 1 – 3 Monaten	—

Risiken:

- Thrombembolie (abhängig von Verabreichungsform)
- Hyperprolaktinämie
- Gewichtszunahme
- wahrscheinlich kein erhöhtes Brustkrebsrisiko (evtl. unter Gestagenen)

Kontrollen:

- Erstes Jahr: alle 3 Monate, dann 1-2x/Jahr
- Kontrolle Östradiol, Testosteron, Prolaktin
 - Gewicht, Blutdruck
 - Krebsvorsorge (einschließlich PSA und Mammographie) altersentsprechend

Mögliche operative Maßnahmen

- Mammaaugmentation
- Gonadektomie
- Neovagina
- Gesichtsfeminisierung
- Phonochirurgie
- Mastektomie
- Hysterektomie, Salpingophorektomie
- Metaidoioplastik (Klitpen)
- Phalloplastik

Fazit

- Ausbau des österreichweiten Betreuungsangebots nötig
- Initiale Betreuung an interdisziplinären Zentren, aber für optimale Betreuung ist auch die Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen/hausärztlichen Bereich notwendig
- Individualisierte Therapie, angepasst an die jeweiligen Wünsche der Person
- Fertilitätsprotektion und Kontrazeption muss besprochen und angeboten werden

© 2023 TGAM - Herbert Bachler, Felix Lene Ihrig, Alexander Kofler, Theresa Graf
*Literatur bei den Referent*innen*