publiziert bei: AWMF online
Portal der wissenschaftlichen Medizin

Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung

AWMF-Registernr. 138/001

Seit > 5 Jahren nicht aktualisiert, Leitlinie wird zur Zeit überarbeitet

Federführende Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS)

Erstellt unter Beteiligung von
Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)
Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN)
Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP)
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
Bundesvereinigung Trans* (BVT*)
Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT)
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP)
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)
Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)
Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)
Gesellschaft für Sexualwissenschaft (GSW)
Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP)

Und weiterer Beteiligung von
Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC)
Deutsche Gesellschaft für Andrologie (DGA)
Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (DGHNO-KHC)
Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)
Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)
Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft (DGSMTW)
Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)

Stand: 23.07.2018 / Version: 1.7 / Überarbeitung geplant: 2023

Ansprechpartner:
Dr. Timo O. Nieder
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
t.nieder@uke.de

Prof. Dr. Bernhard Strauß
Universitätsklinikum Jena
Bernhard.Strauss@med.uni-jena.de

Beteiligte Autor_innen (in alphabetischer Reihenfolge)

Michael Berner, Prof. Dr. med., Karlsruhe
Peer Briken, Prof. Dr. med., Hamburg
Werner Ettmeier, Dr. med., München
David Garcia, Dr. med., Basel
Dominik Groß, Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Dr. phil., Aachen
Annette-Kathrin Güldenring, Heide
Mari Günther, Berlin
Josefine Lorenzen, Dr. med. Dipl.-Psych., Düsseldorf
Hagen Löwenberg, Dr. med., Mühlheim
Lieselotte Mahler, Dr. med., Berlin
Timo O. Nieder, Dr. phil. Dipl.-Psych. ECPS, Hamburg
Wilhelm F. Preuss, Dr. med., Hamburg
Hertha Richter-Appelt, Prof. Dr. phil., Hamburg
Arn Sauer, Berlin
Kurt Seikowski, PD Dr. rer. nat. habil., Leipzig
Stefan Siegel, Dr. med., Berlin
Bernhard Strauß, Prof. Dr. phil. habil. Dipl.-Psych., Jena
Christian Vogel, Dr. med., München
Katharina Woellert, Dr. phil., Hamburg
<

Inhaltsverzeichnis

1 Einführung 4

1.1 Terminologie 4

1.2 Ausgangssituation 4

1.3 Versorgungssituation 5

1.4 Diagnosen 6

1.5 Epidemiologie 7

1.6 Ziele und Zielgruppe 9

1.7 Aufbau und Methodik 11

2 Trans Personen im Gesundheitssystem 11

3 Therapeutische Haltung und Beziehungsgestaltung 14

4 Diagnostik 18

4.1 Diagnostische Einschätzung 19

4.2 Differentialdiagnose 26

4.3 Begleitende psychische Störungen 30

5 Beratung und Psychotherapie 36

5.1 Beratung 36

5.2 Psychotherapie 42

6 Zur Vorbereitung körpermodifizierender Behandlungen 45

6.1 Alltagserfahrungen 45

6.2 Planung der Behandlungs- bzw. Transitionsschritte 47

6.3 Empfehlungen zur medizinischen Notwendigkeit einer Behandlung 48

7 Körpermodifizierende Behandlungen 49

7.1 Allgemeine Wirksamkeit körpermodifizierender Behandlungen 49

7.2 Hormontherapie 52

7.3 Epilation 58

7.4 Maskulinisierende Operationen im Brustbereich 61

7.5 Feminisierende Operationen im Brustbereich 62

7.6 Hysterektomie und Adnektomie 63

7.7 Logopädie und Phonochirurgie 65

7.8 Adamsapfelkorrektur 69

7.9 Feminisierende Genitaloperationen 70

7.10 Maskulinisierende Genitaloperationen 73

7.11 Perücken, Haarersatzteile und Haartransplantation 76

7.12 Weitere Hilfsmittel 78

7.13 Gesichtsfeminisierende Operationen 82

8 Von der Transition zur Trans-Gesundheit 85

8.1 Transition und Re-Transition 85

8.2 Sexualität und Intimität 87

8.3 Familie 93

8.4 Arbeit 95

9 Fazit 100

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, Trans* oder einfach Trans[1] (Nieder, Briken, & Richter-Appelt, 2014). Die Bezeichnung Trans dient im Folgenden sowohl als Kurzform als auch als Oberbegriff, der die zuvor genannten Begriffe umfassen soll[2]. Der Begriff Trans soll sowohl Menschen berücksichtigen, die eindeutig als Frau oder Mann leben (z. B. transsexuell, transident) als auch non-binäre Personen, die sich weder männlich noch weiblich identifizieren (z. B. genderqueer, agender; Richards et al., 2016). 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 der Geschlechtsidentität bzw. dem (empfundenem) Geschlecht bzw. der (empfundenen) Geschlechtszugehörigkeit einerseits und den körperlichen Geschlechtsmerkmalen andererseits zugrunde, die als Geschlechtsinkongruenz (GIK) bezeichnet wird (V. Klein, Brunner, Nieder, Reed, & Briken, 2015). 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 (ebd.).

Die vorliegende Leitlinie wurde in einer Phase von Veränderungen der diagnostischen Kriterien und Manuale erstellt. Diese reflektieren einerseits die Diagnose Geschlechtsdysphorie im DSM-5 (APA., 2013) und den Vorschlag der Diagnose Geschlechtsinkongruenz in der ICD-11 (Drescher, Cohen-Kettenis, & Winter, 2012). Sie spiegeln ein reformiertes Verständnis einer Trans-Gesundheitsversorgung und dokumentieren, dass die ICD-10-Diagnose Transsexualismus (F64.0) international als überholt betrachtet wird (u. a. Drescher et al., 2012). Andererseits ist die ICD-10 weiterhin in Kraft und bis zur Übernahme der ICD-11 in Deutschland (voraussichtlich im Jahr 2022) auch sozialrechtlich bindend. Allerdings ist die Versorgungsrealität international und in Deutschland kaum noch am Paradigma der ICD-10-Diagnose Transsexualismus (F64.0) orientiert (vgl. hierzu z. B. die Empfehlungen der American Psychological Association, 2015).

1.2 Ausgangssituation

Die medizinische Versorgung von trans Menschen findet von jeher in einem Spannungsfeld zwischen dem Recht auf Selbstbestimmung und der Befürchtung von behandelnden Ärzt_innen[3] und psychologischen Psychotherapeut_innen vor einer Fehlentscheidung statt

[1] Der vorliegende Leitlinientext verwendet „trans“ als Adjektiv. Wenn es das identitätsstiftende Element eines Sachverhalts ist, wird es großgeschrieben (z.B. die Trans-Gesundheitsversorgung).

[2] Die Mitglieder der Leitliniengruppe haben sich im Konsensverfahren auf diesen Begriff geeinigt. Allerdings ist allen Beteiligten bewusst, dass auch dieser Begriff nicht für alle passend ist,

[3] 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.

(Hamm & Sauer, 2014; Nieder & Richter-Appelt, 2011). Manche trans Menschen suchen Ärzt_innen und psychologische Psychotherapeut_innen zur diagnostischen Einschätzung, zur Beratung im Zuge eines möglichen Coming-out, zur Entscheidungsfindung für bzw. gegen die Durchführung einzelner körpermodifizierender Behandlungen oder zur professionellen Begleitung der sozialen Transition (Wechsel der Geschlechtsrolle) und bei Problemen in Folge von Diskriminierungen auf. Peer-Beratungsstellen können ebenfalls kompetente Unterstützung aus einer professionalisierten Erfahrungsperspektive bieten (Günther, 2015; Meyer, 2015). Viele trans Menschen streben die Modifizierung körperlicher Geschlechtsmerkmale durch ausgewählte körpermodifizierende Behandlungen an. Zur Frage der Kostenregulierung dieser Behandlungen hat ein Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) im Jahr 1987 formuliert, dass die „Zweckmäßigkeit einer ärztlichen Behandlung im Einzelfall" nachzuweisen ist, um die Kostenübernahme für körpermodifizierende Behandlungen durch die Krankenversicherungen zu gewährleisten (BSG 3 RK 15/86). Dieses Urteil führte in der Folge dazu, dass die medizinische Notwendigkeit von Behandlungen zur Modifizierung der körperlichen Geschlechtsmerkmale psychiatrisch-psychotherapeutisch begründet und im Rahmen einer Einzelfallentscheidung festgestellt werden muss. Damit legte das BSG fest, dass die gesetzlichen Krankenversicherungen die Kosten für somatische Behandlungen bei Transsexualismus gemäß ICD-10 (F64.0) nur übernehmen sollen, wenn psychiatrische und psychotherapeutische Maßnahmen erfolglos ausgeschöpft wurden (vgl. Nieder, Cerwenka, & Richter-Appelt, 2014).

Basierend auf wissenschaftlichen und klinischen Befunden sollte das skizzierte Spannungsfeld mit den „Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen" (S. Becker et al., 1997) reguliert werden. Da sich im Zuge internationaler Entwicklungen und Veröffentlichungen[4] auch die Gesundheitsversorgung für trans Menschen in Deutschland verändert hat, wurde es notwendig, die Standards von 1997 zu revidieren. Daher hat die Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS) die Initiative ergriffen, die „Standards" in Zusammenarbeit mit anderen Fachgesellschaften, Berufs- und Interessenverbänden durch eine evidenzbasierte AWMF-Leitlinie auf S3-Niveau zu ersetzen (siehe auch Nieder & Strauß, 2014, 2016).

1.3 Versorgungssituation

Die Gesundheitsversorgung für trans Menschen im Zuge einer Transition findet in Deutschland in unterschiedlichen Settings statt. Teils übernehmen universitäre Spezialambulanzen die Diagnostik und Indikationsstellung, bieten darüber hinaus psychosoziale und bei Bedarf psychotherapeutische Unterstützung an und koordinieren die Integration weiterführender, körpermodifizierender Behandlungen. Dies findet entweder zentral an einem Klinikum (vgl. Nieder, Köhler, Eyssel, & Briken, 2017) oder auch dezentral in Kooperation mit anderen Kliniken statt. Andernorts haben niedergelassene Ärzt_innen und psychologische Psychotherapeut_innen Schwerpunktpraxen aufgebaut, kooperieren mit weiteren Fachkräften (u. a. für

[4] u. a. die 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* (K. 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).

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 Bedürfnisse im Zuge der Transition aber auch über die Transition hinaus zu suchen[5].

1.4 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 der Prävention. Diagnosen sind Voraussetzung auch dafür, dass die Kosten der Behandlungen durch das Gesundheitssystem getragen werden. Im Kontext der vorliegenden Leitlinie dient als Grundlage für die diagnostische Einschätzung 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-5) 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; APA., 2013, S. 452) und Geschlechtsrollen (engl. expressed gender; APA., 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. Der Begriff der Geschlechtsidentitätsstörung wurde aufgegeben. 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; APA., 2013, S. 453), wird im DSM-5 ein Störungswert konstatiert. Darüber hinaus werden „alternative gender*"*, die sich nicht eindeutig männlich oder weiblich zuordnen, zum ersten Mal berücksichtigt, ohne dass ihnen ein inhärentes Maß an Psychopathologie zugeschrieben wird (APA., 2013, S. 452). Zuletzt wird eine Variation der körperlichen Geschlechtsentwicklung (z. B. bedingt durch eine chromosomale Aberration) nicht mehr als Ausschlusskriterium für eine GD erfasst. Symptome der GD können somit 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), wurde im Juni 2018 veröffentlicht, soll in Deutschland aber erst im Jahr 2022 in Kraft treten.. Neben dem allgemeinen Anspruch auf

[5] 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 weiterführende Publikationen verwiesen, die sich vertiefend mit dieser Thematik auseinandersetzen (Hamm & Sauer, 2014; Nieder, Cerwenka, et al., 2014; Sauer, Güldenring, & Tuider, 2015).

globale Anwendbarkeit verfolgt sie weitere Ziele, die für den Bereich der Trans-Gesundheitsversorgung relevant sind (u. a. Anti-Diskriminierung und De-Stigmatisierung; vgl. V. Klein et al., 2015).
Die ICD-11 Diagnose wird im Folgenden kurz dargestellt. Die Diagnose soll GIK (engl.: Gender Incongruence) lauten (Drescher et al., 2012) und aufgrund ihrer bis dato ungeklärten Genese (auch) einem separaten Kapitel außerhalb des Bereichs psychischer Störungen zugeordnet werden (V. Klein et al., 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 seiner Prävention Anwendung finden. Indikationen für somatische Behandlungen 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, der Stigmatisierung entgegenzuwirken und die (Psycho-)pathologisierung von trans Menschen zu überwinden (Drescher et al., 2012).

Unterstützt wird die Orientierung an GIK und GD auch von der World Professional Association for Transgender Health (WPATH), der international führenden Fachgesellschaft, die sich unter anderem für die Entpsychopathologisierung von trans Menschen einsetzt. Im Zuge dessen verfolgen auch die Standards of Care[6] (SoC) der WPATH in ihrer siebten, 2011 herausgegeben Version (Coleman et al., 2012; in deutscher Übersetzung: Richter-Appelt & 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 GIK und GD sowie die Frage nach den jeweils notwendigen körpermodifizierenden Behandlungen individuell sehr unterschiedlich sein können[7]. In Abkehr von den vormals rigiden und überregulierten Behandlungsprozessen (Hamm & Sauer, 2014; Nieder, Briken, et al., 2014; Nieder, Güldenring, Köhler, & Briken, 2017), soll ein individuelles und flexibles Vorgehen im Zusammenhang mit einer möglichen Transition den maßgebenden Ansatz der vorliegenden Leitlinie darstellen. Das Ziel aller Maßnahmen ist die Reduktion des Inkongruenzerlebens und des mit der GIK einhergehenden Leidensdrucks.

1.5 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 Fragestel-

[6] 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 Aspekte (z. B. die Eigenständigkeit des deutschen Gesundheitssystems) nicht einfach auf die deutsche Situation übertragen werden.
[7] Eine Auflistung der verschiedenen Maßnahmen zur Veränderung körperlicher Geschlechtsmerkmale findet sich u. a. bei Nieder et al. (2014).

lung in systematischer und repräsentativer Weise gerecht zu werden. Prävalenzzahlen von trans Menschen bzw. von Menschen mit GIK/GD werden 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) analysieren die Daten aller plastischen Chirurg_innen und Gender-Kliniken in Belgien bezüglich der Durchführung modifizierender Operationen der körperlichen Geschlechtsmerkmale. 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 werden. Ähnliche Ergebnisse berichtet eine vergleichbare Studie aus den Niederlanden (Bakker, van Kesteren, Gooren, & Bezemer, 1993), die ebenfalls die Inanspruchnahme genitalchirurgischer Maßnahmen untersucht. Sie finden 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) untersucht für die Jahre 1991 bis 2000 die Anzahl der Verfahren zur Vornamens- und Personenstandsänderung in Deutschland nach dem so genannten Transsexuellengesetz (TSG). Sie findet 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, findet eine Studie unter schottischen Hausärzt_innen (P. 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). Eine Meta-Analyse (Arcelus et al., 2015) analysierte 21 Studien zur Prävalenz von GD, wobei zwölf Studien auswertbares Datenmaterial enthalten. 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 sind höher je jüngeren Datums die Studie ist. Auch in Deutschland hat die Zahl der stationär behandelten Personen mit einer diagnostisch codierten „Störung der Geschlechtsidentität“ (ICD-10: F64) seit dem Jahr 2000 um das 2,6-fache zugenommen (Brunner, Koops, Nieder, Reed, & Briken, 2017). Collin und Kolleg_innen (2016) analysierten 32 klinische Studien, die Prävalenzzahlen für trans Identitäten berichten. Die Autor_innen berechneten die Häufigkeit in Anspruch genommener körpermodifizierender 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 durch eine einzelne Studie verzerrt (Lai, Chiu, Gadow, Gau, & Hwu, 2010) und verringerte sich auf 351/100.000 nach deren Ausschluss.

Bevölkerungsstichproben

Daten aus nicht-klinischen Stichproben weisen auf eine höhere Prävalenz von trans Menschen hin. Allerdings bleibt offen, inwiefern die in den Bevölkerungsstichproben Erfassten in die Situation kommen, das Gesundheitssystem im Zusammenhang mit der Trans-Thematik aufzusuchen. In einer Online-Untersuchung in den Niederlanden mit 8.064 Teilnehmenden

(Kuyper & Wijsen, 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 GIK wurde eine Prävalenz von 1,1 % bei Männern und 0,8 % bei Frauen erfasst. Eine Studie aus Belgien (Van Caenegem et al., 2015) berichtete 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 GIK.

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 67 % der Teilnehmenden an, ihre Geschlechtsidentität binär 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 LSBT 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). Auch Studien aus Deutschland legen ein vergleichbares Verhältnis von etwa 2/3 zu 1/3 sich binär vs. non-binär identifizierende trans Personen nahe (Koehler, Eyssel, & Nieder, 2018; Nieder, Köhler, et al., 2017).

Aufgrund der jüngsten Revisionen von diagnostischen Kriterien und ihren Implikationen für die Möglichkeiten zur Inanspruchnahme körpermodifizierender Behandlungen (siehe Diagnosen in Kapitel 1) sowie den zunehmenden Prävalenzzahlen in den vergangenen Jahren in klinischen Stichproben (Arcelus et al., 2015), rechnen wir mit einer weiteren Zunahme der klinischen Prävalenz. Zudem werden klinische Fragestellungen an Bedeutung zunehmen, die zuvor aufgrund der diagnostischen Kriterien und ihrer Spezifika in DSM-IV und ICD-10 ausgeschlossen waren (u. a. non-binäre Identität, Psychosen, chromosomale Abberationen; vgl. Koehler et al., 2018; Nieder, Güldenring, et al., 2017; Schweizer & Nieder, 2013).

1.6 Ziele und Zielgruppe

Die vorliegende S3-Leitlinie hat einen psychologischen und sozialen Schwerpunkt. Dies gilt unabhängig davon, ob die Diagnose Geschlechtsinkongruenz in der ICD-11 zukünftig als psychische Störung gelistet wird oder nicht. Der Schwerpunkt leitet sich von der empirisch fundierten Erkenntnis ab, dass für Wohlbefinden und Lebensqualität sowie für ein erhöhtes Kongruenzerleben der Behandlungssuchenden neben den körperbezogenen Behandlungen (u. a. Hormonbehandlung, chirurgische Eingriffe) der psychosoziale Rahmen (Familie, Angehörige, Partner_innen, Freunde, Kolleg_innen, etc.) von großer Bedeutung ist (u. a. Murad et al., 2010). Der ganzheitlichen Berücksichtigung verschiedener Einflussgrößen auf eine zielführende Behandlung soll Rechnung getragen werden ohne die Bedeutung der körpermodifizierenden Behandlungen für das Kongruenzerleben von trans Personen zu reduzieren.

Die Leitlinie richtet sich an Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen, die (erwachsenenen) trans Menschen[8] sowohl psychosoziale und bei Bedarf und Indikation psychotherapeutische Hilfe anbieten als auch die Empfehlung für medizinisch notwendige Behandlungen zur Veränderung der körperlichen Geschlechtsmerkmale stellen. Die Empfehlungen der Leitlinie richten sich an die medizinische Versorgung von binären wie non-binären trans Menschen gleichermaßen (Koehler et al., 2018; Nieder, 2014; Richards et al., 2016). Die evidenzbasierten und/oder konsensbasierten Empfehlungen der S3-Leitlinie sollen Fachkräften eine Orientierung in der Beratung, Diagnostik und Behandlung von trans Menschen vermitteln und es erleichtern, die medizinische Notwendigkeit der zur Verfügung stehenden und individuell angestrebten Behandlungen zur Modifizierung der körperlichen Geschlechtsmerkmale empirisch fundiert einzuschätzen. Es handelt sich um eine Leitlinie, die keine Empfehlungen zur fachspezifischen Umsetzung einzelner Behandlungen gibt (z. B. Operationsmethoden).
Wenn hier von Fachkräften die Rede ist, sind damit Ärzt_innen und psychologische Psychotherapeut_innen gemeint, die sich über das Thema der Leitlinie im Rahmen ihrer Aus- und Weiterbildung ausreichend informiert und mit dem Thema auseinandergesetzt haben (siehe auch die Empfehlungen zur Selbstreflexion in Kapitel 3). Der zusätzliche Erwerb von Wissen über die Themen der Leitlinie kann in der Facharztweiterbildung oder innerhalb der psychotherapeutischen Ausbildung erfolgt sein oder durch andere qualifizierte Fort- und Weiterbildungen (z. B. im Bereich der Sexualmedizin, Sexualtherapie oder Sexologie) sowie einschlägigen Erfahrungen in Behandlungs- oder Beratungseinrichtungen und/oder der Teilnahme an themenspezifischen Qualitätszirkeln bzw. Netzwerken umfassen (Nieder, Köhler, et al., 2017). Die Adressat_innen der Leitlinie sollten nach Möglichkeit kontinuierlich Kontakt zur community-basierten Beratung und/oder zur Peer-Szene der Behandlungssuchenden haben. 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.
Eine medizinische S3-Leitlinie nach den Standards der AWMF strebt an, vor dem Hintergrund der systematisch recherchierten und bewerteten Evidenz sowie auf Grundlage der im Kreis der beteiligten wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, Berufs- und Interessensverbände konsentierten Empfehlungen, die Gesundheitsversorgung zu verbessern. Im Zuge der Leitlinienentwicklung haben die mandatierten Fachkolleg_innen Behandlungsempfehlungen erarbeitet, die für die Versorgungsrealität anschlussfähig sein sollen. Die Empfehlungen sollen in erster Linie der Fachöffentlichkeit Orientierung geben und dazu beitragen, eine verlässliche Versorgung und Behandlung für alle zu gewährleisten, die im Zusammenhang mit den genannten Begriffen eine Behandlung aufsuchen. Diagnosestellung

[8] Für Kinder und Jugendliche (< 18) mit GIK/GD ist gegenwärtig ein eigenständiges Leitlinienvorhaben bei der AWMF angemeldet (Registernummer 028 – 014). Für die Varianten der Geschlechtsentwicklung liegt bereits eine eigenständige AWMF-Leitlinie vor (Registernummer 174 – 001). Auf sie wird verwiesen, wenn es sich um medizinische Fragestellungen aus dem Bereich Intergeschlechtlichkeit, Intersexualität oder kurz Inter handelt.

und Behandlungsplanung basieren auf einer Verstehensarbeit, deren Richtung sich maßgeblich an den Anliegen und Bedürfnissen der Behandlungssuchenden orientiert. Unterschiedliche Konzepte und Selbstverständnisse zur eigenen Geschlechtsentwicklung der Behandlungssuchenden (z. B. biologistische vs. konstruktivistische Ansätze) sollen nicht dazu führen, einzelne Behandlungssuchende oder Gruppen auszuschließen. 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.

1.7 Aufbau und Methodik

Die vorliegende Leitlinie ist evidenz- und konsensbasiert. Hintergrundinformationen zur systematischen Literaturrecherche[9] sowie zur strukturierten Konsensfindung und Formulierung der Empfehlungen finden sich im Leitlinienreport. 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 körpermodifizierenden 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 zugrundeliegende 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. dem formalen Konsensusverfahren) finden sich in Hintergrundpublikationen zur Leitlinie (Nieder & Strauß, 2014, 2016).

2 Trans Personen im Gesundheitssystem

Aus der Erfahrung von Ärzt_innen und psychologischen Psychotherapeut_innen einerseits sowie von trans Personen andererseits ergeben sich Hinweise auf unzureichende Informationen zum Thema Trans der Fachkräfte sowohl im deutschen Gesundheitssystem als auch in Institutionen wie der Bundesagentur für Arbeit und den Sozial- und Jugendämtern (Fuchs, Ghattas, Reinert, & Widmann, 2012; LesMigraS, 2012; Loos, Köhler, Eyssel, & Nieder, 2016). So kommt es häufig zu Irritationen im Kontakt, mitunter auch zu trans-negativen oder trans-feindlichen[10] Erlebnissen. Systematisch erhobene Daten über Erfahrungen von trans

[9] Ein Dank geht an Dipl.-Psych. Sarah Barkowski, die die systematische Literaturrecherche methodisch unterstützt hat.

[10] Der Begriff Trans-Feindlichkeit beschreibt feindliche Einstellungen gegenüber trans Menschen. Zusammen mit dem Begriff Trans-Negativität, der übergeordnet abwertende Einstellungen gegenüber trans Personen umfasst, ersetzt er zunehmend den Begriff der Trans-Phobie. Der Begriff Trans-Phobie wird als nicht zielführend erachtet, da es sich in der Regel nicht um eine pathologische Angst handelt. Trans-Negativität oder Trans-Feindlichkeit kann z. B. auch in der Politik oder gesellschaftlichen Strukturen eine Rolle spielen (Beemyn & Rankin, 2011).

Personen im deutschen Gesundheitswesen allgemein, außerhalb der spezifischen medizinischen und psychotherapeutischen Interventionen, liegen allerdings nicht vor.

Zur Literatur

In der Recherche fanden sich 27 Studien mit unterschiedlichen Fragestellungen, Methoden und Stichprobengrößen, darunter einige systematische Reviews und Kohortenstudien, aber keine randomisierten, kontrollierten Studien (RCTs). Die vorliegenden Studien befassen sich überwiegend nicht mit konkreten Elementen der Behandlung im Prozess der Transition, sondern mit allgemeinen Erfahrungen von trans Menschen mit Institutionen des Gesundheitssystems. Außer einer Kasuistik beziehen sich die Studien auf Länder mit im Vergleich zu Deutschland unterschiedlichen Gesundheitsversorgungssystemen. Die untersuchten Systeme 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, also auf Personen, die definierten Ethnien angehören oder definierte begleitende körperliche oder psychische Probleme aufweisen. Deutlich sind Tendenzen für eine hohe Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens allgemein bei gleichzeitig hoher Neigung, dem Gesundheitssystem zu misstrauen (Nemoto, Operario, Keatley, Nguyen, & Sugano, 2005). Trans Menschen erleben im Kontakt mit medizinischen und psychosozialen Einrichtungen wiederholt Diskriminierung, Mitarbeiter_innen des Gesundheitswesen weisen oft einen Mangel an Wissen über Trans auf (G. R. Bauer et al., 2009; G. R. Bauer, Scheim, Deutsch, & Massarella, 2014; Bradford, Reisner, Honnold, & Xavier, 2013; Sperber, Landers, & Lawrence, 2005; K. R. Wylie, Hainsworth, & Ryles, 2008). Zudem nehmen trans Männer in der Tendenz häufiger als trans Frauen Hilfe und Beratung zu Erziehung und Kinderversorgung in Anspruch (Kenagy & Hsieh, 2005). Aus klinischer Erfahrung und den Mitteilungen von behandlungssuchenden trans Personen ist davon auszugehen, dass auch in Deutschland in der ambulanten und stationären Versorgung ein Mangel an Wissen über das Thema Trans festzustellen ist. Eine aktuelle Umfrage unter trans Personen in England (S. J. Ellis, Bailey, & McNeil, 2015) liefert in diesen Zusammenhang Anhaltspunkte dafür, dass unnötige oder aufdringliche Befragungen, Vorurteile bei Behandelnden und ein restriktiver Zugang zur Behandlung den Minderheitenstress aufseiten der trans Personen vergrößern und der psychischen Gesundheit abträglich sind.

Zu den Empfehlungen

In der Medizin versteht man unter informed consent das Einverständnis einer Person mit einer diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme nach Aufklärung („informierte Einwilligung“). Der Begriff reflektiert den Respekt vor der autonomen und selbstverantwortlichen Person. Am Beginn des Prozesses, der zur informierten Einwilligung führt, steht die Aufklärung, die inhaltlich an den Bedürfnissen der Behandlungssuchenden orientiert 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 (partizipativen) Beziehung stattgefunden. Die aufgeklärte Einwilligung bzw. informierte Zustimmung hat zentrale Bedeutung erlangt, der Aufklärungsanspruch findet seine ethische Begründung in der Autonomie des Behandlungssuchenden (Maio, 2017).
Im öffentlichen Diskurs über den Umgang mit trans Menschen in der Gesundheitsversorgung hat sich die Bedeutung des Begriffs informierte Einwilligung (informed consent) nochmals inhaltlich verschoben. Während die Basis für die Indikationsstellung der verschiedenen Behandlungsoptionen zunächst in einer sorgfältigen Diagnostik bei einem sexualmedizinisch/-therapeutisch weitergebildeten und mit GIK/GD vertrauten Behandelnden gesehen wurde (Nieder & Richter-Appelt, 2012), wird zunehmend 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 im Vorfeld einer transitionsunterstützenden Hormonbehandlung, dass eine Selbstauskunft und eine positive Einschätzung der Entscheidungsfähigkeit durch eine behandelnde Fachkraft ausreichend sein sollten (zitiert nach Eyssel, 2015; Radix & Eisfeld, 2014). 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 (vgl. Hamm & Sauer, 2014). Die modifizierten inhaltlichen Aspekte des Begriffs informierte Einwilligung (informed consent) stehen im Zusammenhang mit den aus verschiedenen Disziplinen erhobenen und unterstützten Forderungen nach Autonomie und Entpathologisierung von trans Personen (siehe u. a. BMFSFJ, 2015).

HIV
Einen Sonderfall stellt die HIV-Infektion dar, die in vielen Fällen wesentlich durch soziale Faktoren (z. B. den eingeschränkten Zugang zum Gesundheitssystem) mit bedingt ist. Das Risiko sich mit HIV zu infizieren ist für trans Personen deutlich erhöht, wenn sie sozial ausgegrenzt und gesellschaftlich marginalisiert werden sowie der Zugang zur Gesundheitsversorgung eingeschränkt ist (De Santis, 2009; Edwards, Fisher, & Reynolds, 2007; Farias et al., 2011; Garofalo, Deleon, Osmer, Doll, & Harper, 2006; Gras et al., 1997; Herbst et al., 2008; Kellogg, Clements-Nolle, Dilley, Katz, & McFarland, 2001; Logie, James, Tharao, & Loutfy, 2012; Melendez & Pinto, 2007; P. A. Simon, Reback, & Bemis, 2000; Spizzichino et al., 2001). Parallel zur Behandlung der GIK/GD sollte in Fällen einer HIV-Infektion eine adäquate Behandlung angeboten oder empfohlen werden.

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

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzgrad III)
Quellen**:** (Kenagy & Hsieh, 2005), (Nuttbrock et al., 2013), (Xavier, Bobbin, Singer, & Budd,

2005), (Poteat, German, & Kerrigan, 2013)

Konsensstärke: Starker Konsens

Für Behandlungssuchende soll ein uneingeschränkter Zugang zur Gesundheitsversorgung gewährleistet werden.

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: 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
Konsensstärke: 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 und Trans-Feindlichkeit bewältigen zu können und sekundär entstehenden psychischen Störungen vorzubeugen.

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke*:* Starker Konsens

---

3 Therapeutische Haltung und Beziehungsgestaltung

Die Art der Beziehungsgestaltung in der Versorgung von trans Behandlungssuchenden ist von zentraler Bedeutung (Günther, 2015; Nieder & Güldenring, 2017). Eine tragfähige therapeutische Haltung sollte von Respekt und Akzeptanz gegenüber vielfältigen geschlechtlichen Lebensrealitäten geprägt sein. Es wird empfohlen, die Beziehung individuell, prozessbezogen, verlässlich, flexibel und bedarfsorientiert zu gestalten. 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 (Preuss, Nieder, & Briken, 2012). Trans Menschen teilen in dieser Gesellschaft die Erfahrung, dass die Zuschreibungen, die aufgrund ihrer körperlichen Geschlechtsmerkmale an sie gerichtet werden, nicht ihrem Geschlechtserleben entsprechen.

Da Geschlecht eine gesellschaftliche Strukturkategorie darstellt, die in allen sozialen Beziehungen angesprochen und mit Erwartungen gefüllt 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 (Plöderl, Mahler, Nieder, & Mundle, in Druck). 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 (Hendricks & Testa, 2012). 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
Konsensstärke: Konsens

Anrede
Trans Personen sollen mit dem von ihnen gewünschten Pronomen und Namen angesprochen werden. Die Bitte um Verwendung nicht-binärer Pronomen (z. B. xier; vgl. Hornscheidt, 2012) sollte ebenso ernst genommen werden wie die Ablehnung von Pronomen (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 behandlungssuchenden Person soll im Rahmen des Erstkontaktes offen besprochen und in Absprache mit den Behandlungssuchenden anerkannt werden.

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: Starker Konsens

Positionierung im Versorgungssystem
Zu Beginn der Zusammenarbeit sollte die mögliche Diskrepanz zwischen dem Anspruch an eine hochwertige Trans-Gesundheitsversorgung (u. a. ein individuelles und flexibles Vorgehen sowie die Anerkennung non-binärer und/oder fluider Identitäten) und den Vorgaben der

jeweils gültigen Diagnosen (ICD, DSM) bzw. sozialmedizinischen Begutachtungskriterien (MDS, 2009) erläutert werden.

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

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: 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 psychologische Psychotherapeut_innen die Verwirrung eher als Thema einer zweigeschlechtlichen bzw. heteronormativen Gesellschaft und weniger als Thema der Behandlungssuchenden selbst begreifen (Güldenring, 2013; Günther, 2015; Nieder, 2014). Zu den infrage zu stellenden Annahmen 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 gefährden kann (Güldenring, 2015).

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

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: 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
Konsensstärke: Starker Konsens

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

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: Starker Konsens

Partizipative Entscheidungsfindung und Selbstbestimmung
Partizipative Ansätze der Entscheidungsfindung erfahren seit längerer Zeit 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 – ja nach vorliegendem Gesundheitsproblem – bei erfolgreicher Umsetzung eines Systems partizipativer Entscheidungsfindung die Vorteile dieser partnerschaftlichen Vorgehensweise auch in Studien abbilden (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. Equipoise), 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 behandlungssuchender trans Menschen in der Regel zu (vgl. Nieder & Strauß, 2016).

Trans Personen sind in der Behandlung meistens mündige und selbstbestimmte Personen, die für ihre Entscheidungen die Verantwortung tragen. Im Rahmen einer partizipativen Behandlungsplanung mit trans Menschen sollten die Vorstellungen über und die Reihenfolge von möglichen körpermodifizierenden Behandlungen sowie die Gestaltung der prä- und postoperativen Begleitung besprochen werden. Zudem sollte der Umgang mit dem jeweiligen Umfeld (u. a. Familie, Partnerschaft, Arbeit) und die Bearbeitung möglicher psychischer Probleme gemeinsam vereinbart werden. Grundsätzlich sollen Behandelnde die Entscheidung für oder gegen einzelne körpermodifizierende Behandlungen im Zuge einer Transition gemeinsam mit den Behandlungssuchenden treffen. Zu einer Belastung der Beziehung kann es kommen, wenn Entscheidungen der Behandlungssuchenden nicht mit den Vorstellungen

der Behandelnden übereinstimmen. Das Dilemma zwischen der verantwortungsvollen Haltung der Behandelnden und dem Selbstbestimmungsrecht der Behandlungssuchenden kann durch die Einbeziehung einer community-basierten Beratung gelindert werden. Wenn keine Übereinstimmung gefunden wird, sollen die Behandelnden ihre Gründe (z. B. warum eine spezifische Behandlung zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht als medizinisch notwendig erachtet wird) nach Möglichkeit im persönlichen Gespräch verständlich vermitteln. Zudem sollten die Behandlungssuchenden über alternative Behandlungsoptionen informiert werden.

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

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: 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
Konsensstärke: Konsens

Sondervotum Bundesverband Trans* (BVT*)
Der BVT* formuliert an dieser Stelle ein Sondervotum, da ein Übereinstimmungsmodell nicht die Selbstbestimmung der betreffenden trans Menschen wahre. Zudem würdige die Vorstellung einer partizipativen Entscheidung nicht ausreichend das in solch einer Situation vorhandene Machtgefälle zwischen behandelnder und behandlungssuchender Person.

Wenn eine trans Person einwilligungsfähig ist und den Umfang und die Konsequenzen der Behandlung verstanden hat, soll die informierte Entscheidung im Sinne eines Informed Consents über die Notwendigkeit und die Reihenfolge der Behandlungsschritte allein bei ihr liegen.

---

4 Diagnostik

Überwiegend werden in der medizinischen Literatur klinische Stichproben im Behandlungsparadigma des Transsexualismus genutzt. Es handelt sich also um Behandlungssuchende,

die modifizierende Behandlungen der körperlichen Geschlechtsmerkmale anstreben oder sich entsprechenden Maßnahmen bereits unterzogen haben. Die genutzten Samples unterliegen unzähligen Verzerrungen, die in der Literatur vielfach beschrieben wurden (G. R. Bauer & Scheim, 2013; Eyssel, Koehler, Dekker, Sehner, & Nieder, 2017; Reisner et al., 2016). Hierzu gehören schematisch stereotype Erzählungen von Behandlungssuchenden, um den antizipierten Erwartungen an die diagnostischen Kriterien zu entsprechen (Nieder & Richter-Appelt, 2011). Die Einschränkung hinsichtlich der Literatur ist bei diesen 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 die GD (DSM-5) als auch für die GIK (ICD-11) und für den Transsexualismus (ICD-10).

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
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).
B. ein klinisch relevantes Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Zur Literatur

In die Auswertung des Kapitels „Diagnostische Einschätzung“ wurden 46 Arbeiten einbezogen. Drei Arbeiten (Baltieri & De Andrade, 2009; Pitts, Couch, Mulcare, Croy, & Mitchell, 2009; Vocks, Stahn, Loenser, & Legenbauer, 2009) werden im Abschnitt „Begleitende psychische Störungen“ berücksichtigt. Zwei Arbeiten (Navelet & Gastambide, 1999; Vardi et al., 2008) sind nicht empirisch und daher für die Evidenzbewertung nicht geeignet. In dem Aufsatz von Langer und Hartmann (1997) dienen die Fallbeispiele ausschließlich zur Illustration der Meinung der Autoren. Zwei Studien beschäftigen sich mit der Entwicklung von Fragebögen, die möglicherweise im Rahmen der Diagnostik zum Einsatz kommen können. Sie liegen bislang nicht in einer deutschen Fassung vor. Dabei handelt es sich zum einen um den „Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults“ (Deogracias et al., 2007), zum anderen um einen Fragebogen zur Resilienz bei lesbischen, schwulen, bisexuellen und trans Personen (M. S. Smith & Gray, 2009). Zum Rorschach-Test gibt es einen methodisch zweifelhaften Review von Michel und Mormont (2003) sowie eine Fall-Kontroll-Studie (Affatati, Grattagliano, Todarello, & Catanesi, 2012) und eine Pilotstudie (Barisic et al., 2014), die für die Diagnostik unergiebig sind. Ein Review (Blanchard, 1991), eine Querschnittsstudie (Blanchard, 1993), eine Fall-Kontroll-Studie (Blanchard, 1994) sowie ein Fallbericht (Duisin, Barisic, & Nikolic-Balkoski, 2009) befassen sich mit dem Konzept der Autogynäphilie. Das Konzept ist empirisch unzureichend begründet, steht den Perversionstheorien nahe und wird kritisch diskutiert (Moser, 2010; Serano, 2010).

Eine Kohortenstudie (de Vries, Kreukels, Steensma, Doreleijers, & Cohen-Kettenis, 2011), eine Querschnittsstudie (Gómez-Gil, Vidal-Hagemeijer, & Salamero, 2008) und zwei Fall-Kontroll-Studien (Caron & Archer, 1997; Michel, Ansseau, Legros, Pitchot, Cornet, et al., 2002) befassen sich mit Profilen des Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). Die MMPI-Profile wurden übereinstimmend als weitgehend unauffällig beschrieben (naheliegend: außer bei den maskulinen bzw. femininen Interessen). Aus den Unterschieden zwischen Erwachsenen und Jugendlichen ergab sich, dass frühe Interventionen helfen, psychische Schäden zu vermindern (de Vries et al., 2011). Zwei weitere Fall-Kontroll-Studien (Gomez-Gil, Gomez, et al., 2012; Herman-Jeglinska, Grabowska, & Dulko, 2002) verwendeten das Bem-Sex-Role-Inventory (BSRI). Mit diesem Instrument werden Geschlechtsrollenklischees erfasst, im Rahmen einer zeitgemäßen Diagnostik ist es jedoch nicht nützlich. Eine Nachuntersuchung mit einem Katanmesezeitraum von 5 Jahren (Sundbom & Bodlund, 1999) versuchte mithilfe eines Defense Mechanism Tests (DMT) das postoperative Outcome vorherzusagen (für weitere Nachuntersuchungen siehe auch den Abschnitt „Allgemeine Wirksamkeit körpermodifizierender Behandlungen“ im Kapitel „Körpermodifizierende Behandlungen“).

Fünf Arbeiten behandeln Subtypen. Eine Querschnittsstudie bezog sich auf das inzwischen als obsolet geltende Konzept des „core transsexualism“ (Burns, Farrell, & Brown, 1990). Ein narratives Review (Lawrence, 2010) beschrieb, dass die sexuelle Orientierung besser geeignet sei, klinisch relevante Subtypen zu bilden als das Alter bei Erstmanifestation (engl. age of onset). Eine Querschnittsstudie (Y. L. S. Smith, van Goozen, Kuiper, & Cohen-Kettenis, 2005) fand in der Gruppe androphiler[11] trans Frauen sowie der Gruppe gynäphiler[12] trans

[11] andrós (griech.): Mann, philía (griech.): Liebe; androphil: sexuell zu Männern orientiert

Männer ein besseres Passing, weniger psychische Störungen, mehr Symptome der GD in der Kindheit und ein jüngeres Alter bei genitalangleichender Operation als bei gynäphilen trans Frauen und androphilen trans Männern. Zudem fanden sie ein höheres Maß an GD bei trans Männern im Vergleich zu trans Frauen. Eine multizentrische, länderübergreifende Kohortenstudie (Nieder et al., 2011) vergleicht trans Männer und trans Frauen hinsichtlich des Alters bei Erstmanifestation und findet deutliche regionale Unterschiede. Eine deskriptive Studie basierend auf dem gleichen Datensatz (Kreukels et al., 2012) berichtet über die Unterschiede hinsichtlich soziodemographischer Merkmale, sexueller Orientierung und dem Alter bei Erstmanifestation in den vier beteiligten europäischen Ländern. Eine Querschnittsstudie bildet nach unklaren Kriterien Untergruppen mit ich-syntoner bzw. ich-dystoner Identität, denen unterschiedliche Therapieanforderungen zugewiesen werden (Seil, 2004).

In der Fall-Kontroll-Studie von Brown et al. (1996) wurden Transvestiten (TV), Transgender (TG) und Transsexuelle (TS) verglichen. Es fanden sich keine Unterschiede im NEO-Persönlichkeitsinventar (NEO-PI) hinsichtlich der fünf Persönlichkeitsfaktoren (Big-5, Neurotizismus, Extraversion, Offenheit, Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit). Hinsichtlich der Sexualität zeigten TS weniger Sexualtrieb und mehr psychische Symptome als TG und TV. TV unterschieden sich nicht von Männern ohne TV. Eine Kohortenstudie (Yerke & Mitchell, 2011) verglich trans Männer mit Transition zwischen 1969 und 1987 und trans Männer mit Transition zwischen 2000 und 2006. Die 2. Kohorte wünschte seltener einen Penoidaufbau, war variabler bezüglich der Selbstbezeichnung und hatte häufiger eine sexuelle Präferenz für Männer. Zwei Fall-Kontroll-Studien (Gomez-Gil, Zubiaurre-Elorza, de Antonio, Guillamon, & Salamero, 2014; Newfield, Hart, Dibble, & Kohler, 2006) befassten sich mit der Lebensqualität bei trans Männern. Diese war im Vergleich zur Normalbevölkerung niedriger, aber bei den Teilnehmern höher, die eine Hormonbehandlung, familiäre Unterstützung und eine Beschäftigung hatten. Zwei Studien mit stark selegierten Gruppen (Tagungsteilnehmer (Sanchez & Vilain, 2009) und Afroamerikaner einer lokalen Selbsthilfegruppe (M. G. White, 2014) untersuchten Coping-Mechanismen bzw. Ressourcen. Zwei weitere Querschnittsstudien (Kenagy & Hsieh, 2005; Xavier et al., 2005) und eine prospektive Studie (Nuttbrock et al., 2013) aus den USA setzten sich mit trans Personen in prekären sozialen Situationen auseinander. Ein eingeschränkter Zugang zum Gesundheitssystem war mit einem stark erhöhten Risiko verbunden, an HIV zu erkranken, sexuell missbraucht zu werden und in der Folge depressiv oder suizidal zu werden (siehe das evidenzbasierte Statement in Kapitel 2).

Weitere Arbeiten beschäftigten sich mit Einzelaspekten. Die Fall-Kontroll-Studie von Auer et al. (2013) belegte, dass sich als Kontrollgruppen für trans Frauen besser cis Frauen als cis Männer und für trans Männer besser cis Männer als cis Frauen eignen. Eine Kohortenstudie (Paap et al., 2011) untersuchte die diagnostischen Kriterien der Geschlechtsidentitätsstörung nach DSM-IV-TR. Eine Querschnittsstudie von (Vitelli & Riccardi, 2011) kam bei einer nichtrepräsentativen Stichprobe zu Aussagen über Prävalenz von traumatischen Lebensereignissen und Bindungsstil. Ein narrativer Review (Dessens, Slijper, & Drop, 2005) schließlich fasste die Erkenntnisse bezüglich GD bei chromosomalen Frauen mit Adrenogenitalem Syndrom (engl. Congenital Adrenal Hyperplasia, CAH) zusammen.

[12] gyné (griech.): Frau, philía (griech.): Liebe; gynephil: sexuell zu Männern orientiert

Besondere Beachtung verdienen fünf überwiegend methodisch hochwertige quantitative und qualitative explorative Studien. In den Arbeiten von Kuper et al. (2012) und Monro (Monro, 2000) wurde die Diversität des Selbstverständnisses von trans Personen herausgearbeitet. Erwähnt werden Identitäten wie genderqueer, transgender, transsexual, crossdresser, two spirit, bigender, intergender, drag king, androgynous, drag queen und die damit einhergehende Herausforderung traditioneller medizinischer Modelle bzw. Kategoriebildungen. Eine neuere Studie fand neben vergleichbaren Identitäten vor allem Unterschiede im Behandlungsanliegen zwischen non-binären und binären trans Personen (Koehler et al., 2018). Die Studie von Schulz (2012) arbeitete bei 28 trans Männern eine typische transsexuelle Entwicklung heraus (männliche Identität in der Kindheit, lesbisches Coming-out vor dem trans Coming-out, Selbstetikettierung als trans, Entscheidung zur Transition, Herausforderungen nach der Transition) und lieferte damit Anhaltspunkte für die Anamneseerhebung. Der Zugang zur Versorgung wurde ebenso thematisiert wie das Spannungsfeld zwischen standardisierten Empfehlungen (Standards of Care) und Behandlungsentscheidungen auf Basis der informierten Einwilligung (Informed Consent), dem Umgang der Institutionen sowie eine akzeptierende Kommunikation. Hawkins (2009) arbeitete wesentliche Faktoren heraus, die von Probanden als positiv oder negativ für ihre Transition bezeichnet wurden. Bei den biologischen Faktoren war vor allem das Einsetzen der Pubertät zentral, Körperbild, Haare und Stimme kommen hinzu. Bei den psychischen Faktoren wurden angeführt: sich anders zu fühlen, Folgen von Mobbing- und Gewalterfahrungen, psychische Probleme, Geschlechtsidentität versus sexuelle Orientierung, sprachliche Begriffe zu finden. Bei den soziokulturellen Faktoren wurden soziale Definitionen von Weiblichkeit und Männlichkeit einschließlich der Anrede, Kleidung, mediale Darstellung, einflussreiche Bezugspersonen (Eltern, Geschwister, Peers, Partner), gesellschaftliche Einflüsse (Nachbarschaft, Schule, Religion, Queer- und Trans Communities) im Detail betrachtet. Auch hieraus ließen sich wesentliche Punkte für die Anamneseerhebung herleiten. Die Untersuchung von Poteat et al. (2013) beleuchtete das Thema Stigma und Diskriminierung als Risikofaktoren für Depression, Suizidalität und HIV. Die Interaktion zwischen Anbietenden und Inanspruchnehmenden im Gesundheitssystem wurde untersucht, wobei sich Hinweise darauf ergaben, dass Stigmatisierung zum Teil die Funktion innehat, die Ambivalenz und Unsicherheit bei den Anbietenden zu überwinden und deren Entscheidungsmacht zu sichern.

Zu den Empfehlungen

Die Dauer und der Zeitaufwand für die initiale Diagnostik der GIK/GD ist fallbezogen variabel. Eine die Diagnose sichernde Verlaufsbeobachtung ist dazu in der Regel nicht erforderlich. Bei vorliegender aktueller psychotischer Symptomatik, Sonderformen der Dissoziativen Störung mit verschiedengeschlechtlichen Ego-States oder einer umfassenden Identitätsunsicherheit, ist allerdings – wie generell in der Psychotherapie – ein längerer diagnostischer Prozess zu erwarten, um eine zuverlässige Beurteilung abgeben zu können. Dies kann auch bei einem akuten, klinisch relevanten Substanzmissbrauch der Fall sein. Die Feststellung, ob durch die GIK/GD ein klinisch relevantes Leiden oder Funktionsstörungen verursacht werden, lässt sich in Fällen einer GIK/GD ohne begleitende psychische Störung oder mit einer leichten psychischen Störung wie beispielsweise einer Anpassungsstörung ebenfalls in der Regel im Rahmen der initialen Diagnostik rasch feststellen. Bei begleitenden psychischen

Störungen, wie beispielsweise einer affektiven Störung, einer sozialen Phobie oder Selbstverletzungsverhalten ist eine Verzögerung der Einleitung körpermodifizierender Behandlungen häufig nicht zielführend, da es durch die Einleitung entsprechender Maßnahmen (z. B. Hormon- und/oder Epilationsbehandlung) in vielen Fällen zu einer Remission sowohl der GIK/GD-Symptomatik als auch der psychischen Störung kommen kann. Erst im Behandlungsverlauf lässt sich häufig unterscheiden, ob die Symptomatik reaktiv ist oder unabhängig von der GIK/GD besteht. Ein längerer diagnostischer Prozess vor der Einleitung körpermodifizierender Behandlungen ist nur gerechtfertigt, wenn der begründete Verdacht besteht, dass die begleitende psychische Störung die GIK/GD wesentlich mit beeinflusst. Dies kann ausschließlich im Einzelfall diagnostisch beurteilt werden. Bei diagnostischer Unsicherheit sollte eine Zweitsicht durch eine_n in Sachen GIK/GD erfahrene_n Expert_in erfolgen. Selbstverständlich kann auch ein längerer Prozess vor der Einleitung körpermodifizierender Behandlungen sinnvoll sein, wenn die behandlungssuchende Person sich noch nicht in der Lage fühlt zu entscheiden, welche Maßnahmen zur Linderung ihres Leidensdrucks geeignet sind. Dafür kann die Vermittlung an eine Community-basierte Beratung in besonderem Maße hilfreich sein, aber auch Aufklärungsgespräche mit Fachkolleg_innen der somatischen Fachbereiche. In allen Fällen ist zu empfehlen, den diagnostischen Prozess so kurz wie möglich zu halten, um den Leidensdruck nicht unnötig zu verlängern. Ein Hinauszögern der Diagnosestellung sollte in jedem Fall vermieden werden, da negative gesundheitliche Folgen für die Behandlungssuchenden bei einer Diagnostik von ungewisser Dauer evident sind.

Eine Sicherung der Diagnose im Rahmen eines längerfristigen diagnostisch-therapeutischen Prozesses als Aufgabe der Psychotherapie, wie sie in den Behandlungsstandards von 1997 gefordert wird (S. Becker et al., 1997), oder durch eine Verlaufsbeobachtung bzw. eine psychotherapeutisch begleitete Alltagserprobung, wie es in der MDS-Begutachtungsrichtlinie von 2009 vorgesehen ist (MDS, 2009), 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 (Geschlechtsidentität, Geschlechtsrolle) und Zuweisungsgeschlecht wird zunächst von der behandlungssuchenden Person selbst getroffen. Es gibt keine objektiven Beurteilungskriterien, die den Behandelnden dafür zur Verfügung stünden (Güldenring, 2013). 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 transitionsunterstützende Behandlungen stellen zu können. Im Rahmen dieses diagnostischen Prozesses sind die körperlichen, psychischen und sozialen Aspekte zu erfassen sowie auf kulturelle Besonderheiten zu achten. Eine umfassende Diagnostik ist auch erforderlich, um vorhandene Störungen oder Gesundheitsprobleme, die in einem Zusammenhang mit der GIK/GD stehen oder stehen könnten, einer adäquaten Behandlung zuführen zu können und mögliche Einschränkungen der Empfehlungen für medizinisch notwendige Modifikationen der körperlichen Geschlechtsmerkmale bereits frühzeitig abschätzen zu können. Die Zielgruppe der Leitlinie (siehe Abschnitt 1.6) ist insofern für diese Einschätzungen geeignet, da sie im Vergleich zu somatisch tätigen Ärzt_innen, die einen einmaligen Eingriff vornehmen (z. B. Chirurg_innen) über Behandlungserfahrungen im Längsschnitt ver-

fügt, d. h. trans Personen auch nach den verschiedenen Behandlungen wiedersehen, z. B. im Rahmen einer Nachsorge (u. a. Preuss et al., 2012). Es gibt weder aus klinischer noch aus wissenschaftlicher Sicht Kriterien oder Differentialdiagnosen, die eine GIK/GD von vornherein ausschließen. Wichtig ist, den bereits vorhandenen oder zu erwartenden Leidensdruck einzuschätzen (vgl. Nieder & Güldenring, 2017). Auch wenn der seelische Leidensdruck ebenso wie körperlicher Schmerz nicht „messbar" ist, stellt er die grundlegende Voraussetzung für alle folgenden Behandlungen dar. Unter sozialrechtlichen Gesichtspunkten werden medizinische und psychotherapeutische Behandlungen bei GIK/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. Hier berücksichtigt werden sollten wichtige Entwicklungsschritte vor und im Verlauf der Pubertät sowie in der Zeit nach der Pubertät. Von Bedeutung können auch bisherige Körper- und Beziehungserfahrungen sein, die Entwicklung der GIK bzw. GD über die Lebenszeit, des inneren und eventuell bereits erfolgten äußeren Coming-out sowie die Reaktionen im sozialen Umfeld (Peer Group, Familie) auf das geschlechtsbezogene Verhalten, mit eventuellen Erfahrungen von Diskriminierung und Exklusion. Gerade bei der Erhebung der Anamnese der psychosexuellen Entwicklung ist eine von Respekt und Akzeptanz gekennzeichnete therapeutische Haltung, wie sie im vorangegangenen Kapitel beschrieben wird, von zentraler Bedeutung, um eine vertrauensvolle Gesprächssituation zu ermöglichen. Das Ziel einer solchen Anamneseerhebung ist es, ein ganzheitliches Verständnis von der individuellen Entwicklung der behandlungssuchenden Person zu erhalten.

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 (APA., 2013). Es kann demzufolge vorhanden sein, muss es aber nicht, um eine GD diagnostizieren zu können.

Die sexuelle Orientierung liefert keine diagnostisch relevante Information. Entgegen früherer Annahmen (u. a. Lawrence, 2010) gibt es keinen empirisch nachweisbaren Effekt auf das Behandlungsergebnis (Nieder, Elaut, Richards, & Dekker, 2016). Bei dem Prozess des inneren und/oder äußeren Coming-out können Beziehungserfahrungen und die hiermit verbundene sexuelle Orientierung aber in manchen Fällen eine wichtige Bedeutung haben.

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 Varianten der (körperlichen) Geschlechtsentwicklung zu erfassen (siehe hierzu die S2k-Leitlinie mit der AWMF-Registernummer 174-001). Ergänzend sollte eine sorgfältige Befunderhebung des allgemeinen psychischen Befundes (z. B. nach AMDP) er-

folgen. 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) 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 sowie vorhandene Ressourcen mit besonderem Augenmerk auf die soziale Integration zu explorieren. Zu einer vollständigen Untersuchung gehört auch die Erfragung der Zukunftsperspektiven, ggfs. zur Familienplanung und zu einem möglichen Kinderwunsch. Die Erfassung, ob eine GIK oder GD seit einigen Monaten konstant, vorübergehend oder intermittierend besteht, nimmt Bezug auf das 6-Monate-Kriterium im DSM-5. Aus der isolierten Betrachtung von Zeitkriterien lässt sich keine Empfehlung zur Nicht-Behandlung herleiten. Die Vorgabe starrer Zeitkriterien vor der Möglichkeit, Maßnahmen zur Modifizierung der körperlichen Geschlechtsmerkmale zu empfehlen, entbehrt sowohl wissenschaftlicher als auch klinischer Grundlage (Nieder, Briken, et al., 2014; Nieder, Cerwenka, et al., 2014). Gleichwohl dürfte es einen Einfluss auf die individuelle Behandlungsplanung haben, ob eine GIK oder GD konstant ist oder Schwankungen unterliegt.

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

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzgrad III)
Quellen: (Koehler et al., 2018; Kuper et al., 2012; Monro, 2000; Yerke & Mitchell, 2011)
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, 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 (Evidenzgrad III)
Quellen: (Gomez-Gil et al., 2014; Hawkins, 2009; Kenagy & Hsieh, 2005; Kuper et al., 2012; Monro, 2000; Nuttbrock et al., 2013; Poteat et al., 2013; Schulz, 2012; Xavier et al., 2005; Yerke & Mitchell, 2011)
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

Anhand der Anamnese soll zwischen Differentialdiagnosen und begleitenden psychischen Störungen unterschieden werden. Bei einer Differentialdiagnose handelt es sich um eine diagnostizierte Störung (z. B. eine Schizophrenie), die ihrerseits einzelne geschlechtsdysphorische Symptome hervorbringen kann. Wenn im Zuge einer zielführenden Behandlung der Differentialdiagnose auch die geschlechtsdysphorischen Symptome verschwinden, handelt sich bei dieser psychischen Störung um ein Ausschlusskriterium für eine GIK/GD. Da allerdings auch trans Menschen eine Schizophrenie oder andere psychische Störungen entwickeln können und die psychische Störung somit unabhängig von oder reaktiv zu einer GIK/GD bestehen kann (siehe Kapitel 4.3), kann es sich sowohl bei einer Schizophrene als auch bei einer anderen psychischen Störung um eine begleitende psychische Störung handeln, die nicht als Ausschlusskriterium gewertet wird. Jede in Frage kommende Differential-

diagnose kann demnach auch eine begleitende psychische Störung sein, die in der Behandlung insgesamt berücksichtigt werden soll.[13]

Zur Literatur

Die systematische Literaturrecherche zu Fragen der Differentialdiagnose ergab zunächst 12 Arbeiten. Eine Arbeit wurde ausgeschlossen, da sie nicht auf eine empirische Grundlage Bezug genommen hat (Lawrence, 2006a). Bei den verbleibenden zehn Studien handelt es sich um vier Umfragen (Docter & Prince, 1997; Rachlin, 1999; Vale, Siemens, Johnson, & Wassersug, 2013; Wassersug, Zelenietz, & Squire, 2004), zwei Kohortenstudien (Gallarda et al., 2001; Miach, Berah, Butcher, & Rouse, 2000), drei Fallberichte (Kügler, 2012; Kukreti, Kandpal, & Jiloha, 2014; Muhs & Öri, 1995) und einen Report (Meyer-Bahlburg, 1994). Studien, die das Vorliegen von Psychopathologie mit dem Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI I oder II) prüfen (Gallarda et al., 2001; Miach et al., 2000), zeigten keine Häufung von Psychopathologie in der Gruppe der als transsexuell beschriebenen Teilnehmenden im Vergleich mit einer als transvestitisch beschriebenen Gruppe (Gallarda et al., 2001) bzw. einer Gruppe mit der DSM-3 Diagnose Geschlechtsdysphorie vom nicht-transsexuellen Typ (Miach et al., 2000). Da im Anschluss an die Revision der diagnostischen Kriterien (DSM und ICD) nicht mehr zwischen verschiedenen Sub-Typen unterschieden werden soll und im Zuge dessen die diagnostische Breite weiter zunehmen wird (siehe Kapitel 1.4), ist möglicherweise eine Zunahme der Psychopathologie in der Gesamtgruppe zu erwarten. Zwar ist ebenso zu hoffen, dass die vielerorts zunehmend respektvollen und akzeptierenden Verhältnisse dazu beitragen, dass trans Menschen weniger Minderheitenstress erleben und in der Folge auch weniger psychisch belastet sind als in eher trans-feindlichen Milieus, eine empirische Überprüfung steht allerdings noch aus. Eine aktuelle Umfrage unter Trans-Personen in England (S. J. Ellis et al., 2015) liefert aber zumindest Anhaltspunkte dafür, dass unnötige oder aufdringliche Befragungen, Vorurteile bei Behandelnden und ein restriktiver Zugang zur Behandlung den Minderheitenstress vergrößern und der psychischen Gesundheit abträglich sind.

Docter und Prince (1997) bestätigten mit ihrer Umfrage unter 1032 zur Zeit der Studie so genannten Cross-Dressern, dass Differentialdiagnosen wie der Fetischistische Transvestitismus nicht als zielführend erachtet werden können. Zudem verglichen sie ihre Ergebnisse mit einer ähnlichen Umfrage (Prince & Bentler, 1972) und fanden kaum Unterschiede. Allerdings nahm zwischen der ersten und der zweiten Studie die Prozentzahl jener Cross-Dresser zu, die nach einer mehrjährigen Phase periodischen Cross-Dressings eine Transi-

[13] Anmerkung aus Sicht der Bundesvereinigung Trans* (BVT*): Die BVT* kritisiert grundsätzlich, dass trans Menschen per se neben der Feststellung einer GIK/GD weiteren psychodiagnostischen Prozessen unterworfen werden. Bei Auftreten schwerwiegender psychischer Erkrankungen wird dezidiert eine parallele somatische Behandlung (in nicht akuten Phasen der psychischen Erkrankung) empfohlen, da eine Linderung der geschlechtsdysphorischen Symptomatik gleichermaßen wie die der psychischen oder psychosomatischen Symptomatik zu erhoffen sei. Eine grundsätzlich symptomgebundene Unterscheidung des Vorgehens widerspricht der Maßgabe eines fachlich reflektierten individualisierten Ansatzes und würde Behandlungssuchende mit einer psychotischen Symptomatik pauschal stigmatisieren und ihren Zugang zur somatischen Versorgung in der Transition deutlich erschweren. Ein Aufschieben oder Aussetzen einer körpermodifizierenden Behandlung wäre nur vertretbar, wenn Wünsche nach einer körpermodifizierenden Behandlung während einer akuten psychischen Symptomatik nicht eindeutig dem geschlechtsinkongruenten/geschlechtsdysporischen Erleben zugeordnet werden können oder wenn die Behandlung in der akuten Phase aus gesundheitlichen Gründen eine Bedrohung für die psychische bzw. körperliche Gesundheit der Betroffenen wäre.

tion durchführten (Docter & Prince, 1997). Kukreti et al. (2014) und (Meyer-Bahlburg, 1994) äußern sich zur Geschlechtsidentität bei Formen von Intergeschlechtlichkeit. Rachlin (1999) erfasst mit ihrer Umfrage unter 27 trans Männern, dass der Wunsch nach chirurgischer Genitalangleichung zur Diagnostik der Ausprägung der GD untauglich ist. Trans Männer können die Erwartungen an die männliche Geschlechtsrolle ohne Penoidaufbau oder Metaidoioplastik erfüllen. Die Entscheidung für oder gegen solche Eingriffe hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab (Rachlin, 1999). Weitere Arbeiten wurden ergänzt, auf die im Folgenden Bezug genommen wird.

Zu den Empfehlungen

Auch wenn es keine absoluten Ausschlussdiagnosen gibt (Coleman et al., 2012), 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 antipsychotischen Therapie zugeführt werden sollten, bevor eine GIK oder GD diagnostiziert und behandelt werden kann (De Cuypere, 1993; Habermeyer, Kamps, & Kawohl, 2003; Meijer, Eeckhout, van Vlerken, & de Vries, 2017). Eine besondere differentialdiagnostische Herausforderung stellen dabei diejenigen Fälle dar, bei denen trotz adäquater Psychosetherapie sowohl die geschlechtsdysphorische Symptomatik als auch eine psychotische Symptomatik persistieren. Grundsätzlich werden auch hier transitionsunterstützende Behandlungen nicht ausgeschlossen, es empfiehlt sich aber eine verlängerte Verlaufsbeobachtung und eine enge sowie wiederholte Rücksprache mit den, die psychotische Symptomatik behandelnden Kolleg_innen, bevor Maßnahmen zur Modifizierung der körperlichen Geschlechtsmerkmale eingeleitet werden (Bhargava & Sethi, 2002; Meijer et al., 2017). Einen Sonderfall stellen dissoziative Störungen mit verschiedengeschlechtlichen Ego States dar. Die von Saks (1998) vorgeschlagene informierte Einwilligung (informed consent*)* aller bekannten Identitäten setzt ebenfalls einen verlängerten Klärungsprozess vor der Einleitung körpermodifizierender Behandlungen voraus, ohne dass es hierzu in der Literatur konkrete Zeitangaben gibt. Einen weiteren seltenen Sonderfall stellen die in zwei Fällen beschriebenen Zwangsstörungen mit dem Zwangsgedanken dar, sich selbst zu kastrieren (Coleman & Cesnik, 1990). Bei erfolgreicher Behandlung lag keine GD mehr vor. In Abgrenzung hiervon ist das Risiko (des Versuchs) einer Selbstkastration zu sehen, wenn kein Zugang zu entsprechenden körpermodifizierenden Behandlungen besteht (Rotondi et al., 2013).

Eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (Borderline-Persönlichkeitsstörung, BPS) stellt keine Ausschlussdiagnose zu GIK oder GD dar (Seikowski, Gollek, Harth, & Reinhardt, 2008). Zum einen besteht die Möglichkeit, dass zusätzlich zu GIK/GD eine BPS vorliegt. Zum anderen können Symptombildungen im Rahmen der GIK/GD, wie wechselhafte Identitäten mit einer Instabilität des (geschlechtlichen) Selbstbildes bzw. der Selbstwahrnehmung oder Selbstverletzungsverhalten oder auch eine affektive Instabilität, fälschlicherweise als Ausdruck einer BPS interpretiert werden. In vielen Fällen remittieren solche Borderline-ähnlichen Symptome im Verlauf der Transition, wenn sie durch die GIK/GD bedingt waren.

In Bezug auf Störungen aus dem Autismus-Spektrum (ASS) lässt sich einerseits ähnliches beobachten. So treten im Zusammenhang mit einer GIK/GD in manchen Fällen weitreichen-

de Beeinträchtigungen der sozialen Kommunikation auf, die unter Umständen irrtümlich einer ASS zugeordnet werden (Van Der Miesen, Hurley, & De Vries, 2016). Andererseits gibt es auch Fälle, in denen die GIK/GD zusätzlich zu einer ASS vorliegt (Glidden, Bouman, Jones, & Arcelus, 2016). In beiden Situationen können sowohl die Transition als auch transitionsunterstützende Behandlungen medizinisch notwendig sein.

Eine Körperdysmorphe Störung lässt sich in der Regel leicht von einer GIK/GD abgrenzen. Hierbei geht es um für andere nicht erkennbare Mängel oder Defekte im äußeren Erscheinungsbild. Selbst wenn sich die Entstellungsgefühle auf primäre oder sekundäre Geschlechtsmerkmale beziehen sollten, fehlt das ausgeprägte Verlangen nach Einklang mit dem erlebten Gender (siehe z. B. Gruber, Jahn, Stolba, & Ossege, 2017).

In den relevanten Klassifikationssystemen (DSM-5, voraussichtlich ICD-11) werden Varianten im Rahmen der körperlichen Geschlechtsentwicklung (in der Sexualdeterminierung und der Sexualdifferenzierung) nicht mehr als Ausschlusskriterium für die Diagnosen GD bzw. GIK angegeben. Es gelten daher zunächst keine abweichenden diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen. Ergänzend sollte jedoch die S2k-Leitlinie zu den Varianten der Geschlechtsentwicklung beachtet werden (AWMF Registernummer 174-001). Im DSM-5 und voraussichtlich in der kommenden ICD-11 ist das Verlangen nach einer genitalangleichenden Operation kein notwendigerweise zu erfüllendes diagnostisches Kriterium. Das Nichtvorhandensein dieses Verlangens führt insofern nicht dazu, dass eine Differentialdiagnose vorzuziehen wäre (Rachlin, 1999). Auch die Ausprägung einer GIK oder GD lässt sich nicht an einem evtl. Operationswunsch festmachen (ebd.).

Der Bereich der Paraphilien bzw. Sexualpräferenzstörungen ist im Zusammenhang mit dem Thema Trans höchst umstritten. Das auf Blanchard (1985, 1988, 2005) zurückgehende Konstrukt der Autogynäphilie als sexuelle Erregung durch einen oder mehrere eigene feminisierte Körperteile im Sinne einer Sonderform der Autosexualität stellt keinen schlüssigen Ausschluss von GIK oder GD dar (Moser, 2010; Nieder et al., 2016; Serano, 2010; Veale, 2014). Es dürfte bei einem relevanten Prozentsatz von trans Frauen anzutreffen sein, ohne dass es relevante differentialdiagnostischen Überlegungen zuließe (Lawrence, 2011; Veale, 2014). Autogynäphilie im Sinne eines Fetischismus bei erhaltener männlicher Identität könnte theoretisch eine Differentialdiagnose darstellen, dürfte im Einzelfall aber kaum zu ermitteln sein (vgl. Lawrence, 2013). Allenfalls ein wechselhafter Verlauf der geschlechtsdysphorischen Symptomatik könnte hier ähnlich wie bei einem episodisch verlaufendem Transvestitismus ein Hinweis sein. Da auch Paraphilien einem differenzierten Prozess der Entpathologisierung unterliegen, stellt nach aktueller Sichtweise fetischistischer Transvestitismus per se keine Differentialdiagnose zur GIK 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 (APA., 2013). Ein schlüssiger Ansatz für eine Differentialdiagnose ergibt sich hier nicht.

Im Rahmen der Erstdiagnostik sollte zudem die Möglichkeit einer konflikthaft erlebten und abgewehrten Homosexualität mit bedacht werden, insbesondere wenn Hinweise auf ein homosexualitätsfeindliches Umfeld (vgl. z. B. Stulhofer & Rimac, 2009) bzw. auf die Herkunft aus einem solchen vorliegen (z. B. Najmabadi, 2008; Norman et al., 2016). Hier wäre im Einzelfall zu klären, ob ein homosexuelles Coming-out oder eine Angleichung bei evtl. bereits inkorporierter Trans-Identität besser helfen kann.

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

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzgrad III)
Quelle: (Rachlin, 1999)
Abstimmung des Statements: Konsens

Die Möglichkeit nicht ausreichend behandelter Psychosen, verschiedengeschlechtlicher „Ego States“ oder von Zwangsgedanken zur Selbstkastration sollten differentialdiagnostisch in Erwägung gezogen werden.

Evidenzbasierte Empfehlung (Evidenzgrad III)
Quellen: (Bhargava & Sethi, 2002; Coleman & Cesnik, 1990; Saks, 1998)
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

Bei jeder in Frage kommenden Differentialdiagnose besteht die Möglichkeit, dass es sich lediglich um eine zusätzliche Diagnose handelt. Sie schließt insofern nicht automatisch eine Geschlechtsinkongruenz und/oder Geschlechtsdysphorie aus.

Konsensbasiertes Statement
Konsensstärke: Starker Konsens

4.3 Begleitende psychische Störungen

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.

Zur Literatur

In die Auswertung der Kategorie „Begleitende psychische Störungen“ wurden 58 Arbeiten einbezogen sowie die drei oben genannten Arbeiten aus der Kategorie „Diagnostische Einschätzung“. Weitere Arbeiten, die entweder zunächst anderen Kategorien zugeordnet oder als Expert_innenliteratur zugezogen wurden, gingen zusätzlich in die Zusammenfassung der Literatur ein. Fünf Querschnittsstudien (Cole, O'Boyle, Emory, & Meyer, 1997; Fisher et al., 2013; Gomez-Gil, Trilla, Salamero, Godas, & Valdes, 2009; Heylens, Elaut, et al., 2014; Hurtado, Gómez, & Donat, 2007), zwei Fall-Kontroll-Studien (Haraldsen & Dahl, 2000; L. Simon, Zsolt, Fogd, & Czobor, 2011) und eine Fallserie (Levine & Solomon, 2009) haben Art und Häufigkeiten von psychischen Störungen zum Thema. Elf weitere Arbeiten aus anderen Kategorien und ergänzender Expert_innenliteratur kommen hinzu (Bodlund & Armelius, 1994; Bodlund, Kullgren, Sundbom, & Hojerback, 1993; De Cuypere, Janes, & Rubens, 1995; Hepp, Klaghofer, Burkhard-Kübler, & Buddeberg, 2002; Hepp, Kraemer, Schnyder, Miller, & Delsignore, 2005; Hoshiai et al., 2010; Landen, Walinder, & Lundstrom, 1998; Lobato et al., 2006; Mate-Kole, Freschi, & Robin, 1988; Miach et al., 2000; Pfäfflin & Junge, 1990). Die methodische Qualität der Studien entspricht dem Evidenzgrad III, die Ergebnisse schwanken: So gibt es Studien, bei denen psychische Störungen in der klinischen Stichprobe ebenso häufig sind wie in der Allgemeinbevölkerung (Cole et al., 1997). Andere finden bei den untersuchten trans Personen leichte psychische Störungen (Fisher et al., 2013; Hurtado et al., 2007) oder bei über 60 % Anpassungsstörungen (Gomez-Gil, Trilla, et al., 2009). Weitere Arbeiten erfassen ca. 70 % Achse I-Störungen (Hepp et al., 2005; Heylens, Elaut, et al., 2014), wobei sich die Angaben zu Achse II-Störungen unterscheiden (Hepp et al., 2005: 42 %; Heylens, Elaut, et al., 2014: 15 %). In der Fallserie von Levine und Solomon (2009) findet sich bei neun von zehn Patienten Psychopathologie.

Der Zusammenhang zwischen Ent(psycho)pathologisierung und deshalb nicht diagnostizierter Psychopathologie bzw. versäumter Therapie wird diskutiert (vgl. Nieder & Güldenring, 2017; Nieder, Güldenring, et al., 2017). Depression und Angststörungen sind am häufigsten (Hepp et al., 2005; Lobato et al., 2006), sofern sie nicht a priori zu Anpassungsstörungen deklariert werden (Gomez-Gil, Trilla, et al., 2009; Hoshiai et al., 2010). Angaben zu Suizidgedanken und Suizidversuchen gibt es in der Kohortenstudie von Pitts et al. (2009), der Fall-Kontroll-Studie von (Mathy, 2002), einer Querschnittsstudie (Nemoto, Bodeker, & Iwamoto, 2011) sowie bei fünf weiteren Arbeiten (Dhejne et al., 2011; Haas et al., 2011; Landen, Walinder, & Lundstrom, 1998; Liu & Mustanski, 2012; Terada et al., 2011). Die Häufigkeit von Suizidversuchen reicht von 8 % (Dhejne et al., 2011) über einem Drittel (Haas et al., 2011) bis zu 60 % in einer Stichprobe von trans Frauen, die der Sexarbeit nachgegangen sind (Nemoto et al., 2005). Suizidgedanken werden bei 25 % (Pitts et al., 2009), 37 % (Mathy, 2002) bzw. 72 % festgestellt (Terada et al., 2011). Die Angaben zu Substanzmissbrauch reichen von etwa 5 % (Lobato et al., 2006) über 15 % (Landen, Walinder, & Lundstrom, 1998), 30 % (Gomez-Gil, Trilla, et al., 2009) und 45 % (Hepp et al., 2005) bzw. 50 % (De Cuypere et al., 1995). Psychosen werden bei 0,7 % (Lobato et al., 2006), 3 % (Landen, Walinder, & Lundstrom, 1998) oder bei etwa 6 % (Hepp et al., 2005) beschrieben. Insgesamt sind die Stichproben kaum vergleichbar. Häufig handelt es sich um trans Personen, die eine genitalmodifizierende Operation anstreben (wofür eine Psychose bei einigen

Teams von vornherein ein Ausschlusskriterium darstellt), in weniger Fällen um nicht selektierte Ambulanzpatient_innen.

Eine Reihe von Arbeiten befasst sich mit einzelnen Störungsbildern. Depressive Störungen finden sich in der Studie von Pitts et al. (2009) bei etwa 50 %, in der Querschnittsstudie von (Rotondi et al., 2011) bei 66 %. Zwei Fallberichte (Hotton, Garofalo, Kuhns, & Johnson, 2013; Lombardi, 2007) beziehen sich auf Substanzmissbrauch. In den untersuchten Risikogruppen findet sich eine Häufigkeit von 60 %. In der Fall-Kontroll-Studie von Duisin et al. (2014) finden sich Persönlichkeitsstörungen häufiger als in der Allgemeinbevölkerung. Eine Querschnittsstudie (Madeddu, Prunas, & Hartmann, 2009) findet 52 % Achse II-Störungen ohne einen Unterschied zwischen trans Männern und trans Frauen. Eine Kohortenstudie (Khoosal, Langham, Palmer, Terry, & Minajagi, 2009), eine Fall-Kontroll-Studie (Vocks et al., 2009) sowie zwei Fallberichte (Ålgars, Alanko, Santtila, & Sandnabba, 2012; Ewan, Middleman, & Feldmann, 2014) haben Essstörungen zum Gegenstand. Vocks et al. (2009) kommen zu dem Schluss, dass trans Behandlungssuchende ein erhöhtes Risiko haben, eine Essstörung zu entwickeln. Unzufriedenheit mit dem Körper und Essstörungen nehmen bei transitionsunterstützender Behandlung allerdings ab (Ewan et al., 2014; Khoosal et al., 2009). Eine Fallserie (Coleman & Cesnik, 1990) und ein Fallbericht (Marks, Green, & Mataix-Cols, 2000) beziehen sich auf Zwangsstörungen. Coleman und Cesnik (1990) berichten eine erfolgreiche Behandlung bei Zwangsgedanken zur Selbstkastration. Ein Fallbericht (Lemaire, Thomazeau, & Bonnet-Brilhault, 2014), eine Fallserie (Parkinson, 2014) sowie zwei Übersichtsarbeiten (Glidden et al., 2016; Van Der Miesen et al., 2016) gehen auf Autismus-Spektrum-Störungen ein. Zwei Fallberichte (H. Becker, Gast, Hartmann, & Weiß-Plumeyer, 1999; Saks, 1998) sowie zwei Querschnittsstudien (Kersting et al., 2003; Walling, Goodwin, & Cole, 1998) behandeln dissoziative Störungen. Bei Walling et al. (1998) finden sich in 11 % der Fälle Ausprägungen bei der Dissociative Experiences Scale (DES) von über 30. In der Studie von Kersting et al. (2003) finden sich bei Ambulanzpatient_innen 14,6 % dissoziative Störungen. Saks (1998) berichtet von einem Fall mit Ego States beider Geschlechter und postuliert, dass alle beteiligten Identitäten bezüglich einer angestrebten chirurgischen Behandlung informiert einwilligen und im gleichen (Trans-)Geschlecht leben.

Eine Fallserie (Caspari, Sittinger, & Lang, 1999), acht Einzelfallstudien (à Campo, Nijman, Evers, Merckelbach, & Decker, 2001; Baltieri & De Andrade, 2009; Bhargava & Sethi, 2002; Borras, Huguelet, & Eytan, 2007; Commander & Dean, 1990; Habermeyer et al., 2003; Jiloha, Bathla, Bawbja, & Gupta, 1998; Mayer & Kapfhammer, 1995) und eine Übersichtsarbeit (Meijer et al., 2017) setzen sich mit der Frage begleitender Psychosen auseinander. Caspari et al. (1999) stellen einem Fall von koexistierender Psychose und Transsexualität einem Fall gegenüber, bei der die Transsexualität als Symptom einer Psychose gewertet wird. Bhargava und Sethi (2002) schildern einen Fall mit früher Erstmanifestation der trans Entwicklung (early onset) und späterer Psychose bei persistierender GD nach Behandlung der Psychose. Borras et al. (2007) schildern einen Fall des Bedauerns einer transitionsunterstützenden Behandlung bei unzureichender antipsychotischer Therapie. Auch à Campo et al. (2001) und Commander und Dean (1990) schildern jeweils eine Entwicklung bei der die betreffende Person nach Behandlung einer zunächst nicht diagnostizierten Psychose in ihr bei Geburt zugewiesenes Geschlecht zurückkehren. Jiloha et al. (1998) berichten von einem weiteren Fall, bei dem die GD-Symptomatik unter antipsychotischer Behandlung ver-

schwand. Habermeyer et al. (2003) schildern eine Situation, bei der zwar das Ausmaß der GD in Abhängigkeit vom jeweils manischen oder depressiven Zustand schwankte, die GD aber persistierte. Baltieri und De Andrade (2009) wiederum berichten von einer Person, bei der die trans Identität nach der antipsychotischer Therapie persistierte, der Wunsch nach Geschlechtsangleichung aber aufgegeben wurde.
Zwei Verlaufsuntersuchungen (Colizzi, Costa, & Todarello, 2014; Megeri & Khoosal, 2007) sowie eine Fallserie ((Marks et al., 2000) gehen auf den Verlauf der begleitenden psychischen Störung im Zuge einer transitionsunterstützenden Behandlung ein. In der Arbeit von Colizzi et al. (2014) wird belegt, dass eine körpermodifizierende Hormonbehandlung zur Verbesserung der psychischen Gesundheit führt (siehe Kapitel 7.2). Die Verbesserung durch die Hormone wird zur Unterscheidung zwischen unabhängigen psychischen Störungen und psychischen Symptomen im Rahmen der GD herangezogen.

Zu den Empfehlungen
Die Angaben zu Art und Häufigkeit psychischer Störungen schwanken in der Literatur erheblich (Dhejne, Van Vlerken, Heylens, & Arcelus, 2016), was zum Teil auf methodische Probleme wie z. B. selektive Stichproben zurückgeht, zum Teil aber auch auf divergierende Grundannahmen. So interpretieren einige Autor_innen die begleitenden psychischen Störungen in erster Linie als reaktiv und diagnostizieren eine entsprechend hohe Anzahl von Anpassungsstörungen während andere dies nicht tun (vgl. Hepp et al., 2005; Heylens, Elaut, et al., 2014). 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 GIK/GD eine psychische Symptomatik feststellen lässt, die einer andernorts klassifizierten psychischen Störung zugeordnet werden kann. Dabei sind Depression und Angststörungen am häufigsten anzutreffen (z. B. Heylens, Elaut, et al., 2014), aber auch Substanzmissbrauch, Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, Zwangsstörungen, Autismus-Spektrum-Störungen, dissoziative Störungen und Psychosen treten auf (vgl. Dhejne et al., 2016). Psychische Störungen können möglicherweise der GIK bzw. GD vorausgegangen und damit an der Entstehung der GIK/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 GIK/GD anzusehen sein. Hierbei führen z. B. vermeidende Coping-Strategien zu einem erhöhten Maß an Depression und Angst, während soziale Unterstützung eher zu einer Reduktion beiträgt (Budge, Adelson, & Howard, 2013).
Zudem kann eine psychische Störung auch gleichzeitig bzw. unabhängig von der GIK/GD bestehen (vgl. Nieder, Güldenring, et al., 2017). Im Rahmen der initialen Querschnittsdiagnostik lässt sich diese Unterscheidung im Einzelfall nicht immer zuverlässig abklären. Aufschlussreich in dieser Hinsicht kann 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 zuvor einer BPS zugeordnet wurden, was z. B. im Fall von Selbstverletzungen nicht selten vorkommt (vgl. Seikowski et al., 2008). Die Einleitung körpermodifizierender Behandlungen führt ebenfalls in vielen Fällen dazu, dass nicht nur die

GD abnimmt, sondern auch die ggf. begleitenden anderen psychischen Symptome remittieren (Heylens, Verroken, De Cock, T'Sjoen, & De Cuypere, 2014). Eine transitionsunterstützende Umgebung und ein zeitnaher Zugang zu körpermodifizierenden Behandlungen gelten als wichtige Schutzfaktoren in Bezug auf Suizidalität (Bailey, Ellis, & McNeil, 2014; G. Bauer, Scheim, Pyne, Travers, & Hammond, 2015). In anderen Fällen bleibt die psychische Störung trotz adäquater Behandlung der GIK/GD bestehen. Hier sollte eine längerfristige parallele Behandlung der interkurrenten psychischen Symptomatik gemäß der Leitlinie für das jeweilige Störungsbild erfolgen.

Insbesondere bei Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, aber auch in anderen Einzelfällen, z. B. bei einer dissoziativen Störung mit verschiedengeschlechtlichen Ego-States, kann es vorkommen, dass Symptome einer GD 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 GIK/GD mit hinreichender Zuverlässigkeit gestellt werden kann (vgl. De Cuypere, 1993; Habermeyer et al., 2003; Meijer et al., 2017). In allen anderen Fällen mit interkurrenten psychischen Störungen sollte parallel mit der Einleitung der Behandlung der GIK/GD eine adäquate psychotherapeutische und/oder psychopharmakologische Behandlung der zusätzlichen Symptomatik erfolgen (Nieder, Güldenring, et al., 2017). Bei Remission der Symptome im Zuge des Coming-outs und körpermodifizierender Maßnahmen kann diese Behandlung zum geeigneten Zeitpunkt beendet werden.

Für den Bereich der Intelligenzminderung bei trans Personen liegt keine Literatur vor. Aus klinischer Sicht sollte im Rahmen der Erstdiagnostik bei Verdacht auf Intelligenzminderung exploriert werden, inwieweit die behandlungssuchende Person einwilligungsfähig ist und die Folgen eines ggf. angestrebten Geschlechtsrollenwechsels und möglicher körpermodifizierender Behandlungen realistisch einschätzen kann. Das Recht auf Selbstbestimmung ist hierdurch, auch im Falle einer gesetzlichen Betreuung, nicht aufgehoben.

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

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzgrad III)

Quellen: (De Cuypere et al., 1995; Glidden et al., 2016; Gomez-Gil, Trilla, et al., 2009; Haas et al., 2011; Hepp et al., 2005; Heylens, Elaut, et al., 2014; Kersting et al., 2003; Landen, Walinder, & Lundstrom, 1998; Levine & Solomon, 2009; Lobato et al., 2006; Mathy, 2002; Parkinson, 2014; Pitts et al., 2009; Rotondi et al., 2011; Terada et al., 2011; Van Der Miesen et al., 2016; Vocks et al., 2009; Walling et al., 1998)

Konsensstärke: Konsens

Ein bedeutsamer Anteil der Behandlungssuchenden hat keine psychischen Störungen.

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzgrad III)
Quellen: (De Cuypere et al., 1995; Dhejne et al., 2016; Gomez-Gil, Trilla, et al., 2009; Hepp et al., 2005; Heylens, Elaut, et al., 2014; Levine & Solomon, 2009)
Konsensstärke: Starker Konsens

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

Evidenzbasierte Empfehlung (Evidenzgrad III)
Quellen: (à Campo et al., 2001; Borras et al., 2007; Commander & Dean, 1990; Jiloha et al., 1998)
Konsensstärke: Starker Konsens

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

Evidenzbasierte Empfehlung (Evidenzgrad III)
Quellen: (à Campo et al., 2001; Borras et al., 2007; Caspari et al., 1999; Commander & Dean, 1990; Jiloha et al., 1998)
Konsensstärke: Starker Konsens

Im Rahmen der Diagnostik 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 oder empfohlen werden.

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: Starker Konsens

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

Evidenzbasierte Empfehlung (Evidenzgrad III)
Quellen: (Saks, 1998)
Konsensstärke: Starker Konsens

---

5 Beratung und Psychotherapie

5.1 Beratung

Im Zusammenhang mit Beratung wird oft grundsätzlich zwischen Interventionsberatung und informativer Beratung unterschieden. Die 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.

Zur Literatur

In der zugrunde liegenden Literaturrecherche wurden insgesamt 51 Arbeiten in die engere Wahl genommen, von denen 18 letztendlich genauer analysiert wurden (für den Auswahlprozess siehe Abschnitt 1.7). 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 (Walker & Prince, 2010). Hier wird bspw. geschlussfolgert, dass für die adäquate Beratung religiöse und politische Überzeugungen und Vorurteile gegenüber trans Menschen ebenso wie ein „institutionalisierter Heterosexismus" (S. 2) hinderlich sein können. Die Kenntnis von Modellen sexueller Entwicklung, von Standards für die Beratung und von Konzepten affirmativer Beratung, die Inanspruchnahme von Supervision und die Berücksichtigung einer geeigneten Sprache seien von besonderer Bedeutung. Im psychiatrischen Kontext berichten Personen von unterschiedlichen Bera-

tungserfahrungen (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) formulierten zehn Thesen für die Beratung. U. a. forderten 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 (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).

---

1. Psycholog_innen verstehen die Geschlechtszugehörigkeit als nicht-binäres Konstrukt, das eine Spannbreite geschlechtlicher Identitäten erlaubt und sind der Auffassung, dass die Geschlechtsidentität eines Menschen nicht mit dem bei Geburt zugeschriebenen biologischen Geschlecht übereinstimmen muss.
2. Psycholog_innen begreifen Geschlechtsidentität und sexuelle Orientierung als verschiedene, aber zusammenhängende Konstrukte.
3. Psycholog_innen versuchen nachzuvollziehen, inwiefern sich Geschlechtsidentität mit anderen kulturellen Identitäten transgeschlechtlicher oder geschlechtlich nicht-konformer Menschen überschneidet.
4. Psycholog_innen sind sich darüber bewusst, wie ihre Haltung und ihr Wissen bezüglich der Geschlechtsidentität und der geschlechtlichen Ausdrucksweise möglicherweise die Qualität der Betreuung beeinflusst, welche sie TGNC Klient_innen und ihren Familien anbieten.
5. Psycholog_innen erkennen, inwiefern Stigma, Vorurteile, Diskriminierung und Gewalt die Gesundheit und das Wohlbefinden der TGNC Klient_innen beeinflusst.
6. Psycholog_innen versuchen den Einfluss institutioneller Barrieren im Leben von TGNC Klient_innen zu erkennen und die Entwicklung TGNC-freundlicher Umfelder zu unterstützen.
7. Psycholog_innen sind der Auffassung, dass ein Bedarf zur Förderung eines sozialen Wandels besteht, um negative Folgen von Stigmatisierung auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der TGNC Klient_innen zu reduzieren.
8. Psycholog_innen, die mit geschlechtshinterfragenden und TGNC-Jugendlichen arbeiten, verstehen die unterschiedlichen Entwicklungsbedürfnisse von Kindern und Jugendlichen und die Tatsache, dass nicht alle Jugendlichen im Erwachsenenalter an ihrer TGNC-Identität festhalten.
9. Psycholog_innen bemühen sich darum, sowohl konkrete Herausforderungen, die ältere TGNC-Klient_innen erleben als auch die Belastbarkeit, die sie entfalten können, zu verstehen.
10. Psycholog_innen versuchen nachzuvollziehen, ob Aspekte der psychischen Gesundheit mit der Geschlechtsidentität von TGNC-Klient_innen und den psychologischen Effekten des Minderheitenstress zusammenhängen oder nicht.

11. Psycholog_innen sind der Ansicht, dass TGNC-Klient_innen eher positive Lebenserfolge erzielen, wenn sie soziale Unterstützung oder trans-affirmative Betreuung erhalten.
12. Psycholog_innen bemühen sich darum die Effekte zu verstehen, die Veränderungen in der Geschlechtsidentität und der geschlechtlichen Ausdrucksweise hinsichtlich romantischer und sexueller Beziehung von TGNC-Klient_innen mit sich bringen.
13. Psycholog_innen versuchen nachzuvollziehen, wie Elternschaft und Familiengründung unter TGNC-Klient_innen unterschiedliche Formen annehmen.
14. Psycholog_innen erkennen die potentiellen Vorteile einer interdisziplinären Herangehensweise beim Angebot von Betreuung für TGNC-Klient_innen und streben danach mit anderen Anbietern zusammenzuarbeiten.
15. Psycholog_innen respektieren das Wohlergehen und die Rechte der TGNC-Klient_innen in ihrer Forschung und bemühen sich darum, die Ergebnisse sorgfältig darzustellen und Missbrauch oder fälschliche Darstellung der Erkenntnisse zu vermeiden.
16. Psycholog_innen bemühen sich darum, Studierende der Psychologie auf die kompetente Arbeit mit TGNC-Klient_innen vorzubereiten.

Tab. 1: Empfehlungen zur psychologischen Praxis mit Transgender und Gender Nonconforming (TGNC) Klient_innen (American Psychological Association, 2015, S. 834ff., Übersetzung die Autor_innen)

Wenige Studien beziehen sich tatsächlich auf psychologische Aspekte im Kontext der Beratung (z. B. Matsumoto 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 und Hsieh (2005) einen höheren Bedarf an Beratung zu Erziehungsverhalten, Familienplanung und Kinderbetreuung als trans Frauen. Greene und Britton (2013) zeigen an einer Stichprobe von immerhin 657 LSBT-Personen (d. h. lesbische, schwule, bisexuelle und trans Personen), dass der Selbstwert deutlich abhängig ist von Aspekten der Selbstvergebung und reduzierten Schamgefühlen, was 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, Beratungskonzepte und ihrer Selbstreflexion im Zusammenhang mit Trans, was auf Defizite in der Ausbildung zurückgeführt wird. In diesem Zusammenhang können die Vernetzung mit Trans-Organisationen und community-basierter Beratung 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 Berührungsängste und stärkt den Bezug zu vielfältigen Lebensrealitäten. Von Interesse ist ein Selbstbericht (Anonymous, 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 erwähnten Arbeit von Singh und Burnes (2010) hervorgehoben (vom Gatekeeper zum Anwalt). Ähnlich argumentieren auch Bess und Stabb (2009). Sie schlussfolgern aufgrund ihrer Interviewstudie, dass die Erfahrungen der interviewten trans Personen sehr unterschiedlich waren, weil Beratende und Behandelnde vielfältige Aufgaben haben: Hilfe bei der Identitätsentwicklung, Umgang mit Coming-Out bezogenen Fragen, Exploration unterschiedlicher Optionen, Suche nach Unter-

stützung bei medizinischen Behandlungen, rechtliche Aspekte, Networking, Herstellen von Kontakt zu Selbsthilfeorganisationen etc.
Im Beratungskontext sind zudem Studien bedeutsam, die auf das Wissen von trans Personen über medizinische Behandlungen als präventiv relevantes Beratungsthema hinweisen. Beispielhaft kann dies an der Studie von De Cuypere und Vercruysse (2009) gezeigt werden. Nach der Analyse von 23 Fällen, in denen es zu einer Re-Transition gekommen ist, identifizierten sie 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 Cuypere und Vercruysse (2009) beim Vorliegen schwerer psychischer Erkrankungen, wie 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 herbeizuführen. Zudem sollte gewährleistet sein, dass die Behandlungssuchenden ausreichend Wissen über die verschiedenen chirurgischen Behandlungsmöglichkeiten (z. B. Metaidoioplastik 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 US-amerikanisches Manual und einen deutschen Leitfaden zur Beratung von trans Menschen und ihren Angehörigen (Bockting, Knudson, & Goldberg, 2007; pro familia Bundesverband, 2016). Vor dem Hintergrund einer menschenrechtsbasierten Haltung richtet sich der Leitfaden für den deutschen Kontext (pro familia Bundesverband, 2016) an Berater_innen und Leitungspersonen in der institutionalisierten Beratung (z. B. der Schwangerschafts-, Sexual-, Partnerschafts-, Jugendberatung). Es sollen Kenntnisse und Kompetenzen für die Beratung zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit u. a. von trans Personen vermittelt werden. 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, Goodrich, Luke und Buser (2011). In der Übersicht von Carroll (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 (Budge, 2013). In einer weiteren Arbeit (Wester, McDonough, White, Vogel, & Taylor, 2010) wird auf die Nützlichkeit eines Modells der Geschlechtsrollenkonflikte als Grundlage für die Beratung hingewiesen. Hier geht es auch um die Berücksichtigung von gesellschaftlichen Aspekten des Geschlechts und um das Konfliktpotential, das aus einer diskreten Geschlechtskategorie resultieren kann.

Zu den Empfehlungen
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 Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung zu erfragen (vgl. Fuchs et al., 2012; Loos et al., 2016). Da solche diskriminierenden Versorgungserfahrungen bis hin zum (drohenden) Verlust der rechtlichen Selbstbestimmung geführt und u. U. große Ängste auf Seiten der Behandlungssuchenden ausgelöst haben können, soll deren Erfragen behutsam und mit dem nötigen Respekt 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 (siehe hierzu auch Nieder & Güldenring, 2017).

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 (Evidenzgrad III)
Quellen: (Bockting et al., 2007; Carroll, 1999; Singh & Shelton, 2011)
Konsensstärke: Starker Konsens

Beratende sollten im Hinblick auf die Terminologie, Informationsquellen und Beratungskonzepte spezifisch geschult sein, selbst ausführlich über das Themenfeld der Leitlinie reflektiert haben, über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten und ihre Implikationen informiert sein und nach Möglichkeit Kontakt zur community-basierten Beratung aufnehmen.

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: Starker Konsens

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

Evidenzbasierte Empfehlung (Evidenzgrad III)
Quellen: (De Cuypere & Vercruysse, 2009)
Konsensstärke: Starker Konsens

Informationen zur Reproduktion

Moderne reproduktionsmedizinische Maßnahmen stellen eine Möglichkeit zur Erfüllung eines Kinderwunsches für trans Personen dar, weswegen der informativen Beratung zu Aspekten der Reproduktion und der Reproduktionsmedizin auch in der wissenschaftlichen Literatur Bedeutung beigemessen wird.

Zur Literatur

Die Literaturrecherche ergab 11 Treffer zu dem Stichwort. Von den 11 Arbeiten wurden 6 zur näheren Prüfung ausgewählt. 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, Stuyver, et al., 2012) bzw. LSBT-Personen (Ross et al., 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, Stuyver, et al. (2012) empfehlen, dass in der

diagnostischen Phase vor der Transition die Themen Kinderwunsch, Reproduktion und Kryokonservierung berücksichtigt und besprochen werden sollten. Die Ergebnisse der Arbeit von De Sutter (2001) sind ähnlich zu interpretieren. In dieser Arbeit wurden 121 trans Frauen befragt, von denen ebenfalls die Mehrzahl für die Kryokonservierung von Sperma war.

Zu den Empfehlungen
Neben Informationen zu den nach den geltenden (sozial-)rechtlichen Bestimmungen möglichen reproduktionsmedizinischen Maßnahmen sollten auch Informationen zu den Möglichkeiten von Pflegschaft oder Adoption von Kindern gegeben bzw. an hierfür spezialisierte Beratungseinrichtungen überwiesen werden (vgl. Ross et al., 2014).

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 (Evidenzgrad III)
Quellen: (De Sutter, 2001; Michel, Ansseau, Legros, Pitchot, Cornet, et al., 2002; Wierckx, Stuyver, et al., 2012)
Konsensstärke: Starker Konsens

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

Evidenzbasierte Empfehlung (Evidenzgrad III)
Quelle: Leitlinie Psychosomatisch Orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen (AWMF-Register Nr. 016/003)
Konsensstärke: Konsens

5.2 Psychotherapie

In den internationalen Behandlungsempfehlungen (Coleman et al., 2012; kommentiert und in deutscher Übersetzung Richter-Appelt & Nieder, 2014) und in Übersichtsarbeiten (Byne et al., 2012) spielt Psychotherapie als Behandlungsoption eine große Rolle. Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass Psychotherapie keine absolute Voraussetzung für transitionsunterstützende körpermodifizierende 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 queere Person ohne modifizierende Behandlungen der körperlichen Geschlechtsmerkmale) auszuloten. Psychotherapie ist auch als Behandlungsmaßnahme evtl. bestehender psychischer Störungen (sie-

he Abschnitt 4.3 „Begleitende psychische Störungen“) in Erwägung zu ziehen. Zudem sind innerhalb des Versorgungssystems psychotherapeutische Angebote für Angehörige von trans Personen (u. a. Partner_innen, Familie) beschrieben (u. a. Bockting et al., 2007).

Zur Literatur

Die Literaturrecherche erbrachte insgesamt 46 Treffer zum Suchstichwort „Psychotherapie“. 23 Arbeiten wurden in die engere Wahl genommen, insgesamt 17 Arbeiten wurden bewertet. Der Großteil der Arbeiten ist allenfalls von konzeptuell-klinischer Bedeutung. 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 und Cernin (2007), die im Zusammenhang mit der Behandlung älterer lesbischer, schwuler, bisexueller und trans Personen 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 hin (z. B. lösungsorientiert, Dzelme & Jones, 2001), 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, Tewksbury, & McGaughey, 1997) und es gibt zahlreiche Fallbeispiele (z. B. Herold, 2004; Joy, 2008; Juran, 1999; Zamboni, 2006). Wenige Studien beziehen sich auf Stichproben > 1. Israel und Kolleg_innen (2008) bspw. fassen die Vielfalt der Erfahrungen in Psychotherapien auf der Basis qualitativer Interviews von 14 Therapeut_innen zusammen. In der Studie von Grajfoner (2009) werden Möglichkeiten des Coachings bei trans Personen beschrieben (N=6), die zu einer Verbesserung des Wohlbefindens und einer Reduzierung psychischer Symptome führen sollen. Yüksel et al. (2000) beschreiben für die Situation in der Türkei Erfahrungen mit Gruppen von trans Männern und zeigen, dass 15 von 40 der Teilnehmenden manifeste psychische Probleme hatten, aber auch die anderen Gruppenteilnehmer relevante Themen besprechen konnten. Schaefer und Wheeler (2004) fokussieren auf das Thema der Schuldgefühle und unterscheiden 13 verschiedene Schuldthemen, 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).

Zu den Empfehlungen

Es fanden sich keine kontrollierten Studien, geschweige denn randomisiert kontrollierte Studien zur Wirkung von Psychotherapie und Beratung bei trans Personen bzw. im Zusammenhang mit GIK oder GD. Dennoch liegen Studien vor, die andeuten, dass Psychotherapie die GD zu mindern vermag (Byne et al., 2012), 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 beachtet werden sollten. Am detailliertesten sind derzeit die APA-Guidelines (siehe Tab. 1).

Psychotherapie kann zur Minderung der Geschlechtsdysphorie (z. B. durch eine Förderung der Selbstakzeptanz, der Bewältigung negativer Gefühle und eine Unterstützung bei der Identitätsentwicklung) beitragen.

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzgrad III)
Quellen: (Bockting et al., 2007; Byne et al., 2012)
Konsensstärke: Starker 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 (Evidenzgrad III)
Quelle: (American Psychological Association, 2015)
Konsensstärke: Starker Konsens

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

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: Konsens

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 und Trans Feindlichkeit)**
- **Unterstützung bei einer Entscheidung über körpermodifizierende Behandlungen**
- **Unterstützung nach körpermodifizierenden Behandlungen**
- **Unterstützung bei andauernder Geschlechtsdysphorie**

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: Starker Konsens

6 Zur Vorbereitung körpermodifizierender Behandlungen

6.1 Alltagserfahrungen

Im Zuge des Paradigmenwechsels in der Gesundheitsversorgung für trans Menschen, der sich schrittweise seit Beginn der 2000er Jahre vollzogen hat (u. a. Hamm & Sauer, 2014; Nieder, Briken, et al., 2014), ist der Nutzen sogenannter Alltagserfahrungen, in den deutschen „Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen“ (Becker, et al., 1997) noch Alltagstest genannt, kritisch zu bedenken. Die Entscheidung, Alltagserfahrungen durchführen zu lassen, basierte in diesen Standards auf der Überlegung, modifizierende Behandlungen körperlicher Geschlechtsmerkmale sicherer indizieren zu können, wenn Alltagserfahrungen stattgefunden haben und psychotherapeutisch begleitet wurden. 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.

Zur Literatur

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

Zu den Empfehlungen

In den letzten Jahren hat sich die gesellschaftliche Akzeptanz von geschlechtlich nonkonform lebenden Menschen erhöht (vgl. BMFSFJ, 2015). Dies hat insofern Auswirkungen auf die Behandlungspraxis, als heute ein weitaus größerer Teil der Behandlungssuchenden bereits vor Beginn einer transitionsunterstützenden Behandlung die angestrebte geschlechtliche Rolle im sozialen Umfeld lebt und Alltagserfahrungen mitbringt (vgl. European Union Agency for Fundamental Rights, 2014). Das Ziel von psychotherapeutisch reflektierten Alltagserfahrungen kann daher sehr unterschiedlich sein. Für Behandlungssuchende ohne Alltagserfahrungen in ihrer individuellen geschlechtlichen Rolle kann es darum gehen, hierauf bezogene Ängste zu bewältigen und therapeutisch zu bearbeiten, sich in Alltagserfahrungen mit der trans-geschlechtlichen Rolle zu behaupten, das Gefühl der Abhängigkeit zu reduzieren und Klarheit zur Entscheidung für oder gegen eine weitere Transition bzw. unterschiedliche transitionsunterstützende Maßnahmen zu entwickeln. Diskriminierungserfahrungen und andere Nachteile und möglicherweise damit einhergehende psychische Belastungen sollten soweit wie möglich vermieden werden (Barker & Wylie, 2008). Für Behandlungssuchende, die bereits Alltagserfahrungen in ihrer individuellen geschlechtlichen Rolle gesammelt haben, kann es darum gehen, diese Alltagserfahrungen 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 Alltagserfahrungen eine wichtige Orientierung für die Planung des weiteren Entwicklungsprozess (Garcia Nuñez & Nieder, 2017). Allerdings führen häufig ein Bartschatten bei feminisierender Transition, ein weibliches Brustprofil bei maskulinisierender Transition zu diskriminierenden Alltagserfahrungen. Die Entscheidung für eine Hormonbehandlung sowie für die Entfernung der Gesichtsbehaarung oder für eine Mastektomie sollten daher nicht von Alltagserfahrungen abhängig gemacht werden. Transitionsunterstützende körpermodifizierende Behandlungen können auch vor einem Wechsel in eine individuelle geschlechtliche Rolle gesundheitsfördernden Wert haben, solange keine klinischen Gründe gegen die Umsetzung der jeweiligen körpermodifizierenden Behandlung sprechen (z. B. Kontraindikation gegen eine Hormonbe-

handlung, u. a. Gerinnungsfaktoren). Übergeordnete Ziele von Alltagserfahrungen 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 körpermodifizierende Behandlungen im Zuge der Transition zu fördern (vgl. Garcia Nuñez & Nieder, 2017).

Alltagserfahrungen mit dem Wechsel von der bisherigen Geschlechtsrolle in eine andere stellen keine notwendige Voraussetzung für den Beginn körpermodifizierender 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 (Evidenzgrad III)
Quellen: (Barker & Wylie, 2008; S. J. Ellis et al., 2014)
Konsensstärke: Konsens

6.2 Planung der Behandlungs- bzw. Transitionsschritte

Nachdem die diagnostische Einschätzung sowohl der GIK/GD als auch der ggfs. begleitenden psychischen Störungen erfolgt ist (siehe Kapitel 4) und die Lebenssituation betrachtet wurde (familiär, partnerschaftlich, schulisch/beruflich, finanziell, usw.), können die zu diesem Zeitpunkt angestrebten Behandlungsziele und -maßnahmen in einem gemeinsamen Prozess in eine vorläufige Reihenfolge gebracht werden (siehe Kapitel 3). Je nach Motivationslage,

Informationsstand und Lebenssituation des Behandlungssuchenden wird dies unterschiedlich konkret und umfassend erfolgen können. Grundlegend ist eine Verständigung über die Form der weiteren Beratung und Behandlung bzw. ggf. Psychotherapie und falls nötig über die Organisation einer Behandlung von ggfs. vorliegenden psychischen (und somatischen) Begleiterkrankungen. Alle körpermodifizierenden Behandlungen sollten als Einzelschritte in einem Gesamtentwicklungsprozess formuliert werden, in dem zu Anfang nicht abgesehen werden kann, welche Behandlungen notwendig sein werden.

Körpermodifizierende Behandlungen sollen in einem ergebnisoffenen Prozess formuliert werden.

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: Konsens

6.3 Empfehlungen zur medizinischen Notwendigkeit einer Behandlung

Zu den Aufgaben der Fachkräfte gehört die Empfehlung für körpermodifizierende Behandlungen, die geeignet sind, eine GIK/GD zu reduzieren, zu überwinden oder gar zu verhindern. Inhalt der Behandlungsempfehlung ist die Feststellung der medizinischen Notwendigkeit von körpermodifizierenden Behandlungen, einschließlich der Anwendung von Heil- und Hilfsmitteln zur Sicherung des Behandlungserfolges. Die medizinische Notwendigkeit einer Behandlung leitet sich davon ab, ob sie die zugrundeliegende Erkrankung bzw. Störung wirksam therapieren oder die resultierenden Symptome zweckmäßig, d. h. signifikant und nachhaltig lindern kann. Ärzt_innen und psychologische Psychotherapeut_innen gelten im Sinne dieser Leitlinie als berechtigt, die medizinische Notwendigkeit körpermodifizierender Behandlungen zu erfassen und Behandlungsempfehlungen auszustellen. Sofern Behandlungssuchende im Erwachsenenalter von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_innen behandelt werden, so gelten auch sie als berechtigt, Behandlungsempfehlungen gemäß der Leitlinie zu stellen. Entscheidend ist, dass die Fachkräfte (siehe „Zielgruppe der Leitlinie“ in Abschnitt 1.6) über ausreichend Expertise im Themenfeld der Leitlinie verfügen.

Das Schreiben zur Empfehlung einer körpermodifizierenden Behandlung soll kurz sein.
Ein Bezug zur S3-Leitlinie wird empfohlen.

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

Behandelnde sollen für körpermodifizierende Interventionen ein kurzes Empfehlungsschreiben abfassen. Das Schreiben soll die Diagnose, ggf. eine Aussage zu begleitenden psychischen Störungen, die jeweils empfohlene Behandlung und die Informiertheit des Behandlungssuchenden über Diagnose und ggf. alternative Therapieoptionen enthalten.

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: Starker Konsens

7 Körpermodifizierende Behandlungen

Das folgende Kapitel stellt die Evidenzlage zur Wirksamkeit verschiedener körpermodifizierender Behandlungen bei GIK/GD dar. Auch hier gilt, dass die Studien aus der Zeit des Behandlungsparadigmas Transsexualismus stammen. Vorangestellt ist zudem ein Kapitel, das sich zur allgemeinen Wirksamkeit körpermodifizierender Behandlungen im Zuge einer Transition äußert, da viele Studien die Effekte im Zusammenhang mit mehreren Behandlungen (z. B. Hormonbehandlung und chirurgische Eingriffe) untersucht haben (vgl. Murad et al., 2010). Die Liste der genannten Behandlungen ist weder erschöpfend zu verstehen, noch impliziert sie eine spezifische Reihenfolge oder empfehlenswerte Kombination ausgewählter Behandlungen.

7.1 Allgemeine Wirksamkeit körpermodifizierender Behandlungen

Bei der Auswahl und Empfehlung für körpermodifizierende Behandlungen, die für die Behandlung der GIK/GD medizinisch notwendig sind, ist ein Vorgehen empfehlenswert, das sich maßgeblich sowohl an der evidenzbasierten Wirksamkeit der jeweiligen Behandlung als auch an den individuellen Bedürfnissen der Behandlungssuchenden orientiert.

Zur Literatur
In der Literaturrecherche fanden sich 26 verwertbare Arbeiten. Sie unterteilen sich in 4 Übersichtsarbeiten, 12 Kohortenstudien unterschiedlicher methodischer Qualität und 10 Katamnesestudien mit unterschiedlichem Fallberichtscharakter. Insgesamt wurden in allen Studien 1466 trans Frauen und 367 trans Männer einbezogen. Die Übersichtsarbeiten (C. Klein & Gorzalka, 2009; Michel, Ansseau, Legros, Pitchot, & Mormont, 2002; Murad et al., 2010; Selvaggi & Bellringer, 2011) erbrachten folgende Resultate: Murad et al. (2010) fassen in ihrer systematischen Übersichtsarbeit insgesamt 28 Studien zusammen, in denen 1833 trans Personen zu ihren Veränderungen durch Hormontherapien mit und ohne zusätzliche chirurgische Behandlungen untersucht wurden (1093 trans Frauen und 801 trans Männer). Sie

berichten, dass sich kaum kontrollierte Studien finden, sondern meist deskriptive Studien. Bei 80 % der trans Personen wird die Geschlechtsdysphorie weniger, bei 78 % reduzieren sich die psychischen Symptome, bei 80 % erhöht sich die Lebensqualität und bei 72 % verbessern sich die sexuellen Funktionen. Während hinsichtlich der Geschlechtsdysphorie und der psychischen Symptome die trans Frauen um 15 % häufiger eine Verbesserung zeigen, sind es bei der Lebensqualität (+6 %) und bei den sexuellen Funktionen die trans Männer mit +17 % (d. h. 63 % bei den trans Frauen und 80 % bei den trans Männern, Murad et al., 2010, vgl. auch C. Klein & Gorzalka, 2009). Irritationen kommen im ersten Jahr nach genitalmodifizierender Operation vor, danach erfolgt eine Anpassung (Michel, Ansseau, Legros, Pitchot, & Mormont, 2002). Die radiale Unterarmlappenplastik bei der Penoidkonstruktion wird bei den trans Männern am häufigsten verwendet (Selvaggi & Bellringer, 2011).

Die Ergebnisse der Kohortenstudien und einiger Fallberichtsstudien können wie folgt zusammengefasst werden: Trans Personen berichten eine reduzierte Symptombelastung und eine verbesserte Lebensqualität nach transitionsunterstützenden Behandlungen zur Modifikation der körperlichen Geschlechtsmerkmale (Johansson, Sundbom, Hojerback, & Bodlund, 2010; van de Grift, Elaut, Cerwenka, Cohen-Kettenis, De Cuypere, et al., 2017). Transitionsunterstützende chirurgische Eingriffe können zudem das Ausmaß begleitender psychischer Störungen reduzieren, bewirken das aber nicht bei allen trans Personen, die sich solchen Eingriffen unterziehen (Simonsen, Giraldi, Kristensen, & Hald, 2015). Das Ergebnis der genitalchirurgischen Anlage einer Neovagina korreliert signifikant mit der Lebenszufriedenheit (Lawrence, 2003; Löwenberg, Lax, Neto, & Krege, 2010; Zimmermann et al., 2006). Präoperative psychische Störungen stehen nicht im Zusammenhang mit der später empfundenen Lebenszufriedenheit (Lawrence, 2003). Je größer die Zufriedenheit mit dem chirurgischen Ergebnis der Neovagina, desto mehr Lebenszufriedenheit (Lawrence, 2003; Löwenberg et al., 2010). Allerdings bewerten trans Personen das Operationsergebnis besser als die Operateur_innen selbst (Johansson et al., 2010). Nach der Operation kommt es zu einer Abnahme von Neurotizismus und einer Zunahme von sozialen und sexuellen Aktivitäten (Fisher et al., 2013; Hepp et al., 2002; Mate-Kole, Freschi, & Robin, 1990). Vermehrte Suizidgedanken treten vor den transitionsunterstützenden chirurgischen Eingriffen bei etwa der Hälfte aller Behandlungssuchenden auf, nach den Operationen nur bei etwa 4 % (Imbimbo et al., 2009). Trans Frauen sind in der Regel älter als trans Männer zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme transitionsunterstützender Eingriffe (bis auf bei Tsoi, 1993). Trans Männer können sich nach transitionsunterstützenden Eingriffe schneller als trans Frauen hinsichtlich Partnerschaft und sozioökonomischem Status anpassen (Bodlund & Kullgren, 1996). Die Körperwahrnehmung und das Körperbild verbessert sich nach den chirurgischen Eingriffen (Kraemer, Delsignore, Schnyder, & Hepp, 2008; Kuhn et al., 2009; van de Grift et al., 2016; van de Grift, Elaut, Cerwenka, Cohen-Kettenis, De Cuypere, et al., 2017). Das Ausmaß der psychischen Belastung und der Körperzufriedenheit vor der Modifikation der körperlichen Geschlechtsmerkmale steht in signifikantem Zusammenhang mit der Körperzufriedenheit bei der Nachuntersuchung (van de Grift, Elaut, Cerwenka, Cohen-Kettenis, De Cuypere, et al., 2017). Bei trans Frauen treten im Vergleich zu trans Männern nach genitalchirurgischen Eingriffen eher Miktionsbeschwerden auf (Kuhn, Santi, & Birkhauser, 2011). Trans Personen mit chirurgischen Eingriffen sterben früher an Herzkreislauferkrankungen, haben eine höhere Suizidrate und mehr begleitende psychische Störungen als eine Vergleichsgruppe des je-

weils gleichen Geburtsgeschlechts (Dhejne et al., 2011). Bei trans Frauen sowie älteren und rauchenden trans Personen treten häufiger begleitende psychische Störungen auf (ebd.). Trans Männer masturbieren häufiger, sind sexuell aktiver und haben kürzere Orgasmen als trans Frauen (De Cuypere et al., 2005). Alle berichten von einer verbesserten Sexualität nach körpermodifizierenden Operationen (ebd.). Trans Personen mit sozialer Unterstützung sind mit dem Ergebnis der transitionsunterstützenden chirurgischen Eingriffe zufriedener als trans Personen ohne bzw. mit geringer sozialer Unterstützung (Eldh, Berg, & Gustafsson, 1997). Vor den transitionsunterstützenden chirurgischen Eingriffen, d. h. häufig nach dem Beginn der Hormontherapie, treten mehr Veränderungen auf als nach den chirurgischen Eingriffen (Heylens, Verroken, et al., 2014). Eine Zeit von 6 Monaten zur Nachbeobachtung wird als zu kurz für die Beurteilung von Veränderungen eingeschätzt (Udeze, Abdelmawla, Khoosal, & Terry, 2008). Trans Personen, die eine Psychotherapie gemacht haben, berichten im Anschluss an transitionsunterstützende Behandlungen eine bessere Lebensqualität als trans Personen ohne Psychotherapie (Rehman, Lazer, Benet, Schaefer, & Melman, 1999). Qualitative Studien informieren über unterschiedliche individuelle Verläufe (u. a. Jokic-Begic, Korajlija, & Jurin, 2014).

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

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzgrad II)
Quellen: (C. Klein & Gorzalka, 2009; Kuhn et al., 2009; Michel, Ansseau, Legros, Pitchot, & Mormont, 2002; Murad et al., 2010; Selvaggi & Bellringer, 2011)
Konsensstärke: Starker Konsens

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

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzgrad II)
Quellen: (Michel, Ansseau, Legros, Pitchot, & Mormont, 2002)
Konsensstärke: Starker Konsens

Modifizierende Behandlungen körperlicher Geschlechtsmerkmale sind für trans Personen, die körpermodifizierende Behandlungen in Anspruch nehmen wollen, die Therapie der ersten Wahl.

Konsensbasierte Empfehlung
Abstimmung des Statements: Starker Konsens

7.2 Hormontherapie

Die Therapie mit Sexualhormonen und/oder deren Suppression ist für die Mehrheit der Behandlungssuchenden im Zuge ihrer Transition von großer Bedeutung. Verhältnismäßig umfangreich ist daher auch die für diesen Kontext vorliegende Literatur. Zuletzt hat zudem die internationale endokrinologische Fachgesellschaft (Endocrine Society) ihre evidenzbasierte Leitlinie zur Behandlung von Personen mit GIK/GD für eine zweite Auflage aktualisiert und kommt u. a. zu dem Schluss, dass eine sichere und wirksame Hormontherapie benötigt wird (Hembree et al., 2017).

Zur Literatur

In diesem Kapitel wurden insgesamt 48 Studien berücksichtigt (Aloisi et al., 2007; Asscheman et al., 2011; Chan & Mok, 2013; Colizzi, Costa, Pace, & Todarello, 2013; Colizzi et al., 2014; Colton Meier, Fitzgerald, Pardo, & Babcock, 2011; Davis & Meier, 2014; DuBois, 2013; Fisher et al., 2014a; Fisher et al., 2016; Geier, Kern, King, Sykes, & Geier, 2012; Gomez-Gil, Canizares, et al., 2009; Gomez-Gil, Zubiaurre-Elorza, et al., 2012; Gooren, van Trotsenburg, Giltay, & van Diest, 2013; Gorin-Lazard et al., 2012; Gorin-Lazard et al., 2013; Haraldsen, Egeland, Haug, Finset, & Opjordsmoen, 2005; Miles, Green, & Hines, 2006; Moore, Wisniewski, & Dobs, 2003; Mueller, Kiesewetter, Binder, Beckmann, & Dittrich, 2007; New, Berry, Cameron, Harper, & Meredith, 2000; Oster, Shastri, & Geyer, 2010; Ott, Aust, Promberger, Huber, & Kaufmann, 2011; Paap & Haraldsen, 2010; Perrone et al., 2009; Reutrakul et al., 1998; Roberts et al., 2014; Rotondi et al., 2013; Ruetsche, Kneubuehl, Birkhaeuser, & Lippuner, 2005; Schenck et al., 2010; Schlatterer et al., 1998; Seal et al., 2012; Shao, Grossbard, & Klein, 2011; Slabbekoorn, van Goozen, Megens, Gooren, & Cohen-Kettenis, 1999; Slabbekoorn, Van Goozen, Gooren, & Cohen-Kettenis, 2001; Traish & Gooren, 2010; Turner et al., 2004; Valentini et al., 2008; Van Caenegem, Taes, Wierckx, Kaufman, & T'Sjoen, 2012; Van Kesteren, Asscheman, Megens, & Gooren, 1997; Van Kesteren, Lips, Gooren, Asscheman, & Megens, 1998; Wierckx et al., 2013; Wierckx, Mueller, et al., 2012; Wierckx, Van Caenegem, et al., 2014; R. Wilson, Jenkins, Miller, & Carr, 2006; K. R. Wylie, Fung, Boshier, & Rotchell, 2009). Gesichtet wurden 3 narrative Übersichtsarbeiten (basierend auf 16 bis 61 Artikel), 8 Fall-Kontroll-Studien (N=38 bis N=349), 13 Kohortenstudien (N= 25 bis N=1331), 14 Querschnittstudien (N=20 bis N=1109), eine kombinierte Kohorten-/Querschnittstudie (N=33), zwei Querschnittstudien mit Fall-Kontroll-Komponenten (N=68 bis N=132) und vier Fallberichte (N=1 bis N=2). Drei Studien (Geier et al., 2012; Pache et al., 1991; Perrone et al., 2009) werden als nicht klassifizierbar beurteilt und für die Auswertung dementsprechend nicht weiter verwertet.

Die Evidenzqualität der Studien bewegt sich in einem breiten Spektrum. Studien geringer methodischer Qualität stehen hochwertigen Arbeiten gegenüber. Verzerrungsartefakte lassen sich allerdings überall feststellen. Viele Studien nehmen implizit einen essentialistischen Standpunkt ein, der z. T. zu reduktionistischen und kaum akzeptablen Aussagen zu psychosomatischen Phänomenen, wie z. B. Stress führt (vgl. Aloisi et al., 2007; Asscheman et al.,

2011; Colizzi et al., 2013; Davis & Meier, 2014; Fisher et al., 2014a; Gorin-Lazard et al., 2013; Mueller et al., 2007; Ott et al., 2011; Reutrakul et al., 1998; Roberts et al., 2014; Slabbekoorn et al., 1999; Van Kesteren et al., 1997; R. Wilson et al., 2006). Ferner untersuchen knapp 60 % der beurteilten Studien Populationen von unter 100 Personen, womit sich die Aussagekraft mancher Resultate aus statistischen Gründen relativiert. Die meisten Untersuchungen unterliegen zudem einem Rekrutierungsbias. So schließen 36 von 48 Arbeiten rein klinische Populationen ein, was die Übertragbarkeit der Befunde auf die Gesamtheit aller trans Menschen ausschließt. Eine Auseinandersetzung mit dem sozialen Hintergrund der untersuchten Personen bzw. mit dem gesundheitsökonomischen Hintergrund der unterschiedlichen Länder findet – dem essentialistischen Ansatz entsprechend – nur in Ausnahmen statt (Gooren, van Trotsenburg, et al., 2013). Dieser Bias führt dazu, dass in manchen Arbeiten zum Teil problematische Vergleiche zwischen trans und cis Personen (z. B. Wierckx et al., 2013), zwischen trans Behandlungssuchenden und der Allgemeinbevölkerung (z. B. Gomez-Gil, Zubiaurre-Elorza, et al., 2012) und unter trans Personen selbst (z. B. Haraldsen et al., 2005) durchgeführt wurden.
Weitere methodologische Schwächen ergeben sich in manchen Studien bei der Einhaltung der von den Forschenden zuvor definierten Ein- und Ausschlusskriterien (Fisher et al., 2014b). Auch die Datenqualität weist in manchen Untersuchungen Defizite auf, die u. a. mit der retrospektiven Datenerhebung (z. B. Asscheman et al., 2011; Fisher et al., 2014b), einer mangelnden Sorgfalt in der Datenverarbeitung (z. B. Gooren, van Trotsenburg, et al., 2013) und der Nichtberücksichtigung wichtiger Kontrollparameter (wie z. B. Hormondosierungen, vgl. Colton Meier et al., 2011; Gorin-Lazard et al., 2013; Miles et al., 2006; New et al., 2000) in Zusammenhang stehen. Schließlich weisen die drei eingeschlossenen Übersichtsarbeiten (Moore et al., 2003; Traish & Gooren, 2010; K. R. Wylie et al., 2009) teilweise methodologische Mängel (z. B. unklare Such- und Einschlussstrategie der Artikel, intransparente Bewertung der Artikel) auf, weshalb ihre Befunde zurückhaltend interpretiert wurden.

Zu den Empfehlungen
Die Resultate der Studien werden in drei Inhaltskategorien (Bedeutung des Behandlungssettings, psychische und soziale Folgen der Behandlung, körpermodifizierende Folgen der Behandlung) zusammengefasst und getrennt dargestellt.

Bedeutung des Behandlungssettings
Der erschwerte Zugang zur ärztlich verordneten Hormonbehandlung führt dazu, dass manche Behandlungssuchende – insbesondere jene mit kompliziertem sozio-ökonomischen Hintergrund und/oder traumatischen Erlebnissen innerhalb des Gesundheitssystems – keine Hormonpräparate einnehmen oder nur solche, die außerhalb des Gesundheitssystems zu erwerben sind (Moore et al., 2003; Rotondi et al., 2013). Das Risiko der Einnahme von Hormonpräparaten ohne ärztliche Verordnung und Supervision steigt, wenn die Behandlungssuchenden kein Vertrauen in die involvierten Fachkräfte entwickeln (Gooren, Sungkaew, & Giltay, 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, Sungkaew, et al., 2013; Moore et al., 2003). Die un-

sachgemäße Verwendung der hormonellen Medikation kann die gesamte Transition verkomplizieren. So kann beispielsweise eine unkorrekte Östrogeneinnahme bei trans Frauen zu Gewebeschäden im Brustbereich und zur Wachstumsstörung in dieser Region führen (Seal et al., 2012). Aufgrund ihrer Komplexität soll die Hormonbehandlung 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 Modifikation körperlicher Geschlechtsmerkmale (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).

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, Van Caenegem, et al., 2014; K. R. 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; Fisher et al., 2016; Gomez-Gil, Gomez, 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, Van Caenegem, et al., 2014), was sich wiederum sowohl in einer Zunahme der Lebensqualität (Gorin-Lazard et al., 2012; Gorin-Lazard et al., 2013) widerspiegelt als auch einen klaren Effekt auf die Emotionalität der Behandlungssuchenden hat (Aggressivität, Gefühlsintensität, Schmerzempfindung, vgl. Aloisi et al., 2007; Slabbekoorn et al., 2001). Insbesondere konnte im Verlauf der Behandlung eine Reduktion der Angst (Colizzi et al., 2014; Gomez-Gil, Zubiaurre-Elorza, et al., 2012), der Depression (Colizzi et al., 2014; Fisher et al., 2016; Gomez-Gil, Zubiaurre-Elorza, et al., 2012; Gorin-Lazard et al., 2012; Gorin-Lazard et al., 2013; Seal et al., 2012) und der Symptombelastung (Colizzi et al., 2014; Fisher et al., 2016; Gomez-Gil, Zubiaurre-Elorza, et al., 2012) bei gleichzeitiger Zunahme des Selbstwertgefühls (Gorin-Lazard et al., 2013) erfasst werden. Umgekehrt kommt es bei ausbleibender Hormonbehandlung von trans Personen, die eine solche wünschen, zu einer Zunahme der Angst- und Depressionssymptomatik (Colizzi et al., 2014; Fisher et al., 2016).

Die Linderung des Leidensdruckes und der Symptome begleitender psychischer Störungen wurde meistens auf eine Kombination von biologischen Wirkfaktoren (Hormonspiegeländerungen, etc.) und hormoninduzierten bzw. hormonbegleitenden psychischen Veränderungen zurückgeführt (Colton Meier et al., 2011; Fisher et al., 2016; Gomez-Gil, Zubiaurre-Elorza, 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 (Fisher et al., 2014b; Gooren, Sungkaew, et al., 2013). Allerdings handelte es sich bei der Studie von Gooren, Sungkaew, 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 Untersuchung von Fisher et al. (2014b) muss kritisch angemerkt werden, dass trotz der Popularität des eingesetzten Instruments (Symptom Checklist 90) seine Fähigkeit, geringfügige Unter-

schiede in der psychischen Belastung festzuhalten, zumal in einem so spezifischen Bereich wie dem Minderheitsstress und seinen Folgen, in der Literatur mehrfach angezweifelt wurden (z. B. Cyr, McKenna-Foley, & Peacock, 1985).
Auch wenn sich die allgemeinen Effekte sowohl in Untersuchungsgruppen mit trans Frauen (Fisher et al., 2014b; Fisher et al., 2016) als auch mit trans Männern (Colton Meier et al., 2011; Davis & Meier, 2014; DuBois, 2013; Fisher et al., 2016; Traish & Gooren, 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 berichtet eine Studie, dass trans Männer im Gegensatz zu trans Frauen nicht von einer hormonellen Behandlung profitieren (Fisher et al., 2014b). 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 hat 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 (Gomez-Gil, Canizares, et al., 2009; Paap & Haraldsen, 2010; Slabbekoorn et al., 1999). Gleichzeitig gab es auch Untersuchungen, bei denen keine geschlechtstypischen Veränderungen festgestellt wurden (Haraldsen et al., 2005; Miles et al., 2006).

Somatische Folgen der Behandlung

Ungeachtet ihrer Wirksamkeit können Hormonbehandlungen mit unerwünschten somatischen (Neben-)Wirkungen (NW) einhergehen. In Anbetracht dessen, dass nicht wenige Behandlungssuchende weitere somatische Gesundheitsrisiken (Nikotinabhängigkeit, Übergewicht, ungenügende 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, Mueller, 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 endokrinen Hintergrund (ebd.). Auch scheint die regelmäßige Hormoneinnahme nicht zu einer Steigerung der Krebshäufigkeit beizutragen, lassen sich hierzu zwischen hormonell behandelten trans Personen und cis Personen ohne Hormonbehandlung keine signifikanten Unterschiede beobachten (Asscheman et al., 2011; Traish & Gooren, 2010; Van Kesteren et al., 1997; Wierckx et al., 2013; Wierckx, Mueller, et al., 2012). Obgleich es Einzelfallberichte gibt, die Krebserkrankungen mit der Hormonbehandlung in Verbindung bringen (Schenck et al., 2010; Shao et al., 2011), gilt die Hormonbehandlung von trans Per-

sonen aus somatischer Perspektive als sicher (bei Vermeidung einzelner Präparate für trans Frauen, siehe unten). Sie 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, Van Caenegem, et al., 2014). Während für trans Männer die Hormontherapie einheitlich mit Testosteron erfolgt, gibt es für trans Frauen unterschiedliche feminisierende und demaskulinisierende Therapieoptionen (Hembree et al., 2017; Moore et al., 2003; K. R. 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 Spironolakton im Vergleich zu der Einnahme von Cyproteronacetat, Finasteride und Gonadotropin-Releasing-Hormon Agonisten (GnRHa) 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 das Gleichgewicht im Herzkreislaufsystem, des Blutbildes und der Knochendichte beeinflussen und verändern können (Moore et al., 2003). Daneben gibt es Einzelfallberichte, die systemische Immunstörungen (Chan & Mok, 2013), depressive Störungen (Wierckx, Van Caenegem, et al., 2014), Erhöhungen des Prolaktinspiegels (Wierckx, Van Caenegem, 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 & Gooren, 2010; Wierckx et al., 2013; Wierckx, Mueller, et al., 2012; Wierckx, Van Caenegem, et al., 2014). Die Datenlage ist allerdings nicht so breit wie bei trans Frauen, weshalb Langzeitrisiken unterschätzt werden könnten (Moore et al., 2003). Die wichtigsten Nebenwirkungen der Testosteronbehandlung betreffen Veränderungen im Blutbild, im Herzkreislauf und der Knochendichte (Moore et al., 2003). Hinzu kommen spezifische potentielle NW im dermatologischen (Wierckx, Van Caenegem, 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 (Evidenzgrad III)
Quellen: (Gomez-Gil et al., 2014; Gomez-Gil, Zubiaurre-Elorza, et al., 2012; Gorin-Lazard et al., 2012; Gorin-Lazard et al., 2013; Hembree et al., 2017; Mueller et al., 2007; Newfield et al., 2006; Seal et al., 2012; Slabbekoorn et al., 2001; Van Caenegem et al., 2012; Van Kesteren et al., 1997; Wierckx, Van Caenegem, et al., 2014; K. R. Wylie et al., 2009)
Konsensstärke: Starker Konsens

Die Hormontherapie ist eine sichere Behandlungsmethode für Behandlungssuchende.

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzgrad III)
Quellen: (Aloisi et al., 2007; Colizzi et al., 2013; Colizzi et al., 2014; Gorin-Lazard et al., 2012; Gorin-Lazard et al., 2013; Hembree et al., 2017; Mueller et al., 2007; Seal et al., 2012; Slabbekoorn et al., 2001; Van Caenegem et al., 2012; Van Kesteren et al., 1997; Wierckx, Van Caenegem, et al., 2014; K. R. Wylie et al., 2009)
Konsensstärke: Starker Konsens

Die Hormontherapie soll nach Abschluss der Diagnostik ermöglicht werden.

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: 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 (Evidenzgrad III)
Quellen: (Asscheman et al., 2011; Colizzi et al., 2013; Colizzi et al., 2014; DuBois, 2013; Hembree et al., 2017; New et al., 2000; Ott et al., 2011; Van Kesteren et al., 1997; Wierckx et al., 2013; Wierckx, Mueller, et al., 2012; Wierckx, Van Caenegem, et al., 2014; K. R. Wylie et al., 2009)
Konsensstärke: 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 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 (Evidenzgrad III)
Quellen: (Gooren, Sungkaew, et al., 2013; Moore et al., 2003; Rotondi et al., 2013; Seal et al., 2012)
Konsensstärke: 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 nicht entspricht (u. a. Spiegel, 2011). Eine Virilisierung des Gesichts gelingt in der Regel mithilfe einer Hormontherapie gut. Im Verhältnis gelingt eine Feminisierung des Gesichts mithilfe einer Hormontherapie in vielen Fällen nicht erfolgreich, so dass weitere Maßnahmen zur Angleichung notwendig sind (vgl. Coleman et al., 2012). 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 in vielen Fällen eine wichtige Standardmaßnahme zur Geschlechtsangleichung des Gesichts (vgl. Coleman et al., 2012). Um den Minderheitenstress und seine Folgen zu vermeiden bzw. zu reduzieren (American Psychological Association, 2015; Garcia Nuñez & Nieder, 2017; Reisner et al., 2016), ist eine Kaschierung eines männliches Bartwuchses durch kosmetische Maßnahmen (Make up, Hauttönungscremes, Theaterschminke etc.) 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 (Fuchs et al., 2012; Neander, 2014). Der Zugang zur medizinisch notwendigen Behandlung ist in vielen Fällen erheblich erschwert oder nicht gewährleistet (ebd.).

Zur Literatur

Bei der Literaturrecherche fanden sich ausschließlich dermatologische Arbeiten ohne Bezug zu psychosozialen Aspekten, sodass sie von der weiteren Auswertung ausgeschlossen wurden. Bei Behandelnden besteht allerdings ein breiter Konsens im Hinblick auf eine medizinisch zweckmäßige und auch ökonomisch sinnvolle Vorgehensweise.

Zu den Empfehlungen

Die medizinische Notwendigkeit für eine Entfernung der Gesichtsbehaarung bei trans Frauen wird aufgrund des Leidensdrucks festgestellt. Alltagserfahrungen vor Einleitung einer entsprechenden Epilationsbehandlung sind nicht erforderlich, da es sich bei der Entfernung der Gesichtsbehaarung ohnehin um einen längeren Prozess handelt. Bei Bedarf sollte die Bartepilation auch unabhängig von anderen modifizierenden Behandlungen der körperlichen Geschlechtsmerkmale zu Beginn einer 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 ausschließlich dunkle Haarstrukturen erfasst werden. Die Nadelepilation hingegen ist auch bei nicht-pigmentiertem Haar 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 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, sollten im Anschluss mit Hilfe der Nadelepilation entfernt werden. 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 vornherein 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 Elektrologist_innen vorgenommen werden. Diese gehören nicht der Berufsgruppe der Dermatolog_innen an. Zumeist handelt es sich um Kosmetiker_innen mit spezieller Ausbildung und entsprechender Erfahrung, an die die Durchführung der Nadelepilation delegiert werden sollte. Für den Fall, dass sich nach mehreren Jahren wieder Gesichtsbehaarung bildet, 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. Vor dem Hintergrund einer möglicherweise beeinträchtigten Wahrnehmbarkeit als Frau kommt auch der Epilation der Handrücken und Unterarme eine besondere Bedeutung zu. 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 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 wird durch den_die Operateur_in indiziert. Dies gilt auch für eine möglicherweise erforderliche Epilation an der zukünftigen Entnahmestelle für einen Penoidaufbau.

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

Bei persistierender Behaarung an den Handrücken und Unterarmen soll den Behandlungssuchenden eine Epilation in diesem Bereich ermöglicht werden.

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: Starker Konsens

Bei persistierender Behaarung am übrigen Körperstamm und den Extremitäten sollte den Behandlungssuchenden eine Epilation der entsprechenden Körperpartien ermöglicht werden.

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: Starker Konsens

7.4 Maskulinisierende Operationen im Brustbereich

Bei den maskulinisierenden Operationen im Brustbereich handelt es sich um Eingriffe, die in der Regel neben der Mastektomie auch die Liposuktion, die Mamillentransposition und die Mamillentransplantation enthalten können (vgl. Morath, Papadopulos, & Schaff, 2011).

Zur Literatur
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 trans Männer der eigenen Klinik bzw. Praxis untersucht haben, einmal retrospektiv (Berry, Curtis, & Davies, 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.

Zu den Empfehlungen
Die Zufriedenheit mit dem Operationsergebnis ist in allen drei Studien bemerkenswert hoch, was vermutlich auch auf den hohen prä-operativen Leidensdruck zurückzuführen ist. Zur Zufriedenheit trägt zudem das ästhetische Ergebnis bei. Zur Auswahl der passenden Technik für die maskulinisierenden Operationen im Brustbereich 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 präoperativen 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 (Evidenzgrad III)
Quellen: (Berry et al., 2012; Monstrey et al., 2008; Morath et al., 2011)
Konsensstärke: Starker Konsens

Die maskulinisierende Operation im Brustbereich soll den Behandlungssuchenden nach Abschluss der Diagnostik ermöglicht werden.

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: Starker Konsens

7.5 Feminisierende Operationen im Brustbereich

Die Brust stellt als sekundäres Geschlechtsmerkmal ein wichtiges Kriterium für das Kongruenzgefühl zwischen körperlichen Geschlechtsmerkmalen und Geschlechtsempfinden bzw. Geschlechtsidentität dar. Im Rahmen der feminisierenden Operationen im Brustbereich kann für trans Frauen der Brustaufbau durch die Implantation von Silikonprothesen infrage kommen (vgl. u. a. Witzel, 2015). Für trans Frauen kann es insbesondere bei unzureichendem hormonell-bedingten Brustwachstum von Bedeutung sein, eine möglichst natürliche Brustform zu erreichen, z. B. indem chirurgisch eine Submammärfalte rekonstruiert wird.

Zur Literatur
Die Literaturrecherche ergab eine Fall-Kontroll-Studie, die retrospektiv die Zufriedenheit mit dem operativen Brustaufbau bei 107 trans Frauen untersucht hat (Kanhai, Hage, & Mulder, 2000). 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 retransitioniert ist. Die methodische Qualität ist folglich eingeschränkt.
Zu den Empfehlungen
Insgesamt waren 75 % der Personen zufrieden mit dem Ergebnis der Operation. Hinsichtlich der Wirksamkeit eines chirurgischen Brustaufbaus in der Behandlung der GIK/GD bzw. bei der Entscheidung für ein spezifisches Brustvolumen sollte aus klinischer Sicht berücksichtigt werden, dass sowohl für das Kongruenzgefühl der Behandlungssuchenden als auch mit Blick auf die Fremdwahrnehmung die Proportionalität der Brustgröße im Verhältnis zur Schulterbreite von Bedeutung ist.

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

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzgrad III)
Quelle: (Kanhai et al., 2000)
Konsensstärke: Starker Konsens

Behandlungssuchenden soll nach Ausschöpfung hormoneller Möglichkeiten eine Mammaplastik ermöglicht werden.

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: Starker Konsens

7.6 Hysterektomie und Adnektomie
Die erste Hysterektomie und Adnektomie wurde als operative Angleichung von Frau zu Mann auf 1917 bzw. 1918 datiert. Seither haben sich Hysterektomie und Adnektomie in der Behandlung der GIK/GD zu einem Routineeingriff für trans Männer entwickelt (vgl. u. a. Kaiser et al., 2011).

Zur Literatur
Die Literaturrecherche ergab 4 relevante Publikationen aus den Jahren 2008-2011. Rachlin, Hansbury, and Pardo (2010) erheben über eine Online-Befragung bei 131 trans Männern 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 Teilnehmenden hat keiner die Operation bereut. Bei der Mehrheit wurde die Operation sowohl vor dem sozialen Rollenwechsel als auch vor einer Mastektomie durchgeführt. Nur 24 % hatten die empfohlenen Kriterien einer psychotherapeutischen Begleitbehandlung nach den internationalen Standards of Care der WPATH erfüllt (vgl. Coleman et al., 2012, wobei zum Zeitpunkt der Datenerhebung die 6. Version der internationalen Behandlungsempfehlungen vorlag). Die Wirkung der Androgene hat sich postoperativ verstärkt. Eine leichte Androgenisierung wurde auch von neun Teilnehmenden berichtet, die weder prä- noch postoperativ Androgene eingenommen hatten. Sehnal et al. (2008) vergleichen drei Operationstechniken, die abdominale Hysterektomie mit Mittellinienlaparatomie, die abdominelle Hysterektomie durch einen tiefen transversen Schnitt und die totale laparoskopische Hysterektomie an einer Stichprobe von 61 trans Männern. Zentrales Ergebnis ist, dass eine laparoskopische Hysterektomie mit weniger Blutverlust, kürzerem postoperativen Verlauf bei etwas längerer Operationsdauer favorisiert wird. Ott et al. (2010) beschäftigen sich mit der Frage, ob eine kombinierte Mastektomie und Hysterektomie und beidseitige Adnektomie in einer Sitzung gegenüber einer zweizeitigen Behandlung Vorteile bietet. Von den 32 behandelten trans Männern hat keiner die Operation bereut. Schwere Komplikationen werden nicht beschrieben, leichte in 15,6 % der Stichprobe (12,5 % Hämatome im Brustbereich). Bei einer Person war aufgrund anatomischer Besonderheiten eine Laparotomie notwendig. Eine Nachuntersuchung von 106 trans Männern, die hysterektomiert und bilateral adnexektomiert wurden, vergleicht ein vaginales, abdominelles oder laparoskopisches Vorgehen (Kaiser et al., 2011). Die Autor_innen kommen zu dem Schluss, dass die vaginale Hysterektomie bei entsprechender Erfahrung des_der Operateurs_in Vorteile im Vergleich zu abdominellen und laparoskopischen Verfahren zur Hysterektomie bietet (u. a. verminderter Narbenbildung, Reduktion postoperativer Schmerzen und Wundheilungsstörungen, Kaiser et al., 2011), was sich auf die Zufriedenheit mit dem Operationsergebnis auswirken kann. Bei den drei genannten Nachuntersuchungen handelt es sich allerdings um single-center oder single-surgeon Studien, sodass die methodische Qualität eingeschränkt ist.

Zu den Empfehlungen

Die Eierstöcke leisten einen erheblichen Beitrag zur körpereigenen Sexualhormonproduktion, sodass nach einer Entfernung der Keimdrüsen (Adnektomie) postoperativ mit erheblichen Auswirkungen auf den körpereigenen Sexualhormonhaushalt zu rechnen, sofern nicht ohnehin bereits eine Behandlung mit männlichen Sexualhormonen durchgeführt wird. Ein Mangel an Sexualhormonen kann neben subjektiven Befindlichkeitsstörungen zu langfristigen Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit (z. B. Osteoporose) und zu einer seelischen Destabilisierung (z. B. Depression, Vitalitätsverlust) führen, so dass im Anschluss an eine Adnektomie eine ausreichende Sexualhormonsubstitution durchgeführt werden soll. Sollten medizinische Gründe gegeben sein, die einer Sexualhormonsubstitution entgegenstehen (Kontraindikationen), so sollte die Indikation für eine Adnektomie sorgfältig in Zusammenarbeit mit einem_r erfahrenen Endokrinolog_in überprüft werden.

Inwiefern die chirurgische Modifikation körperlicher Geschlechtsmerkmale unter Organerhalt von Uterus und Adnexen durchgeführt werden kann, um u. a. die Möglichkeit einer späteren Schwangerschaft offen zu halten, wird in keiner Arbeit diskutiert. Aus klinischer Sicht ist auch

zu berücksichtigen, dass die Hysterektomie sowohl einen Einfluss auf die Orgasmusintensität als auch auf die Lubrikation der Vagina haben kann (vgl. Maas, Weijenborg, & ter Kuile, 2003; Peterson, Rothenberg, Bilbrey, & Heiman, 2010). Entgegen früherer Annahme finden Wierckx et al. (2013) allerdings kein erhöhten Risikos von Neoplasmen bei trans Männern unter Testosteronbehandlung, die ihren Uterus und ihre Adnexen noch nicht haben entfernen lassen. Damit steht trans Männern potentiell die Möglichkeit einer Schwangerschaft offen, sofern sie sich gegen eine Hysterektomie und Adnektomie entscheiden.

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 (Evidenzgrad III)
Quellen: (Ott et al., 2010; Rachlin et al., 2010; Sehnal et al., 2008)
Konsensstärke: Starker Konsens

Behandlungssuchenden soll die Hysterektomie und Adnektomie ermöglicht werden.

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: Konsens

7.7 Logopädie und Phonochirurgie

Die Stimme dient der Kommunikation. Die Frage, ob eine Stimme als männlich oder weiblich identifiziert wird, hängt von der Stimmgrundfrequenz und von weiteren Stimmcharakteristika ab (Neumann, 2015). Die mittlere Sprechstimmlage liegt bei Männern durchschnittlich bei 120 Hz, bei Frauen zwischen 200 und 240 Hz (Rosanowski & Eysholdt, 1999). Unterhalb einer mittleren Sprechstimmlage von 140 Hz haben Zuhörende einen männlichen, ab 170 Hz einen weiblichen Klangeindruck (Rosanowski & Eysholdt, 1999). Dazwischen liegt der so genannte Indifferenzbereich, bei dem keine eindeutige Geschlechtszuordnung zu treffen ist. Die akustische Wahrnehmung der Stimme löst demnach Rückschlüsse auf das körperliche Geschlecht aus, verbunden mit der Gefahr, misgendert zu werden.
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. Viele trans Frauen entwickeln daher einen Leidensdruck, weil sie auf Grund ihrer Stimme nicht oder nur unzureichend als Frau wahrgenommen werden. Gravierend sind die Beeinträchtigungen beim Telefonieren sowie im öffentlichen Leben, wie z. B. beim Einkaufen oder am Arbeitsplatz (Neumann, Welzel, Gonnermann, & Wolfradt, 2002), aber auch bei spontanen emotionalen Äußerungen, wie beispielsweise dem Lachen. Eine Behandlung der Stimme ist für trans Frauen daher in vielen Fällen von entscheidender Bedeutung bei

ihrer Transition (vgl. Neumann, 2015). Bei trans Männern kommt es unter einer Testosteronbehandlung zu einer Zunahme der schwingenden Masse der Stimmlippen und damit in der Regel zu einer von den Betroffenen als ausreichend empfundenen Stimmvertiefung (Rosanowski & Eysholdt, 1999). Von Bedeutung können Logopädie und phonochirurgische Eingriffe für trans Männer sein, wenn eine Behandlung mit Testosteron nicht indiziert ist.

Zur Literatur

Die initiale Literaturrecherche mit Fokus auf psychosoziale Aspekte erbrachte eine Arbeit, die sich speziell mit den psychischen und sozialen Auswirkungen von logopädischen Behandlungen und operativen Stimmerhöhungen bei trans Frauen beschäftigt (Neumann, Welzel, Gonnermann, et al., 2002). 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 Ärzt_innen oder Logopäd_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.

Neumann, Welzel und Berghaus (2003a) konnten mit Hilfe der Cricothyroidopexie (phonochirurgischer Eingriff, bei dem die Länge, die Spannung und die Masse der Stimmlippen geändert wird) bei 91 % der operierten trans Frauen 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, Welzel, & Berghaus, 2002). In 34 % der Fälle kam es zu einer Anhebung um drei bis fünf Halbtöne, in 21 % um 6 bis 12 Halbtöne und in 18 % sogar zu einer Erhöhung um mehr 12 Halbtöne (Neumann, Welzel, & Berghaus, 2003b). Eine Stimmanhebung um mehr als 3 Halbtöne wird als mäßige bis beträchtliche Anhebung der Grundfrequenz bewertet (Neumann et al., 2003a). Kim (2017) beschreibt, dass in seiner Stichprobe von 313 untersuchten trans Frauen nach sechs Monaten im Durchschnitt mit 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 beschreibt Kim (2017) eine unnatürlich klingende Stimme sowie eine Verringerung der Lautstärke und des Stimmumfangs. Nach der Untersuchung von (Neumann et al., 2003a) erreicht die Cricothyroidopexie tendenziell eine etwas geringere Stimmanhebung als andere Operationsmethoden, bei denen allerdings die operierten trans Frauen postoperativ stärker, länger oder zum Teil permanent heiser waren.
Zudem fassen zwei systematische Übersichtsarbeiten mit Metaanalyse die verschiedenen Techniken bei der Behandlung der Stimme zusammen (Schwarz et al., 2017; Song & Jiang, 2017). Während Song und Jiang (2017) zu dem Schluss kommen, dass der größte Anstieg der durch die Glottis produzierten Stimmgrundfrequenz über chirurgische Verfahren erreicht wird, die den Anteil der schwingenden Stimmlippenmasse verringern, geben Schwarz et al. (2017) keiner der verschiedenen Techniken den Vorzug. Allerdings ist die Datenlage sowohl hinsichtlich prä-operativer Logopädie, post-operativer Sprechpause und Behandlungszufriedenheit inkonsistent als auch hinsichtlich der Datenqualität eingeschränkt (Keine randomisiert-kontrollierten Studien, keine prospektiven Kohortenstudien). Zuletzt vergleicht eine Arbeit die Effekte der Glottoplastik nach Wendler mit vs. ohne prä-operative Stimmfunktionstherapie bei 19 trans Frauen (Casado, Rodriguez-Parra, & Adrian, 2017). Die Autor_innen schlussfolgern, dass die Glottoplastik nach Wendler bei entsprechendener chirurgischer Expertise ein sehr effizientes Verfahren darstellt, bei der allerdings die prä-operative Durchführung einer Stimmfunktionstherapie den Therapieerfolg entscheidenden beeinflusst.

Zu den Empfehlungen
Während sich chirurgische 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, übendes Verfahren, das Geduld und Durchhaltevermögen erfordert. Eine logopädische Behandlung kann bei trans Frauen und trans Männern indiziert sein. Auch für Behandlungssuchende unter Testosteroneinnahme kann die Logopädie zu einer Veränderung der Stimme beitragen bzw. führen, die das Kongruenzgefühl und die Fremdwahrnehmung positiv beeinflusst. Für trans Frauen ist eine logopädische Behandlung insbesondere geeignet, wenn eine verhältnismäßig hohe mittlere Sprechstimmlage vorliegt (Rosanowski & Eysholdt, 1999).
Sofern diese Voraussetzung nicht gegeben ist oder die logopädische Behandlung nicht zu einem zufriedenstellenden Ergebnis führt, kommt eine chirurgische Stimmanhebung in Betracht für die unterschiedliche Verfahren zur Verfügung stehen. Eine erhöhte Sprechstimmlage kann chirurgisch auf (mindestens) 3 verschiedenen Wegen erreicht werden: endoskopische Verkürzung der Stimmlippen (Remacle, Matar, Morsomme, Veduyckt, & Lawson, 2011; Wendler, 1990), Verringerung der schwingenden Stimmlippenmasse (z. B. durch Deepithelisierung der Stimmlippen, Gross, 1999), Erhöhung der Stimmlippenspannung durch die Annäherung von Schild- und Ringknorpel (die Cricothyroidopexie, Isshiki, Taira, & Tanabe, 1983; Neumann et al., 2003a). Das Ziel einer Stimmfeminisierung kann allerdings nicht allein durch eine chirurgische Anhebung der Sprechstimme erreicht werden (Kim, 2017), sodass die ausschließlich chirurgische Stimmanhebung allein als nicht zielführend

erachtet wird. Als außerordentlich wichtig wird daher die postoperative Stimmtherapie eingeschätzt (Casado et al., 2017; Kim, 2017; Neumann et al., 2003b; Neumann, Welzel, Gonnermann, et al., 2002; Rosanowski & Eysholdt, 1999), ohne die das funktionelle Langzeitergebnis gefährdet ist (Neumann et al., 2003a). Als erster Schritt soll eine logopädische Behandlung ermöglicht werden, die entweder als alleinige Maßnahme ausreichend sein oder auf eine chirurgische Stimmveränderung vorbereiten kann. Zuvor sollte eine phoniatrische Untersuchung zur Dokumentation des Ausgangsbefundes erfolgen. Die logopädische Behandlung sollte etwa 20 Einheiten umfassen (Rosanowski & Eysholdt, 1999) bzw. mindestens zwei (Kim, 2017) bis drei Monate (Neumann et al., 2003a) andauern. Die Stimmhöhe kann sich noch bis zu einem Jahr nach dem operativen Eingriff verändern (Kim, 2017; Neumann et al., 2003b). 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 chirurgische Stimmmodifikation durchgeführt werden soll, sowie die Klärung der Risiken und Erfolgsaussichten der Operationsmethoden, sollte mit Hilfe spezialisierter Phoniater_innen erörtert werden.

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

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzgrad II)
Quellen: (Kim, 2017; Neumann, Welzel, & Berghaus, 2002; Neumann et al., 2003a, 2003b; Schwarz et al., 2017; Song & Jiang, 2017)
Konsensstärke: Konsens

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

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzgrad III)
Quellen: (Neumann, Welzel, Gonnermann, et al., 2002)
Konsensstärke: Konsens

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

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: Starker Konsens

Nach Ausschöpfen logopädischer Behandlungen 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 bei cis Männern stärker hervor als bei cis Frauen (Altman, 2012), da bei cis Männern das körpereigene Testosteron während der Pubertät neben dem Stimmbruch ein Wachstum des Kehlkopfes bedingt. Der Kehlkopfvorsprung ist individuell unterschiedlich ausgeprägt und wird als typisch männliches Geschlechtsmerkmal wahrgenommen (vgl. Neumann, 2015).

Zur Literatur

Aus der vorliegenden Literatur beschäftigen sich zwei Arbeiten mit der chirurgischen Adamsapfelkorrektur (Larynxreduktionsplastik oder Chondrolaryngoplastik) bei trans Frauen, (Altman, 2012; Neumann et al., 2003a), eine weitere wurde ergänzt (Spiegel & Rodriguez, 2008). Es existieren unterschiedliche Operationsmethoden, die als sicher und komplikationsarm gelten (Altman, 2012; Spiegel & Rodriguez, 2008). Es ist möglich, eine Adamsapfelkorrektur gleichzeitig mit einer operativen Stimmerhöhung zu verbinden (Neumann et al., 2003a), sofern beides nötig und ein kombiniertes Vorgehen gewünscht ist. Es findet sich keine Arbeit, die speziell psychosoziale Auswirkungen von Larynxreduktionsplastiken bei trans Frauen berücksichtigt. Allerdings empfiehlt eine Übersichtsarbeit, die chirurgische Adamsapfelkorrektur als medizinisch notwendige Behandlung in die 8. Version der WPATH Standards of Care aufzunehmen (Berli et al., 2017).

Zu den Empfehlungen

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 weder praktikabel noch 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 aufrechterhält. Eine chirurgische 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. Behandlungssuchenden sollen chirurgische Adamsapfelkorrekturen ermöglicht werden, um das Kongruenzerleben zu verbessern und die Wahrnehmbarkeit als Frau zu erhöhen. Die Empfehlung ergibt sich aus der medizinischen Notwendigkeit in der Behandlung der GIK/GD und ist 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. Die Risiken und Prognose eines solchen Eingriffs sollen mit einem_r Operateur_in oder gegebenenfalls mehreren Operateuren_innen abgeklärt werden.

Behandlungssuchenden soll zur medizinisch notwendigen Behandlung der Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie eine chirurgische Adamsapfelkorrektur ermöglicht werden. Die Empfehlung hierfür kann nach Abschluss der Diagnostik im Rahmen der Behandlung gegeben sein. Sie ist nicht in erster Linie vom objektiven Ausprägungsgrad der Prominentia laryngea abhängig zu machen, sondern von ihrer Wirksamkeit bei der Reduktion der Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie.

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: Starker Konsens

7.9 Feminisierende Genitaloperationen

Feminisierende Genitaloperationen[14] sind in der Literatur seit den 1930er Jahren beschrieben (Abraham, 1931). 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 (vgl. Hage, Karim, & Laub, 2007). Nicht zuletzt aufgrund der Zunahme wissenschaftlicher Studien (u. a. Bouman, van Zeijl, et al., 2014; Horbach et al., 2015; Sutcliffe et al., 2009) haben sich genitalmodifizierende Operationen in den letzten Jahren als wichtiges therapeutisches Element in der Behand-

[14] Das Adjektiv „feminisierend“ bezieht sich in diesem Zusammenhang ausschließlich auf die chirurgische Modifizierung von Körpermerkmalen. Eine Aussage zum Geschlechtszugehörigkeitsempfinden (weiblich oder nonbinär) ist mit dem Begriff „feminisierend“ nicht verbunden.

lung der GIK/GD etablieren können (vgl. Coleman et al., 2012). Das Bedürfnis nach Genitalmodifizierung kann individuell unterschiedlich ausgeprägt sein. So kann es auch vorkommen, dass trans Frauen, die sich nicht oder noch nicht für die Bildung einer Neovagina entscheiden können, eine Orchiektomie anstreben. Die Orchiektomie kann einerseits die Wirkung der feminisierenden Hormonbehandlung unterstützen, andererseits kann auf die Einnahme eines Antiandrogens verzichtet werden. Die Orchiektomie kann auch ohne Bildung einer Neovagina als feminisierende Genitaloperation verstanden werden und bei GIK bzw GD zur Reduktion des Leidensdrucks beitragen.
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 Indikation (siehe Abschnitt „Empfehlungen zur medizinischen Notwendigkeit einer Behandlung“ in Kapitel 6) die Expertise des_der Operateur_in einschließlich suffizienter Vor- und Nachsorge entscheidend (vgl. Spehr, 2015). Die Qualität der feminisierenden Genitaloperation, bei der neben ästhetischen Aspekten insbesondere auf eine sorgfältige Präparation der Gefäß- und Nervenbahnen geachtet werden sollte, um sensible und sensorische Funktionen zu erhalten, trägt maßgeblich zur subjektiven Zufriedenheit und zur Lebensqualität der Betroffenen bei (u. a. Löwenberg, Lax, Rossi Neto, & Krege, 2011).

Zur Literatur
Die Literaturrecherche ergab 7 Publikationen aus dem Zeitraum 2006 bis 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. Vier Studien (Buncamper, Bouman, Honselaar, Ozer, & Mullender, 2014; Goddard et al., 2007; Lawrence, 2006b; Wagner et al., 2010) mit einer Stichprobensumme von 760 Personen untersuchen in unterschiedlichen Designs die subjektive Zufriedenheit und die Komplikationsrate nach peniler Inversion. In den Stichproben schwankt die subjektive Zufriedenheit zwischen 70 % und 100 %. Die Komplikationsrate wird durchweg als gering angegeben. Am häufigsten werden Miktionsprobleme berichtet. Die Sensibilität der Neoklitoris und die Orgasmusfähigkeit verbessern sich langfristig im postoperativen Verlauf. Zwei Arbeiten (Bouman, Zeijl, et al., 2014; Djordjevic, Stanojevic, & Bizic, 2011) untersuchen die Technik der Ileo- bzw. Sigmoidvaginalplastik. Bei Djordjevic et al. (2011) umfasst die Stichprobe 86 Personen. Bouman, Zeijl, 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, Seibold, Toomey, Stenzl und Sievert (2013) untersuchen die penile Inversion unter zusätzlicher Verwendung von Urethralgewebe. Bei einer Stichprobe von 24 trans Frauen liegt die subjektive Zufriedenheit bei 100 %. Die Komplikationsrate wird 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 Stu-

dien 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.

Zu den Empfehlungen

Der postoperative Verlauf ist erfahrungsgemäß abhängig von der Erfahrung und der Qualität des operativen Zentrums bzw. des_der Operateur_in. 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 auf die Pflege und die Edukation über den Umgang mit dem Neogenital (Bougieren, Masturbation) Wert gelegt werden. Die Dauer der postoperativen Nachsorge soll individuell abgestimmt werden. Mit einer mehrwöchigen Arbeitsunfähigkeit ist zu rechnen. In der Regel ist ein zweiter chirurgischer Eingriff notwendig. Die katamnestischen Erhebungen zeigen abhängig von der Güte der chirurgischen Arbeit eine hohe dauerhafte Zufriedenheit, eine Minderung der GD und eine verbesserte Integration in zwischenmenschlichen Bereiche, den körperlich-sexuellen eingeschlossen (s. o.).

Da die Hoden einen Beitrag zur körpereigenen Sexualhormonproduktion leisten und feminisierende Genitaloperationen mit einer Entfernung der Keimdrüsen (Testektomie) einhergehen, ist postoperativ, sofern nicht ohnehin bereits eine Behandlung mit weiblichen Sexualhormonen durchgeführt wird, mit 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 Anschluss an eine feminisierende Genitaloperation eine Sexualhormonsubstitution notwendig ist. Sollten medizinische Gründe einer Sexualhormonsubstitution entgegenstehen (Kontraindikation), so sollte die Indikation für eine feminisierende Genitaloperation in Zusammenarbeit mit einem_r erfahrenen Endokrinolog_in überprüft werden.

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, ästhetischer und sensorischer Hinsicht zur Zufriedenheit mit dem Ergebnis führen kann.

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzgrad II)

Quellen: (Amend et al., 2013; Buncamper et al., 2014; Goddard et al., 2007; Lawrence, 2006b; Löwenberg et al., 2010; Sutcliffe et al., 2009; Wagner et al., 2010)

Konsensstärke: Starker Konsens

Behandlungssuchenden soll eine feminisierende Genitaloperation ermöglicht werden.

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: Konsens

7.10 Maskulinisierende Genitaloperationen

In dem Bereich der maskulinisierenden Genitaloperationen werden sowohl die Phalloplastik oder Penoidkonstruktion als auch die Metaidoioplastik oder Klitorispenoid zusammengefasst.

Phalloplastik oder Penoidkonstruktion

Die erste Peniplastica totalis, eine plastisch-chirurgische Rekonstruktion eines Penis wurde von Bogoras (1936) bei einem penisamputierten cis Mann berichtetet (vgl. Dabernig et al., 2007). Die Rekonstruktion eines Penis mit funktionierender Harnröhre wurde erstmals von Maltz (1946) beschrieben (zit. n. Bauquis, Pralong, & Stiefel, 2011). Bis heute wurde diese Methode wiederholt von unterschiedlichen Chirurg_innen in Bezug auf verschiedene Lappenpräparate modifiziert, z. B. der freie Unterarmlappen (vgl. Schaff, 2015) oder der freie Antero laterale Oberschenkellappen (vgl. Felici & Felici, 2006), sodass die Penoidkonstruktion als zuverlässige und zielführende Operation mit guten funktionalen und ästhetischen Ergebnissen u. a. für trans Männer anerkannt ist (Sarikaya & Ralph, 2017).

Zur Literatur

Die Literaturrecherche ergab 24 Arbeiten, die sich mit den chirurgischen Ergebnissen, den Komplikationsraten und der Zufriedenheit mit dem Ergebnis in ästhetischer wie in funktioneller Hinsicht beschäftigen. Zehn Arbeiten beschränken sich bei insgesamt 77 trans Männern auf das chirurgische Ergebnis aus der Sicht der Chirurg_innen. In den meisten Fällen wird die Penoidkonstruktion aus einer radialen Unterarmlappenplastik beschrieben, die von allen Autor_innen als die zu bevorzugende Methode mit den wenigsten Komplikationen genannt wird (Aköz & Kargi, 2002; Küntscher & Hartmann, 2011; Large, Gottlieb, Wille, DeWolfe, & Bales, 2009; Lin & Chen, 2009; Lumen et al., 2008; Schaff & Papadopulos, 2009). Küntscher und Hartmann (2011) zeigen, dass es zwar wiederholt zu Komplikationen mit der Unterarmlappenplastik kommt, diese aber am besten funktioniert, wenn zusätzlich Penisstäbe verwendet werden, die mit einem hydraulischen Erektionssystem gekoppelt sind (vgl. 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 erfolgen Nachbeobachtungen zur Unterarmhautlappenmethode bei 816 entsprechend Operierten. Zwei Katamnese-Studien (Garaffa, Christopher, & Ralph, 2010; Leriche et al., 2008) mit einem durchschnittlichen Nachbeobachtungszeitraum von 26 bzw. 110 Monaten belegen eine hohe sexuelle, sensorische und ästhetische Zufriedenheit nach Penoidkonstruktion aus freiem Unterarmlappen. Dabei treten im Nachbeobachtungszeitraum entweder geringe Komplikationen auf (Baumeister, Sohn, Domke, & Exner, 2011) oder es werden viele Komplikationen genannt, die allerdings einer zufriedenen stellenden Sexualität der operierten trans Männer meist nicht im Weg stehen (Fang, Kao, Ma, & Lin, 1999; Hoebeke et al., 2010). Ein Vergleich mit einer anderen Gruppe wurde nicht durchgeführt. Einen Gruppenvergleich hat eine Katamnese-Studie mit 24 trans Männern durchge-

führt, die mit unterschiedlichen Verfahren (u. a. Penoidkonstruktion, Klitorisplastik) operiert wurden (Terrier, Courtois, Ruffion, & Morel Journel, 2014). Hier korreliert die sexuelle Zufriedenheit in 95 % aller Fälle mit der Penisgröße (ebd.). In 97 % aller Fälle sind die Behandelten im Nachbeobachtungszeitraum von ca. 9 Monaten mit der Neourethra zufrieden (Garaffa, Ralph, & Christopher, 2010). Eine weitere Studie vergleicht die sexuelle Zufriedenheit von trans Männern mit Penoidkonstruktion und Schwellkörper- bzw. Erektionsprothese mit der sexuellen Zufriedenheit von cis Männern, die aufgrund einer erektilen Dysfunktion chirurgisch mit der Erektionsprothese behandelt werden, und findet keine Unterschiede (Krueger, Yekani, von Hundt, & Daverio, 2007). Es ist allerdings nicht genau angegeben, um wie viele Teilnehmende es sich bei der Studie handelt („mehr als 100“, ebd.). Zum gleichen Ergebnis kommen auch Van Caenegem et al. (2013), die als Vergleichsgruppe cis Frauen einsetzen. Widersprüchlich sind die Ergebnisse in der Arbeit von Barrett (1998), der eine Wartegruppe mit einer operierten Gruppe verglich. Die mit der Penoidkonstruktion operierten trans Männer sind in einem Nachbeobachtungszeitraum zwischen 24 und 72 Wochen zufrieden mit ihrer Neogenitale, erleben sich aber als depressiver als die trans Männer aus der Wartegruppe vor der Operation. Ansonsten gab es keine Unterschiede zur Wartegruppe.

Die Penoidkonstruktion mit der radialen Unterarmlappenplastik führt zu sexueller, ästhetischer und sensorischer Zufriedenheit.

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzgrad III)
Quellen: (Krueger et al., 2007; Van Caenegem et al., 2013)
Konsensstärke: Starker Konsens

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

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: Starker Konsens

Behandlungssuchenden soll eine Penoidkonstruktion inkl. Glansplastik ermöglicht werden.

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: Starker Konsens

Behandlungssuchenden, die eine Penoidkonstruktion erhalten, soll eine Skrotumplastik ermöglicht werden.

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: Starker Konsens

Behandlungssuchenden soll eine Schwellkörperprothese ermöglicht werden.

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: Starker Konsens

Metaidoioplastik oder Klitorispenoid
Eine weitere Methode zur chirurgischen Angleichung an das männliche Genitale stellt die Metaidoioplastik bzw. der Klitorispenoid (Clit-Pen) dar. Mitte der 1990er Jahre berichtete Hage (1996) erstmals von der Metaidoioplastik als Alternative zur Penoidkonstruktion für trans Männer, bei der die Klitoris chirurgisch vergrößert wird. Die Klitoris wird aus der sie umgebenden Haut freigelegt, von den Haltebändern gelöst und nach oben, in eine „männliche“ Position verlegt, wodurch sie zusätzlich Länge gewinnt. Die aus der Testosteronbehandlung in der Regel resultierende Klitorishypertrophie wird genutzt, um mit der natürlichen Abknickung des Klitorisschwellkörpers eine Mobilisierung nach ventral zu erzeugen (Schaff, 2015). 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 (ebd.). Die Metaidoioplastik kann einzeitig zusammen mit transvaginaler Hysterektomie, beidseitiger Adnektomie, Kolpektomie und Skrotumplastik erfolgen (Stojanovic et al., 2017). Eine Penoidkonstruktion kann zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt werden.

Zur Literatur
Von den erwähnten 24 Studien beschäftigten sich 7 mit der Methode der Metaidoioplastik. In zwei Studien aus einer Klinik in Teheran wurden 10 Behandlungssuchende aus dem transmännlichen Spektrum über einen Zeitraum von 68,4 Monaten nachuntersucht, die zwischen 2007 und 2015 operiert wurden (Cohanzad, 2016a, 2016b). Von einer zufriedenstellenden Sexualität, bei der auch stabile Erektionen zur Durchführung eines Geschlechtsverkehrs möglich sind, berichteten 7 von 10 der trans Männer. Die erreichte Erektion betrug im Durchschnitt 8,7 cm. Die relativ geringe Komplikationsrate betraf die Neourethra (ebd.). Aus einer Klinik in Belgrad kommen die anderen 5 Studien, die ähnliche Ergebnisse zeigen (Djordjevic, Bizic, et al., 2009; Djordjevic & Bizic, 2013; Djordjevic, Stanojevic, et al., 2009; Perovic & Djordjevic, 2003; Vukadinovic, Stojanovic, Majstorovic, & Milosevic, 2014). In der jüngsten Nachuntersuchung betreffen die meisten Komplikationen die Neourethra (Vukadinovic et al., 2014). So veränderte sich die Penisgröße bei 97 trans Männern von der hypertrophierten Klitoris bis zum Klitorispenoid von 3,3 cm auf 7 cm. Operiert wurde zwischen 2008 und 2013,

die Nachbeobachtungszeit betrug 30 Monate. Es gab keine Probleme mit der sexuellen Erregung, der Masturbation und der Orgasmusfähigkeit (Vukadinovic et al., 2014). Ähnliche Ergebnisse erbrachten frühere Studien der Arbeitsgruppe, bei denen insgesamt 207 trans Männer nachuntersucht wurden (Djordjevic, Bizic, et al., 2009; Djordjevic & Bizic, 2013; Djordjevic, Stanojevic, et al., 2009; Perovic & Djordjevic, 2003). 193 der 207 Personen waren mit ihrer Sexualität zufrieden. Der Katamnesezeitraum lag zwischen 12 und 116 Monaten. Die jüngste Arbeit aus dieser Gruppe (Stojanovic et al., 2017) fasst 473 trans Männer zusammen, die zwischen 2007 und 2016 u. a. mit der Metaidoioplastik behandelt wurden. Psychosoziale Aspekte wurden hier allerdings nicht berücksichtigt.

Die Metaidoioplastik führt zu sexueller, ästhetischer und sensorischer Zufriedenheit.

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzgrad III)
Quellen: (Cohanzad, 2016a, 2016b; Djordjevic, Bizic, et al., 2009; Djordjevic & Bizic, 2013; Djordjevic, Stanojevic, et al., 2009; Perovic & Djordjevic, 2003; Vukadinovic et al., 2014)
Konsensstärke: Starker Konsens

Behandlungssuchenden soll eine Metaidoioplastik ermöglicht werden.

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: Starker Konsens

Behandlungssuchenden, die eine Metaidoioplastik erhalten, soll eine Skrotumplastik ermöglicht werden.

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: Starker Konsens

7.11 Perücken, Haarersatzteile und Haartransplantation

Der Begriff androgenetische Alopezie beschreibt den durch die Einwirkung männlicher Sexualhormone (Androgene) hervorgerufenen Haarausfall, für den eine genetische Disposition angenommen wird (u. a. Hanneken, Ritzmann, Nöthen, & Kruse, 2003). Ein Großteil der Männer (hier: Personen mit typisch männlicher Testosteron-Konzentration) ist im Laufe des Lebens von androgenetischer Alopezie betroffen (Hanneken et al., 2003). Bei Männern beginnt die androgenetische Alopezie häufig durch das Zurücktreten der Stirn-Haar-Grenze an den Schläfen und der Ausbildung von 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 hormonabhängi-

ger Tumore (z. B. bei Brustkrebs) ein androgenetischer Haarausfall auftreten, der aber nicht im Schläfen- oder Tonsurbereich beginnt, sondern im Bereich des Mittelscheitels. Die Lokalisation und der Verlauf der Alopezie werden als typische Merkmale zur Unterscheidung der Geschlechter wahrgenommen. Während bei trans Männern eine durch Testosteron-Behandlung hervorgerufene Alopezie als männliches Geschlechtsmerkmal gilt (vgl. Hanneken et al., 2003), 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.

Zur Literatur
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 Zusammenhang mit der Trans-Gesundheit von großer Bedeutung ist.

Zu den Empfehlungen
Die Behandlungen der androgenetischen Alopezie sind meist langwierig und zeigen unterschiedlichen Erfolg (Hanneken et al., 2003). Allerdings liegen auch Studien vor, die Hinweise auf erfolgreiche Behandlungsmethoden liefern. So erweist sich das lokal applizierte Minoxidil 5 % als relativ effektiv in der Behandlung der androgenetischen Alopezie (u. a. Wolff & Kunte, 1999). Im Rahmen einer Multicenterstudie mit 1.553 Männern mit androgenetischer Alopezie verhinderte die Behandlung mit 1 mg Finasterid bei 83 % der Teilnehmenden nach 2 Jahren das Fortschreiten des Haarverlustes und verbesserte bei 66 % die Haardichte. Finasterid ist ein 5α-Reduktasehemmer, blockiert das Testosteron und so auch dessen Umwandlung in Dihydrotestosteron (DHT). Auch die Hormonbehandlung für trans Frauen unterdrückt die Testosteronproduktion (siehe Kapitel 7.2) und kann so die androgenetische Alopezie zurückbilden, ohne das vorherzusehen ist, 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 ihrer Haare für das Alltagsleben (vgl. Wolff, 2002) nicht auf langwierige (und möglicherweise ineffiziente) lokale Behandlungsmethoden oder den potentiell erst nach Jahren erreichbaren Erfolg einer körpermodifizierenden Hormonbehandlung verwiesen werden. Die Empfehlung für die Verwendung eines Toupets (Haarersatzteils) oder einer Perücke ergibt sich aus der medizinischen Notwendigkeit in der Behandlung der GIK/GD (u. a. zur Verbesserung des Kongruenzerlebens), sie ist nicht zwingend an den objektiven Ausprägungsgrad der androgenetischen Alopezie gebunden. Zudem kann aufgrund der Bedeutung der Haare für das Alltagsleben eine Haartransplantation erforderlich werden, sofern nach ausreichend langer Hormonbehandlung bei einer trans Frau eine androgenetische Alopezie persistiert. Die Prognose und die Risiken einer solchen Behandlung sollten von dermatologischer Seite abgeklärt werden.

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 Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit einer Perücke für die Behandlung der Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie ist das Kongruenzerleben 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

7.12 Weitere 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) spezielle Unterbekleidung aus straffem Gewebe zur Kompression der weiblichen Brust für trans Männer, wie Kompressionshemden, Kompressionswesten oder so genannte Binder, (d) Penis-Hoden-Epithesen für trans Männer und (e) Brustepithesen für trans Frauen.

Zur Literatur

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 den Empfehlungen

Die Indikationen für Hilfsmittel der Kategorien (a) und (b) stellen die zuständige Operateur_innen. Die medizinische Notwendigkeit der Hilfsmittel (c) bis (e) für die Behandlung der GIK/GD beurteilt die Zielgruppe der Leitlinie (siehe Kapitel 1.6) gemäß der Vorgaben zu den „Empfehlungen zur medizinischen Notwendigkeit einer Behandlung“ (siehe Kapitel 6.3). Für alle Hilfsmittel gilt, dass im Verlauf ihrer Nutzung bzw. Anwendung eine mögliche Folgesymptomatik wiederholt abgeklärt werden soll. Zudem sollen Hilfsmittel, so sie häufig oder täglich zur Anwendung kommen, regelmäßig erneuert werden.

(c) Hilfsmittel zur Kompression der weiblichen Brust

Eine besondere Quelle des Leidensdrucks stellt für trans Männer das Vorhandensein der weiblichen Brust dar (vgl. Coleman et al., 2012). In der Regel werden vor einer Mastektomie intensive Anstrengungen unternommen, um das weibliche Brustbild zu verbergen. Weite Kleidung, eine nach vorne gebeugte Körperhaltung oder das Abbinden sind entsprechende Maßnahmen, um die weibliche Brust zu kaschieren und das Kongruenzerleben zu verbessern. Die Brust kann mit unterschiedlichen Methoden abgebunden werden, die zu Atembeschwerden, Muskelschmerzen in Nacken, Schultern und Armen oder zu Rückenschmerzen führen können. Die Anwendung von Frischhaltefolie oder Gewebeklebeband ist aus medizinischer Sicht wegen möglicher Hautschädigungen ungeeignet. Elastische Binden, enge Sport-Büstenhalter, Nierengurte für Motorradfahrer_innen, Schwimmanzüge, selbstgefertigte Hemden aus Miederunterhosen oder Stützstrumpfhosen sowie andere Gegenstände des täglichen Bedarfs, die umfunktioniert werden, sind häufig nicht geeignet, die weibliche Brust über einen ausreichend langen Zeitraum mit der nötigen Sicherheit zu kaschieren. 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 maskulinisierenden Operation im Brustbereich oder als probatorische Maßnahme in Frage, damit die Behandlungssuchenden ihren Erfahrungshorizont erweitern können. Durch die Anwendung von Kompressionshemden oder -westen kann eine Phase bis zu einer maskulinisierenden Operation im Brustbereich überbrückt und damit der Leidensdruck verringert werden. Unter Behandelnden besteht Konsens dahingehend, dass Kompressionshemden oder -westen für trans Männer für die Wahrnehmbarkeit in der männlichen Rolle von großer Bedeutung sind, einen Beitrag zu Vermeidung von Diskriminierung leisten, das Kongruenzerleben erhöhen und den Leidensdruck verringern.

(d) Penis-Hoden-Epithesen

Für trans Männer kommt 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 mit körperfremdem Material. Penis-Hoden-Epithesen werden aus speziellen Silikon-Materialien gefertigt und in der Regel mit einem Klebstoff befestigt. Sie werden 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) dadurch, dass sie individuell angefertigt werden und damit auf die individuellen 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 der penetrative 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 den Leidensdruck maßgeblich reduzieren kann. Die Möglichkeit, sich unbefangen in öffentlichen Räumen (wie z. B. in Männerumkleiden, in Saunen, in Schwimmbädern, bei Sportveranstaltungen) 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 bedeuten und damit den Leidensdruck verringern kann. Eine Penis-Hoden-Epithese kann sowohl eine dauerhafte Alternative zu einer ansonsten notwendigen chirurgischen Penoidkonstruktion darstellen (siehe Abschnitt „Phalloplastik oder Penoidkonstruktion“ im Kapitel 7.10). Es kann aber auch sinnvoll sein, eine Penis-Hoden-Epithese probatorisch anzuwenden, um den Behandlungssuchenden eine erfahrungsbasierte Entscheidung zu ermöglichen, ob eine Penis-Hoden-Epithese als Alternative zu einer chirurgischen Penoidkonstruktion in Frage kommt. Auch die Überbrückung einer Phase bis zu einer maskulinisierenden Genitaloperation 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 ein Klitorispenoid chirurgisch rekonstruiert wurde, da bei dieser Operationstechnik zum Teil weder eine Penetration beim Geschlechtsverkehr noch das Urinieren im Stehen möglich ist (siehe Abschnitt „Metaidoioplastik oder Klitorispenoid“ im Kapitel 7.10). Während der Operationsphase, in der eine Penoidkonstruktion hergestellt wird, kann mit Hilfe einer Penis-Hoden-Epithese die Phase bis zur Implantation einer Schwellkörperprothese überbrückt werden. Falls eine solche nicht gewünscht oder nicht einsetzbar ist, kann eine Penis-Hoden-Epithese ergänzend zu einer Penoidkonstruktion angewendet werden, um den Behandlungssuchenden einen Geschlechtsverkehr zu ermöglichen.

(e) Brustepithesen

Das Fehlen einer weiblichen Brust oder eine unzureichend ausgebildete Brust kann trans Frauen dahingehend einschränken, dass sie sich selbst nicht als weibliche Personen erleben können (vgl. Coleman et al., 2012). Auch die Wahrnehmbarkeit als Frau durch andere Personen ist in diesen Fällen beeinträchtigt. Das daraus ggfs. resultierende Misgendern kann wiederum zu subjektivem Leidensdruck, sozialer Stigmatisierung und Diskriminierung führen (McLemore, 2016). Unter diesen Aspekten stellt die Anwendung von Brustepithesen eine medizinisch notwendige Maßnahme zur Reduktion der GIK/GD dar. Die Anwendung von Brustepithesen kommt z. B. in Betracht, wenn das durch eine Hormonbehandlung intendierte Wachstum der Brust noch nicht oder noch nicht in ausreichendem Maß eingesetzt hat. Ferner kommen Brustepithesen in den Fällen zur Anwendung, in denen ein Brustwachstum auch unter hormoneller Behandlung nicht zu erwarten ist (z. B. wegen vorheriger Entfernung

des Brustdrüsenkörpers) oder wenn Kontraindikationen gegen eine hormonelle Behandlung bestehen. Als dauerhafte Alternativen zu einem ansonsten erforderlichen chirurgischen Brustaufbau aufgrund eines unzureichenden Wachstums der Brust unter Hormonbehandlung (siehe Kapitel 7.5) sind Brustepithesen aus Gründen der Praktikabilität nicht grundsätzlich geeignet, eventuell in besonderen Einzelfällen.

Die Verwendung von Bindern zur Brustkompression soll den Behandlungssuchenden als Alternative zu einer maskulinisierenden Operation im Brustbereich oder in der Zeit vor einer maskulinisierenden Operation im Brustbereich und/oder als Alternative zur maskulinisierenden Operation im Brustbereich 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 einer Genitaloperation oder in der Zeit vor einer Genitaloperation ermöglicht werden. Diese Möglichkeit ist unabhängig von anderen körpermodifizierenden Behandlungen zur Geschlechtsangleichung in Betracht zu ziehen. Die Indikation kann bereits in einem frühen Stadium der Transition gegeben sein.

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: Starker Konsens

Behandlungssuchenden soll die Anwendung von Brustepithesen ermöglicht werden, sofern das durch eine Hormonbehandlung intendierte Brustwachstum noch nicht oder noch nicht in ausreichendem Maß eingesetzt hat, sowie in den Fällen, in denen ein Brustwachstum unter hormoneller Behandlung nicht zu erwarten ist (z. B. wegen vorheriger Entfernung des Brustdrüsenkörpers) oder wenn Kontraindikationen gegen eine hormonelle Behandlung bestehen.

Die medizinische Notwendigkeit der Anwendung von Brustepithesen kann bereits in einem frühen Stadium der Transition gegeben sein.

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: Konsens

7.13 Gesichtsfeminisierende Operationen

Das Gesicht stellt ein Geschlechtsspezifikum dar und ist für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben von herausragender Bedeutung (u. a. Calder, Rhodes, Johnson, & Haxby, 2011). Eine Virilisierung des Gesichts gelingt in der Regel gut mit Hilfe einer Testosterontherapie. Für die Indikation gesichtsmaskulinisierender Operationen liegen keine ausreichenden wissenschaftlichen Belege vor (Berli et al., 2017). Eine Feminisierung des Gesichts mit Hilfe einer 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 (Altman, 2012), die soziale Integration in der weiblichen Rolle gefährden, zur Diskriminierung führen und auf diese Weise für die Aufrechterhaltung des Leidensdrucks verantwortlich sein (McLemore, 2016).

Zur Literatur

Es existieren einige wissenschaftliche Arbeiten zur operativen Gesichtsfeminisierung bzw. zur Facial Feminization Surgery (Übersicht bei Morrison et al., 2016). In Bezug auf die psychosozialen Auswirkungen gesichtsfeminisierender Operationen kamen 10 Arbeiten in die engere Auswahl. Eine Studie blieb unberücksichtigt, da sie sich ausschließlich mit der juristischen Einordnung geschlechtsangleichender Operationen im amerikanischen Gesundheitswesen auseinandersetzt. Von den verbleibenden neun Beiträgen war eine methodisch unzureichend, da sie mehrere Einzelfälle beschreibt ohne den Behandlungserfolg systematisch zu evaluieren. Eine Übersichtsarbeit (Altman, 2012) beschreibt geschlechtstypische anatomische Unterschiede im Gesichtsbereich, wobei sich eindeutige Merkmale definieren lassen, durch die Gesichter als männlich oder weiblich wahrgenommen werden. Ferner wird differenziert zwischen ästhetischen chirurgischen Eingriffen und denjenigen Operationen, durch die geschlechtstypische Merkmale modifiziert werden und die damit ein Teil der medizinisch notwendigen Behandlung der GIK bzw. GD darstellen.

Eine Kohortenstudie (Hage, Vossen, & Becking, 1997) untersucht unterschiedliche Möglichkeiten der chirurgischen Nasenkorrektur bei trans Frauen. Die methodische Qualität ist eingeschränkt, da es sich um eine single-center Studie mit 22 operierten Personen handelt und der Behandlungserfolg nicht systematisch evaluiert wurde. Allerdings nimmt die Untersuchung auf anthropometrisch fassbare Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Nasenformen Bezug und beschreibt, dass eine Nasenkorrektur zu einer Verbesserung des weiblichen Erscheinungsbildes beitragen kann, ohne dass es sich um einen kosmetischen Eingriff handelt. Die Autoren empfehlen, die operative Nasenkorrektur im Bedarfsfall mit anderen gesichtsfeminisierenden Operationen zu kombinieren, um einen überzeugenden Gesamteindruck zu erhalten. Eine weitere Kohortenstudie (Hoenig, 2011) stellt die Operationsmöglichkeiten zur Stirnmodifikation in den Vordergrund. Mit Hilfe eines Fremdratings durch zwei unabhängige Rater wurden 21 Personen, die sich einer feminisierenden Stirnmodifikation unterzogen hatten, ein Jahr nach der Operation erneut untersucht und in 15 Fällen ein gutes bis exzellentes Ergebnis festgestellt. Es handelt sich ebenfalls um eine single-center Studie mit verhältnismäßig wenigen Teilnehmerinnen, die keine differenzierten Angaben zu den psychosozialen Auswirkungen enthält.

Ainsworth und Spiegel (2010) vergleichen die Lebensqualität von 247 trans Personen mit einer Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung. Die Stichprobe unterteilte sich in mehrere Untergruppen: Personen ohne operative Behandlungen, operierte Personen, die entweder ausschließlich gesichtsfeminisierende Operationen (FFS), ausschließlich genitalkorrigierende Eingriffe (GRS) oder beides erhalten hatten. Im Ergebnis zeigen nicht-operierte trans Personen eine signifikant niedrigere Lebensqualität im Vergleich zur weiblichen Allgemeinbevölkerung sowie im Vergleich zu Personen, die eine FFS oder eine GRS oder beides erhalten (Ainsworth & Spiegel, 2010). In Bezug auf die Lebensqualität wirken sich FFS und GRS in gleicher Weise positiv aus. Ein Verzerrungspotential besteht dahingehend, dass die nicht-operierten Personen häufig noch am Anfang der Transition stehen und seltener Hormone nehmen als die operierten Personen.

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 (ebd.) 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 (ebd.) mit den Risiken und Komplikationen einer operativen Stirnmodifikation bei 168 Personen und bewertet – ebenso wie die Arbeit von Hoenig (2011) – derartige Eingriffe als nebenwirkungs- und komplikationsarm.

Mit Blick auf Auswirkungen auf die Lebensqualität untersuchten Raffaini, Magri und Agostini (2016) analog zur Studie von Ainsworth und Spiegel (2010) 33 Personen, die sich insgesamt 180 Operationen zur Gesichtsfeminisierung unterzogen hatten. 94 % der untersuchten Personen hatten einen Eingriff im Bereich des Stirnknochens erhalten. Alle Personen erhielten sowohl eine Nasenkorrektur als auch einen Eingriff am Unterkiefer bzw. dem Kinn. In keinem Fall kam es zu bedeutsamen Komplikationen. Die Untersuchung zur Lebensqualität 24 Monate nach Abschluss der Operationen ergab im Hinblick auf körperliche, seelische und soziale Aspekte eine hochgradige subjektive Zufriedenheit. Die methodische Qualität der Studie ist eingeschränkt, da es sich um eine single-center Studie mit verhältnismäßig wenig untersuchten Personen handelt.

In einem Übersichtsartikel über 15 wissenschaftliche Arbeiten mit einer Gesamtzahl von 1121 Personen beschreiben Morrison et al. (2016) die operativen Techniken und Ergebnisse gesichtsfeminisierender Operationen. Die Autor_innen kommen zu dem Schluss, dass derartige Operationen bei geringer Komplikationsrate als sicher und erfolgversprechend anzusehen sind, zu einer Verbesserung der Lebensqualität führen und die Wahrnehmbarkeit als Frau verbessern können, wenngleich für die Erfassung der psychosozialen Effekte prospektive Studien gefordert werden (Morrison et al., 2016).

Gesichtsfeminisierende Operationen werden in vielen Ländern als kosmetische und nicht als medizinisch notwendige Behandlungen angesehen. In einer Übersichtsarbeit kommen Berli

et al. (2017) zu dem Schluss, dass die Evidenz für die Verbesserung der Lebensqualität durch gesichtsfeminisierende Operationen durch wissenschaftliche Publikationen in den letzten Jahren zugenommen hat und nunmehr Evidenzgrad II erreicht. Die Autor_innen empfehlen, ausgewählte gesichtsfeminisierende Operationen zusammen mit chirurgischen Adamsapfelkorrekturen und Entfernungen der Gesichtshaare als medizinisch notwendige Behandlungen in die internationalen Behandlungsempfehlungen aufzunehmen (Berli et al., 2017).

Zu den Empfehlungen

Operative Eingriffe im Gesicht sind geeignet, morphologische Merkmale, die als männlich wahrgenommen werden, so zu modifizieren, dass die Wahrnehmbarkeit in der weiblichen Rolle verbessert wird (Spiegel, 2011). Sofern das Gesicht der weiblichen Rolle offenkundig nicht entspricht, können daher Maßnahmen zur Angleichung notwendig sein. Insgesamt stehen verschiedene Behandlungsmöglichkeiten der operativen Gesichtsfeminisierung zur Verfügung (Altman, 2012; Hage et al., 1997; Hoenig, 2011; Morrison et al., 2016; Raffaini et al., 2016; Spiegel, 2011): Eingriffe am Stirnknochen (Forehead Reduction, Forehead Contouring, Supraorbital Bossing Reduction), Korrektur der knöchernen Strukturen der Augenhöhlen (Supraorbital Ridge Contouring), Augenbrauenlifting (Brow Lift), Eingriffe an der Kopfhaut zur Verlegung der Haarlinie (Scalp Advance), Nasenkorrektur (Rhinoplasty) und Eingriffe am Jochbein (Alteration of the Zygoma), Wangenimplantate (Cheek Implants), Lippenlifting (Lip Lift), Unterkieferverkleinerung (Mandible Angle Shaver), Abflachung bzw. Abschrägung des Unterkieferwinkels (Mandible Angel Taper) und Eingriffe am Kinn (Genioplasty).

Gesichtsfeminisierende Operationen können die Lebensqualität 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 & Spiegel, 2010). Aufgrund ihrer Bedeutung für das Alltagsleben werden sie häufig vor anderen Eingriffen wie Brustvergrößerung oder genitalmodifizierenden Eingriffen durchgeführt (Altman, 2012).

Im Hinblick auf die Indikation zu gesichtsfeminisierenden Operationen sind die individuellen Voraussetzungen von besonderer Bedeutung. In diesem Zusammenhang sollten die Möglichkeiten und Auswirkungen einer operativen Gesichtsfeminisierung jeweils gründlich evaluiert werden (Morrison et al., 2016). 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 daher 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 erfasst werden. Der Umfang und die individuelle Prognose ge-

sichtsfeminisierender Operationen sollten in Zusammenarbeit einem_r Operateur_in oder gegebenenfalls mehreren Operateur_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. Chirurgische Maßnahmen zur Gesichtsfeminisierung dienen der Reduktion der Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie und sind keine kosmetischen Eingriffe.

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzgrad III)
Quellen: (Ainsworth & Spiegel, 2010; Altman, 2012; Spiegel, 2011)
Konsensstärke: Starker Konsens

Behandlungssuchenden sollen nach Ausschöpfen hormoneller Möglichkeiten und Epilationsbehandlungen gesichtsfeminisierende Operationen ermöglicht werden.

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: Konsens

---

8 Von der Transition zur Trans-Gesundheit

8.1 Transition und Re-Transition

Vor dem Hintergrund des Paradigmenwechsels (s. o., u. a. Hamm & Sauer, 2014; Nieder, Briken, et al., 2014), der sich ändernden diagnostischen Kriterien (siehe Kapitel 4) und der damit einhergehenden Veränderungen des Zugangs zu transitionsunterstützenden Behandlungen ist die Frage nach der Re-Transition aktueller denn je (vgl. Levine, 2017). Die Frage, ob und inwiefern Transitionen und die häufig in diesem Zusammenhang genutzten Behandlungen zur Modifikation der körperlichen Geschlechtsmerkmale bereut oder bedauert werden, beschäftigt Behandlungssuchende und Behandelnde aus allen Disziplinen (Djordjevic, Bizic, Duisin, Bouman, & Buncamper, 2016; Levine, 2017; van de Grift, Elaut, Cerwenka, Cohen-Kettenis, & Kreukels, 2017).

Zur Literatur

In diesem Kapitel wurden insgesamt 8 Studien (Dhejne, Oberg, Arver, & Landen, 2014; Karpel & Cordier, 2013; Kuiper & Cohen-Kettenis, 1998; Landen, Walinder, Hambert, & Lundstrom, 1998; Lawrence, 2003; Levine, 2017; Olsson & Moller, 2006; Pfäfflin, 1992) berücksichtigt. Hierbei wurden ein narratives Review (Pfäfflin, 1992), 4 Querschnittsstudien (Dhejne et al., 2014; Kuiper & Cohen-Kettenis, 1998; Landen, Walinder, Hambert, et al., 1998; Lawrence, 2003) und 3 Fallberichte (Karpel & Cordier, 2013; Levine, 2017; Olsson &

Moller, 2006) gesichtet. Der Evidenzgrad liegt bei III, einzig eine der Querschnittsstudien (Dhejne et al., 2014) zeigte einen Evidenzgrad von II[15]. 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 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 körpermodifizierende Behandlungen durchgeführt wurden als sehr niedrig beurteilt. Die Spanne der Schätzung reicht von weniger als 1 % (Pfäfflin, 1992) bis zu 3,8 % (Landen, Walinder, Hambert, et al., 1998). Zwei aus Schweden stammenden Studien (Dhejne et al., 2014; Landen, Walinder, & Lundstrom, 1998) beobachten zudem, dass sich die Inzidenz der Re-Transition im Verlauf der Zeit reduziert. Eine Geschlechterdifferenz kann nicht erfasst werden. Während manche Studien auf eine deutliche Häufung von Re-Transitionen bei trans Frauen hinweisen (Kuiper & Cohen-Kettenis, 1998; Pfäfflin, 1992), können andere Untersuchungen diese Geschlechterdifferenz nicht bestätigen (Dhejne et al., 2014). Mehrere Studien äußern sich zu den Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit erhöhen, nach körpermodifizierenden Behandlungen zu re-transitionieren. Hierzu gehören das Vorliegen schwerer begleitender psychischer Störungen (Pfäfflin, 1992), eine der Transition vorausgegangene Ehebeziehung bei trans Frauen (d. h. noch in der männlichen Geschlechtsrolle verheiratet mit einer nicht trans Frau, Landen, Walinder, Hambert, et al., 1998; Pfäfflin, 1992), schlechte chirurgische Resultate (Lawrence, 2003; Pfäfflin, 1992), ein Beginn der Transition im mittleren Erwachsenenalter (engl. late-onset, Kuiper & Cohen-Kettenis, 1998; Pfäfflin, 1992), ein Mangel an korrekter Diagnostik (Kuiper & Cohen-Kettenis, 1998), fehlende Alltagserfahrungen (Pfäfflin, 1992), ein fehlender Reflexionsraum zur Äußerung von Ambivalenzen (Kuiper & Cohen-Kettenis, 1998), ungenügende soziale Stabilität (Pfäfflin, 1992), ungenügende familiäre Unterstützung (Landen, Walinder, Hambert, et al., 1998), Sexkontakte von trans Frauen mit cis Männern (Pfäfflin, 1992) und das Nicht-Zugehörigkeitsgefühl der betreffenden trans Person zur Gruppe der „Kern-Transsexuellen“ (Landen, Walinder, Hambert, et al., 1998). Für trans Männer äußern die Studien keine spezifischen Risikofaktoren.

Zu den Empfehlungen

Zusammenfassend betonen Olsson und Moller (2006), dass das Einhalten internationaler Empfehlungen zur Versorgung von trans Personen (z. B. die Standards of Care der WPATH, Coleman et al., 2012) 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 aktiv unterstützt werden, insbesondere gegenüber der Kernfamilie. Das bedingt wiederum, dass Behandlungssuchende von den involvierten Fachkräften zur (ergebnisoffenen) Erforschung ihrer Geschlechtsidentität und ihrer sexuellen Orientierung ermutigt werden (vgl. Nieder et al., 2016). Andere Studien

[15] Siehe Leitlinienreport.

kommen zu dem Schluss, dass die chirurgischen Ergebnisse der genitalmodifizierenden Eingriffe für die Zufriedenheit und damit auch für das Risiko eines Bedauerns bzw. einer Re-Transition bedeutsamer sind als prä-operative Faktoren, wie bspw. das Alter zu Beginn der Transition (u. a. Lawrence, 2003; vgl. auch Löwenberg et al., 2011).

Der Transitionsprozess soll möglichst ergebnisoffen gestaltet werden. In dessen Rahmen sollen Behandlungssuchende die Möglichkeit erhalten, sich über ein ggfs. änderndes Geschlechtsempfinden zu äußern, so dass entsprechende Re-Transitionsmaßnahmen ermöglicht werden können. Dies kann auch nach längerer Behandlungspause der Fall sein.

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: Starker Konsens

8.2 Sexualität und Intimität

Der folgende Abschnitt behandelt die Themen Sexualität und Intimität. Es geht um sexuelle Funktionen und sexuelles Verlangen, um Partnerschaften, sexuelle Zufriedenheit und um sexuelle Orientierung. Im Vordergrund steht die Frage nach möglichen Veränderungen der genannten Aspekte im Zuge der Transition bzw. in Reaktion auf Hormonbehandlung und chirurgische Eingriffe zur Modifikation der körperlichen Geschlechtsmerkmale.

Zur Literatur

Insgesamt gingen 54 Arbeiten in die Bearbeitung zum Thema Sexualität und Intimität ein. Es gibt praktisch keine Studien mit einem Vergleichsgruppendesign. Einige Studien beziehen sich auf trans Personen, ohne dass Begriffe klar definiert werden oder Diagnosen vorliegen. Hier sind v. a. die Arbeiten aus dem Umkreis von San Franzisco (u. a. Sevelius, Reznick, Hart, & Schwarcz, 2009) zu nennen. Arbeiten zu HIV beziehen sich v. a. auf Sexarbeiter_innen. Auch hier sind die Stichproben nicht klar definiert. Es werden trans Personen mit und ohne transitionsunterstützende Behandlungen zur Modifikation der körperlichen Geschlechtsmerkmale gemischt. Die Studien sind ausschließlich aus den USA und Thailand und daher kaum übertragbar auf deutsche Verhältnisse. Sie wurden in der weiteren Bewertung nicht berücksichtigt.

In die engere Beurteilung wurden letztlich folgende 23 Studien aufgenommen (Alegría, 2010, 2013; Alegría & Ballard-Reisch, 2013; Auer, Fuss, Hohne, Stalla, & Sievers, 2014; Blanchard, 1993; Bockting, Benner, & Coleman, 2009; Cerwenka, Nieder, Briken, et al., 2014; Cerwenka, Nieder, Cohen-Kettenis, et al., 2014; Cerwenka, Nieder, & Richter-Appelt, 2012; Chase, 2011; Chivers & Bailey, 2000; Coleman, Bockting, & Gooren, 1993; Costantino et al., 2013; Daskalos, 1998; De Cuypere et al., 2005; Elaut et al., 2008; Lawrence, 2005;

Lawrence, Latty, Chivers, & Bailey, 2005; Lief & Hubschman, 1993; Murad et al., 2010; Veale, Clarke, & Lomax, 2008; Wierckx et al., 2011; Wierckx, Elaut, et al., 2014). 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 multizentrischen Studie der Universitätskliniken in Amsterdam, Gent, Hamburg und Oslo (Cerwenka, Nieder, Cohen-Kettenis, et al., 2014; Cerwenka et al., 2012).

Sexuelle Orientierung

Einige Arbeiten beschäftigen sich mit Zusammenhängen verschiedener Parameter des Sexuallebens mit der sexuellen Orientierung (z. B. sexuelle Präferenz, sexuelle Praxis). Zu bedenken ist hier, dass sich das Verständnis von Homosexualität in den letzten Jahren verändert hat. Wurden zunächst trans Personen als homosexuell bezeichnet, die sich zu Personen ihres Geburtsgeschlechts hingezogen fühlten, wird heute von homosexuellen trans Personen gesprochen, wenn sie sich zu Personen ihres Transitionsgeschlechts hingezogen fühlen. Studien, die homosexuelle trans Männer mit homosexuellen cis Männern vergleichen, finden keine Unterschiede zwischen diesen Gruppen (Bockting et al., 2009; Coleman et al., 1993). Allerdings finden sich Unterschiede innerhalb der Gruppe der trans Männer, wenn homosexuelle und nicht-homosexuelle trans Männern verglichen werden. Trans Männer, die sich sexuell zu Frauen hingezogen fühlen (gynäphil), berichten eine ausgeprägte GIK in der Kindheit, zeigen eher sexuelle als emotionale Eifersucht, sind sexuell selbstsicherer, haben mehr Sexualpartnerinnen, ein größeres Verlangen nach einer Penoidkonstruktion und zeigen mehr Interesse für visuell-sexuelle Stimuli (Chivers & Bailey, 2000). Die beiden Gruppen unterschieden sich jedoch nicht hinsichtlich ihres Wunsches, den Körper zu vermännlichen, ihrer Geschlechtsidentität oder des sozialen Status ihrer Partner_innen (ebd.). Die Ergebnisse der Studie basieren auf einer kleinen Stichprobe von 39 trans Männern, die über Foren im Internet rekrutiert wurden. Die Autor_innen vertreten die Auffassung, dass sich die trans Identität bereits vor der sexuellen Orientierung ausbildet (Chivers & Bailey, 2000). Bei 234 trans Frauen einer nicht-klinischen Stichprobe fanden Veale et al. (2008), dass sie im Vergleich zu 127 cis Frauen mehr Wert auf die Attraktivität ihrer Partner_innen legen und höhere Werte im Bereich der Autogynäphilie zeigen. Sie fühlen sich eher zu femininen Männern hingezogen, zeigen häufiger fetischistische Tendenzen und bevorzugen jüngere Partner_innen sowie Sexualität außerhalb fester Beziehungen. Im Widerspruch zu Blanchards Theorie zur Autogynäphilie (1989) erreichen autogynäphile trans Frauen höhere Werte in ihrer Attraktion zu Männern als nicht-gynäphile trans Frauen (Veale et al., 2008).

Cerwenka, Nieder, Briken, et al. (2014) untersuchen die Partner_innen von Personen, die sich erstmals in eine transitionsunterstützende Behandlung begeben. Unter den trans Frauen fühlen sich diejenigen mit einem präpubertären Erstmanifestation der GIK/GD (engl. early onset) im Vergleich zu denjenigen mit einer (post-)pubertären Erstmanifestation (engl.late onset) eher zu Männern hingezogen (androphil). Sie beziehen seltener ihre 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 wird die sexuelle Orientierung von Partner_innen von trans Personen untersucht (Cerwenka et al., 2012). Trans Frauen geben 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, Nieder, Briken, et al., 2014).
Alegría untersucht die Partnerschaften von trans Personen qualitativ (2010, 2013; Alegría & Ballard-Reisch, 2013). Auch wenn es sich hierbei nicht um kontrollierte Studien handelt, sind die qualitativen Arbeiten wichtig, da sie sich mit Problemen in Partnerschaften von v. a. trans Frauen mit cis Frauen beschäftigen, die entweder über die Transition hinweg oder nach einer Transition bestehen bleiben. Die Mitteilung der Transition führt bei den Partnerinnen von 17 trans Frauen zu Verunsicherung ihrer eigenen geschlechtlichen Identität und sexuellen Orientierung sowie zu Ängsten bezogen auf die Zukunft der Beziehung. Als hilfreich werden Sozialkontakte und soziale Netzwerke angegeben. Chase (2011) untersucht ebenfalls qualitativ sechs Partnerinnen von trans Personen, wobei die Partnerschaft bereits vor der Transition bestand. Es wurden verschiedene Phasen während der Transition beschrieben: (1) die Adoleszenz wird wiederholt, (2) die Partnerin muss selbständiger werden, (3) die Vergangenheit wird neu interpretiert; (4) die Trauerarbeit zum Verlust des geliebten Objekts; (5) das Hinterfragen der eigenen Persönlichkeit.

Veränderungen der Sexualität unter Hormonbehandlung
Bei der Studie von Costantino et al. (2013) handelt es sich um eine der wenigen Studien mit 50 trans Männern, in der verschiedene Parameter der Sexualität (u. a. Hormon- und Blutwerte), der sexuellen Funktion und der Stimmung wiederholt gemessen werden: beim Erstkontakt, nach 12-monatiger Einnahme von Testosteron sowie mindestens 6 Monate nach einer Operation (ohne Metaidoioplastik bzw. Penoidkonstruktion). Nach 12 Monaten verbessern sich nicht nur die Stimmung sondern es nehen auch Masturbationshäufigkeit sowie das sexuelle Verlangen, die sexuelle Erregung und die sexuellen Fantasien zu (ebd.). Elaut et al. (2008) vergleichen trans Frauen nach Hormontherapie mit cis 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 cis-weiblichen Vergleichsgruppe berichtet, was keinen signifikanten Unterschied darstellt. Während bei cis Frauen während des Eisprungs ein signifikanter Zusammenhang zwischen sexueller Lust und Testosteron gefunden wurde, war dieser Zusammenhang bei den trans Frauen 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 die sexuelle Orientierung untersuchen, können Tendenzen für die Beurteilung der Veränderung der sexuellen Funktion liefern. Längsschnittstudien liegen keine vor und v. a. werden die chirurgischen Eingriffe in der Regel nicht konkret beschrieben. Zudem haben sich die chirurgischen Techniken in den letzten 20 Jahren stark verbessert. Die Arbeiten untersuchen, inwiefern sich die sexuelle Funktionsweise (De Cuypere et al., 2005; Lief & Hubschman, 1993), das sexuelle Verlangen (Wierckx et al., 2011; Wierckx, Elaut, et

al., 2014) oder die sexuelle Orientierung von trans Personen im Laufe der Transition verändern (Auer et al., 2014; Lawrence, 2005; Lawrence et al., 2005).
De Cuypere et al. (2005) untersuchen die sexuelle und allgemeine Gesundheit von 55 trans Personen (33 trans Frauen, 23 trans Männer) nach der genitalmodifizierenden Operation inklusive Penoidkonstruktion. Im Allgemeinen treten wenige Krankheiten auf. Es findet sich aber ein Trend, dass trans Frauen mehr gesundheitliche Probleme haben als trans Männer, was mit dem höheren Alter dieser Gruppe erklärt werden könnte. Die trans Frauen werden mit Östrogenen behandelt und zeigen Testosteronwerte im cis-weiblichen Bereich. Die Erwartungen nach der genitalmodifizierenden Operation beziehen sich eher auf Emotionen, die soziale Integration und weniger auf die Gesundheit, wenngleich 80 % eine Verbesserung in ihrer Sexualität angeben. Lief und Hubschman (1993) zeigen, dass die Orgasmusfähigkeit bei 14 trans Frauen nach der genitalmodifizierender Operation zurückgeht, bei 9 trans Männern aber zunimmt. Aufgrund ihrer Studie ziehen sie die Schlussfolgerung, dass trans Personen nach der genitalmodifizierenden Operation mit ihrem Sexualleben zufriedener sind, selbst wenn die sexuelle Funktion beeinträchtigt bleibt (Lief & Hubschman, 1993).
Wierckx et al. (2011) befragen 45 trans Frauen nach genitalmodifizierender Operation retrospektiv zu ihrem sexuellen Verlangen vor der Hormonbehandlung und genitalmodifizierender Operation. 74 % berichten eine Zunahme ihres sexuellen Verlangens nach Hormontherapie und genitalmodifizierender Operation. Das sexuelle Verlangen nach Selbstbefriedigung korreliert signifikant mit der Masturbationshäufigkeit, nicht aber mit der Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs mit einer_m Partner_in. Es besteht kein Zusammenhang zwischen Testosteron und sexuellem Verlangen, weder nach Selbstbefriedigung (solitär) noch nach interaktiver Sexualität (dyadisch). Ein Zusammenhang besteht zwischen den Werten des luteinisierenden Hormons (LH) und Verlangen nach solitärer Sexualität in dem Sinne, als bei hohem LH und niedrigem Testosteron weniger solitäres Verlangen beobachtet wird. Unterdrücktes LH hingegen 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 (Wierckx et al., 2011). In einer weiteren Studie untersuchen Wierckx, Elaut, et al. (2014) 214 trans Frauen und 138 trans Männer nach genitalmodifizierender Operation. Bei 62 % der trans Frauen wird eine Abnahme der sexuellen Lust beobachtet. 22 % der trans Frauen geben an, sich durch die sexuelle Lustlosigkeit (HSDD) nach genitalmodifizierender Operation beeinträchtigt zu fühlen. 37 % gaben an, nie oder nur selten spontan sexuelles Verlangen zu verspüren. Trans Frauen nach genitalmodifizierender Operation gaben an, signifikant häufiger mehr Lust zu verspüren als trans Frauen, die eine genitalmodifizierende Operation planen. Bei 71 % der trans Männer wird eine Zunahme der sexuellen Lust beobachtet, bei 5 % der trans Männer findet sich sexuelle Lustlosigkeit (HSDD). Lustlosigkeit ist bei trans Männern signifikant häufiger, wenn sie mit ihrer Penoidkonstruktion unzufrieden sind (Wierckx, Elaut, et al., 2014).
In einer Studie mit 115 trans Personen (70 trans Frauen und 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. Trans Männern berichten ähnliches 22,2 % (n =10). Lawrence (2005) untersucht, inwiefern sich bei 232 trans Frauen ihre sexuelle Attraktion (Orientierung) verändert, die sämtlich von einem Operateur (Toby R. Meltzer, MD) in der Zeit zwischen 1994 und 2000 operiert wurden. Erleben sich vor der genitalmodifi-

zierenden Operation 54 % sexuell zu Frauen und 9 % sexuell zu Männern hingezogen, sind es nach der genitalmodifizierenden Operation 25 % bzw. 43 %. Nach der genitalmodifizierenden Operation berichteten 32 % keine_n Sexualpartner_in zu haben. Bisexuelle Teilnehmerinnen hatten im Vergleich zur Restgruppe sowohl vor als auch nach der genitalmodifizierenden Operation mehr Sexualpartner_innen. 85 % berichten, zumindest gelegentlich Orgasmen zu erleben (ebd.). Lawrence et al. (2005) vergleichen mit Hilfe der vaginalen Photoplethysmographie die Erregbarkeit durch sexuelle Stimuli bei 11 trans Frauen nach genitalmodifizierender Operation mit 72 cis Frauen und finden, dass die trans Frauen eine geringere Reaktion zeigen, die Reaktion aber ihrer sexuellen Orientierung entspricht.

Zu den Empfehlungen
Die Studien zur Sexualität und sexuellen Orientierung spiegeln die Vielfalt in diesem Bereich wider. Irritationen, die im Zuge der Transition in bereits bestehenden Partnerschaften bei der_dem nicht-transitionierenden Partner_in auftreten können, sollten berücksichtigt werden. Auf die möglichen Auswirkungen der Hormonbehandlung auf das sexuelle Verlangen und die sexuelle Erregung sollte vor Beginn der Hormontherapie hingewiesen werden. Selbst wenn zu erwarten ist, dass bei der hormonell unterstützten Transition Probleme im Bereich der Sexualität auftreten können, sollte dies nicht a priori als Kontraindikation gewertet werden.

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

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzgrad III)
Quelle: (Costantino et al., 2013)
Konsensstärke: 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 (Evidenzgrad III)
Quellen: (Coleman et al., 1993; De Cuypere et al., 2005; Lawrence, 2005; Lief & Hubschman, 1993)
Konsensstärke: Starker Konsens

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

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzgrad III)
Quellen: (Coleman et al., 1993; De Cuypere et al., 2005; Lawrence, 2005; Lief & Hubschman, 1993)
Konsensstärke: Starker Konsens

Eine Störung des sexuellen Verlangens ist häufiger bei trans Männern, die mit dem Ergebnis der Penoidkonstruktion 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 (Evidenzgrad III)
Quelle: (Wierckx, Elaut, et al., 2014)
Konsensstärke: Starker Konsens

Die sexuelle Orientierung kann sich im Zuge der Transition verändern.

Evidenzbasiertes Statement (Evidenzgrad III)
Quellen: (Auer et al., 2014; Lawrence, 2005)
Konsensstärke: 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 (Evidenzgrad III)
Quellen: (Alegría, 2010, 2013; Alegría & Ballard-Reisch, 2013)
Konsensstärke: Konsens

Die Vielfalt der sexuellen Orientierung (z. B. Präferenz, Praxis) soll in der Behandlung berücksichtigt werden.

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: Starker Konsens

Es soll darauf hingewiesen werden, dass die Testosterongabe die Libido eher steigert und eine Testosteronsuppression 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

Das familiäre soziale Umfeld, mögliche Kinder und Angehörige sind für eine erfolgreiche Transition von großer Bedeutung. Familie kann stärken, Sicherheit und Unterstützung bieten, aber auch eine zusätzliche Belastung darstellen. Manche Autor_innen (K. M. Ellis & Eriksen, 2002) gehen sogar davon aus, dass Angehörige im Rahmen einer Transition im Extremfall einen emotionalen Prozess durchmachen der vergleichbar ist mit dem Prozess beim Todesfall einer geliebten Person (Kübler-Ross, 1969).

Zur Literatur

In diesem Kapitel wurden insgesamt 3 Studien (Croghan, Moone, & Olson, 2014; Riley, Clemson, Sitharthan, & Diamond, 2013; T. White & Ettner, 2007) und eine Dissertation (Veldorale-Brogan, 2013) berücksichtigt. Bei den Arbeiten handelt es sich um Querschnittsuntersuchungen, die sowohl trans Frauen als auch trans Männer einschließen. Zusätzlich inkludieren eine Studie eine homo- und bisexuelle Vergleichsgruppe und zwei Arbeiten die Kinder von transitionierten Personen (Veldorale-Brogan, 2013; T. White & Ettner, 2007). Während sich drei Arbeiten mit den familiären Veränderungen für (transitionierende) Eltern und ihre Kinder befassen (Riley et al., 2013; Veldorale-Brogan, 2013; T. White & Ettner, 2007) untersucht eine Studie die familiäre Betreuung älterer trans Personen (Croghan et al., 2014). Drei Studien verwendeten eine quantitative Methodik (Croghan et al., 2014; Veldorale-Brogan, 2013; T. White & Ettner, 2007), eine Arbeit wertet ihre Daten qualitativ (Riley et al., 2013) aus. Alle Studien unterliegen methodischen Einschränkungen. Verzerrungspotentiale ergeben sich aufgrund der untersuchten Gruppe (Personen aus dem LSBT-Bereich), der Rekrutierungsweise (klinische, bildungsnahe Stichproben), der (kleinen) Stichprobengrößen, des retrospektiven Designs und der teilweise indirekten Datensammlung (Erleben der Kinder während der Transition wird durch Eltern beurteilt).

Die Resultate werden gemäß der Themen (Familienveränderungen während der Transition, Familiäre Betreuung älterer trans Menschen) zusammengefasst:

Familienveränderungen während der Transition

Die Transition wird in allen Studien als ein für die Familie mit Stress verbundenes Ereignis dargestellt. Der Stress stammt sowohl aus internen als auch aus externen Quellen und wirkt sich nicht auf alle Familienmitglieder gleich aus. Wird die familieninterne Dynamik berücksichtigt, so nehmen beispielsweise die Kinder die Transitionszeit infolge des damit verbundenen Kontrollverlustes negativer wahr als ihre transitionierenden Eltern (Veldorale-Brogan, 2013). Jüngere Kinder zeigen dabei weniger Konflikte mit ihren trans Eltern als ihre älteren Geschwister (T. White & Ettner, 2007). Die konfliktbedingte Stressbelastung ist insofern von Bedeutung als die konfliktreiche Transition eines Elternteils die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung auch nachträglich schaden kann (T. White & Ettner, 2007). Die konfliktbedingte Stressbelastung 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 vielmehr die Beziehung der Eltern nach der Transition eine besondere Rolle: Je grösser sich die Konflikte zwischen den Elternteilen nach der Transition gestalten, desto stärker leidet die Beziehung zwischen dem trans Elternteil und dem Kind im Nachhinein (T. White & Ettner, 2007). In diesem Sinne empfinden die Befragten den Umgang mit (familien-)internen Stressoren als belastender im Vergleich zu den (familien-)externen Stressoren, 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 (T. White & Ettner, 2007). Obwohl mehr als die Hälfte mit niemandem über diese Stigmatisierungsereignisse spricht, zeigt nur eine kleine Minderheit (4 %) eine „posttransitorische Anpassungsstörung“ (z. B. im Sinne von schlechteren Schulnoten, ebd.). Die Anpassungsfähigkeit der Kinder korreliert hierbei nicht mit der Güte der Beziehungsqualität zum trans Elternteil (T. White & Ettner, 2007). Zur Entlastung dieser Situation und unabhängig ihres Geschlechts wünschen sich die im Rahmen einer Studie befragten trans Personen selbst eine bessere Aufklärung ihres Umfelds hinsichtlich Geschlecht (Sex/Gender) und Geschlechtervarianz, die bereits früh (in der Familie, in der Schule, etc.) stattfinden soll. Sie hoffen, dass die familiäre (und außerfamiliäre) Umgebung sensibler bzw. validierend auf diese Themen reagieren (Riley et al., 2013). Zudem soll es Räume geben, in denen trans Personen ungestört von stigmatisierenden Einflüssen ihre Geschlechtsidentität entdecken können. Hierzu bedarf es allerdings neben der Bewusstseinsschärfung für diese Themen konkreter Stigmatisierungsverbote, die trans Personen und ihre Angehörigen schützen (Riley et al., 2013) .

Familiäre Betreuung von älteren trans Menschen

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ist die untersuchte LSBT-Gruppe seltener verheiratet und lebt häufiger alleine (Croghan et al., 2014). Sie hat im Vergleich weniger Kinder und steht aufgrund ihrer Geschlechtsidentität bzw. sexuellen Orientierung in nicht wenigen Fällen (10 % der befragten Gruppe) nicht mehr mit ihrer Ursprungsfamilie in Kontakt. Diese Situation führt dazu, dass die LSBT-Gemeinschaft im Alter seltener auf die traditionellen Betreuungsinstanzen (z. B. Herkunftsfamilie) zugreifen kann und oft auf nicht-traditionelle Betreuungsmodelle (z. B. Wahlfamilie) angewiesen ist. Gruppen, die Schwierigkeiten haben, solche Helfer_innen-Netzwerke aufzubauen (z. B. homosexuelle und trans Männer), sind einem größeren Institutionalisierungsrisiko ausgesetzt. Allerdings sind Personen aus dem LSBT-Spektrum häufig 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 Verwandtschaftsgrad stützen kann. Dadurch werden sie in vielen Fällen von etablierten Strukturen (Krankenhäuser, Altersheime, etc.) nicht unterstützt.

Zu den Empfehlungen
Behandelnde können Familienangehörige bei der Überwindung ihrer Ablehnung der Transition unterstützen. Hierbei können eine systemische Beratung und/oder ein familientherapeutischer Ansatz hilfreich sein. Zusätzlich kann in manchen Fällen die Einleitung einer individuellen psychotherapeutischen Behandlung der verwandten bzw. angehörigen Person indiziert sein (vgl. Bockting et al., 2007).

Sofern im Verlauf der Transition Belastungen in der Familie, in der Partnerschaft oder in der Elternrolle auftreten, soll eine Beratung und/oder Psychotherapie unter Einbeziehung der Bezugspersonen ermöglicht werden.

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: Starker Konsens

Im Bedarfsfall sollte eine psychotherapeutische Behandlung für Bezugspersonen empfohlen werden.

Konsensbasierte Empfehlung
Konsensstärke: Starker Konsens

8.4 Arbeit

Die Situation am Arbeitsplatz ist sowohl für Personen, die eine Transition beginnen bzw. sich in einer solchen befinden als auch für ihre Arbeitsumgebung (Arbeitskolleg_innen, Vorgesetzte, etc.) herausfordernd (Barclay & Scott, 2006; Beagan et al., 2012; C. Brown et al., 2012; Chope & Strom, 2008; Dispenza, Watson, Chung, & Brack, 2012; Hanssmann, Morrison, Russian, Shiu-Thornton, & Bowen, 2010; Macdonnell & Grigorovich, 2012).

Zur Literatur
In diesem Kapitel werden insgesamt 7 Studien berücksichtigt (Barclay & Scott, 2006; Beagan et al., 2012; C. Brown et al., 2012; Chope & Strom, 2008; Dispenza et al., 2012; Hanssmann et al., 2010; Macdonnell & Grigorovich, 2012). Es handelt sich um ein narratives Review (Chope & Strom, 2008), einen Fallbericht (Barclay & Scott, 2006) und 5 Querschnittsstudien

(Beagan et al., 2012; C. Brown et al., 2012; Dispenza et al., 2012; Hanssmann et al., 2010; Macdonnell & Grigorovich, 2012). Drei Studien schließen trans Frauen ein (Barclay & Scott, 2006; Beagan et al., 2012; C. Brown et al., 2012) und 2 Arbeiten trans Männer (Dispenza et al., 2012; Macdonnell & Grigorovich, 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., 2010). Bis auf die Studie von Hanssmann et al. (2010), die verschiedene Methoden kombinierte (engl. mixed methods), werten die Studie ihre Daten qualitativ aus, sodass ein direkter Vergleich nicht möglich ist. 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 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 erschwert. Die Evidenzqualität ist dementsprechend mittelgradig.

Die Probleme im Arbeitsumfeld können aus drei Perspektiven betrachtet werden:
Erstens konstatieren die Studien auf der Ebene der allgemeinen Rahmenbedingungen, 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 & Scott, 2006). In manchen Situationen kann der mangelnde Schutz von trans Personen dazu führen, dass sich andere sexuelle Minderheiten (z. B. homo- und bisexuelle Personen) auch nicht outen, wodurch ressourcenaktivierende Verbindungen innerhalb eines Betriebes nicht entstehen können (Chope & Strom, 2008). Es sollte berücksichtigt werden, dass nicht alle (sexuellen) Minderheiten unter denselben Problemen leiden, dieselben Bedürfnisse besitzen und schon gar nicht dazu verpflichtet sind, sich untereinander zu unterstützen (Dispenza et al., 2012).
Zweitens stehen Trans Personen, die sich im Arbeitskontext outen wollen, nicht selten vor einer schwierigen Situation. Einerseits gilt der Arbeitsplatz in westlichen Gesellschaften als zentraler Darstellungs- und Gestaltungsort (u. a. des Geschlechts bzw. der Geschlechtsidentität, Beagan et al., 2012). In diesem Sinne verfolgen manche trans Personen vor Beginn ihrer Transition eine Berufslaufbahn, die der Abwehr, der Vermeidung oder der Kompensation des 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, der häufig ein Karrierewechsel mit entsprechenden Konsequenzen nahe legt (C. Brown et al., 2012). Andererseits stehen jene trans Personen, die in ihrem angestammten Beruf bleiben wollen, vor mehreren (Kommunikations-)Paradoxa (Barclay & Scott, 2006). Erstens müssen sie gleichzeitig zur Mitteilung, dass sich ihre Geschlechtsidentität von der bisherigen Fremdwahrnehmung unterscheidet mit Nachdruck betonen, dass ihre Arbeitsidentität weiterhin 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 (Barclay & Scott, 2006). 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 & Scott, 2006). Hierbei muss Diskriminierung weder direkt vom Arbeitsumfeld selbst durchgeführt noch unmittelbar ausgeführt werden (bspw. durch Kündigung oder Nicht-Anstellung). 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 (z. B. Umgang bei Vorstellungsgesprächen, Toilettenfrage, Änderungen bei der Krankenversicherung, Namensänderung, Arbeitsplatzsuche und Geschlechtsrollenvorstellungen, Auftreten am Arbeitsplatz, Konflikte mit religiösen und spirituellen Werten des Betriebes) geklärt werden können (Chope & Strom, 2008).
Drittens kann die Diskriminierung am Arbeitsplatz zu einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit und zu einer Verminderung der Arbeitsleistung von trans Personen führen (Chope & Strom, 2008). Der Ressourcenverbrauch kann bereits im Vorfeld des Coming-outs stattfinden, indem trans Personen beispielsweise viel Zeit dafür aufbringen, 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 Auswirkung 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 trans Personen gewählten Bewältigungsstrategien gelegt werden soll. Schließlich gelingt es trans Personen wiederholt, proaktiv ihre eigene Arbeitssituation zu gestalten (Beagan et al., 2012).

Die genannten Studien unterbreiten verschiedene Vorschläge, wie manche der dargestellten Probleme angegangen werden können. Ein möglicher Ansatz besteht darin, die Transition weniger als Hürde oder Problem sondern mehr als Möglichkeit zur Entwicklung und Bereicherung sowohl für die trans Person selbst als auch für den Betrieb zu betrachten (Barclay & Scott, 2006; Macdonnell & Grigorovich, 2012). Hierfür braucht es Offenheit, u. a. um die Linearität der Transition und der Arbeitsintegration zu hinterfragen (Macdonnell & Grigorovich, 2012). Zudem bedarf es bei den Arbeitgeber_innen ein Bewusstsein, dass ausschließlich gesetzliche Schutzmaßnahmen trans Personen nicht ausreichend vor Diskriminierung schützen und ihnen nur bedingt helfen (C. Brown et al., 2012). In diesem Kontext wird betont, dass der Diversity-Ansatz („Trans und cis Personen ähneln sich darin, dass sie auf der indi-

viduellen Ebene unterschiedlich sind“) für den Umgang mit den oben erwähnten Paradoxa erfolgreicher zu sein scheint als der egalitäre Ansatz (Barclay & Scott, 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 & Scott, 2006), untersucht eine Interventionsstudie von Hanssmann et al. (2010) den Effekt von Schulungsprogrammen zum Thema Trans innerhalb eines Betriebes. Hierbei zeigt sich eine Differenz zwischen objektiver Wissensverbesserung und subjektivem Empfinden: Während der Effekt des Wissenszuwachs als klein beurteilt wird, hat die Mehrheit der Teilnehmenden 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 (Hanssmann et al., 2010). Andere Autor_innen empfehlen eine kontinuierliche Schulung des Personals, und nicht nur eine situationsbedingte, punktuelle Information (Barclay & Scott, 2006; C. Brown et al., 2012; Chope & Strom, 2008). Vorsicht ist allerdings geboten, wenn ein vordergründig offener und liberaler Umgang eines Unternehmens mit (dem Coming-out) einer trans Person für Marketing-Zwecke instrumentalisiert wird (z. B. im Sinne des pinkwashing, vgl. Jones, 2015). Schließlich wird die Bedeutung der Peer-Beratung und des Kontakts mit Trans-Organisationen als mögliche Unterstützungs- und ressourcenaktivierende Maßnahme erwähnt (Beagan et al., 2012).

Zu den Empfehlungen

Aus Sicht der Leitliniengruppe 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 körpermodifizierender Behandlungen zu berücksichtigen (Phoenix & Ghul, 2016). Erst die Gesamtbeurteilung dieser Faktoren sollte zu einer Empfehlung hinsichtlich des Coming-outs am Arbeitsplatz führen.

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

Evidenzbasierte Empfehlung (Evidenzgrad III)
Quellen: (C. Brown et al., 2012)
Konsensstärke: Konsens

Da Trans-Negativität und Trans-Feindlichkeit im Arbeitsalltag präsent sein können 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 (Evidenzgrad III)
Quellen: (Dispenza et al., 2012)
Konsensstärke: Konsens

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

Evidenzbasierte Empfehlung (Evidenzgrad III)
Quellen: (C. Brown et al., 2012)
Konsensstärke: Starker Konsens

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

Evidenzbasierte Empfehlung (Evidenzgrad III)
Quelle: (Macdonnell & Grigorovich, 2012)
Konsensstärke: 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 (Evidenzgrad III)
Quelle: (Beagan et al., 2012)
Konsensstärke: Konsens

---

9 Fazit

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich der gesellschaftliche Umgang mit Geschlecht, Geschlechtsidentitäten und Gender in einem umfangreichen Wandel befunden, der auch Auswirkungen auf die Trans-Gesundheitsversorgung mit sich bringt. Die Vorgaben der „Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen“ (S. Becker et al., 1997), vor mehr als 20 Jahren sicher ein erster Meilenstein in diesem Feld, sind mittlerweile längst überholt und sollen nun durch eine Leitlinie ersetzt werden, die einer ganzheitliche Trans-Gesundheitsversorgung gerecht wird. Auf Anregung der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS) fand im Mai 2011 eine erste Sitzung zur Entwicklung von Rahmenbedingungen einer Arbeitsgruppe zur Erarbeitung einer Leitlinie für die Behandlung von trans Personen in Hamburg statt. Die Arbeitsgruppe blickt auf einen intensiven Prozess und auf einen wissenschaftlichen Diskurs zurück, in dem auch aktuelle kontroverse Positionen zum Geschlecht aufgegriffen und diskutiert wurden.

Die nun vorliegende S3-Leitlinie soll die Trans-Gesundheitsversorgung in Deutschland aus einer differenzierten psychosozialen Perspektive individualisieren, flexibilisieren und insgesamt modernisieren, wobei die verschiedenen psychosozialen Einflussgrößen auf eine zielführende Behandlung berücksichtigt werden, ohne die Bedeutung der körpermodifizierenden Behandlungen für das Kongruenzerleben von trans Personen zu vernachlässigen. Die Vorgehensweise bei den einzelnen körpermodifizierenden Behandlungen sind dabei nicht Teil dieser Leitlinie und erfordern gesonderte Empfehlungen. In dieser Leitlinie geht es primär um die Diagnostik, Beratung und Behandlung bei gesundheitlichen Belastungen im körperlichen, psychischen und psychosozialen Bereich. Neben dem übergeordneten Ziel, allen geschlechtlich non-konformen Menschen entwicklungsfördernde und/oder transitionsunterstützende Behandlungen anzubieten, steht eine Reduktion des Inkongruenzerlebens und des möglicherweise damit einhergehenden Leidensdrucks im Vordergrund. Die Trans-Gesundheitsversorgung in Deutschland soll den heute erreichten Freiheiten gerecht werden, dabei mögliche Unsicherheiten und Ängste von Behandlungssuchenden und Behandelnden aber nicht ausblenden.

Ein Ziel der Leitlinie ist eine erhöhte Flexibilität im Behandlungsprozess. Die Empfehlungen zu den körpermodifizierenden Behandlungen kommen daher ohne feste zeitliche Vorgaben aus. Die Behandlungssuchenden sollen stattdessen gefördert werden, die Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen und – soweit dies möglich ist – Entscheidungen über körperverändernde Behandlungen zu treffen. Schließlich soll die S3-Leitlinie mehr Freiheiten für individuelle Möglichkeiten bringen.

An der Entwicklung der S3-Leitlinie waren viele Akteur_innen aktiv beteiligt. Mandatsträger_innen von Fachgesellschaften, Berufs- und Interessensverbänden sowie im Rahmen von Anhörungen und einer Online-Umfrage Behandlungssuchende und -erfahrene sowie Vertreter_innen von Selbsthilfegruppen. Der Austausch zwischen den beteiligten Akteur_innen war neben der systematischen Auseinandersetzung mit der empirischen Evidenz und der strukturierten Konsensusfindung der zentrale Baustein der vorliegenden S3-Leitlinie. Der Wandel wird weiter fortschreiten. Daher ist sich die Arbeitsgruppe bewusst, dass die Überarbeitung der Leitlinie regelmäßig nötig sein wird und mit ihr die Fortführung des inter- und transdisziplinären Dialogs auf Augenhöhe.

Literatur

à Campo, J., Nijman, H., Evers, C., Merckelbach, H., & Decker, I. (2001). Gender identity disorders as a secondary symptom of psychosis, and in particular, schizophrenia. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde, 145*(39), 1876-1880.

Abraham, F. (1931). Genitalumwandlung an zwei männlichen Transvestiten. *Zeitschrift für Sexualwissenschaft, 18*(4), 223.

Affatati, V., Grattagliano, I., Todarello, O., & Catanesi, R. (2012). Utilizing the Rorschach Test in the diagnosis of gender identity disorder and in the evaluation of eligibility for sex reassignment surgery. *Rivista Di Psichiatria, 47*(4), 337-344.

Ainsworth, T. A., & Spiegel, J. H. (2010). Quality of life of individuals with and without facial feminization surgery or gender reassignment surgery. *Quality of Life Research, 19*(7), 1019-1024. doi:DOI 10.1007/s11136-010-9668-7

Aköz, T., & Kargi, E. (2002). Phalloplasty in a female-to-male transsexual using a double-pedicle composite groin flap. *Annals of Plastic Surgery, 48*(4), 423-427.

Alegría, C. A. (2010). Relationship challenges and relationship maintenance activities following disclosure of transsexualism. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 17*(10), 909-916.

Alegría, C. A. (2013). Relational and sexual fluidity in females partnered with male-to-female transsexual persons. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 20*(2), 142-149. doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01863.x

Alegría, C. A., & Ballard-Reisch, D. (2013). Gender expression as a reflection of identity reformation in couple partners following disclosure of male-to-female transsexualism. *International Journal of Transgenderism, 14*(2), 49-65.

Ålgars, M., Alanko, K., Santtila, P., & Sandnabba, N. K. (2012). Disordered eating and gender identity disorder: A qualitative study. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention, 20*(4), 300-311.

Aloisi, A. M., Bachiocco, V., Costantino, A., Stefani, R., Ceccarelli, I., Bertaccini, A., & Meriggiola, M. C. (2007). Cross-sex hormone administration changes pain in transsexual women and men. *Pain, 132*, S60-S67. doi:10.1016/j.pain.2007.02.006

Altman, K. (2012). Facial feminization surgery: current state of the art. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 41*(8), 885-894. doi:10.1016/j.ijom.2012.04.24

Amend, B., Seibold, J., Toomey, P., Stenzl, A., & Sievert, K. D. (2013). Surgical Reconstruction for Male-to-Female Sex Reassignment. *European Urology, 64*(1), 141-149. doi:10.1016/j.eururo.2012.12.030

American Psychological Association. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *Am Psychol, 70*(9), 832-864. doi:10.1037/a0039906

Anonymous. (2004). The Psychoanalytic Treatment of Gender Dysphoria: A Personal Reflection. In U. Leli & J. Drescher (Eds.), *Transgender subjectivities: A clinician's guide.* (pp. 19-24). New York, NY, US: Haworth Press.

APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Vol. 5). Washington, DC: Author.

Arcelus, J., Bouman, W. P., Van Den Noortgate, W., Claes, L., Witcomb, G., & Fernandez-Aranda, F. (2015). Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *Eur Psychiat, 30*(6), 807-815. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.005

Asscheman, H., Giltay, E. J., Megens, J. A., de Ronde, W. P., van Trotsenburg, M. A., & Gooren, L. J. (2011). A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *European Journal of Endocrinology, 164*(4), 635-642.

Auer, M. K., Fuss, J., Hohne, N., Stalla, G. K., & Sievers, C. (2014). Transgender transitioning and change of self-reported sexual orientation. *PLOS ONE, 9*(10), e110016. doi:10.1371/journal.pone.0110016

Auer, M. K., Hohne, N., Bazarra-Castro, M. A., Pfister, H., Fuss, J., Stalla, G. K., . . . Ising, M. (2013). Psychopathological profiles in transsexuals and the challenge of their special status among the sexes. *PLOS ONE, 8*(10), e78469. doi:10.1371/journal.pone.0078469

Bailey, L., Ellis, S. J., & McNeil, J. (2014). Suicide risk in the UK trans population and the role of gender transition in decreasing suicidal ideation and suicide attempt. *Mental Health Review Journal, 19*(4), 209-220.

Bakker, A., van Kesteren, P. J., Gooren, L. J., & Bezemer, P. D. (1993). The prevalence of transsexualism in The Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 87*(4), 237-238.

Baltieri, D. A., & De Andrade, A. G. (2009). Schizophrenia Modifying the Expression of Gender Identity Disorder. *Journal of Sexual Medicine, 6*(4), 1185-1188. doi:10.1111/j.1743-6109.2007.00655.x

Barclay, J. M., & Scott, L. J. (2006). Transsexuals and workplace diversity - A case of "change" management. *Personnel Review, 35*(4), 487-502. doi:10.1108/00483480610670625

Barisic, J., Milosavljevic, M., Duisin, D., Batinic, B., Vujovic, S., & Milovanovic, S. (2014). Assessment of Self-Perception of Transsexual Persons: Pilot Study of 15 Patients. *Scientific World Journal*. doi:10.1155/2014/281326

Barker, H., & Wylie, K. R. (2008). Are the criteria for the 'real-life experience' (RLE) stage of assessment for GID useful to patients and clinicians? *International Journal of Transgenderism, 10*(3-4), 121-131.

Barrett, J. (1998). Psychological and social function before and after phalloplasty. *International Journal of Transgenderism, 2*(1).

Bauer, G., Scheim, A., Pyne, J., Travers, R., & Hammond, R. (2015). Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. *BMC Public Health, 15*(525), 1-15.

Bauer, G. R., Hammond, R., Travers, R., Kaay, M., Hohenadel, K. M., & Boyce, M. (2009). "I Don't Think This Is Theoretical; This Is Our Lives": How Erasure Impacts Health Care for Transgender People. *Janac-Journal of the Association of Nurses in Aids Care, 20*(5), 348-361. doi:10.1016/j.jana.2009.07.004

Bauer, G. R., & Scheim, A. I. (2013). Sampling bias in transgender studies. *Lancet Infect Dis, 13*(10), 832. doi:10.1016/s1473-3099(13)70242-1

Bauer, G. R., Scheim, A. I., Deutsch, M. B., & Massarella, C. (2014). Reported emergency department avoidance, use, and experiences of transgender persons in ontario, Canada: results from a respondent-driven sampling survey. *Annals of Emergency Medicine, 63*(6), 713-720.e711.

Baumeister, S., Sohn, M., Domke, C., & Exner, K. (2011). Phalloplasty in Female-to-Male Transsexuals: Experience from 259 Cases. *Handchirurgie Mikrochirurgie Plastische Chirurgie, 43*(4), 215-221. doi:DOI 10.1055/s-0030-1267965

Bauquis, O., Pralong, F., & Stiefel, F. (2011). Operative Geschlechtsumwandlung bei Störungen der Geschlechtsidentität. *Swiss Med Forum, 11*(04), 58-64.

Beagan, B. L., De Souza, L., Godbout, C., Hamilton, L., MacLeod, J., Paynter, E., & Tobin, A. (2012). 'This is the biggest thing you'll ever do in your life': Exploring the occupations of transgendered people. *Journal of Occupational Science, 19*(3), 226-240.

Becker, H., Gast, U., Hartmann, U., & Weiß-Plumeyer, M. (1999). Zum Zusammenhang von transsexuellem Empfinden und Dissoziativer Identitätsstörung. Diagnostische Überlegungen anhand eines Fallberichts. *Sexuologie, 6*, 129-145.

Becker, S., Bosinski, H. A. G., Clement, U., Eicher, W., Goerlich, T. M., Hartmann, U., . . . Wille, R. (1997). Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft. *Zeitschrift für Sexualforschung, 10*, 147–156.

Beemyn, G., & Rankin, S. (2011). *The lives of transgender people*. New York, NY: Columbia University Press.

Berli, J. U., Knudson, G., Fraser, L., Tangpricha, V., Ettner, R., Ettner, F. M., . . . Schechter, L. (2017). What Surgeons Need to Know About Gender Confirmation Surgery When Providing Care for Transgender Individuals: A Review. *JAMA Surg, 152*(4), 394-400. doi:10.1001/jamasurg.2016.5549

Berry, M. G., Curtis, R., & Davies, D. (2012). Female-to-male transgender chest reconstruction: A large consecutive, single-surgeon experience. *Journal of Plastic Reconstructive and Aesthetic Surgery, 65*(6), 711-719. doi:10.1016/j.bjps.2011.11.053

Bess, J., & Stabb, S. (2009). The Experiences of Transgendered Persons in Psychotherapy: Voices and Recommendations. *Journal of Mental Health Counseling, 31*(3), 264-282. doi:10.17744/mehc.31.3.f62415468l133w50

Bhargava, S. C., & Sethi, S. (2002). Transsexualism and schizophrenia: a case report. *Indian Journal of Psychiatry, 44*(2), 177-178.

Blanchard, R. (1985). Typology of male-to-female transsexualism. *Archives of Sexual Behavior, 14*(3), 247-261.

Blanchard, R. (1988). Nonhomosexual Gender Dysphoria. *J Sex Res, 24*, 188-193.

Blanchard, R. (1989). The concept of autogynephilia and the typology of male gender dysphoria. *Journal of Nervous and Mental Disease, 177*(10), 616-623.

Blanchard, R. (1991). Clinical observations and systematic studies of autogynephilia. *Journal of Sex & Marital Therapy, 17*(4), 235-251.

Blanchard, R. (1993). Varieties of autogynephilia and their relationship to gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior, 22*(3), 241-251. doi:10.1007/bf01541769

Blanchard, R. (1994). A structural equation model for age at clinical presentation in nonhomosexual male gender dysphorics. *Archives of Sexual Behavior, 23*(3), 311-320. doi:10.1007/bf01541566

Blanchard, R. (2005). Early history of the concept of autogynephilia. *Archives of Sexual Behavior, 34*(4), 439-446.

BMFSFJ (Ed.) (2015). *Geschlechtliche Vielfalt: Begrifflichkeiten, Definitionen und disziplinäre Zugänge zu Trans- und Intergeschlechtlichkeiten - Begleitforschung zur Interministeriellen Arbeitsgruppe Inter- & Transsexualität*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Bockting, W. O., Benner, A., & Coleman, E. (2009). Gay and Bisexual Identity Development Among Female-to-Male Transsexuals in North America: Emergence of a Transgender Sexuality. *Archives of Sexual Behavior, 38*(5), 688-701.

Bockting, W. O., Knudson, G., & Goldberg, J. M. (2007). Counseling and mental health care for transgender adults and loved ones. *International Journal of Transgenderism, 9*(3-4), 35-82.

Bodlund, O., & Armelius, K. (1994). Self-image and personality traits in gender identity disorders: an empirical study. *J Sex Marital Ther, 20*(4), 303-317.

Bodlund, O., & Kullgren, G. (1996). Transsexualism--general outcome and prognostic factors: a five-year follow-up study of nineteen transsexuals in the process of changing sex. *Archives of Sexual Behavior, 25*(3), 303-316.

Bodlund, O., Kullgren, G., Sundbom, E., & Hojerback, T. (1993). Personality traits and disorders among transsexuals. *Acta Psychiatrica Scandinavia, 88*(5), 322-327.

Bogoras, N. (1936). Über die volle plastische Wiederherstellung eines zum Koitus fähigen Penis (Peniplastica totalis). *Z Chir, 22*, 1271–1276.

Borras, L., Huguelet, P., & Eytan, A. (2007). Delusional "Pseudotranssexualism" in schizophrenia. *Psychiatry-Interpersonal and Biological Processes, 70*(2), 175-179. doi:10.1521/psyc.2007.70.2.175

Bouman, M. B., van Zeijl, M. C., Buncamper, M. E., Meijerink, W. J., van Bodegraven, A. A., & Mullender, M. G. (2014). Intestinal vaginoplasty revisited: a review of surgical techniques, complications, and sexual function. *J Sex Med, 11*(7), 1835-1847. doi:10.1111/jsm.12538

Bouman, M. B., Zeijl, M. C. T., Buncamper, M. E., Meijerink, W. J. H. J., Bodegraven, A. A., & Mullender, M. G. (2014). Intestinal vaginoplasty revisited: A review of surgical

techniques, complications, and sexual function. *Journal of Sexual Medicine, 11*(7), 1835-1847.
Bradford, J., Reisner, S. L., Honnold, J. A., & Xavier, J. (2013). Experiences of Transgender-Related Discrimination and Implications for Health: Results From the Virginia Transgender Health Initiative Study. *American Journal of Public Health, 103*(10), 1820-1829. doi:10.2105/ajph.2012.300796
Brown, C., Dashjian, L. T., Acosta, T. J., Mueller, C. T., Kizer, B. E., & Trangsrud, H. B. (2012). The Career Experiences of Male-to-Female Transsexuals. *Counseling Psychologist, 40*(6), 868-894. doi:10.1177/0011000011430098
Brown, G. R., Wise, T. N., Costa, P. T., Herbst, J. H., Fagan, P. J., & Schmidt, C. W. (1996). Personality characteristics and sexual functioning of 188 cross-dressing men. *Journal of Nervous and Mental Disease, 184*(5), 265-273. doi:10.1097/00005053-199605000-00001
Brunner, F., Koops, T., Nieder, T. O., Reed, G. M., & Briken, P. (2017). Stationäre Krankenhausbehandlungen ausgewählter sexueller Störungen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 60*(9), 987-998. doi:10.1007/s00103-017-2592-z
Budge, S. L. (2013). Interpersonal psychotherapy with transgender clients. *Psychotherapy (Chic), 50*(3), 356-359. doi:10.1037/a0032194
Budge, S. L., Adelson, J. L., & Howard, K. A. S. (2013). Anxiety and depression in transgender individuals: the roles of transition status, loss, social support, and coping. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(3), 545-557.
Budge, S. L., Katz-Wise, S. L., Tebbe, E. N., Howard, K. A. S., Schneider, C. L., & Rodriguez, A. (2013). Transgender Emotional and Coping Processes: Facilitative and Avoidant Coping Throughout Gender Transitioning. *Counseling Psychologist, 41*(4), 601-647. doi:10.1177/0011000011432753
Buncamper, M., Bouman, M. B., Honselaar, J., Ozer, M., & Mullender, M. (2014). Aesthetic and functional outcomes of neovaginoplasty using penile skin in male-to-female transsexuals. *Journal of Sexual Medicine, 11*, 38-38.
Burns, A., Farrell, M., & Brown, J. C. (1990). Clinical features of patients attending a gender-identity clinic. *The British Journal of Psychiatry, 157*, 265-268.
Buser, J. K., Goodrich, K. M., Luke, M., & Buser, T. J. (2011). A narratology of lesbian, gay, bisexual, and transgender clients' experiences addressing religious and spiritual issues in counseling. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 5*(3-4), 282-303.
Byne, W., Bradley, S. J., Coleman, E., Eyler, A. E., Green, R., Menvielle, E. J., . . . Tompkins, D. A. (2012). Report of the American Psychiatric Association task force on treatment of Gender Identity Disorder. *Arch Sex Behav, 41*(4), 759-796. doi:10.1007/s10508-012-9975-x
Calder, A., Rhodes, G., Johnson, M., & Haxby, J. (2011). *Oxford Handbook of Face Perception*: Oxford University Press.
Caron, G. R., & Archer, R. P. (1997). MMPI and Rorschach characteristics of individuals approved for gender reassignment surgery. *Assessment, 4*(3), 229-241.
Carroll, R. A. (1999). Outcomes of treatment for gender dysphoria. *Journal of Sex Education & Therapy, 24*(3), 128-136.
Casado, J. C., Rodriguez-Parra, M. J., & Adrian, J. A. (2017). Voice feminization in male-to-female transgendered clients after Wendler's glottoplasty with vs. without voice therapy support. *Eur Arch Otorhinolaryngol, 274*(4), 2049-2058. doi:10.1007/s00405-016-4420-8
Caspari, D., Sittinger, H., & Lang, B. (1999). Transsexualism and schizophrenia - Problems in preparing expertises for the German Transsexuals Act. *Psychiatrische Praxis, 26*(2), 89-92.
Cerwenka, S., Nieder, T. O., Briken, P., Cohen-Kettenis, P. T., De Cuypere, G., Haraldsen, I. R. H., . . . Richter-Appelt, H. (2014). Intimate Partnerships and Sexual Health in Gender-Dysphoric Individuals Before the Start of Medical Treatment. *International Journal of Sexual Health, 26*(1), 52-65. doi:10.1080/19317611.2013.829153

Cerwenka, S., Nieder, T. O., Cohen-Kettenis, P., De Cuypere, G., Haraldsen, I. R., Kreukels, B. P., & Richter-Appelt, H. (2014). Sexual behavior of gender-dysphoric individuals before gender-confirming interventions: a European multicenter study. *J Sex Marital Ther, 40*(5), 457-471. doi:10.1080/0092623x.2013.772550

Cerwenka, S., Nieder, T. O., & Richter-Appelt, H. (2012). Sexuelle Orientierung und Partnerwahl transsexueller Frauen und Männer vor körpermedizinischen geschlechtsanpassenden Maßnahmen. [Sexual orientation and partner-choice of transsexual women and men before gender-confirming interventions]. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 62*(6), 214-222.

Chan, K. L., & Mok, C. C. (2013). Development of systemic lupus erythematosus in a male-to-female transsexual: the role of sex hormones revisited. *Lupus, 22*(13), 1399-1402. doi:10.1177/0961203313500550

Chase, L. M. (2011). Wives' tales: The experience of trans partners. *Journal of Gay & Lesbian Social Services: The Quarterly Journal of Community & Clinical Practice, 23*(4), 429-451.

Chivers, M. L., & Bailey, J. M. (2000). Sexual orientation of female-to-male transsexuals: a comparison of homosexual and nonhomosexual types. *Archives of Sexual Behavior, 29*(3), 259-278.

Chope, R. C., & Strom, L. C. (2008). Critical Considerations in career and employment counseling with transgender clients. In G. R. Walz, J. C. Bleuer, & R. K. Yep (Eds.), *Compelling counseling interventions: Celebrating VISTAS' fifth anniversary.* (pp. 125-135). Alexandria, VA, US; Ann Arbor, MI: American Counseling Association

Counseling Outfitters.

Cohanzad, S. (2016a). Extensive Metoidioplasty as a Technique Capable of Creating a Compatible Analogue to a Natural Penis in Female Transsexuals. *Aesthetic Plast Surg, 40*(1), 130-138. doi:10.1007/s00266-015-0607-4

Cohanzad, S. (2016b). Penile Improvement Protocol in Postoperative Management of Patients Undergoing Metoidioplasty. *Aesthetic Plast Surg, 40*(6), 947-953. doi:10.1007/s00266-016-0700-3

Cole, C. M., O'Boyle, M., Emory, L. E., & Meyer, W. J., 3rd. (1997). Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Archives of Sexual Behavior, 26*(1), 13-26.

Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., . . . Zucker, K. (2012). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *International Journal of Transgenderism, 13*(4), 165-232. doi:10.1080/15532739.2011.700873

Coleman, E., Bockting, W. O., & Gooren, L. (1993). Homosexual an bisexual identity in sex-reassigned female-to-male transsexuals. *Archives of Sexual Behavior, 22*(1), 37-50. doi:10.1007/bf01552911

Coleman, E., & Cesnik, J. (1990). Skoptic syndrome: The treatment of an obsessional gender dysphoria with lithium carbonate and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy, 44*(2), 204-217.

Colizzi, M., Costa, R., Pace, V., & Todarello, O. (2013). Hormonal Treatment Reduces Psychobiological Distress in Gender Identity Disorder, Independently of the Attachment Style. *Journal of Sexual Medicine, 10*(12), 3049-3058. doi:10.1111/jsm.12155

Colizzi, M., Costa, R., & Todarello, O. (2014). Transsexual patients' psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: results from a longitudinal study. *Psychoneuroendocrinology, 39*, 65-73. doi:10.1016/j.psyneuen.2013.09.029

Collin, L., Reisner, S. L., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2016). Prevalence of Transgender Depends on the "Case" Definition: A Systematic Review. *J Sex Med, 13*(4), 613-626. doi:10.1016/j.jsxm.2016.02.001

Colton Meier, S. L., Fitzgerald, K. M., Pardo, S. T., & Babcock, J. (2011). The effects of hormonal gender affirmation treatment on mental health in female-to-male transsexuals. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 15*(3), 281-299.

Commander, M. J., & Dean, C. (1990). Symptomatic trans-sexualism. *The British Journal of Psychiatry, 156*, 894-896.

Costantino, A., Cerpolini, S., Alvisi, S., Morselli, P. G., Venturoli, S., & Meriggiola, M. C. (2013). A prospective study on sexual function and mood in female-to-male transsexuals during testosterone administration and after sex reassignment surgery. *Journal of Sex & Marital Therapy, 39*(4), 321-335.

Croghan, C. F., Moone, R. P., & Olson, A. M. (2014). Friends, Family, and Caregiving Among Midlife and Older Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Adults. *Journal of Homosexuality, 61*(1), 79-102. doi:10.1080/00918369.2013.835238

Cyr, J. J., McKenna-Foley, J. M., & Peacock, E. (1985). Factor structure of the SCL-90-R: is there one? *J Pers Assess, 49*(6), 571-578. doi:10.1207/s15327752jpa4906_2

Dabernig, J., Schumacher, O., Lenz, C., Rickard, R., Turner, A., Dabernig, W., & Schaff, J. (2007). Modernes Behandlungskonzept bei Frau-zu-Mann-Transsexualismus. *Der Urologe, 46*(6), 656-661. doi:10.1007/s00120-007-1346-1

Daskalos, C. T. (1998). Changes in the sexual orientation of six heterosexual male-to-female transsexuals. *Archives of Sexual Behavior, 27*(6), 605-614.

David, S., & Cernin, P. A. (2007). Psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *Journal of Gay & Lesbian Social Services: Issues in Practice, Policy & Research, 20*(1-2), 31-49.

Davis, S. A., & Meier, S. C. (2014). Effects of Testosterone Treatment and Chest Reconstruction Surgery on Mental Health and Sexuality in Female-To-Male Transgender People. *International Journal of Sexual Health, 26*(2), 113-128. doi:10.1080/19317611.2013.833152

De Cuypere, G. (1993). Schizophrenia and symptomatic trans-sexualism: Two case reports. *European Psychiatry, 8*(3), 163-167.

De Cuypere, G., Janes, C., & Rubens, R. (1995). Psychosocial functioning of transsexuals in Belgium. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 91*(3), 180-184.

De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., De Sutter, P., Hoebeke, P., . . . Rubens, R. (2005). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior, 34*(6), 679-690.

De Cuypere, G., Van Hemelrijck, M., Michel, A., Carael, B., Heylens, G., Rubens, R., . . . Monstrey, S. (2007). Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *European Psychiatry, 22*(3), 137-141.

De Cuypere, G., & Vercruysse, H., Jr. (2009). Eligibility and readiness criteria for sex reassignment surgery: Recommendations for revision of the WPATH Standards of Care. *International Journal of Transgenderism, 11*(3), 194-205.

De Santis, J. P. (2009). HIV infection risk factors among male-to-female transgender persons: A review of the literature. *JANAC: Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 20*(5), 362-372.

De Sutter, P. (2001). Gender reassignment and assisted reproduction: present and future reproductive options for transsexual people. *Human Reproduction, 16*(4), 612-614.

de Vries, A. L., Kreukels, B. P., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Comparing adult and adolescent transsexuals: an MMPI-2 and MMPI-A study. *Psychiatry Research, 186*(2-3), 414-418.

Deogracias, J. J., Johnson, L. L., Meyer-Bahlburg, H. F., Kessler, S. J., Schober, J. M., & Zucker, K. J. (2007). The gender identity/gender dysphoria questionnaire for adolescents and adults. *J Sex Res, 44*(4), 370-379.

Dessens, A. B., Slijper, F. M. E., & Drop, S. L. S. (2005). Gender Dysphoria and Gender Change in Chromosomal Females with Congenital Adrenal Hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior, 34*(4), 389-397.

Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L. V., Langström, N., & Landen, M. (2011). Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden. *PLOS ONE, 6*(2), e16885.

Dhejne, C., Oberg, K., Arver, S., & Landen, M. (2014). An analysis of all applications for sex reassignment surgery in Sweden, 1960-2010: prevalence, incidence, and regrets. *Arch Sex Behav, 43*(8), 1535-1545. doi:10.1007/s10508-014-0300-8

Dhejne, C., Van Vlerken, R., Heylens, G., & Arcelus, J. (2016). Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *Int Rev Psychiat, 28*(1), 44-57. doi:10.3109/09540261.2015.1115753

Dispenza, F., Watson, L. B., Chung, Y. B., & Brack, G. (2012). Experience of career-related discrimination for female-to-male transgender persons: A qualitative study. *The Career Development Quarterly, 60*(1), 65-81.

Djordjevic, M. L., Bizic, M., Stanojevic, D., Bumbasirevic, M., Kojovic, V., Majstorovic, M., . . . Perovic, S. V. (2009). Urethral Lengthening in Metoidioplasty (Female-to-male Sex Reassignment Surgery) by Combined Buccal Mucosa Graft and Labia Minora Flap. *Urology, 74*(2), 349-353. doi:10.1016/j.urology.2009.02.036

Djordjevic, M. L., & Bizic, M. R. (2013). Comparison of two different methods for urethral lengthening in female to male (metoidioplasty) surgery. *Journal of Sexual Medicine, 10*(5), 1431-1438.

Djordjevic, M. L., Bizic, M. R., Duisin, D., Bouman, M.-B., & Buncamper, M. (2016). Reversal Surgery in Regretful Male-to-Female Transsexuals After Sex Reassignment Surgery. *The Journal of Sexual Medicine, 13*(6), 1000-1007. doi:https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.02.173

Djordjevic, M. L., Stanojevic, D., Bizic, M., Kojovic, V., Majstorovic, M., Vujovic, S., . . . Perovic, S. V. (2009). Metoidioplasty as a single stage sex reassignment surgery in female transsexuals: Belgrade experience. *Journal of Sexual Medicine, 6*(5), 1306-1313.

Djordjevic, M. L., Stanojevic, D. S., & Bizic, M. R. (2011). Rectosigmoid Vaginoplasty: Clinical Experience and Outcomes in 86 Cases. *Journal of Sexual Medicine, 8*(12), 3487-3494. doi:10.1111/j.1743-6109.2011.02494.x

Docter, R. F., & Prince, V. (1997). Transvestism: a survey of 1032 cross-dressers. *Archives of Sexual Behavior, 26*(6), 589-605.

Drescher, J., Cohen-Kettenis, P., & Winter, S. (2012). Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry, 24*(6), 568-577. doi:10.3109/09540261.2012.741575

DuBois, L. Z. (2013). *Biocultural perspectives on gender, transitions, stress, and immune function.* (73), ProQuest Information & Learning, US. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2013-99111-463&site=ehost-live Available from EBSCOhost psyh database.

Duisin, D., Barisic, J., & Nikolic-Balkoski, G. (2009). Case report of autogynophilia--family, ethical and surgical implications. *Psychiatria Danubina, 21*(2), 242-245.

Duisin, D., Batinic, B., Barisic, J., Djordjevic, M. L., Vujovic, S., & Bizic, M. (2014). Personality Disorders in Persons with Gender Identity Disorder. *Scientific World Journal*. doi:10.1155/2014/809058

Dzelme, K., & Jones, R. A. (2001). Male cross-dressers in therapy: A solution-focused perspective for marriage and family therapists. *American Journal of Family Therapy, 29*(4), 293-305.

Edwards, J. W., Fisher, D. G., & Reynolds, G. L. (2007). Male-to-female transgender and transsexual clients of HIV service programs in Los Angeles County, California. *American Journal of Public Health, 97*(6), 1030-1033. doi:10.2105/ajph.2006.097717

Elaut, E., De Cuypere, G., De Sutter, P., Gijs, L., Van Trotsenburg, M., Heylens, G., . . . T'Sjoen, G. (2008). Hypoactive sexual desire in transsexual women: prevalence and association with testosterone levels. *European Journal of Endocrinology, 158*(3), 393-399.

Eldh, J., Berg, A., & Gustafsson, M. (1997). Long-term follow up after sex reassignment surgery. *Scandinavian Journal of Plastic & Reconstructive Surgery & Hand Surgery, 31*(1), 39-45.

Ellis, K. M., & Eriksen, K. (2002). Transsexual and transgenderist experiences and treatment options. *The Family Journal, 10*(3), 289-299.

Ellis, S. J., Bailey, L., & McNeil, J. (2015). Trans People's Experiences of Mental Health and Gender Identity Services: A UK Study. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health,, 19*(1), 4-20.

Ellis, S. J., McNeil, J., & Bailey, L. (2014). Gender, stage of transition and situational avoidance: a UK study of trans people's experiences. *Sexual and Relationship Therapy, 29*(3), 351-364.

European Union Agency for Fundamental Rights. (2014). *Being Trans in the European Union. Comparative analysis of EU LGBT survey data*. Retrieved from Luxembourg: http://fra.europa.eu/en/publication/2014/being-trans-eu-comparative-analysis-eu-lgbt-survey-data

Ewan, L. A., Middleman, A. B., & Feldmann, J. (2014). Treatment of Anorexia Nervosa in the Context of Transsexuality: A Case Report. *International Journal of Eating Disorders, 47*(1), 112-115. doi:10.1002/eat.22209

Eyssel, J. (2015). Transgender-Gesundheit im Fokus: Tagungsbericht zur 1. EPATH-Konferenz in Belgien. *Zeitschrift für Sexualforschung, 28*(2), 171-175.

Eyssel, J., Koehler, A., Dekker, A., Sehner, S., & Nieder, T. O. (2017). Needs and concerns of transgender individuals regarding interdisciplinary transgender healthcare: A non-clinical online survey. *PLOS ONE, 12*(8), e0183014. doi:10.1371/journal.pone.0183014

Fang, R. H., Kao, Y. S., Ma, S., & Lin, J. T. (1999). Phalloplasty in female-to-male transsexuals using free radial osteocutaneous flap: a series of 22 cases. *British Journal of Plastic Surgery, 52*(3), 217-222.

Farias, M. S. D., Garcia, M. N., Reynaga, E., Romero, M., Vaulet, M. L. G., Fermepin, M. R., . . . Avila, M. M. (2011). First report on sexually transmitted infections among trans (male to female transvestites, transsexuals, or transgender) and male sex workers in Argentina: high HIV, HPV, HBV, and syphilis prevalence. *International Journal of Infectious Diseases, 15*(9), E635-E640. doi:10.1016/j.ijid.2011.05.007

Felici, N., & Felici, A. (2006). A new phalloplasty technique: the free anterolateral thigh flap phalloplasty. *J Plast Reconstr Aesthet Surg, 59*(2), 153-157.

Fisher, A. D., Bandini, E., Casale, H., Ferruccio, N., Meriggiola, M. C., Gualerzi, A., . . . Maggi, M. (2013). Sociodemographic and clinical features of gender identity disorder: An Italian multicentric evaluation. *Journal of Sexual Medicine, 10*(2), 408-419.

Fisher, A. D., Castellini, G., Bandini, E., Casale, H., Fanni, E., Benni, L., . . . Rellini, A. H. (2014a). Cross-sex hormonal treatment and body uneasiness in individuals with gender dysphoria. *J Sex Med, 11*(3), 709-719. doi:10.1111/jsm.12413

Fisher, A. D., Castellini, G., Bandini, E., Casale, H., Fanni, E., Benni, L., . . . Rellini, A. H. (2014b). Cross-Sex Hormonal Treatment and Body Uneasiness in Individuals with Gender Dysphoria. *Journal of Sexual Medicine, 11*(3), 709-719. doi:10.1111/jsm.12413

Fisher, A. D., Castellini, G., Ristori, J., Casale, H., Cassioli, E., Sensi, C., . . . Maggi, M. (2016). Cross-Sex Hormone Treatment and Psychobiological Changes in Transsexual Persons: Two-Year Follow-Up Data. *J Clin Endocrinol Metab, 101*(11), 4260-4269. doi:10.1210/jc.2016-1276

Fraser, L. (2009). Psychotherapy in the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Background and recommendations. *International Journal of Transgenderism, 11*(2), 110-126.

Fuchs, W., Ghattas, D. C., Reinert, D., & Widmann, C. (2012). Studie zur Lebenssituation von Transsexuellen in NRW. *Köln*, http://www.lsvd.de/fileadmin/pics/Dokumente/TSG/Studie_NRW.pdf.

Furuhashi, T. (2011). Biological male 'gender identity disorder' is composed of essentially distinguishable core and periphery groups. *Ethical Human Psychology and Psychiatry: An International Journal of Critical Inquiry, 13*(1), 64-75.

Gagné, P., Tewksbury, R., & McGaughey, D. (1997). Coming out and crossing over: Identity formation and proclamation in a transgender community. *Gender & Society, 11*(4), 478-508.

Gallarda, T., Coussinoux, S., Cordier, B., Luton, J. P., Bourdel, M. C., & Olie, J. P. (2001). Value of MMPI and Rorschach tests in differentiating M-F transsexuals from transvestites. *Annales Medico-Psychologiques, 159*(6), 466-470. doi:10.1016/s0003-4487(01)00073-7

Garaffa, G., Christopher, N. A., & Ralph, D. J. (2010). Total Phallic Reconstruction in Female-to-Male Transsexuals. *European Urology, 57*(4), 715-722. doi:10.1016/j.eururo.2009.05.018

Garaffa, G., Ralph, D. J., & Christopher, N. (2010). Total urethral construction with the radial artery-based forearm free flap in the transsexual. *Bju International, 106*(8), 1206-1210. doi:10.1111/j.1464-410X.2010.09247.x

Garcia Nuñez, D., & Nieder, T. O. (2017). Geschlechtsinkongruenz und -dysphorie: Konzepte und Behandlungsempfehlungen für Trans*Menschen. *Gynäkol Endokrinol, 15*(1), 5-13. doi:10.1007/s10304-016-0115-x

Garofalo, R., Deleon, J., Osmer, E., Doll, M., & Harper, G. W. (2006). Overlooked, misunderstood and at-risk: Exploring the lives and HIV risk of ethnic minority male-to-female transgender youth. *Journal of Adolescent Health, 38*(3), 230-236. doi:10.1016/j.jadohealth.2005.03.023

Gauthier, D. K., & Chaudoir, N. K. (2004). Tranny boyz: cyber community support in negotiating sex and gender mobility among female to male transsexuals. *Deviant Behavior, 25*(4), 375-398. doi:10.1080/01639620490441272

Geier, D. A., Kern, J. K., King, P. G., Sykes, L. K., & Geier, M. R. (2012). An evaluation of the role and treatment of elevated male hormones in autism spectrum disorders. *Acta Neurobiologiae Experimentalis, 72*(1), 1-17.

Glidden, D., Bouman, W. P., Jones, B. A., & Arcelus, J. (2016). Gender Dysphoria and Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review of the Literature. *Sex Med Rev, 4*(1), 3-14. doi:10.1016/j.sxmr.2015.10.003

Goddard, J. C., Vickery, R. M., Qureshi, A., Summerton, D. J., Khoosal, D., & Terry, T. R. (2007). Feminizing genitoplasty in adult transsexuals: early and long-term surgical results. *Bju International, 100*(3), 607-613. doi:10.1111/j.1464-410X.2007.07017.x

Gomez-Gil, E., Canizares, S., Torres, A., de la Torre, F., Halperin, I., & Salamero, M. (2009). Androgen treatment effects on memory in female-to-male transsexuals. *Psychoneuroendocrinology, 34*(1), 110-117.

Gomez-Gil, E., Gomez, A., Canizares, S., Guillamon, A., Rametti, G., Esteva, I., . . . Salamero-Baro, M. (2012). Clinical Utility of the Bem Sex Role Inventory (BSRI) in the Spanish Transsexual and Nontranssexual Population. *Journal of Personality Assessment, 94*(3), 304-309. doi:10.1080/00223891.2011.650302

Gomez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., Godas, T., & Valdes, M. (2009). Sociodemographic, Clinical, and Psychiatric Characteristics of Transsexuals from Spain. *Archives of Sexual Behavior, 38*(3), 378-392. doi:10.1007/s10508-007-9307-8

Gómez-Gil, E., Vidal-Hagemeijer, A., & Salamero, M. (2008). MMPI-2 characteristics of transsexuals requesting sex reassignment: Comparison of patients in prehormonal and presurgical phases. *Journal of Personality Assessment, 90*(4), 368-374.

Gomez-Gil, E., Zubiaurre-Elorza, L., de Antonio, I. E., Guillamon, A., & Salamero, M. (2014). Determinants of quality of life in Spanish transsexuals attending a gender unit before genital sex reassignment surgery. *Quality of Life Research, 23*(2), 669-676.

Gomez-Gil, E., Zubiaurre-Elorza, L., Esteva, I., Guillamon, A., Godas, T., Cruz Almaraz, M., . . . Salamero, M. (2012). Hormone-treated transsexuals report less social distress, anxiety and depression. *Psychoneuroendocrinology, 37*(5), 662-670. doi:10.1016/j.psyneuen.2011.08.010

Gooren, L. J., Sungkaew, T., & Giltay, E. J. (2013). Exploration of functional health, mental well-being and cross-sex hormone use in a sample of Thai male-to-female transgendered persons (kathoeys). *Asian Journal of Andrology, 15*(2), 280-285. doi:10.1038/aja.2012.139

Gooren, L. J., van Trotsenburg, M. A., Giltay, E. J., & van Diest, P. J. (2013). Breast cancer development in transsexual subjects receiving cross-sex hormone treatment. *Journal of Sexual Medicine, 10*(12), 3129-3134.

Gorin-Lazard, A., Baumstarck, K., Boyer, L., Maquigneau, A., Gebleux, S., Penochet, J. C., . . . Bonierbale, M. (2012). Is hormonal therapy associated with better quality of life in transsexuals? A cross-sectional study. *Journal of Sexual Medicine, 9*(2), 531-541.

Gorin-Lazard, A., Baumstarck, K., Boyer, L., Maquigneau, A., Penochet, J. C., Pringuey, D., . . . Auquier, P. (2013). Hormonal Therapy Is Associated With Better Self-esteem, Mood, and Quality of Life in Transsexuals. *Journal of Nervous and Mental Disease, 201*(11), 996-1000. doi:10.1097/nmd.0000000000000046

Grajfoner, D. (2009). Managing Change: Role of coaching psychology in gender transition. *The Coaching Psychologist, 5*(2), 69-75.

Grant, J. M., Mottet, L. A., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J. L., & Keisling, M. (2011). *Injustice at every turn: A report of the National Transgender Discrimination Survey*. Retrieved from Washington, DC:

Gras, M. J., van der Helm, T., Schenk, R., van Doornum, G. J., Coutinho, R. A., & van den Hoek, J. A. (1997). [HIV infection and risk behaviour among prostitutes in the Amsterdam streetwalkers' district; indications of raised prevalence of HIV among transvestites / transsexuals]. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde, 141*(25), 1238-1241.

Greene, D. C., & Britton, P. J. (2013). The influence of forgiveness on lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning individuals' shame and self-esteem. *Journal of Counseling & Development, 91*(2), 195-205.

Gross, M. (1999). Pitch-raising surgery in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice, 13*(2), 246-250. doi:https://doi.org/10.1016/S0892-1997(99)80028-9

Gruber, M., Jahn, R., Stolba, K., & Ossege, M. (2017). "Das Barbie Syndrom". Ein Fallbericht über die Körperdysmorphe Störung. [['Barbie Doll Syndrome'. A case report of body dysmorphic disorder]]. *Neuropsychiatr*. doi:10.1007/s40211-017-0241-2

Güldenring, A.-K. (2013). Zur „Psychodiagnostik von Geschlechtsidentität“ im Rahmen des Transsexuellengesetzes. *Zeitschrift für Sexualforschung, 26*(02), 160-174. doi:10.1055/s-0033-1335618

Güldenring, A.-K. (2015). A critical view of transgender health care in Germany: Psychopathologizing gender identity – Symptom of ‘disordered’ psychiatric/psychological diagnostics? *Int Rev Psychiat, 27*(5), 427–434. doi:doi.org/10.3109/09540261.2015.1083948

Günther, M. (2015). Psychotherapeutische und beratende Arbeit mit Trans*Menschen. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 47*(1), 113-123.

Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R., . . . Clayton, P. J. (2011). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *J Homosex, 58*(1), 10-51. doi:10.1080/00918369.2011.534038

Habermeyer, E., Kamps, I., & Kawohl, W. (2003). A case of bipolar psychosis and transsexualism. *Psychopathology, 36*(3), 168-170.

Hage, J. J. (1996). Metaidoioplasty: an alternative phalloplasty technique in transsexuals. *Plast Reconstr Surg, 97*(1), 161-167.

Hage, J. J., Karim, R. B., & Laub, D. R., Sr. (2007). On the origin of pedicled skin inversion vaginoplasty: life and work of Dr Georges Burou of Casablanca. *Ann Plast Surg, 59*(6), 723-729. doi:10.1097/01.sap.0000258974.41516.bc

Hage, J. J., Vossen, M., & Becking, A. G. (1997). Rhinoplasty as part of gender-confirming surgery in male transsexuals: basic considerations and clinical experience. *Annals of Plastic Surgery, 39*(3), 266-271.

Hamm, J. A., & Sauer, A. T. (2014). Perspektivenwechsel: Vorschläge für eine menschenrechts- und bedürfnisorientierte Trans*-Gesundheitsversorgung. [Change of Perspectives: Suggestions for a Human Rights and Needs-based Trans*specific Health Care]. *Zeitschr Sexualforsch, 27*(1), 4–30.

Hanneken, S., Ritzmann, S., Nöthen, M. M., & Kruse, R. (2003). Androgenetische Alopezie. *Der Hautarzt, 54*(8), 703-712. doi:10.1007/s00105-003-0561-y

Hanssmann, C., Morrison, D., Russian, E., Shiu-Thornton, S., & Bowen, D. (2010). A Community-Based Program Evaluation of Community Competency Trainings. *Janac-Journal of the Association of Nurses in Aids Care, 21*(3), 240-255. doi:10.1016/j.jana.2009.12.007

Haraldsen, I. R., & Dahl, A. A. (2000). Symptom profiles of gender dysphoric patients of transsexual type compared to patients with personality disorders and healthy adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 102*(4), 276-281.

Haraldsen, I. R., Egeland, T., Haug, E., Finset, A., & Opjordsmoen, S. (2005). Cross-sex hormone treatment does not change sex-sensitive cognitive performance in gender identity disorder patients. *Psychiatry Research, 137*(3), 161-174. doi:10.1016/j.psychres.2005.05.014

Hawkins, L. A. (2009). *Gender identity development among transgender youth: A qualitative analysis of contributing factors.* Widener University.

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., . . . T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab, 102*(11), 3869-3903. doi:10.1210/jc.2017-01658

Hepp, U., Klaghofer, R., Burkhard-Kübler, R., & Buddeberg, C. (2002). Behandlungverläufe transsexueller Patienten: Eine katamnestische Untersuchung. *Der Nervenarzt, 73*(3), 283-288.

Hepp, U., Kraemer, B., Schnyder, U., Miller, N., & Delsignore, A. (2005). Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. *Journal of Psychosomatic Research, 58*(3), 259-261.

Herbst, J. H., Jacobs, E. D., Finlayson, T. J., McKleroy, V. S., Neumann, M. S., & Crepaz, N. (2008). Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: A systematic review. *Aids and Behavior, 12*(1), 1-17.

Herman-Jeglinska, A., Grabowska, A., & Dulko, S. (2002). Masculinity, femininity, and transsexualism. *Archives of Sexual Behavior, 31*(6), 527-534. doi:10.1023/a:1020611416035

Herold, R. (2004). Phantasie eines Geschlechtswechsels: Zur Psychoanalyse der Transsexualität. [The fantasy of sex change: The psychoanalytic treatment of transsexuality]. *Zeitschrift Fur Sexualforschung, 17*(4), 323-358.

Heylens, G., Elaut, E., Kreukels, B. P. C., Paap, M. C. S., Cerwenka, S., Richter-Appelt, H., . . . De Cuypere, G. (2014). Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries. *British Journal of Psychiatry, 204*(2), 151-156. doi:10.1192/bjp.bp.112.121954

Heylens, G., Verroken, C., De Cock, S., T'Sjoen, G., & De Cuypere, G. (2014). Effects of different steps in gender reassignment therapy on psychopathology: a prospective study of persons with a gender identity disorder. *J Sex Med, 11*(1), 119-126. doi:10.1111/jsm.12363

Hoebeke, P. B., Decaestecker, K., Beysens, M., Opdenakker, Y., Lumen, N., & Monstrey, S. M. (2010). Erectile implants in female-to-male transsexuals: our experience in 129 patients. *European Urology, 57*(2), 334-340.

Hoenig, J. F. (2011). Frontal Bone Remodeling for Gender Reassignment of the Male Forehead: A Gender-Reassignment Surgery. *Aesthetic Plastic Surgery, 35*(6), 1043-1049. doi:10.1007/s00266-011-9731-y

Horbach, S. E., Bouman, M. B., Smit, J. M., Ozer, M., Buncamper, M. E., & Mullender, M. G. (2015). Outcome of Vaginoplasty in Male-to-Female Transgenders: A Systematic Review of Surgical Techniques. *J Sex Med, 12*(6), 1499-1512. doi:10.1111/jsm.12868

Hornscheidt, L. (2012). *Feministische W_orte : ein Lern-, Denk- und Handlungsbuch zu Sprache und Diskriminierung, Gender Studies und feministischer Linguistik*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
Hoshiai, M., Matsumoto, Y., Sato, T., Ohnishi, M., Okabe, N., Kishimoto, Y., . . . Kuroda, S. (2010). Psychiatric comorbidity among patients with gender identity disorder. *Psychiatry Clin Neurosci, 64*, 514-519.
Hotton, A. L., Garofalo, R., Kuhns, L. M., & Johnson, A. K. (2013). Substance use as a mediator of the relationship between life stress and sexual risk among young transgender women. *AIDS Education & Prevention, 25*(1), 62-71.
Hurtado, F., Gómez, M., & Donat, F. (2007). Transexualismo y salud mental. = Transsexualism and mental health. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 12*(1), 43-57.
Imbimbo, C., Verze, P., Palmieri, A., Longo, N., Fusco, F., Arcaniolo, D., & Mirone, V. (2009). A report from a single institute's 14-year experience in treatment of male-to-female transsexuals. *Journal of Sexual Medicine, 6*(10), 2736-2745.
Institute of Medicine. (2001) *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington (DC): National Academies Press (US)
Copyright 2001 by the National Academy of Sciences. All rights reserved.
Israel, T., Gorcheva, R., Walther, W. A., Sulzner, J. M., & Cohen, J. (2008). Therapists' helpful and unhelpful situations with LGBT clients: An exploratory study. *Professional Psychology: Research and Practice, 39*(3), 361-368.
Isshiki, N., Taira, T., & Tanabe, M. (1983). Surgical alteration of the vocal pitch. *J Otolaryngol, 12*(5), 335-340.
Jäger, M. (2015). *Aktuelle psychiatrische Diagnostik. Ein Leitfaden für das tägliche Arbeiten mit ICD und DSM*. Stuttgart: Thieme.
Jiloha, R. C., Bathla, J. C., Bawbja, A., & Gupta, V. (1998). Trans-sexualism in schizophrenia : a case report. *Indian Journal of Psychiatry, 40*(2), 186-188.
Johansson, A., Sundbom, E., Hojerback, T., & Bodlund, O. (2010). A five-year follow-up study of Swedish adults with gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior, 39*(6), 1429-1437.
Jokic-Begic, N., Korajlija, A. L., & Jurin, T. (2014). Psychosocial Adjustment to Sex Reassignment Surgery: A Qualitative Examination and Personal Experiences of Six Transsexual Persons in Croatia. *Scientific World Journal*. doi:10.1155/2014/960745
Jones, E. (2015). Socially Responsible Marketing (SRM) *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Consumption and Consumer Studies*: John Wiley & Sons, Ltd.
Joosten, E. A. G., DeFuentes-Merillas, L., de Weert, G. H., Sensky, T., van der Staak, C. P. F., & de Jong, C. A. J. (2008). Systematic Review of the Effects of Shared Decision-Making on Patient Satisfaction, Treatment Adherence and Health Status. *Psychotherapy and Psychosomatics, 77*(4), 219-226.
Joy, V. J. S. (2008). *Reflections on psychotherapy experiences: The voices of transgender/transsexuals.* (69), ProQuest Information & Learning, US. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2008-99200-211&site=ehost-live Available from EBSCOhost psyh database.
Juran, S. (1999). Case report: Crossing boundaries in the treatment of a female-to-male transsexual. *Journal of Sex Education & Therapy, 24*(3), 147-154.
Kaiser, C., Stoll, I., Ataseven, B., Morath, S., Schaff, J., & Eiermann, W. (2011). Vaginale Hysterektomie und beidseitige Adnexektomie in interdisziplinärem Konzept bei Frau zu Mann – Transsexualismus. [Vaginal Hysterectomy and Bilateral Adnexectomy for Female to Male Transsexuals in an Interdisciplinary Concept]. *Handchir Mikrochir plast Chir, 43*(04), 240-245. doi:10.1055/s-0030-1267241
Kanhai, R. C., Hage, J. J., & Mulder, J. W. (2000). Long-term outcome of augmentation mammaplasty in male-to-female transsexuals: a questionnaire survey of 107 patients. *British Journal of Plastic Surgery, 53*(3), 209-211.

Karpel, L., & Cordier, B. (2013). Postoperative regrets after sex reassignment surgery: A case report. *Sexologies: European Journal of Sexology and Sexual Health / Revue européenne de sexologie et de santé sexuelle, 22*(2), e55-e58.
Kellogg, T. A., Clements-Nolle, K., Dilley, J., Katz, M. H., & McFarland, W. (2001). Incidence of human immunodeficiency virus among male-to-female transgendered persons in San Francisco. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: JAIDS, 28*(4), 380-384.
Kenagy, G. P., & Hsieh, C.-m. (2005). Gender Differences in Social Service Needs of Transgender People. *Journal of Social Service Research, 31*(3), 1-21.
Kersting, A., Reutemann, M., Gast, U., Ohrmann, P., Suslow, T., Michael, N., & Arolt, V. (2003). Dissociative disorders and traumatic childhood experiences in transsexuals. *Journal of Nervous & Mental Disease, 191*(3), 182-189.
Khoosal, D., Langham, C., Palmer, B., Terry, T., & Minajagi, M. (2009). Features of eating disorder among male-to-female transsexuals. *Sexual and Relationship Therapy, 24*(2), 217-229. doi:10.1080/14681990903082161
Kim, H. T. (2017). A New Conceptual Approach for Voice Feminization: 12 Years of Experience. *Laryngoscope, 127*(5), 1102-1108. doi:10.1002/lary.26127
Klein, C., & Gorzalka, B. B. (2009). Sexual Functioning in Transsexuals Following Hormone Therapy and Genital Surgery: A Review (CME). *Journal of Sexual Medicine, 6*(11), 2922-2939.
Klein, V., Brunner, F., Nieder, T. O., Reed, G., & Briken, P. (2015). Diagnoseleitlinien sexueller Störungen in der International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)-11: Dokumentation des Revisionsprozesses. *Zeitschrift für Sexualforschung, 28*(4), 363-373. doi:10.1055/s-0041-109281
Koehler, A., Eyssel, J., & Nieder, T. O. (2018). Genders and Individual Treatment Progress in (Non-)Binary Trans Individuals. *The Journal of Sexual Medicine, 15*(1), 102-113. doi:https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.11.007
Kraemer, B., Delsignore, A., Schnyder, U., & Hepp, U. (2008). Body image and transsexualism. *Psychopathology, 41*(2), 96-100.
Kreukels, B. P., Haraldsen, I. R., De Cuypere, G., Richter-Appelt, H., Gijs, L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2012). A European network for the investigation of gender incongruence: The ENIGI initiative. *Eur Psychiatry, 27*(6), 445-450. doi:10.1016/j.eurpsy.2010.04.009
Krueger, M., Yekani, S. A. H., von Hundt, G., & Daverio, P. J. (2007). Use of erectile prostheses in patients with free forearm flap phalloplasty. *International Journal of Transgenderism, 10*(1), 19-22.
Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. Oxford: Routledge.
Kügler, E. (2012). Strukturelle Dissoziation und sexuelle Störungen: Plädoyer für einen Paradigmenwechsel in der Forschung und Praxis der Psychotherapie. [Structural dissociation and sexual disorders—A plea for shifting paradigms in practice research of psychotherapy]. *Trauma & Gewalt, 6*(3), 252-263.
Kuhn, A., Bodmer, C., Stadlmayr, W., Kuhn, P., Mueller, M. D., & Birkhauser, M. (2009). Quality of life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism. *Fertility & Sterility, 92*(5), 1685-1689.e1683.
Kuhn, A., Santi, A., & Birkhauser, M. (2011). Vaginal prolapse, pelvic floor function, and related symptoms 16 years after sex reassignment surgery in transsexuals. *Fertility and Sterility, 95*(7), 2379-2382. doi:DOI 10.1016/j.fertnstert.2011.03.029
Kuiper, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (1998). Gender role reversal among postoperative transsexuals. *International Journal of Transgenderism, 2*(3).
Kukreti, P., Kandpal, M., & Jiloha, R. C. (2014). Mistaken gender identity in non-classical congenital adrenal hyperplasia. *Indian Journal of Psychiatry, 56*(2), 182-184.
Küntscher, M. V., & Hartmann, B. (2011). Die Radialisphalloplastik mit präformierter Harnröhre – ein Erfahrungsbericht der letzten 6 Jahre. [The Radial Forearm Phalloplasty with Prelaminated Urethra – a Report of our Learning Curve During the

Last 6 Years]. *Handchir Mikrochir plast Chir, 43*(04), 222-226. doi:10.1055/s-0030-1267936
Kuper, L. E., Nussbaum, R., & Mustanski, B. (2012). Exploring the diversity of gender and sexual orientation identities in an online sample of transgender individuals. *J Sex Res, 49*(2-3), 244-254. doi:10.1080/00224499.2011.596954
Kuyper, L., & Wijsen, C. (2014). Gender identities and gender dysphoria in the Netherlands. *Arch Sex Behav, 43*(2), 377-385. doi:10.1007/s10508-013-0140-y
Lai, M.-C., Chiu, Y.-N., Gadow, K. D., Gau, S. S.-F., & Hwu, H.-G. (2010). Correlates of Gender Dysphoria in Taiwanese University Students. *Arch Sex Behav, 39*, 1415–1428.
Lambert, M. J. (2013). Outcome in psychotherapy: the past and important advances. *Psychotherapy (Chic), 50*(1), 42-51. doi:10.1037/a0030682
Landen, M., Walinder, J., Hambert, G., & Lundstrom, B. (1998). Factors predictive of regret in sex reassignment. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 97*(4), 284-289.
Landen, M., Walinder, J., & Lundstrom, B. (1998). Clinical characteristics of a total cohort of female and male applicants for sex reassignment: a descriptive study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 97*(3), 189-194.
Langer, D., & Hartmann, U. (1997). Psychiatrische Begutachtung nach dem Transsexuellengesetz: Ein erfahrungsgestütztes Plädoyer für Leitlinien und gegen Beliebigkeit. *Der Nervenarzt, 68*(11), 862-869.
Large, M. C., Gottlieb, L. J., Wille, M. A., DeWolfe, M., & Bales, G. T. (2009). Novel Technique for Proximal Anchoring of Penile Prostheses in Female-to-male Transsexual. *Urology, 74*(2), 419-421. doi:10.1016/j.urology.2009.01.044
Lawrence, A. A. (2003). Factors Associated with Satisfaction or Regret Following Male-to-Female Sex Reassignment Surgery. *Archives of Sexual Behavior, 32*(4), 299-315.
Lawrence, A. A. (2005). Sexuality before and after male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior, 34*(2), 147-166.
Lawrence, A. A. (2006a). Clinical and theoretical parallels between desire for limb amputation and gender identity disorder. *Arch Sex Behav, 35*(3), 263-278.
Lawrence, A. A. (2006b). Patient-reported complications and functional outcomes of male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior, 35*(6), 717-727. doi:10.1007/s10508-006-9104-9
Lawrence, A. A. (2010). Sexual Orientation versus Age of Onset as Bases for Typologies (Subtypes) for Gender Identity Disorder in Adolescents and Adults. *Archives of Sexual Behavior, 39*(2), 514-545. doi:10.1007/s10508-009-9594-3
Lawrence, A. A. (2011). Autogynephilia: an underappreciated paraphilia. *Adv Psychosom Med, 31*, 135-148. doi:10.1159/000328921
Lawrence, A. A. (2013). *Men trapped in men's bodies: Narratives of autogynephilic transsexualism*. New York, NY: Springer.
Lawrence, A. A., Latty, E. M., Chivers, M. L., & Bailey, J. M. (2005). Measurement of sexual arousal in postoperative male-to-female transsexuals using vaginal photoplethysmography. *Archives of Sexual Behavior, 34*(2), 135-145.
Lemaire, M., Thomazeau, B., & Bonnet-Brilhault, F. (2014). Gender Identity Disorder and Autism Spectrum Disorder in a 23-Year-Old Female. *Archives of Sexual Behavior, 43*(2), 395-398. doi:10.1007/s10508-013-0141-x
Leriche, A., Timsit, M. O., Morel-Journel, N., Bouillot, A., Dembele, D., & Ruffion, A. (2008). Long-term outcome of forearm flee-flap phalloplasty in the treatment of transsexualism. *Bju International, 101*(10), 1297-1300. doi:10.1111/j.1464-410X.2007.07362.x
LesMigraS. (2012). „…Nicht so greifbar und doch real“. Eine quantitative und qualitative Studie zu Gewalt- und (Mehrfach-)Diskriminierungserfahrungen von lesbischen, bisexuellen Frauen und Trans* in Deutschland. . http://www.lesmigras.de/tl_files/lesbenberatung-berlin/Gewalt%20%28Dokus,Aufsaetze...%29/Dokumentation%20Studie%20web_sicher.pdf.

Levine, S. B. (2017). Transitioning Back to Maleness. *Arch Sex Behav*. doi:10.1007/s10508-017-1136-9
Levine, S. B., & Solomon, A. (2009). Meanings and Political Implications of Psychopathology in a Gender Identity Clinic: A Report of 10 Cases. *Journal of Sex & Marital Therapy, 35*(1), 40-57. doi:10.1080/00926230802525646
Lief, H. I., & Hubschman, L. (1993). Orgasm in the postoperative transsexual. *Archives of Sexual Behavior, 22*(2), 145-155.
Lin, C. T., & Chen, L. W. (2009). Using a free thoracodorsal artery perforator flap for phallic reconstruction - A report of surgical technique. *Journal of Plastic Reconstructive and Aesthetic Surgery, 62*(3), 402-408. doi:10.1016/j.bjps.2008.01.016
Liu, R. T., & Mustanski, B. (2012). Suicidal ideation and self-harm in lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Am J Prev Med, 42*(3), 221-228. doi:10.1016/j.amepre.2011.10.023
Lobato, M. I., Koff, W. J., Manenti, C., da Fonseca Seger, D., Salvador, J., da Graca Borges Fortes, M., . . . Henriques, A. A. (2006). Follow-up of sex reassignment surgery in transsexuals: a Brazilian cohort. *Arch Sex Behav, 35*(6), 711-715.
Logie, C. H., James, L., Tharao, W., & Loutfy, M. R. (2012). "We don't exist": a qualitative study of marginalization experienced by HIV-positive lesbian, bisexual, queer and transgender women in Toronto, Canada. *Journal of the International Aids Society, 15*(2), 17392.
Loh, A., Simon, D., Kriston, L., & Härter, M. (2007). Shared Decision Making in Medicine. *Deutsches Ärzteblatt International, 104*(21), 1483-1488.
Lombardi, E. (2007). Substance use treatment experiences of transgender/transsexual men and women. *Journal of Lgbt Health Research, 3*(2), 37-47.
Loos, F. K., Köhler, A., Eyssel, J., & Nieder, T. O. (2016). Subjektive Indikatoren des Behandlungserfolges und Diskriminierungserfahrungen in der trans* Gesundheitsversorgung. Qualitative Ergebnisse einer Online-Befragung. *Zeitschr Sexualforsch, 29*(03), 205-223. doi:10.1055/s-0042-114866
Löwenberg, H., Lax, H., Neto, R. R., & Krege, S. (2010). Komplikationen, subjektive Zufriedenheit und sexuelles Erleben nach geschlechtsangleichender Operation bei Mann-zu-Frau-Transsexualität. [Complications, subjective satisfaction and experience of sexuality following sex reassignment surgery in the case of male-to-female transsexuality]. *Zeitschrift Fur Sexualforschung, 23*(4), 328-347.
Löwenberg, H., Lax, H., Rossi Neto, R., & Krege, S. (2011). Komplikationen, subjektive Zufriedenheit und sexuelles Erleben nach geschlechtsangleichender Operation bei Mann-zu-Frau-Transsexualität. *Z Sexualforsch, 23*(04), 328-347.
Lumen, N., Monstrey, S., Selvaggi, G., Ceulemans, P., De Cupere, G., Van Laecke, E., & Hoebeke, P. (2008). Phalloplasty: A valuable treatment for males with penile insufficiency. *Urology, 71*(2), 272-276. doi:10.1016/j.urology.2007.08.066
Maas, C. P., Weijenborg, P. T., & ter Kuile, M. M. (2003). The effect of hysterectomy on sexual functioning. *Annu Rev Sex Res, 14*, 83-113.
Macdonnell, J. A., & Grigorovich, A. (2012). Gender, work, and health for trans health providers: a focus on transmen. *ISRN Nursing, 2012*, 161097.
Madeddu, F., Prunas, A., & Hartmann, D. (2009). Prevalence of Axis II Disorders in a Sample of Clients Undertaking Psychiatric Evaluation for Sex Reassignment Surgery. *Psychiatric Quarterly, 80*(4), 261-267. doi:10.1007/s11126-009-9114-6
Maio, G. (2017). *Mittelpunkt Mensch. Lehrbuch der Ethik in der Medizin* (Vol. 2). Stuttgart: Schattauer.
Maltz, M. (1946). *Evolution of Plastic Surgery*. New York: Frobin Press.
Marks, I., Green, R., & Mataix-Cols, D. (2000). Adult gender identity disorder can remit. *Comprehensive Psychiatry, 41*(4), 273-275.
Mate-Kole, C., Freschi, M., & Robin, A. (1988). Aspects of psychiatric symptoms at different stages in the treatment of transsexualism. *British Journal of Psychiatry, 152*, 550-553.

Mate-Kole, C., Freschi, M., & Robin, A. (1990). A controlled study of psychological and social change after surgical gender reassignment in selected male transsexuals. *British Journal of Psychiatry, 157*, 261-264.
Mathy, R. M. (2002). Transgender Identity and Suicidality in a Nonclinical Sample: Sexual Orientation, Psychiatric History, and Compulsive Behaviors. *Journal of Psychology & Human Sexuality, 14*(4), 47-65.
Matsumoto, Y., Sato, T., Ohnishi, M., Kishimoto, Y., Terada, S., & Kuroda, S. (2009). Stress-coping strategies of patients with gender identity disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 63*(6), 715-720. doi:10.1111/j.1440-1819.2009.02017.x
Mayer, C., & Kapfhammer, H. P. (1995). Koinzidenz von Transexualitat und Psychose. [Coincidence of transsexuality and psychosis]. *Nervenarzt, 66*(3), 225-230.
McLemore, K. A. (2016). A Minority Stress Perspective on Transgender Individuals' Experiences With Misgendering. *Stigma and Health, Advance online publication*. doi:http://dx.doi.org/10.1037/sah0000070
MDS. (2009). *Grundlagen der Begutachtung, Begutachtungsanleitung, Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität*. Retrieved from Essen:
Megeri, D., & Khoosal, D. (2007). Anxiety and depression in males experiencing gender dysphoria. *Sexual and Relationship Therapy, 22*(1), 77-81.
Meijer, J. H., Eeckhout, G. M., van Vlerken, R. H., & de Vries, A. L. (2017). Gender Dysphoria and Co-Existing Psychosis: Review and Four Case Examples of Successful Gender Affirmative Treatment. *LGBT Health, 4*(2), 106-114. doi:10.1089/lgbt.2016.0133
Melendez, R. M., & Pinto, R. (2007). 'It's really a hard life': love, gender and HIV risk among male-to-female transgender persons. *Culture, Health & Sexuality, 9*(3), 233-245.
Meyer-Bahlburg, H. F. (1994). Intersexuality and the diagnosis of gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior, 23*(1), 21-40.
Meyer, E. (2015). Trans*affirmative Beratung. *Psychosozial, 38* (2), 71-86.
Meyer zu Hoberge, S. (2009). *Prävalenz, Inzidenz und Geschlechterverhältnis der Transsexualität anhand der bundesweit getroffenen Entscheidungen nach dem Transsexuellengesetz in der Zeit von 1991 bis 2000.* (Medical Doctor Medizinische Dissertation), Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Kiel.
Miach, P. P., Berah, E. F., Butcher, J. N., & Rouse, S. (2000). Utility of the MMPI-2 in assessing gender dysphoric patients. *Journal of Personality Assessment, 75*(2), 268-279.
Michel, A., Ansseau, M., Legros, J. J., Pitchot, W., Cornet, J. P., & Mormont, C. (2002). Comparisons of two groups of sex-change applicants based on the MMPI. *Psychological Reports, 91*(1), 233-240. doi:10.2466/pr0.91.5.233-240
Michel, A., Ansseau, M., Legros, J. J., Pitchot, W., & Mormont, C. (2002). The transsexual: What about the future. *European Psychiatry, 17*(6), 353-362.
Michel, A., & Mormont, C. (2003). Transexualism and Rorschach: a review of the literature. *Annales Medico-Psychologiques, 161*(2), 125-131. doi:10.1016/s0003-4487(02)00192-0
Miles, C., Green, R., & Hines, M. (2006). Estrogen treatment effects on cognition, memory and mood in male-to-female transsexuals. *Hormones and Behavior, 50*(5), 708-717.
Monro, S. (2000). Theorizing transgender diversity: Towards a social model of health. *Sexual and Relationship Therapy, 15*(1), 33-45.
Monstrey, S., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Bowman, C., Blondeel, P., . . . De Cuypere, G. (2008). Chest-wall contouring surgery in female-to-male transsexuals: A new algorithm. *Plastic and Reconstructive Surgery, 121*(3), 849-859. doi:10.1097/01.prs.0000299921.15447.b2
Moore, E., Wisniewski, A., & Dobs, A. (2003). Endocrine treatment of transsexual people: A review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 88*(8), 3467-3473. doi:10.1210/jc.2002-021967
Morath, S., Papadopulos, N., & Schaff, J. (2011). Operatives Management und Techniken der Mastektomie bei Frau-zu-Mann Transsexuellen. [Operative Management and

Techniques of Mastectomy in Female-to-Male Transsexuals]. *Handchir Mikrochir plast Chir, 43*(04), 232-239. doi:10.1055/s-0031-1273735
Morrison, S. D., Vyas, K. S., Motakef, S., Gast, K. M., Chung, M. T., Rashidi, V., . . . Cederna, P. S. (2016). Facial Feminization: Systematic Review of the Literature. *Plast Reconstr Surg, 137*(6), 1759-1770. doi:10.1097/prs.0000000000002171
Moser, C. (2010). Blanchard's Autogynephilia Theory: A Critique. *J Homosex, 57*(6), 790-809.
Mueller, A., Kiesewetter, F., Binder, H., Beckmann, M. W., & Dittrich, R. (2007). Long-term administration of testosterone undecanoate every 3 months for testosterone supplementation in female-to-male transsexuals. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 92*(9), 3470-3475. doi:10.1210/jc.2007-0746
Muhs, A., & Öri, C. (1995). Concepts of neurotic and personality disorders in ICD-10: Results of the Research Criteria Study. *Psychotherapy and Psychosomatics, 63*(2), 99-111.
Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*(72), 214–231.
Murphy, T. F. (2010). The ethics of helping transgender men and women have children. *Perspectives in Biology and Medicine, 53*(1), 46-60.
Najmabadi, A. (2008). Transing and Transpassing across Sex-Gender Walls in Iran. *WSQ: Women's Studies Quarterly, 36*(3), 23-42.
Navelet, C., & Gastambide, A. (1999). Réflexion sur la captation des transsexuels par l'image. *L'Évolution Psychiatrique, 64*(2), 309-322. doi:https://doi.org/10.1016/S0014-3855(99)80068-1
Neander, K.-D. (2014). Zermürbungstaktik der Krankenkassen: Transidentität und der Kampf um Kostenübernahme am Beispiel der Epilation. *Forum Recht, 14*(04), 120-122.
Nemoto, T., Bodeker, B., & Iwamoto, M. (2011). Social Support, Exposure to Violence and Transphobia, and Correlates of Depression Among Male-to-Female Transgender Women With a History of Sex Work. *American Journal of Public Health, 101*(10), 1980-1988. doi:10.2105/ajph.2010.197285
Nemoto, T., Operario, D., Keatley, J., Nguyen, H., & Sugano, E. (2005). Promoting health for transgender women: Transgender Resources and Neighborhood Space (TRANS) program in San Francisco. *Am J Public Health, 95*(3), 382-384. doi:10.2105/ajph.2004.040501
Neumann, K. (2015). Behandlung des sekundären Geschlechtsmerkmals Stimme bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus. In G. K. Stalla & M. K. Auer (Eds.), *Therapieleitfaden Transsexualität* (Vol. 2, pp. 152-164). Bremen: Uni-Med.
Neumann, K., Welzel, C., & Berghaus, A. (2002). Cricothyroidopexy in male-to-female-transsexuals--Modification of Thyroplasty Type IV. *International Journal of Transgenderism, 6*(3).
Neumann, K., Welzel, C., & Berghaus, A. (2003a). Operative Stimmerhöhung bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen. *HNO, 51*(1), 30-37.
Neumann, K., Welzel, C., & Berghaus, A. (2003b). Resorbable material for osteosynthesis or titanium for the cricothyroidopexy? *Laryngo-Rhino-Otologie, 82*(6), 428-435.
Neumann, K., Welzel, C., Gonnermann, U., & Wolfradt, U. (2002). Satisfaction of MtF Transsexuals with Operative Voice Therapy - A Questionnaire-based Preliminary Study. *International Journal of Transgenderism, 6*(4).
New, G., Berry, K. L., Cameron, J. D., Harper, R. W., & Meredith, I. T. (2000). Long-term oestrogen treatment does not alter systemic arterial compliance and haemodynamics in biological males. *Coronary Artery Disease, 11*(3), 253-259. doi:10.1097/00019501-200005000-00008
Newfield, E., Hart, S., Dibble, S., & Kohler, L. (2006). Female-to-male transgender quality of life. *Quality of Life Research, 15*(9), 1447-1457.
Nieder, T. O. (2014). Von der dauerhaft transponierten Geschlechtsidentität zur Genderqueerness: Eine theoretische und praxisorientierte Annäherung. In K.

Schweizer, F. Brunner, S. Cerwenka, T. O. Nieder, & P. Briken (Eds.), *Sexualität und Geschlecht. Psychosoziale, kultur- und sexualwissenschaftliche Perspektiven* (pp. 167 – 179). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Nieder, T. O., Briken, P., & Richter-Appelt, H. (2014). Transgender, Transsexualität und Geschlechtsdysphorie: Aktuelle Entwicklungen in Diagnostik und Therapie. *Psychother Psych Med, 64*(06), 232-245. doi:10.1055/s-0033-1336970

Nieder, T. O., Cerwenka, S., & Richter-Appelt, H. (2014). Nationale und internationale Ansätze der Diagnostik und Versorgung von Menschen mit Transsexualität oder Geschlechtsdysphorie. In H. Richter-Appelt & T. O. Nieder (Eds.), *Transgender-Gesundheitsversorgung. Eine kommentierte Herausgabe der Standards of Care der World Professional Association for Transgender Health* (pp. 19-43). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Nieder, T. O., Elaut, E., Richards, C., & Dekker, A. (2016). Sexual orientation of trans adults is not linked to outcome of transition-related health care, but worth asking. *Int Rev Psychiatry, 28*(1), 103-111. doi:10.3109/09540261.2015.1102127

Nieder, T. O., & Güldenring, A. (2017). Psychotherapie und Trans*-Gesundheit: Der therapeutische Effekt der Entpsychopathologisierung. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin, 38*(1), 8-25.

Nieder, T. O., Güldenring, A., Köhler, A., & Briken, P. (2017). Trans*-Gesundheitsversorgung: Zwischen Entpsychopathologisierung und bedarfsgerechter Behandlung begleitender psychischer Störungen. *Der Nervenarzt*, 1-6. doi:10.1007/s00115-017-0308-0

Nieder, T. O., Herff, M., Cerwenka, S., Preuss, W. F., Cohen-Kettenis, P. T., De Cuypere, G., . . . Richter-Appelt, H. (2011). Age of Onset and Sexual Orientation in Transsexual Males and Females. *Journal of Sexual Medicine, 8*(3), 783–791.

Nieder, T. O., Köhler, A., Eyssel, J., & Briken, P. (2017). Qualitätsentwicklung in der interdisziplinären Trans-Gesundheitsversorgung. Ergebnisse und Implikationen partizipativer Versorgungsforschung. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 60*(9), 999-1008. doi:10.1007/s00103-017-2599-5

Nieder, T. O., & Richter-Appelt, H. (2011). Tertium non datur - either/or reactions to transsexualism amongst health care professionals: the situation past and present, and its relevance to the future. *Psychol Sex, 2*(3), 224-243.

Nieder, T. O., & Richter-Appelt, H. (2012). Transsexualität und Geschlechtsdysphorie. *Gynäkologie Geburtsmedizin Gynäkologische Endokrinologie, 8*(1), 60-71.

Nieder, T. O., & Strauß, B. (2014). Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung bei Geschlechtsdysphorie. Stand der aktuellen Entwicklungen. *Zeitschr Sexualforsch, 27*(01), 59-76.

Nieder, T. O., & Strauß, B. (2016). Leitlinienentwicklung in der Transgender-Gesundheitsversorgung: Partizipative Ansätze zwischen Wunsch und Wirklichkeit. In M. Schochow, S. Gehrmann, & F. Steger (Eds.), *Inter* und Trans*identitäten: Ethische, soziale und juristische Aspekte* (pp. 349-363). Gießen: Psychosozial Verlag.

Norman, I. D., Awiah, B., Norvivor, F. A., Komesuor, J., Kweku, M., & Binka, F. N. (2016). Homosexuality in Ghana. *Advances in Applied Sociology, Vol.06No.01*, 16. doi:10.4236/aasoci.2016.61002

Nuttbrock, L., Bockting, W., Rosenblum, A., Hwahng, S., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2013). Gender abuse, depressive symptoms, and HIV and other sexually transmitted infections among male-to-female transgender persons: A three-year prospective study. *American Journal of Public Health, 103*(2), 300-307.

O'Hara, C., Dispenza, F., Brack, G., & Blood, R. A. C. (2013). The preparedness of counselors in training to work with transgender clients: A mixed methods investigation. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 7*(3), 236-256.

Olsson, S. E., & Moller, A. (2006). Regret after sex reassignment surgery in a male-to-female transsexual: A long-term follow-up. *Archives of Sexual Behavior, 35*(4), 501-506. doi:10.1007/s10508-006-9040-8

Oster, J. M., Shastri, P., & Geyer, C. (2010). Cerebral venous sinus thrombosis after gender reassignment surgery. *Gender Medicine, 7*(3), 270-275.
Ott, J., Aust, S., Promberger, R., Huber, J. C., & Kaufmann, U. (2011). Cross-sex hormone therapy alters the serum lipid profile: A retrospective cohort study in 169 transsexuals. *Journal of Sexual Medicine, 8*(8), 2361-2369.
Ott, J., van Trotsenburg, M., Kaufmann, U., Schrogendorfer, K., Haslik, W., Huber, J. C., & Wenzl, R. (2010). Combined hysterectomy/salpingo-oophorectomy and mastectomy is a safe and valuable procedure for female-to-male transsexuals. *Journal of Sexual Medicine, 7*(6), 2130-2138.
Paap, M. C., & Haraldsen, I. R. (2010). Sex-based differences in answering strategy and the influence of cross-sex hormones. *Psychiatry Research, 175*(3), 266-270. doi:S0165-1781(09)00289-3 [pii]
10.1016/j.psychres.2009.07.020
Paap, M. C., Kreukels, B. P., Cohen-Kettenis, P. T., Richter-Appelt, H., De Cuypere, G., & Haraldsen, I. R. (2011). Assessing the Utility of Diagnostic Criteria: A Multisite Study on Gender Identity Disorder. *J Sex Med, 8*(1), 180-190.
Pache, T. D., Chadha, S., Gooren, L. J., Hop, W. C., Jaarsma, K. W., Dommerholt, H. B., & Fauser, B. C. (1991). Ovarian morphology in long-term androgen-treated female to male transsexuals. A human model for the study of polycystic ovarian syndrome? *Histopathology, 19*(5), 445-452.
Parkinson, J. (2014). Gender dysphoria in Asperger's syndrome: a caution. *Australasian Psychiatry, 22*(1), 84-85. doi:10.1177/1039856213497814
Perovic, S. V., & Djordjevic, M. L. (2003). Metoidioplasty: a variant of phalloplasty in female transsexuals. *Bju International, 92*(9), 981-985. doi:10.1046/j.1464-410X.2003.04524.x
Perrone, A. M., Cerpolini, S., Maria Salfi, N. C., Ceccarelli, C., De Giorgi, L. B., Formelli, G., . . . Meriggiola, M. C. (2009). Effect of long-term testosterone administration on the endometrium of female-to-male (FtM) transsexuals. *Journal of Sexual Medicine, 6*(11), 3193-3200.
Peterson, Z. D., Rothenberg, J. M., Bilbrey, S., & Heiman, J. R. (2010). Sexual functioning following elective hysterectomy: the role of surgical and psychosocial variables. *J Sex Res, 47*(6), 513-527. doi:10.1080/00224490903151366
Pfäfflin, F. (1992). Regrets after sex reassignment surgery. *Journal of Psychology & Human Sexuality, 5*(4), 69-85.
Pfäfflin, F., & Junge, A. (1990). Nachuntersuchung von 85 operierten Transsexuellen. *Zeitschrift für Sexualforschung, 3*(4), 331-348.
Phoenix, N., & Ghul, R. (2016). Gender transition in the workplace: An occupational therapy perspective. *Work, 55*(1), 197-205. doi:10.3233/wor-162386
Pitts, M. K., Couch, M., Mulcare, H., Croy, S., & Mitchell, A. (2009). Transgender People in Australia and New Zealand: Health, Well-being and Access to Health Services. *Feminism & Psychology, 19*(4), 475-495. doi:10.1177/0959353509342771
Plöderl, M., Mahler, L., Nieder, T. O., & Mundle, G. (in Druck). LGBTI and Mental Illness. In D. Bhugra, K. Bhui, S. Wong, & S. Gilmann (Eds.), *Oxford Textbook of Public Mental Health*. United Kingdom: Oxford University Press.
Poteat, T., German, D., & Kerrigan, D. (2013). Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science & Medicine, 84*, 22-29. doi:10.1016/j.socscimed.2013.02.019
Preuss, W. F., Nieder, T. O., & Briken, P. (2012). Schwerpunkte der Psychotherapie bei transsexuellen Entwicklungen. *Der Neurologe und Psychiater, 13*(10), 58 – 65.
Prince, V., & Bentler, P. M. (1972). Survey of 504 cases of transvestism. *Psychol Rep, 31*(3), 903-917. doi:10.2466/pr0.1972.31.3.903
pro familia Bundesverband. (2016). *Psychosoziale Beratung von inter* und trans* Personen und ihren Angehörigen*. Frankfurt am Main: https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/Inter_Trans_Beratung_Leitfaden.pdf.

Rachlin, K. (1999). Factors which influence individual's decisions when considering female-to-male genital reconstructive surgery. *International Journal of Transgenderism, 3*(3).
Rachlin, K., Hansbury, G., & Pardo, S. T. (2010). Hysterectomy and oophorectomy experiences of female-to-male transgender individuals. *International Journal of Transgenderism, 12*(3), 155-166.
Radix, A., & Eisfeld, J. (2014). Informierte Zustimmung in der Trans*-Gesundheitsversorgung. *Zeitschr Sexualforsch, 27*(01), 31-43. doi:10.1055/s-0034-1366129
Raffaini, M., Magri, A. S., & Agostini, T. (2016). Full Facial Feminization Surgery: Patient Satisfaction Assessment Based on 180 Procedures Involving 33 Consecutive Patients. *Plast Reconstr Surg, 137*(2), 438-448. doi:10.1097/01.prs.0000475754.71333.f6
Rehman, J., Lazer, S., Benet, A. E., Schaefer, L. C., & Melman, A. (1999). The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male-to-female transsexual patients. *Archives of Sexual Behavior, 28*(1), 71-89.
Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., . . . Baral, S. D. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet, 388*(10042), 412-436. doi:10.1016/S0140-6736(16)00684-X
Remacle, M., Matar, N., Morsomme, D., Veduyckt, I., & Lawson, G. (2011). Glottoplasty for Male-to-Female Transsexualism: Voice Results. *Journal of Voice, 25*(1), 120-123. doi:https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2009.07.004
Reutrakul, S., Ongphiphadhanakul, B., Piaseu, N., Krittiyawong, S., Chanprasertyothin, S., Bunnag, P., & Rajatanavin, R. (1998). The effects of oestrogen exposure on bone mass in male to female transsexuals. *Clinical Endocrinology, 49*(6), 811-814. doi:10.1046/j.1365-2265.1998.00614.x
Richards, C., Bouman, W. P., Seal, L., Barker, M. J., Nieder, T. O., & T'Sjoen, G. (2016). Non-binary or genderqueer genders. *Int Rev Psychiat, 28*(1), 95-102. doi:10.3109/09540261.2015.1106446
Richter-Appelt, H., & Nieder, T. O. (2014). *Transgender-Gesundheitsversorgung. Eine kommentierte Herausgabe der Standards of Care der World Professional Association for Transgender Health*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
Riley, E. A., Clemson, L., Sitharthan, G., & Diamond, M. (2013). Surviving a gender-variant childhood: the views of transgender adults on the needs of gender-variant children and their parents. *Journal of Sex & Marital Therapy, 39*(3), 241-263.
Roberts, T. K., Kraft, C. S., French, D., Ji, W., Wu, A. H., Tangpricha, V., & Fantz, C. R. (2014). Interpreting laboratory results in transgender patients on hormone therapy. *American Journal of Medicine, 127*(2), 159-162.
Rosanowski, F., & Eysholdt, U. (1999). Phoniatrische Begutachtung vor der Stimmangleichung bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus. *Hno, 47*(6), 556-562. doi:10.1007/s001060050424
Ross, L. E., Tarasoff, L. A., Anderson, S., Green, D., Epstein, R., Marvel, S., & Steele, L. S. (2014). Sexual and gender minority peoples' recommendations for assisted human reproduction services. *Journal of Obstetrics & Gynaecology Canada: JOGC, 36*(2), 146-153.
Rotondi, N. K., Bauer, G. R., Scanlon, K., Kaay, M., Travers, R., & Travers, A. (2011). Prevalence of and risk and protective factors for depression in female-to-male transgender Ontarians: Results from the Trans PULSE Project. *Canadian Journal of Community Mental Health, 30*(2), 135-155.
Rotondi, N. K., Bauer, G. R., Scanlon, K., Kaay, M., Travers, R., & Travers, A. (2013). Nonprescribed hormone use and self-performed surgeries: "do-it-yourself" transitions in transgender communities in Ontario, Canada. *Am J Public Health, 103*(10), 1830-1836. doi:10.2105/ajph.2013.301348
Ruetsche, A. G., Kneubuehl, R., Birkhaeuser, M. H., & Lippuner, K. (2005). Cortical and trabecular bone mineral density in transsexuals after long-term cross-sex hormonal

treatment: a cross-sectional study. *Osteoporosis International, 16*(7), 791-798. doi:10.1007/s00198-004-1754-7
Saks, B. R. (1998). Transgenderism and dissociative identity disorder: A case study. *International Journal of Transgenderism, 2*(2).
Sanchez, F. J., & Vilain, E. (2009). Collective Self-Esteem as a Coping Resource for Male-to-Female Transsexuals. *Journal of Counseling Psychology, 56*(1), 202-209. doi:10.1037/a0014573
Santanelli, F., & Scuderi, N. (2000). Neophalloplasty in female-to-male transsexuals with the island tensor fasciae latae flap. *Plastic and Reconstructive Surgery, 105*(6), 1990-1996. doi:10.1097/00006534-200005000-00012
Sarikaya, S., & Ralph, D. J. (2017). Mystery and realities of phalloplasty: a systematic review. *Turk J Urol, 43*(3), 229-236. doi:10.5152/tud.2017.14554
Sauer, A., Güldenring, A., & Tuider, E. (2015). Queering Trans*-Gesundheit: Auf dem Weg zu einer individualisierten, menschenrechtskonformen Gesundheitsversorgung. In P. Kolip & K. Hurrelmann (Eds.), *Handbuch Geschlecht und Gesundheit: Männer und Frauen im Vergleich* (pp. 420-432). Bern: Huber.
Schaefer, L. C., & Wheeler, C. C. (2004). Guilt in cross gender identity conditions: Presentations and treatment. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy, 8*(1-2), 117-127.
Schaff, J. (2015). Chirurgie der Genitalangleichung bei Frau-zu-Mann-Transsexualität. In G. K. Stalla & M. K. Auer (Eds.), *Therapieleitfaden Transsexualität* (Vol. 2, pp. 134-138). Bremen: Uni-Med.
Schaff, J., & Papadopulos, N. A. (2009). A new protocol for complete phalloplasty with free sensate and prelaminated osteofasciocutaneous flaps: experience in 37 patients. *Microsurgery, 29*(5), 413-419.
Schenck, T. L., Holzbach, T., Zantl, N., Schuhmacher, C., Vogel, M., Seidl, S., . . . Giunta, R. E. (2010). Vaginal carcinoma in a female-to-male transsexual. *Journal of Sexual Medicine, 7*(8), 2899-2902.
Schlatterer, K., Yassouridis, A., von Werder, K., Poland, D., Kemper, J., & Stalla, G. K. (1998). A follow-up study for estimating the effectiveness of a cross-gender hormone substitution therapy on transsexual patients. *Archives of Sexual Behavior, 27*(5), 475-492.
Schulz, S. L. (2012). *Gender identity: Pending? Identity development and health care experiences of transmasculine/genderqueer identified individuals.* (74), ProQuest Information & Learning, US. Retrieved from https://cloudfront.escholarship.org/dist/prd/content/qt2ph0m6vr/qt2ph0m6vr.pdf Available from EBSCOhost psyh database.
Schwarz, K., Fontanari, A. M. V., Schneider, M. A., Borba Soll, B. M., da Silva, D. C., Spritzer, P. M., . . . Lobato, M. I. R. (2017). Laryngeal surgical treatment in transgender women: A systematic review and meta-analysis. *Laryngoscope, 127*(11), 2596-2603. doi:10.1002/lary.26692
Schweizer, K., & Nieder, T. O. (2013). Variationen der somatosexuellen und psychosexuellen Entwicklung - Intersexphänomene, Geschlechtsdysphorie und transsexuelle Entwicklungen. In K. Tabbert, A.-V. Stirn, S. Wehrum, & R. Stark (Eds.), *Körper, Sexualität und Neurobiologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
Seal, L. J., Franklin, S., Richards, C., Shishkareva, A., Sinclaire, C., & Barrett, J. (2012). Predictive Markers for Mammoplasty and a Comparison of Side Effect Profiles in Transwomen Taking Various Hormonal Regimens. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 97*(12), 4422-4428. doi:10.1210/jc.2012-2030
Sehnal, B., Sottner, O., Zahumensky, J., Maresova, P., Holy, P., & Halaska, M. (2008). Comparison of three hysterectomy methods in a set of female to male transsexuals. *Geburtshilfe Und Frauenheilkunde, 68*(6), 625-628. doi:10.1055/s-2008-1038617
Seikowski, K., Gollek, S., Harth, W., & Reinhardt, M. (2008). Borderline-Persönlichkeitsstörung und Transsexualitat. *Psychiatrische Praxis, 35*(3), 135-141.

Seil, D. (2004). The diagnosis and treatment of transgendered patients. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy, 8*(1-2), 99-116.
Selvaggi, G., & Bellringer, J. (2011). Gender reassignment surgery: an overview. *Nature Reviews Urology, 8*(5), 273-280. doi:10.1038/nrurol.2011.46
Serano, J. M. (2010). The Case Against Autogynephilia. *International Journal of Transgenderism, 12*(3), 176 - 187.
Sevelius, J. M., Reznick, O. G., Hart, S. L., & Schwarcz, S. (2009). Informing interventions: the importance of contextual factors in the prediction of sexual risk behaviors among transgender women. *AIDS Education & Prevention, 21*(2), 113-127.
Shao, T., Grossbard, M. L., & Klein, P. (2011). Breast Cancer in Female-to-Male Transsexuals: Two Cases With a Review of Physiology and Management. *Clinical Breast Cancer, 11*(6), 417-419. doi:DOI 10.1016/j.clbc.2011.06.006
Simon, L., Zsolt, U., Fogd, D., & Czobor, P. (2011). Dysfunctional core beliefs, perceived parenting behavior and psychopathology in gender identity disorder: A comparison of Male-to-Female, Female-to-Male transsexual and nontranssexual control subjects. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 42*(1), 38-45.
Simon, P. A., Reback, C. J., & Bemis, C. C. (2000). HIV prevalence and incidence among male-to-female transsexuals receiving HIV prevention services in Los Angeles County. *Aids, 14*(18), 2953-2955.
Simonsen, R. K., Giraldi, A., Kristensen, E., & Hald, G. M. (2015). Long-term follow-up of individuals undergoing sex reassignment surgery: Psychiatric morbidity and mortality. *Nordic Journal of Psychiatry*, 1-7. doi:10.3109/08039488.2015.1081405
Singh, A. A., & Burnes, T. R. (2010). Shifting the counselor role from gatekeeping to advocacy: Ten strategies for using the Competencies for counseling with transgender clients for individual and social change. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 4*(3-4), 241-255.
Singh, A. A., & Shelton, K. (2011). A content analysis of LGBTQ qualitative research in counseling: A ten-year review. *Journal of Counseling & Development, 89*(2), 217-226.
Slabbekoorn, D., van Goozen, S. H., Megens, J., Gooren, L. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (1999). Activating effects of cross-sex hormones on cognitive functioning: a study of short-term and long-term hormone effects in transsexuals. *Psychoneuroendocrinology, 24*(4), 423-447.
Slabbekoorn, D., Van Goozen, S. H. M., Gooren, L. J. G., & Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Effects of cross-sex hormone treatment on emotionality in transsexuals. *International Journal of Transgenderism, 5*(3).
Smith, M. S., & Gray, S. W. (2009). The courage to challenge: A new measure of hardiness in LGBT adults. *Journal of Gay and Lesbian Social Services,, 21*(1), 73–89.
Smith, Y. L. S., van Goozen, S. H. M., Kuiper, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Transsexual subtypes: Clinical and theoretical significance. *Psychiatry Research, 137*(3), 151-160. doi:10.1016/j.psychres.2005.01.008
Song, T. E., & Jiang, N. (2017). Transgender Phonosurgery: A Systematic Review and Meta-analysis. *Otolaryngol Head Neck Surg, 156*(5), 803-808. doi:10.1177/0194599817697050
Speer, S. A., & McPhillips, R. (2013). Patients' perspectives on psychiatric consultations in the Gender Identity Clinic: Implications for patient-centered communication. *Patient Education and Counseling, 91*(3), 385-391.
Spehr, C. (2015). Chirurgie der Genitalangleichung bei Mann-zu-Frau-Transsexualität. In G. K. Stalla & M. K. Auer (Eds.), *Therapieleitfaden Transsexualität* (Vol. 2, pp. 114-133). Bremen: Uni-Med.
Sperber, J., Landers, S., & Lawrence, S. (2005). Access to health care for transgendered persons: Results of a needs assessment in Boston. *International Journal of Transgenderism, 8*(2-3), 75-91.
Spiegel, J. H. (2011). Facial Determinants of Female Gender and Feminizing Forehead Cranioplasty. *Laryngoscope, 121*(2), 250-261. doi:10.1002/lary.21187

Spiegel, J. H., & Rodriguez, G. (2008). Chondrolaryngoplasty under general anesthesia using a flexible fiberoptic laryngoscope and laryngeal mask airway. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 134*(7), 704-708. doi:10.1001/archotol.134.7.704

Spizzichino, L., Zaccarelli, M., Rezza, G., Ippolito, G., Antinori, A., & Gattari, P. (2001). HIV infection among foreign transsexual sex workers in Rome: prevalence, behavior patterns, and seroconversion rates. *Sexually Transmitted Diseases, 28*(7), 405-411.

Stojanovic, B., Bizic, M., Bencic, M., Kojovic, V., Majstorovic, M., Jeftovic, M., . . . Djordjevic, M. L. (2017). One-Stage Gender-Confirmation Surgery as a Viable Surgical Procedure for Female-to-Male Transsexuals. *J Sex Med, 14*(5), 741-746. doi:10.1016/j.jsxm.2017.03.256

Stulhofer, A., & Rimac, I. (2009). Determinants of homonegativity in Europe. *J Sex Res, 46*(1), 24-32. doi:10.1080/00224490802398373

Sundbom, E., & Bodlund, O. (1999). Prediction of outcome in transsexualism by means of the Defense Mechanism Test and multivariate modeling: a pilot study. *Perceptual & Motor Skills, 88*(1), 3-20.

Sutcliffe, P. A., Dixon, S., Akehurst, R. L., Wilkinson, A., Shippam, A., White, S., . . . Caddy, C. M. (2009). Evaluation of surgical procedures for sex reassignment: a systematic review. *J Plast Reconstr Aesthet Surg, 62*(3), 294-306. doi:S1748-6815(07)00663-8 [pii]

10.1016/j.bjps.2007.12.009

Terada, S., Matsumoto, Y., Sato, T., Okabe, N., Kishimoto, Y., & Uchitomi, Y. (2011). Suicidal ideation among patients with gender identity disorder. *Psychiatry Research, 190*(1), 159-162. doi:DOI 10.1016/j.psychres.2011.04.024

Terrier, J. E., Courtois, F., Ruffion, A., & Morel Journel, N. (2014). Surgical outcomes and patients' satisfaction with suprapubic phalloplasty. *Journal of Sexual Medicine, 11*(1), 288-298.

Traish, A. M., & Gooren, L. J. (2010). Safety of physiological testosterone therapy in women: Lessons from female-to-male transsexuals (FMT) treated with pharmacological testosterone therapy. *Journal of Sexual Medicine, 7*(11), 3758-3764.

Tsoi, W. F. (1993). Follow-up study of transsexuals after sex-reassignment surgery. *Singapore Medical Journal, 34*(6), 515-517.

Turner, A., Chen, T. C., Barber, T. W., Malabanan, A. O., Holick, M. F., & Tangpricha, V. (2004). Testosterone increases bone mineral density in female-to-male transsexuals: a case series of 15 subjects. *Clinical Endocrinology, 61*(5), 560-566. doi:10.1111/j.1365-2265.2004.02125.x

Udeze, B., Abdelmawla, N., Khoosal, D., & Terry, T. (2008). Psychological functions in male-to-female transsexual people before and after surgery. *Sexual and Relationship Therapy, 23*(2), 141-145.

Vale, K., Siemens, I., Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2013). Religiosity, Childhood Abuse, and Other Risk Factors Correlated With Voluntary Genital Ablation. *Canadian Journal of Behavioural Science-Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement, 45*(3), 230-237. doi:10.1037/a0031122

Valentini, F. M., Aversa, A., Bruzziches, R., Fornari, R., Greco, E. A., Rossi, F., . . . Migliaccio, S. (2008). Characterization of bone mineral density in male-to-female transsexuals receiving treatment for reassignment surgery: 15 years of follow-up. *Journal of Mens Health, 5*(3), 227-233. doi:10.1016/j.jomh.2008.05.001

Van Caenegem, E., Taes, Y., Wierckx, K., Kaufman, J. M., & T'Sjoen, G. (2012). Evaluation of the effects of long-term cross-sex hormonal therapy on bone geometry and body composition in female-to-male transsexual persons. *Osteoporosis International, 23*, S81-S81.

Van Caenegem, E., Verhaeghe, E., Taes, Y., Wierckx, K., Toye, K., Goemaere, S., . . . T'Sjoen, G. (2013). Long-Term Evaluation of Donor-Site Morbidity after Radial Forearm Flap Phalloplasty for Transsexual Men. *Journal of Sexual Medicine, 10*(6), 1644-1651. doi:10.1111/jsm.12121

Van Caenegem, E., Wierckx, K., Elaut, E., Buysse, A., Dewaele, A., Van Nieuwerburgh, F., . . . T'Sjoen, G. (2015). Prevalence of Gender Nonconformity in Flanders, Belgium. *Arch Sex Behav, 44*(5), 1281-1287. doi:10.1007/s10508-014-0452-6

van de Grift, T. C., Cohen-Kettenis, P. T., Elaut, E., De Cuypere, G., Richter-Appelt, H., Haraldsen, I. R., & Kreukels, B. P. C. (2016). A network analysis of body satisfaction of people with gender dysphoria. *Body Image, 17*, 184-190. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.04.002

van de Grift, T. C., Elaut, E., Cerwenka, S. C., Cohen-Kettenis, P. T., De Cuypere, G., Richter-Appelt, H., & Kreukels, B. P. C. (2017). Effects of Medical Interventions on Gender Dysphoria and Body Image: A Follow-Up Study. *Psychosom Med, 79*(7), 815-823. doi:10.1097/psy.0000000000000465

van de Grift, T. C., Elaut, E., Cerwenka, S. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Kreukels, B. P. C. (2017). Surgical Satisfaction, Quality of Life, and Their Association After Gender-Affirming Surgery: A Follow-up Study. *J Sex Marital Ther*, 1-11. doi:10.1080/0092623x.2017.1326190

Van Der Miesen, A. I., Hurley, H., & De Vries, A. L. (2016). Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A narrative review. *Int Rev Psychiatry, 28*(1), 70-80. doi:10.3109/09540261.2015.1111199

Van Kesteren, P. J., Asscheman, H., Megens, J. A., & Gooren, L. J. (1997). Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology, 47*(3), 337-342.

Van Kesteren, P. J., Lips, P., Gooren, L. J., Asscheman, H., & Megens, J. (1998). Long-term follow-up of bone mineral density and bone metabolism in transsexuals treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology, 48*(3), 347-354.

Vardi, Y., Wylie, K. R., Moser, C., Assalian, P., Dean, J., & Asscheman, H. (2008). Is physical examination required before prescribing hormones to patients with gender dysphoria? *Journal of Sexual Medicine, 5*(1), 21-26.

Veale, J. F. (2014). Evidence against a typology: a taxometric analysis of the sexuality of male-to-female transsexuals. *Arch Sex Behav, 43*(6), 1177-1186. doi:10.1007/s10508-014-0275-5

Veale, J. F., Clarke, D. E., & Lomax, T. C. (2008). Sexuality of male-to-female transsexuals. *Archives of Sexual Behavior, 37*(4), 586-597. doi:10.1007/s10508-007-9306-9

Veldorale-Brogan, A. (2013). *Adaptation to parental gender transition: Stress and resilience among transgender parents and their children.* (74), ProQuest Information & Learning, US. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2013-99150-516&site=ehost-live Available from EBSCOhost psyh database.

Vitelli, R., & Riccardi, E. (2011). Gender identity disorder and attachment theory: The influence of the patient's internal working models on psychotherapeutic engagement and objective. A study undertaken using the Adult Attachment Interview. *International Journal of Transgenderism, 12*(4), 241-253.

Vocks, S., Stahn, C., Loenser, K., & Legenbauer, T. (2009). Eating and body image disturbances in male-to-female and female-to-male transsexuals. *Archives of Sexual Behavior, 38*(3), 364-377.

Vukadinovic, V., Stojanovic, B., Majstorovic, M., & Milosevic, A. (2014). The Role of Clitoral Anatomy in Female to Male Sex Reassignment Surgery. *Scientific World Journal*. doi:10.1155/2014/437378

Wagner, S., Greco, F., Hoda, M. R., Inferrera, A., Lupo, A., Hamza, A., & Fornara, P. (2010). Male-to-Female Transsexualism: Technique, Results and 3-Year Follow-Up in 50 Patients. *Urologia Internationalis, 84*(3), 330-333. doi:10.1159/000288238

Walker, J. A., & Prince, T. (2010). Training considerations and suggested counseling interventions for LGBT individuals. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 4*(1), 2-17.

Walling, D. P., Goodwin, J. M., & Cole, C. M. (1998). Dissociation in a transsexual population. *Journal of Sex Education & Therapy, 23*(2), 121-123.

Wassersug, R. J., Zelenietz, S. A., & Squire, G. F. (2004). New age eunuchs: Motivation and rationale for voluntary castration. *Archives of Sexual Behavior, 33*(5), 433-442. doi:10.1023/B:ASEB.0000037424.94190.df

Wendler, J. (1990). *Vocal pitch elevation after transsexualism male to female.* Paper presented at the Union of the European Phoniatricians, Salsomaggiore, Italy.

Wester, S. R., McDonough, T. A., White, M., Vogel, D. L., & Taylor, L. (2010). Using gender role conflict theory in counseling male-to-female transgender individuals. *Journal of Counseling & Development, 88*(2), 214-219.

White, M. G. (2014). *Resiliency factors among transgender people of color.* (74), ProQuest Information & Learning, US. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2014-99050-018&site=ehost-live Available from EBSCOhost psyh database.

White, T., & Ettner, R. (2007). Adaptation and adjustment in children of transsexual parents. *European Child & Adolescent Psychiatry, 16*(4), 215-221.

Wierckx, K., Elaut, E., Declercq, E., Heylens, G., De Cuypere, G., Taes, Y., . . . T'Sjoen, G. (2013). Prevalence of cardiovascular disease and cancer during cross-sex hormone therapy in a large cohort of trans persons: a case-control study. *European Journal of Endocrinology, 169*(4), 471-478. doi:10.1530/eje-13-0493

Wierckx, K., Elaut, E., Van Caenegem, E., Van De Peer, F., Dedecker, D., Van Houdenhove, E., & T'Sjoen, G. (2011). Sexual desire in female-to-male transsexual persons: exploration of the role of testosterone administration. *European Journal of Endocrinology, 165*(2), 331-337. doi:Doi 10.1530/Eje-11-0250

Wierckx, K., Elaut, E., Van Hoorde, B., Heylens, G., De Cuypere, G., Monstrey, S., . . . T'Sjoen, G. (2014). Sexual desire in trans persons: associations with sex reassignment treatment. *Journal of Sexual Medicine, 11*(1), 107-118.

Wierckx, K., Mueller, S., Weyers, S., Van Caenegem, E., Roef, G., Heylens, G., & T'Sjoen, G. (2012). Long-term evaluation of cross-sex hormone treatment in transsexual persons. *Journal of Sexual Medicine, 9*(10), 2641-2651.

Wierckx, K., Stuyver, I., Weyers, S., Hamada, A., Agarwal, A., De Sutter, P., & T'Sjoen, G. (2012). Sperm freezing in transsexual women. *Archives of Sexual Behavior, 41*(5), 1069-1071.

Wierckx, K., Van Caenegem, E., Schreiner, T., Haraldsen, I., Fisher, A., Toye, K., . . . T'Sjoen, G. (2014). Cross-sex hormone therapy in trans persons is safe and effective at short-time follow-up: Results from the european network for the investigation of gender incongruence. *Journal of Sexual Medicine, 11*(8), 1999-2011.

Wilson, P., Sharp, C., & Carr, S. (1999). The prevalence of gender dysphoria in Scotland: a primary care study. *Br J Gen Pract, 49*(449), 991-992.

Wilson, R., Jenkins, C., Miller, H., & Carr, S. (2006). The effect of oestrogen on cytokine and antioxidant levels in male to female transsexual patients. *Maturitas, 55*(1), 14-18. doi:10.1016/j.maturitas.2006.01.001

Witzel, I. (2015). Brustchirurgie bei Transsexualität. In G. K. Stalla & M. K. Auer (Eds.), *Therapieleitfaden Transsexualität* (Vol. 2, pp. 139-151). Bremen: Uni-Med.

Wolff, H. (2002). Androgenetische Alopezie des Mannes: Diagnostische und Therapeutische Entwicklungen. In B. Konz & G. Plewig (Eds.), *Fortschritte der Dermatologie: Ein Rückblick auf 50 Jahre anlässlich des 80. Geburtstages* (pp. 267-280). Heidelberg: Steinkopff.

Wolff, H., & Kunte, C. (1999). Die androgenetische Alopezie des Mannes: Pathogenese und Therapie. *Zeitschrift für Hautkrankheiten, 74*, 201–208.

World Medical Association. (2015). WMA Statement on Transgender People. Retrieved from http://www.wma.net/en/30publications/10policies/t13/.

Wylie, K., Barrett, J., Besser, M., Bouman, W. P., Bridgman, M., Clayton, A., . . . Rathbone, M. (2014). Good Practice Guidelines for the Assessment and Treatment of Adults with Gender Dysphoria. *Sexual and Relationship Therapy, 29*(2), 154-214. doi:10.1080/14681994.2014.883353

Wylie, K. R., Fung, R. J., Boshier, C., & Rotchell, M. (2009). Recommendations of endocrine treatment for patients with gender dysphoria. *Sexual and Relationship Therapy, 24*(2), 175-187. doi:Doi 10.1080/14681990903023306

Wylie, K. R., Hainsworth, K., & Ryles, S. (2008). The support needs of people awaiting a primary assessment at a UK gender reassignment programme. *International Journal of Transgenderism, 10*(2), 91-98.

Xavier, J. M., Bobbin, M., Singer, B., & Budd, E. (2005). Needs assessment of transgendered people of color living in Washington, DC. *International Journal of Transgenderism, 8*(2-3), 31-47.

Yerke, A. F., & Mitchell, V. (2011). Am I man enough yet? A comparison of the body transition, self-labeling, and sexual orientation of two cohorts of female-to-male transsexuals. *International Journal of Transgenderism, 13*(2), 64-76.

Yuksel, S., Kulaksizoglu, I. B., Turksoy, N., & Sahin, D. (2000). Group psychotherapy with female-to-male transsexuals in Turkey. *Archives of Sexual Behavior, 29*(3), 279-290.

Zamboni, B. D. (2006). Therapeutic Considerations in Working With the Family, Friends, and Partners of Transgendered Individuals. *The Family Journal, 14*(2), 174-179.

Zimmermann, A., Zimmer, R., Kovacs, L., Einodshofer, S., Herschbach, P., Henrich, G., . . . Papadopulos, N. (2006). Lebenszufriedenheit transsexueller Patienten nach geschlechtsangleichenden Operationen. [Transsexuals' life satisfaction after gender transformation operations]. *Chirurg, 77*(5), 432-438. doi:10.1007/s00104-005-1138-3

Erstveröffentlichung: 10/2018

Nächste Überprüfung geplant: 10/2023

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online