WPATH WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION for TRANSGENDER HEALTH

www.wpath.org

Standards of Care

Versorgungsempfehlungen für die Gesundheit von transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Personen

---

The World Professional Association for Transgender Health
Weltverband für Transgender Gesundheit

Version 7

WPATH WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION for TRANSGENDER HEALTH

Standards of Care

Versorgungsempfehlungen für die Gesundheit von transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Personen

Eli Coleman, Walter Bockting, Marsha Botzer, Peggy Cohen-Kettenis, Griet DeCuypere, Jamie Feldman, Lin Fraser, Jamison Green, Gail Knudson, Walter J. Meyer, Stan Monstrey, Richard K. Adler, George R. Brown, Aaron H. Devor, Randall Ehrbar, Randi Ettner, Evan Eyler, Rob Garofalo, Dan H. Karasic, Arlene Istar Lev, Gal Mayer, Heino Meyer-Bahlburg, Blaine Paxton Hall, Friedmann Pfäfflin, Katherine Rachlin, Bean Robinson, Loren S. Schechter, Vin Tangpricha, Mick van Trotsenburg, Anne Vitale, Sam Winter, Stephen Whittle, Kevan R. Wylie & Ken Zucker

© 2012 World Professional Association for Transgender Health (WPATH). All rights reserved.

7th Version[1] | www.wpath.org

1 Das ist die 7. Version der Versorgungsempfehlungen. Die ersten Versorgungsempfehlungen wurden 1979 publiziert. Es gab frühere Revision in 1980,1981, 1990, 1998 und 2001. Das ist die offizielle WPATH Übersetzung der Standards of Care (SOC). Für rechtliche und spezielle technische Fragen muss die englische Originalfassung berücksichtigt werden (wpath@wpath.org).

Inhaltsverzeichnis

I. Anliegen und Anwendung der *Standards of Care* 1
II. Globale Anwendbarkeit der *Standards of Care* 3
III. Der Unterschied Zwischen Geschlechtsnichtkonformität und Geschlechtsdysphorie 5
IV. Epidemiologische Überlegungen 8
V. Überblick über therapeutische Ansätze zur Behandlung der Geschlechtsdysphorie 10
VI. Diagnostische Einschätzung der Geschlechtsdysphorie bei Kindern und Jugendlichen. . 13
VII. Psychische Gesundheit 27
VIII. Hormontherapie 42
IX. Reproduktive Gesundheit 61
X. Stimm- und Kommunikationstherapie 63
XI. Operationen 66
XII. Postoperative Nachsorge und Nachuntersuchungen 78
XIII. Lebenslange Prävention und hausärztliche Versorgung 79
XIV. Übertragbarkeit der *Standards of Care* auf Menschen, die in Institutionen leben 81
XV. Übertragbarkeit der *Standards Of Care* auf Menschen mit einer Störung der Geschlechtsentwicklung 83

Literaturverzeichnis 88

Anhänge

A. Glossar 111
B. Überblick über die medizinischen Risiken der Hormontherapie 114
C. Zusammenfassung der Kriterien für Hormontherapie und Operationen 121
D. Evidenz für klinische Ergebnisbefunde von Therapieansätzen 124
E. Entwicklungsprozess der 7. Version der *Standards of Care*. 127

Anliegen und Anwendung der *Standards of Care*

Der Weltverband für Transgender gesundheit, *The World Professional Association for Transgender Health* (WPATH), ist ein internationaler, interdisziplinärer Fachverband, dessen Aufgabe darin besteht, die Förderung von evidenzbasierter Versorgung, Ausbildung, Forschung, Interessenvertretung, Sozial- und Gesundheitspolitik und Beachtung der Transgender-Gesundheitsleistungen voranzubringen. Aufgabe der WPATH ist es, weltweit Spezialisten unterschiedlicher Fachrichtungen zusammenzubringen, um optimale Vorgehensweisen und Fördermaßnahmen zu entwickeln, die die Gesundheit, Erforschung, Aufklärung, Beachtung, Würde und Gleichheit von transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Menschen in allen kulturellen Kontexten fördern.

Eine der Hauptaufgaben der WPATH liegt darin, durch die Formulierung von Versorgungsempfehlungen [*Standards of Care (SOC) for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People*], die höchstmöglichen Qualitätsansprüche an die Gesundheitsversorgung von transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Menschen zu fördern. Die SOC basieren auf dem neuesten Wissensstand und Konsens von Experten[1]. Ein Großteil der Forschungen und Erfahrungen auf diesem Gebiet nimmt nordamerikanische und westliche Perspektiven ein. Daher ist es notwendig, dass die SOC auch anderen Teilen der Welt angepasst werden. Diese SOC-Fassung enthält Vorschläge zu kulturkritischen Denkansätzen und kulturspezifischen Kompetenzen.

Allgemeines Ziel der SOC ist es, Orientierungshilfen für die klinische Arbeit von Gesundheitspersonal[2] zu liefern, um transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Menschen effektiv dabei zu helfen, dauerhaft persönliches Wohlbefinden mit ihrem gender-spezifischen Selbst zu erlangen, um ihre allgemeine Gesundheit und ihr psychisches Wohlbefinden zu verbessern sowie ihre Selbstverwirklichung optimal zu fördern. Zu dieser Hilfe gehören unter anderem die medizinische Grundversorgung und die gynäkologische bzw. urologische Versorgung, ggf.

1 Die 7. Version der SOC unterscheidet sich signifikant von den vorherigen Versionen. Die Veränderungen basieren auf relevanten Aspekten des kulturellen Wandels, auf Erkenntnisfortschritten im Rahmen der klinischen Versorgung sowie auf der Anerkennung, dass sich für transsexuelle, transgender und geschlechtsnichtkonforme Menschen Themen mit Einfluss auf die psychische Gesundheit ergeben können, die über die Notwendigkeit einer Hormontherapie und chirurgischer Interventionen hinaus gehen können.

2 Anm. d. Übers.: Der Begriff des Gesundheitspersonals umfasst für Deutschland Mitglieder so genannter Gesundheitsdienstberufe, bei denen die Approbation Voraussetzung für die Ausübung der beruflichen Tätigkeit ist: im hiesigen Kontext handelt es sich um Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. In Deutschland fallen in diese Gruppe zudem Apotheker und Zahnärzte (siehe http://www.gbe-bund.de).

reproduktionsmedizinische Angebote, Stimm- und Kommunikationstherapie, Versorgung der psychischen Gesundheit (z. B. diagnostische Einschätzung, Beratung, Psychotherapie), Hormontherapie und chirurgische Interventionen. Obwohl sie vorwiegend ein Nachschlagewerk für Gesundheitspersonal darstellen, können die SOC auch von Einzelpersonen, deren Familien und Sozialbehörden verwendet werden, um hilfreiche Informationen über die Förderung einer optimalen Gesundheitsversorgung dieser breit gefächerten Personengruppe zu erhalten.

Die WPATH berücksichtigt, dass Gesundheit nicht nur von guter medizinischer Versorgung abhängt, sondern auch von einem sozialen und politischen Klima, das soziale Toleranz, Gleichheit und umfassende Bürgerrechte fördert und gewährleistet. Gesundheitsförderung wird durch eine Sozial- und Gesundheitspolitik und Justizreformen unterstützt, die Toleranz und Gleichheit für geschlechtliche und sexuelle Vielfalt befürworten und Vorurteile, Diskriminierungen und Stigmatisierungen abbauen. Die WPATH hat sich dazu verpflichtet, sich für entsprechende Veränderungen in der Sozial- und Gesundheitspolitik und für juristische Reformen einzusetzen.

.

Die *Standards of Care* sind flexible Versorgungsempfehlungen

Die SOC sollen in ihrer Handhabung flexibel sein, um den verschiedenen gesundheitsbezogenen Versorgungsbedürfnissen transsexueller, transgender und geschlechtsnichtkonformer Menschen gerecht zu werden. Trotz ihrer Flexibilität bieten sie Empfehlungen für eine optimale Gesundheitsversorgung und geben eine Anleitung für die medizinische Behandlung von Menschen mit Geschlechtsdysphorie. Diese ist als Unbehagen oder Leiden definiert, das aus der Diskrepanz zwischen der Geschlechtsidentität eines Menschen und dessen bei Geburt zugewiesenem Geschlecht (und der damit verbundenen Geschlechtsrolle und/oder den primären oder sekundären Geschlechtsmerkmalen) resultiert (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b).

Wie in allen vorherigen Versionen der SOC handelt es sich bei den im vorliegenden Dokument definierten Kriterien zur Behandlung von Geschlechtsdysphorie durch Hormontherapie und chirurgische Interventionen um Versorgungsempfehlungen. Gesundheitsfachkräfte und entsprechende Behandlungsprogramme können Modifikationen zur Anwendung bringen. Klinische Abweichungen von den SOC können sich aus der spezifisch anatomischen, sozialen oder psychischen Situation einer Patientin bzw. eines Patienten ergeben, der sich weiterentwickelnden Methode eines erfahrenen Spezialisten in einem bekannten Problemfeld, einem standardisierten Vorgehen in einem Forschungsprojekt, Mangel an Ressourcen in verschiedenen Teilen der Welt, oder aus der Notwendigkeit heraus, spezielle Strategien zur Schadensbegrenzung zu entwickeln. Diese Abweichungen sollten als solche erwähnt werden sowie den Patientinnen und Patienten erklärt und mit deren Einwilligung dokumentiert werden, um eine qualitativ gute Versorgung und

eine rechtliche Absicherung zu gewährleisten. Diese Dokumentation ist auch für die Gewinnung neuer Daten wichtig, die retrospektiv ausgewertet werden und so eine Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung – und der SOC – ermöglichen.

Die SOC definieren Versorgungsempfehlungen, berücksichtigen aber auch die Bedeutung von informierter Entscheidungsfindung (*informed consent*) und Strategien zur Schadensbegrenzung. Weiter berücksichtigt diese Version der SOC die Anerkennung verschiedener Erscheinungsformen von Geschlecht, die keine psychischen, hormonellen oder chirurgischen Interventionen benötigen. Einige Patienten, die in Behandlung kommen, werden bereits eigenständig bedeutsame Fortschritte hinsichtlich ihres Geschlechtsrollenwechsels und ihrer Transition gemacht haben oder andere Lösungswege bezüglich ihrer Geschlechtsidentität oder Geschlechtsdysphorie verfolgt haben. Andere Patienten hingegen brauchen eventuell eine intensivere Betreuung im Rahmen der Gesundheitsversorgung. Das Gesundheitspersonal kann die SOC verwenden, um Patienten zu helfen, sich mit der ganzen Palette der ihnen zur Verfügung stehenden gesundheitsbezogenen Versorgungsleistungen, entsprechend ihrer klinischen Bedürfnisse und Zielvorstellungen über den Ausdruck ihrer Geschlechtlichkeit auseinanderzusetzen.

Globale Anwendbarkeit der *Standards of Care*

Obgleich die SOC weltweit zur Anwendung kommen sollen, ist sich die WPATH darüber bewusst, dass viele der zu Grunde liegenden klinischen Erfahrungen und Kenntnisse auf diesem Gebiet aus nordamerikanischen und westeuropäischen Quellen der Gesundheitsversorgung stammen. Sowohl international als auch national finden sich an verschiedenen Orten Unterschiede in folgenden Bereichen: gesellschaftliche Einstellungen gegenüber transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Menschen, Konstruktionen von Geschlechtsrollen und Geschlechtsidentitäten, Sprachgebrauch zur Beschreibung verschiedener Geschlechtsidentitäten, Epidemiologie von Geschlechtsdysphorie, Zugang zur und Kosten der Behandlung, Therapieangebote, Anzahl und Fachrichtung der Spezialisten, die die Versorgung anbieten, rechtliche Probleme und Schwierigkeiten mit der Krankenversicherung auf diesem Gebiet der gesundheitsbezogenen Versorgung (Winter, 2009).

Die SOC können unmöglich alle kontextuellen Unterschiede miteinbeziehen. Wenn diese Standards in unterschiedlichen kulturellen Kontexten angewendet werden, muss das Gesundheitspersonal daher sensibel auf diese Unterschiede reagieren und die SOC den lokalen Gegebenheiten anpassen. So gibt es Kulturen, in denen relativ viele geschlechtsnichtkonforme Menschen leben und öffentlich

präsent sind (Peletz, 2006). In solchen Kontexten ergreifen die Menschen oft schon als Teenager oder noch jünger die Initiative, den Ausdruck ihrer Geschlechtlichkeit und die geschlechtsspezifischen Körpermerkmale zu verändern. Viele leben auch in einem sozialen, kulturellen und sprachlichen Umfeld, das sich deutlich von dem der westlichen Kulturen unterscheidet. Vorurteilen begegnen jedoch nahezu alle (Peletz, 2006; Winter, 2009). In vielen Kulturen ist die soziale Stigmatisierung von Geschlechtsnichtkonformität weit verbreitet und die Geschlechtsrollen sind streng vorgegeben (Winter et al., 2009). In diesem Umfeld sind geschlechtsnichtkonforme Menschen gezwungen, sich zu verstecken und erhalten in der Folge kaum eine angemessene Gesundheitsversorgung (Winter, 2009).

Die SOC beabsichtigen nicht, Bemühungen für eine bestmögliche gesundheitsbezogene Versorgung aller Menschen zu behindern. Das Gesundheitspersonal in der ganzen Welt – sogar in Umgebungen mit begrenzten Ressourcen und Ausbildungsmöglichkeiten – kann die von den SOC empfohlenen Grundprinzipien anwenden.

Diese Prinzipien lauten:

- Begegne Patientinnen und Patienten mit geschlechtsnichtkonformen Identitäten respektvoll (Pathologisiere nicht Unterschiede im Geschlechtsidentitätserleben bzw. im Ausdruck der Geschlechtlichkeit).

- Gewährleiste Behandlungsmöglichkeiten (oder verweise an sachverständige Kollegen), um die Geschlechtsidentität der Patienten abzuklären und die psychische Belastung im Rahmen der Geschlechtsdysphorie, falls vorhanden, zu reduzieren.

- Gewinne Sachverständnis über die gesundheitsbezogenen Versorgungsbedürfnisse von transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Menschen, einschließlich der Vorteile und Risiken von Behandlungsoptionen für Geschlechtsdysphorie.

- Stimme die Behandlungsmethode auf die spezifischen Bedürfnisse der Patienten ab, insbesondere auf die Zielvorstellung zum Ausdruck ihrer Geschlechtlichkeit und das Bedürfnis, die Geschlechtsdysphorie zu reduzieren.

- Vereinfache den Zugang zu einer angemessenen gesundheitsbezogenen Versorgung.

- Hole die Einverständniserklärung der Patientinnen vor Behandlungsbeginn ein.

- Biete eine kontinuierliche Betreuung an.

- Zeige Bereitschaft, die Patienten innerhalb ihrer Familien und ihres sozialen Umfelds (Schule, Arbeitsplatz und andere Einrichtungen) zu unterstützen und sich für sie einzusetzen.

Terminologie ist kulturell beeinflusst, zeitabhängig und unterliegt einem schnellen Wandel. Es ist wichtig, eine respektvolle Sprache an verschiedenen Orten, zu verschiedenen Zeiten und unter verschiedenen Menschen zu verwenden. Da die SOC in andere Sprachen übersetzt werden, muss mit großer Sorgfalt vorgegangen werden, um zu gewährleisten, dass die Bedeutung der Begrifflichkeiten richtig übersetzt wird. Die englische Terminologie lässt sich oftmals nur schwer in andere Sprache übertragen und umgekehrt. Einige Sprachen haben keine äquivalenten Worte, um die verschiedenen in den vorliegenden SOC verwandten Begriffe zu beschreiben. Deshalb sollten sich die Übersetzer der grundlegenden Behandlungsziele bewusst sein und kulturell adaptierten Versorgungsempfehlungen folgen, um diese Ziele zu erreichen.

III

Der Unterschied Zwischen Geschlechtsnichtkonformität und Geschlechtsdysphorie

Transsexuell, transgender oder geschlechtsnichtkonform zu sein, ist ein Ausdruck von Vielfalt, nicht von Pathologie

Die WPATH veröffentlichte im Mai 2010 eine Stellungnahme, in der sie die weltweite Entpsychopathologisierung von Geschlechtsnichtkonformität forderte (WPATH, 2010). Diese Stellungnahme hob hervor, dass „der Ausdruck der Geschlechtlichkeit, einschließlich jener Identitäten, die nicht stereotyp dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht entsprechen, ein allgemein übliches und der kulturellen Vielfalt entsprechendes menschliches Phänomen ist, [das] nicht grundsätzlich als pathologisch oder negativ beurteilt werden soll."

Leider ist die Geschlechtsnichtkonformität in vielen Gesellschaften der Welt mit einem Stigma behaftet. Solche Stigmatisierung kann zu Vorurteilen und Diskriminierung führen und „Minderheitenstress" erzeugen (I.H. Meyer, 2003). Minderheitenstress ist spezifisch (zusätzlich zu allgemeinem Stress, den alle Menschen kennen), gesellschaftlich bedingt und überdauernd. Minderheitenstress macht transsexuelle, transgender und geschlechtsnichtkonforme Personen dafür anfälliger, psychische Probleme wie Angstzustände und Depressionen zu entwickeln (*Institute of Medicine*, 2011). Zusätzlich zu allgemeinen Vorurteilen und Diskriminierung in der

Gesellschaft kann Stigmatisierung zu Missbrauch und Vernachlässigung in den Beziehungen zu Bekannten und Familienangehörigen führen, was wiederum psychischen Stress zur Folge haben kann. Diese Symptome werden jedoch sozial ausgelöst und haben nichts damit zu tun, dass jemand transsexuell, transgender oder geschlechtsnichtkonform ist.

Geschlechtsnichtkonformität ist nicht gleich Geschlechtsdysphorie

Geschlechtsnichtkonformität bezieht sich auf das Ausmaß, in dem sich die Geschlechtsidentität und Geschlechtsrolle oder der geschlechtliche Ausdruck einer Person von jenen kulturellen Normen, die von Menschen eines bestimmten Geschlechts erwartet werden, unterscheiden (*Institute of Medicine*, 2011). Geschlechtsdysphorie bezieht sich auf das Unbehagen oder Leiden, das aus der Diskrepanz zwischen dem Geschlechtsidentitätserleben einer Person und ihrem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht (sowie der dazugehörigen Geschlechtsrolle und/oder der primären und sekundären Geschlechtsmerkmale) resultiert (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b). Nur einige geschlechtsnichtkonforme Menschen erleben irgendwann in ihrem Leben Geschlechtsdysphorie.

Es gibt Therapieansätze, die Menschen mit einem solchen Leiden helfen, ihr Geschlechtsidentitätserleben zu ergründen und eine Geschlechtsrolle zu finden, in der sie sich wohl fühlen (Bockting & Goldberg, 2006). Das Vorgehen bei der Behandlung ist individuell: Was einer Person hilft, ihre Geschlechtsdysphorie zu verringern, kann sich sehr von dem unterscheiden, was einer anderen Person hilft. Dieser Prozess kann, muss aber nicht die Änderung des geschlechtlichen Ausdrucks oder Körpermodifikationen einschließen. Medizinische Behandlungsoptionen sind zum Beispiel die Feminisierung oder Maskulinisierung des Körpers mit Hilfe einer Hormontherapie und/oder Operationen, die die Geschlechtsdysphorie effektiv lindern und aus medizinischer Sicht für viele Menschen unverzichtbar sind. Geschlechtsidentität und der Ausdruck der Geschlechtlichkeit sind vielfältig, und Hormone und Operationen sind lediglich zwei von vielen Optionen, um Menschen dabei zu helfen, mit sich selbst und ihrer Identität zufrieden zu sein.

Geschlechtsdysphorie kann weitestgehend durch Behandlungsmaßnahmen gelindert werden (Murad et al., 2010). Obwohl transsexuelle, transgender und geschlechtsnichtkonforme Menschen irgendwann in ihrem Leben Geschlechtsdysphorie erleben können, finden viele Menschen, die eine Therapie erhalten, eine Geschlechtsrolle und einen Ausdruck ihrer Geschlechtlichkeit, mit dem sie sich wohl fühlen, selbst wenn sie darin von dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht oder den üblichen Normen und Erwartungen abweichen.

.

Diagnosen im Zusammenhang mit Geschlechtsdysphorie

Einige Menschen erleben Geschlechtsdysphorie in einem Ausmaß, dass der Leidensdruck die Kriterien einer formalen Diagnose erfüllt, die als psychische Störung eingestuft werden kann. Eine solche Diagnose darf allerdings nicht zu Stigmatisierung oder zur Einschränkung der Bürger- und Menschenrechte führen. Aktuelle Klassifikationssysteme, wie das diagnostische und statistische Handbuch psychischer Störungen (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*: DSM), des US-amerikanischen Verbands der Psychiatrie (*American Psychiatric Association*: APA, 2000) und die internationale Klassifikation von Krankheiten (*International Classification of Diseases*: ICD), der Weltgesundheitsorganisation (*World Health Organization*: WHO, 2007) definieren Hunderte von psychischen Störungen, die sich hinsichtlich Beginn, Dauer, Pathogenese, Funktionsbeeinträchtigung und Behandlungsfähigkeit unterscheiden. Diese Klassifikationen versuchen, die Symptome und Bedingungen in Gruppen einzuteilen, jedoch nicht die Personen selbst. Eine Störung oder Erkrankung stellt somit die Beschreibung eines Zustandes dar, der der Patientin oder dem Patienten vielleicht zu schaffen macht, jedoch nicht die Beschreibung einer Person oder der persönlichen Identität.

Deshalb sind transsexuelle, transgender und geschlechtsnichtkonforme Personen nicht grundsätzlich gestört. Vielmehr geht es darum, jenes möglicherweise vorhandene Leiden im Zusammenhang mit Geschlechtsdysphorie zu diagnostizieren, für das unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Das Vorhandensein einer Diagnose für eine solche Dysphorie vereinfacht oft den Zugang zu gesundheitsbezogener Versorgung und kann dazu führen, dass sich weitere Forschung in effektiven Behandlungsmaßnahmen niederschlägt.

Forschung führt zu neuen diagnostischen Nomenklaturen, wodurch sich sowohl die Fachbegriffe im DSM (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010; Knudson, De Cuypere & Bockting, 2010b; Meyer-Bahlburg, 2010; Zucker, 2010) als auch in der ICD ändern. Deshalb werden in den SOC die gängigen Fachbegriffe verwendet und Definitionen für neu verwendete Fachbegriffe gegeben. Das Gesundheitspersonal sollte die neuesten diagnostischen Kriterien berücksichtigen und die entsprechenden Begrifflichkeiten in seinen Arbeitsfeldern verwenden.

IV
Epidemiologische Überlegungen

Offizielle epidemiologische Studien speziell über die Inzidenz (das Neuauftreten) und die Prävalenz (die Häufigkeit) von Transsexualismus im Besonderen oder von transgender und geschlechtsnichtkonformen Identitäten im Allgemeinen wurden bislang nicht durchgeführt Bemühungen um realistische Schätzungen sind mit enormen Schwierigkeiten verbunden (*Institute of Medicine*, 2011; Zucker & Lawrence, 2009). Selbst wenn epidemiologische Studien vergleichbare Prozentsätze transsexueller, transgender oder geschlechtsnichtkonformer Menschen auf der gesamten Welt erfassen, wäre zu vermuten, dass kulturelle Unterschiede zwischen den Ländern sowohl zu verschiedenen verhaltensbezogenen Ausprägungen von Geschlechtsidentitäten als auch zu unterschiedlichen Ausmaßen der Geschlechtsdysphorie – unabhängig von der Geschlechtsidentität – führen. Während in den meisten Ländern das Überschreiten normativer Geschlechtergrenzen eher mit moralischer Verurteilung als mit Mitgefühl einhergeht, gibt es einige Kulturen, in denen geschlechtsnichtkonformes Verhalten (z. B. bei spirituellen Führungsfiguren) weniger stigmatisiert und sogar verehrt wird (Besnier, 1994; Bolin, 1988; Chiñas, 1995; Coleman, Colgan, & Gooren, 1992; Costa & Matzner, 2007; Jackson & Sullivan, 1999; Nanda, 1998; Taywaditep, Coleman, & Dumronggittigule, 1997).

Aus unterschiedlichsten Gründen haben sich Forscher, die Untersuchungen zur Inzidenz und Prävalenz durchgeführt haben, vorzugsweise auf die am einfachsten zu bestimmende Subgruppe geschlechtsnichtkonformer Personen konzentriert: transsexuelle Patienten, die eine Geschlechtsdysphorie erleben und sich wegen einer transitionsbezogenen Gesundheitsversorgung bei spezialisierten Gender-Kliniken vorstellen (Zucker & Lawrence, 2009). Die meisten Studien wurden in europäischen Ländern wie Schweden (Wålinder, 1968, 1971), Großbritannien (Hoenig & Kenna, 1974), Niederlande (Bakker, Van Kesteren, Gooren, & Bezemer, 1993; Eklund, Gooren, & Bezemer, 1988; van Kesteren, Gooren, & Megens, 1996), Deutschland (Weitze & Osburg, 1996[3]), und Belgien (De Cuypere et al., 2007) durchgeführt. Eine Studie wurde in Singapur durchgeführt (Tsoi, 1988).

De Cuypere und Mitarbeiter (2007) sichteten diese Studien systematisch und führten auch eigene Untersuchungen durch. Insgesamt erstrecken sich diese Studien auf einen Zeitraum von über 39 Jahren. Werden zwei ältere Studien von Pauly (1965) und Tsoi (1988) außer Acht gelassen, bleiben

3 Anm. d. Übers.: Die genannte Studie aus Deutschland bezieht sich allerdings auf Daten, die im Rahmen der Verfahren zur Vornamens- und Personenstandsänderung nach dem so genannten Transsexuellengesetz (TSG) gewonnen wurden. Spezialisierte Gender-Kliniken haben hier keine Rolle gespielt.

zehn Studien aus acht Ländern übrig. Die darin berichteten Prävalenzraten schwanken zwischen 1:11.900 bis 1:45.000 für Mann-zu-Frau Personen (MzF) und 1:30.400 bis 1:200.000 für Frau-zu-Mann Personen (FzM). Einige Wissenschaftler vermuten wesentlich höhere Prävalenzen, abhängig von der in der Untersuchung verwendeten Methodik (z. B. Olyslager & Conway, 2007).

Direkte Vergleiche zwischen den einzelnen Studien sind nicht möglich, da jeweils unterschiedliche Methoden der Datenerhebung und der Kriterien zur Einordnung einer Person als transsexuell verwendet wurden (z. B. ob eine Person sich einer geschlechtsanpassenden Operation unterzogen hat oder nicht, sie eine Hormontherapie begonnen hat oder klinisch vorstellig wurde zur medizinisch-betreuten transitionsbezogenen Versorgung). In jüngeren Studien scheint ein Trend zu höheren Prävalenzraten auszumachen zu sein, was darauf hindeuten könnte, dass eine zunehmende Anzahl von Menschen Versorgung im klinischen Kontext suchen. Diese Interpretation wird durch eine Untersuchung von Reed und Mitarbeitern (2009) gestützt, nach der sich die Anzahl der Menschen, die in Großbritannien eine klinische Versorgung durch Gender-Klinken in Anspruch nahmen, alle fünf bis sechs Jahre verdoppelt. Ähnliches berichteten Zucker und Mitarbeiter (2008) für Toronto, Kanada, wo sich während eines Zeitraums von 30 Jahren die Überweisungen von Kindern und Jugendlichen an ihre Klinik vervierfacht bis verfünffacht habe.

Die Zahlen jener Studien können bestenfalls als Minimalschätzungen angesehen werden. Die veröffentlichten Zahlen stammen meistens aus Kliniken, in denen Patienten die Kriterien einer ausgeprägten Geschlechtsdysphorie erfüllten und Zugang zur Gesundheitsversorgung in diesen Kliniken hatten. Diese Schätzungen berücksichtigen nicht jene Menschen mit Geschlechtsdysphorie, die eine solche Behandlung, in dem jeweiligen klinischen Setting und Kontext angeboten entweder als nicht bezahlbar, nicht nützlich oder nicht akzeptabel wahrnehmen. Werden ausschließlich jene Menschen erfasst, die in den Kliniken für eine bestimmte Behandlungsart vorstellig werden, wird eine unbestimmte Zahl von Personen mit Geschlechtsdysphorie vernachlässigt.

Andere klinische Beobachtungen (die noch nicht durch eine systematische Studie bestätigt wurden) unterstützen die Wahrscheinlichkeit einer höheren Prävalenz von Geschlechtsdysphorie:

- Eine bislang unerkannte Geschlechtsdysphorie wird manchmal bei Patienten diagnostiziert, die wegen Angstzuständen, Depression, Verhaltensstörung, Substanzmissbrauch, dissoziativen Identitätsstörungen, einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, sexuellen Störungen und Störungen der Sexualdifferenzierung behandelt werden (Cole, O'Boyle, Emory, & Meyer III, 1997).

- Einige Cross-Dresser, Dragqueens/-kings oder Damen-/Herrenimitatoren sowie schwule und lesbische Personen können sich als geschlechtsdysphorisch erleben (Bullough & Bullough, 1993).

- Das Ausmaß der Geschlechtsdysphorie liegt bei einigen Menschen unter oder über dem klinisch auffälligen Grenzwert (Docter, 1988). Geschlechtsnichtkonformität unter FzM Personen

scheint in vielen Kulturen relativ unsichtbar zu sein, besonders bei Gesundheitspersonal und Wissenschaftlern in westlichen Ländern, die die meisten der Studien durchgeführt haben, auf denen die neuesten Schätzungen von Prävalenz und Inzidenz basieren (Winter, 2009).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die vorliegenden Daten als Ausgangspunkt angesehen werden können. Sorgfältigere epidemiologische Studien an verschiedenen Orten der Welt könnten jedoch die Gesundheitsversorgung weiterhin verbessern.

.

V

Überblick über therapeutische Ansätze zur Behandlung der Geschlechtsdysphorie

Kenntnisse und Behandlungsfortschritte im Zusammenhang mit Geschlechtsdysphorie

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts nahm das Bewusstsein über das Phänomen der Geschlechtsdysphorie zu, als in der Gesundheitsversorgung zunehmend professionelle Hilfe zur Linderung der Geschlechtsdysphorie (z. B. über Veränderungen der primären und sekundären Geschlechtsmerkmale durch Hormontherapie und Operationen sowie beim Geschlechtsrollenwechsel) angeboten wurde. Obwohl bereits Harry Benjamin ein Spektrum von Geschlechtsnichtkonformität beschrieb (Benjamin, 1966), konzentrierte sich der klinische Ansatz anfangs größtenteils auf die Auswahl jener für eine „Geschlechtsanpassung“ geeigneten Kandidatinnen und Kandidaten, die einen körperlichen Wechsel von Mann zu Frau oder Frau zu Mann möglichst vollständig erreichen konnten (z. B. Green & Fleming, 1990; Hastings, 1974). Dieser Ansatz wurde ausführlich evaluiert und zeigte sich als äußerst effektiv. Zufriedenheitsraten der Patienten lagen bei 87% für MzF-Patientinnen und 97% für FzM-Patienten über alle Studien hinweg (Green & Fleming, 1990). Nur sehr wenige bereuten den Entschluss zur Behandlung (1-1,5% der MzF-Patientinnen und < 1% der FzM-Patienten; Pfäfflin, 1993). Es konnte gezeigt werden, dass Hormontherapie und Operationen bei vielen Menschen medizinisch notwendig sind, um Geschlechtsdysphorie zu lindern (*American Medical Association*, 2008; Anton, 2009; WPATH, 2008).

Mit fortschreitenden Erfahrungen des Gesundheitspersonals wurde deutlich, dass viele Patientinnen und Patienten zur Linderung der Geschlechtsdysphorie sowohl Hormontherapie als auch chirurgische Interventionen benötigen, während andere lediglich eine der beiden Behandlungsoptionen und wieder andere keine Maßnahmen in Anspruch nehmen müssen (Bockting & Goldberg, 2006; Bockting, 2008; Lev, 2004). Einige Patientinnen und Patienten sind in der Lage, mit Hilfe von Psychotherapie ihre trans- oder crossgender Gefühle in die ihnen bei Geburt zugewiesene Geschlechtsrolle zu integrieren und haben kein Bedürfnis nach Feminisierung bzw. Maskulinisierung ihrer Körper. Für andere reicht ein Wechsel der Geschlechtsrolle und des Ausdrucks ihrer individuellen Geschlechtlichkeit aus, um ihre Geschlechtsdysphorie zu verringern. Einige Patientinnen und Patienten brauchen vielleicht Hormone und die Möglichkeit, ihre Geschlechtsrolle zu wechseln, jedoch keine Operationen. Andere hingegen benötigen eventuell einen Geschlechtsrollenwechsel und Operationen, jedoch keine Hormone. Mit anderen Worten ist die Behandlung der Geschlechtsdysphorie zunehmend individualisierter geworden.

Mit dem Heranwachsen einer Generation transsexueller, transgender und geschlechtsnichtkonformer Menschen – von denen viele von verschiedenen therapeutischen Ansätzen profitiert haben – wurden sie als gesellschaftliche Gruppe präsenter. Es zeigte sich eine beträchtliche Vielfalt im Geschlechtsidentitätserleben, in den Geschlechtsrollen und im jeweiligen Ausdruck der Geschlechtlichkeit. Einige beschreiben sich nicht als geschlechtsnichtkonform sondern als eindeutig gegengeschlechtlich (*cross-sexed*, d.h. als dem anderen Geschlecht zugehörig; Bockting, 2008). Andere bekräftigen ihre individuelle und einzigartige Geschlechtsidentität und empfinden sich weder als männlich noch als weiblich (Bornstein, 1994; Kimberly, 1997; Stone, 1991; Warren, 1993). Stattdessen beschreiben sie ihre Geschlechtsidentität mit spezifischen Begriffen, wie transgender, bigender oder genderqueer und unterstreichen damit ihre einzigartigen Erfahrungen, die über ein binäres Verständnis von Geschlecht (entweder männlich oder weiblich) hinausgehen (Bockting, 2008; Ekins & King, 2006; Nestle, Wilchins, & Howell, 2002). Sie erleben den Vorgang von Identitätsfindung nicht als Transition, da sie vollumfänglich in der ihnen bei Geburt zugewiesenen Geschlechtsrolle ohnehin nicht gelebt haben oder, da sie ihre Geschlechtsidentität, ihre Geschlechtsrolle und ihren geschlechtlichen Ausdruck auf eine Weise verwirklichen, die keinen Wechsel von einer zur anderen Geschlechtsrolle erfordert. So haben zum Beispiel einige Jugendliche, die sich als genderqueer bezeichnen, ihre Geschlechtsidentität und Geschlechtsrolle schon immer als genderqueer empfunden. Größere gesellschaftliche Präsenz und ein stärkeres Bewusstsein der Geschlechtervielfalt (Feinberg, 1996) haben außerdem die Möglichkeiten für Menschen mit Geschlechtsdysphorie erweitertet, eine Identität zu verwirklichen sowie eine Geschlechtsrolle und einen Ausdruck ihrer Geschlechtlichkeit zu finden, die bzw. der ihnen entspricht.

Gesundheitsfachkräfte können Menschen mit Geschlechtsdysphorie dabei helfen, ihr Geschlechtsidentitätserleben zu bestärken, verschiedene Optionen abzuwägen, um dieses Identitätserleben auszudrücken und Entscheidungen für medizinische Behandlungsmethoden zu treffen, die ihre Geschlechtsdysphorie verringern.

Psychologische und medizinische Behandlungsmöglichkeiten der Geschlechtsdysphorie

Für Personen, die eine Behandlung der Geschlechtsdysphorie wünschen, kommt eine Reihe von Behandlungsmöglichkeiten in Frage. Anzahl und Art der vorgenommenen Behandlungsschritte sowie die Reihenfolge, in der sie stattfinden, können individuell unterschiedlich sein (z. B. Bockting, Knudson, & Goldberg, 2006; Bolin, 1994; Rachlin, 1999; Rachlin, Green, & Lombardi, 2008; Rachlin, Hansbury, & Pardo, 2010). Es stehen folgende Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung:

- Änderung des Ausdrucks ihrer Geschlechtlichkeit und Wechsel der Geschlechtsrolle (das kann bedeuten, in manchen oder in allen Bereichen in einer Geschlechtsrolle zu leben, die der eigenen Geschlechtsidentität entspricht)

- Hormontherapie zur Feminisierung oder Maskulinisierung des Körpers

- Chirurgische Interventionen, um die primären und sekundären Geschlechtsmerkmale zu verändern (z. B. Brustbereich, äußere und/oder innere Genitalien, Gesichtsformen, Körperkonturen)

- Psychotherapie (Einzel-, Paar-, Familien oder Gruppentherapie), um das Geschlechtsidentitätserleben, die Geschlechtsrolle, und den Ausdruck der Geschlechtlichkeit zu ergründen, negative Auswirkungen von Geschlechtsdysphorie und Stigmatisierung auf die psychische Gesundheit zu thematisieren, Verringerung von internalisierter Transphobie, Förderung von sozialer und peer-group Unterstützung, Verbesserung der Körperbildes oder Förderung der Belastbarkeit.

Möglichkeiten der sozialen Unterstützung bei Änderung der geschlechtstypischen Erscheinung

Zusätzlich (oder alternativ) zu den oben beschriebenen psychologischen und körperlichen Behandlungsmöglichkeiten können noch weitere Optionen dazu beitragen, Geschlechtsdysphorie zu verringern:

- *Offline* und *online* Unterstützung durch Kontakt zu Selbsthilfegruppen oder anderen Gruppen oder Organisationen, die Angebote zur sozialen Unterstützung und Interessensvertretung bereitstellen

- *Offline* und *online* Unterstützung für Familienmitglieder und Freunde

- Sprach-, Stimm- und Kommunikationstherapie zur Verbesserung verbaler und nonverbaler Kompetenzen, um sich besser der Geschlechtsidentität entsprechend ausdrücken zu können
- Haarentfernung durch Nadelepilation, Laserbehandlung oder Wachsen
- Abbinden der Brüste, Wegdrücken der Genitalien, Ausstopfen der Kleidung im Brust- und Genitalbereich, oder an Hüfte und Gesäß
- Namens- und Personenstandsänderung sowie Änderung des Geschlechtseintrags in offiziellen Dokumenten.

VI

Diagnostische Einschätzung der Geschlechts-dysphorie bei Kindern und Jugendlichen

Zwischen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen gibt es eine Reihe von Unterschieden in der Phänomenologie, im Entwicklungsverlauf und in den Behandlungsverfahren. Bei Kindern und Jugendlichen steht ein schneller und einschneidender Entwicklungsprozess (physisch, psychisch und sexuell) im Vordergrund. Zudem lässt sich eine größere Variabilität in den Erscheinungsformen und Entwicklungsverläufen beobachten, insbesondere bei präpubertären Kindern. Dementsprechend gibt dieser Abschnitt der SOC spezifische Versorgungsempfehlungen für die Diagnostik und die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie wieder.

Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie

Ein wichtiger Unterschied zwischen Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie besteht in dem Anteil von denjenigen, bei denen die Dysphorie bis ins Erwachsenenalter persistiert. Geschlechtsdysphorie in der Kindheit bleibt nicht zwangsläufig bis ins Erwachsenenalter

bestehen[4]. Vielmehr zeigen Verlaufsstudien mit präpubertären Kindern (meistens Jungen), die zur diagnostischen Einschätzung einer Geschlechtsdysphorie an eine Klinik überwiesen wurden, dass das Erleben der Geschlechtsdysphorie nur bei 6 23% der Kinder bis ins Erwachsenenalter andauert (Cohen-Kettenis, 2001; Zucker & Bradley, 1995). Die untersuchten Jungen neigten in der Mehrzahl dazu, sich im Erwachsenenalter als homosexuell und nicht als transgender zu identifizieren (Green, 1987; Money & Russo, 1979; Zucker & Bradley, 1995; Zuger, 1984). Neuere Studien, in denen auch Mädchen berücksichtigt wurden, weisen eine Persistenz der Geschlechtsdysphorie bis ins Erwachsenenalter hinein für 12 – 27% auf (Drummond, Bradley, Peterson-Badali, & Zucker, 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008).

Im Gegensatz dazu scheint das Fortbestehen von Geschlechtsdysphorie bei Jugendlichen bis ins Erwachsenenalter hinein viel häufiger zu sein. Es gibt keine offiziellen prospektiven Studien. In einer follow-up Studie mit 70 Jugendlichen zeigte sich jedoch, dass alle mit einer Geschlechtsdysphorie diagnostizierten Jugendlichen, die pubertätsunterdrückende Hormone erhielten im weiteren Verlauf entsprechende geschlechtsanpassende Maßnahmen, beginnend mit einer feminisierenden/maskulinisierenden Hormontherapie, anstrebten (de Vries, Steensma, Doreleijers, & Cohen-Kettenis, 2010).

Ein weiterer Unterschied zwischen Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie liegt in den Geschlechterverhältnissen für die unterschiedlichen Altersgruppen. In klinischen Untersuchungspopulationen mit geschlechtsdysphorischen Kindern unter zwölf Jahren liegt das Verhältnis von Jungen zu Mädchen bei 6:1 bis 3:1 (Zucker, 2004). Unter den Jugendlichen, die älter als zwölf Jahre sind, liegt das Verhältnis von Jungen zu Mädchen bei fast 1:1 (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003).

Wie im Abschnitt IV und von Zucker und Lawrence (2009) beschrieben mangelt es bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Geschlechtsdysphorie an offiziellen epidemiologischen Studien. Zusätzliche Forschung ist erforderlich, um die Prävalenz und Persistenz bei verschiedenen Bevölkerungsgruppen weltweit genauer abschätzen zu können.

Phänomenologie bei Kindern

Bereits im Alter von zwei Jahren können Kinder Anzeichen aufweisen, die auf eine Geschlechtsdysphorie schließen lassen. Sie äußern etwa den Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören und sind

4 Zwar gibt es Kinder, deren geschlechtsnichtkonforme Verhaltensweisen bis in das Erwachsenenalter andauern, allerdings reflektieren solche Verhaltensweisen weder zwangsläufig eine Geschlechtsdysphorie noch eine Behandlungsnotwendigkeit. Wie in Abschnitt III. beschrieben, ist eine Geschlechtsdysphorie nicht gleichzusetzen mit den vielfältigen Ausdrucksmöglichkeiten der Geschlechtlichkeit.

über ihre Körper- und Geschlechtsmerkmale und über ihre Körperfunktionen unglücklich. Hinzu kommt möglicherweise, dass sie Kleider, Spielsachen und Spiele bevorzugen, die typischerweise mit dem anderen Geschlecht in Zusammenhang gebracht werden und bevorzugen es, mit Kindern des anderen Geschlechts zu spielen. Diese Verhaltensweisen treten heterogen auf: Einige Kinder weisen ein extrem geschlechtsuntypisches Verhalten auf und äußern geschlechtsnichtkonforme Wünsche, begleitet von anhaltendem und starkem Unbehagen über ihre primären Geschlechtsmerkmale. Bei anderen Kindern sind diese Charakteristiken weniger intensiv oder nur teilweise vorhanden (Cohen-Kettenis et al., 2006; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010a).

Bei geschlechtsdysphorischen Kindern kommt es zusätzlich relativ häufig zu anderen internalisierten Störungen, wie Ängsten und Depressionen (Cohen-Kettenis, Owen, Kaijser, Bradley, & Zucker, 2003; Wallien, Swaab, & Cohen-Kettenis, 2007; Zucker, Owen, Bradley, & Ameeriar, 2002). Die Prävalenz von Störungsbildern des autistischen Spektrums scheint in klinischen Stichproben mit geschlechtsdysphorischen Kindern höher zu sein als in der Allgemeinbevölkerung (de Vries, Noens, Cohen-Kettenis, van Berckelaer-Onnes, & Doreleijers, 2010).

Phänomenologie im Jugendalter

Bei den meisten Kindern verschwindet die Geschlechtsdysphorie vor oder zu Beginn der Pubertät. Bei einigen Kindern verstärken sich diese Gefühle jedoch und es entwickelt oder intensiviert sich eine Abneigung gegen den Körper, wenn sich die sekundären Geschlechtsmerkmale ausprägen (Cohen-Kettenis, 2001; Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003; Drummond et al., 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008; Zucker & Bradley, 1995). Die Daten einer Studie deuten darauf hin, dass ein Zusammenhang zwischen einer stärker ausgeprägten Geschlechtsnichtkonformität während der Kindheit und der Persistenz von Geschlechtsdysphorie bis ins späte Jugendalter und frühe Erwachsenenalter besteht (Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). Andererseits berichten einige Jugendliche und Erwachsene mit Geschlechtsdysphorie von keiner Vorgeschichte geschlechtsuntypischen Verhaltens während der Kindheit (Docter, 1988; Landén, Wålinder, & Lundström, 1998). Deshalb mag es für andere Beteiligte (Eltern, andere Familienmitglieder, Freunde und Menschen in ihrem Umfeld) überraschend sein, wenn bei einem Jugendlichen die Geschlechtsdysphorie erstmals im Jugendalter auftritt.

Jugendliche, die ihre primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale und das Geschlecht, das ihnen bei Geburt zugewiesen wurde, als inkongruent mit ihrer Geschlechtsidentität wahrnehmen, können sehr darunter leiden. Viele, wenngleich nicht alle, geschlechtsdysphorischen Jugendlichen haben einen starken Wunsch nach einer gegengeschlechtlichen Hormonbehandlung und körperverändernden, z. B. chirurgischen Maßnahmen. Eine zunehmende Anzahl an Jugendlichen hat bereits im Laufe der Pubertät, mit dem Wechsel auf eine höhere Schule (etwa 9. Schuljahr), begonnen, in der von ihnen gewünschten Geschlechtsrolle zu leben (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003).

Je nach Land und Gender-Klinik werden Jugendliche unterschiedlich behandelt. Dadurch ist die Zahl derjenigen, für die eine frühe medizinische Behandlung (beginnend mit GnRH-Analoga, um die Pubertät in den ersten Tanner-Stadien zu unterdrücken) geeignet erscheint, von Land zu Land und je nach Klinik unterschiedlich. Nicht alle Kliniken bieten eine die Pubertät unterdrückende Behandlung an. Falls eine solche Behandlung angeboten wird, variiert aber auch das pubertäre Entwicklungsstadium von Tanner-Stadium 2 bis Stadium 4, während dessen es Jugendlichen erlaubt wird, mit der Therapie zu beginnen, (Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006; Zucker et al., 2012). Der Anteil der behandelten Jugendlichen wird von den Gegebenheiten der gesundheitsbezogenen Versorgung, Bedingungen der Krankenversicherungen, kulturellen Unterschieden, Auffassungen der Fachkräfte für psychische Gesundheit und verschiedenen diagnostischen Vorgehensweisen beeinflusst.

Unerfahrene Kliniker könnten Anzeichen einer Geschlechtsdysphorie fälschlicherweise mit Wahnvorstellungen verwechseln. Phänomenologisch gibt es einen qualitativen Unterschied zwischen einer Geschlechtsdysphorie und einer Wahnsymptomatik oder anderen psychotischen Symptomen. Die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie leidet nicht an einer schweren psychiatrischen Erkrankung wie psychotischen Störungen (Steensma, Biemond, de Boer, & Cohen-Kettenis, 2011).

Stattdessen ist es für Jugendliche mit Geschlechtsdysphorie üblicher, dass sie gleichzeitig bestehende internalisierende Störungen aufweisen, wie Angstzustände und Depressionen, und/oder externalisierende Störungen wie oppositionelles Verweigerungsverhalten (de Vries et al., 2010). Wie bei den Kindern scheint es eine höhere Prävalenz für Autismus-Spektrums-Störungen bei klinischen Stichproben mit geschlechtsdysphorischen Jugendlichen im Vergleich zur Jugendlichen Allgemeinbevölkerung zu geben (de Vries et al., 2010).

Kompetenzen von Fachkräften für psychische Gesundheit[5] für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie

Folgende Minimalvoraussetzungen müssen von jenen Fachkräften für psychische Gesundheit erfüllt sein, die Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsdysphorie diagnostizieren und überweisen sowie ihnen Therapie anbieten:

1. Die Qualifikation als Fachkraft für psychische Gesundheit, wie in Abschnitt VII für die Arbeit mit Erwachsenen beschrieben, muss vorliegen.

2. Die Person muss im Bereich der Entwicklungspsychopathologie im Kindes- und Jugendalter ausgebildet sein.

3. Die Person muss befähigt sein, die gängigen Probleme im Kindes- und Jugendalter zu diagnostizieren und zu behandeln.

Aufgabenbereiche der Fachkräfte für psychische Gesundheit in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie

Folgende Rollen können Fachkräfte für psychische Gesundheit in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie einnehmen:

1. Die diagnostische Einschätzung der Geschlechtsdysphorie bei Kindern und Jugendlichen (siehe auch die grundlegenden Empfehlungen für die diagnostische Einschätzung unten).

2. Bereitstellung von Beratungsangeboten und unterstützender Psychotherapie für Familien, um Kindern und Jugendlichen dabei zu helfen, ihre eigene Geschlechtsidentität zu erkunden,

5 Anm. d. Übers.: In Deutschland umfasst die Gruppe der Fachkräfte für psychische Gesundheit im Bereich der Gesundheitsversorgung in der Regel Fachkräfte mit Facharztstandard bzw. Facharztäquivalenz. Hierbei handelt es sich um Psychologische Psychotherapeuten sowie Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärzte für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie, Ärzte für Nervenheilkunde, Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ärzte für Psychotherapeutische Medizin sowie Fachärzte anderer Fachrichtungen, die über die Zusatzbezeichnung „Fachgebundene Psychotherapie“ verfügen. Bei der Versorgungen von Kindern und Jugendlichen kommen noch die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie die Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Betracht.

den mit der Geschlechtsdysphorie einhergehenden Leidensdruck zu lindern und andere psychosoziale Schwierigkeiten zu verbessern.

3. Diagnostik und Behandlung von begleitend auftretenden Problemen der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (oder die Überweisung zur Behandlung an andere Fachkräfte für psychische Gesundheit). Diese Bereiche sollten grundsätzlich im Rahmen der Gesamtbehandlung berücksichtigt werden.

4. Überweisung von Jugendlichen an Fachkräfte für körperliche Behandlungsmaßnahmen (wie z. B. die Pubertät unterdrückende Hormone), um die Geschlechtsdysphorie zu lindern. Diese Überweisung sollte die Dokumentation der diagnostischen Einschätzung der Geschlechtsdysphorie, der psychischen Gesundheit und der allgemeinen Eignung des Jugendlichen für die Behandlung mit körperlichen Maßnahmen (unten beschrieben), die spezifische Expertise der zuständigen Fachkraft für psychische Gesundheit sowie weitere Informationen, die die Gesundheit des Jugendlichen betreffen und für die spezifischen Folgebehandlungen wichtig sein können.

5. Weiterbildung und Einsatz für Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsdysphorie und ihre Familien in ihrem sozialen Umfeld (z. B. Kindergarten/Hort, Schule, Camps und andere Einrichtungen/Organisationen). Dies ist besonders wichtig vor dem Hintergrund, dass Kinder und Jugendliche, die nicht den gängigen sozialen Geschlechtsnormen entsprechen, in der Schule häufig Erfahrungen mit Mobbing machen (Grossman, D'Augelli, & Salter, 2006; Grossman, D'Augelli, Howell, & Hubbard, 2006; Sausa, 2005). Dies setzt sie einem höheren Risiko aus, für Erfahrungen mit sozialer Isolation, Depression und anderen negativen Folgen (Nuttbrock et al., 2010).

6. Versorgung der Kinder, Jugendlichen und ihrer Familien mit Informationen und Überweisung an Unterstützung durch Gleichaltrige, wie Selbsthilfegruppen für Eltern von geschlechtsnichtkonformen und transgender Kindern (Gold & MacNish, 2011; Pleak, 1999; Rosenberg, 2002).

Die diagnostische Einschätzung und psychosoziale Betreuung von Kindern und Jugendlichen werden oft in einer multidisziplinären Einrichtung angeboten, die auf Fragen der Geschlechtsidentität spezialisiert ist. Falls es eine solche multidisziplinäre Einrichtung nicht gibt, sollten Fachkräfte für psychische Gesundheit sowohl die diagnostische Einschätzung als auch die Aufklärung über körperliche Interventionen gemeinsam mit einem pädiatrischen Endokrinologen durchführen und diesen an allen Entscheidungen beteiligen.

Diagnostische Einschätzung von Kindern und Jugendlichen

Bei der diagnostischen Einschätzung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen sollten folgende Versorgungsempfehlungen berücksichtigt werden:

1. Fachkräfte für psychische Gesundheit sollten gegenüber Anzeichen einer inkongruenten Geschlechtsidentität oder Geschlechtsdysphorie keine negative Einstellung zum Ausdruck bringen. Sie sollten vielmehr die vorgebrachten Anliegen der Kinder, Jugendlichen und deren Familien ernst nehmen. Es sollte eine sorgfältige diagnostische Einschätzung bezüglich der Geschlechtsdysphorie und aller anderen gleichzeitig bestehenden psychischen Problemen angeboten werden und die Klienten und deren Familien über Therapieoptionen aufgeklärt werden (falls nötig). Akzeptanz und Offenheit können die geschlechtsdysphorischen Kinder/Jugendlichen und deren Familien maßgeblich erleichtern.

2. Die diagnostische Einschätzung der Geschlechtsdysphorie und der psychischen Gesundheit sollte die Untersuchung der Erscheinungsform und der Charakteristiken der Geschlechtsidentität eines Kindes oder Jugendlichen beinhalten. Eine psychodiagnostische und psychiatrische Einschätzung sollte erfolgen und Bereiche des emotionalen Erlebens, die Beziehungen zu Gleichaltrigen und andere soziale Beziehungen, sowie intellektuelle Funktionsbereiche und schulische Leistungen erfassen. Die Anamnese sollte eine Bewertung der Stärken und Schwächen des familiären Funktionsniveaus mit einschließen. Emotionale und Verhaltensprobleme sind relativ häufig, zudem können ungelöste Probleme im sozialen Umfeld des Kindes oder Jugendlichen vorhanden sein (de Vries, Doreleijers, Steensma, & Cohen-Kettenis, 2011; Di Ceglie & Thümmel, 2006; Wallien et al., 2007).

3. Bei Heranwachsenden sollte die Diagnostikphase auch dazu genutzt werden, die Jugendlichen und ihre Familien über die Möglichkeiten und Grenzen verschiedener Behandlungsangebote aufzuklären. Dies ist sowohl für die Einwilligungserklärung als auch für die diagnostische Einschätzung notwendig. Die Art und Weise, wie Jugendliche auf die Informationen über das Angebot von körperverändernden und/oder geschlechtsanpassenden Behandlungsmaßnahmen reagieren, kann diagnostisch aufschlussreich sein. Sachgemäße Informationen können den Wunsch eines Jugendlichen nach einer spezifischen Behandlung beeinflussen, wenn dieser Wunsch auf unrealistischen Erwartungen an die Behandlungsmöglichkeiten basiert hat.

Psychologische und soziale Interventionen bei Kindern und Jugendlichen

Bei der Unterstützung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie sollten Fachkräfte für psychische Gesundheit in ihrem Vorgehen den folgenden Versorgungsempfehlungen weitestgehend folgen:

1. Fachkräfte für psychische Gesundheit sollten den Familien helfen, die Anliegen und Sorgen ihrer geschlechtsdysphorischen Kinder oder Jugendlichen ernst zu nehmen und auf sie einzugehen. Familien spielen eine wichtige Rolle für die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden von Jugendlichen (Brill & Pepper, 2008; Lev, 2004). Das gilt auch für Gleichaltrige/Freunde und andere soziale Bezugspersonen, die eine weitere Quelle sozialer Unterstützung darstellen.

2. Die Psychotherapie sollte sich darauf konzentrieren, den durch die Geschlechtsdysphorie hervorgebrachten Leidensdruck eines Kindes oder Jugendlichen zu lindern und alle anderen psychosozialen Schwierigkeiten zu reduzieren. Bei Jugendlichen, die geschlechtsanpassende körpermedizinische Maßnahmen anstreben kann sich das Hauptaugenmerk der Psychotherapie darauf richten, sie vor, während und nach den Maßnahmen zu unterstützen. Offizielle Evaluationen verschiedener psychotherapeutischer Verfahren in diesem Versorgungsbereich wurden noch nicht veröffentlicht, es gibt aber Beschreibungen mehrerer Beratungsmethoden (Cohen-Kettenis, 2006; de Vries, Cohen-Kettenis, & Delemarre-van de Waal, 2006; Di Ceglie & Thümmel, 2006; Hill, Menvielle, Sica, & Johnson, 2010; Malpas, 2011; Menvielle & Tuerk, 2002; Rosenberg, 2002; Vanderburgh, 2009; Zucker, 2006).

   Behandlungsansätze, die darauf abzielten, die Geschlechtsidentität und den Ausdruck der Geschlechtlichkeit eines Menschen so zu verändern, dass sie besser mit dem bei Geburt zugewiesen Geschlecht übereinstimmen, waren erfolglos (Gelder & Marks, 1969; Greenson, 1964), vor allem langfristig (Cohen-Kettenis & Kuiper, 1984; Pauly, 1965). Derartige Behandlungsmethoden werden nicht mehr als ethisch vertretbar angesehen.

3. Familien sollten dabei unterstützt werden, mit der Ungewissheit und den Ängsten bezüglich der psychosexuellen Entwicklung ihres Kindes oder Jugendlichen zurechtzukommen sowie den jungen Menschen zur Entwicklung eines positiven Selbstkonzepts verhelfen.

4. Fachkräfte für psychische Gesundheit sollte keine binäre Sichtweise von Geschlecht aufzwingen. Sie sollten den Patienten Freiraum lassen, verschiedene Optionen des Ausdrucks von Geschlechtlichkeit zu erkunden. Hormonelle oder chirurgische Interventionen sind für einige Jugendliche, aber nicht für alle, geeignet.

5. Klienten und deren Familien sollten bei schwierigen Entscheidungen unterstützt werden, z.B. bis zu welchem Grad Klienten eine Geschlechtsrolle ausprobieren dürfen, die im Einklang mit ihrer Geschlechtsidentität steht, oder bei der Bestimmung des Zeitpunktes und im Verlauf des Geschlechtsrollenwechsels. So können zum Beispiel Klienten, die noch eine Schule besuchen, ihre Geschlechtsrolle zum Teil (z. B. indem sie Kleidung oder eine Frisur tragen, die ihre Geschlechtsidentität widerspiegelt) oder vollständig wechseln (z. B. indem sie auch einen Vornamen verwenden, der mit ihrer Geschlechtsidentität übereinstimmt). Schwierige Fragen finden sich etwa auch bei Themen, ob und wann andere Menschen über die Situation der Klienten informiert werden sollten und wie andere Menschen in deren Umfeld darauf reagieren.

6. Fachkräfte für psychische Gesundheit sollten zudem ihre Klienten und ihre Familien als Berater und Fürsprecher bei deren Interaktionen mit Mitgliedern des öffentlichen Lebens und Autoritäten, wie z. B. Behörden, Lehrern, Schulbehörden und Gerichten beistehen.

7. Fachkräfte für psychische Gesundheit sollten auch während allen folgenden sozialen Veränderungen oder körperlichen Interventionen darum bemüht sein, eine therapeutische Beziehung mit geschlechtsnichtkonformen Kindern/Jugendlichen und deren Familien aufrechtzuerhalten. So wird sichergestellt, dass Entscheidungen über den Ausdruck der Geschlechtlichkeit und die Behandlung der Geschlechtsdysphorie sorgfältig und wiederholt wohl überlegt werden. Das gleiche gilt, wenn Kinder oder Jugendliche sich schon sozial verändert haben, bevor sie von Fachkräften für psychische Gesundheit gesehen werden.

Geschlechtsrollenwechsel während der frühen Kindheit

Einige Kinder geben an, dass sie den Geschlechtsrollenwechsel in sozialen Situationen lange vor der Pubertät vollziehen möchten. Bei einigen Kindern kann dieser Wunsch ein Ausdruck ihrer Geschlechtsidentität sein. Andere wiederum könnten durch andere Einflüsse dazu motiviert worden sein. Familien unterscheiden sich darin, bis zu welchem Grad sie jüngeren Kindern erlauben, einen Geschlechtsrollenwechsel zu einer anderen Geschlechtsrolle vorzunehmen. Der Geschlechtsrollenwechsel in früher Kindheit führt bei einigen Familien rasch zu einem Erfolg. Dies ist ein kontroverses Thema und die Meinungen des Gesundheitspersonals gehen hier weit auseinander. Die bisher vorliegenden Forschungsergebnisse reichen nicht aus, um auf lange Sicht den Ausgang eines Geschlechtsrollenwechsels in jungen Jahren vorherzusagen. *Outcome*-Forschung mit Kindern, die schon früh die Geschlechtsrolle gewechselt haben, ist für zukünftige klinische Empfehlungen von großem informativem Nutzen.

Fachkräfte für psychische Gesundheit können Familien dabei unterstützen, Entscheidungen bezüglich Zeitpunkt und Ablauf des Geschlechtsrollenwechsels ihrer jüngeren Kinder zu treffen. Sie sollten die Eltern informieren und ihnen dabei helfen, den möglichen Nutzen und die Risiken bestimmter

Wahlmöglichkeiten gegeneinander abzuwägen. In diesem Zusammenhang sind die vorher beschriebenen, relativ niedrigen Persistenzquoten der Geschlechtsdysphorie im Kindesalter wichtig (Drummond et al., 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). Ein Wechsel zurück zur ursprünglichen Geschlechtsrolle kann äußerst belastend sein und den zweiten Geschlechtsrollenwechsel sogar verzögern (Steensma & Cohen-Kettenis, 2011). Aus diesen Gründen sollten Eltern den Geschlechtsrollenwechsel nicht als eine irreversible Situation betrachten. Vielmehr sollten sie einen Weg suchen, auf dem das Leben in einem anderen Geschlecht ausprobiert werden kann. Fachkräfte für psychische Gesundheit können Eltern in diesem Zusammenhang behilflich sein, Möglichkeiten von Zwischenlösungen oder Kompromissen zu finden (z. B. ausschließlich in den Ferien). Ebenso ist es wichtig, dass Eltern ihren Kindern deutlich sagen, dass die Möglichkeit besteht, wieder in der vorherigen Geschlechtsrolle zu leben.

Ganz gleich, wie die Entscheidung der Familie bezüglich eines Geschlechtsrollenwechsels auch ausfällt (Zeitpunkt, Ausmaß), Fachkräfte für psychische Gesundheit sollten beratend und unterstützend zur Seite stehen, wenn sich die Familie mit den Möglichkeiten und Auswirkungen auseinandersetzt. Falls Eltern ihrem Kind keinen Geschlechtsrollenwechsel erlauben, brauchen sie eventuell Beratung, um den Bedürfnissen ihres Kindes auf einfühlsame und fürsorgliche Art und Weise gerecht zu werden, um so sicherzustellen, dass das Kind reichlich Möglichkeiten hat, das Geschlechtserleben und -verhalten in einem sicheren Umfeld auszuprobieren. Falls Eltern ihrem Kind erlauben, einen Geschlechtsrollenwechsel durchzuführen, benötigen sie vielleicht Beratung, damit das Kind eine positive Erfahrung macht. So brauchen sie vielleicht Unterstützung bei der Verwendung des korrekten Vornamens und um ein sicheres und unterstützendes Umfeld für ihr sich veränderndes Kind zu gewährleisten (z. B. in der Schule, im Umgang mit Gleichaltrigen) sowie bei der Aufklärung anderer Menschen im Leben ihres Kindes. Wenn der Zeitpunkt der Pubertät des Kindes näher rückt, wird eventuell eine weitere diagnostische Untersuchung nötig sein, da Möglichkeiten für körperliche Interventionen an Bedeutung zunehmen.

Körperliche Interventionen bei Jugendlichen

Bevor körperliche Interventionen bei Jugendlichen in Betracht gezogen werden, sollte – wie oben beschrieben – eine ausgiebige Exploration der psychischen, familiären und sozialen Situation durchgeführt werden. Die Dauer dieser Untersuchung kann ganz unterschiedlich sein und hängt von der Komplexität der Situation ab.

Körperliche Interventionen sollten der Entwicklung des Jugendlichen entsprechend angesprochen werden. Einige Identitätsvorstellungen von Jugendlichen werden so überzeugend und vehement ausgedrückt, dass sie fälschlicherweise die Vermutung nahelegen, unwiderruflich zu sein. Es kann zunächst zu einer Verschiebung hin zu Geschlechtskonformität bei den Jugendlichen kommen, hauptsächlich um den Eltern zu gefallen. Diese ist jedoch meistens nicht anhaltend oder spiegelt

keine permanente Veränderung der Geschlechtsdysphorie wider (Hembree et al., 2009; Steensma et al., 2011).

Körpermedizinische Interventionsmaßnahmen für Jugendliche lassen sich in die folgenden drei Kategorien oder Abschnitte unterteilen (Hembree et al., 2009):

1. *Vollständig reversible Interventionen.* Diese beinhalten den Einsatz von GnRH-Analoga, um die Produktion von Östrogen oder Testosteron zu unterdrücken und verzögern infolgedessen die durch die Pubertät hervorgerufenen körperlichen Veränderungen. Alternative Behandlungsoptionen beinhalten Progestagene (am häufigsten Medroxyprogesteron) und andere Medikamente (wie zum Beispiel Spironolakton), die die Wirkung der Androgene unterdrücken, die von den Testes der Jugendlichen ausgeschieden werden, die keine GnRH Analoga erhalten,. Die regelmäßige Einnahme oraler Kontrazeptiva (oder Depot Medroxyprogesteron) kann zur Unterdrückung der Menstruation verwendet werden.

2. *Partiell reversible Interventionen*. Hierzu gehören maskulinisierende/feminisierende Hormonbehandlungen Einige hormoninduzierte Veränderungen können rekonstruktive Operationen notwendig machen (z. B. Gynäkomastie verursacht durch die Östrogene), während andere nicht reversibel sind (z. B. das Absinken der Stimme verursacht durch Testosteron).

3. *Irreversible Interventionen.* Hierbei handelt es sich um chirurgische Interventionen.

Empfehlenswert ist ein schrittweises Vorgehen, um Optionen während der ersten zwei Schritte offen zu halten. Der Schritt von einer Stufe zur nächsten sollte erst dann geschehen, wenn die Jugendlichen und deren Eltern ausreichend Zeit hatten, die Auswirkungen vorhergehender Interventionen vollständig zu verarbeiten.

Vollständig reversible Interventionen

Jugendliche können für eine die Pubertät unterdrückende Hormonbehandlung in Frage kommen, sobald die durch die Pubertät induzierten körperlichen Veränderungen eingesetzt haben. Damit die Jugendlichen und ihre Eltern die richtige Entscheidung hinsichtlich des pubertären Aufschubs treffen, wird empfohlen, dass die Jugendlichen den Beginn der Pubertät bis mindestens Tanner-Stadium 2 erfahren. Einige Kinder erreichen diese Stufe schon in einem sehr jungen Alter (z. B. mit 9 Jahren). Studien, die diesen Ansatz evaluiert haben, haben bisher nur Kinder berücksichtigt, die mindestens 12 Jahre alt waren (Cohen-Kettenis, Schagen, Steensma, de Vries, & Delemarre-van de Waal, 2011; de Vries, Steensma et al., 2010; Delemarre-van de Waal, van Weissenbruch, & Cohen Kettenis, 2004; Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006).

Zwei Ziele rechtfertigen die Intervention mit pubertätsunterdrückenden Hormonen: (i) deren Anwendung gibt den Jugendlichen mehr Zeit, ihre Geschlechtsnichtkonformität und andere Entwicklungsprobleme zu erkunden und (ii) deren Anwendung kann vielleicht eine Geschlechtsanpassung erleichtern, indem sie die Entwicklung von sekundären Geschlechtsmerkmalen unterbindet, die nur schwer oder gar nicht wieder rückgängig gemacht werden können, falls der Jugendliche weiterhin eine körpermedizinische Behandlung verfolgt.

Die Unterdrückung der Pubertät kann über einige Jahre fortgesetzt werden. Während dieser Zeit wird entschieden, ob die Hormontherapie ganz abgesetzt oder auf eine feminisierende bzw. maskulinisierende Hormonbehandlung gewechselt wird. Pubertätsunterdrückung muss nicht automatisch zu einem Geschlechtsrollenwechsel oder zu geschlechtsanpassenden operativen Maßnahmen führen.

Kriterien für pubertätsunterdrückende Hormone

Jugendliche müssen, um die Behandlung durch die pubertätsunterdrückenden Hormone zu erhalten, die folgenden Minimalkriterien erfüllen:

1. Der/die Jugendliche zeigt ein anhaltendes und starkes Erleben von Geschlechtsnichtkonformität oder Geschlechtsdysphorie (offen oder unterdrückt).

2. Die Geschlechtsdysphorie hat sich mit dem Einsetzen der Pubertät herausgebildet oder verstärkt/verschlimmert.

3. Jegliche gleichzeitig bestehenden psychologischen, medizinischen oder sozialen Probleme, die die Behandlung störend beeinflussen könnten (z. B. die Einhaltung des Behandlungsplans gefährden), wurden angesprochen, sodass die Situation und das Funktionsniveau des/der Jugendlichen stabil genug sind, um mit der Behandlung zu beginnen.

4. Der/die Jugendliche hat sein Einverständnis gegeben und die Eltern oder andere Erziehungsberechtigte bzw. Bezugspersonen haben der Behandlung zugestimmt und sind in den Behandlungsprozess mit einbezogen um den/die Jugendliche(n) zu unterstützen (insbesondere wenn diese/r noch minderjährig ist).

Behandlungspläne, Überwachung und Risiken bei Pubertätsunterdrückung

Für die Pubertätsunterdrückung sollten Jugendliche mit männlichen Genitalien mit GnRH-Analoga behandelt werden, die die Ausschüttung des luteinisierenden Hormons und folglich die Testosteronsekretion unterbinden. Alternativ können sie auch mit Progestagenen (wie zum Beispiel Medroxyprogesteron) oder anderen Medikamenten behandelt werden, die die

Testosteronausschüttung von Testosteron blockieren und/oder die Wirkung neutralisieren. Jugendliche mit weiblichen Genitalien sollten mit GnRH-Analoga behandelt werden, die die Produktion von Östrogenen und Progesteronen unterbinden. Alternativ können sie mit Progestagenen (wie Medroxyprogesteron) behandelt werden. Die regelmäßige Einnahme oraler Kontrazeptiva (oder Depot Medroxyprogesteron) können dazu verwendet werden, die Menstruation zu unterdrücken. Bei beiden Gruppen der Jugendlichen ist die Verwendung von GnRH-Analoga die bevorzugte Behandlungsart (Hembree et al. 2009), wobei deren Kosten aber für einige Patienten unerschwinglich sind.

Während der Pubertätsunterdrückung sollte die körperlich Entwicklung des Jugendlichen sorgfältig überwacht werden – vorzugsweise von einem pädiatrischen Endokrinologen – sodass etwaige notwendige Behandlungsmaßnahmen vorgenommen werden können (z. B. um die geringe iatrogene Knochenmineraldichte zu verbessern und um eine adäquate geschlechtsspezifische Körpergröße zu erreichen, vgl. Hembree et al., 2009).

Die frühe Anwendung von pubertätsunterdrückenden Hormonen kann negative und emotionale Folgen der Geschlechtsdysphorie effektiver abwenden als ihr späterer Einsatz. Behandlungen im Jugendalter sollten möglichst auf Rat eines pädiatrischen Endokrinologen durchgeführt werden. Jugendliche mit männlichen Genitalien, die GnRH-Analoga früh während der Pubertät einnehmen, sollten darüber informiert werden, dass unzureichendes Penisgewebe bei der Operationsmethode der penilen Inversion zu Schwierigkeiten beim Aufbau einer Vaginalplastik führen kann.

Weder die Pubertät zu unterdrücken noch die Pubertät stattfinden zu lassen, ist ein neutrales Geschehen. Einerseits kann das spätere Alltagsleben durch die Entstehung von nicht rückgängig zu machenden Geschlechtsmerkmalen und einer jahrelangen intensiv erlebten Geschlechtsdysphorie beeinträchtigt werden. Andererseits gibt es Bedenken wegen der negativen physischen Nebenwirkungen durch die Einnahme von GnRH-Analoga (z. B. Knochenentwicklung und Körpergröße). Obwohl die allerersten Ergebnisse dieser Methode (untersucht an Jugendlichen, die 10 Jahre lang begleitet wurden) vielversprechend sind (Cohen-Kettenis et al., 2011; Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006), können die Langzeitwirkungen erst bestimmt werden, wenn die ersten damit behandelten Patienten das entsprechende Alter erreicht haben.

Partiell reversible Interventionen

Jugendliche können die Voraussetzungen erfüllen, eine feminisierende/maskulinisierende Hormontherapie zu beginnen, möglichst mit Einverständnis der Eltern. In vielen Ländern sind Sechzehnjährige geschäftsfähig und somit rechtlich in der Lage, Entscheidungen über medizinische Interventionen zu treffen und brauchen kein Einverständnis der Eltern. Im Idealfall sollten die

Entscheidungen hinsichtlich der Behandlungsschritte von den Jugendlichen zusammen mit ihrer Familie und dem Behandlungsteam getroffen werden.

Die Behandlungspläne einer Hormontherapie bei geschlechtsdysphorischen Jugendlichen unterscheiden sich erheblich von jenen bei Erwachsenen (Hembree et al., 2009). Die Hormontherapie für Jugendliche wird so angepasst, dass sie der somatischen, emotionalen und mentalen Entwicklung, die während des Erwachsenwerdens stattfindet, gerecht wird (Hembree et al., 2009).

Irreversible Interventionen

Operationen am Genitale sollten erst durchgeführt werden, wenn (i) die Patienten volljährig sind (damit sie eine Einverständniserklärung für medizinische Interventionen im entsprechenden Land abgeben können), und wenn (ii) die Patienten kontinuierlich seit mindestens zwölf Monaten in der Geschlechtsrolle gelebt haben, die mit ihrer Geschlechtsidentität übereinstimmt. Die Altersgrenze sollte als Minimalkriterium und nicht als Richtwert per se für eine aktive Intervention angesehen werden.

Brustoperationen bei FzM-Patienten können früher durchgeführt werden, vorzugsweise nachdem die Personen eine angemessene Zeit lang in der gewünschten Geschlechtsrolle gelebt haben und nach einem Jahr Testosteronbehandlung. Dieser Vorschlag für die Abfolge beabsichtigt, den Jugendlichen ausreichend Gelegenheit zu geben, die männliche Geschlechtsrolle zu leben und sich ihr sozial anzupassen, bevor sie sich einer irreversiblen Behandlungsmaßnahme unterziehen. Andere Vorgehensweisen können jedoch zweckmäßiger sein, je nach der spezifischen klinischen Situation der Jugendlichen und ihren Zielvorstellungen hinsichtlich des Ausdrucks ihrer Geschlechtsidentität.

Risiken bei der Vorenthaltung medizinischer Behandlungsmaßnahmen bei Jugendlichen

Die Verweigerung von frühzeitigen medizinischen Interventionen kann bei Jugendlichen das Vorliegen einer Geschlechtsdysphorie verlängern und zu einem Ausdruck der Geschlechtlichkeit beitragen, der Missbrauch und Stigmatisierung nach sich zieht. Da das Ausmaß von geschlechtsbezogenem Missbrauch stark mit dem Ausmaß an psychischen Störungen während der Jugendzeit in Zusammenhang steht (Nuttbrock et al., 2010), ist die Vorenthaltung einer

pubertätsunterdrückenden und anschließenden feminisierenden oder maskulinisierenden Hormontherapie keine neutrale Option für Jugendliche.

VII
Psychische Gesundheit

Transsexuelle, transgender und geschlechtsnichtkonforme Menschen können aus vielerlei Gründen die Hilfe einer Fachkraft für psychische Gesundheit aufsuchen. Unabhängig davon, warum jemand Hilfe in Anspruch nimmt, sollten Fachkräfte für psychische Gesundheit mit Geschlechtsnichtkonformität vertraut sein, kulturbedingte Faktoren kennen und bei der Behandlung Einfühlungsvermögen zeigen.

Dieser Abschnitt der SOC konzentriert sich auf die Rolle der Fachkräfte für psychische Gesundheit bei der Behandlung von Erwachsenen, die wegen Geschlechtsdysphorie und ähnlichen Belangen Hilfe suchen. Fachkräfte für psychische Gesundheit, die mit geschlechtsdysphorischen Kindern, Jugendlichen und deren Familien arbeiten, werden auf Abschnitt VI verwiesen.

Kompetenzen von Fachkräften für psychische Gesundheit für die Arbeit mit Erwachsenen mit Geschlechtsdysphorie

Die Ausbildung von Fachkräften für psychische Gesundheit, die mit Erwachsenen mit Geschlechtsdysphorie arbeiten, beruht auf der allgemeinen klinischen Grundkompetenz in der diagnostischen Einschätzung und der Behandlung von psychischen Problemen. Die klinische Ausbildung kann innerhalb jeder Disziplin stattfinden, die das Fachpersonal auf die klinische Praxis vorbereitet wie Psychologie, Psychiatrie, Sozialarbeit, psychologische Beratung, Ehe- und Familientherapie, Pflege oder Familienmedizin mit spezieller Ausbildung für Verhaltensmedizin und Beratung. Minimalanforderungen an das Fachpersonal sind[6]:

1. 1. Einen Masterabschluss oder einen entsprechenden Abschluss in den klinischen Verhaltenswissenschaften. Dieser Abschluss oder ein höherer sollte an einer national oder

6 Anm. d. Übers.: Die in Deutschland als Fachkraft für psychische Gesundheit subsumierten Berufsgruppen (mit Approbation) finden sich in Fußnote 5.

regional offiziell anerkannten Einrichtung erworben worden sein. Fachkräfte für psychische Gesundheit sollten einen entsprechenden Abschluss bzw. eine Weiterbildung aufweisen.

2. Kompetenz in der Anwendung des DSM und der ICD.

3. Fähigkeit zusätzlich auftretende psychische Symptome zu diagnostizieren und diese von der Geschlechtsdysphorie abzugrenzen.

4. Nachweis von Supervision und Fertigkeiten in Psychotherapie und Beratung.

5. Kenntnisse über geschlechtsnichtkonforme Identitäten und Verhaltensweisen und über die diagnostische Einschätzung und Behandlung der Geschlechtsdysphorie.

6. Laufende Fortbildung in Diagnostik und Behandlung der Geschlechtsdysphorie. Das bedeutet den Besuch von entsprechenden Fachveranstaltungen, Kongressen, Workshops oder Seminaren. Supervision von einer Fachkraft für psychische Gesundheit mit entsprechenden Fachkenntnissen und Erfahrungen, oder Beteiligung an Forschung zu Geschlechtsnichtkonformität und Geschlechtsdysphorie.

Zusätzlich zu den oben genannten Minimalanforderungen wird empfohlen, dass Fachkräfte für psychische Gesundheit sich mit kulturellen Aspekten auseinandersetzen, um die Arbeit mit transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Klienten zu erleichtern. Das kann zum Beispiel beinhalten, sich mit den Belangen aus dem aktuellen Umfeld, den rechtlichen und öffentlichen Angelegenheiten, die für diese Klienten und deren Familien wichtig sind, vertraut macht. Zusätzlich wären Kenntnisse über Sexualität, Fragen der sexuellen Gesundheit und die diagnostischen Einschätzung und Behandlung von sexuellen Störungen wünschenswert.

Fachkräfte für psychische Gesundheit, die neu auf diesem Gebiet sind (ungeachtet ihres Ausbildungsstandes und anderer Erfahrungen) sollten unter Aufsicht einer Fachkraft für psychische Gesundheit arbeiten, die einschlägige Kompetenz in der diagnostischen Einschätzung und Behandlung der Geschlechtsdysphorie aufweist.

Aufgaben im Zusammenhang der diagnostischen Einschätzung und Überweisung von Erwachsenen mit Geschlechtsdysphorie

Fachkräfte für psychische Gesundheit können, je nach den Bedürfnissen der Klienten, auf vielfältige Art und Weise transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Menschen und deren Familien helfen. So können Fachkräfte für psychische Gesundheit zum Beispiel als Psychotherapeut,

Berater oder Familientherapeut, als Diagnostiker, Gutachter oder Informationsvermittler behilflich sein.

Fachkräfte für psychische Gesundheit sollten feststellen, warum Klienten professionelle Hilfe aufsuchen. Klienten wünschen z. B. zum Teil verschiedene gesundheitsbezogene Versorgungsleistungen: psychotherapeutische Hilfe bei Fragen der Geschlechtsidentität und des geschlechtlichen Ausdrucks oder beim Prozess des Coming-out, diagnostische Einschätzung, Indikationsstellung und Überweisung für feminisierende/maskulinisierende Interventionen, psychologische Unterstützung für Familienangehörige (Partner, Kinder, Großfamilie), Psychotherapie für Probleme, die nicht im Zusammenhang mit Fragen zur Geschlechtlichkeit stehen oder andere professionelle Beratung.

Die nachfolgenden allgemeinen Empfehlungen beziehen sich auf die üblichen Aufgaben von Spezialisten, die mit Erwachsenen mit einer Geschlechtsdysphorie arbeiten.

Aufgaben im Zusammenhang mit der diagnostischen Einschätzung und Überweisung

1. Diagnostische Einschätzung der Geschlechtsdysphorie

Fachkräfte für psychische Gesundheit untersuchen die Geschlechtsdysphorie der Klienten im Rahmen einer Evaluation ihrer psychosozialen Anpassung (Bockting et al., 2006; Lev, 2004, 2009). Die Untersuchung umfasst zumindest die Einschätzung der Geschlechtsidentität und Geschlechtsdysphorie, die Entwicklung der geschlechtsdysphorischen Gefühle, die mit der Geschlechtsnichtkonformität einhergehenden, Auswirkungen der Stigmatisierung auf die psychische Verfassung und die Verfügbarkeit von Unterstützung durch die Familie, Freunde und Gleichgesinnte (zum Beispiel im persönlichen oder Online-Kontakt mit anderen transsexuellen, transgender oder geschlechtsnichtkonformen Personen oder Gruppen). Die Untersuchung kann entweder zu keiner Diagnose führen, zu einer formalen Diagnose, die im Zusammenhang mit Geschlechtsdysphorie steht und/oder zu anderen Diagnosen, die sich auf Aspekte der Gesundheit der Klienten oder deren psychosoziale Anpassung beziehen. Aufgabe der Fachkraft für psychische Gesundheit ist es, mit einer bestimmten Gewissheit sicherzustellen, dass die Geschlechtsdysphorie durch andere Diagnosen nicht über- oder unterschätzt wird.

Fachkräfte für psychische Gesundheit mit den oben beschriebenen Kompetenzen (ab jetzt „qualifizierte Fachkräfte für psychische Gesundheit“ genannt) sind am besten dafür geeignet, diese Evaluation einer Geschlechtsdysphorie durchzuführen. Diese Aufgabe kann jedoch auch von einem anderen Vertreter des Gesundheitspersonals übernommen werden, der dementsprechend

in Verhaltensmedizin ausgebildet wurde und mit der Untersuchung von Geschlechtsdysphorie vertraut ist. Er sollte Mitglied eines multidisziplinären Expertenteams sein, das den Zugang zur feminisierenden/maskulinisierenden Hormontherapie ermöglicht. Diese Gesundheitsfachkraft kann der- oder diejenige sein, der/die die Hormontherapie indiziert oder verschreibt.

2. Informationsvermittlung über verschiedene Varianten der Geschlechtsidentität und Geschlechtsrollen sowie über medizinische Behandlungsmöglichkeiten

Eine wichtige Aufgabe der Fachkräfte für psychische Gesundheit ist es, die Klienten über die Mannigfaltigkeit der Geschlechtsidentitäten und Ausdrucksweisen von Geschlechtlichkeit aufzuklären, sowie über die verschiedenen Möglichkeiten, Geschlechtsdysphorie zu lindern. Die Fachkraft für psychische Gesundheit kann dann einen Vorschlag machen, wie die Patienten die verschiedenen Möglichkeiten ausprobieren können, mit dem Ziel, eine Geschlechtsrolle und einen Ausdruck der Geschlechtlichkeit zu finden, in der/dem sie sich wohl fühlen und dadurch vorbereitet werden, falls nötig, eine ganz bewusste Entscheidung über die verfügbaren medizinischen Interventionen zu treffen (oder an eine andere Stelle überweisen), Dieser Vorschlag kann eine Überweisung zu einer individuellen, Familien- oder Gruppentherapie, und/oder zu Ressourcen in der Umgebung oder Möglichkeiten der Unterstützung durch Gleichgesinnte beinhalten. Das Gesundheitspersonal und die Patienten diskutieren sowohl die Kurz- als auch Langzeitwirkungen aller Veränderungen in der Geschlechtsrolle und durch medizinische Interventionen. Die Folgen können von psychischer, sozialer, physischer, sexueller, beruflicher, finanzieller und juristischer Art sein (Bockting et al., 2006; Lev, 2004).

Diese Aufgabe wird ebenfalls am besten von qualifizierten Fachkräften für psychische Gesundheit erfüllt, kann aber auch von anderem Gesundheitspersonal mit entsprechender Ausbildung in Verhaltensmedizin und ausreichendem Wissen über geschlechtsnichtkonforme Identitäten und Ausdrucksweisen und mögliche medizinische Interventionen bei Geschlechtsdysphorie ausgeführt werden, besonders wenn es Teil eines multidisziplinären Expertenteams ist, das den Zugang zur feminisierenden/maskulinisierenden Hormontherapie ermöglicht.

3. Untersuchung, diagnostische Einschätzung und Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten von zusätzlichen psychischen Problemen

Klienten mit Geschlechtsdysphorie können unter einer Reihe von psychischen Problemen leiden (Gómez-Gil, Trilla, Salamero, Godás, & Valdés, 2009; Murad et al., 2010) ganz unabhängig davon, ob sie mit der oft langwierigen Erfahrung einer Geschlechtsdysphorie und/oder chronischem Minoritätenstress einhergehen. Mögliche gesundheitliche Probleme sind unter anderem Angstzustände, Depression, Selbstverletzung, Misshandlung und Vernachlässigung, Zwangsstörungen, Substanzmissbrauch, sexuelle Probleme, Persönlichkeits- und Essstörungen,

psychotische Symptome und Störungen des autistischen Spektrums (Bockting et al., 2006; Nuttbrock et al., 2010; Robinow, 2009). Fachkräfte für psychische Gesundheit sollten sorgfältig psychische Störungen untersuchen und die identifizierten Störungen in dem Gesamtbehandlungsplan berücksichtigen. Diese Störungen können eine wichtige Ursache von Leid sein und, falls sie nicht behandelt werden, den Prozess des Verstehens der Geschlechtsidentität und die Behandlung der Geschlechtsdysphorie erschweren (Bockting et al., 2006; Fraser, 2009a; Lev, 2009). Das Ansprechen dieser Probleme kann wesentlich die Behandlung von Geschlechtsdysphorie, mögliche Veränderungen der Geschlechtsrolle und Entscheidungen hinsichtlich medizinischer Interventionen wesentlich erleichtern sowie die Lebensqualität verbessern.

Einige Klienten können von Psychopharmaka profitieren, die die Symptome lindern oder psychische Begleiterscheinungen beeinflussen. Von Fachkräften für psychische Gesundheit wird erwartet, dass sie diese erkennen und entweder eine medikamentöse Therapie verschreiben oder an einen Kollegen überweisen, der berechtigt ist, dies zu tun. Das Vorhandensein zusätzlicher psychischer Probleme schließt mögliche Veränderungen der Geschlechtsrolle oder den Zugang zu feminisierenden/maskulinisierenden Hormonen bzw. zu Operationen nicht automatisch aus. Diese Symptome müssen vielmehr optimal vor oder während der Behandlung der Geschlechtsdysphorie behandelt werden. Zusätzlich sollten die Patienten untersucht werden, ob sie fähig sind, eine Einwilligung für medizinische Behandlungen abzugeben.

Qualifizierte Fachkräfte für psychische Gesundheit sind speziell dafür ausgebildet, diese zusätzlichen psychischen Störungen zu untersuchen, zu diagnostizieren und zu behandeln. Anderes Gesundheitspersonal mit entsprechender Ausbildung in Verhaltensmedizin, besonders wenn es als Teil eines multidisziplinären Teams agiert, das den Zugang zur feminisierenden/maskulinisierenden Hormontherapie ermöglicht, kann auch psychische Störungen feststellen und, falls nötig, eine Empfehlung für eine allumfassende Untersuchung und Behandlung bei qualifizierten Fachkräften für psychische Gesundheit ausstellen.

4. Prüfung der Eignung, Vorbereitung und Indikation für die Hormontherapie (falls anstehend)

Die SOC liefern Kriterien für die Entscheidung für feminisierende/maskulinisierende Hormontherapien (wie in Abschnitt VIII und Anhang C beschrieben). Fachkräfte für psychische Gesundheit können Klienten, die eine Hormontherapie in Betracht ziehen, dabei helfen, sie sowohl psychologisch (z. B. beim Treffen einer voll informierten Entscheidung mit klaren und realistischen Erwartungen, bei der Vorbereitung und Durchführung der nächsten Behandlungsschritte oder bei der Berücksichtigung der Familie und des sozialen Umfeldes) als auch praktisch darauf vorbereiten (z. B. Überweisung an einen Arzt, um medizinische Kontraindikationen für eine Behandlung mit Hormonen auszuschließen bzw. zu besprechen, oder um mögliche psychosoziale Implikationen zu beachten). Falls die Patienten im gebärfähigen Alter sind, sollten Möglichkeiten der Reproduktion (Abschnitt IX) bedacht werden, bevor mit der Hormontherapie begonnen wird.

Für Fachkräfte für psychische Gesundheit ist es wichtig zu akzeptieren, dass die Entscheidung über eine Hormontherapie in erster Linie eine Entscheidung des Klienten ist – so wie alle Entscheidungen, die dessen Gesundheit betreffen. Fachkräfte für psychische Gesundheit sind aber auch dazu verpflichtet, die Klienten zu ermutigen, zu leiten und ihnen dabei behilflich zu sein, voll informierte Entscheidungen zu treffen und ausreichend vorbereitet zu sein. Um die Patienten optimal in ihren Entscheidungen unterstützen zu können, müssen Fachkräfte für psychische Gesundheit ein funktionierendes Arbeitsbündnis mit ihren Klienten haben und ausreichend über sie informiert sein. Die Klienten sollten zügig und sorgfältig untersucht werden, mit dem Ziel die Geschlechtsdysphorie zu lindern und ihnen die entsprechend nötigen Behandlungsmaßnahmen zukommen zu lassen.

Überweisung für eine feminisierende/maskulinisierende Hormontherapie

Menschen können Experten aufsuchen, die berechtigt sind, eine feminisierende/maskulinisierende Hormontherapie zu verordnen. Die Transgender Gesundheitsversorgung hingegen ist ein interdisziplinäres Feld und es ist ratsam, die Behandlung und Überweisungen mit dem gesamten Versorgungsteam der Klienten zu koordinieren.

Die Hormontherapie kann durch eine Überweisung durch eine qualifizierte Fachkraft für psychische Gesundheit indiziert werden. Alternativ hierzu kann Gesundheitspersonal, das dementsprechend in Verhaltensmedizin ausgebildet und qualifiziert ist, eine Geschlechtsdysphorie zu beurteilen, die Eignung prüfen und die Patienten für eine Hormontherapie weiterleiten. Dies kann insbesondere dann der Fall sein, wenn keine signifikanten zugrundeliegenden psychischen Störungen vorliegen und das Gesundheitspersonal im Rahmen eines multidisziplinären Expertenteams arbeitet. Das Gesundheitspersonal dokumentiert in der Patientenakte und/oder im Überweisungsbrief die persönliche Behandlungsgeschichte, den Verlauf und die Eignung. Gesundheitspersonal, das eine Hormontherapie befürwortet, teilt die ethische und rechtliche Verantwortung dieser Entscheidung mit dem Arzt, der diese Therapie durchführt.

Das Überweisungsschreiben für eine feminisierende/maskulinisierende Hormontherapie sollte folgende Punkte enthalten:

1. Die persönlichen Angaben des Klienten.

2. Das Ergebnis der psychosozialen Untersuchung inklusive der Diagnosen.

3. Dauer des bisherigen Kontakts mit Vertretern des Gesundheitspersonals inklusive der Beurteilung und bisherigen Beratungen und Therapien.

4. Eine Erläuterung, dass die Kriterien für eine Hormontherapie geprüft wurden und eine kurze Begründung, warum der Wunsch des Klienten nach einer Hormontherapie erfüllt werden soll.

5. Eine Aussage, dass ein informed consent mit dem Patienten hergestellt worden ist.

6. Eine Aussage, dass das überweisende Gesundheitspersonal die Betreuung des Patienten übernehmen kann und eventuell zu einem Telefonkontakt bereit ist.

Für Fachkräfte, die in einem multidisziplinären Expertenteam arbeiten, ist eventuell kein Brief nötig, die Beurteilung und Empfehlung können vielmehr in der Patientenakte vermerkt werden.

5. Prüfung der Eignung, Vorbereitung und Überweisung für ein Operation (falls anstehend)

Die SOC liefern zudem Kriterien in Bezug hinsichtlich der Brust- und Genitaloperationen (siehe Abschnitt XI und Anhang C). Fachkräfte für psychische Gesundheit können Klienten in diesem Zusammenhang sowohl psychologisch (z. B. in Vorbereitung auf eine gut durchdachte Entscheidung mit klaren und realistischen Erwartungen, mit der Bereitschaft jene Behandlungsmaßnahme, die im Gesamtbehandlungsplan als nächstes ansteht, in Anspruch zu nehmen und der Berücksichtigung der Familie sowie des sozialen Umfelds in entsprechendem Maße) als auch praktisch bei der Vorbereitung behilflich zu sein (z. B. bei der Auswahl eines Chirurgen und der Planung der Nachsorge). Falls die Klienten im gebärfähigen Alter sind, sollten Möglichkeiten der Fortpflanzung (Abschnitt IX) berücksichtigt werden, bevor mit genitalchirurgischen Maßnahmen begonnen wird.

Die SOC nennen keine Kriterien für die Entscheidung für weitere chirurgische Interventionen, wie feminisierende oder maskulinisierende Gesichtschirurgie. Fachkräfte für psychische Gesundheit können aber eine wichtige Rolle dabei spielen, indem sie ihren Klienten helfen, gut durchdachte Entscheidungen über den Zeitpunkt und die Implikationen solcher Interventionen im Rahmen des allgemeinen Outings oder der Transition zu treffen.

Es ist wichtig, dass Fachkräfte für psychische Gesundheit respektieren, dass die Entscheidungen bezüglich einer Operation in erster Linie die Entscheidungen der Klienten sind – so wie alle Entscheidungen, die deren Gesundheit betreffen. Fachkräfte für psychische Gesundheit sind aber dazu verpflichtet, die Klienten zu ermutigen, anzuleiten und ihnen dabei zu helfen, voll informierte Entscheidungen zu treffen, um so angemessen vorbereitet zu werden. Um die Klienten optimal in ihren Entscheidungen unterstützen zu können, müssen Fachkräfte für psychische Gesundheit ein funktionierendes Arbeitsbündnis mit ihren Klienten haben und ausreichend über sie informiert sein. Die Patienten sollten zügig und gründlich untersucht werden, mit dem Ziel deren Geschlechtsdysphorie zu lindern und ihnen die entsprechenden Behandlungsmaßnahmen zukommen zu lassen.

Überweisung zur Operation (Indikation)

Chirurgische Interventionen bei Vorliegen einer Geschlechtsdysphorie können von einer qualifizierten Fachkraft für psychische Gesundheit durch ein Indikationsschreiben veranlasst werden (ob ein oder zwei Schreiben erforderlich sind hängt von der Art der Operation ab). Die Fachkraft für psychische Gesundheit dokumentiert – in der Patientenakte und/oder im Überweisungsschreiben – die individuelle Behandlungsgeschichte, den Verlauf und die Inanspruchnahme der Behandlung. Fachkräfte für psychische Gesundheit, die eine Operation indizieren, teilen die ethische und rechtliche Verantwortung dieser Entscheidung mit den Chirurgen.

- Für eine Brustoperation muss eine Stellungnahme von einer qualifizierten Fachkraft für psychische Gesundheit vorliegen (z. B. Mastektomie, Rekonstruktion der Brust, oder Brustvergrößerung).

- Für eine Genitaloperation (z. B. Hysterektomie/Salpingo-Oophorektomie, Orchiektomie, Genitalrekonstruktive Chirurgie) sollen zwei unabhängige Stellungnahmen von zwei qualifizierten Fachkräften für psychische Gesundheit vorliegen. Falls eine der Stellungnahmen von dem Psychotherapeuten des Patienten verfasst wird, soll die zweite Stellungnahme von einer Person erstellt werden, die nur bei der diagnostischen Einschätzung involviert war. Es müssen zwei getrennte Briefe, oder ein Brief von beiden (aus einer Klinik) unterschrieben, vorliegen. Jeder Brief muss die unten aufgeführten Angaben beinhalten.

Folgende Punkte sollen in dem Indikationsschreiben enthalten sein:

1. Allgemeine Angaben zum Klienten

2. Ergebnisse bisheriger diagnostischer Einschätzungen unter Angabe aller bisher vergebenen Diagnosen

3. Die Dauer der Versorgung durch eine Fachkraft für psychische Gesundheit, inklusive der bisherigen Art der Untersuchung und der Therapie oder Beratung

4. Eine Erklärung, dass der Patient über die Bedingungen für die Entscheidung für eine Operation aufgeklärt wurde und eine kurze Darstellung der Gründe aufgrund derer der Patient die Operation durchführen lassen möchte

5. Eine Aussage dazu, dass der Patient eine voll informierte Entscheidung getroffen hat

6. Eine Aussage, dass die Fachkraft für psychische Gesundheit bereit ist, die Betreuung zu übernehmen und einem telefonischen Kontakt zustimmt.

Für Fachkräfte, die in einem multidisziplinären Expertenteam arbeiten, ist eventuell kein Brief nötig; die Beurteilung und Empfehlung können vielmehr in der Patientenakte vermerkt werden.

Beziehung zwischen der Fachkraft für psychische Gesundheit, dem Arzt, der die Hormonbehandlung durchführt, dem Chirurgen und anderem Gesundheitspersonal

Wünschenswert wäre, dass die Fachkräfte für psychische Gesundheit ihre Arbeit von Zeit zu Zeit mit anderen Kollegen, die kompetent in der Beurteilung und Behandlung von Geschlechtsdysphorie sind, diskutieren würden und Ratschläge erhielten (sowohl mit anderen Fachkräften für psychische Gesundheit als auch mit weiterem Gesundheitspersonal). Das Verhältnis unter den Fachleuten, die in die Gesundheitsversorgung der Klienten eingebunden sind, sollte kooperativ bleiben und eine Koordination und ein klinischer Dialog bei Bedarf stattfinden. Eine offene und kontinuierliche Kommunikation könnte eventuell für die Konsultation, Überweisung und Behandlung von postoperativen Problemen nötig sein.

Aufgaben der Psychotherapie

1. Eine Psychotherapie stellt keine absolute Voraussetzung für eine Hormontherapie oder Operation dar

Die Erfassung der psychischen Gesundheit und/oder die diagnostische Einschätzung, wie oben beschrieben, sind für die Überweisung für hormonelle und chirurgische Behandlungsmaßnahmen bei Geschlechtsdysphorie notwendig. Im Gegensatz hierzu ist die Psychotherapie – obgleich sehr empfohlen – keine Voraussetzung.

Die SOC machen keine Angaben zur Mindestzahl von psychotherapeutischen Behandlungsstunden vor der Hormontherapie oder Operation. Hierfür gibt es zahlreiche Gründe (Lev, 2009). Erstens mag eine Mindestzahl von Beratungen als Hindernis angesehen werden, das die wirkliche Chance auf persönliche Entwicklung beeinträchtigt. Zweitens können Fachkräfte für psychische Gesundheit den Klienten wichtige Hilfestellungen in allen Phasen der Ergründung ihrer Geschlechtsidentität, ihres Ausdrucks der Geschlechtlichkeit und möglicher Veränderungen geben – nicht nur vor jeder möglichen medizinischen Intervention. Drittens unterscheiden sich die Klienten in ihren Fähigkeiten, ausgewählte Ziele in einem bestimmten Zeitrahmen zu erreichen.

2. Ziele der Psychotherapie für Erwachsene mit Problemen der Geschlechtlichkeit

Allgemeines Ziel der Psychotherapie ist es, Wege zu finden, die das psychische Wohlbefinden, die Lebensqualität und Selbstverwirklichung eines Menschen optimieren. Psychotherapie ist nicht dazu da, die Geschlechtsidentität einer Person zu ändern. Psychotherapie kann vielmehr einer Einzelperson dabei helfen, die Probleme mit ihrem Geschlecht zu erörtern und Wege zu finden, die mögliche Geschlechtsdysphorie zu lindern (Bockting et al., 2006; Bockting & Coleman, 2007; Fraser, 2009a; Lev, 2004). Oberstes Behandlungsziel ist es vor allem, transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Menschen dabei zu helfen, lang anhaltendes Wohlbefinden in der Ausdrucksweise ihrer Geschlechtsidentität zu finden, mit einer realistischen Chance auf erfolgreiche Beziehungen, Ausbildung und Arbeit. Mehr Informationen hierzu finden sich bei Fraser (Fraser, 2009c).

Die Psychotherapie kann für Einzelpersonen, Paare, Familien oder Gruppen angeboten werden, wobei letztere besonders wichtig sind, um die Unterstützung von Gleichgesinnten zu fördern.

3. Psychotherapie für transsexuelle, transgender und geschlechtsnichtkonforme Menschen, inklusive Beratung und Unterstützung bei dem Geschlechtsrollenwechsel

Eine Geschlechtsrolle zu finden, in der sich eine Person wohlfühlt, ist zu allererst ein psychosozialer Prozess. Die Psychotherapie kann bei der Unterstützung von transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Personen von hohem Wert sein und zwar:

- die Geschlechtsidentität und Geschlechtsrolle zu untersuchen und abzuklären,
- die Auswirkungen von Stigmatisierung und Minoritätenstress auf die Psyche und menschliche Entwicklung anzusprechen und
- einen *Coming-Out*-Prozess zu ermöglichen (Bockting & Coleman, 2007; Devor, 2004; Lev, 2004), der bei einigen Personen Veränderungen im Geschlechtsrollenverhalten sowie die Anwendung feminisierender/maskulinisierender medizinischer Interventionen mit einschließen kann.

Fachkräfte für psychische Gesundheit können Menschen und deren Familien dabei unterstützen und fördern, Fähigkeiten und Widerstandskräfte zu entwickeln, wenn sie sich in eine Welt begeben, die oft schlecht darauf vorbereitet ist, transsexuelle, transgender und geschlechtsnichtkonforme Menschen anzunehmen und zu respektieren. Psychotherapie kann auch dabei helfen, jegliche zusätzlichen psychischen Probleme (z. B. Angstzustände, Depression) während der Untersuchung und diagnostischen Einschätzung zu identifizieren.

Für transsexuelle, transgender und geschlechtsnichtkonforme Menschen, die vorhaben, ihre Geschlechtsrolle dauerhaft zu verändern, können Fachkräfte für psychische Gesundheit einen individuellen Plan mit einem zeitlichen Rahmen und ausgewählten Zielen erstellen. Während die Erfahrungen mit einem Geschlechtsrollenwechsel von Person zu Person sehr unterschiedlich sein können, sind die Erfahrungen im sozialen Bereich meist eine besondere Herausforderung – oft größer als jene im körperlichen Bereich. Gerade weil das Wechseln der Geschlechtsrolle tiefe persönliche und soziale Konsequenzen nach sich ziehen kann, sollte diese Entscheidung, um erfolgreich in der Geschlechtsrolle agieren zu können, mit dem Bewusstsein getroffen werden, welche Herausforderungen es wahrscheinlich für die Familie, den zwischenmenschlichen Beziehungen, der Ausbildung, im Beruf sowie wirtschaftlich und juristisch geben kann.

Viele transsexuelle, transgender und geschlechtsnichtkonforme Menschen kommen in Behandlung, ohne jemals mit der Geschlechtsrolle, die ihrer Geschlechtsidentität am ehesten entspricht, in Verbindung gebracht oder in ihr akzeptiert worden zu sein. Fachkräfte für psychische Gesundheit können diesen Klienten helfen, die Auswirkungen ihrer Geschlechtsrollenveränderung zu erkunden und zu antizipieren und somit den Ablauf der Realisierung dieser Veränderung entsprechend zeitlich anzupassen. Psychotherapie kann den Klienten Raum schaffen, um sich auf eine Weise auszudrücken, die mit der individuellen Geschlechtsidentität übereinstimmt und helfen, die

Furcht vor der Mitteilung ihres Geschlechtsidentitätserlebens zu überwinden. Kalkulierbare Risiken können außerhalb der Therapie eingegangen werden, um Erfahrung zu sammeln, mit der neuen Rolle vertraut zu werden und Selbstvertrauen aufzubauen. Hilfestellung beim Coming-Out in der Familie und im sozialen Umfeld (Freunde, Schule, Arbeitsplatz) kann gegeben werden.

Es können sich aber auch transsexuelle, transgender und geschlechtsnichtkonforme Menschen zur Behandlung vorstellen, die schon Erfahrungen in jener Geschlechtsrolle gesammelt haben, die sich von der bei Geburt zugewiesenen Rolle unterscheidet (minimale, moderate oder umfassende Erfahrungen). Fachkräfte für psychische Gesundheit können diesen Klienten helfen, mögliche Herausforderungen zu identifizieren, zu verarbeiten und optimale Anpassungsmaßnahmen zu fördern, während der Ausdruck des Geschlechtsidentitätserlebens weiterhin Veränderungen unterliegt.

4. Familientherapie und Unterstützung von Familienmitgliedern

Entscheidungen über Veränderungen in der Geschlechtsrolle und über medizinische Interventionen bei Geschlechtsdysphorie zeigen ihre Auswirkungen nicht nur auf die Patienten sondern auch auf deren Eltern (Emerson & Rosenfeld, 1996; Fraser, 2009a; Lev, 2004). Fachkräfte für psychische Gesundheit können Klienten dabei behilflich sein, wohlüberlegte Entscheidungen zu treffen, wie sie mit Familienangehörigen und Anderen über ihre Geschlechtsidentität und Behandlungsentscheidungen kommunizieren. Familientherapie kann sowohl die Arbeit mit Ehepartnern oder Partnern als auch mit Kindern und anderen Mitgliedern der Großfamilie der Klienten umfassen.

Klienten bitten manchmal auch bei ihren Beziehungen und ihrem Sexualleben um Hilfe. Sie möchten zum Beispiel ihre Sexualität und Bedenken im Bereich der Intimität ergründen.

Familientherapie kann als Teil der individuellen Therapie der Klienten angeboten werden, und, falls klinisch vertretbar, auch von demselben Therapeuten. Als Alternative können Überweisungen an andere Therapeuten ausgestellt werden, die über ausreichende Fachkompetenz verfügen, um mit Familienangehörigen zu arbeiten oder an Selbsthilfegruppen (z. B. online oder offline Netzwerk von Partnern oder Familien).

5. Lebenslange Nachsorge

Fachkräfte für psychische Gesundheit können mit Klienten und ihren Familien in verschiedenen Phasen ihres Lebens arbeiten. Psychotherapie kann zu unterschiedlichen Zeitpunkten für bestimmte Probleme während des Lebenszyklus hilfreich sein.

6. E-Therapie, Online-Beratung und Beratung auf Distanz

Online oder E-Therapie hat sich als ganz besonders nützlich für jene Menschen erwiesen, die Schwierigkeiten haben, Zugang zu kompetenter Psychotherapie zu erhalten und die Isolation und Stigmatisierung erfahren (Derrig-Palumbo & Zeine, 2005; Fenichel et al., 2004; Fraser, 2009b). Folglich kann E-Therapie eine nützliche Art und Weise der Psychotherapie für transsexuelle, transgender und geschlechtsnichtkonforme Menschen sein. E-Therapie ermöglicht möglicherweise verbesserte, erweiterte und auf die Bedürfnisse zugeschnittene Versorgungsangebote. Da sie jedoch noch in der Entwicklung steckt, kann sie auch unerwartete Risiken bergen. Telemedizinische Behandlungsempfehlungen einiger, aber nicht aller Fachgebiete in Teilen der USA sind klar begrenzt, (Fraser, 2009b; Maheu, Pulier, Wilhelm, McMenamin, & Brown-Connolly, 2005). Die internationale Situation ist noch unklarer (Maheu et al., 2005). Solange es noch keine ausreichenden evidenzbasierten Daten für die Nutzung von E-Therapie gibt, ist Vorsicht geboten.

Fachkräfte für psychische Gesundheit, die in der E-Therapie aktiv sind, wird geraten auf dem neuesten Stand der für sie zuständigen Behörde, dem Fachverband und den Vorschriften des Landes zu bleiben, sowie der neuesten Literatur, die sich auf dieses rasant wachsende Medium bezieht. Eine detailliertere Beschreibung der möglichen Anwendung, Abläufe und der ethischen Bedenken bezüglich E-Therapie wurde veröffentlicht (Fraser, 2009b).

Andere Aufgaben der Fachkräfte für psychische Gesundheit

1. Aufklärung und Unterstützung der Klienten in der sozialen Umgebung (Schulen, Arbeitsplätze und andere Organisationen) und Hilfestellung bei der Änderung des Geschlechtseintrages in Dokumenten

Transsexuelle, transgender und geschlechtsnichtkonforme Menschen sehen sich manchmal mit Herausforderungen in ihrem beruflichen und schulischen Umfeld oder in anderen Lebensbereichen konfrontiert, wenn sie ihre Geschlechtsidentität und den Ausdruck ihrer Geschlechtlichkeit verändern (Lev, 2004, 2009). Fachkräfte für psychische Gesundheit können hier eine wichtige Rolle spielen, indem sie Menschen in deren Umgebung über Geschlechtsnichtkonformität aufklären und ihre Klienten unterstützen (Currah, Juang, & Minter, 2006; Currah & Minter, 2000). Dazu können Beratungen mit Schulpsychologen, Lehrern, mit der Verwaltung, dem Personalbüro, der Personalleitung und Arbeitgebern und Vertretern anderer Organisationen und Einrichtungen gehören. Außerdem wird Gesundheitspersonal hinzugezogen, um bei der Namensänderung der Klienten und oder Änderungen des Personenstands auf Identitätsdokumenten, wie Ausweispapieren, Führerschein, Geburtsurkunde und Diplomen behilflich zu sein.

2. Informationsvermittlung und Hinweis auf Unterstützung durch Peers

Für einige transsexuelle, transgender und geschlechtsnichtkonforme Menschen können die Erfahrungen in Selbsthilfegruppen hinsichtlich der Ausdrucksmöglichkeiten der Geschlechtlichkeit hilfreicher sein als das, was die Einzelpsychotherapie zu leisten vermag (Rachlin, 2002). Wahrscheinlich sind beide Erfahrungen wertvoll und alle Menschen, die Geschlechtsprobleme durchleben, sollten möglichst dazu ermutigt werden, an Gruppenaktivitäten teilzunehmen. Material für die Unterstützung durch Gleichgesinnte und Informationen hierüber sollten zur Verfügung gestellt werden.

Kulturelle Rahmenbedingungen und ihre Auswirkungen auf die diagnostische Einschätzung und Psychotherapie

Das Gesundheitspersonal arbeitet weltweit in ganz unterschiedlichen Umgebungen. Der Leidensdruck, der Menschen dazu bringt, die Hilfe von Fachkräften aufzusuchen, wird von den Menschen in der jeweiligen Kultur so verstanden und klassifiziert, wie es in ihrer Kultur üblich ist (Frank & Frank, 1993). Der kulturelle Hintergrund bestimmt größtenteils auch, wie derartige Konditionen von den Fachkräften für psychische Gesundheit verstanden werden. Kulturelle Unterschiede bezüglich Geschlechtsidentität und Ausdruck der Geschlechtlichkeit können Patienten, die Fachkräfte für psychische Gesundheit und anerkannte psychotherapeutische Verfahrensweise beeinflussen. WPATH weist darauf hin, dass die SOC sich aus einer westlichen Tradition heraus entwickelt haben und womöglich dem jeweiligen kulturellen Kontext angepasst werden müssen.

Ethische Empfehlungen bei der Versorgung der psychischen Gesundheit

Fachkräfte für psychische Gesundheit müssen, um in einem bestimmten Land praktizieren zu können, nach den berufsrechtlichen Vorschriften dieses Landes zertifiziert oder zugelassen sein (Fraser, 2009b; Pope & Vasquez, 2011). In ihrer Arbeit mit transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Klienten müssen sich Fachkräfte für psychische Gesundheit stets an die ethischen Richtlinien jener Fachgesellschaft halten, die sie zugelassen oder zertifiziert haben.

In der Vergangenheit wurde versucht, die Behandlung möglichst so auszurichten, dass die Geschlechtsidentität und der Ausdruck der Geschlechtlichkeit mit dem körperlichen Geschlecht übereinstimmten, das bei Geburt zugewiesen wurde (Gelder & Marks, 1969; Greenson, 1964).

Insbesondere langfristig gesehen, sind diese Behandlungsversuche ohne Erfolg geblieben (Cohen-Kettenis & Kuiper, 1984; Pauly, 1965). Eine solche Behandlung wird ethisch als nicht mehr vertretbar angesehen.

Falls Fachkräfte für psychische Gesundheit sich bei der Arbeit unwohl fühlen oder keine Erfahrung mit transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Menschen und deren Familien haben, sollten sie die Klienten an kompetente Fachkräfte überweisen oder zumindest einen spezialisierten Kollegen zu Rate ziehen. Falls keine Fachkräfte vor Ort sind, kann die Beratung über Techniken der Telemedizin stattfinden, vorausgesetzt, dass die örtlichen Voraussetzungen für eine Fern-Beratung ausreichend gegeben sind.

Zugang zu Versorgungseinrichtungen

Qualifizierte Fachkräfte für psychische Gesundheit gibt es nicht überall, deshalb kann der Zugang zu einer qualitativ guten Versorgung begrenzt sein. WPATH beabsichtigt den Zugang zu verbessern und bietet regelmäßig Weiterbildungsmöglichkeiten für Fachkräfte aus verschiedenen Fachrichtungen an, um eine hochwertige und transgender-spezifische Gesundheitsversorgung anzubieten. Psychologische Versorgung auf Distanz mit Hilfe technischer Hilfsmittel anzubieten, könnte ein Weg sein, den Zugang zu verbessern (Fraser, 2009b).

An vielen Orten der Welt ist der Zugang zur gesundheitsbezogenen Versorgung von transsexuellen und geschlechtsnichtkonformen Menschen auch wegen fehlender Krankenversicherung oder anderer Mittel, um die nötige Versorgung zu bezahlen, begrenzt. WPATH fordert die Krankenversicherungen und andere Kostenträger auf, die medizinisch notwendigen Behandlungen zu übernehmen, um Geschlechtsdysphorie zu lindern (American Medical Association, 2008; Anton, 2009; WPATH, 2008).

Bei Klienten, die keinen Zugang zu diesen Dienstleistungen haben, wird eine Überweisung an vorhandene Selbsthilfegruppen (offline und online) empfohlen. Letztendlich könnten Konzepte zur Schadensbegrenzung in Betracht gezogen werden, um Patienten zu helfen, gute, lebensverbessernde Entscheidungen zu treffen.

VIII
Hormontherapie

Medizinische Notwendigkeit der Hormontherapie

Die feminisierende/maskulinisierende Hormontherapie – die Verabreichung von exogen-endokrinen Wirkstoffen, um feminisierende oder maskulinisierende Veränderungen einzuleiten – ist für viele transsexuelle, transgender und geschlechtsnichtkonformen Menschen mit Geschlechtsdysphorie eine medizinisch notwendige Behandlung (Newfield, Hart, Dibble, & Kohler, 2006; Pfäfflin & Junge, 1998). Einige wünschen sich ein Maximum an Feminisierung/Maskulinisierung, während andere bereits durch eine androgyne Erscheinung, mit einer geringeren Ausprägung der sekundären Geschlechtsmerkmale durch die hormonelle Behandlung eine Erleichterung erleben (Factor & Rothblum, 2008). Belege für psychosoziale Erfolge der Hormontherapie sind im Anhang D zusammengefasst.

Die Hormontherapie muss individuell gestaltet werden unter Berücksichtigung der Zielvorstellungen des Patienten, des Risiko/Nutzen-Verhältnisses der Medikamente, des übrigen Gesundheitszustandes und der sozialen und wirtschaftlichen Situation. Die Hormontherapie kann auch Patienten, die sich weder einem sozialen Geschlechtsrollenwechsel noch einer Operation unterziehen möchten oder dies nicht tun können, große Linderung bringen (Meyer III, 2009). Die Hormontherapie stellt für einige, aber nicht für alle eine empfehlenswerte Voraussetzung für chirurgische Interventionen bei Geschlechtsdysphorie dar (siehe Absatz XI und Anhang C).

Kriterien für eine Hormontherapie

Mit der Hormontherapie kann begonnen werden, nachdem eine psychosoziale Einschätzung stattgefunden und eine qualifizierte Gesundheitsfachkraft eine Einverständniserklärung erhalten hat, so wie in Absatz VII der SOC beschrieben. Eine Überweisung von einer Fachkraft für psychische Gesundheit, die die diagnostische Einschätzung vorgenommen hat, ist gefordert, es sei denn, die diagnostische Einschätzung wurde von einem Hormonspezialisten vorgenommen, der ebenfalls auf diesem Gebiet spezialisiert ist.

Die Kriterien für eine Hormontherapie sind folgende:

1. Anhaltende und gut dokumentierte Geschlechtsdysphorie

2. Fähigkeit, eine voll informierte Entscheidung zu treffen und der Therapie zuzustimmen

3. Volljährigkeit[7] (bei jüngeren Patienten siehe Abschnitt VI.)

4. Liegen signifikante medizinische oder psychische Probleme vor, müssen diese in ausreichendem Maß kontrolliert sein.

Wie in Absatz VII der SOC beschrieben, schließt das Vorhandensein zusätzlicher psychischer Probleme nicht unbedingt den Zugang zu feminisierenden/maskulinisierenden Hormonen aus. Vielmehr müssen diese Probleme vor und während der Behandlung der Geschlechtsdysphorie berücksichtigt werden.

Unter gewissen Umständen kann es vertretbar sein, Hormone an Patienten zu verabreichen, die diese Kriterien nicht erfüllen. Z. B als Alternative zur ungesetzlichen oder unbeaufsichtigten Hormoneinnahme sollte eine überwachte Therapie mit zugelassenen Medikamenten angeboten werden.. Sie sollte auch Patienten zugestanden werden, die sich schon ihrem Wunsch Geschlecht angepasst haben und von denen bekannt ist, dass sie bereits vorher Hormone eingenommen haben. Es ist ethisch nicht vertretbar, den Zugang zu oder die Verabreichung von Hormonen ausschließlich aufgrund von seropositiven Blutwerten, bei durch Blut übertragbaren Krankheiten wie HIV oder Hepatitis B oder C, zu verweigern.

In vereinzelten Fällen kann eine Hormontherapie wegen schwerer individueller Gesundheitsprobleme kontraindiziert sein. Das Gesundheitspersonal sollte diesen Patienten mit Geschlechtsdysphorie Zugang zu nicht-hormonellen Behandlungen ermöglichen. Eine qualifizierte Fachkraft für psychische Gesundheit, die den Patienten kennt, ist unter diesen Umständen die beste Ansprechpartnerin.

Informierte Zustimmung (*Informed consent*)

Die feminisierende/maskulinisierende Hormontherapie kann zu irreversiblen körperlichen Veränderungen führen. Deshalb sollte eine Hormontherapie nur jenen angeboten werden, die von Rechts wegen geschäftsfähig sind, eine informierte Einwilligungserklärung abzugeben. Dazu gehören auch Menschen, die von einem Gericht zu rechtsfähigen Minderjährigen erklärt wurden,

7 Anm. d. Übers.: In Deutschland, Österreich und der Schweiz wird die Volljährigkeit mit der Vollendung des 18. Lebensjahres erreicht.

Häftlinge und Menschen mit einer kognitiven Störung, die als fähig erachtet werden, bei den sie betreffenden medizinischen Entscheidungen mitzubestimmen (Bockting et al., 2006). Das Gesundheitspersonal sollte in den Arztberichten festhalten, dass eine umfassende Aufklärung stattgefunden hat und alle wichtigen Aspekte der Hormontherapie, inklusive möglicher Nutzen und mögliche Risiken sowie Auswirkungen auf die Fortpflanzungsfähigkeit verstanden wurden.

Beziehung zwischen den *Standards of Care* und dem Vorgehen nach dem Modell der Informierten Zustimmung

Mehrere Gesundheitszentren in den Vereinigten Staaten haben Behandlungspläne für die Bereitstellung von Hormontherapien entwickelt, die auf einem Ansatz beruhen, das als Modell der informierten Zustimmung (*Informed Consent Model*) bekannt wurde (*Callen Lorde Community Health Center*, 2000, 2011; *Fenway Community Health Transgender Health Program*, 2007; *Tom Waddell Health Center*, 2006). Diese Behandlungspläne richten sich nach den Versorgungsempfehlungen der WPATH. Da es sich bei den SOC um flexible klinische Empfehlungen handelt, ermöglichen sie, die gesundheitsbezogenen Interventionen den Bedürfnissen der einzelnen Personen anzupassen und nach dem Ansatz und den Rahmenbedingungen der jeweiligen Versorgungseinrichtung vorzugehen (Ehrbar & Gorton, 2010).

Das Einholen der informierten Einwilligung ist für das Versorgungsteam notwendig, um sicherzustellen, dass die Patienten den psychischen und körperlichen Nutzen und die Risiken der Hormontherapie und deren psychosoziale Implikationen verstehen. Jenes Gesundheitspersonal, das Hormone verschreibt oder die Fachkräfte für psychische Gesundheit, die die Hormonbehandlung indizieren, sollten über Kenntnisse und Erfahrungen verfügen, eine Geschlechtsdysphorie diagnostisch einschätzen zu können. Außerdem sollten sie die Menschen über die altersspezifischen Vorteile, Grenzen und Risiken der Einnahme von Hormonen aufklären und dabei frühere Erfahrungen mit Hormonen sowie körperliche und psychische Begleiterscheinungen berücksichtigen.

Eine genaue Erfassung und das Ansprechen akuter oder gegenwärtiger psychischer Probleme sind ein wichtiger Bestandteil des Prozesses der informierten Zustimmung. Das kann von Fachkräften für psychische Gesundheit oder der verschreibenden, entsprechend ausgebildeten Fachkraft durchgeführt werden (siehe Absatz VII der SOC). Die gleiche Fachkraft oder ein anderes, entsprechend ausgebildetes Mitglied des Versorgungsteams (z. B. eine Pflegekraft) kann, falls nötig, die psychosozialen Auswirkungen der Hormonbehandlung ansprechen (z. B. die Auswirkung der Maskulinisierung/Feminisierung auf die Wahrnehmung durch andere und die möglichen Auswirkungen auf die Beziehungen zu den Familienmitgliedern, Freunden und Mitarbeitern). Falls erforderlich, werden diese Fachkräfte in eine Psychotherapie überweisen und die diagnostische

Einschätzung und Behandlung begleitender psychischer Probleme, wie Angstzustände oder Depression in die Wege leiten.

Der Unterschied zwischen dem Modell der Informierten Zustimmung und den SOC Version 7 liegt in der Bedeutung, die den Fachkräften für psychische Gesundheit bei der Linderung von Geschlechtsdysphorie, der Förderung des Ausdrucks der Geschlechtlichkeit und der psychosozialen Anpassung durch die SOC zugeschrieben wird. Dies mag, falls erforderlich, eine umfassende diagnostische Einschätzung der psychischen Gesundheit und eine Psychotherapie mit einschließen. Bei dem Modell der informierten Zustimmung liegt der Fokus auf dem Erhalt der Zustimmung als Auftakt für den Beginn der Hormontherapie in einem multidisziplinären Team. Weniger Bedeutung wird der Versorgung der psychischen Gesundheit beigemessen, solange ein Patient nicht danach fragt und solange keine schwerwiegenden psychischen Probleme gefunden werden, die vor dem Beginn der Hormonbehandlung angesprochen werden müssten.

Körperliche Auswirkungen der Hormontherapie

Feminisierende/maskulinisierende Hormontherapie führt zu körperlichen Veränderungen, die der Geschlechtsidentität des Patienten eher entsprechen.

- Bei FzM-Patienten werden folgende körperliche Veränderungen erwartet: Vertiefung der Stimme, Vergrößerung der Klitoris (in unterschiedlichem Ausmaß), Zunahme der Gesichts- und Körperbehaarung, Aussetzen der Menstruation, Atrophie des Brustgewebes, Libidozunahme und Abnahme des Körperfetts im Vergleich zur Muskelmasse.

- Bei MzF-Patientinnen werden folgende körperliche Veränderungen erwartet: Brustwachstum (in unterschiedlichem Ausmaß), Verringerung der Libido und der Erektionen, Verkleinerung der Hoden und Zunahme des Körperfetts im Vergleich zur Muskelmasse.

Die meisten körperlichen feminisierenden wie auch maskulinisierenden Veränderungen finden innerhalb von zwei Jahren statt. Das Ausmaß der Veränderungen sowie deren zeitlicher Ablauf können dabei stark variieren. Tabelle 1a und 1b zeigen den annäherungsweise Verlauf dieser Veränderungen.

TABELLE 1A: AUSWIRKUNGEN UND ZEITLICHER VERLAUF VON MASKULINISIERENDEN HORMONEN [A]

Wirkung	**Erwarteter Beginn**[B]	**Erwarteter maximaler Effekt**[B]
Fette Haut/Akne	1–6 Monate	1–2 Jahre
Gesichts-/Köperbehaarung	3–6 Monate	3–5 Jahre
Haarausfall am Kopf	>12 Monate[C]	Variabel
Zunahme der Muskelmasse/-stärke	6–12 Monate	2–5 Jahre[D]
Umverteilung des Köperfetts	3–6 Monate	2–5 Jahre
Aussetzen der Menstruation	2–6 Monate	Keine Angabe
Vergrößerung der Klitoris	3–6 Monate	1–2 Jahre
Austrocknen der Scheide	3–6 Monate	1–2 Jahre
Vertiefung der Stimme	3–12 Monate	1–2 Jahre

[A] Übernommen mit Erlaubnis von Hembree et al. (2009). *Copyright 2009, The Endocrine Society*
[B] Veröffentlichte Schätzungen und nichtveröffentlichte klinische Beobachtungen
[C] Stark abhängig vom Alter und Vererbung, kann minimal sein
[D] Stark abhängig von der Häufigkeit von Körperübungen

TABELLE 1B: AUSWIRKUNGEN UND ZEITLICHER VERLAUF VON FEMINISIERENDEN HORMONEN [A]

Wirkung	**Erwarteter Beginn**[B]	**Erwarteter maximaler Effekt**[B]
Fettverteilung des Körpers	3–6 Monate	2–5 Jahre
Abnahme der Muskelmasse/-stärke	3–6 Monate	1–2 Jahre[C]
Sanftere Haut/Abnahme des Fetts	3–6 Monate	Unbekannt
Libidoreduktion	1–3 Monate	1–2 Jahre
Abnahme spontaner Erektionen	1–3 Monate	3–6 Monate
Männliche sexuelle Funktionsstörung	Variabel	Variabel
Brustwachstum	3–6 Monate	2–3 Jahre
Abnahme des Hodenvolumens	3–6 Monate	2–3 Jahre
Abnahme der Spermienproduktion	Variabel	Variabel
Verdünnung und Abnahme der Körper- und Gesichtsbehaarung	6–12 Monate	> 3 Jahre[D]
Männliche Glatzenbildung	No regrowth, loss stops 1–3 Monate	1–2 Jahre

[A] Übernommen mit Erlaubnis von Hembree et al. (2009). *Copyright 2009, The Endocrine Society*
[B] Veröffentlichte Schätzungen und nichtveröffentlichte klinische Beobachtungen
[C] Stark abhängig von der Häufigkeit von Körperübungen
[D] Komplette Entfernung männlicher Gesichtsbehaarung durch Elektrolyse, Laserbehandlung, oder beides

Der Grad und das Ausmaß von körperlichen Auswirkungen hängt teils von der Dosis, der Art der Verabreichung und den verwendeten Medikamenten ab, die entsprechend der speziellen medizinischen Zielsetzungen der Patienten (z. B. Veränderung im Ausdruck der Geschlechtsrolle, Pläne für eine Geschlechtsanpassung) und dem medizinischen Risikoprofil ausgewählt werden. Es gibt derzeit keine Belege dafür, dass das Ansprechen auf eine Hormontherapie – außer dem Erreichen einer tieferen Stimme bei FzM – aufgrund des Alters, der Körperbeschaffenheit, der Ethnie oder des familiären Aussehens verlässlich vorhergesagt werden kann. Da alle anderen Faktoren gleich sind, gibt es keinen Beweis dafür, dass irgendeine medizinisch genehmigte Art oder

Methode der Verabreichung von Hormonen effektiver sei als eine andere, um die gewünschten körperlichen Veränderungen hervorzubringen.

Risiken der Hormontherapie

Alle medizinischen Interventionen sind mit Risiken verbunden. Die Wahrscheinlichkeit von unerwünschten Wirkungen bzw. Nebenwirkungen hängt von zahlreichen Faktoren ab: von der Medikation selbst, der Dosis, dem Verabreichungsmodus und den klinischen Charakteristiken eines Patienten (Alter, Begleiterkrankungen, Familiengeschichte, Gesundheitsgewohnheiten). Es ist daher nicht möglich, etwaige Nebenwirkungen bei einzelnen Patienten vorherzusagen.

Die Risiken, die mit einer feminisierenden/maskulinisierenden Hormontherapie bei der Gruppe transsexueller, transgender und geschlechtsnichtkonformer Menschen einhergehen können, sind in Tabelle 2 aufgelistet. Aufgrund der vorliegenden Belege können die Risiken wie folgt unterteilt werden:

- erhöhte Wahrscheinlichkeit für ein Risiko in Folge der Hormontherapie,
- möglicherweise erhöhtes Risiko in Folge einer Hormontherapie oder
- kein bzw. kein eindeutiges erhöhtes Risiko. Die Angaben dieser Kategorie schließen jene mit ein, die ein Risiko darstellen könnten, für die es zu wenig Belege gibt, um klare Schlussfolgerungen ziehen zu können.

Nähere Informationen zu diesen Risiken finden sich im Anhang B, der sich auf zwei ausführliche, evidenzbasierte Übersichtsarbeiten zu maskulinisierender /feminisierender Hormontherapie (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009) und eine umfassende Kohortenstudie (Aschemann et al., 2011) stützt. Diese Studien dienen dem Gesundheitspersonal als weiterführende Literatur zusätzlich zu dem allgemein bekannten, veröffentlichten klinischen Material (Dahl, Feldman, Goldberg, & Jaberi, 2006; Ettner, Monstrey, & Eyler, 2007).

TABELLE 2: MIT EINER HORMONTHERAPIE EINHERGEHENDE RISIKEN. FETTGEDRUCKTE PUNKTE SIND VON KLINISCHER RELEVANZ

Risikolevel	**Feminisierende Hormone**	**Maskulinisierende Hormone**
Wahrscheinlich erhöhtes Risiko	Venös thromboembolytische Erkrankungen[A] Gallensteine Erhöhte Leberenzymwerte Gewichtszunahme **Hypertriglyzeridämie**	**Polyzytämie** Gewichtszunahme Akne Androgenetische Alopezie(Glatzenbildung) Schlafapnoe
Wahrscheinlich erhöhtes Risiko bei Vorliegen weiterer Risikofaktoren[B]	**Kardiovaskuläre Erkrankungen**	
Mögliches erhöhtes Risiko	**Bluthochdruck** Hyperprolaktinämie oder Prolaktinom[A]	Erhöhte Leberenzymwerte **Hyperlipedämie**
Mögliches erhöhtes Risiko bei Vorliegen weiterer Risikofaktoren[B]	**Typ2 Diabetes**[A]	**Destabislierung bestimmter psychischer Erkrankungen**[C] **Kardiovaskuläre Erkrankungen** **Bluthochdruck** **Typ2 Diabetes**
Kein bzw. kein eindeutiges Risiko	**Brustkrebs**	Verringerung der Knochendichte **Mammakrazinom** **Cervixkarzinom** **Ovarialkarzinom** **Uterusarzinom**

[A] Risiko ist größer bei oral verabreichter Östrogentherapie als bei transdermaler Verabreichung
[B] Alter stellt einen weiteren Risikofaktor dar
[C] Damit sind bipolare, schizoaffektive und andere Krankheiten gemeint, die manische oder psychotische Symptome aufweisen können. Der negative Effekt scheint mit der Höhe der Dosis und supraphysiologischen Blutwerten von Testosteron zusammenzuhängen

Kompetenzen der Ärzte, die die Hormonbehandlung durchführen und deren Beziehung zu anderem Gesundheitspersonal

Eine feminisierende/maskulinisierende Hormontherapie sollte möglichst im Rahmen einer ganzheitlichen Gesundheitsversorgung durchgeführt werden, die eine umfassende Grundversorgung und ein koordiniertes Vorgehen bei psychosozialen Schwierigkeiten beinhaltet (Feldman & Safer, 2009). Während Psychotherapie oder fortlaufende Beratung für den Beginn einer Hormontherapie keine Voraussetzung darstellt, ist, falls ein Therapeut involviert ist, ein regelmäßiger Austausch des Gesundheitspersonals untereinander angeraten (mit Einwilligung der Patienten), um sicherzustellen, dass der Prozess der Transition sowohl physisch als auch psychisch gut verläuft.

Die feminisierende/maskulinisierende Hormontherapie kann von verschiedenen Fachkräften mit entsprechender Ausbildung, einschließlich Hausärzten und examinierten Krankenschwestern verabreicht werden[8] (Dahl et al., 2006). Medizinische Untersuchungen bezüglich der Hormonbehandlung ermöglichen es, einer Gruppe ein breiteres Angebot an gesundheitsbezogener Versorgung zukommen zu lassen, die häufig medizinisch unterversorgt ist, (Clements, Wilkinson, Kitano, & Marx, 1999; Feldman, 2007; Xavier, 2000). Viele der Untersuchungen und Behandlungen von Begleiterkrankungen, die mit der Langzeit-Anwendung von Hormonen verbunden sind, wie die der Herz-Kreislauf-Risikofaktoren und der Krebsvorsorge, gehören eher zum Aufgabengebiet der haus- oder allgemeinärztlichen Grundversorgung als der fachärztlichen Versorgung (*American Academy of Family Physicians*, 2005; Eyler, 2007; WHO, 2008). Dies gilt insbesondere für Gegenden, in denen Transgender Versorgungsteams oder spezialisiertes Gesundheitspersonal nicht zu finden sind.

Angesichts der multidisziplinären Bedürfnisse transsexueller, transgender und geschlechtsnichtkonformer Menschen, die eine Hormontherapie wünschen und wegen der Schwierigkeiten, die sich allgemein aus der Fragmentierung der gesundheitsbezogenen Versorgung ergeben (Weltgesundheitsorganisation, 2008), unterstützt die WPATH nachdrücklich die verstärkte Ausbildung und Einbeziehung von Allgemeinärzten auf dem Gebiet der feminisierenden/maskulinisierenden Hormontherapie. Falls Hormone von spezialisiertem Gesundheitspersonal verschrieben werden, sollte das in enger Zusammenarbeit mit dem Allgemeinarzt der Patienten stattfinden. Umgekehrt sollten erfahrene Hormonspezialisten oder Endokrinologen hinzugezogen werden, falls der Allgemeinarzt keine Erfahrung mit dieser Art von Hormontherapie hat oder falls die Patienten bereits eine metabolische oder endokrine Erkrankung haben, die von der endokrinen Therapie beeinflusst werden könnte.

8 Anm. d. Übers.: In Deutschland dürfen Medikamente ausschließlich von approbierten Ärztinnen und Ärzten verschrieben werden.

Obwohl es für den Bereich der Transgender-Medizin noch keine Ausbildungsprogramme gibt, ist das Gesundheitspersonal dazu verpflichtet, sich das entsprechende Wissen und die Fachkenntnisse auf diesem Gebiet anzueignen. Kliniker können ihre Erfahrung und ihre Sicherheit in der Behandlung mit feminisierenden/maskulinisierenden Hormonen erhöhen, indem sie mit einer erfahrenen Gesundheitsfachkraft zusammenarbeiten oder mit einer weniger stark verändernden Hormontherapie beginnen, bevor sie die eigentliche feminisierende/maskulinisierende Hormontherapie durchführen. Da sich dieses medizinische Fachgebiet im Entwicklungsprozess befindet, sollten Kliniker sich mit der medizinischen Fachliteratur vertraut machen, sich auf dem neuesten Stand halten und auftretende Fragen mit Kollegen besprechen. Diskussionen dieser Art könnten in Netzwerken stattfinden, die von der WPATH und anderen nationalen/lokalen Organisationen organisiert werden.

Verantwortungsbereiche jener Ärzte, die die Hormonbehandlung durchführen

Kliniker, die Hormone verschreiben, sollten üblicherweise folgende Aufgaben erfüllen:

1. Durchführung einer initialen Untersuchung, die die Ziele des Patienten hinsichtlich seiner Transition, die Gesundheitsanamnese, eine körperliche Untersuchung, die Risikoabschätzung und relevante Laboruntersuchungen einschließt.

2. Erläuterung der erwarteten Wirkungen wie Nebenwirkungen einer feminisierenden/maskulinisierenden Hormonbehandlung. Diese Wirkungen können eine Reduktion der Fortpflanzungsfähigkeit bedeuten (Feldman& Safer , 2009; Hembree et al. 2009). Daher sollten Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin diskutiert werden, bevor der Patient mit der Hormontherapie beginnt (siehe Kapitel IX).

3. Überprüfung der Fähigkeit eines Patienten, Vorteile und Risiken der Behandlung zu verstehen und eine informierte Entscheidung über die Behandlung zu treffen.

4. Angebot von medizinischen Kontrolluntersuchungen, inklusive regelmäßiger körperlicher und Laboruntersuchungen, um die Wirkungen und Nebenwirkungen der Hormontherapie zu erfassen.

5. Austausch mit dem Hausarzt des Patienten, der Fachkraft für psychische Gesundheit und dem Chirurgen.

6. Falls nötig, Ausstellung einer Bestätigung für den Patienten, dass er in medizinischer Behandlung mit feminisierenden/maskulinisierenden Hormonen ist. Vor allem am Anfang der Behandlung

kann der Patient es wünschen, dieses Dokument bei sich zu tragen, um Schwierigkeiten mit der Polizei und anderen Behörden zu vermeiden.

Die Relevanz der Verantwortungsbereiche hängt von der klinischen Situation ab, in der die Hormone verabreicht werden (siehe unten). Jedenfalls sollten das Ausmaß an Beratung, die körperlichen Untersuchungen und Laboruntersuchungen den individuellen Bedürfnissen des Patienten angepasst werden.

Klinische Aspekte der Hormontherapie

Unter bestimmten Umständen können Kliniker gefragt werden, Hormone zu verschreiben, ohne zwangsläufig damit eine feminisierende/maskulinisierende Langzeit-Hormontherapie einzuleiten oder fortzuführen. Unter Berücksichtigung der verschiedenen klinischen Aspekte (siehe unten, von der niedrigsten zur höchsten Komplexität), kann es möglich sein, jene Kliniker in die Behandlung mit feminisierenden/maskulinisierenden Hormonen miteinzubeziehen, die sonst nicht bereit wären, eine solche Behandlung anzubieten.

1. Überbrückung

Unabhängig davon, ob von anderen Klinikern verordnet oder auf anderen Wegen erworben wurden (z. B. im Internet gekauft), sollen Patienten, die schon Hormone einnehmen, sich zur Behandlung vorstellen. Kliniker können zeitlich begrenzt (1 – 6 Monate) Hormone verschreiben, während sie den Patienten dabei behilflich sind, einen Arzt zu finden, der eine Langzeit-Hormontherapie durchführen kann. Das Gesundheitspersonal sollte die vorliegende Medikation hinsichtlich ihrer Sicherheit und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten überprüfen und gegebenenfalls durch sicherere Medikamente oder Dosen ersetzen (Dahl et al., 2006; Feldman & Safer, 2009). Falls schon Hormone verordnet worden waren, sollten Befunde angefordert werden (mit Einverständnis der Patienten), um die Informationen über Eingangsuntersuchungen, Labortests und mögliche unerwünschte Nebenwirkungen zu erhalten. Diejenigen, die Hormone verschreiben, sollten sich mit der Fachkraft für psychische Gesundheit in Verbindung setzen, die in der Gesundheitsversorgung der Patienten involviert ist. Falls Patienten noch keine diagnostische Einschätzung der psychosozialen Anpassung haben durchführen lassen, so wie in den SOC empfohlen (siehe Abschnitt VII), sollte das Gesundheitspersonal, falls möglich, die Patienten an qualifizierte Fachkräfte für psychische Gesundheit überweisen. Ärzte, die Hormone zur Überbrückung verschreiben, müssen mit den Patienten zusammen die zeitliche Begrenzung der Therapie zur Überbrückung festlegen.

2. Hormonbehandlung nach Entfernung der Gonaden

Eine Hormonersatztherapie mit Östrogenen oder Testosteron wird nach Ovarektomie oder Orchiektomie gewöhnlich ein Leben lang fortgeführt, es sei denn es treten Kontraindikationen auf. Da Hormondosen nach diesen Operationen oft verringert (Basson, 2001; Levy, Crown, & Reid, 2003; Moore, Wisniewski, & Dobs, 2003) und dem Alter oder der Komorbidität angepasst werden, ist diese Hormonbehandlung einer Hormonersatztherapie von hypogonadalen Patienten sehr ähnlich.

3. Fortsetzung der Hormontherapie vor Gonadektomie

Sobald die Patienten die optimalen feminisierenden/maskulinisierenden Effekte durch die Hormone erlangt haben (normalerweise nach mindestens zwei Jahren), werden sie auf eine Dauerdosis eingestellt. Die Dauerdosis wird dann dem Gesundheitszustand, dem Alter oder anderen Situationen wie Veränderungen des Lebensstils angepasst (Dahl et al., 2006). Wenn Patienten mit einer Hormon-Dauerdosis in die Sprechstunde kommen, sollte die verschreibende Gesundheitsfachkraft die aktuelle Medikation auf Sicherheit und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten hin überprüfen und gegebenenfalls durch sicherere Medikamente oder Dosen ersetzen. Die Patienten sollten sich regelmäßigen Kontrolluntersuchungen und Labortests unterziehen, wie in der Fachliteratur beschrieben (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009). Die Hormondosen und -arten sollten bei jeglichen Veränderungen des Gesundheitszustandes der Patienten sowie je nach vorliegendem Befund möglicher Risiken der hormonellen Langzeitbehandlung in regelmäßigen Abständen erneut überdacht werden (siehe nachfolgende Hormonbehandlungspläne).

4. Beginn der feminisierenden/maskulinisierenden Hormontherapie

Die klinische Situation erfordert vom Gesundheitspersonal den größtmöglichen Einsatz von Zeit und Fachkenntnisse. Die Hormontherapie muss individuell den Zielsetzungen des Patienten, dem Nutzen-/Risikoverhältnis der Medikamente, dem Vorliegen anderer medizinischer Probleme und der sozialen und wirtschaftlichen Situation der Patienten angepasst werden. Obwohl eine Vielzahl von Behandlungsplänen für die Hormontherapie veröffentlicht wurde (Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009; Moore et al., 2003), wurden keine Berichte über randomisierte klinische Studien publiziert, die die Sicherheit und Wirksamkeit vergleichen. Trotz dieser Diskrepanz können vernünftige Rahmenbedingungen für eine erste Risikobewertung und kontinuierliche Überwachung der Hormontherapie erarbeitet werden, die sich auf den Nachweis der Wirksamkeit und Sicherheit, wie oben dargestellt, beziehen.

Risikoabschätzung und Modifikation zu Beginn der Hormontherapie

Die Erstuntersuchung für eine Hormontherapie bewertet die klinischen Zielsetzungen der Patienten und Risikofaktoren hinsichtlich hormonbedingter Nebenwirkungen. Während der Risikoabschätzung sollten die Patienten und die Kliniker, entweder vor Beginn der Therapie oder als Teil einer andauernden Schadensbegrenzung, einen Plan entwickeln, der die Risiken, soweit wie möglich, reduziert.

Jeder Behandlungstermin sollte eine gründliche körperliche Untersuchung, unter Einbeziehung des Gewichts, der Körpergröße und des Blutdrucks beinhalten. Ob Brust-, Genital-, und Rektaluntersuchungen nötig sind, da sie für die meisten transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Patienten ein heikles Thema darstellen, sollte nach den individuellen Risiken und Notwendigkeit der Vorsorge entschieden werden (Feldman & Goldberg, 2006; Feldman, 2007).

Vorsorgeuntersuchungen

Gesundheitspersonal, das Hormone verschreibt, sollte besonders dann bei den Patienten die Gesundheitsvorsorge ansprechen, wenn die Patienten keinen Hausarzt haben. Je nach Alter und Risikoprofil der Patienten kann es dementsprechende Früherkennungstests oder Untersuchungen für Erkrankungen geben, die von einer Hormontherapie beeinflusst werden. Im Idealfall sollten diese Früherkennungstests schon vor Beginn der Hormontherapie durchgeführt werden.

Risikoabschätzung und Modifikation der feminisierenden Hormontherapie (MzF)

Es gibt *per se* keine absoluten Kontraindikationen für die feminisierende Therapie, es gibt aber eindeutige Kontraindikationen für verschiedene feminisierende Wirkstoffe, insbesondere Östrogen. Dazu gehören schon vorher aufgetretene Thrombosen, die in Zusammenhang mit einer zugrundeliegenden hyperkoagulären Erkrankung stehen, eine Vorgeschichte von östrogensensitivem Neoplasma und eine chronische Lebererkrankung im Endstadium (Gharib et al., 2005).

Andere Erkrankungen, wie aus Tabelle 2 und Anhang B ersichtlich, können durch eine Östrogen- oder Androgenblockade exazerbieren und sollten deshalb vor Beginn der Hormontherapie untersucht und so gut wie möglich kontrolliert werden (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009). Kliniker sollten vor allem auf den Tabakkonsum achten, da er das venöse Thromboserisiko erhöht, welches durch die Einnahme von Östrogenen noch einmal ansteigt. Eine Beratung bei einem Kardiologen wird den Patienten mit einer bekannten Herz- oder zerebrovaskulären Erkrankung angeraten.

Baseline-Laborwerte sind sowohl für die Bestimmung des Erstrisikos als auch möglicher späterer Nebenwirkungen wichtig. Die Laboruntersuchungen zu Beginn sollten sich nach den Risiken der feminisierenden Hormontherapie richten, wie in Tabelle 2 beschrieben, ebenso nach den individuellen Risikofaktoren der Patienten, inklusive der Familiengeschichte. Beispiele für Laboruntersuchungen wurden bereits veröffentlicht (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009). Diese können Patienten, Gesundheitssystemen mit begrenzten Ressourcen oder ansonsten gesunden Personen angepasst werden.

Risikoabschätzung und Modifizierung der maskulinisierenden Hormontherapie (FzM)

Absolute Kontraindikationen für eine Testosterontherapie sind unter anderem Schwangerschaft, instabile koronare Herzerkrankungen und unbehandelte Polyzythämie mit einem Hämatokritwert von 55 % oder höher (Carnegie, 2004). Da die Aromatisierung von Testosteron zu Östrogen das Risiko bei Patienten, die mit Brustkrebs oder anderen östrogenabhängigen Krebserkrankungen vorbelastet sind, erhöht (Moore et al., 2003), ist eine Beratung bei einem Onkologen vor der Einnahme von Hormonen wichtig. Begleiterkrankungen, die sich wahrscheinlich durch Testosteron verschlimmern, sollten am besten vor Beginn der Hormontherapie evaluiert und behandelt werden (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009). Patienten mit einer bekannten Herz- oder zerebrovaskulären Erkrankung wird eine Beratung beim Kardiologen empfohlen.

Ein erhöhtes Vorkommen des polyzystischen Ovarialsyndroms (PCOS) wurde unter FzM Patienten festgestellt, selbst wenn sie kein Testosteron einnehmen (Baba et al., 2007; Balen, Schachter, Montgomery, Reid, & Jacobs, 1993; Bosinski et al., 1997). Obgleich es keine Hinweise dafür gibt, dass PCOS mit einer transsexuellen, transgender oder geschlechtsnichtkonformen Identität zusammenhängt, wird PCOS mit einem erhöhten Risiko von Diabetes, Herzerkrankungen, Bluthochdruck sowie Ovarial- und Endometriumkarzinomen in Verbindung gebracht (Cattrall & Healy, 2004). Anzeichen und Symptome eines PCOS sollten vor Beginn der Testosterontherapie abgeklärt werden, da Testosteron viele dieser Erkrankungen beeinflussen kann. Testosteron kann einem sich entwickelnden Fötus schaden (*Physicians' Desk Reference*, 2010[9]), so dass Patienten, die schwanger werden könnten, eine sehr sichere Schwangerschaftsverhütung brauchen.

Baseline-Laborwerte sind wichtig, um die Anfangsrisiken und mögliche spätere Nebenwirkungen zu bestimmen. Laboruntersuchungen zu Beginn sollten sich nach den Risiken einer maskulinisierenden Hormontherapie richten, wie in Tabelle 2 beschrieben, ebenso nach den individuellen Risikofaktoren der Patienten, inklusive der Familiengeschichte. Beispiele für Anfangs-Laboruntersuchungen wurden bereits veröffentlicht (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009). Diese können den Patienten, die aber sonst gesund sind, oder Gesundheitssystemen mit begrenzten Mitteln, angepasst werden.

9 Anm. d. Übers.: US-amerikanisches Analogon zum Arzneimittelverzeichnis für Deutschland („Rote Liste")

Klinische Überprüfung von Wirkungen und Nebenwirkungen der Hormontherapie

Der Sinn einer klinischen Überprüfung im Verlauf der Hormoneinnahme liegt darin, den Feminisierungs-/Maskulinisierungsgrad und die möglichen Nebenwirkungen des Medikaments festzustellen. Die Kontrolle sollte jedoch, wie bei der Kontrolle aller Langzeit-Behandlungen mit Medikamenten, im Rahmen einer umfassenden gesundheitsbezogenen Versorgung stattfinden. Beispiele für Kontrollprotokolle wurden bereits veröffentlicht (Feldmann & Safer, 2009; Hembree et al., 2009). Patienten mit einer Begleiterkrankung müssen eventuell öfter untersucht werden. Gesunde Patienten, in geografisch abgelegenen und ressourcenarmen Gegenden, können eventuell alternative Strategien, wie telemedizinische Gesundheitsversorgung oder Hilfe von ortsansässigem Gesundheitspersonal wie Krankenschwestern und Arzthelfern in Anspruch nehmen. Wenn es keine weiteren Indikationen gibt, sollte das Gesundheitspersonal den Kontrolluntersuchungen jener Risiken Priorität einräumen, die durch die Hormontherapie entweder mit hoher Wahrscheinlichkeit ansteigen oder möglicherweise zunehmen und klinisch ernst zu nehmen sind.

Effizienz und Risikoüberwachung der feminisierenden Hormontherapie (MzF)

Das klinische Ergebnis ist die beste Beurteilung der Wirksamkeit von Hormonen: Entwickelt ein Patient einen femininieren Körper während die maskulinen Körpereigenschaften abnehmen und stimmt diese Entwicklung mit dessen geschlechtlichen Zielvorstellungen überein? Um schneller bestimmen zu können, ob eine Hormondosierung einen klinisch relevanten Effekt erzielt, können die Testosteronwerte unterhalb der Obergrenze normaler weiblicher Werte gemessen werden, wobei die Werte des Östradiols innerhalb der prämenopausalen Werte weit unter dem supraphysiologischen Bereich liegen (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009).

Die Überwachung der Nebenwirkungen sollte sowohl den klinischen Eindruck als auch die Laborwerte berücksichtigen. Durch Blutdruckmessung, Gewichts- und Pulskontrolle, Herz- und Lungenuntersuchungen, sowie eine Untersuchung der Extremitäten nach peripheren Ödemen, lokalen Schwellungen oder Schmerzen sollen im Zuge der Befundkontrolle mögliche Anzeichen einer kardiovaskulären Belastung und einer venösen Thromboembolie (VTE) erfasst werden (Feldman & Safer, 2009). Die Laboruntersuchungen sollten Risiken der Hormontherapie, der individuellen Begleiterkrankungen und der oben beschriebenen Risikofaktoren des Patienten berücksichtigen. Spezielle Protokolle von Laboruntersuchungen wurden bereits veröffentlicht (Feldman & Safer, 2009: Hembree et al., 2009).

Effizienz und Risikoüberwachung der maskulinisierenden Hormontherapie (FzM)

Das klinische Ergebnis ist die beste Beurteilung für die Wirksamkeit von Hormonen: Entwickelt ein Patient einen maskulinen Körper während die weiblichen Körpereigenschaften abnehmen und stimmt dieser mit den Zielvorstellungen des Patienten überein? Kliniker können eine gute klinische Reaktion mit einem ganz geringen Risiko für Nebenwirkungen erreichen, indem sie den Testosteronwert innerhalb der normalen männlichen Werte halten und gleichzeitig supraphysiologische Werte vermeiden (Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009). Bei Patienten, die mit intramuskulärem (IM) Testosteron-Cypionat oder Enanthat behandelt werden, überprüfen einige Kliniker die Verlaufswerte, während andere es vorziehen, die Werte um die Zyklusmitte zu überprüfen (Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009; Tangpricha, Turner, Malabanan, & Holick, 2001; Tangpricha, Ducharme, Barber, & Chipkin, 2003).

Die Überwachung von Nebenwirkungen sollte sowohl die klinische Beobachtung als auch die Laborwerte beinhalten. Die Folgeuntersuchungen sollten Risikopatienten sorgfältig auf Anzeichen von exzessiver Gewichtszunahme, Akne, Zwischenblutungen und kardiovaskulärer Erkrankungen, sowie psychischer Symptome überprüfen. Körperliche Untersuchungen sollten Blutdruckmessung, Gewichts-, Puls-, sowie Hautkontrolle, Herz- und Lungenuntersuchungen umfassen (Feldman & Safer, 2009).

Die Laboruntersuchungen sollten auf den oben beschriebenen Risiken der Hormontherapie, den individuellen Begleiterkrankungen und Risikofaktoren der Patienten und der speziellen Hormontherapie basieren. Spezielle Protokolle von Laboruntersuchungen wurden bereits veröffentlicht (Feldman & Safer, 2009: Hembree et al., 2009).

Behandlungspläne der Hormontherapie

Bis heute wurden noch keine kontrollierten klinischen Studien zu feminisierenden/maskulinisierenden Hormonbehandlungen durchgeführt, die die Sicherheit oder Wirksamkeit bei der Geschlechtsanpassung bewerten. In den Veröffentlichungen der medizinischen Fachliteratur zeigen sich viel mehr starke Unterschiede hinsichtlich der Art und Dosis der jeweiligen Hormonbehandlung (Moore et al., 2003; Tangpricha et al., 2003; van Kesteren, Asscheman, Megens, & Gooren, 1997). Zusätzlich können der Zugang zu speziellen Medikamenten wegen der geografischen Lage und/oder der sozialen und wirtschaftlichen Situation der Patienten beschränkt sein. Die WPATH befürwortet deshalb keinen speziellen Behandlungsplan oder schreibt einen vor. Vielmehr werden die Medikamentenklassen und die Art der Verabreichung, die in den meisten veröffentlichten Behandlungsansätzen verwendet werden, umfassend beschrieben.

Wie oben beschrieben, gibt es nachgewiesene Unterschiede hinsichtlich der Sicherheit bei einzelnen Elementen verschiedener Behandlungsansätze. Die Behandlungsempfehlungen der Gesellschaft für Endokrinologie (Endocrine Society Guidelines; Hembree et al., 2009) und Feldman und Safer (2009) schlagen spezifische Anleitungen hinsichtlich verschiedener Arten von Hormonen vor und eine Dosierung, die sowohl den physiologischen Werten entsprechen als auch den gewünschten Ausdruck der Geschlechtlichkeit des Patienten berücksichtigen. Es wird nachdrücklich empfohlen, dass jenes Gesundheitspersonal, das Hormone verschreibt, sich über neue Entwicklungen in der Fachliteratur informiert und die Medikamente verschreibt, die ohne Risiko den individuellen Bedürfnissen unter den verfügbaren Mitteln vor Ort entsprechen.

Behandlungspläne für feminisierende Hormontherapie (MzF)

Östrogene

Die orale Einnahme von Östrogenen, und hier speziell Ethinylöstradiol scheint das Risiko von Venöser Thromboembolie (VTE) zu erhöhen. Wegen dieser Sicherheitsbedenken ist Ethinylöstradiol als feminisierende Hormontherapie nicht zu empfehlen. Transdermal verabreichtes Östrogen ist jenen Patienten zu empfehlen, die einen Risikofaktor für VTE aufweisen. Das Risiko von Nebenwirkungen nimmt bei höherer Dosierung zu, besonders bei Dosen, die supraphysiologische Werte erreichen (Hembree et al., 2009). Patienten mit Begleiterkrankungen, die auf Östrogene reagieren, sollten, falls möglich, die orale Einnahme von Östrogen meiden und auf niedrigerem Niveau einsteigen. Einige Patienten sind nicht dafür geeignet, die Mengen an Östrogen einzunehmen, die nötig wären, um das erwünschte Ergebnis zu erzielen. Dies muss mit den Patienten früh, möglichst vor Beginn der Hormonbehandlung besprochen werden.

Androgen-supprimierende Medikation ("Antiandrogene")

Eine Kombination aus Östrogenen und Anti-Androgenen ist das am häufigsten untersuchte Behandlungskonzept zur Feminisierung. Androgen-reduzierende Medikamente, aus einer Vielzahl von Medikamentengruppen, bewirken, dass sich entweder die endogenen Testosteronwerte bzw. Testosteronaktivitäten reduzieren und sich dadurch die maskulinen Körpereigenschaften wie Körperbehaarung verringern. Sie minimieren die Östrogendosis, die benötigt wird, um Testosteron zu unterdrücken und reduzieren dadurch die Risiken, die mit einer hohen Dosis exogener Östrogene in Verbindung gebracht werden (Prior, Vigna, Watson, Diewold, & Robinow, 1986; Prior, Vigna, & Watson, 1989).

Die üblichen Anti-Androgene bewirken Folgendes:

- Spironolakton, ein antihypertensiver Wirkstoff, unterdrückt direkt die Testosteronsekretion und die Bindung des Androgens an den Androgenrezeptor. Blutdruck und Elektrolyte müssen wegen der Gefahr einer Hyperkaliämie kontrolliert werden

- Cyproteronacetat ist ein synthetisches Progesteron-Derivat mit antiandrogenen Eigenschaften. Dieses Medikament ist in den USA wegen seiner Risiken für Hepatotoxizität nicht zugelassen, wird anderenorts aber häufig verwendet[10] (De Cuypere et al., 2005).

- GnRH Agonisten (z. B. Goserelin, Buserelin, Triptorelin) sind Neurohormone, die den Gonadotropin-Releasing-Hormon-Rezeptor blockieren, d.h. sie blockieren die Freisetzung der follikel-stimulierenden Hormone und die luteinisierenden Hormone. Das führt zu einer hocheffektiven Blockade der Gonaden. Allerdings sind diese Medikamente teuer und nur in Form von Injektionen oder Implantaten anwendbar.

- 5-alpha Reduktase Hemmer (z. B. Finasteride, Dutasteride) blockieren die Umwandlung von Testosteron in das aktivere 5-alpha-Dihydrotestosteron. Diese Medikation hat eine erwünschte Wirkung auf Verlust der Kopfhaare, das Körperhaarwachstum, die Talgdrüsen und die Konsistenz der Haut.

Cyproteron und Spironolakton sind die am häufigsten verwendeten Antiandrogene und haben wahrscheinlich den größten Effekt.

Progestagene

Mit Ausnahme von Cyproteron wird die Einbeziehung von Progestagenen bei einer feminisierenden Hormontherapie kontrovers beurteilt (Oriel, 2000). Da Progestagene in der zellulären Entwicklung des Brustgewebes eine Rolle spielen, glauben einige Ärzte, dass diese Mittel für die Vollausbildung der Brust nötig seien (Basson & Prior, 1998; Oriel, 2000). Eine klinische Studie von Behandlungsansätzen zur Feminisierung mit und ohne Progestagene kam jedoch zu dem Schluss, dass die Einnahme von Progestagenen weder das Brustwachstum unterstützt noch die Serumspiegel des freien Testosterons senkt (Meyer III et al., 1986). Es gibt Bedenken wegen möglicher Nebenwirkungen von Progestagenen, wie Depressionen, Gewichtszunahme und Lipidschwankungen (Meyer III et al., 1986; Tangpricha et al., 2003). Progestagene (besonders Medroxyprogesteron) stehen auch in Verdacht, das Brustkrebsrisiko und kardiovaskuläre Risiken bei Frauen zu erhöhen (Rossouw et al., 2002). Mikronisiertes Progesteron wird manchmal besser vertragen und hat eine positivere Auswirkung auf das Lipidprofil als Medroxyprogesteron (de Lignières, 1999; Fitzpatrick, Pace, & Wiita, 2000).

10 So z.B. auch in Deutschland.

Behandlungspläne für maskulinisierende Hormontherapie (FzM)

Testosteron

Testosteron kann üblicherweise oral, transdermal oder intramuskulär (IM) verabreicht werden, obwohl es auch schon bukkale und implantierbare Produkte gibt. Orales Testosteron Undecanoat, das außerhalb der USA erhältlich ist, bewirkt geringere Testosteronserumwerte als nicht-orale Mittel und kann bis zu einem gewissen Grad die Menstruation unterdrücken (Feldman, 2005, April; Moore et al., 2003). Da intramuskuläres Testosteron Cypionat oder Enanthat meist alle zwei bis vier Wochen verabreicht wird, können einige Patienten als Reaktion zyklische Schwankungen beobachten (z. B. Müdigkeit und Reizbarkeit am Ende des Verabreichungszyklus, Aggression oder Hochstimmung zu Beginn des Verabreichungszyklus) und zeitweise auch außerhalb des normalen physiologischen Spiegels. (Jockenhövel, 2004). Dies kann durch die Gabe einer geringeren Dosis, die aber in zeitlich kürzeren Abständen erfolgt oder durch eine tägliche transdermale Verabreichung, gelindert werden (Dobs et al., 1999; Jockenhövel, 2004; Nieschlag et al., 2004). Intramuskuläres Testosteron Undecanoat (zurzeit in den USA nicht erhältlich) gewährleistet stabile, physiologische Testosteronspiegel über zwölf Wochen und war sowohl bei der Behandlung von Hypogonadismus als auch bei der Behandlung von FzM-Patienten effektiv(Mueller, Kiesewetter, Binder, Beckmann, & Dittrich, 2007; Zitzmann, Saad, & Nieschlag, 2006). Es gibt Belege dafür, dass transdermal und intramuskulär verabreichtes Testosteron ähnliche maskulinisierende Effekte erzielt, obwohl der zeitliche Ablauf sich bei transdermalen Präparaten länger hinziehen kann (Feldman, April 2005). Das Ziel liegt vor allem darin, den älter werdenden Patienten eine möglichst niedrige Dosis zu verabreichen und dennoch die gewünschten Effekte beizubehalten. Allerdings müssen bestimmte Vorsichtsmaßnahmen getroffen werden, um die Knochendichte zu erhalten.

Andere Wirkstoffe

Gestagene, meistens Medoxyprogesteron, können für kurze Zeit verabreicht werden, um zu erreichen, dass die Menstruation zu Beginn der Hormontherapie ausbleibt. Falls Patienten nicht auf diese Behandlung mit dem Ausbleiben der Menstruation reagieren, können GnRH-Agonisten verschrieben werden, ohne dass eine gynäkologische Auffälligkeit vorliegt.

Bioidentische und individuell zusammengestellte Hormone

Als die Diskussionen um die Verwendung von bioidentischen Hormonen als postmenopausale Hormonersatztherapie zunahmen, nahm auch das Interesse an ähnlichen Präparaten bei der feminisierenden/maskulinisierenden Hormontherapie zu. Es gibt keine Belege dafür, dass individuell für Patienten zusammengestellte bioidentische Hormone sicherer oder effektiver sind als die zugelassenen bioidentischen Hormone (Sood, Shuster, Smith, Vincent, & Jatoi,

2011). Deshalb wurde von der Nordamerikanischen Menopausengesellschaft (North American Menopause Society, 2010) und anderen empfohlen, es zu akzeptieren, dass Hormone bei gleichen aktiven Inhaltsstoffen ein ähnliches Nebenwirkungsprofil haben, unabhängig davon ob sie in einer Apotheke zusammengestellt wurden oder nicht. Dieser Einschätzung schließt sich die WPATH an.

IX
Reproduktive Gesundheit

Bei vielen transgender, transsexuellen und geschlechtsnichtkonformen Menschen besteht ein Kinderwunsch. Da die feminisierende/maskulinisierende Hormontherapie die Fruchtbarkeit einschränkt (Darney, 2008; Zhang, Gu, Wang, Cui, & Bremner, 1999), ist es wünschenswert, dass die Patienten bezüglich ihrer Fruchtbarkeit vor Beginn der Hormontherapie oder bevor sie sich einer Operation zur Entfernung/Veränderung ihrer Fortpflanzungsorgane unterziehen, eine Entscheidung hinsichtlich ihres Fortpflanzungswunsches treffen. Fälle sind bekannt, bei denen Menschen sich einer Hormontherapie und Genitaloperation unterzogen hatten und es später bereuten, keine leiblichen Kinder aufziehen zu können (De Sutter, Kira, Verschoor, & Hotimsky, 2002).

Jenes Gesundheitspersonal – einschließlich der Fachkräfte für psychische Gesundheit - das eine Indikation für eine Hormontherapie oder Operation stellt, sollte bei Vorliegen einer Geschlechtsdysphorie vor Beginn dieser medizinischen Behandlungsmaßnahme die Möglichkeiten der Fortpflanzung mit den Patienten besprechen. Diese Aufklärung sollte auch dann stattfinden, wenn die Patienten an diesem Thema zum Zeitpunkt der Behandlung nicht interessiert sind, was eher bei jüngeren Patienten zutrifft (De Sutter, 2009). Frühzeitige Aufklärungen sind wünschenswert, aber nicht immer möglich. Falls ein Patient sich noch keiner vollständigen geschlechtsanpassenden Operation unterzogen hat, können die Hormone so lange abgesetzt werden, bis die ursprünglichen Hormone sich erholen und reife Keimzellen produzieren (Payer, Meyer III, & Walker, 1979; Van den Broecke, Van der Elst, Liu, Hovatta, & Dhont, 2001).

Außer Debattenbeiträgen und Fachartikeln, die eine persönliche Meinung wiedergeben, wurden bisher nur sehr wenige Forschungsergebnisse zu Problemen der Fortpflanzung bei Patienten mit Geschlechtsdysphorie unter verschiedenen Behandlungsschritten veröffentlicht.

Menschen mit bösartigen Tumoren stehen vor ähnlichen Problemen, wenn ihnen entweder die Fortpflanzungsorgane entfernt werden müssen oder sie mit schädigenden Bestrahlungen

oder Chemotherapie behandelt werden. Erfahrungen dieser Gruppe können für Personen mit Geschlechtsdysphorie von Bedeutung sein.

MzF-Patientinnen und besonders jene, die noch keine Kinder haben, sollten darüber aufgeklärt werden, dass es Möglichkeiten der Sperma-Konservierung gibt. Sie können dazu ermutigt werden, Sperma vor der Hormontherapie in einer Samenbank einzulagern. In einer Studie, die Hoden untersuchte, die hoch-dosiertem Östrogen ausgesetzt waren (Payer et al., 1979), zeigen die Ergebnisse, dass das Absetzen der Östrogenbehandlung eine Erholung der Hormonproduktion im Hoden bewirken kann. In einer Veröffentlichung, die über die Meinungen von MzF-Patientinnen zum Einfrieren ihrer Spermien berichtet (De Sutter et al., 2002), meinte ein Großteil der 121 Untersuchungsteilnehmer, dass die Möglichkeit, Spermien einzufrieren, angesprochen und von den Medizinern angeboten werden sollte. Sperma sollte vor der Hormontherapie oder nach Abbruch der Therapie gesammelt werden, bis die Spermienzahl wieder ansteigt. Die Kryokonservierung sollte selbst dann angesprochen werden, wenn die Samenqualität nicht gut ist. Bei Erwachsenen mit Azoospermie besteht die Möglichkeit einer Hodenbiopsie mit anschließender Kryokonservierung des Spermien-Biopsiematerials, die aber nicht immer erfolgreich ist.

Für FzM-Patienten kann das Einfrieren von Oozyten (Eizellen) oder Embryonen eine Möglichkeit der Reproduktion darstellen. Die eingefrorenen Eizellen und Embryonen könnten später einer Leihmutter eingepflanzt werden, die die Schwangerschaft austrägt. Studien bei Frauen mit einem Polyzystischen Ovarialsyndrom zeigen, dass der Eierstock sich in manchen Fällen von den Auswirkungen hoher Testosteronspiegel erholen kann (Hunter & Sterrett, 2000). Eine kurzzeitige Unterbrechung der Testosteronbehandlung kann ausreichen, damit sich die Eierstöcke hinreichend genug erholen, um Eizellen zu produzieren. Der Erfolg hängt vermutlich vom Alter der Patienten und der Dauer der Testosteronbehandlung ab. Obwohl noch nicht systematisch untersucht, ist bekannt, dass einige FzM-Patienten mit der beschrieben Vorgehensweise schwanger werden und Kinder gebären konnten (Moore, 1998).

Den Patienten sollte gesagt werden, dass diese Techniken nicht überall angewendet werden und sehr teuer sein können. Transsexuelle, transgender und geschlechtsnichtkonforme Menschen dürfen jedoch Möglichkeiten der Fortpflanzung nicht verweigert werden.

Es gibt eine besondere Gruppe von präpubertären oder pubertierenden jungen Patienten, die aufgrund von Hormonblockern und der Einnahme gegengeschlechtlicher Hormone in ihrem Geburtsgeschlecht niemals Fortpflanzungsfunktionen entwickeln. Zum jetzigen Zeitpunkt gibt es keine Technik, um die Produkte der Gonaden dieser Patienten zu konservieren.

X

Stimm- und Kommunikationstherapie

Die verbale und non-verbale Kommunikation ist ein wichtiger Aspekt des menschlichen Verhaltens und des Ausdrucks der Geschlechtlichkeit. Transsexuelle, transgender und geschlechtsnichtkonforme Menschen nehmen möglicherweise die Hilfe eines Spezialisten für Stimme und Kommunikation in Anspruch, um stimmliche Ausdrucksweisen zu entwickeln (Stimmhöhe, Betonung, Klang, Sprechgeschwindigkeit und Formulierungsmuster) ebenso wie non-verbale Kommunikationsmuster (z. B. Gestik, Haltung/Bewegung, Gesichtsausdruck), die es ermöglichen, sich mit ihrer Geschlechtsidentität wohler zu fühlen. Stimm- und Kommunikationstherapie können vielleicht auch die Geschlechtsdysphorie lindern und ein positiver und motivierender Schritt sein, die Zielvorstellungen vom Ausdruck der Geschlechtlichkeit zu erreichen.

Kompetenzen von Spezialisten für Stimm- und Kommunikationstherapie, die mit transsexuellen, transgender oder geschlechtsnichtkonformen Menschen arbeiten

Spezialisten können Logopäden, Sprachtherapeuten und klinische Stimm-Sprach-Fachkräfte sein. In den meisten Ländern werden zur Aufnahme in den Berufsverband der Logopäden bestimmte Qualifikationen und Berechtigungsnachweise gefordert. In einigen Ländern reguliert die Regierung die Berufsausübung durch Lizenzen, Berechtigungsnachweise oder Zulassungsverfahren (*American Speech-Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia; Vancouver Coastal Health, Vancouver, British Columbia, Canada*)

Minimalanforderungen an Spezialisten für Stimm- und Kommunikationstherapie, die mit transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Patienten arbeiten:

1. Eine spezielle Fortbildung und Kompetenz bei der Beurteilung und Entwicklung von Kommunikationsfähigkeiten transsexueller, transgender und geschlechtsnichtkonformer Klienten.

2. Ein Grundverständnis der Transgender Gesundheit, einschließlich der hormonellen und chirurgischen Behandlungsmaßnahmen zur Feminisierung/Maskulinisierung und der transspezifischen psychosozialen Aspekte, wie sie in den SOC beschrieben sind, Vertrautheit

mit sensiblen Umgangsformen, wie der Verwendung des bevorzugten Geschlechts in der Anrede, Pronomen und Namen (Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, Großbritannien; Speech Pathology, Australien).

3. Fortlaufende Weiterbildung in der Beurteilung und Entwicklung von Kommunikationsfähigkeiten bei transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Klienten. Dies kann der Besuch berufsbezogener Veranstaltungen, Workshops oder Seminare sein; die Teilnahme an Forschungsvorhaben zu Fragen der Geschlechtsidentität; unabhängige Studien; oder Beratung durch eine erfahrenen zugelassenen Kliniker.

Andere Fachleute wie Stimmpädagogen, Theaterschauspieler, Gesangslehrer und Experten für Körperbewegung können eine wertvolle Hilfe sein. Im Idealfall haben diese Fachkräfte Erfahrung in der Zusammenarbeit mit Logopäden und Sprachtherapeuten oder arbeiten aktiv mit Logopäden zusammenarbeiten.

Diagnostische Einschätzung und Behandlungsempfehlungen

Das Hauptziel der Stimm- und Kommunikationstherapie liegt darin, den Patienten dabei zu helfen, ihre Stimme und Kommunikation so anzupassen, dass sie sowohl sicher als auch authentisch sind, und ihnen zu einem Kommunikationsmuster zu verhelfen, von dem die Patienten glauben, dass es zu ihrer Geschlechtsidentität passt und ihr Selbsterleben widerspiegelt (Adler, Hirsch, & Mordaunt, 2006). Dabei ist es wichtig, dass Stimm- und Kommunikationsspezialisten auf die individuellen Kommunikationsvorlieben eingehen. Kommunikation – Ausdruck, Stimme, Sprachstil etc. – ist individuell. Patienten sollte nicht geraten werden, Verhaltensweisen anzunehmen, in denen sie sich nicht wohl fühlen und die für sie nicht authentisch sind. Die Spezialisten können ihren Patienten am besten helfen, wenn sie sich die Zeit nehmen, die Sorgen der Patienten bezüglich ihres Geschlechts und ihre Zielsetzungen für den Ausdruck ihrer Geschlechtlichkeit anzuhören (*American Speech-Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia*).

Die Menschen sollen sich Kommunikationsverhaltensweisen auswählen können, die sie sich passend zu ihrer Geschlechtsidentität aneignen möchten. Diese Entscheidungen werden unter Einbeziehung der Fachkenntnisse des Stimm- und Kommunikationsspezialisten aber auch der individuellen Untersuchungsergebnisse getroffen. (Hancock, Krissinger, & Owen, 2010). Sowohl die Selbsteinschätzung des Klienten als auch eine Expertenbeurteilung der Stimme, Resonanz, Artikulation der gesprochenen Sprache und der nonverbalen Kommunikation sollen beachtet werden (Adler et al., 2006; Hancock et al., 2010).

Behandlungspläne für die Stimme und Kommunikation werden entwickelt basierend auf den aktuellen Forschungserkenntnissen, dem klinischen Wissen und den Erfahrungen der Spezialisten sowie auf den Zielvorstellungen und -kriterien der Klienten (*American Speech-Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia; Vancouver Coastal Health, Vancouver, British Columbia, Canada*). Behandlungsziele umfassen üblicherweise die Stimmhöhe, Betonung, Lautstärke und Betonungsmuster, Stimmqualität, Resonanz, Artikulation, Sprechgeschwindigkeit und Ausdrucksfähigkeit, Sprache und nonverbale Kommunikation (Adler et al., 2006; Davies & Goldberg, 2006; de Bruin, Coerts, & Greven, 2000; Gelfer, 1999; McNeill, 2006; Oates & Dacakis, 1983). Die Behandlung kann in Einzel- oder Gruppensitzungen stattfinden. Die Häufigkeit und Dauer der Behandlung wird je nach den Bedürfnissen der Klienten variieren. Bereits vorliegende Protokolle zur Stimm- und Kommunikationstherapie könnten beim Erstellen eines individuellen Therapieplans berücksichtigt werden (Carew, Dacakis, & Oates, 2007; Dacakis, 2000; Davies & Goldberg, 2006; Gelfer, 1999; McNeill, Wilson, Clark, & Deakin, 2008; Mount & Salmon, 1988).

Die Stimme zu feminisieren oder zu maskulinisieren bedeutet, den Sprechapparat auf ungewohnte Weise zu benutzen. Vorsorgemaßnahmen müssen getroffen werden, um etwaige falsche Techniken und Langzeitschäden der Stimme zu vermeiden. Jede Stimm- und Kommunikationstherapie sollte daher eine stimmpflegende Komponente enthalten (Adler et al., 2006).

Empfehlungen für eine gesunde Stimme nach einer feminisierenden Stimmoperation

Wie in Abschnitt XI beschrieben, unterziehen sich einige transsexuelle, transgender und geschlechtsnichtkonforme Menschen einer Operation, um eine weibliche Stimme zu bekommen. (Eine tiefere Stimme kann durch eine maskulinisierende Hormontherapie erreicht werden, aber die feminisierenden Hormone haben keine Auswirkung auf die Stimmhöhe von MzF-Erwachsenen). Zufriedenheits- und Sicherheitsgrad sowie nachhaltige Verbesserungen bei Patientinnen, die sich einer derartigen Operation unterzogen haben, sind sehr unterschiedlich. Jenen Menschen, die sich einer feminisierenden Stimmoperation unterziehen, wird empfohlen, auch einen Stimm- und Kommunikationsspezialisten aufzusuchen, um das chirurgische Ergebnis zu optimieren, die gesunde Stimme zu schonen und nicht-verbale Aspekte der Kommunikation zu erlernen. Interventionen an der Stimme sollten Verlaufskontrollen bei einem Stimm- und Kommunikationsspezialisten folgen, der von dem Verband, der für Sprachtherapeuten oder Logopäden in diesem Land zuständig ist, zertifiziert und/oder zugelassen wurde (Kanagalingam et al., 2005; Neumann & Welzel, 2004).

XI
Operationen

Geschlechtsanpassende Operationen sind effektiv und medizinisch notwendig

Die Operation – insbesondere die Genitaloperation – ist oft die letzte und am meisten angestrebte Stufe im Behandlungsprozess der Geschlechtsdysphorie. Während viele transsexuelle, transgender und geschlechtsnichtkonforme Menschen sich in ihrer Geschlechtsidentität, Geschlechtsrolle und in ihrem Ausdruck der Geschlechtlichkeit ohne Operation wohl fühlen, sind für viele andere die geschlechtsanpassenden Operationen essentiell wichtig und medizinisch notwendig, um die Geschlechtsdysphorie zu lindern (Hage & Karim, 2000). Für die letztgenannte Gruppe kann eine Linderung der Geschlechtsdysphorie ohne Änderung ihrer primären und/oder sekundären Geschlechtscharakteristika nicht erreicht werden, um eine bessere Übereinstimmung mit ihrer Geschlechtsidentität herzustellen. Außerdem kann eine Operation dazu beitragen, dass die Patienten sich in Gegenwart ihrer Intimpartner oder an Orten wie Arztpraxen, Schwimmbädern oder Fitnessstudios ungezwungener fühlen. Unter bestimmten Umständen, kann die Operation das Risiko von Diskriminierung bei polizeilichen oder anderen behördlichen Festnahmen oder Durchsuchungen reduzieren.

Postoperative Nachuntersuchungen haben einen positiven Effekt geschlechtsanpassender Operationen auf das persönliche Wohlbefinden, die zur Geschlechtsidentität passende Erscheinung des Genitalbereichs und die sexuellen Funktionen gezeigt (De Cuypere et al., 2005; Gijs & Brewaeys, 2007; Klein & Gorzalka, 2009; Pfäfflin & Junge, 1998). Zusätzliche Informationen über die Ergebnisse chirurgischer Interventionen sind im Anhang D zusammengefasst.

Ethische Fragen im Zusammenhang mit geschlechtsanpassenden Operationen

Üblicherweise werden von Chirurgen krankhafte Gewebeveränderungen entfernt, Funktionsstörungen behoben oder Änderungen an Körpermerkmalen vorgenommen, die das Selbstbild der Patienten verbessern. Einige Menschen, einschließlich einiger Kliniker, lehnen eine

Operation zur Behandlung der Geschlechtsdysphorie aus ethischen Gründen ab, weil sie der Ansicht sind, dass diese Bedingungen nicht erfüllt werden.

Es ist wichtig, dass das Gesundheitspersonal, das Patienten mit Geschlechtsdysphorie behandelt, es für angemessen und notwendig erachtet, gesunde Strukturen zu verändern. Um zu verstehen, wie eine Operation die psychische Belastung und Not der Patienten mit Geschlechtsdysphorie lindern kann, muss das Gesundheitspersonal diesen Patienten zuhören, wenn sie von ihrer Symptomatik, den Dilemmata und Lebensgeschichten berichten. Einerseits sollte die Ablehnung einer Operation aus ethischen Gründen („zuerst einmal nicht schaden") respektiert und diskutiert werden. Anderseits sollte die Gelegenheit genutzt werden, von den Patienten selbst, die unter Geschlechtsdysphorie leiden, von ihrer psychischen Belastung und Not zu erfahren, und von den schädlichen Auswirkungen, falls der Zugang zu den entsprechenden Behandlungen verweigert wird.

Chirurgische Interventionen zur Behandlung der Geschlechtsdysphorie gehören nicht zu den elektiven Behandlungsmaßnahmen. Typischerweise reicht es bei elektiven Maßnahmen aus, wenn zwischen einem Patienten und einem Chirurgen ein Einwilligungsvertrag unterschrieben wird. Genital- und Brustchirurgische Interventionen sind medizinisch notwendige Maßnahmen zur Behandlung der Geschlechtsdysphorie und dürfen ausschließlich nach einer diagnostischen Einschätzung durch qualifizierte Fachkräfte für psychische Gesundheit durchgeführt werden, wie in Abschnitt VII der SOC beschrieben. Die Operationen dürfen nur dann durchgeführt werden, wenn schriftlich dokumentiert ist, dass eine professionelle diagnostische Einschätzung vorgenommen wurde und dass die betreffende Person die Kriterien für eine spezifische chirurgische Behandlung erfüllt. Indem sie diesem Vorgehen folgen, teilen sich die Fachkräfte für psychische Gesundheit, die Chirurgen und die Patienten die Verantwortung, Entscheidungen für irreversible Veränderungen am Körper treffen.

Es ist ethisch nicht vertretbar, die Verfügbarkeit von oder die Zugangsberechtigung zu geschlechtsanpassenden Operationen ausschließlich aufgrund von seropositivem Blut bei durch Blut übertragbaren Krankheiten wie HIV oder Hepatitis B oder C zu verweigern.

Die Zusammenarbeit des Chirurgen mit der Fachkraft für psychische Gesundheit, dem Arzt, der die Hormonbehandlung durchführt (wenn vorhanden) und den Patienten (*informed consent*)

Die Rolle des Chirurgen bei der Behandlung der Geschlechtsdysphorie ist nicht auf die Rolle des Operateurs begrenzt. Vielmehr haben verantwortungsbewusste Chirurgen Einblick in die

Geschichte jedes einzelnen Patienten und kennen die Gründe, die zur Indikation der jeweiligen Operation führten. Deshalb müssen die Chirurgen ausführlich mit ihren Patienten sprechen und eine enge Arbeitsbeziehung zu jenem Gesundheitspersonal pflegen, das aktiv in der klinischen Behandlung der Geschlechtsdysphorie eingebunden ist.

Der kollegiale Austausch ist leicht realisierbar, wenn der Chirurg Teil eines interdisziplinären Behandlungsteams ist. Falls das nicht zutrifft, muss der Chirurg darauf vertrauen, dass die überweisende Fachkraft für psychische Gesundheit und, falls zutreffend, der Arzt, der die Hormone verschreibt, für die diagnostische Einschätzung und Behandlung der Geschlechtsdysphorie qualifiziert sind, da der Chirurg auf die spezialisierten Kenntnisse der Fachkräfte für psychische Gesundheit angewiesen ist.

Sobald der Chirurg davon überzeugt ist, dass die Kriterien für spezifische Operationen (wie nachfolgend beschrieben) erfüllt sind, sollte die chirurgische Intervention in Betracht gezogen werden und eine präoperative Beratung stattfinden. Im Verlauf dieser Beratung sollte die Intervention und der postoperative Verlauf ausführlich mit den Patienten erörtert werden. Die Chirurgen sind dafür verantwortlich, die folgenden Punkte mit jenen Patienten zu besprechen, die eine chirurgische Intervention zur Behandlung ihrer Geschlechtsdysphorie wünschen:

- Die Möglichkeit der Durchführung unterschiedlicher chirurgischer Verfahren (inklusive des Hinweises auf jene Kollegen, die andere Operationsmethoden anbieten)

- Die Aufklärung über die Vor- und Nachteile der einzelnen Techniken

- Die Grenzen des eigenen Verfahrens, "ideale" Ergebnisse zu erreichen. Chirurgen sollten von eigenen Patienten so genannte Vorher-Nachher-Bilder zeigen, sowohl von erfolgreichen als auch von weniger erfolgreichen Behandlungen.

- Die Information über die dem jeweiligen Verfahren inhärenten Risiken und möglichen Komplikationen. Chirurgen sollten die Patienten über die individuelle Komplikationswahrscheinlichkeit bei den einzelnen Maßnahmen informieren.

Diese Diskussionen sind der Kern des Prozesses der informierten Zustimmung, die sowohl eine ethische als auch rechtliche Voraussetzung jeglicher chirurgischer Intervention darstellt. Um zu erreichen, dass die Geschlechtsdysphorie gelindert wird, ist es wichtig sicherzustellen, dass die Patienten realistische Erwartungen an das Ergebnis der Operation haben.

Die gesamten Informationen sollten den Patienten sowohl schriftlich in einer Sprache, die sie gut verstehen, als auch in grafischer Darstellung zur Verfügung gestellt werden. Um sie sorgfältig lesen zu können, sollten die Patienten die Informationen mit ausreichend Zeit im Voraus erhalten (eventuell via Internet). Die Bestandteile der informierten Zustimmung sollten immer in einem persönlichen Gespräch vor der chirurgischen Intervention besprochen werden. Somit können die

Fragen der Patienten direkt beantwortet und deren schriftliche Einwilligungserklärung eingeholt werden. Da Ergebnisse dieser Interventionen unumkehrbar sind, sollte darauf geachtet und gewährleistet werden, dass die Patienten ausreichend Zeit haben, eine Einwilligungserklärung abzugeben. Ein Minimum von 24 Stunden wird empfohlen.

Die Chirurgen sollten die postoperative Nachsorge sowie bei Bedarf Beratungen durch andere Ärzte veranlassen, die die Patienten in Zukunft behandeln. Die Patienten sollten sich mit ihrem Chirurgen austauschen, um einen adäquaten Plan für die postoperative Nachsorge zu entwickeln.

Überblick über die chirurgischen Maßnahmen der Behandlung von Patienten mit Geschlechtsdysphorie

Für eine Patientin von Mann zu Frau (MzF) kommen folgende chirurgische Maßnahmen in Frage:

1. Brustchirurgie: Brustaufbau, Brustaugmentation (Implantate,/Fettunterspritzung)

2. Genitalchirurgie: Penektomie, Orchiektomie, Vaginalplastik, Klitorisplastik, Vulvaplastik

3. Nicht Genital- oder Brustoperationen: Maßnahmen zur Feminisierung des Gesichts, Fettabsaugung, Fettunterspritzung, Phonochirurgie, Abschleifen des Adamsapfels (Chondrolaryngoplastik); Fettunterspritzung im Hüftbereich, Haarrekonstruktion und weitere ästhetische Verfahren.

Für einen Patienten von Frau zu Mann (FzM) kommen folgende chirurgische Maßnahmen in Frage:

1. Brustchirurgie: Entfernung des Brustdrüsengewebes (Mastektomie) sowie Aufbau eines männlichen Brustprofils;

2. Genitalchirurgie: Hysterektomie/Ovarektomie, Rekonstruktion der Harnröhre, ggfs. in Kombination mit einer Metaidoioplastik oder Phalloplastik (unter Verwendung verschiedener Lappenplastiken), Vaginektomie, Skrotoplastik sowie die Implantation einer Hoden- und/oder Penisprothese

3. Nicht Genital- oder Brustoperationen: Stimmchirurgie (selten), Fettabsaugung, Fettunterspritzung, Pektorale Brustimplantate und weitere ästhetische Verfahren.

Rekonstruktive vs. ästhetische Chirurgie

Die Frage, inwiefern geschlechtsanpassende Operationen als „ästhetische“ oder „rekonstruktive“ Maßnahmen anzusehen sind, hat neben einer philosophischen Dimension, eine wichtige finanzielle Dimension. In der Regel werden ästhetische oder kosmetische Operationen als medizinisch nicht notwendig angesehen und daher werden die Kosten vollständig von den Patienten übernommen. Im Gegensatz hierzu werden wiederherstellende Interventionen als medizinisch notwendig erachtet – mit zweifelsfrei therapeutischen Erfolgen. Die Kosten werden deshalb teilweise oder vollständig von den nationalen Gesundheitssystemen oder Versicherungsunternehmen übernommen.

Allerdings existiert im Bereich der plastischen und Wiederherstellungschirurgie keine klare Unterscheidung zwischen ausschließlich wiederherstellend und ausschließlich kosmetisch (sowohl generell als auch bei geschlechtsbezogenen Operationen). Jedoch ist die Mehrheit der plastischen Operationen sowohl als wiederherstellend als auch als kosmetisch anzusehen.

Während der Großteil des Gesundheitspersonals darin übereinstimmt, dass neben der Genitaloperation auch die Mastektomie nicht ausschließlich kosmetisch betrachtet werden kann, variieren die Meinungen bis zu welchem Grad weitere chirurgische Interventionen (z. B. Brustaufbau, Intervention zur Feminisierung der Gesichtszüge) als rein wiederherstellend gelten. Auch wenn es leichter sein mag, eine Phalloplastik oder eine Vaginalplastik als eine Intervention anzusehen, die lebenslanges Leiden beendet, kann bei ausgewählten Patienten eine operative Nasenverkleinerung radikale und dauerhafte Auswirkungen auf deren Lebensqualität haben und ist deshalb, medizinisch gesehen, in diesem Fall notwendiger als für jemanden, der oder die nicht unter einer Geschlechtsdysphorie leidet.

Kriterien für Operationen

Die Kriterien zur Indikation chirurgischer Interventionen im Rahmen der Behandlung der Geschlechtsdysphorie wurden entwickelt, um eine optimale Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Während die SOC einen individuellen Behandlungsverlauf ermöglichen sollen, der am ehesten geeignet ist, die verschiedenen Gesundheitsbedürfnisse der Patienten zu erfüllen, ist die Dokumentation einer anhaltenden Geschlechtsdysphorie durch eine qualifizierte Fachkraft für psychische Gesundheit ein Kriterium für sämtliche brust- und genitalchirurgischen Maßnahmen. Für einige Operationen gehören zur Vorbereitung und Behandlung zusätzliche Kriterien in Form einer feminisierenden/maskulinisierenden Hormontherapie und über ein Jahr ein Leben kontinuierlich in der Geschlechtsrolle, die der eigenen Geschlechtsidentität entspricht.

Diese Kriterien werden nachfolgend beschrieben. Gestützt auf vorliegende Befunde und klinisch übereinstimmende Expertenmeinungen werden unterschiedliche Empfehlungen für unterschiedliche chirurgische Interventionen ausgesprochen.

Die SOC spezifizieren nicht die Reihenfolge, in der die verschiedenen Operationen ausgeführt werden sollen. Die Anzahl und Abfolge der chirurgischen Interventionen können von Patient zu Patient, je nach dessen klinischen Bedürfnissen, verschieden sein.

Kriterien für brustchirurgische Eingriffe (Ein Indikationsschreiben)

Kriterien für die Mastektomie sowie Aufbau eines männlichen Brustprofils bei FzM-Patienten:

1. Andauernde, gut dokumentierte Geschlechtsdysphorie
2. Fähigkeit zur vollumfänglich informierten Entscheidung und Zustimmung zur Behandlung
3. Volljährigkeit[7] (bei jüngeren Patienten siehe Abschnitt zur Behandlung der Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter)
4. Eventuelle körperliche Erkrankungen oder psychische Störungen müssen ausreichend kontrolliert werden.

Die Hormontherapie stellt keine zwingende Voraussetzung dar.

Kriterien für die Brustaugmentation (Brustimplantate, Fettunterspritzung) bei MzF-Patientinnen:

1. Andauernde, gut dokumentierte Geschlechtsdysphorie
2. Fähigkeit zur vollumfänglich informierten Entscheidung und Zustimmung zur Behandlung
3. Volljährigkeit[7] (bei jüngeren Patientinnen siehe Abschnitt zur Behandlung der Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter)
4. Eventuelle körperliche Erkrankungen oder psychische Störungen müssen ausreichend kontrolliert werden.

Obgleich es kein explizites Kriterium darstellt, wird empfohlen, dass sich MzF-Patientinnen vor einer chirurgischen Intervention zum Brustaufbau bzw. zur Brustvergrößerung einer feminisierenden Hormontherapie unterziehen (mindestens 12 Monate). Mit der Hormontherapie kann das

Brustwachstum optimiert und somit ein besseres chirurgisches (ästhetisches) Resultat erreicht werden.

Kriterien für die Genitalchirurgie (Zwei Indikationsschreiben)

Die jeweiligen Kriterien für die genitalchirurgischen Maßnahmen hängen ab von der Intervention, die nachgefragt wird.

Kriterien für die Hysterektomie und Ovarektomie bei FzM-Patienten und für die Orchiektomie bei MzF-Patientinnen:

1. Andauernde, gut dokumentierte Geschlechtsdysphorie

2. Fähigkeit zur vollumfänglich informierten Entscheidung und Zustimmung zur Behandlung

3. Volljährigkeit[7] (bei jüngeren Patienten siehe Abschnitt zur Behandlung der Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter)

4. Eventuelle körperliche Erkrankungen oder psychische Störungen müssen ausreichend kontrolliert werden

5. Durchführung einer Hormontherapie über die Dauer von zwölf Monaten, die im Einklang mit den Zielen der Patienten hinsichtlich der geschlechtsbezogenen Merkmale des Körpers steht (solange keine Kontraindikation zur Hormontherapie vorliegt oder die Patienten aus anderen Gründen nicht in der Lage oder willens ist, sich der Hormontherapie zu unterziehen).

Das Ziel der Behandlung durch eine Hormontherapie vor der Durchführung einer Gonadektomie liegt darin, zunächst eine Phase der umkehrbaren Östrogen- bzw. Testosteronunterdrückung einzuleiten, bevor sich die Patienten für eine Operation entscheiden, die unumkehrbare Konsequenzen nach sich zieht.

Diese Kriterien gelten nicht für Patienten, die sich diesen Operationen aus anderen medizinischen Gründen als einer Geschlechtsdysphorie unterziehen.

Kriterien für die Metaidoioplastik oder Phalloplastik bei FzM-Patienten und für die Vaginalplastik bei MzF-Patientinnen:

1. Andauernde, gut dokumentierte Geschlechtsdysphorie

2. Fähigkeit zur vollumfänglich informierten Entscheidung und Zustimmung zur Behandlung

3. Volljährigkeit[7]

4. Mögliche körperliche Erkrankungen oder psychische Störungen müssen ausreichend kontrolliert sein.

5. Durchführung einer Hormontherapie über die Dauer von zwölf Monaten, die im Einklang mit den Zielen der Patienten hinsichtlich der geschlechtsbezogenen Merkmale ihres Körpers steht (solange keine Kontraindikation zur Hormontherapie vorliegt oder der Patient aus anderen Gründen nicht in der Lage oder willens ist, sich der Hormontherapie zu unterziehen);

6. Kontinuierliches Leben in einer Geschlechtsrolle für die Dauer von zwölf Monaten, die im Einklang mit der Geschlechtsidentität steht.

Obgleich es kein explizites Kriterium darstellt, wird empfohlen, dass diese Patienten regelmäßig Fachkräfte für psychische Gesundheit und anderes Gesundheitspersonal konsultieren.

Begründung für das Kriterium präoperativ für die Dauer von 12 Monaten kontinuierlich in einer Geschlechtsrolle zu leben, die im Einklang mit der Geschlechtsidentität steht

Das oben beschriebene Kriterium für einige Arten der genitalchirurgischen Interventionen, nämlich die Verpflichtung zwölf Monate ohne Unterbrechung in einer Geschlechtsrolle zu leben, die mit der Geschlechtsidentität übereinstimmt, basiert auf einem klinischen Expertenkonsens. Den Patienten sollen sich ausreichend Gelegenheiten bieten, Erfahrungen in der gewünschten Geschlechtsrolle zu sammeln und sich sozial anzupassen, bevor sie sich einer unumkehrbaren Operation unterziehen. Wie in Absatz VII beschrieben, stellen die sozialen Aspekte einer Veränderung der Geschlechtsrolle häufig eine Herausforderung dar – oft eine größere als die körperlichen Veränderungen. Die Geschlechtsrolle zu wechseln, kann tief gehende persönliche und soziale Konsequenzen nach sich ziehen. Damit die Menschen später erfolgreich mit ihrer Geschlechtsrolle zu recht kommen, sollte die Entscheidung dazu das Wissen beinhalten, welche familiären, zwischenmenschlichen, schulischen, beruflichen, wirtschaftlichen und rechtlichen Herausforderungen möglicherweise auf sie zukommen können.. Die Unterstützung von qualifizierten Fachkräften für psychische Gesundheit und Gleichgesinnten kann von hohem Wert sein und eine erfolgreiche Anpassung an die Geschlechtsrolle ermöglichen (Bockting, 2008).

Die Dauer von zwölf Monaten erlaubt eine Reihe verschiedener Lebenserfahrungen und Erlebnisse, die sich im Laufe des Jahres zutragen können (z. B. Familienfeiern, Urlaub, Ferien, saisonal-spezifische Arbeit oder Erfahrungen im Schulalltag). Im Verlauf dieses Zeitraumes sollten sich die Patienten kontinuierlich, d.h. jeden Tag und über alle Lebensbereiche hinweg, in ihrer gewünschten Geschlechtsrolle zeigen. Dies beinhaltet das Coming-Out gegenüber Partnern, der

Familie, Freunden und anderen Menschen im sozialen Umfeld (z.B. in der Schule, bei der Arbeit und in weiteren Bereichen).

Das Gesundheitspersonal sollte die Erfahrungen der Patienten in ihrer Geschlechtsrolle ausführlich dokumentieren, einschließlich des Datums, wann jene, die sich auf eine Genitaloperation vorbereiten, dauerhaft mit dem Leben in der angestrebten Geschlechtsrolle begonnen haben. Falls erforderlich, kann das Gesundheitspersonal unter Umständen einen Nachweis fordern, dass das Kriterium erfüllt wurde. Z.B. kann eine Personen gefragt werden, die im Kontakt mit dem Patienten gestanden und den Geschlechtsrollenwechsel erlebt hat, oder, falls nötig, kann ein Dokument mit dem rechtsgültigen Namen oder der veränderten Geschlechtsangabe angefordert werden.

Chirurgische Interventionen bei Menschen mit psychotischen und anderen schweren psychischen Erkrankungen

Wenn Patienten, neben der Geschlechtsdysphorie unter schweren psychischen Erkrankungen und einer gestörten Realitätswahrnehmung leiden (z. B. im Rahmen psychotischer Erkrankungen, bipolarer, dissoziativer Identitäts- oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen), müssen diese Erkrankungen zuerst mit Psychopharmako- und/oder Psychotherapie ausreichend behandelt werden, bevor eine Operation in Betracht gezogen wird. Vor der Durchführung einer Operation zur Behandlung der Geschlechtsdysphorie, sollte die psychotische Erkrankung sowie die psychische Verfassung des Patienten und dessen Eignung für die Operation durch qualifizierte Fachkräfte für psychische Gesundheit erneut eingeschätzt werden. Empfohlen wird die erneute Einschätzung durch jene Fachkräfte, die den Patienten kennt. Es sollte keine Operation durchgeführt werden, wenn ein Patient akut psychotisch ist (De Cuypere & Vercruysse, 2009).

Kompetenzen der Chirurgen, die Brust- und Genitaloperationen im Rahmen der Behandlung der Geschlechtsdysphorie durchführen

Ärzte, die chirurgische Interventionen im Rahmen der Behandlung der Geschlechtsdysphorie durchführen, sollten Fachärzte für Urologie, Gynäkologie, Allgemein- oder Schönheitschirurgie sein und als solche von der jeweiligen Ärztekammer anerkannt sein. Die Chirurgen sollten über Fachkenntnisse in genitaler Wiederherstellungschirurgie verfügen, die sie im Rahmen einer durch erfahrene Chirurgen supervidierten Ausbildung erworben haben. Auch erfahrene Chirurgen sollten bereit sein, ihre chirurgischen Fertigkeiten von ihren Kollegen beurteilen zu lassen. Eine

dokumentierte Evaluation der Operationsergebnisse sowie die Veröffentlichung der Resultate tragen zur Einschätzung von Verlässlichkeit sowohl auf Seiten des indizierenden Gesundheitspersonals als auch auf Seiten der Patienten bei. Chirurgen sollten sich regelmäßig hinsichtlich neuer Techniken fortbilden. Das Internet wird häufig von Patienten effektiv genutzt, um Informationen über ihre Erfahrungen mit den jeweiligen Chirurgen und deren Mitarbeitern auszutauschen.

Im Idealfall sollten Chirurgen über die Fertigkeit verfügen, mehr als eine chirurgische Technik zur Genitalrekonstruktion anwenden zu können, so dass sie, nach Absprache mit den Patienten, die individuell passende Technik für den Patienten wählen können. Ansonsten sollte der Chirurg die Patienten über andere Operationsmethoden aufklären und eine Überweisung an einen anderen, dementsprechend ausgebildeten Chirurgen ausstellen, falls er selbst ausschließlich eine chirurgische Technik anwendet und diese Methode für die Patienten ungeeignet ist.

Techniken und Komplikationen der Brustchirurgie

Während das Erscheinungsbild einer Brust bzw. eines Brustkorbs ein relevantes sekundäres Geschlechtsmerkmal darstellt, ist das Vorhandensein oder die Größe einer Brust für die rechtliche Geschlechtszuweisung (Personenstand) ohne Bedeutung und ist für die Fortpflanzung unnötig. Da beide Maßnahmen bei der Behandlung der Geschlechtsdysphorie relativ unumkehrbare körperliche Veränderungen darstellen, sollte die Durchführung von Brustoperationen ebenso sorgfältig überdacht werden wie der Beginn der Hormontherapie.

Bei einer MzF-Patientin unterscheidet sich die Brustvergrößerung bzw. der Brustaufbau nicht von dem Verfahren, das bei einer Frau mit weiblichem Geburtsgeschlecht angewendet wird. In der Regel werden Brustprothesen implantiert, gelegentlich wird mit Eigenfett der Brustbereich unterspritzt. Infektionen und Kapselfibrosen stellen seltene Komplikationen einer chirurgischen Brustvergrößerung bei MzF-Patientinnen dar (Kanhai, Hage, Karim, & Mulder, 1999).

Bei einem FzM-Patienten ist die Mastektomie oder der Aufbau eines männlichen Brustprofils möglich. Bei vielen FzM-Patienten ist es die einzige Operation, die durchgeführt wird. Der Patient sollte darüber aufgeklärt werden, dass in Abhängigkeit von der Menge an Brustgewebe, das entfernt wird, auch eine Hautentfernung erforderlich wird und eine Narbe zurück bleibt. Als Komplikationen einer subkutanen Mastektomie können sich eine Brustwarzennekrose ebenso entwickeln wie ein unregelmäßiges Brustprofil und eine unansehnliche Vernarbung (Monstrey et al., 2008).

Techniken und Komplikationen der Genitalchirurgie

Zu den genitalchirurgischen Interventionen bei MzF-Patientinnen gehören Orchiektomie, Penektomie, Vaginalplastik, Klitorisplastik und Labioplastik. Die Techniken umfassen penile Hautinversion, gestieltes Sigmoidtransplantat und freie Hauttransplantate, um die Neovagina auszukleiden. Sexuelles Empfinden ist ein wichtiges Ziel bei der Konstruktion der Vaginalplastik, ebenso wie die Anfertigung einer funktionsfähigen Vagina und ein akzeptables ästhetisches Ergebnis.

Chirurgische Komplikationen bei einer MzF-Genitaloperation können die komplette oder partielle Nekrose der Vagina und der Schamlippen sein, Fisteln, die durch die Blase oder den Darm in die Vagina reichen, eine Harnröhrenstenose oder eine Vagina, die für den Geschlechtsverkehr entweder zu kurz oder zu klein ist. Obwohl die chirurgischen Techniken zur Konstruktion einer Neovagina funktionell und ästhetisch gut entwickelt sind, wurde dennoch nach der Intervention von Anorgasmie berichtet und eine zweite Labioplastik aus kosmetischen Gründen kann nötig sein(Klein & Gorzalka, 2009; Lawrence, 2006).

Zu den genitalchirurgischen Interventionenn bei FzM-Patienten gehören die Hysterektomie, Ovarektomie, Salpingo-Oophorektomie, Vaginektomie, Metaidoioplastik, Skrotoplastik, Urethralplastik, Phalloplastik und das Einsetzen von Hodenprothesen. Bei Patienten ohne vorherige Bauchoperationen wird eine laparoskopische Intervention für die Hysterektomie und Salpingo-Oophorektomie empfohlen, um Narben am Unterbauch zu vermeiden. Der vaginale Zugang kann schwierig sein, weil die meisten Patienten keine Kinder geboren haben und häufig keinen Geschlechtsverkehr mit Penetration erfahren haben. Derzeit gibt es verschiedene Operationstechniken für die Phalloplastik. Die Wahl der Technik kann aufgrund von anatomischen oder chirurgischen und finanziellen Bedenken des Patienten begrenzt sein. Wenn das Ziel darin besteht, einen ästhetisch angemessenen Neophallus zu erhalten, mit dem es möglich ist, im Stehen zu urinieren, sowie gleichermaßen sexuell empfindsam und/oder fähig zum Geschlechtsverkehr zu sein, dann sollten die Patienten darüber aufgeklärt werden, dass mehrere verschiedene Operationsschritte vonnöten sind und es häufig technische Schwierigkeiten gibt, die zusätzliche Operationen erforderlich machen können. Selbst die Metaidoioplastik, ein Verfahren, bei dem im Rahmen einer einzeitigen chirurgischen Intervention ein Mikrophallus konstruiert wird, erfordert häufig mehrere und nicht nur eine Operation. Auch das Ziel, im Stehen urinieren zu können, kann mit dieser Technik nicht immer garantiert werden (Monstrey et al., 2009).

Bei den Komplikationen bei FzM-Patienten handelt es sich häufig um Harnwegstenosen und Fisteln sowie seltener um eine Nekrose des Neophallus.

Das Ergebnis einer Metaidoioplastik ist ein Mikropenis mit dem nicht im Stehen uriniert werden kann. Die Phalloplastik, bei der ein gestielter oder frei vaskularisierter Hautlappen verwendet

wird, ist eine langwierige Intervention in mehreren Schritten mit hoher Morbidität, einschließlich Harnwegskomplikationen und unvermeidbarer Vernarbung an der Entnahmestelle. Deshalb verzichten viele FzM-Patienten auf den Aufbau einer Phalloplastik (Hage & De Graaf, 1993).

Allerdings bereuen selbst jene Patienten, die schwere chirurgische Komplikationen entwickeln, nur selten, sich einer Operation unterzogen zu haben. Die Wichtigkeit der Operation kann wiederholt daran erkannt werden, dass die Qualität der Operationsergebnisse einen ausgeprägten Einfluss auf das Gesamtergebnis des Geschlechtswechsels hat (Lawrence, 2006).

Weitere chirurgische Behandlungsmaßnahmen

Zu den weiteren körperlich feminisierenden Operationen gehören die Chondrolaryngoplastik (Verkleinerung des Adamsapfels), Stimmänderungsoperation, Konturformung der Taille, Nasenoperation (Nasenkorrektur), Reduzierung der Gesichtsknochen, Gesichtsstraffung und Blepharoplastik (Augenlidstraffung). Zu den weiteren Operationsmöglichkeiten, die bei der körperlichen Maskulinisierung helfen, gehören die Fettabsaugung, Fettunterspritzung und pektorale Brustimplantate. Um eine tiefere Stimme zu erreichen, ist eine Stimmbandoperation nur selten notwendig. Sie kann allerdings in jenen Fällen empfohlen werden, in denen die Hormontherapie nicht den gewünschten Effekt auf die Stimmhöhe zeigt.

Während für die weiteren chirurgischen Behandlungsmaßnahmen keine Indikation von der Fachkraft für psychische Gesundheit benötigt wird, kann die Auseinandersetzung mit der jeweiligen Maßnahme in einem psychotherapeutischen Setting hilfreich sein, eine bewusste und informierte Entscheidung für den jeweiligen Zeitpunkt und die individuellen Konsequenzen der Operation im Verlauf des sozialen Geschlechtswechsels zu treffen.

Wenngleich die meisten dieser Interventionen in der Regel als rein „ästehtische“ Operationen eingeschätzt werden, können die genannten Maßnahmen bei Menschen mit schwerer Geschlechtsdysphorie als medizinisch notwendig angesehen werden, je nach dem wie sich im Einzelfall die klinische Situation und das Alltagsleben der Patienten gestaltet. Diese Mehrdeutigkeit entspricht der Realität klinischer Situationen und ermöglicht individuelle Entscheidungen mit Blick auf die Notwendigkeit und Erwünschtheit dieser Interventionen.

XII

Postoperative Nachsorge und Nachuntersuchungen

Es besteht ein Zusammenhang zwischen Langzeitbehandlungen und Nachuntersuchungen im Anschluss an eine chirurgische Intervention zur Behandlung der Geschlechtsdysphorie und guten chirurgischen und psychosozialen Ergebnissen (Monstrey et a., 2009). Nachuntersuchungen sind für die weitere physische und psychische Gesundheit der Patienten ebenso wichtig wie dafür, dass der Chirurg den Nutzen und die Grenzen der Intervention erfährt. Jene Chirurgen, die Patienten operieren, die extra anreisen, wird empfohlen, einen individuellen Nachsorgeplan zu entwickeln und zu versuchen, die Langzeitnachsorge vor Ort bzw. in der Region ihrer Patienten sicherzustellen.

Patienten, die operiert worden sind, nehmen manchmal an keiner Nachuntersuchung bei den Fachärzten teil, selbst nicht bei jenen Ärzten, die für die Hormonbehandlung zuständig sind (falls sie Hormone einnehmen). Sie unterschätzen dabei, dass diese Ärzte oft am besten in der Lage sind, spezifische Erkrankungen im Zusammenhang mit einer Hormontherapie und Operation, vorzubeugen, zu diagnostizieren und zu behandeln. Die Notwendigkeit postoperativer Nachsorge beinhaltet insbesondere auch die Fachkräfte für psychische Gesundheit, da jene Fachkräfte zum Teil mehr Zeit mit den Patienten verbracht haben, als anderes Gesundheitspersonal. Sie sind deshalb prädestiniert, bei postoperativen Anpassungsschwierigkeiten helfen zu können. Das Gesundheitspersonal sollte den Patienten die Wichtigkeit der postoperativen Nachsorge vermitteln und eine kontinuierliche Fortsetzung der Behandlung anbieten.

Postoperative Patienten sollten sich ihrem Alter entsprechend regelmäßig medizinisch untersuchen lassen. Dies wird im nächsten Abschnitt näher beschrieben.

XIII

Lebenslange Prävention und hausärztliche Versorgung

Transsexuelle, transgender und geschlechtsnichtkonforme Menschen benötigen ihr Leben lang eine Gesundheitsversorgung. Zum Beispiel um negative sekundäre Auswirkungen zu vermeiden, wenn bereits im relativ jungen Alter eine Gonadektomie durchgeführt wurde und/oder eine hoch dosierte Hormontherapie über einen langen Zeitraum appliziert wird. In diesen Fällen benötigen die Patienten eine sorgfältige Gesundheitsversorgung durch Fachkräfte, die sich neben der hausärztlichen Versorgung auch mit verschiedenen Aspekten der Transgender-Versorgung und -Gesundheit auskennen. Falls das zuständige Gesundheitspersonal die Expertise nicht anbieten kann, ist ein ständiger Austausch mit in Transgender-Fragen kompetentem Gesundheitspersonal nötig.

Fragen zur hausärztliche Versorgung und zu den gesundheitserhaltenden Ressourcen sollten vor, während und nach jeder Maßnahme zur Linderung der Geschlechtsdysphorie thematisiert werden (z. B. Veränderung der Geschlechtsrolle und medizinische Interventionen). Obgleich die Endokrinologen und Chirurgen eine wichtige Rolle in der Vorsorge spielen, wird allen transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Menschen empfohlen, sich einen Hausarzt suchen, der den gesamten Bedarf ihrer Gesundheitsversorgung abdeckt. (Feldman, 2007).

Allgemeine präventive Gesundheitsvorsorge

Präventionsbezogene Leitlinien für die allgemeine Bevölkerung wurden für Organsysteme entwickelt, die nicht den Effekten einer feminisierenden bzw. maskulinisierenden Hormontherapie ausgesetzt werden. Allerdings über- oder unterschätzen die allgemeinen Vorsorge-Leitlinien z. B. bei den kardiovaskulären Risikofaktoren, der Osteoporose und einigen Krebsarten (Brust-, Gebärmutterhals-, Eierstock-, Blasen- und Prostatakrebs) das Kosten-Nutzen-Verhältnis von Screening-Untersuchungen bei Patienten mit Hormontherapie.

Mehrere Institutionen haben detaillierte Empfehlungen für die allgemeine und präventive Gesundheitsversorgung von Patienten herausgegeben, die sich einer feminisierenden bzw. maskulinisierenden Hormontherapie unterziehen, einschließlich jener Therapien, die im Anschluss an geschlechtsanpassende Operationen stattfinden (Center of Excellence for Transgender Health

[*Kompetenzzentrum für Transgendergesundheit*], UCSF, 2011; Feldman & Goldberg, 2006; Feldman, 2007; Gorton, Buth, & Spade, 2005). Das Gesundheitspersonal sollte sich an die national gültigen Leitlinien halten und die Vorsorgeuntersuchungen mit ihren Patienten im Kontext der Auswirkungen einer Hormontherapie auf das Grundrisiko erörtern.

Krebsvorsorge

Krebsvorsorgeuntersuchungen geschlechtsbezogener Organsysteme können besondere medizinische und psychosoziale Herausforderungen für transsexuelle, transgender und geschlechtsnichtkonforme Patienten und deren Gesundheitspersonal darstellen. Aus Mangel an qualitativ hochwertigen Prospektivstudien ist es unwahrscheinlich, dass das Gesundheitspersonal ausreichend Belege hat, um zu bestimmen, welche Art und Häufigkeit der Krebsvorsorge für diese Bevölkerungsgruppe angemessen ist. Werden die Untersuchungen zu häufig durchgeführt, resultieren höhere Gesundheitskosten, erhöhte Falsch-Positivraten und unnötige Bestrahlungsbelastungen und/oder weitere diagnostische Interventionen wie z.B. eine Biopsie. Werden die Untersuchungen zu selten durchgeführt, wird die zeitnahe Diagnostik therapierbarer Krebsarten möglicherweise verzögert. Patienten finden Krebsvorsorgeuntersuchungen möglicherweise geschlechtsbestätigend (wie Mammografien für MzF-Patientinnen) oder physisch sowie psychisch belastend (wie PAP-Abstriche als Langzeitvorsorge bei FzM-Patienten).

Urogenitale Versorgung

Eine gynäkologische Versorgung kann für transsexuelle, transgender und geschlechtsnichtkonforme Menschen beider Geschlechter notwendig sein. Bei FzM-Patienten ist eine gynäkologische Versorgung vor allem bei jenen nötig, die keine Genitaloperation haben durchführen lassen. Bei MzF-Patientinnen wird eine gynäkologische Versorgung nach der Genitaloperation nötig. Obwohl viele Chirurgen ihren Patienten eine postoperative urogenitale Versorgung anbieten, sollten Haus- und Allgemeinärzte sowie Gynäkologen ebenfalls mit den besonderen Bedürfnissen dieser Bevölkerungsgruppe im Bereich der urogenitalen Versorgung vertraut sein.

MzF-Patientinnen sollten sich hinsichtlich ihrer Genitalhygiene, ihrer Sexualität sowie der Vorsorge gegen sexuell übertragbare Infektionen beraten lassen; jene, die eine Genitaloperation hatten, sollten ebenso über die Notwendigkeit einer regelmäßigen Scheidendehnung oder von Geschlechtsverkehr mit Penetration aufgeklärt werden, damit die Tiefe und Weite der Vagina erhalten bleibt (van Trotsenburg, 2009). Aufgrund der Anatomie des männlichen Beckens, unterscheiden sich die Achse und die Dimension der Neovagina maßgeblich von der Vagina von Frauen mit weiblichem

Geburtsgeschlecht. Dieser anatomische Unterschied kann, wenn er von den MzF-Patientinnen und ihren Partnern nicht angemessen berücksichtigt wird, den Geschlechtsverkehr beeinträchtigen (van Trotsenburg, 2009).

Infektionen der unteren Harnwege kommen bei MzF-Patientinnen nach der rekonstruktiven chirurgischen Intervention häufig vor, wegen der Notwendigkeit, die Harnwege zu verkürzen. Zudem können die Patientinnen unter einer funktionalen Störung des unteren Harntrakts leiden. Sie können durch eine Beschädigung der autonomen Nervenversorgung des Blasenbodens während der Durchtrennung von Rektum und Blase sowie durch eine veränderte Blasenlage selbst verursacht werden. Nach den genitalchirurgischen Interventionen kann eine dysfunktionale Blase (z. B. überaktive Blase, Stress- oder Dranginkontinenz) auftreten (Hoebeke et al., 2005; Kuhn, Hiltebrand, & Birkhauser, 2007).

Die Mehrheit der FzM-Patienten lassen keine Vaginektomie (Kolpektomie) durchführen. Bei Patienten, die maskulinisierende Hormone einnehmen, können trotz der Aromatase von Testosteron zu Östrogenen wiederholt atrophische Veränderungen der Vaginalschleimhaut beobachtet werden, die Juckreiz oder Brennen auslösen. Obgleich eine Untersuchung der Vagina sowohl physisch als auch psychisch sehr belastend sein kann, besteht das Risiko, dass sich ein Problem verschlimmert, wenn die Untersuchung ausbleibt. Gynäkologen, die die Beschwerden im Genitalbereich von FzM-Patienten behandeln, sollten sich der Empfindsamkeit bewusst sein, die Patienten in einer männlichen Geschlechtsrolle und einem männlichen Ausdruck ihrer Geschlechtlichkeit haben können, wenn sie Genitalien besitzen, die typischerweise dem weiblichen Geschlecht zugeordnet werden.

XIV

Übertragbarkeit der *Standards Of Care* auf Menschen, die in Institutionen leben

Die SOC beziehen sich insgesamt auf alle transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Menschen ungeachtet der jeweiligen Wohnverhältnisse. Menschen sollten bezüglich des Zugangs zu angemessener medizinischer Versorgung nicht aufgrund ihrer Wohnform diskriminiert werden. Dazu gehören institutionelle Einrichtungen, wie Gefängnisse oder mittel- bis langfristige Gesundheitseinrichtungen (Brown, 2009). Die Gesundheitsversorgung transsexueller, transgender und geschlechtsnichtkonformer Menschen, die in einer institutionellen Umgebung leben, sollte

jener Versorgung entsprechen, die ihnen zur Verfügung stünde, wenn sie nicht in der institutionellen Umgebung, aber in der gleichen Region lebten.

Sämtliche Elemente zur diagnostischen Einschätzung und Behandlung der Geschlechtsdysphorie, so wie sie in den SOC beschrieben werden, können gleichermaßen angeboten werden für Menschen, die in Einrichtungen leben (Brown 2009). Der Zugang zu den medizinisch notwendigen Behandlungsmaßnahmen darf nicht aufgrund der Institutionalisierung oder Unterbringungsform verweigert werden. Falls das Gesundheitspersonal, das direkt oder indirekt für die Einrichtung arbeitet, nicht über ausreichend Fachkompetenz verfügt, um die Geschlechtsdysphorie adäquat diagnostisch einschätzen und/oder behandeln zu können, ist es angemessen, externes Gesundheitspersonal zu konsultieren, das sich auf dieses Gebiet der Gesundheitsversorgung spezialisiert hat.

Menschen, die mit Geschlechtsdysphorie in Einrichtungen leben, haben möglicherweise auch zusätzliche psychische Störungen (Cole et al., 1997), die erfasst und adäquat behandelt werden sollten.

Menschen, die mit der regulären Hormontherapie in eine Einrichtung aufgenommen werden, sollten die passende Therapie weiterhin erhalten und es sollte der Verlauf der Therapie gemäß den SOC kontrolliert werden. Die so genannte „*freeze frame*"-Methode, d.h. das Fortsetzen der erreichten Behandlungsphase (z. B. die Hormontherapie) ohne die Indikation für weitere Behandlungsmaßnahmen (z. B. die Mastektomie) zu prüfen, gilt in den meisten Situationen als nicht angemessene Versorgung (Kosilek v. *Massachusetts Department of Corrections*, Maloney, C.A. No. 92-12820-MLW, 2002). Menschen mit Geschlechtsdysphorie, die gemäß der SOC für eine Hormontherapie geeignet sind, sollten die dementsprechende Behandlungsmaßnahme beginnen dürfen. Ein abruptes Absetzen der Hormone oder die Nicht-Einleitung einer medizinisch notwendigen Hormontherapie, haben mit großer Wahrscheinlichkeit negative Auswirkungen zur Folge (z. B. der Versuch, sich eigenständig zu kastrieren, depressive Stimmung, Dysphorie und/oder Suizidgedanken bzw. suizidales Verhalten (Brown, 2010).

Sinnvolle Anpassungen an die Bedingungen einer institutionellen Umgebung können durch eine Gesundheitsversorgung gemäß den SOC erreicht werden, wenn die entsprechenden Anpassungen nicht die medizinisch notwendigen Maßnahmen zur Behandlung der Geschlechtsdysphorie gefährden. Zum Beispiel kann die Hormontherapie in Umgebungen, in denen orale Präparate leicht verlegt werden, sinnvollerweise über Injektionen verabreicht werden (Brown, 2009). Wenn aufgrund der jeweiligen Wohnform der Geschlechtsrollenwechsel verweigert oder der Zugang zu geeigneten Behandlungsmaßnahmen, einschließlich geschlechtsanpassender Operationen, verhindert wird, entspricht das nicht den sinnvollen Anpassungen gemäß der SOC (Brown 2010).

In den Wohnverhältnisse sowie bei den Duschen und Toiletten der jeweiligen Einrichtung sollten die individuelle Geschlechtsidentität und Geschlechtsrolle, der physischen Status,

die Würde und persönliche Sicherheit der dort lebenden transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Menschen berücksichtigt werden. Die Unterbringung in einer eingeschlechtlichen Wohnungseinheit, Station oder Zimmer, die das Geschlecht ausschließlich anhand des Erscheinungsbildes der äußeren Genitalien zuordnet, kann inakzeptabel sein und setzt die Menschen dem Risiko einer Opfererfahrung aus (Brown, 2009).

Einrichtungen, in denen transsexuelle, transgender und geschlechtsnichtkonforme Menschen wohnen und Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen, sollten auf eine tolerante und positive Atmosphäre achten, um sicherzustellen, dass die Bewohner nicht vom Personal oder anderen Mitbewohnern diskriminiert werden.

XV

Übertragbarkeit der *Standards Of Care* auf Menschen mit einer Störung der Geschlechtsentwicklung

Terminologie

Der Begriff Störung der Geschlechtsentwicklung (*disorder of sex development*: DSD) bezieht sich auf eine somatische atypische Entwicklung des Fortpflanzungstrakts (Hughes, Houk, Ahmed, Lee, & LWPES1/ESPE2 Consensus Group, 2006). Zu DSD wird ebenfalls der Zustand gezählt, der früher *Intersexualität* genannt wurde. Obwohl der Begriff 2005 bei einer internationalen Konsensus-Konferenz zu DSD geändert wurde (Hughes et al., 2006), besteht nach wie vor Unstimmigkeit über die sprachliche Bezeichnung. Einige Menschen sind entschieden gegen die Etikettierung als „Störung" und ziehen es vor, diese Bedingungen als Ausdruck der Vielseitigkeit anzusehen (Diamond, 2009). Sie verwenden auch weiterhin Begriffe wie Intersex oder Intersexualität. In den SOC verwendet WPATH den Begriff DSD objektiv und wertfrei. Es wird die Absicht verfolgt, sicherzustellen, dass das Gesundheitspersonal diesen medizinischen Begriff wiedererkennt und benutzt, um auf einschlägige Literatur zuzugreifen, während sich das Fachgebiet weiterentwickelt. WPATH bleibt weiterhin offen gegenüber neuer Terminologie, die die Erfahrungen der Mitglieder dieser heterogenen Bevölkerungsgruppe veranschaulicht und zu Verbesserungen im Zugang zu Gesundheitseinrichtungen und zur Gesundheitsversorgung führt.

Hintergrund der Berücksichtigung der DSD innerhalb der *Standards of Care*

Früher wurden Personen mit DSD, die auch die diagnostischen Kriterien für eine Geschlechtsidentitätsstörung gemäß DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association*, 2000) aufwiesen, von dieser Diagnose ausgeschlossen. Stattdessen fielen sie unter die Kategorie „Geschlechtsidentitätsstörung – nicht näher bezeichnet". Sie waren auch nicht in die WPATH-Versorgungsstandards mit einbezogen.

Zurzeit wird vorgeschlagen im DSM-5 (www.dsm5.org) den Begriff „Geschlechtsidentitätsstörung" durch „Geschlechtsdysphorie" zu ersetzen. Außerdem wird in den vorgeschlagenen DSM-Veränderungen davon ausgegangen, dass geschlechtsdysphorische Menschen mit DSD unter einem Subtyp der Geschlechtsdysphorie leiden. Dieser Klassifizierungsvorschlag – der ausdrücklich zwischen geschlechtsdysphorischen Menschen mit und ohne DSD unterscheidet – ist gerechtfertigt. Bei Menschen mit DSD unterscheidet sich die Geschlechtsdysphorie in ihrem Erscheinungsbild, ihrer Epidemiologie, Ätiologie und ihrem Verlauf (Meyer-Bahlburg, 2009).[11]

Erwachsene mit DSD und Geschlechtsdysphorie wurden daher in den letzten Jahren verstärkt von dem Gesundheitspersonal berücksichtigt. Aus den genannten Gründen enthält die vorliegende Version der SOC einen kurzen Exkurs zu deren Versorgung.

Berücksichtigung der Gesundheitsanamnese

Gesundheitspersonal, das Patienten behandelt, die sowohl eine DSD als auch eine Geschlechtsdysphorie haben, muss berücksichtigen, dass der Behandlungskontext, den die Patienten erlebt haben, sich normalerweise sehr von dem der Menschen ohne DSD unterscheidet.

Bei einigen Menschen wird eine DSD erkannt, wenn bei Geburt geschlechtsuntypische Genitalien entdeckt werden (Diese Beobachtung wird auch zunehmend pränatal durch Bildgebungsverfahren, wie Ultraschall, gemacht.). Im Anschluss werden verschiedene diagnostische Verfahren durchgeführt. Nach Beratungen innerhalb der Familie sowie mit dem Gesundheitspersonal – bei denen die spezifische Diagnose, die physischen und hormonellen Befunde sowie die Ergebnisse aus Langzeitstudien berücksichtigt werden (Cohen-Kettenis, 2005; Dessens, Slijper, & Drop, 2005; Jurgensen, Hiort, Holterhus, & Thyen, 2007; Mazur, 2005; Meyer-Bahlburg, 2005; Stikkelbroeck et

11 Anm. d. Übers.: Da es sich um eine Übersetzung handelt, haben wir den Abschnitt so übernommen. Allerdings ist das DSM-5 seit Mai 2013 veröffentlicht.

al., 2003; Wisniewski, Migeon, Malouf, & Gearhart, 2004), wird dem Neugeborenen entweder ein männliches oder weibliches Geschlecht zugewiesen.[12]

Andere Personen mit DSD fallen dem Gesundheitspersonal im Pubertätsalter wegen der atypischen Entwicklung ihrer sekundären Geschlechtsmerkmale auf. Auch hier schließen sich verschiedene diagnostische Verfahren an.

Die Art der DSD und die Ausprägung des Phänomens haben einen relevanten Einfluss auf die Entscheidung über die geschlechtliche Erstzuweisung der Patienten, nachfolgenden Genitaloperationen und anderen medizinischen und psychosozialen Behandlungsmaßnahmen (Meyer-Bahlburg, 2009). So wurde zum Beispiel der Grad der pränatalen Androgenausschüttung bei Menschen mit DSD mit der Ausprägung des geschlechtsbezogenen *Verhaltens* (d.h. *Geschlechtsrollenverhalten*) in einen Zusammenhang gebracht. Es besteht jedoch nur ein geringer Zusammenhang und beträchtliche Verhaltensabweichungen bei pränataler Androgenausschüttung sind noch ungeklärt (Jurgensen et al., 2007; Meyer-Bahlburg, Dolezal, Baker, Ehrhardt, & New, 2006). Auffallend ist, dass eine ähnliche Korrelation von pränataler Hormonausschüttung mit der Geschlechts*identität* nicht nachgewiesen werden konnte (z. B. Meyer-Bahlburg et al., 2004). Dies passt dazu, dass Menschen mit der gleichen (Kern-)Geschlechtsidentität sich hinsichtlich ihres männlichen Geschlechtsrollenverhaltens stark unterscheiden können.

Diagnostische Einschätzung und Behandlung der Geschlechtsdysphorie bei Menschen mit einer Störung der Geschlechtsentwicklung

Sehr selten werden Personen mit DSD identifiziert, die unter Geschlechtsdysphorie leiden, bevor DSD diagnostiziert wurde. Dennoch, eine DSD-Diagnose fällt in der Regel bei der Erhebung der Anamnese und der Durchführung der körperlichen Untersuchung auf – zwei Bereiche, die regulärer Teil der medizinischen Erfassung der Voraussetzung für endokrinologische oder chirurgische Maßnahmen zur Behandlung der Geschlechtsdysphorie sind. Fachkräfte für psychische Gesundheit sollten die Patienten, die unter Geschlechtsdysphorie leiden, auffordern, sich körperlich untersuchen zu lassen, insbesondere wenn sie gegenwärtig bei keinem Hausarzt (oder anderem Arzt) in Behandlung sind.

Die meisten Menschen mit DSD, die mit uneindeutigem Genitale geboren werden, entwickeln keine Geschlechtsdysphorie (z. B. Meyer-Bahlburg et al., 2004; Wisniewski et al., 2004). Einige Menschen mit DSD entwickeln jedoch eine chronische Geschlechtsdysphorie und ändern das ihnen bei

12 Anm. d. Übers.: In Deutschland kann seit dem 1.11.2013 das Geschlecht im Personenstandsregister offen gelassen werden.

Geburt zugewiesene Geschlecht und/oder ihre Geschlechtsrolle (Meyer-Bahlburg, 2005; Wilson, 1999; Zucker, 1999). Falls es anhaltende und ausgeprägte Anzeichen einer Geschlechtsdysphorie gibt, ist ungeachtet des Alters der Patienten eine umfassende diagnostische Einschätzung durch spezialisiertes Gesundheitspersonal, das Erfahrung bei der Diagnostik und Behandlung der Geschlechtsdysphorie hat, wichtig. Detaillierte Empfehlungen für die Durchführung einer Untersuchung und für Therapieentscheidungen, Geschlechtsdysphorie im Rahmen einer DSD anzusprechen, wurden bereits veröffentlicht (Meyer-Bahlburg, 2011). Nur nach einer gründlichen diagnostischen Einschätzung sollten Schritte unternommen werden, das einem Patienten bei Geburt zugewiesene Geschlecht oder die Geschlechtsrolle zu wechseln.

Kliniker, die diesen Patienten mit Behandlungsoptionen helfen, um die Geschlechtsdysphorie zu lindern, können die Erfahrungen nutzen, die mit der Behandlung von Patienten ohne DSD gemacht wurden (Cohen-Kettenis, 2010). Gewisse Behandlungskriterien (z. B. Alter, Dauer der Erfahrung mit dem Leben in der gewünschten Geschlechtsrolle) werden jedoch gewöhnlich nicht bei Menschen mit DSD angewendet. Stattdessen werden die Kriterien angesichts der besonderen Lebensumstände der Patienten interpretiert (Meyer-Bahlburg, 2011). Bei Menschen mit DSD fanden Wechsel des bei Geburt zugewiesenen Geschlechts und der Geschlechtsrolle in jeder Altersspanne zwischen Grundschulalter und mittlerem Erwachsenenalter statt. Selbst eine Genitaloperation, die aufgrund der Diagnose der evidenzbasierten Geschlechtsidentitätsprognose, des Schweregrads des Syndroms und der Wünsche der Patienten wohl begründet ist, wird zuweilen bei dieser Patientengruppe in einem jüngeren Alter durchgeführt als bei geschlechtsdysphorischen Patienten ohne DSD.

Ein Grund für die Behandlungsunterschiede ist der, dass Genitaloperationen bei Personen mit DSD im Kleinkind- und Jugendalter ziemlich üblich sind. Aufgrund des Versagens der Gonaden oder einer wegen eines Entartungsrisikosdurchgeführten Gonadektomie kann eine Unfruchtbarkeit bereits vorliegen. Dennoch ist es ratsam, dass DSD-Patienten erst dann vollständig ihre Geschlechtsrolle wechseln, wenn eine lang andauernde Entwicklung von geschlechts- atypischem Verhalten dokumentiert ist und die Geschlechtsdysphorie und/oder der ausgeprägte Wunsch, die Geschlechtsrolle zu wechseln, schon seit sehr langer Zeit kontinuierlich besteht. Über einen Zeitraum von sechs Monaten sollte die gewünschte Geschlechtsrolle gelebt werden, um die Diagnose der Geschlechtsdysphorie, wie im DSM-5 vorgeschlagen, anzuwenden (Meyer-Bahlburg, 2011).

Zusätzliche Informationsquellen

Die geschlechtlich relevanten medizinischen Vorgeschichten von Menschen mit DSD sind häufig komplex. Ihre Geschichte kann eine Vielzahl atypischer genetischer, endokriner und somatischer Auffälligkeiten sowie verschiedene hormonelle, chirurgische und andere

medizinische Behandlungsmaßnahmen beinhalten. Deshalb müssen viele weitere Probleme bei der psychosozialen und gesundheitsbezogenen Versorgung dieser Patienten, ungeachtet der Geschlechtsdysphorie, berücksichtigt werden. Die Berücksichtigung dieser Probleme geht weit über das hinaus, was in den SOC aufgelistet werden kann. Interessierte Leser werden auf schon veröffentlichte Publikationen verwiesen (z. B. Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003; Meyer-Bahlburg, 2002, 2008). Einige Familien und Patienten finden es zudem hilfreich, Selbsthilfegruppen vor Ort um Rat zu fragen oder mit ihnen zusammenzuarbeiten.

Es gibt eine ausführliche Literatur zur gesundheitsbezogenen Versorgung von Patienten mit DSD. Ein Großteil dieser Literatur wurde von ausgewiesenen Experten in pädiatrischer Endokrinologie und Urologie geschrieben, mit Beiträgen von spezialisierten Fachkräften für psychische Gesundheit. Jüngste internationale Konsensuskonferenzen haben sich mit den evidenzbasierten Versorgungsleitlinien (einschließlich Themen über das psychosoziale Geschlecht und Genitaloperationen) für DSD im allgemeinen (Hughes et al., 2006) und insbesondere mit dem Adrenogenitalen Syndrom (engl.: Congenital Adrenal Hyperplasia) beschäftigt (Joint L WPES/ESPE CAH Working Group et al., 2002; Speiser et al., 2010). Andere hoben den Forschungsbedarf bei DSD im Allgemeinen hervor (Meyer-Bahlburg & Blizzard, 2004) und für ausgewählte Syndrome wie 46,XXY (Simpson et al., 2003).

Literaturverzeichnis

Abramowitz, S. I. (1986). Psychosocial outcomes of sex reassignment surgery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(2), 183–189. doi:10.1037/0022–006X.54.2.183

ACOG Committee of Gynecologic Practice. (2005). Committee opinion #322: Compounded bioidentical hormones. *Obstetrics & Gynecology, 106*(5), 139–140.

Adler, R. K., Hirsch, S., & Mordaunt, M. (2006). *Voice and communication therapy for the transgender/transsexual client: A comprehensive clinical guide*. San Diego, CA: Plural Pub.

American Academy of Family Physicians. (2005). *Definition of family medicine*. Retrieved from http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/f/fammeddef.html

American Medical Association. (2008). *Resolution 122 (A-08)*. Retrieved from http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/471/122.doc

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

American Speech-Language-Hearing Association. (2011). *Scope of practice*. Retrieved from www.asha.org

Anton, B. S. (2009). Proceedings of the American Psychological Association for the legislative year 2008: Minutes of the annual meeting of the council of representatives, February 22–24, 2008, Washington, DC, and August 13 and 17, 2008, Boston, MA, and minutes of the February, June, August, and December 2008 meetings of the board of directors. *American Psychologist, 64*, 372–453. doi:10.1037/a0015932

Asscheman, H., Giltay, E. J., Megens, J. A. J., de Ronde, W., van Trotsenburg, M. A. A., & Gooren, L. J. G. (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. doi:10.1530/EJE-10–1038

Baba, T., Endo, T., Honnma, H., Kitajima, Y., Hayashi, T., Ikeda, H., . . . Saito, T. (2007). Association between polycystic ovary syndrome and female-to-male transsexuality. *Human Reproduction, 22*(4), 1011–1016. doi:10.1093/humrep/del474

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. doi:10.1111/j.1600–0447.1993.tb03364.x

Balen, A. H., Schachter, M. E., Montgomery, D., Reid, R. W., & Jacobs, H. S. (1993). Polycystic ovaries are a common finding in untreated female to male transsexuals. *Clinical Endocrinology, 38*(3), 325–329. doi:10.1111/j.1365–2265.1993.tb01013.x

Basson, R. (2001). Towards optimal hormonal treatment of male to female gender identity disorder. *Journal of Sexual and Reproductive Medicine, 1*(1), 45–51.

Basson, R., & Prior, J. C. (1998). Hormonal therapy of gender dysphoria: The male-to-female transsexual. In D. Denny (Ed.), *Current concepts in transgender identity* (pp. 277–296). New York, NY: Garland.

Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. New York, NY: Julian Press.

Besnier, N. (1994). Polynesian gender liminality through time and space. In G. Herdt (Ed.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp. 285–328). New York: Zone Books.

Bockting, W. O. (1999). From construction to context: Gender through the eyes of the transgendered. *Siecus Report, 28*(1), 3–7.

Bockting, W. O. (2008). Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies, 17*(4), 211–224. doi:10.1016/j.sexol.2008.08.001

Bockting, W. O., & Coleman, E. (2007). Developmental stages of the transgender coming out process: Toward an integrated identity. In R. Ettner, S. Monstrey & A. Eyler (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 185–208). New York, NY: The Haworth Press.

Bockting, W. O., & Goldberg, J. M. (2006). Guidelines for transgender care (Special issue). *International Journal of Transgenderism, 9*(3/4).

Bockting, W. O., Knudson, G., & Goldberg, J. M. (2006). Counseling and mental health care for transgender adults and loved ones. *International Journal of Transgenderism, 9*(3/4), 35–82. doi:10.1300/J485v09n03_03

Bolin, A. (1988). *In search of Eve* (pp. 189–192). New York, NY: Bergin & Garvey.

Bolin, A. (1994). Transcending and transgendering: Male-to-female transsexuals, dichotomy and diversity. In G. Herdt (Ed.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp. 447–486). New York, NY: Zone Books.

Bornstein, K. (1994). *Gender outlaw: On men, women, and the rest of us*. New York, NY: Routledge.

Bosinski, H. A. G., Peter, M., Bonatz, G., Arndt, R., Heidenreich, M., Sippell, W. G., & Wille, R. (1997). A higher rate of hyperandrogenic disorders in female-to-male transsexuals. *Psychoneuroendocrinology, 22*(5), 361–380. doi:10.1016/S0306–4530(97)00033–4

Brill, S. A., & Pepper, R. (2008). *The transgender child: A handbook for families and professionals*. Berkeley, CA: Cleis Press.

Brown, G. R. (2009). Recommended revisions to The World Professional Association for Transgender Health's *Standards of Care* section on medical care for incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism, 11*(2), 133–139. doi:10.1080/15532730903008073

Brown, G. R. (2010). Autocastration and autopenectomy as surgical self-treatment in incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism, 12*(1), 31–39. doi:10.1080/15532731003688970

Bullough, V. L., & Bullough, B. (1993). *Cross dressing, sex, and gender*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.

Callen Lorde Community Health Center. (2000). *Transgender health program protocols*. Retrieved from http://www.callen-lorde.org/documents/TG_Protocol_Request_Form2.pdf

Callen Lorde Community Health Center. (2011). *Transgender health program protocols*. Retrieved from http://www.callen-lorde.org/documents/TG_Protocol_Request_Form2.pdf

Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists. (n.d.). CASLPA *clinical certification program*. Retrieved from http://www.caslpa.ca/

Carew, L., Dacakis, G., & Oates, J. (2007). The effectiveness of oral resonance therapy on the perception of femininity of voice in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice, 21*(5), 591–603. doi:10.1016/j.jvoice.2006.05.005

Carnegie, C. (2004). Diagnosis of hypogonadism: Clinical assessments and laboratory tests. *Reviews in Urology, 6*(Suppl 6), S3–8.

Cattrall, F. R., & Healy, D. L. (2004). Long-term metabolic, cardiovascular and neoplastic risks with polycystic ovary syndrome. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 18*(5), 803–812. doi:10.1016/j.bpobgyn.2004.05.005

Center of Excellence for Transgender Health, UCSF. (2011). *Primary care protocol for transgender health care*. Retrieved from http://transhealth.ucsf.edu/trans?page=protocol-00–00

Chiñas, B. (1995). Isthmus Zapotec attitudes toward sex and gender anomalies. In S. O. Murray (Ed.), *Latin American male homosexualities* (pp. 293–302). Albuquerque, NM: University of New Mexico Press.

Clements, K., Wilkinson, W., Kitano, K., & Marx, R. (1999). HIV prevention and health service needs of the transgender community in San Francisco. *International Journal of Transgenderism, 3*(1), 2–17.

Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Gender identity disorder in DSM? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40*(4), 391–391. doi:10.1097/00004583–200104000–00006

Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Gender change in 46,XY persons with 5α-reductase-2 deficiency and 17β-hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency. *Archives of Sexual Behavior, 34*(4), 399–410. doi:10.1007/s10508–005–4339–4

Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Gender identity disorders. In C. Gillberg, R. Harrington & H. C. Steinhausen (Eds.), *A clinician's handbook of child and adolescent psychiatry* (pp. 695–725). New York, NY: Cambridge University Press.

Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Psychosocial and psychosexual aspects of disorders of sex development. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism, 24*(2), 325–334. doi:10.1016/j.beem.2009.11.005

Cohen-Kettenis, P. T., & Kuiper, A. J. (1984). Transseksualiteit en psychothérapie. *Tijdschrift Voor Psychotherapie, 10*, 153–166.

Cohen-Kettenis, P. T., Owen, A., Kaijser, V. G., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2003). Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology, 31*(1), 41–53. doi:10.1023/A:1021769215342

Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2003). *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making choices*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior, 39*(2), 499–513. doi:10.1007/s10508–009–9562-y

Cohen-Kettenis, P. T., Schagen, S. E. E., Steensma, T. D., de Vries, A. L. C., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2011). Puberty suppression in a gender-dysphoric adolescent: A 22-year follow-up. *Archives of Sexual Behavior, 40*(4), 843–847. doi:0.1007/s10508–011–9758–9

Cohen-Kettenis, P. T., Wallien, M., Johnson, L. L., Owen-Anderson, A. F. H., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2006). A parent-report gender identity questionnaire for children: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 11*(3), 397–405. doi:10.1177/1359104506059135

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

Coleman, E. (2009a). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's *Standards of Care*. *International Journal of Transgenderism, 11*(1), 1–7. doi: 10.1080/15532730902799912

Coleman, E. (2009b). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's *Standards of Care*: Psychological assessment and approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism, 11*(2), 69–73. doi: 10.1080/15532730903008008

Coleman, E. (2009c). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's *Standards of Care*: Hormonal and surgical approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism, 11*(3), 141–145. doi: 10.1080/15532730903383740

Coleman, E. (2009d). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's *Standards of Care*: Medical and therapeutic approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism, 11*(4), 215–219. doi: 10.1080/15532730903439450

Coleman, E., Colgan, P., & Gooren, L. (1992). Male cross-gender behavior in Myanmar (Burma): A description of the acault. *Archives of Sexual Behavior, 21*(3), 313–321.

Costa, L. M., & Matzner, A. (2007). *Male bodies, women's souls: Personal narratives of Thailand's transgendered youth*. Binghamton, NY: Haworth Press.

Currah, P., Juang, R. M., & Minter, S. (2006). *Transgender rights*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.

Currah, P., & Minter, S. (2000). Unprincipled exclusions: The struggle to achieve judicial and legislative equality for transgender people. *William and Mary Journal of Women and Law, 7*, 37–60.

Dacakis, G. (2000). Long-term maintenance of fundamental frequency increases in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice, 14*(4), 549–556. doi:10.1016/S0892–1997(00)80010–7

Dahl, M., Feldman, J. L., Goldberg, J. M., & Jaberi, A. (2006). Physical aspects of transgender endocrine therapy. *International Journal of Transgenderism, 9*(3), 111–134. doi:10.1300/J485v09n03_06

Darney, P. D. (2008). Hormonal contraception. In H. M. Kronenberg, S. Melmer, K. S. Polonsky & P. R. Larsen (Eds.), *Williams textbook of endocrinology* (11th ed., pp. 615–644). Philadelphia: Saunders.

Davies, S., & Goldberg, J. M. (2006). Clinical aspects of transgender speech feminization and masculinization. *International Journal of Transgenderism, 9*(3–4), 167–196. doi:10.1300/J485v09n03_08

de Bruin, M. D., Coerts, M. J., & Greven, A. J. (2000). Speech therapy in the management of male-to-female transsexuals. *Folia Phoniatrica Et Logopaedica, 52*(5), 220–227.

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. doi:10.1007/s10508–005–7926–5

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. doi:10.1016/j.eurpsy.2006.10.002

De Cuypere, G., & Vercruysse, H. (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. doi:10.1080/15532730903383781

Delemarre-van de Waal, H. A., & Cohen-Kettenis, P.T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology,* 155(Suppl 1), S131–S137. doi:10.1530/eje.1.02231

Delemarre-van de Waal, H. A., van Weissenbruch, M. M., & Cohen Kettenis, P. T. (2004). Management of puberty in transsexual boys and girls. *Hormone Research in Paediatrics,* 62(Suppl 2), 75–75. doi:10.1159/000081145

de Lignières, B. (1999). Oral micronized progesterone. *Clinical Therapeutics, 21*(1), 41–60. doi:10.1016/S0149–2918(00)88267–3

Derrig-Palumbo, K., & Zeine, F. (2005). *Online therapy: A therapist's guide to expanding your practice.* New York, NY: W.W. Norton.

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. doi:10.1007/s10508-005-4338-5

De Sutter, P. (2009). Reproductive options for transpeople: Recommendations for revision of the WPATH's *standards of care*. *International Journal of Transgenderism, 11*(3), 183–185. doi:10.1080/15532730903383765

De Sutter, P., Kira, K., Verschoor, A., & Hotimsky, A. (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: A survey. *International Journal of Transgenderism, 6*(3), retrieved from http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/ezines/web/IJT/97–03/numbers/symposion/ijtvo06no03_02.htm

Devor, A. H. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen stage model. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy,* 8(1/2), 41–67.

de Vries, A. L. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2006). Clinical management of gender dysphoria in adolescents. *International Journal of Transgenderism, 9*(3–4), 83–94. doi:10.1300/J485v09n03_04

de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A. H., Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* Advance online publication. doi:10.1111/j.1469–7610.2011.02426.x

de Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 40*(8), 930–936. doi:10.1007/s10803–010–0935–9

de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*. Advance online publication. doi:10.1111/j.1743–6109.2010.01943.x

Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L. V., Langstrom, N., & Landen, M. (2011). Longterm follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PloS ONE,* 6(2), 1–8. doi:10.1371/journal.pone.0016885

Diamond, M. (2009). Human intersexuality: Difference or disorder? *Archives of Sexual Behavior, 38*(2), 172–172. doi:10.1007/s10508–008–9438–6

Di Ceglie, D., & Thümmel, E. C. (2006). An experience of group work with parents of children and adolescents with gender identity disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 11*(3), 387–396. doi:10.1177/1359104506064983

Dobs, A. S., Meikle, A. W., Arver, S., Sanders, S. W., Caramelli, K. E., & Mazer, N. A. (1999). Pharmacokinetics, efficacy, and safety of a permeation-enhanced testosterone transdermal system in comparison with bi-weekly injections of testosterone enanthate for the treatment of hypogonadal men. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 84*(10), 3469–3478. doi:10.1210/jc.84.10.3469

Docter, R. F. (1988). *Transvestites and transsexuals: Toward a theory of cross-gender behavior*. New York, NY: Plenum Press.

Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology, 44*(1), 34–45. doi:10.1037/0012–1649.44.1.34

Ehrbar, R. D., & Gorton, R. N. (2010). Exploring provider treatment models in interpreting the *standards of care*. *International Journal of Transgenderism, 12*(4), 198–2010. doi:10.1080/15532739.2010.544235

Ekins, R., & King, D. (2006). *The transgender phenomenon*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Eklund, P. L., Gooren, L. J., & Bezemer, P. D. (1988). Prevalence of transsexualism in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry, 152*(5), 638–640.

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

Emerson, S., & Rosenfeld, C. (1996). Stages of adjustment in family members of transgender individuals. *Journal of Family Psychotherapy, 7*(3), 1–12. doi:10.1300/J085V07N03_01

Emory, L. E., Cole, C. M., Avery, E., Meyer, O., & Meyer III, W. J. (2003). *Client's view of gender identity: Life, treatment status and outcome*. Paper presented at 18th Biennial Harry Benjamin Symposium, Gent, Belgium.

Ettner, R., Monstrey, S., & Eyler, A. (Eds.) (2007). *Principles of transgender medicine and surgery*. Binghamton, NY: Haworth Press.

Eyler, A. E. (2007). Primary medical care of the gender-variant patient. In R. Ettner, S. Monstrey & E. Eyler (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 15–32). Binghamton, NY: Haworth Press.

Factor, R. J., & Rothblum, E. (2008). Exploring gender identity and community among three groups of transgender individuals in the United States: MtFs, FtMs, and genderqueers. *Health Sociology Review, 17*(3), 235–253.

Feinberg, L. (1996). *Transgender warriors: Making history from Joan of Arc to Dennis Rodman*. Boston, MA: Beacon Press.

Feldman, J. (2005, April). *Masculinizing hormone therapy with testosterone 1% topical gel*. Paper presented at the 19th Biennial Symposium of the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, Bologna, Italy.

Feldman, J. (2007). Preventive care of the transgendered patient. In R. Ettner, S. Monstrey & E. Eyler (Eds.), *Principles of transgender surgery and medicine* (pp. 33–72). Binghamton, NY: Haworth Press.

Feldman, J., & Goldberg, J. (2006). Transgender primary medical care. *International Journal of Transgenderism, 9*(3), 3–34. doi:10.1300/J485v09n03_02

Feldman, J., & Safer, J. (2009). Hormone therapy in adults: Suggested revisions to the sixth version of the *standards of care*. *International Journal of Transgenderism, 11*(3), 146–182. doi:10.1080/15532730903383757

Fenichel, M., Suler, J., Barak, A., Zelvin, E., Jones, G., Munro, K., . . . Walker-Schmucker, W. (2004). *Myths and realities of online clinical work, observations on the phenomena of online behavior, experience, and therapeutic relationships. A 3rd-year report from ISMHO's clinical case study group.* Retrieved from https://www.ismho.org/myths_n_realities.asp

Fenway Community Health Transgender Health Program. (2007). *Protocol for hormone therapy.* Retrieved from http://www.fenwayhealth.org/site/DocServer/Fenway_Protocols.pdf?docID=2181

Fisk, N. M. (1974). Editorial: Gender dysphoria syndrome—the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. *Western Journal of Medicine, 120*(5), 386–391.

Fitzpatrick, L. A., Pace, C., & Wiita, B. (2000). Comparison of regimens containing oral micronized progesterone or medroxyprogesterone acetate on quality of life in postmenopausal women: A cross-sectional survey. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine, 9*(4), 381–387.

Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Fraser, L. (2009a). Depth psychotherapy with transgender people. *Sexual and Relationship Therapy, 24*(2), 126–142. doi:10.1080/14681990903003878

Fraser, L. (2009b). E-therapy: Ethical and clinical considerations for version 7 of The World Professional Association for Transgender Health's *Standards of Care*. *International Journal of Transgenderism, 11*(4), 247–263. doi:10.1080/15532730903439492

Fraser, L. (2009c). Psychotherapy in The World Professional Association for Transgender Health's *Standards of Care*: Background and recommendations. *International Journal of Transgenderism, 11*(2), 110–126. doi:10.1080/15532730903008057

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

Gelder, M. G., & Marks, I. M. (1969). Aversion treatment in transvestism and transsexualism. In R. Green, & J. Money (Eds.), *Transsexualism and sex reassignment* (pp. 383–413). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Gelfer, M. P. (1999). Voice treatment for the male-to-female transgendered client. *American Journal of Speech-Language Pathology, 8*(3), 201–208.

Gharib, S., Bigby, J., Chapin, M., Ginsburg, E., Johnson, P., Manson, J., & Solomon, C. (2005). *Menopause: A guide to management*. Boston, MA: Brigham and Women's Hospital.

Gijs, L., & Brewaeys, A. (2007). Surgical treatment of gender dysphoria in adults and adolescents: Recent developments, effectiveness, and challenges. *Annual Review of Sex Research, 18*, 178–224.

Gold, M., & MacNish, M. (2011). *Adjustment and resiliency following disclosure of transgender identity in families of adolescents and young adults: Themes and clinical implications*. Washington, DC: American Family Therapy Academy.

Gómez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., Godás, T., & Valdés, 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

Gooren, L. (2005). Hormone treatment of the adult transsexual patient. *Hormone Research in Paediatrics, 64*(Suppl 2), 31–36. doi:10.1159/000087751

Gorton, R. N., Buth, J., & Spade, D. (2005). *Medical therapy and health maintenance for transgender men: A guide for health care providers*. San Francisco, CA: Lyon-Martin Women's Health Services.

Green, R. (1987). *The* "sissy boy syndrome" *and the development of homosexuality*. New Haven, CT: Yale University Press.

Green, R., & Fleming, D. (1990). Transsexual surgery follow-up: Status in the 1990s. *Annual Review of Sex Research, 1*(1), 163–174.

Greenson, R. R. (1964). On homosexuality and gender identity. *International Journal of Psycho-Analysis, 45*, 217–219.

Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., Howell, T. J., & Hubbard, S. (2006). Parent's reactions to transgender youth's gender-nonconforming expression and identity. *Journal of Gay & Lesbian Social Services, 18*(1), 3–16. doi:10.1300/J041v18n01_02

Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., & Salter, N. P. (2006). Male-to-female transgender youth: Gender expression milestones, gender atypicality, victimization, and parents' responses. *Journal of GLBT Family Studies, 2*(1), 71–92.

Grumbach, M. M., Hughes, I. A., & Conte, F. A. (2003). Disorders of sex differentiation. In P. R. Larsen, H. M. Kronenberg, S. Melmed & K. S. Polonsky (Eds.), *Williams textbook of endocrinology* (10th ed., pp. 842–1002). Philadelphia, PA: Saunders.

Hage, J. J., & De Graaf, F. H. (1993). Addressing the ideal requirements by free flap phalloplasty: Some reflections on refinements of technique. *Microsurgery, 14*(9), 592–598. doi:10.1002/micr.1920140910

Hage, J. J., & Karim, R. B. (2000). Ought GIDNOS get nought? Treatment options for nontranssexual gender dysphoria. *Plastic and Reconstructive Surgery, 105*(3), 1222–1227.

Hancock, A. B., Krissinger, J., & Owen, K. (2010). Voice perceptions and quality of life of transgender people. *Journal of Voice*. Advance online publication. doi:10.1016/j.jvoice.2010.07.013

Hastings, D. W. (1974). Postsurgical adjustment of male transsexual patients. *Clinics in Plastic Surgery, 1*(2), 335–344.

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer III, W. J., Spack, N. P., . . . Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 94*(9), 3132–3154. doi:10.1210/jc.2009–0345

Hill, D. B., Menvielle, E., Sica, K. M., & Johnson, A. (2010). An affirmative intervention for families with gender-variant children: Parental ratings of child mental health and gender. *Journal of Sex and Marital Therapy, 36*(1), 6–23. doi:10.1080/00926230903375560

Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., De Cuypere, G. D., T'Sjoen, G., Weyers, S., . . . Monstrey, S. (2005). Impact of sex reassignment surgery on lower urinary tract function. *European Urology, 47*(3), 398–402. doi:10.1016/j.eururo.2004.10.008

Hoenig, J., & Kenna, J. C. (1974). The prevalence of transsexualism in England and Wales. *British Journal of Psychiatry, 124*(579), 181–190. doi:10.1192/bjp.124.2.181

Hughes, I. A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., Lee, P. A., & LWPES1/ESPE Consensus Group. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood, 91*(7), 554–563. doi:10.1136/adc.2006.098319

Hunter, M. H., & Sterrett, J. J. (2000). Polycystic ovary syndrome: It's not just infertility. *American Family Physician, 62*(5), 1079–1095.

Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC: The National Academies Press.

Jackson, P. A., & Sullivan, G. (Eds.). (1999). *Lady boys, tom boys, rent boys: Male and female homosexualities in contemporary Thailand*. Binghamton, NY: Haworth Press.

Jockenhövel, F. (2004). Testosterone therapy-what, when and to whom? *The Aging Male, 7*(4), 319–324. doi:10.1080/13685530400016557

Johansson, A., Sundbom, E., Höjerback, 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. doi:10.1007/s10508–009–9551–1

Joint LWPES/ESPE CAH Working Group, Clayton, P. E., Miller, W. L., Oberfield, S. E., Ritzen, E. M., Sippell, W. G., & Speiser, P. W. (2002). Consensus statement on 21-hydroxylase deficiency from the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society and the European Society for Pediatric Endocrinology. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 87*(9), 4048–4053. doi:10.1210/jc.2002–020611

Jurgensen, M., Hiort, O., Holterhus, P. M., & Thyen, U. (2007). Gender role behavior in children with XY karyotype and disorders of sex development. *Hormones and Behavior, 51*(3), 443–453. doi:0.1016/j.yhbeh.2007.01.001

Kanagalingam, J., Georgalas, C., Wood, G. R., Ahluwalia, S., Sandhu, G., & Cheesman, A. D. (2005). Cricothyroid approximation and subluxation in 21 male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope, 115*(4), 611–618. doi:10.1097/01.mlg.0000161357.12826.33

Kanhai, R. C. J., Hage, J. J., Karim, R. B., & Mulder, J. W. (1999). Exceptional presenting conditions and outcome of augmentation mammaplasty in male-to-female transsexuals. *Annals of Plastic Surgery, 43*(5), 476–483.

Kimberly, S. (1997). I am transsexual - hear me roar. *Minnesota Law & Politics, June*, 21–49.

Klein, C., & Gorzalka, B. B. (2009). Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: A review (CME). *The Journal of Sexual Medicine, 6*(11), 2922–2939. doi:10.1111/j.1743–6109.2009.01370.x

Knudson, G., De Cuypere, G., & Bockting, W. (2010a). Process toward consensus on recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders by The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism, 12*(2), 54–59. doi:10.1080/15532739.2010.509213

Knudson, G., De Cuypere, G., & Bockting, W. (2010b). Recommendations for revision of the *DSM* diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism, 12*(2), 115–118. doi:10.1080/15532739.2010.509215

Kosilek v. Massachusetts Department of Corrections/Maloney, C.A. No. 92–12820-MLW (U.S. Federal District Court, Boston, MA, 2002).

Krege, S., Bex, A., Lümmen, G., & Rübben, H. (2001). Male-to-female transsexualism: A technique, results and long-term follow-up in 66 patients. *British Journal of Urology, 88*(4), 396–402. doi:10.1046/j.1464–410X.2001.02323.x

Kuhn, A., Bodmer, C., Stadlmayr, W., Kuhn, P., Mueller, M. D., & Birkhäuser, M. (2009). Quality of life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism. *Fertility and Sterility, 92*(5), 1685–1689. doi:10.1016/j.fertnstert.2008.08.126

Kuhn, A., Hiltebrand, R., & Birkhauser, M. (2007). Do transsexuals have micturition disorders? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 131*(2), 226–230. doi:10.1016/j.ejogrb.2006.03.019

Landén, M., Wålinder, J., & Lundström, 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. doi:10.1111/j.1600–0447.1998.tb09986.x

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. doi:10.1023/A:1024086814364

Lawrence, A. A. (2006). 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

Lev, A. I. (2004). *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. Binghamton, NY: Haworth Clinical Practice Press.

Lev, A. I. (2009). The ten tasks of the mental health provider: Recommendations for revision of The World Professional Association for Transgender Health's *standards of care*. *International Journal of Transgenderism, 11*(2), 74–99. doi:10.1080/15532730903008032

Levy, A., Crown, A., & Reid, R. (2003). Endocrine intervention for transsexuals. *Clinical Endocrinology, 59*(4), 409–418. doi:10.1046/j.1365–2265.2003.01821.x

MacLaughlin, D. T., & Donahoe, P. K. (2004). Sex determination and differentiation. *New England Journal of Medicine, 350*(4), 367–378.

Maheu, M. M., Pulier, M. L., Wilhelm, F. H., McMenamin, J. P., & Brown-Connolly, N. E. (2005). *The mental health professional and the new technologies: A handbook for practice today*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Malpas, J. (2011). Between pink and blue: A multi-dimensional family approach to gender nonconforming children and their families. *Family Process, 50*(4), 453–470 doi: 10.1111/j.1545–5300.2011.01371.x

Mazur, T. (2005). Gender dysphoria and gender change in androgen insensitivity or micropenis. *Archives of Sexual Behavior, 34*(4), 411–421. doi:10.1007/s10508–005–4341-x

McNeill, E. J. M. (2006). Management of the transgender voice. *The Journal of Laryngology & Otology, 120*(07), 521–523. doi:10.1017/S0022215106001174

McNeill, E. J. M., Wilson, J. A., Clark, S., & Deakin, J. (2008). Perception of voice in the transgender client. *Journal of Voice, 22*(6), 727–733. doi:10.1016/j.jvoice.2006.12.010

Menvielle, E. J., & Tuerk, C. (2002). A support group for parents of gender-nonconforming boys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*(8), 1010–1013. doi:10.1097/00004583–200208000–00021

Meyer, I. H. (2003). Prejudice as stress: Conceptual and measurement problems. *American Journal of Public Health, 93*(2), 262–265.

Meyer, J. K., & Reter, D. J. (1979). Sex reassignment: Follow-up. *Archives of General Psychiatry, 36*(9), 1010–1015.

Meyer, W. J. III. (2009). World Professional Association for Transgender Health's *standards of care* requirements of hormone therapy for adults with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism, 11*(2), 127–132. doi:10.1080/15532730903008065

Meyer, W. J. III. Webb, A., Stuart, C. A., Finkelstein, J. W., Lawrence, B., & Walker, P. A. (1986). Physical and hormonal evaluation of transsexual patients: A longitudinal study. *Archives of Sexual Behavior, 15*(2), 121–138. doi:10.1007/BF01542220

Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2002). Gender assignment and reassignment in intersexuality: Controversies, data, and guidelines for research. *Advances in Experimental Medicine and Biology, 511*, 199–223. doi:10.1007/978–1-4615–0621–8_12

Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2005). Gender identity outcome in female-raised 46,XY persons with penile agenesis, cloacal exstrophy of the bladder, or penile ablation. *Archives of Sexual Behavior, 34*(4), 423–438. doi:10.1007/s10508–005–4342–9

Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2008). Treatment guidelines for children with disorders of sex development. *Neuropsychiatrie De l'Enfance Et De l'Adolescence, 56*(6), 345–349. doi:10.1016/j.neurenf.2008.06.002

Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2009). Variants of gender differentiation in somatic disorders of sex development. *International Journal of Transgenderism, 11*(4), 226–237. doi:10.1080/15532730903439476

Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2010). From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: Dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. *Archives of Sexual Behavior, 39*(2), 461–476. doi:10.1007/s10508–009–9532–4

Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2011). Gender monitoring and gender reassignment of children and adolescents with a somatic disorder of sex development. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 20*(4), 639–649. doi: 10.1016/;. ch.2011.07.002.

Meyer-Bahlburg, H. F. L., & Blizzard, R. M. (2004). Conference proceedings: Research on intersex: Summary of a planning workshop. *The Endocrinologist, 14*(2), 59–69. doi:10.1097/01.ten.0000123701.61007.4e

Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Carlson, A. D., Obeid, J. S., & New, M. I. (2004). Prenatal androgenization affects gender-related behavior but not gender identity in 5–12-year-old girls with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior, 33*(2), 97–104. doi:10.1023/B:ASEB.0000014324.25718.51

Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Ehrhardt, A. A., & New, M. I. (2006). Gender development in women with congenital adrenal hyperplasia as a function of disorder severity. *Archives of Sexual Behavior, 35*(6), 667–684. doi:10.1007/s10508–006–9068–9

Meyer-Bahlburg, H. F. L., Migeon, C. J., Berkovitz, G. D., Gearhart, J. P., Dolezal, C., & Wisniewski, A. B. (2004). Attitudes of adult 46,XY intersex persons to clinical management policies. *The Journal of Urology, 171*(4), 1615–1619. doi:10.1097/01.ju.0000117761.94734.b7

Money, J., & Ehrhardt, A. A. (1972). *Man and woman, boy and girl*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Money, J., & Russo, A. J. (1979). Homosexual outcome of discordant gender identity/role in childhood: Longitudinal follow-up. *Journal of Pediatric Psychology, 4*(1), 29–41. doi:10.1093/jpepsy/4.1.29

Monstrey, S., Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Blondeel, P., . . . De Cuypere, G. (2009). Penile reconstruction: Is the radial forearm flap really the standard technique? *Plastic and Reconstructive Surgery, 124*(2), 510–518.

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

More, S. D. (1998). The pregnant man – an oxymoron? *Journal of Gender Studies, 7*(3), 319–328. doi:10.1080/09589236.1998.9960725

Mount, K. H., & Salmon, S. J. (1988). Changing the vocal characteristics of a postoperative transsexual patient: A longitudinal study. *Journal of Communication Disorders, 21*(3), 229–238. doi:10.1016/0021–9924(88)90031–7

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

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*(2), 214–231. doi:10.1111/j.1365–2265.2009.03625.x

Nanda, S. (1998). *Neither man nor woman: The hijras of India*. Belmont, CA: Wadsworth.

Nestle, J., Wilchins, R. A., & Howell, C. (2002). *Genderqueer: Voices from beyond the sexual binary*. Los Angeles, CA: Alyson Publications.

Neumann, K., & Welzel, C. (2004). The importance of voice in male-to-female transsexualism. *Journal of Voice, 18*(1), 153–167.

Newfield, E., Hart, S., Dibble, S., & Kohler, L. (2006). Female-to-male transgender quality of life. *Quality of Life Research, 15*(9), 1447–1457. doi:10.1007/s11136–006–0002–3

Nieschlag, E., Behre, H. M., Bouchard, P., Corrales, J. J., Jones, T. H., Stalla, G. K., . . . Wu, F. C. W. (2004). Testosterone replacement therapy: Current trends and future directions. *Human Reproduction Update, 10*(5), 409–419. doi:10.1093/humupd/dmh035

North American Menopause Society. (2010). Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: 2010 position statement. *Menopause, 17*(2), 242–255. doi:10.1097/gme.0b013e3181d0f6b9

Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of Sex Research, 47*(1), 12–23. doi:10.1080/00224490903062258

Oates, J. M., & Dacakis, G. (1983). Speech pathology considerations in the management of transsexualism—a review. *International Journal of Language & Communication Disorders, 18*(3), 139–151. doi:10.3109/13682828309012237

Olyslager, F., & Conway, L. (2007). *On the calculation of the prevalence of transsexualism*. Paper presented at the World Professional Association for Transgender Health 20th International Symposium, Chicago, Illinois. Retrieved from http://www.changelingaspects.com/PDF/2007–09–06-Prevalence_of_Transsexualism.pdf

Oriel, K. A. (2000). Clinical update: Medical care of transsexual patients. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association, 4*(4), 185–194. doi:1090–7173/00/1200–0185$18.00/1

Pauly, I. B. (1965). Male psychosexual inversion: Transsexualism: A review of 100 cases. *Archives of General Psychiatry, 13*(2), 172–181.

Pauly, I. B. (1981). Outcome of sex reassignment surgery for transsexuals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 15*(1), 45–51. doi:10.3109/00048678109159409

Payer, A. F., Meyer, W. J. III. & Walker, P. A. (1979). The ultrastructural response of human leydig cells to exogenous estrogens. *Andrologia, 11*(6), 423–436. doi:10.1111/j.1439–0272.1979.tb02232.x

Peletz, M. G. (2006). Transgenderism and gender pluralism in southeast Asia since early modern times. *Current Anthropology, 47*(2), 309–340. doi:10.1086/498947

Pfäfflin, F. (1993). Regrets after sex reassignment surgery. *Journal of Psychology & Human Sexuality, 5*(4), 69–85.

Pfäfflin, F., & Junge, A. (1998). Sex reassignment. Thirty years of international follow-up studies after sex reassignment surgery: A comprehensive review, 1961–1991. *International Journal of Transgenderism*. Retrieved from http://web.archive.org/web/20070503090247/http://www.symposion.com/ijt/pfaefflin/1000.htm

Physicians' desk reference. (61st ed.). (2007). Montvale, NJ: PDR.

Physicians' desk reference. (65th ed.). (2010). Montvale, NJ: PDR.

Pleak, R. R. (1999). Ethical issues in diagnosing and treating gender-dysphoric children and adolescents. In M. Rottnek (Ed.), *Sissies and tomboys: Gender noncomformity and homosexual childhood* (pp. 34–51). New York: New York University Press.

Pope, K. S., & Vasquez, M. J. (2011). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide* (4TH ed.). Hoboken, NJ: John Wiley.

Prior, J. C., Vigna, Y. M., & Watson, D. (1989). Spironolactone with physiological female steroids for presurgical therapy of male-to-female transsexualism. *Archives of Sexual Behavior, 18*(1), 49–57. doi:10.1007/BF01579291

Prior, J. C., Vigna, Y. M., Watson, D., Diewold, P., & Robinow, O. (1986). Spironolactone in the presurgical therapy of male to female transsexuals: Philosophy and experience of the Vancouver Gender Dysphoria Clinic. *Journal of Sex Information & Education Council of Canada, 1*, 1–7.

Rachlin, K. (1999). Factors which influence individual's decisions when considering female-to-male genital reconstructive surgery. *International Journal of Transgenderism, 3*(3). Retrieved from http://www.WPATH.org

Rachlin, K. (2002). Transgendered individuals' experiences of psychotherapy. *International Journal of Transgenderism, 6*(1). Retrieved from http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl /ezines/web/IJT/97–03/numbers/symposion/ijtvo06no01_03.htm.

Rachlin, K., Green, J., & Lombardi, E. (2008). Utilization of health care among female-to-male transgender individuals in the United States. *Journal of Homosexuality, 54*(3), 243–258. doi:10.1080/00918360801982124

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. doi:10.1080/15532739.2010.514220

Reed, B., Rhodes, S., Schofield, P. & Wylie, K. (2009). *Gender variance in the UK: Prevalence, incidence, growth and geographic distribution.* Retrieved June 8, 2011, from http://www.gires.org.uk/assets/Medpro-Assets/GenderVarianceUK-report.pdf

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. doi:10.1023/A:1018745706354

Robinow, O. (2009). Paraphilia and transgenderism: A connection with Asperger's disorder? *Sexual and Relationship Therapy, 24*(2), 143–151. doi:10.1080/14681990902951358

Rosenberg, M. (2002). Children with gender identity issues and their parents in individual and group treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*(5), 619–621. doi:10.1097/00004583–200205000–00020

Rossouw, J. E., Anderson, G. L., Prentice, R. L., LaCroix, A. Z., Kooperberg, C., Stefanick, M. L., . . . Johnson, K. C. (2002). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: Principal results from the women's health initiative randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association, 288*(3), 321–333.

Royal College of Speech Therapists, United Kingdom. http://www.rcslt.org/

Ruble, D. N., Martin, C. L., & Berenbaum, S. A. (2006). Gender development. In N. Eisenberg, W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology* (6TH ed., pp. 858–932). Hoboken, NJ: John Wiley.

Sausa, L. A. (2005). Translating research into practice: Trans youth recommendations for improving school systems. *Journal of Gay & Lesbian Issues in Education, 3*(1), 15–28. doi:10.1300/J367v03n01_04

Simpson, J. L., de la Cruz, F., Swerdloff, R. S., Samango-Sprouse, C., Skakkebaek, N. E., Graham, J. M. J., . . . Willard, H. F. (2003). Klinefelter syndrome: Expanding the phenotype and identifying new research directions. *Genetics in Medicine, 5*(6), 460–468. doi:10.1097/01.GIM.0000095626.54201.D0

Smith, Y. L. S., Van Goozen, S. H. M., Kuiper, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Sex reassignment: Outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine, 35*(1), 89–99. doi:10.1017/S0033291704002776

Sood, R., Shuster, L., Smith, R., Vincent, A., & Jatoi, A. (2011). Counseling postmenopausal women about bioidentical hormones: Ten discussion points for practicing physicians. *Journal of the American Board of Family Practice, 24*(2), 202–210. doi:10.3122/jabfm.2011.02.100194

Speech Pathology Australia. http://www.speechpathologyaustralia.org.au/

Speiser, P. W., Azziz, R., Baskin, L. S., Ghizzoni, L., Hensle, T. W., Merke, D. P., . . . Oberfield, S. E. (2010). Congenital adrenal hyperplasia due to steroid 21-hydroxylase deficiency: An endocrine society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 95*(9), 4133–4160. doi:10.1210/jc.2009–2631

Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry.* Advance online publication. doi:10.1177/1359104510378303

Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Gender transitioning before puberty? *Archives of Sexual Behavior, 40*(4), 649–650. doi:10.1007/s10508–011–9752–2

Stikkelbroeck, N. M. M. L., Beerendonk, C., Willemsen, W. N. P., Schreuders-Bais, C. A., Feitz, W. F. J., Rieu, P. N. M. A., . . . Otten, B. J. (2003). The long term outcome of feminizing genital surgery for congenital adrenal hyperplasia: Anatomical, functional and cosmetic outcomes, psychosexual development, and satisfaction in adult female patients. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 16*(5), 289–296. doi:10.1016/S1083–3188(03)00155–4

Stoller, R. J. (1964). A contribution to the study of gender identity. *International Journal of Psychoanalysis, 45*, 220–226.

Stone, S. (1991). The empire strikes back: A posttransexual manifesto. In J. Epstein, & K. Straub (Eds.), *Body guards: The cultural politics of gender ambiguity* (pp. 280–304). London: Routledge.

Tangpricha, V., Ducharme, S. H., Barber, T. W., & Chipkin, S. R. (2003). Endocrinologic treatment of gender identity disorders. *Endocrine Practice, 9*(1), 12–21.

Tangpricha, V., Turner, A., Malabanan, A., & Holick, M. (2001). Effects of testosterone therapy on bone mineral density in the FtM patient. *International Journal of Transgenderism, 5*(4).

Taywaditep, K. J., Coleman, E., & Dumronggittigule, P. (1997). Thailand (Muang Thai). In R. Francoeur (Ed.), *International encyclopedia of sexuality*. New York, NY: Continuum.

Thole, Z., Manso, G., Salgueiro, E., Revuelta, P., & Hidalgo, A. (2004). Hepatotoxicity induced by antiandrogens: A review of the literature. *Urologia Internationalis, 73*(4), 289–295. doi:10.1159/000081585

Tom Waddell Health Center. (2006). *Protocols for hormonal reassignment of gender.* Retrieved from http://www.sfdph.org/dph/comupg/oservices/medSvs/hlthCtrs/TransGendprotocols122006.pdf

Tsoi, W. F. (1988). The prevalence of transsexualism in Singapore. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 78*(4), 501–504. doi:10.1111/j.1600–0447.1988.tb06373.x

Van den Broecke, R., Van der Elst, J., Liu, J., Hovatta, O., & Dhont, M. (2001). The female-to-male transsexual patient: A source of human ovarian cortical tissue for experimental use. *Human Reproduction, 16*(1), 145–147. doi:10.1093/humrep/16.1.145

Vanderburgh, R. (2009). Appropriate therapeutic care for families with pre-pubescent transgender/gender-dissonant children. *Child and Adolescent Social Work Journal, 26*(2), 135–154. doi:10.1007/s10560–008–0158–5

van Kesteren, P. J. M., Asscheman, H., Megens, J. A. J., & Gooren, L. J. G. (1997). Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology, 47*(3), 337–343. doi:10.1046/j.1365–2265.1997.2601068.x

van Kesteren, P. J. M., Gooren, L. J., & Megens, J. A. (1996). An epidemiological and demographic study of transsexuals in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior, 25*(6), 589–600. doi:10.1007/BF02437841

van Trotsenburg, M. A. A. (2009). Gynecological aspects of transgender healthcare. *International Journal of Transgenderism, 11*(4), 238–246. doi:10.1080/15532730903439484

Vilain, E. (2000). Genetics of sexual development. *Annual Review of Sex Research, 11*, 1–25.

Wålinder, J. (1968). Transsexualism: Definition, prevalence and sex distribution. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 43*(S203), 255–257.

Wålinder, J. (1971). Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. *The British Journal of Psychiatry, 119*(549), 195–196.

Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*(12), 1413–1423. doi:10.1097/CHI.0b013e31818956b9

Wallien, M. S. C., Swaab, H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46*(10), 1307–1314. doi:10.1097/chi.0b013e3181373848

Warren, B. E. (1993). Transsexuality, identity and empowerment. A view from the frontlines. *SIECUS Report, February/March,* 14–16.

Weitze, C., & Osburg, S. (1996). Transsexualism in Germany: Empirical data on epidemiology and application of the German Transsexuals' Act during its first ten years. *Archives of Sexual Behavior, 25*(4), 409–425.

Wilson, J. D. (1999). The role of androgens in male gender role behavior. *Endocrine Reviews, 20*(5), 726–737. doi:10.1210/er.20.5.726

Winter, S. (2009). Cultural considerations for The World Professional Association for Transgender Health's *standards of care*: The Asian perspective. *International Journal of Transgenderism, 11*(1), 19–41. doi:10.1080/15532730902799938

Winter, S., Chalungsooth, P., Teh, Y. K., Rojanalert, N., Maneerat, K., Wong, Y. W., . . . Macapagal, R. A. (2009). Transpeople, transprejudice and pathologization: A seven-country factor analytic study. *International Journal of Sexual Health, 21*(2), 96–118. doi:10.1080/19317610902922537

Wisniewski, A. B., Migeon, C. J., Malouf, M. A., & Gearhart, J. P. (2004). Psychosexual outcome in women affected by congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *The Journal of Urology, 171*(6, Part 1), 2497–2501. doi:10.1097/01.ju.0000125269.91938.f7

World Health Organization. (2007). *International classification of diseases and related health problems-10th revision*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization. (2008). *The world health report 2008: Primary health care—now more than ever*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Professional Association for Transgender Health, Inc. (2008). *WPATH clarification on medical necessity of treatment, sex reassignment, and insurance coverage in the U.S.A.* Retrieved from http://www.wpath.org/documents/Med%20Nec%20on%202008%20Letterhead.pdf

WPATH Board of Directors. (2010). *De-psychopathologisation statement released May 26, 2010.* Retrieved from http://wpath.org/announcements_detail.cfm?pk_announcement=17

Xavier, J. M. (2000). *The Washington, D.C. transgender needs assessment survey: Final report for phase two*. Washington, DC: Administration for HIV/AIDS of District of Columbia Government.

Zhang, G., Gu, Y., Wang, X., Cui, Y., & Bremner, W. J. (1999). A clinical trial of injectable testosterone undecanoate as a potential male contraceptive in normal Chinese men. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 84*(10), 3642–3647. doi:10.1210/jc.84.10.3642

Zitzmann, M., Saad, F., & Nieschlag, E. (2006, April). *Long term experience of more than 8 years with a novel formulation of testosterone undecanoate (nebido) in substitution therapy of hypogonadal men.* Paper presented at European Congress of Endocrinology, Glasgow, UK.

Zucker, K. J. (1999). Intersexuality and gender identity differentiation. *Annual Review of Sex Research, 10*(1), 1–69.

Zucker, K. J. (2004). Gender identity development and issues. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 13*(3), 551–568. doi:10.1016/j.chc.2004.02.006

Zucker, K. J. (2006). "I'm half-boy, half-girl": Play psychotherapy and parent counseling for gender identity disorder. In R. L. Spitzer, M. B. First, J. B. W. Williams & M. Gibbons (Eds.), *DSM-IV-TR casebook, volume 2* (pp. 321–334). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.

Zucker, K. J. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in children. *Archives of Sexual Behavior, 39*(2), 477–498. doi:10.1007/s10508–009–9540–4

Zucker, K. J., & Bradley, S. J. (1995). *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.

Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., & Cantor, J. M. (2008). Is gender identity disorder in adolescents coming out of the closet? *Journal of Sex & Marital Therapy, 34*(4), 287–290. doi:10.1080/00926230802096192

Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., Wood, H., Singh, D., & Choi, K. (in press). Demographics, behavior problems, and psychosexual characteristics of adolescents with gender identity disorder or transvestic fetishism. *Journal of Sex & Marital Therapy, 38*(2), 151–189.

Zucker, K. J., & Lawrence, A. A. (2009). Epidemiology of gender identity disorder: Recommendations for the *standards of care* of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism, 11*(1), 8–18. doi:10.1080/15532730902799946

Zucker, K. J., Owen, A., Bradley, S. J., & Ameeriar, L. (2002). Gender-dysphoric children and adolescents: A comparative analysis of demographic characteristics and behavioral problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 7*(3), 398–411.

Zuger, B. (1984). Early effeminate behavior in boys: Outcome and significance for homosexuality. *Journal of Nervous and Mental Disease, 172*(2), 90–97.

ANHANG A
GLOSSAR

Die Terminologie auf dem Gebiet der Gesundheitsversorgung für transsexuelle, transgender und geschlechtsnichtkonforme Menschen entwickelt sich rasant, neue Begriffe werden eingeführt und die Definitionen der existierenden Begriffe ändern sich. So entstehen häufig Missverständnisse, Diskussionen oder Meinungsverschiedenheiten über die passende Sprache auf diesem Gebiet. Begriffe, die dem Leser möglicherweise unbekannt sind oder eine spezielle Bedeutungen in den SOC haben, werden nachfolgend ausschließlich für die Zwecke dieses Dokuments beschrieben. Andere werden diese Definitionen vielleicht übernehmen. Allerdings berücksichtigt die WPATH, dass diese Begriffe in anderen Kulturen, sozialen Umfeldern und Kontexten eventuell anders definiert werden.

Zudem nimmt die WPATH zur Kenntnis, dass einige Begriffe bezüglich dieser Bevölkerungsgruppe nicht ideal sind. Zum Beispiel werden die Begriffe *Transsexuell* und *Transvestit* – und für manche auch der neuere Begriff Transgender – in einer objektivierenden Art und Weise benutzt. Diese Begriffe wurden jedoch von vielen Menschen übernommen, die sich bemühen, sich verständlich auszudrücken. Indem die WPATH diese Begriffe weiterhin verwendet, soll lediglich gewährleistet werden, dass Konzepte und Prozesse verständlich sind, um transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Menschen eine hochwertige Gesundheitsversorgung zu erleichtern. Die WPATH bleibt weiterhin offen für neue Begriffe, die die Erfahrungen der Mitglieder dieser breit gefächerten Bevölkerungsgruppe intensiver beleuchten und zu Verbesserungen des Zugangs zu Gesundheitseinrichtungen und in die Gesundheitsversorgung führen.

Bioidentische Hormone: Hormone, die strukturell identisch mit jenen sind, die im menschlichen Körper gefunden werden (ACOG Committee of Gynecologic Practice, 2005). Die Hormone, die in der bioidentischen Hormontherapie (BHT) verwendet werden, werden gewöhnlich aus pflanzlichen Stoffen gewonnen und sind strukturell den endogenen menschlichen Hormonen ähnlich, müssen aber industriell verarbeitet werden, um bioidentisch zu werden.

Bioidentische, zusammengestellte Hormontherapie (BCHT): Hormone, die verarbeitet, gemischt, zusammengestellt, verpackt und beschriftet von einem Apotheker nach Angaben eines Arztes speziell für einen Patienten hergestellt werden. Es ist unmöglich, für jedes zusammengestellte Produkt, das für einzelne Verbraucher hergestellt wird, eine Genehmigung der Gesundheitsbehörde für Arzneimittel einzuholen.

Cross-Dressing (Transvestismus): Das Tragen von Kleidung und die Annahme einer Geschlechtsrolle, die in einer bestimmten Kultur eher dem anderen Geschlecht entspricht.

Frau-zu-Mann (FzM): Adjektiv, um Menschen zu beschreiben, die bei Geburt dem weiblichen Geschlecht zugewiesen wurden und, ihren Körper in einen männlicheren Körper und/oder ihre Geschlechtsrolle von der zugewiesenen weiblichen in eine männliche Geschlechtsrolle wechseln oder schon gewechselt haben.

Genderqueer: Identitätsbezeichnung, die von Menschen verwendet wird, deren Geschlechtsidentität und/oder Geschlechtsrolle nicht dem binären Verständnis von Geschlecht entspricht, das sich auf die Kategorien Mann oder Frau, männlich oder weiblich beschränkt (Bockting, 2008).

Geschlecht (Sex): Das körperliche Geschlecht wird bei Geburt als männlich oder weiblich in der Regel anhand des Erscheinungsbildes der äußeren Genitalien zugewiesen. Bei uneindeutigem Genitale werden andere Geschlechtskomponenten untersucht (innere Genitalien, Chromosomen- und hormonales Geschlecht), um ein Geschlecht zuzuweisen (Grumbach, Hughes, & Conte, 2003; MacLaughlin & Donahoe, 2004; Money & Ehrhardt, 1972; Vilain, 2000). Bei den meisten Menschen stimmen Geschlechtsidentität und Ausdruck der Geschlechtlichkeit mit dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht überein; bei transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Menschen unterscheidet sich die Geschlechtsidentität oder der Ausdruck der Geschlechtlichkeit von dem Geschlecht, das bei Geburt zugewiesen wurde.

Geschlechtsanpassende Operation (geschlechtsbestätigende Operation): Eine Operation, zur Veränderung der primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale zur Bekräftigung der Geschlechtsidentität eines Menschen. Die geschlechtsanpassende Operation kann eine wichtige, medizinisch notwendige Intervention im Rahmen der Behandlung der Geschlechtsdysphorie sein.

Geschlechtsdysphorie: Leiden, das durch die Diskrepanz zwischen der Geschlechtsidentität eines Menschen und dem ihm bei Geburt zugewiesenen Geschlecht (und der damit verbundenen Geschlechtsrolle und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale) verursacht wird (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b).

Geschlechtsidentität: Das intrinsische Gefühl eines Menschen, männlich (ein Junge oder Mann), weiblich (ein Mädchen oder eine Frau) oder ein anderes Geschlecht zu sein (z. B. Jungenmädchen, Mädchenjunge, Transgender, Eunuch; Bockting, 1999; Stoller, 1964).

Geschlechtsidentitätsstörung: Diagnose aus dem DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Die Geschlechtsidentitätsstörung ist gekennzeichnet durch eine starke und anhaltende *Cross-Gender*-Identifikation und ein permanentes Unbehagen mit dem zugewiesenen Geschlecht oder das Gefühl, in die Geschlechtsrolle dieses Geschlechts nicht hineinzupassen. Sie verursacht klinisch ein erhebliches Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen.

Geschlechtlichkeit: Ausdruck der Persönlichkeitscharakteristiken, Erscheinung und Verhalten, die in einer bestimmten Kultur und historischen Epoche als männlich oder weiblich angesehen werden

(das heißt, eher der männlichen oder der weiblichen Geschlechtsrolle entsprechen; Ruble, Martin, & Berenbaum, 2006). Während die meisten Menschen sich gesellschaftlich in eindeutig männlichen der weiblichen Geschlechtsrollen zeigen, treten einige Menschen in alternativen Geschlechtsrollen auf, wie genderqueer oder transgender. Alle Menschen tragen auf unterschiedliche Weise und im unterschiedlichem Maße männliche und weibliche Charakteristika in ihrem Ausdruck von Geschlechtlichkeit in sich (Bockting 2008).

Geschlechtsnichtkonform: Adjektiv, um Menschen zu beschreiben, deren Geschlechtsidentität, Geschlechtsrolle oder Ausdruck der Geschlechtlichkeit sich von dem unterscheidet, was für das zugewiesene Geschlecht in einer bestimmten Kultur und historischen Epoche der Norm entspricht.

Mann-zu-Frau (MzF): Adjektiv, um Menschen zu beschreiben, denen bei Geburt das männliche Geschlecht zugewiesen wurde und die ihren Körper zu einem weiblicheren Körper oder von der zugewiesenen männlichen Geschlechtsrolle zu einer weiblichen Geschlechtsrolle wechseln oder schon gewechselt haben.

Natürliche Hormone: Hormone, die aus natürlichen Quellen, wie Pflanzen oder Tieren, gewonnen werden. Natürliche Hormone können, müssen aber nicht, bioidentisch sein.

Störung der Geschlechtsentwicklung (Disorders of Sex Development, DSD): Angeborene Bedingungen, bei denen die Entwicklung des chromosomalen, gonadalen oder anatomischen Geschlechts atypisch sind. Einige Menschen sind ganz entschieden gegen die Etikettierung als „Störung“ und sehen diese Bedingungen als Ausdruck von Vielfalt (Diamond, 2009), sie bevorzugen die Begriffe *Intersex* und *Intersexualität*.

Transgender: Adjektiv, um eine Gruppe unterschiedlicher Menschen zu beschreiben, die die kulturell-definierten Geschlechtskategorien überschreiten oder darüber hinausgehen. Die Geschlechtsidentität von transgender Menschen unterscheidet sich in unterschiedlichem Maße von dem Geschlecht, das bei Geburt zugewiesen wurde (Bockting, 1999).

Transition: Der Zeitraum, in dem die einzelne Person von der zugewiesenen Geschlechtsrolle in eine andere Geschlechtsrolle wechselt. Für viele bedeutet es zu lernen, wie sie gesellschaftlich in einer anderen Geschlechtsrolle leben. Für andere bedeutet es, eine Geschlechtsrolle und einen Ausdruck ihrer Geschlechtlichkeit zu finden, in der/dem sie sich wohl fühlen können. Der Übergang kann, muss aber nicht, eine Feminisierung oder Maskulinisierung des Körpers durch endokrinologische und/oder chirurgische Behandlungsmaßnahmen beinhalten. Die Art und Weise sowie die Dauer der Transition ist unterschiedlich und hängt von der jeweiligen Person ab.

Transphobie, verinnerlichte: Unbehagen mit dem eigenen Erleben, transgender zu sein aufgrund der Verinnerlichung gesellschaftlich-normativer Erwartungen an Geschlecht.

Transsexuell: Adjektiv (wird häufig vom Gesundheitspersonal verwendet), um Menschen zu beschreiben, die vorhaben ihre primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale mit Behandlungsmaßnahmen zur Feminisierung oder Maskulinisierung (Hormone und/oder Operationen) zu verändern oder die das schon getan haben. In der Regel verbunden mit einem permanenten Wechsel der Geschlechtsrolle.

ANHANG B
ÜBERBLICK ÜBER DIE MEDIZINISCHEN RISIKEN EINER HORMONTHERAPIE

Die hier angeführten Risiken basieren auf zwei umfassenden evidenzbasierten Übersichtsarbeiten zu maskulinisierender/feminisierender Hormontherapie (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009) sowie einer großen Kohortenstudie (Asscheman et al., 2011). Diesen Reviews und dem veröffentlichten klinischen Material können Anbieter von Hormontherapien detaillierte Informationen entnehmen (z. B. Dahl et al., 2006; Ettner et al., 2007).

Risiken einer feminisierenden Hormontherapie (MzF)

Wahrscheinlich erhöhte Risiken:

Venöse Thromboembolie

- Die Einnahme von Östrogenen erhöht das Risiko für eine venöse Thromboembolie (VTE), v.a. bei Patienten älter als 40, Rauchern, jenen mit Übergewicht und denjenigen, die bereits an einer Thromboembolie erkrankt sind.
- Das Risiko steigt bei einer zusätzlichen Einnahme von Progestagenen der dritten Generation.
- Das Risiko sinkt bei einer transdermalen (statt oralen) Behandlung mit Östradiol, die für Patienten mit erhöhtem venösem Thromboserisiko empfohlen wird.

Kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Erkrankungen

- Östrogene erhöhen das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse bei Patienten über 50 Jahre, mit einem kardiovaskulären Risikoprofil. Zusätzliches Progestagen kann dieses Risiko weiter erhöhen.

Lipide

- Orale Östrogenverabreichung kann Triglyzeride, sowie das Risiko für Pankreatitis und Kardiovaskuläre Ereignisse wesentlich erhöhen.
- Verschiedene Verabreichungsformen haben unterschiedliche metabolische Effekte auf das HDL Cholesterol, LDL Cholesterol und Lipoprotein (a).
- Auf der Grundlage klinischer Evidenz wird empfohlen, MzF-Patientinnen mit einer vorliegenden Lipidstörung eher mit transdermaler als oraler Applikation zu behandeln.

Leber/Gallenblase

- Östrogen und Cyproteronacetat können zu einer Erhöhung der Leberenzyme und in seltenen Fällen zu Hepatotoxicität führen.
- Die Einnahme von Östrogenen erhöht das Risiko von Cholelithiasis (Gallensteine), dadurch kann es notwendig werden, die Gallensteine zu entfernen.

Mögliche erhöhte Risiken:

Diabetes mellitus Typ 2

- Feminisierende Hormontherapie, v.a. Östrogene, können das Risiko für einen Diabetes Typ 2 erhöhen v.a. bei Patientinnen mit einer familiären Belastung oder Risikofaktoren für andere Erkrankungen.

Bluthochdruck

- Östrogen-Einnahme kann den Blutdruck erhöhen, die Auswirkungen auf die Inzidenz einer Hypertonie sind jedoch unbekannt.
- Spironolakton reduziert den Blutdruck und sollte Patientinnen mit einem Hypertonierisiko verabreicht werden, die eine Feminisierung wünschen.

Prolaktinämie

- Östrogen-Einnahme erhöht das Risiko für eine Hyperprolaktinämie bei MzF-Patientinnen im ersten Behandlungsjahr, danach ist ein Risiko eher unwahrscheinlich
- Hochdosiertes Östrogen kann das klinische Erscheinungsbild einer bereits vorhandenen aber klinisch noch nicht sichtbaren Prolaktinämie fördern.

Unbedeutende und nicht nachgewiesene Risiken:

Die Punkte dieser Kategorie sind solche, die ein Risiko darstellen könnten, für die aber die Evidenz gering ist, sodass eindeutige Schlussfolgerungen daraus nicht gezogen werden können.

Brustkrebs

- Obgleich Brustkrebs bei jenen MzF-Personen, die feminisierende Hormone eingenommen haben, vorgekommen ist, bleibt das Ausmaß des Risikos im Vergleich zu Personen, die mit weiblichen Genitalien geboren wurden, unbekannt.
- Eine längere Einnahme feminisierender Hormonen (d.h. Östrogeneinnahme über Jahre), die Familiengeschichte hinsichtlich des Vorkommens von Brustkrebs, Übergewicht (BMI > 35) und die Einnahme von Progestagenen können das Ausmaß des Risikos beeinflussen.

Andere Nebenwirkungen der feminisierenden Therapie:

Die folgenden Effekte können als geringfügig oder sogar erwünscht angesehen werden, das hängt von den Patienten ab. Sicher sind sie eine Folge der feminisierenden Hormontherapie.

Fruchtbarkeit und sexuelle Funktion

- Feminisierende Hormone können die Fertilität beeinträchtigen.
- Feminisierende Hormone können die Libido reduzieren.
- Feminisierende Hormone reduzieren die nächtlichen Erektionen und haben einen unterschiedlichen Effekt auf stimulierte Erektionen.

Risikofaktoren der Anti-Androgen Medikation:

Feminisierende Hormone beinhalten eine Reihe von Wirkstoffen, die die Testosteron Produktion und Wirkung beeinflussen. Diese umfassen GnRH-Agonisten, Progestagene (inklusive Cyproteronacetat), Spironolakton und 5-alpha-Reduktase-Hemmer. Eine ausführliche Darstellung der spezifischen Risiken der genannten Wirkstoffe geht über den Rahmen der SOC hinaus. Ungeachtet dessen ist der Einsatz sowohl von Spironolakton als auch Cyproteronacetat weit verbreitet, beide Wirkstoffe sollen daher kurz kommentiert werden.

Cyproteronacetat ist ein progestagenhaltiger Wirkstoff mit antiandrogenen Eigenschaften (Gooren, 2005; Levy et al., 2003). Wenngleich die Verwendung in Europa weit verbreitet ist, ist er für die USA auf Grund von Bedenken hinsichtlich der Hepatotoxicität nicht zugelassen (Thole, Manso, Salgueiro, Revuelta, & Hidalgo, 2004). Spironolakton ist ein häufig verwendetes Antiandrogen bei der feminisierenden Hormontherapie vor allem in Gegenden, in denen Cyproteronacetat nicht zugelassen ist (Dahl et al., 2006; Moore et al., 2003; Tangpricha et al., 2003). Spironolakton wird seit langem in der Behandlung von Bluthochdruck eingesetzt sowie bei Herzinsuffizienz. Bekannte Nebenwirkungen sind Hyperkaliämie, Schwindel und gastrointestinale Symptome (*Physicians' Desk Reference*, 2007).

Risiken der maskulinisierenden Hormontherapie (FzM)

Wahrscheinlich erhöhte Risiken:

Polyzythämie

- Maskulinisierende Hormone d.h. Testosteron oder andere androgene Steroide erhöhen das Risiko für Polyzythämie (Hämatokrit > 50%) vor allem bei Patienten mit anderen Risikofaktoren.
- Transdermale Verabreichung und Anpassung der Dosis kann dieses Risiko verkleinern.

Gewichtszunahme/Viszeralfett

- Maskulinisierende Hormone können zu einer leichten Gewichtszunahme und der Zunahme an Fettgewebe führen.

Mögliche erhöhte Risiken:

Lipide

- Eine Testosterontherapie verringert das HDL, aber beeinflusst auf unterschiedliche Weise LDL und Triglyzeride.
- Supraphysiologische Serumwerte von Testosteron (unterhalb des normalen Bereichs), die häufiger bei erhöhten intramuskulär verabreichten Dosen gefunden werden, können die Lipidprofile verschlechtern, während die transdermale Anwendung sich in geringerem Ausmaß auf die Lipide auswirkt.
- Patienten mit einem Polizystischen Ovarialsyndrom oder einer Stoffwechselstörung können einem höheren Risiko im Sinne einer Verschlechterung der Stoffwechselstörung unter der Testosterontherapie ausgesetzt sein.

Leber

- Unter Testosterontherapie kann es zu einer vorübergehenden Erhöhung der Leberenzymwerte kommen.
- Gallenblasenerkrankungen und Gallenblasenkarzinome wurden unter oraler Einnahme von Methyltestosteron beschrieben. Jedoch ist Methyltestosteron in den meisten Ländern nicht mehr erhältlich und sollte nicht angewandt werden.

Psychiatrische Risiken

Maskulinisierende Therapie mit Testosteron oder androgenen Steroiden kann das Risiko für hypomanische, manische oder psychotische Symptome bei einer vorliegenden psychiatrischen Erkrankung mit derartigen Symptomen erhöhen. Diese unerwünschten Nebenwirkungen scheinen mit hohen Dosen von supraphysiologischen Blutwerten von Testosteron einherzugehen.

Unbedeutende oder nicht zu erwartende Risiken:

Die genannten Aspekte dieser Kategorie beinhalten solche, die ein Risiko darstellen können. Der Nachweis hierzu ist jedoch gering, dass keine klaren Schlussfolgerungen gezogen werden können.

Osteoporose

- Testosterontherapie unterstützt oder vergrößert die Knochendichte bei FzM-Patienten vor einer Ovarektomie, zumindest in den ersten 3 Behandlungsjahren.
- Es besteht ein erhöhtes Risiko der Verringerung der Knochendichte nach einer Ovarektomie, vor allem wenn die Testosterontherapie unterbrochen oder in zu geringer Dosis verabreicht wird. Das gilt auch für diejenigen Patienten, die ausschließlich oral Testosteron einnehmen.

Kardiovaskuläre Symptome

- Maskulinisierende Hormontherapie in normaler Dosis scheint das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse bei gesunden Patienten nicht zu erhöhen.
- Maskulinisierende Hormontherapie kann das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen bei Patienten mit vorhandenen Risikofaktoren erhöhen.

Hypertonie

- Maskulinisierende Hormontherapie in normaler physiologischer Dosis kann zu einem Blutdruckanstieg führen, scheint aber nicht das Risiko einer Hypertonie zu erhöhen.
- Patienten mit Risikofaktoren für Hypertonie, Gewichtzunahme, familiärer Belastung oder einem Polizystischen Ovarialsyndrom können ein erhöhtes Risiko aufweisen.

Diabetes mellitus Typ 2

- Testosterontherapie scheint das Risiko für einen Diabetes mellitus Typ 2 unter den FzM Patienten nicht zu erhöhen, außer wenn andere Risikofaktoren vorliegen.
- Testosterontherapie scheint das Risiko für einen Diabetes mellitus Typ 2 bei Patienten mit anderen Risikofaktoren wie Gewichtzunahme, familiärer Belastung oder einem Polizystischen Ovarialsyndrom zu erhöhen. Es liegen keine Daten für ein erhöhtes Risiko bei denjenigen vor, die Risiken für eine Dyslipidämie zeigen.

Brustkrebs

- Testosterontherapie bei FzM-Patienten stellt kein erhöhtes Risiko für Brustkrebs dar.

Zervixkarzinom

- Testosterontherapie bei FzM-Patienten stellt kein erhöhtes Risiko für ein Zervixkarzinom dar, auch wenn das Risiko für einen minimal auffälligen PAP-Abstrich auf Grund einer Atrophie gegeben ist.

Ovarialkarzinom

- Ähnlich wie bei Personen, die mit weiblichen Genitalien bei erhöhter Androgenkonzentration geboren werden, kann die Testosterontherapie bei FzM-Patienten das Risiko für ein Ovarialkarzinom erhöhen, ausreichende Belege fehlen jedoch.

Endometrium(Uterus-)karzinom

- Testosterontherapie bei FzM-Patienten kann das Risiko für ein Endometriumkarzinom erhöhen, ausreichende Belege fehlen jedoch.

Andere Nebenwirkungen der maskulinisierenden Therapie:

Die folgenden Effekte können als geringfügig oder sogar erwünscht angesehen werden, das hängt von den Patienten ab. Sicher sind sie eine Folge der maskulinisierenden Hormontherapie.

Fertilität und sexuelle Funktion

- Testosterontherapie bei FzM-Patienten kann die Fertilität reduzieren, allerdings ist das Ausmaß der Reversibilität unbekannt.
- Testosterontherapie kann zu permanenten anatomischen Veränderungen bei einem sich in Entwicklung befindlichen Embryo bewirken.
- Testosteron führt zu einer Vergrößerung der Klitoris und einer Zunahme der Libido.

Akne, androgenetische Alopezie

Akne und unterschiedlich starker Haarverlust (androgenetische Alopezie) sind bekannte Nebenwirkungen der maskulinisierenden Hormontherapie.

ANHANG C
ZUSAMMENFASSUNG DER KRITERIEN FÜR DIE HORMONTHERAPIE UND DIE CHIRURGISCHEN BEHANDLUNGSMASSNAHMEN

Wie bei allen vorherigen SOC-Versionen, sind die Kriterien, die sich in den SOC auf Hormontherapien und chirurgische Interventionen bei Geschlechtsdysphorie beziehen, klinische Empfehlungen. Einzelne Ärzte oder Gesundheitsprogramme werden sie eventuell abändern. Klinische Abweichungen von den SOC können sich aus der individuellen anatomischen, sozialen oder psychischen Situation der Patienten ergeben, einer sich von einer erfahrenen Gesundheitsfachkraft weiterentwickelten Behandlungsmethode bei einer Alltagssituation, einem Forschungsprotokoll, Mangel an Ressourcen in verschiedenen Teilen der Welt oder der Nachfrage nach speziellen schadenreduzierender Strategien. Diese Abweichungen sollten als solche benannt, den Patienten erklärt und in der informierten Einwilligungserklärung für eine qualitative Versorgung der Patienten und zur rechtlichen Absicherung dokumentiert werden. Diese Dokumentation ist zudem wichtig, um neue Daten zu sammeln, die im Nachhinein ausgewertet werden können und die es der gesundheitsbezogenen Versorgung – und den SOC – ermöglichen, sich weiterzuentwickeln.

Kriterien für die feminisierende/maskulinisierende Hormontherapie (eine Indikation oder medizinische Dokumentation einer psychosozialen diagnostischen Einschätzung)

1. Andauernde, gut dokumentierte Geschlechtsdysphorie
2. Fähigkeit, eine informierte Zustimmung zur Behandlung zu geben
3. Volljährigkeit[7] (bei jüngeren Patienten siehe Abschnitt VI.)
4. Falls es bedeutsame medizinische oder psychische Bedenken gibt, müssen diese ausreichend kontrolliert werden.

Kriterien für eine Brustoperation (eine Überweisung)

Mastektomie und Aufbau einer männlichen Brust bei FzM-Patienten:

1. Andauernde, gut dokumentierte Geschlechtsdysphorie
2. Fähigkeit, eine informierte Zustimmung zur Behandlung zu geben
3. Volljährigkeit[7] (bei jüngeren Patienten siehe Abschnitt VI.)
4. Falls es bedeutsame medizinische oder psychische Bedenken gibt, müssen diese sorgsam kontrolliert werden.

Hormontherapie ist keine Voraussetzung.

Brustaugmentation (Implantate/Fettunterspritzung) bei MzF-Patienten:

1. Andauernde, gut dokumentierte Geschlechtsdysphorie
2. Fähigkeit, eine informierte Einverständniserklärung für die Behandlung zu geben
3. Volljährigkeit[7] (bei jüngeren Patienten siehe Abschnitt VI.)
4. Falls es bedeutsame medizinische oder psychische Bedenken gibt, müssen diese sorgsam kontrolliert werden.

Auch wenn es kein explizites Kriterium darstellt, sollten MzF-Patientinnen vor einer brustvergrößernden Operation sich einer feminisierenden Hormontherapie unterziehen (mindestens 12 Monate). Als Ziel gilt es, die Brustgröße zu maximieren, um ein besseres chirurgische (bzw. ästhetisches) Resultat zu erzielen.

Kriterien für die Genitaloperation (zwei Überweisungen)

Hysterektomie und Ovarektomie bei FzM-Patienten und Orchiektomie bei MzF-Patientinnen:

1. Andauernde, gut dokumentierte Geschlechtsdysphorie

2. Fähigkeit, eine informierte Einverständniserklärung für die Behandlung zu geben,

3. Volljährigkeit[7]

4. Falls es bedeutsame medizinische oder psychische Bedenken gibt, müssen diese sorgsam kontrolliert werden

5. Kontinuierliche Hormontherapie über 12 Monate, entsprechend den Zielvorstellungen der Patientin oder dem Patienten (außer es bestehen medizinische Kontraindikationen oder die Patienten sind aus anderen Gründen nicht in der Lage oder möchten keine Hormone einnehmen).

Zweck der Hormontherapie vor einer Gonadektomie ist es, zunächst eine reversible Phase mit Östrogenen und Testosteronsuppression vorzuschalten, bevor eine Patientin oder ein Patient sich der irreversiblen Operation unterzieht.

Diese Kriterien treffen nicht für Patienten zu, die sich diesen chirurgischen Maßnahmen aus anderen Gründen als einer Geschlechtsdysphorie unterziehen.

Metaidoioplastik oder Phalloplastik bei FzM-Patienten und Vaginalplastik bei MzF Patientinnen:

1. Andauernde, gut dokumentierte Geschlechtsdysphorie

2. Fähigkeit, eine informierte Einverständniserklärung für die Behandlung zu geben

3. Volljährigkeit[7]

4. Falls es bedeutsame medizinische oder psychische Bedenken gibt, müssen diese ausreichend kontrolliert werden

5. Kontinuierlich Hormontherapie über 12 Monate, entsprechend den Zielvorstellungen der Patientin (außer es bestehen medizinische Kontraindikationen oder die Patientin ist aus anderen Gründen nicht in der Lage oder möchte keine Hormone einnehmen).

6. Leben durchgehend über 12 Monate in der Geschlechtsrolle, die ihrer Geschlechtsidentität entspricht

Auch wenn es kein explizites Kriterium darstellt, wird empfohlen, dass sich diese Patienten regelmäßig hinsichtlich ihrer psychischen und körperlichen Gesundheit (nach-)untersuchen lassen.

Das Kriterium, das für einige Genitaloperationen genannt wurde, d.h. die Forderung über eine Dauer von 12 Monaten durchgehend in einer Geschlechtsrolle zu leben, die der Geschlechtsidentität entspricht

- resultiert aus einer übereinstimmenden klinischen Expertenmeinung. Jene Erfahrungen bieten eine günstige Gelegenheit, sich der Geschlechtsrolle anzupassen bevor die irreversible Operation durchgeführt wird.

ANHANG D
EVIDENZ FÜR KLINISCHE ERGEBNISSE UND THERAPIEANSÄTZE

Eine echte Hilfe für jede neue Behandlungsform ist die *Outcome*-analyse. Wegen der kontroversen Natur der geschlechtsanpassenden Operationen ist diese Art der Analyse sehr wichtig gewesen. Beinahe alle *Outcome*-Studien auf diesem Gebiet waren retrospektiv angelegt.

Eine der ersten Studien, die die psychosozialen Ergebnisse nach der Behandlung von transsexuellen Patienten untersuchte, wurde 1979 an der *Johns Hopkins University School of Medicine and Hospital* (USA) (J.K. Meyer & Reter, 1979) durchgeführt. Diese Studie konzentrierte sich auf die berufliche, schulische, eheliche und häusliche Stabilität der Patienten. Die Ergebnisse zeigten mehrere deutliche Veränderungen durch die medizinische Behandlung. Diese Veränderungen wurden nicht positiv gewertet; vielmehr zeigten sie, dass es vielen Menschen, die an dem Behandlungsprogramm teilnahmen, nach der Teilnahme an dem Programm in vielerlei Hinsicht nicht besser oder schlechter ging. Diese Untersuchungsergebnisse hatten die Beendigung des Programms an diesem Krankenhaus/ an der medizinischen Fakultät zur Folge (Abramowitz, 1986).

Daraufhin forderte ein Großteil des Gesundheitspersonals standardisierte Empfehlungen für die Zulassung zu geschlechtsanpassenden Operationen. Dies führte 1979 zur Formulierung der Originalversion der *Standards of Care* – SOC (Versorgungsempfehlungen) der *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association* (jetzt WPATH).

1981 veröffentlichte Pauly die Ergebnisse einer großen Retrospektivstudie von Menschen, die sich einer geschlechtsanpassenden Operation unterzogen hatten. Die Teilnehmer an dieser Studie hatten viel bessere Ergebnisse: Von 83 FzM-Patienten, hatten 80,7 % ein zufriedenstellendes Ergebnis (d.h. die Patienten berichteten von einer „verbesserten sozialen und emotionalen Anpassung"), 6,0 % waren unzufrieden. Von 283 MzF-Patientinnen hatten 71,4% ein zufriedenstellendes Ergebnis, 8,1 % waren unzufrieden. Diese Studie schloss Patienten und Patientinnen ein, die vor der Veröffentlichung und Anwendung der SOC behandelt worden waren.

Seitdem die SOC vorliegen, nimmt die Zufriedenheit der Patienten stetig zu und die Unzufriedenheit mit dem Ergebnis einer geschlechtsanpassenden Operation nimmt ab. Studien, die nach 1996 durchgeführt wurden, konzentrierten sich auf Patienten, die gemäß der SOC medizinisch versorgt

worden waren. Die Ergebnisse von Rehmann et al. (1999) und Krege et al. (2001) sind typisch für diese Art von Arbeiten. Keiner der Patienten dieser Studien bereute es, sich einer Operation unterzogen zu haben und die meisten berichteten, dass sie mit den kosmetischen und funktionellen Resultaten der Operation zufrieden waren. Selbst Patienten, die schwere operative Komplikationen entwickeln, bereuen selten, dass sie sich operieren ließen. Die Qualität der chirurgischen Ergebnisse ist einer der besten Prädiktoren für das Endresultat der Geschlechtsanpassung (Lawrence, 2003). Die meisten der Folgestudien haben einen unbestreitbaren Nutzen der geschlechtsanpassenden Operation auf die postoperativen Ergebnisse, wie persönliches Wohlbefinden, kosmetisches Aussehen und sexuelle Funktion gezeigt (De Cuypere et al., 2005; Garaffa, Christopher, & Ralph, 2010; Klein & Gorzalka, 2009), obwohl das spezifische Ausmaß des Nutzens nach den derzeit vorliegenden Belegen ungewiss ist. Eine Studie (Emory, Cole, Avery, Meyer, & Meyer III, 2003) berichtet sogar von Einkommensverbesserungen bei den Patienten.

Ein beunruhigender Bericht (Newfield et al., 2006) zeigte im Vergleich zu der Allgemeinbevölkerung niedrigere Werte bei der Lebensqualität (gemessen mit dem SF-36) von FzM-Patienten auf. Eine Schwachstelle dieser Studie ist, dass sie ihre 384 Teilnehmer durch eine allgemeine E-Mail Umfrage statt anhand eines systematischen Vorgehens rekrutierte und dass der Grad und die Art der Behandlung nicht angegeben wurden. Studienteilnehmer, die Testosteron einnahmen, hatten es normalerweise noch keine 5 Jahre eingenommen. Die Ergebnisse der Lebensqualität waren bei Patienten, die sich einer Brust /Brustkorboperation unterzogen hatten, höher als bei jenen, die das nicht getan hatten ($p < .001$). (Eine ähnliche Analyse wurde für Genitaloperationen nicht durchgeführt). In einer anderen Studie verwendeten Kuhn und Kollegen (2009) den King's Gesundheitsfragebogen, um die Lebensqualität von 55 transsexuellen Patienten 15 Jahre nach der Operation zu untersuchen. Die Ergebnisse wurden mit jenen von 20 gesunden weiblichen Kontrollpatientinnen verglichen, die sich in der Vergangenheit einer Unterleibs /Beckenoperation unterzogen hatten. Die Ergebnisse für die Lebensqualität der transsexuellen Patientinnen waren bezüglich einiger Subskalen (Emotionen, Schlaf, Inkontinenz, Schwere der Symptome, eingeschränkte Leistungsfähigkeit) die gleichen oder besser als jene der Kontrollpatientinnen, aber schlechter in anderen Bereichen (allgemeiner Gesundheitszustand, körperliche und persönliche Einschränkungen).

Zwei retrospektive Beobachtungsstudien verglichen die Mortalität und psychiatrische Erkrankungen von transsexuellen Erwachsenen mit denen der Allgemeinbevölkerung (Asscheman et al. 2011; Dhejne et al. 2011). Eine Analyse von Daten des Registers des schwedischen nationalen Gesundheitsamtes fand, dass Personen, die eine geschlechtsanpassende Operation erhalten hatten (191 MzF und 133 FzM) eine höhere Mortalitätsrate, häufigere Suizide, Suizidversuche und psychiatrische Erkrankungen hatten als eine nach Alter, Immigrantenstatus, früheren psychiatrischen Erkrankungen und Geburtsgeschlecht gematchte Kontrollgruppe (Dhejne et al. 2011). Ähnliche Ergebnisse fand eine Studie aus den Niederlanden hinsichtlich Mortalitätsrate, inklusive Suizide, sowohl bei prä- als auch bei postoperativen Patienten (966 MzF und 365 FzM) im Vergleich zu Personen aus der Allgemeinbevölkerung (Asscheman et al. 2011). Jedoch keine dieser Studien stellte die Effizienz geschlechtsanpassender Operationen in Frage. Vor allem fehlte in beiden Studien eine Kontrollgruppe entweder von transsexuellen Personen, die keine

Therapie erhalten hatten, oder solchen, die eine Behandlung ohne geschlechtsanpassende Operation erhalten hatten. Außerdem waren die Patienten dieser Studien schon ab 1970 in Behandlung gewesen. Nichtsdestotrotz zeigen diese Studien, wie wichtig es ist, gute psychologische und psychiatrische Langzeitbetreuung für diese Patientengruppe anzubieten. Weitere Forschung ist nötig, die sich auf die Ergebnisse aktueller diagnostischer Einschätzungen und Behandlungsansätze konzentriert.

Es ist schwierig, die Wirkung von Hormonen alleine auf Grund der Linderung von Geschlechtsdysphorie zu beurteilen. Die meisten Studien, die die Wirkung von maskulinisierenden/feminisierenden Hormontherapien bei Geschlechtsdysphorie auswerteten, wurden an Patienten durchgeführt, die sich auch einer geschlechtsanpassenden Operation unterzogen hatten. Beachtliche Auswirkungen von Hormon- und Operationstherapien wurden in einer umfassenden Überblicksarbeit von 79 (vorwiegend Beobachtungs-)Studien mit über 3000 Patienten zwischen 1961 und 1991 berichtet (Eldh, Berg, & Gustafsson, 1997; Gijs & Brewaeys, 2007; Murad et al., 2010; Pfäfflin & Junge, 1998). Patienten, die nach 1986 operiert wurden, ging es besser als jenen, die vor 1986 operiert wurden; dies spiegelt wesentliche Verbesserungen bei chirurgischen Komplikationen wider (Eldh et al., 1997). Die meisten Patienten berichteten über eine Verbesserung der psychosozialen Situation, die zwischen 87 % bei MzF-Patientinnen und 97 % bei FzM-Patienten lag (Green&Fleming, 1990). Ähnliche Verbesserungen fanden sich in einer schwedischen Studie, in der „beinahe alle Patienten mit ihrer Geschlechtsanpassung nach 5 Jahren zufrieden waren und von denen 86 %, von Ärzten bei Nachfolgeuntersuchungen, als stabil oder mit einer besseren Allgemeinfunktion beurteilt wurden“ (Johansson, Sundbom, Höjerback, & Bodlund, 2010). Die Schwächen dieser früheren Studien sind ihr retrospektives Design und die Verwendung von verschiedenen Kriterien bei der Bewertung der Ergebnisse.

Eine Prospektivstudie, die in den Niederlanden durchgeführt wurde, wertete 325 Probanden im Erwachsenen- und Jungendalter aus, die eine Geschlechtsanpassung anstrebten (Smith, Van Goozen, Kuiper, & Cohen-Kettenis, 2005). Patienten, die sich einer Behandlung mit Geschlechtsanpassung unterzogen hatten (sowohl hormonell als auch chirurgisch), wiesen, gemessen auf der Utrechter Geschlechtsdysphorie Skala, verbesserte Durchschnittswerte bei der Geschlechtsdysphorie auf. Die Werte für Unzufriedenheit mit dem Körper und psychosoziale Funktionen verbesserten sich in den meisten Kategorien. Weniger als 2 % der Patienten bedauerten die Therapie. Das ist die größte Prospektivstudie, die die Ergebnisse aus Retrospektivstudien bestätigt, dass eine Kombination aus Hormontherapie und chirurgischen Interventionen die Geschlechtsdysphorie und andere Bereiche der psychosozialen Funktion verbessert. Weitere Forschung, über die Auswirkungen einer Hormontherapie ohne chirurgische Intervention und ohne das Ziel eines Höchstmaßes an körperlicher Feminisierung oder Maskulinisierung, ist nötig.

Im Allgemeinen haben die Studien eine stetige Verbesserung der Ergebnisse gezeigt, wobei sich das Gebiet immer weiter entwickelt. Die Ergebnisforschung hat sich hauptsächlich auf das Ergebnis von geschlechtsanpassenden Operationen konzentriert. In der jetzigen Praxis gibt es eine Reihe von Identitäts-, Rollen-, und physischen Anpassungen, für die zusätzliche Kontroll- oder Ergebnisforschung nötig wäre (*Institute of Medicine*, 2011).

ANHANG E
ENTWICKLUNGSPROZESS DER 7. VERSION DER *STANDARDS OF CARE*

Der Entwicklungsprozess der 7. Version der SOC begann mit einer „Arbeitsgruppe", die 2006 gegründet wurde. Mitglieder wurden aufgefordert, bestimmte Abschnitte der SOC in ihrer 6. Version durchzusehen. Sie wurden gebeten, die für jeden Abschnitt relevante Literatur durchzugehen und festzustellen, in welchen Bereichen Forschung fehlte und gebraucht wurde und mögliche Berichtigungen der SOC basierend auf neuen Erkenntnissen vorzuschlagen. Dem Aufruf für wissenschaftliche Beiträge folgten die folgenden Autoren: Aaron Devor, Walter Bockting, George Brown, Michael Brownstein, Peggy Cohen-Kettenis, Griet DeCuypere, Petra DeSutter, Jamie Feldman, Lin Fraser, Arlene Istar Lev, Stephen Levine, Walter Meyer, Heino Meyer-Bahlburg, Stan Monstrey, Loren Schechter, Mick van Trotsenburg, Sam Winter, and Ken Zucker. Einige der Autoren beschlossen Mitautoren hinzuzuziehen, die sie bei ihrer Aufgabe unterstützten.

Abgabetermin der Erstentwürfe dieser Beiträge war der 1. Juni 2007. Die meisten waren bis September 2007, der Rest bis Ende September 2007 fertig gestellt. Die Manuskripte wurden dann beim *International Journal of Transgenderism* (*IJT*) [vierteljährlich erscheinende wissenschaftliche Zeitschrift] eingereicht. Jedes Manuskript wurde dem normalen Begutachtungsprozess durch *IJT*-Kollegen unterzogen. Die Abschlussmanuskripte wurden 2009 in Band 11 (1-4) veröffentlicht und für Diskussionen und Debatten zur Verfügung gestellt.

Nachdem diese Artikel veröffentlich waren, wurde 2010 vom WPATH-Vorstand ein SOC-Revisionsausschuss gegründet. Der Revisionsausschuss wurde zunächst damit beauftragt, die *IJT*-Hintergrundpapiere online zu erörtern und zu diskutieren. Der Vorstand ernannte eine Untergruppe des Revisionsausschusses, die als Schreibgruppe fungierte. Diese Gruppe wurde damit beauftragt, den ersten Entwurf der SOC zu verfassen und weiterhin an Änderungen zu arbeiten, die dem allgemeinen Revisionsausschuss zur Begutachtung vorgelegt werden sollten. Der Vorstand ernannte auch eine internationale Beratergruppe [*International Advisory Group*] von transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Menschen, die ihre Meinung zur Überarbeitung zu äußern sollten.

Ein Fachredakteur wurde eingestellt, um (1) alle Korrekturempfehlungen zu überprüfen – sowohl die ursprünglichen Empfehlungen aus den *IJT*-Artikeln als auch ergänzende Empfehlungen, die von den Online-Diskussionen ausgingen und (2) eine Umfrage zu durchzuführen, um weitere Beiträge zu diesen möglichen Änderungen zu erhalten. Anhand der Umfrageergebnisse konnte die Schreibgruppe sehen, auf welchen Gebieten die Experten übereinstimmten und wo noch weiterer Diskussions- und Gesprächsbedarf bestand. Der Fachredakteur (3) erstellte einen vorläufigen ersten Entwurf der SOC in ihrer 7. Version für die Schreibgruppe, den sie durchgehen und daran anknüpfen sollten.

Die Schreibgruppe traf sich am 4. und 5. März 2011 zu einem persönlichen Beratungstreffen mit den Experten. Sie überprüften alle Änderungsvorschläge, diskutierten sie und kamen so auf verschiedenen kontroversen Gebieten zu einem Konsens. Die Entscheidungen wurden aufgrund des neuesten Kenntnisstandes und in Übereinstimmung mit den Experten getroffen. Diese Entscheidungen wurden in den Entwurf eingearbeitet und weitere Abschnitte wurden von der Schreibgruppe mit Hilfe des Fachredakteurs geschrieben.

Der Entwurf, der aus dem Beratungstreffen hervorging, wurde dann unter der Schreibgruppe in Umlauf und mit Hilfe des Fachredakteurs zum Abschluss gebracht. Sobald dieser erste Entwurf fertig war, wurde er an den allgemeinen SOC-Revisionsausschuss und an die internationale Beratergruppe verteilt. Online wurde eine Diskussionsplattform eröffnet und anschließend eine Konferenz zur Lösung der Probleme anberaumt. Die Rückmeldungen dieser Gruppen wurden von der Schreibgruppe berücksichtigt, die dann eine weitere Überarbeitung vornahm. Zwei zusätzliche Entwürfe entstanden und wurden zur Begutachtung durch den allgemeinen SOC-Revisionsausschuss und der internationalen Beratergruppe online gestellt. Nachdem diese drei Durchläufe von Überprüfung und Überarbeitung beendet waren, wurde das endgültige Schlussdokument dem WPATH-Vorstand zur Genehmigung vorgelegt. Der Vorstand genehmigte diese Fassung am 14. September 2011.

Förderung

Die Revision der SOC wurde durch eine großzügige Förderung der *Tawani Foundation* und die Spende eines anonymen Spenders möglich gemacht. Diese Förderer unterstützten Folgendes:

1. Die Kosten für den Fachredakteur

2. Den Prozess der Erfassung internationaler Positionen zu den vorgeschlagenen Veränderungen von spezialisiertem Gesundheitspersonal und der *Transgender Community*

3. Die Arbeitstreffen der Schreibgruppe

4. Den Prozess des Erfassens weiterer Rückmeldungen und das Zustandekommen eines endgültigen Expertenkonsensus des spezialisiertem Gesundheitspersonals und der *Transgender Community* der 7. Version der SOC mit dem Revisionskomitee und dem Vorstand der WPATH

5. Druckkosten und Kosten für die Verbreitung der 7. Version der SOC und Veröffentlichung einer frei zugänglichen Version auf der Webseite der WPATH

6. Die Mitgliederversammlung für den Start der 7. Version der SOC auf dem zweijährlichen WPATH Treffen 2011 in Atlanta, Georgia, USA

Members of the *Standards of Care* Revision Committee†

Eli Coleman, PhD (USA)* - Committee chair
Richard Adler, PhD (USA)
Walter Bockting, PhD (USA)*
Marsha Botzer, MA (USA)*
George Brown, MD (USA)
Peggy Cohen-Kettenis, PhD (Netherlands)*
Griet DeCuypere, MD (Belgium)*
Aaron Devor, PhD (Canada)
Randall Ehrbar, PsyD (USA)
Randi Ettner, PhD (USA)
Evan Eyler, MD (USA)
Jamie Feldman, MD, PhD (USA)*
Lin Fraser, EdD (USA)*
Rob Garofalo, MD, MPH (USA)
Jamison Green, PhD, MFA (USA)*
Dan Karasic, MD (USA)
Gail Knudson, MD (Canada)*
Arlene Istar Lev, LCSW-R (USA)
Gal Mayer, MD (USA)
Walter Meyer, MD (USA)*
Heino Meyer-Bahlburg, Dr. rer.nat. (USA)
Stan Monstrey, MD, PhD (Belgium)*
Blaine Paxton Hall, MHS-CL, PA-C (USA)
Friedmann Pfäfflin, MD, PhD (Germany)
Katherine Rachlin, PhD (USA)
Bean Robinson, PhD (USA)
Loren Schechter, MD (USA)
Vin Tangpricha, MD, PhD (USA)
Mick van Trotsenburg, MD (Netherlands)
Anne Vitale, PhD (USA)
Sam Winter, PhD (Hong Kong)
Stephen Whittle, OBE (UK)
Kevan Wylie, MB, MD (UK)
Ken Zucker, PhD (Canada)

International Advisory Group Selection Committee

Walter Bockting, PhD (USA)
Marsha Botzer, MA (USA)
Aaron Devor, PhD (Canada)
Randall Ehrbar, PsyD (USA)
Evan Eyler, MD (USA)
Jamison Green, PhD, MFA (USA)
Blaine Paxton Hall, MHS-CL, PA-C (USA)

International Advisory Group

Tamara Adrian, LGBT Rights Venezuela (Venezuela)
Craig Andrews, FtM Australia (Australia)
Christine Burns, MBE, Plain Sense Ltd (UK)

---

* Writing Group member.
† All members of the *Standards of Care, Version 7 Revision Committee* donated their time to work on this revision.

Naomi Fontanos, Society for Transsexual Women's Rights in the Phillipines (Phillipines)
Tone Marie Hansen, Harry Benjamin Resource Center (Norway)
Rupert Raj, Sherbourne Health Center (Canada)
Masae Torai, FtM Japan (Japan)
Kelley Winters, GID Reform Advocates (USA)

Technical Writer

Anne Marie Weber-Main, PhD (USA)

Editorial Assistance

Heidi Fall (USA)

Übersetzung und fachliche Überarbeitung der Deutschen Version

Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt und Dr. Timo O. Nieder, Dipl. Psych.

Interdisziplinäres Transgender Versorungungscentrum Hamburg
Institut und Poliklinik für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie
Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf
Martinistraße 52
D-20246 Hamburg

Unter Beteiligung von Christine Cannon, Dr. Susanne Cerwenka, Dipl. Psych. und Inga Becker, Dipl. Psych.

Under the members of the Revision Committee see

Friedemann Pfäfflin