

Geschlechtsidentität/sexuelle
Orientierung

Geschlechter-Vielfalt in der psychotherapeutischen Versorgung sensibel berücksichtigen

Norddeutsche Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie NGaT

Gliederung

Begriffe

Prävalenz

Gesetzgebung, AWMF-Leitlinien

Ansprache durch Praxispersonal mit der gewünschten
Personenstandsbezeichnung

Krankheitslast und medizinisches Versorgungsbedürfnis

ICD-11: „Geschlechtsinkongruenz“

Sensibilisierung für Trans*Medizin/Gendermedizin

Kontroverser Diskurs: Pubertätsblockade

Beratung: Fertilität, Kontrazeption und Fertilitätsprotektion bei
Transpersonen

Überblick

Überblick über verschiedene Begriffe der geschlechtlichen und sexuellen Vielfalt:

https://www.schleswig-holstein.de/DE/landesregierung/ministerien-behoerden/VIII/Service/Broschueren/Broschueren_VIII/Soziales/Echte_Vielfalt.pdf?__blob=publicationFile&v=4

<http://daebl.de/CB11> Aufklärungsvideos zum Thema trans* und inter* im Gesundheitswesen vom Bundesverband Trans* und dem Queernetzwerk der Charité,

Eine Sprache, die geschlechtergerecht und inklusiv ist, stellt eine besondere Herausforderung für die Gesellschaft dar.

Geschlechts-Diversity: sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität

1. Biologisches Geschlecht (Sex) wird bei der Geburt anhand der Genitalien zugewiesen, hinzu kommen die Geschlechtschromosomen (46xy/46xx) und die Hormone während der Ausbildung des biologischen Geschlechts.
2. Geschlechtsidentität (Gender): kann vom biologischen Geschlecht abweichen, ist kulturell definiert, wird auf Körper draufprojiziert und hat mit Rollen und Aufgabenteilungen zu tun. Gender ist sozial, kulturell, politisch codierter Text, den Personen kontinuierlich über sich schreiben und der von anderen kontinuierlich gelesen, (miss-)verstanden und (fehl-)interpretiert wird.
3. Erscheinungsbild der Geschlechtlichkeit ist individuell verschieden

Aufklärungsvideo zur Geschlechtervielfalt

<http://daebl.de/CB11>

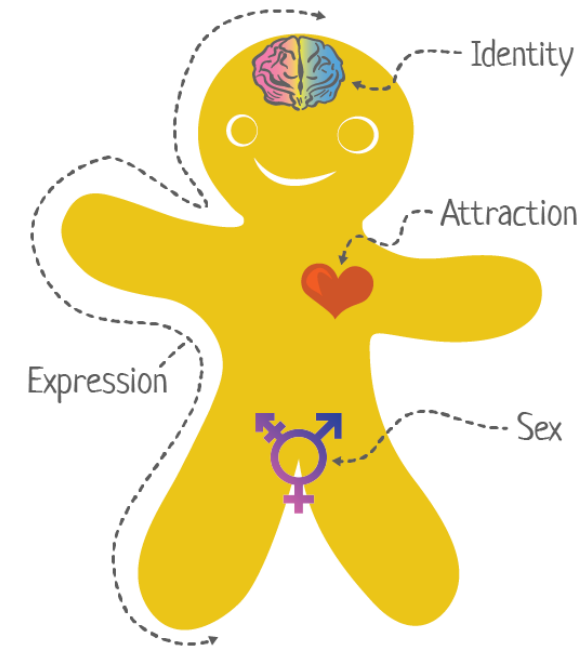
- Transgender: Binary, Non-Binary, Transman, Transwoman
-----> erlebe mich als pangender (vereine viele Geschlechter in mir)
- Genderqueer: Demiboy, Demigirl (man definiert sich nur teilweise als Mann oder Frau, fühlt sich wohl genug in seinem Geschlecht, um es zu behalten). Neutrois ("trois", das französische Wort für "drei": Eine neutrale Drei)
-----> erlebe mich als geschlechtslos: agender
- Genderfluid (Geschlechtsidentität verschiebt oder verändert sich flexibel, statt anhaltend gleich zu bleiben) : Bigender, Agender, And more

Genderbread Person

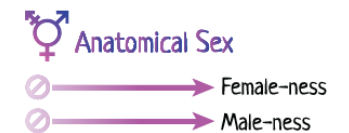
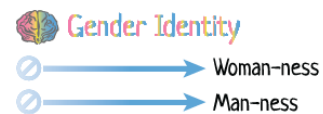
Welches Geschlecht habe ich?
 Wann habe ich das gemerkt?
 Woran habe ich das gemerkt?
 Wie gestalte ich es innerhalb der
 Gesellschaft?

Diese Fragen bitte beantworten
 unabhängig vom Körper

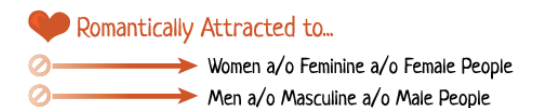
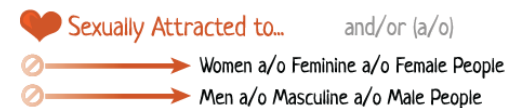
Erfunden wurde die Genderbread Person (Lebkuchen-Männchen) von
 Sam Killerman, einem LGBT-Aktivisten



⊖ means a lack of what's on the right side



Identity ≠ Expression ≠ Sex
 Gender ≠ Sexual Orientation



LGBTIQ* für den Alltagsgebrauch

LGBTIQ youtube einfach erklärt (Lesbisch Schwul Bisexuell Transgender Intergeschlechtlich Queer)

Transgender: Binary (Trans man, Trans woman) und Non-Binary (Genderqueer, Demiboy, Demigirl, Neutrois, Genderfluid, Bigender (androgyn), Agender u.a.)

Pronomen: in Vorstellungsrunden kann Pronomen genannt werden: sie/ihr, er/ihn, they/them, ? (dann nur Nach-Namen nennen)

Neopronomen sind Wortneuschöpfungen, um sich auf non-binäre Personen beziehen zu können. dey, hen, nin, xier

LGBTIQ * oder SO (SEXUELLE ORIENTIERUNG) GI (GESCHLECHTSIDENTITÄT)

Loriot

Weihnachten Hoppenstedt

<https://www.facebook.com/KroymannARD/videos/das-genderattest/985173578765342/>

Wie darüber reden?

- Verwendung der richtigen Pronomen
 - Einfühlsames Zuhören
 - Vermeiden von Stereotypen
 - Respektvoller Umgang mit der Privatsphäre
 - Solidarität und Unterstützung
-
- 17.5. Tag gegen Homo-, Bi-, Inter*- und Trans*-Feindlichkeit
 - 24.5. Pan Visibility Day
 - 23.9. Tag der Bisexualität
 - 11.10. Coming-Out-Day
 - 8.12. Pansexual Pride Day

24.5.

Pansexual and Panromantic
Awareness and Visibility Day



Verbesserung der Versorgung für tin*Personen

- Verein feministische Medizin: Zusammenschluss von Ärzt*innen sowie Medizinstudierenden aus Deutschland und Österreich, der sich für die Gleichberechtigung aller Geschlechter einsetzt, für die Lehre von geschlechtlicher Vielfalt, also von selbstverständlichem, entpathologisiertem Umgang mit trans*, inter* und nicht-binären Patient*innen, wobei Geschlecht/Gender mehrdimensional und zunehmend als Spektrum verstanden wird.
- Neue Formen inklusiver Sprache: um Geschlechtervielfalt im gesprochenen und geschriebenen Wort abzubilden, gibt es Neopronomen, die als Alternative zu den binären Pronomen sie/er dienen. Dazu gehören das englische „they/them“, das schwedische „hen“ oder die Neopronomen „el“ oder „xier/xies“. Oder Gender-i (neues grammatikalisches Geschlecht): Patienti (statt Patient/Patientin), Pronomen i (statt er/sie).

Gender

Wir gendern einander anhand von

- Mode, Verhaltensweisen, Körpersprache
- Geruch, Aussehen
- Regionalen Unterschieden
- Historischen Entwicklungen (im Mittelalter trugen Herrschende Strümpfe und hochhakige Schuhe).
- Wir bemühen uns um eine subjektive Zugehörigkeit zu einem Geschlecht und um Übereinstimmung damit.
- Genetische, endokrinologische, neurostrukturelle und –funktionelle Bedingungen, Körper- und Beziehungserfahrungen.
- Die kulturell erwartete Rolle führt zur öffentlichen Manifestation von Geschlechtsidentität

Gender

- Im 1.Lebensjahr (Lj) nimmt Kind Geschlechtsunterschiede wahr, im 2.Lj lernt Kind, was Geschlecht ist, im 3.Lj erkennt es sich selbst als Junge oder Mädchen, im 4.-6.Lj lernt Kind Geschlechtskonstanz
- In Familie und Peer-Group wird Geschlecht inszeniert, innerhalb weiblicher (männlicher) Wesen gibt es mehr Varianz, als zwischen Mann und Frau.
- Je stärker Geschlechtererwartungen neben starren Gendergrenzen innerhalb der Familie existieren, desto mehr leiden Kinder und beginnen früh zu kämpfen. Bei flexibleren Grenzen sind die Eltern eher überrascht, wenn die Kinder Transition wünschen.
- Wie konstant ist dieser Umwandlungswunsch? Leidet Individuum? Beratung in einer Transgender-Ambulanz, beim Endokrinologen und Gynäkologen/Urologen.

Motivationen für Sexualität

- Physische Gründe: Stressabbau, Verlangen, Vergnügen, Erregung, Erfahrungssuche, Fortpflanzung
- Zielerreichung: sozialer Status, Familiengründung, Zuneigung/Rache ausleben, Vorteile, Ressourcen, emotionale Hingabe, Liebe
- Selbstwertaufbau: Kompensation von Unsicherheit, Pflicht und Druck bzgl. Beziehungssicherung, Fortpflanzung, Familiengründung, Bindung, Nähe, Identität

Sexuelle Gesundheit

Sexuelle Gesundheit:

1. körperliches, emotionales, geistiges, soziales Wohlbefinden in Bezug auf Sex
2. positiver/respektvoller Umgang mit sexuellen Beziehungen
3. Möglichkeit, lustvolle/sichere sexuelle Erfahrungen zu machen, frei von Zwang, Diskriminierung, Gewalt
4. viele sexuelle Rechte des Menschen, die anerkannt, geschützt und eingehalten werden sollen, beispielsweise körperliche Unversehrtheit (kein Sex),
5. Mehrzeitigkeit der sexuellen Erfahrungen (wann werden diese mir bewusst: in utero, bei Selbststimulation als 1-j. Säugling? Später?)

Gesellschaftliche Rahmung sexuellen Verhaltens

- Sexuelle Störungen veränderten sich durch Internet und neue Medien, Beispiel: Kommunizieren über Geschlechtsdysphorie
- ICD-11 und DSM-5 geben die Störungs-Wertigkeit an, die Gesellschaft die Normen, was abnormal und was normal ist, wobei das Streben nach sexueller Erregung auch als Modeerscheinung aufgefasst werden kann.
- Trans*Gesundheit: Bestrebungen nach Entpathologisierung versus These der sozialen Ansteckung
- Eigene moralische Vorstellungen/Normalitätskonzepte können hinterfragt werden unter Berücksichtigung des individuellen Leidensdrucks
- Sexuelle Pluralisierung führt zur Entpathologisierung früherer Perversionen und zur Individualisierung moralischer Vorstellungen.

Gesellschaftliche Rahmung sexuellen Verhaltens

- Psychoanalytiker Jean Laplanche und Jean-Bertrand Pontalis verfassten ein psychoanalytisches Fachwörterbuch in französischer Erstausgabe 1967
- Alte sexuelle Moralpraktiken wurden aufgegeben, aber Machtverhältnisse unterliegen der Verhandlungsmoral,
- Entpathologisierung der Homosexualität: Alfred C. Kinsey (1894-1956): homosexuelles Verhalten bei Männern zu 10%, bei Frauen zu 2-6%.
1973 entfernte die APA (American Psychological Association) Homosexualität als Krankheit. Im ICD-10 war bis 1992 Homosexualität noch unter Kategorie F66. gelistet, inzwischen auch dort keine psychische Störung mehr. 2019/2020 Verbot „Konversionstherapie“ durch den Bundestag

Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie

- Divergenz zwischen körperlichem Geschlecht und seelischem Geschlechtserleben
- Kann zu einem dysphorischen Leidenszustand führen mit Unzufriedenheit bzgl. des eigenen Geschlechts.
- Beispiel Frau: ist unzufrieden, dass ein sexueller, weiblicher Körper besteht, möchte nicht als Frau angesprochen werden, lehnt Menstruation und Brustwachstum ab.
- Gesellschaftlich akzeptierter ist, wenn Frau sich maskulin und lesbisch gibt, als wenn Mann sich in Frau umwandeln lässt.
- Travestie: Männer verkleiden sich als Frauen: Cross-Dressing: keine Transidentität!
- Trans*: sich mit dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht nicht wohlfühlen

Prävalenz Trans* Intersex

- Transgender, transsexuell, transident: 0,34% bis 1,1%, Tendenz steigend: Prävalenz in BRD derzeit 17-33 Personen pro 100.000 Einwohner: entspricht bis zu 27.500 Personen.
- Komplexe Verschränkung biopsychosozialer Einflüsse
- Cisgender/cis: Begriff 1991 von Volkmar Sigusch eingeführt: einverstanden mit dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht: „diesseits“
- Intersex/Disorders of Sex Development DSD: Fehlen geschlechtstypischer Merkmale eines Geschlechts, besondere Ausprägung dieser Geschlechtsmerkmale, z.B. innere und äußere Genitalien weichen ab, Vielfalt an Erscheinungsformen der biologischen körperlichen Geschlechtsentwicklung, abweichend von typisch männlich/ weiblichen Merkmalen (zwischen 0,02 % und 1,7 % der Bevölkerung sind intersexuell).

Intersex

- Medizinisch notwendige Operationen/Behandlungen sind erlaubt (z.B. funktionale Beeinträchtigungen wie Harnleiterverengung beheben, drohende Salzverlustkrise bei adrenogenitalem Syndrom behandeln), Geburtsmedizin, Humangenetik, Pränatalmedizin
- Nicht notwendige chirurgische Geschlechtsangleichungen bei Säuglingen sind verboten, da später Individuum sich für das andere, entfernte Geschlecht entscheiden könnte: Abwarten.
- Pseudohermaphroditismus oder unechte Zwitterigkeit bezeichnet beim Menschen eine Ausbildung äußerer (sekundärer) Geschlechtsmerkmale bei Personen, die den Karyotyp und die inneren Genitalien des jeweils entgegengesetzten Geschlechts aufweisen.
- Endopersonen: werden gemäß medizinisch-biologischer Interpretation eindeutig als Frau oder Mann bestimmt.

Sexuelle Orientierung

- Präferenz für bzw. Anziehung durch dasjenige Geschlecht des Sexualpartners:in
- Geschlechter können voneinander abweichen
- Ausschließlich heterosexuell oder homosexuell
- Bei Selbstidentifikation „ich bin heterosexuell“ können bisexuelle Erfahrungen (z.B. im Gefängnis) gemacht werden, weil nur Männer zur Verfügung stehen: dann wäre nur gelegentlich eine homosexuelle Orientierung vorhanden
- Androphilie: überwiegend Männer von Interesse
- Gynäkophilie: überwiegend Frauen von Interesse
- Cis: heterosexuelle Matrix: Begehren und Sex sind gegengeschlechtlich ausgerichtet und werden auch gegendert (Judith Butler)

Sexuelle Orientierung

- Minderheiten-Identität: schwul, lesbisch, bisexuell
- Meyer 2003: Minderheitenstress-Modell: Schimpfwörter wie „Schwuchtel“ dienen der Diskriminierung, führen zur Erfahrung von Ablehnung und ziehen Verbergen sexueller Identität nach sich.
- Internalisierte Homophobie kann zu Gewalt führen
- Behandlungsoptionen wie Hormontherapie (GAHT: hormonangleichende Therapie „gender-affirming hormone therapy) oder chirurgische Interventionen bei Geschlechtsinkongruenz führen zur Verbesserung der Lebensqualität bei Transpersonen. Auch nach sexueller Orientierung fragen.
- Sichere Kontrazeption bei entsprechender Partnerkonstellation: Transmann mit Mann; Transfrau mit Frau: eine natürliche Konzeption ist unter GAHT und ohne vorhergehende genitalangleichende Operation/ Gonadektomie möglich, unter Testosterontherapie aber kontraindiziert (Virilisierung des Embryos, z.B. Klitorishypertrophie)

Selbstbestimmungsgesetz: Entwurf soll bald kommen

- Bundesfamilienministerin Lisa Paus (Grüne) will den Referentenentwurf zum Selbstbestimmungsgesetz in den nächsten Tagen veröffentlichen.
- „Wir sind dran“, sagte Paus der taz am 17.04.2023. Ein Entschädigungsfonds für Opfer des Transsexuellengesetzes werde in dem Gesetz aber „nicht geregelt werden“, sagte Paus. Einen Zeitplan für einen solchen Fonds gibt es demnach noch nicht.
- Das Transsexuellengesetz regelt seit 1981, welche Maßnahmen für Trans-, intergeschlechtliche und nicht binäre Menschen nötig sind, die ihren Geschlechtseintrag anpassen wollen.
- Das Bundesverfassungsgericht hat das Transsexuellengesetz mehrfach als verfassungswidrig eingestuft, etwa weil Zwangssterilisationen, geschlechtsangleichende Operationen und erzwungene Ehescheidungen nötig waren, um den Geschlechtseintrag anzupassen.

aerzteblatt.de

Selbstbestimmungsgesetz: Entwurf soll bald kommen

- Die Ampelkoalition hatte sich Ende März 2023 auf den Referentenentwurf geeinigt. Demnach sollen Trans-, intergeschlechtliche und nicht binäre Menschen nur noch eine einfache Selbstauskunft beim Standesamt abgeben müssen, wenn sie den Vornamen oder den Geschlechtseintrag im Personenstandsregister ändern wollen.
- Bisher müssen Betroffene für eine Änderung der Einträge zwei psychologische Gutachten einreichen. Dann entscheidet das zuständige Amtsgericht.
- „Es ist richtig, dass viel Leid produziert worden ist dadurch, dass trans- und intergeschlechtliche Menschen lange als krank gesehen wurden“, sagte Paus.

Fallbeispiel Transfrau

- 3. bis 9. Lebensjahr (1999-2005) in Pflegefamilie mit Übergriffen
- Seit Kindheit Geschlechtsdysphorie mit Suizidgefahr (KJPP 2010)
- 01/2013 Antiandrogen Cyproteronacetat (im 17. LJ)
- 07/2013 Östrogene, Progynova
- 2015 Namensänderung (2 Gutachten für Amtsgericht)
- 04/2017 – 11/2017 Vaginaaufbau
- Bis 2016 Alltagstest über Ambulanz
- 2019 Brustaufbau (Unzufriedenheit ungleiche Brüste, ablehnender Kostenbescheid Krankenkasse)
- Wunsch nach Korrektur am zu großen Kehlkopf mit ggf. Stimmbandraffung (Ablehnungsbescheid Krankenkasse)
- Psychotherapiewunsch

Sprechen über Geschlechtsdysphorie

Mit Erotisierung /Sexualisierung umgehen durch Schaffung innerer Distanz (Funktionalität für Angst, Scham, Beziehungsstörung?), Beachtung von Rahmen und Setting, freundliche und sachliche Arbeitsatmosphäre.

Screeningfragen:

- sexuelles Interesse? Sexuelle Orientierung? Sexuelle Altersausrichtung?
Sexuelle Neigung mit Sexualpartner: Praktiken, Stil und Objekte
- Geschlechtsidentität: Begehren, Interesse, Stimulation, aktuell gelebter Sex: Partner:in und Masturbationsverhalten, Fantasien?
- Biografie: Aufklärung, Pubertät, bei Frau (erste Menstruation, Mammae, Haare), bei Mann (Stimmbruch, Behaarung), somatische Anamnese
- Wünsche, Ziele, körperliche/psychische Erkrankungen, Familie und Geschwister

Sprechen über Sexualität

- 90% der Ratsuchenden wünschen sich ein Sprechen über Sexualität, auch wenn für 15% das Gespräch dann peinlich wäre, 60% leiden unter den angegebenen Symptomen (Frau: 30% sexuelle Funktionsstörung, Mann: 23% sexuelle Funktionsstörung) (Erhebung in der Schweiz)

Screening-Fragen mit wertfreier Haltung:

- „Sind Sie zufrieden mit Ihrer Sexualität? Haben Sie Probleme mit der Sexualität? Leiden Sie unter diesen Problemen? Worunter leiden Sie genau?“
- Bei Partnerschaft: „Führen diese Probleme zu Schwierigkeiten in der Partnerschaft? Leidet ihr:e Partner:in unter den Problemen mit Sex? Wer von Ihnen beiden leidet mehr?“
- Leitaffekt (Scham, Hemmung, Verlegenheit)? „Was sind Ihre sexuellen Fantasien, was steigert Ihre Lust?“

Sprechen über Sexualität

Geschützter Raum und wertfreie Haltung

- Therapeut und Patient verstehen Unterschiedliches unter Sexualität
- Patient hat evtl. keine (monogame) Partnerschaft und evtl. keine heterosexuelle Orientierung
- Wenn Therapeut entsprechend formuliert, traut sich auch Patient!
- Beispiel für Screeningfragen: „Sie leben in Partnerschaft? Wie lange schon? Wann hatten Sie zuletzt Sex? Was genau haben Sie gemacht? Wie ist das Problem aufgetreten?“
- Professionelle Distanz: „bei mir ist das normal, danach zu fragen...für Sie kann es ungewohnt sein, darüber zu sprechen...das macht mich etwas verlegen...“ (mit eigener Verlegenheit modellhaft umgehen: Therapeut soll nicht in die Vermeidung gehen).

Biopsychosoziales Modell

- Es erklärt, warum Veranlagung, Krankheitsbeginn, Aufrechterhaltung und Folgen einer Erkrankung soziale, psychologische und physiologische Komponenten haben.
- Es ermöglicht ein Verständnis von Erkrankung, das über Pathophysiologie und Pathologie hinausgeht.
- In ihm werden Leib und Seele als zwei sich gegenseitig beeinflussende Wesenheiten angesehen.
- Die unterschiedlich beobachtbaren Ebenen stehen miteinander in Wechselwirkung: Beispiel: Konflikte in Familie/Partnerschaft führen bei inadäquaten Konfliktlösungsmöglichkeiten und/oder Verletzungen des Organapparats bzw. genetischer Veranlagung (Gewebe) zu entsprechenden Organ-/Gewebeschäden; diese wirken wiederum zurück auf Organ-system, Nervensystem, Person und Familie.

ICD-11: Conditions related to sexual health

- Ziel ist sexuelle Gesundheit und selbstbestimmte Sexualität
- Primärer Fokus der ICD-11 liegt bei der Geschlechtsidentitätsstörung (ICD-10) auf der Erfahrung von Unstimmigkeit zwischen geschlechtlichem Selbstverständnis und zugewiesener Geschlechterrolle (Genderincongruence, DSM-5: Gender Dysphoria).
- Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen wurde mangels Versorgungsnotwendigkeit aus der ICD-11 gestrichen.
- Leidensdruck der betroffenen Trans-Person ist entscheidend
- 2018: S3-Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: Diagnostik, Beratung, Behandlung“ (AWMF: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) mit Empfehlungen für die Versorgung incl. Ent(psycho)pathologisierung: trans*Personen werden dabei als nicht (psychisch) krank betrachtet.

Entpathologisierung: von der ICD-10 zur ICD-11

- ICD-10: Pathologien: alte Kodierung: Geschlechtsidentitätsstörung (F64), sexuelle Devianz
- ICD-11: Geschlechtsinkongruenz zwischen dem bei der Geburt zugewiesenen und dem erlebten Geschlecht auf Kosten der sexuellen Gesundheit führt zu dem Wunsch nach Transition, um als Person des erlebten Geschlechts zu leben und akzeptiert zu werden (keine psychische Störung)
- DSM 5 Geschlechtsdysphorie: anhaltendes Leid infolge einer Geschlechtsinkongruenz mit Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit
- Transgender-Person (keine medizinische Begriffskategorie): deren psychologische Geschlechtsidentität stimmt nicht überein mit dem ihr bei Geburt zugewiesenen Geschlecht: meist wird das jeweils „andere“ Geschlecht mittels Transition angestrebt.

Entpathologisierung: von der ICD-10 zur ICD-11

- Nicht-binäre Geschlechtsidentitäten: Oberbegriff für ein Spektrum von Geschlechtsidentitäten, die weder weiblich noch männlich sind: im XIII. Sozialgesetzbuch ist die Formulierung enthalten: „transidente, nichtbinäre und intergeschlechtliche junge Menschen“, daneben noch weiteres Begriffsspektrum (Agender, Demi-Junge, Demi-Mann, Demi-Mädchen, Demi-Frau, Bi-, Tri- und Pangender, genderqueer, genderfuck..)
- WPATH (World Professional Association for Transgender Health): neue Transgender-Identität: „Mann-zu-Eunuch-Variante“: Personen mit nichtfunktionsfähigen Hoden, solche, die sich das wünschen oder auch Personen, die eine Penisamputation anstreben.
- Neue, geplante AWMF-S3-Leitlinie: „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Transgesundheit“: möchte die Transidentität wie in der ICD-11 entpathologisieren

Genderinkongruenz ICD-11: HA60

- In der Jugend oder im Erwachsenenalter auftretend
- Ausgeprägte und anhaltende Inkongruenz zwischen erlebtem Geschlecht und zugewiesenem Geschlecht
- Oft Wunsch nach Transition, um als Person des erlebten Geschlechts akzeptiert zu werden, zu leben: durch Hormonbehandlung, chirurgische Eingriffe u.a.
- Körper soll dadurch angepasst werden an das gewünschte, erlebte Geschlecht
- Diagnose soll erst nach Pubertätseintritt gestellt werden
- Als Diagnosegrund nicht akzeptabel sind Vorlieben und entsprechende Verhaltensweisen
- Entspricht nicht der Diagnose 6C21: Körper-Integritäts-Störung: Wunsch nach körperlicher Behinderung

Begriffsbestimmungen

- Definition: tin* Personen: trans-, intergeschlechtliche und nicht-binäre Personen: Sammelbezeichnung für Vielfalt von Geschlechtsidentitäten
- Auch LGBTQI*-Community: Lesbian, Gay, Bisexual, Trans, Queer, Inter: Sammelbegriff umfasst ein Spektrum von sexuellen Orientierungen und Geschlechtsidentitäten abseits der Heteronormativität
- Trans* und nicht-binär definieren sich Personen, deren Geschlechtsidentität nicht mit dem bei der Geburt zugeschriebenem Geschlecht übereinstimmt.
- Inter*Menschen sind Personen, die mit verschiedenen Variationen von Geschlechtsmerkmalen zur Welt kommen. Die Geschlechtsidentität kann, muss aber nicht derjenigen entsprechen, die ihnen bei der Geburt gegeben wurde.

Begriffsbestimmungen

- Genderstern (*): er findet dort Verwendung, wo Wörter sich nach Geschlecht unterscheiden oder wo Platz gelassen werden soll für Geschlechtsidentitäten und Orientierungen, die nicht genannt werden. Er dient der Sichtbarmachung und soll Raum für weitere Selbstbezeichnungen lassen.
- Alternative zum Genderstern ist auch der Doppelpunkt (:)
- Queer: dieser Begriff steht ebenfalls für Personen, deren geschlechtliche Identität und/oder sexuelle Orientierung sich außerhalb der Heteronormativität bewegt. Die LGBTQI*Community verwendet Queer oft als Selbstbezeichnung.
- Cisgender: die Geschlechtsidentität stimmt mit dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht überein.

Begriffsbestimmungen

- Misgendering: der Begriff steht für die Praxis, eine Person (un-)absichtlich einem falschen Geschlecht zuzuordnen – beispielsweise durch die Verwendung falscher Pronomen oder des abgelegten Namens.
- Deadname: der englische Begriff steht für den alten, abgelegten Vornamen, der meist bei der Geburt gegeben wurde.

Versorgung aller sensibel sicherstellen

- Wir denken in der Medizin in Kategorien: Beispiel Herzinfarkt: Frauen weisen eher vegetative Symptome und Bauch- oder Rückenschmerzen auf, während Männer eher retrosternale Schmerzen und Ausstrahlung in den linken Arm haben.
- Das binäre Geschlechtersystem bildet nicht die Diversität an Geschlechtern ab.
- Bei Geschlecht handelt es sich um ein Spektrum.
- Dadurch kommt es zur Herausforderung im medizinischen Alltag.
- Sollte diese nicht bewältigt werden, kommt es zur Diskriminierung mit eventuellen Folgen für die (psychische) Gesundheit dieser Menschen.
- Auswertung des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung 2021: LGBTQI*-Community-Menschen leiden häufiger an Depression, somatischen Erkrankungen (Herzinsuffizienz, Asthma bronchiale, chronische Rückenschmerzen).

Prävalenz: Geschlechtsidentität stimmt nicht mit dem bei der Geburt zugewiesenem Geschlecht überein

- Zwischen 2007 und 2020 gab es 16033 geschlechtsangleichende Operationen vollstationär (statistisches Bundesamt)
- Informationen zu tin*Personen liegen dem Statistischen Bundesamt nicht vor.
- Die tin*Community umfasst mehr Menschen als diejenigen, die ihre äußeren Genitalien ändern wollen.
- Die Deutsche Gesellschaft Transidentität und Intersexualität (DGTI) geht davon aus, dass sich in Deutschland etwa 0,6 Prozent der Bevölkerung als tin* versteht (z.B. US-amerikanische wissenschaftliche Arbeiten).
- DGTI: 0,35 Prozent der Bevölkerung haben – mit aufwendigem Gutachten oder ärztlichem Attest - eine Personenstandsänderung vorgenommen.

Geschlechtsidentität stimmt nicht mit dem bei der Geburt zugewiesenem Geschlecht überein: geschlechtliche Selbstbestimmung

- Bundesregierung stellte Ende Juni 2022 Eckpunkte für ein Selbstbestimmungsgesetz vor, das das bisherige sogenannte Transsexuellengesetz ablösen soll.
- Künftig sollen Betroffene einfacher und selbstbestimmter über ihren Geschlechtseintrag entscheiden können. Bisher: Frau – Mann - Divers
- Z.B. wird die DGfS sich einbringen im Rahmen der Formulierung entsprechender Leitlinien zu geschlechtlicher Selbstbestimmung.
- Hierzu Betrachtung der wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Perspektiven auf individuelle Wege nach einer geschlechtlichen Transition und Möglichkeiten der Detransition.
- Begriffe: tin*Personen und andere queere Menschen, z.B. trans*Mann muss seine/ihre Situation erst einmal erklären/rechtfertigen, bevor Behandlung erfolgt

Was heißt sensible Berücksichtigung von Diversität?

- Ist es nötig, bei z.B. einer orthopädischen Vorstellung, dass eine tin*Person sich erklären muss und auf Fragen antworten muss, bei denen nicht klar ist, ob diese für die konkrete Behandlung notwendig sind.
- Unwissenheit/Unsicherheit bei den Behandler*innen führt zu wenig Rücksichtnahme auf nicht-binäre Menschen: deshalb nötige Fortbildung/Beratung zum Thema Diversität.
- 2019 Befragung von Personen der LGBTQI*-Community aus Schleswig-Holstein: mehr als 60% der befragten tin*Personen fühlten sich nicht kompetent durch medizinisches Personal beraten, was nach Meinung der Befragten an der Unsicherheit und mangelnden Ausbildung des medizinischen Personals liege.

Was heißt sensible Berücksichtigung von Diversität?

- Beispielsweise auch die Berücksichtigung, dass eine transmaskuline (transmännliche) Person auch homosexuell, statt heterosexuell sein könnte, sich also der Gruppe der schwulen Männer zugehörig fühlen könnte. Das bedeutet dann, dass entsprechende Präventionsangebote gemacht werden sollten (HIV-Prävention auch für nicht-binäre und transmännliche Menschen).
- Bedeutet korrekte Ansprache für marginalisierte Gruppen: einem Bericht der Antidiskriminierungsstelle des Bundes von 2017 zufolge spricht das Gesundheitspersonal Betroffene nicht mit dem richtigen Geschlecht an, womit die jeweilige Geschlechtsidentität nicht anerkannt wird.
- Bei der Ansprache am Empfang oder beim Aufrufen der Personen im Wartezimmer könnten so falsche Personenstandsbezeichnungen verwendet werden.

sensible Berücksichtigung von Diversität hat mit sexueller Gesundheit zu tun

- Sensibilität beim richtigen Aufrufen der Person mit dem richtigen Pronomen/Personenstandsbezeichnung aus dem Wartebereich durch das Praxispersonal. Dabei muss dieses nicht unbedingt die Gründe für tin*Geschlechtsidentität wissen/verstehen, sondern sollte die Person so akzeptieren, wie sie ist.
- Deshalb sensibel fragen: „wie möchten Sie aufgerufen und angesprochen werden?“ Tin* Menschen nennen ggf. Pronomen, mit denen sie angesprochen werden möchten, oder aber sie möchten nur mit dem Nachnamen aufgerufen werden.
- Auf Formularen/Anamnesebögen können Wahlmöglichkeiten angeboten werden zwischen Herr, Frau oder divers, bzw. kann die Angabe hierzu ganz frei gelassen werden.

sensible Berücksichtigung von Diversität hat mit sexueller Gesundheit zu tun

- Auf Überweisungsscheinen könnte der rechtliche Name in Klammern gesetzt und der Wunschname obendrüber geschrieben werden, sofern Patient*in einverstanden.
- Schwierigkeit: bei medizinischen Software- und Computersystemen existieren fast hauptsächlich Auswahlmöglichkeiten der binären Geschlechter (männlich und weiblich). Geschlecht sollte deshalb auch offen gelassen werden können in Software von Laboren.
- Schwierigkeit: bei Hormonbestimmungen während Hormontherapien werden bei den Laborwerten Referenzbereiche des abgelegten, bei Geburt zugeordneten Geschlechts beigezogen und nicht Referenzbereiche für das gewünschte Geschlecht nach Transition. Deshalb stimmen die Referenzwerte dann nicht, was zu Missverständnissen und Unsicherheiten führt.

Krankheitslast und medizinisches Versorgungsbedürfnis von trans* Personen und queeren Menschen

- Medizinisches Personal glaubt, die Beschwerden der tin*Personen seien durch das Trans*-Sein entstanden.
- Meist ist es aber so, dass trans* und nicht-binäre Personen oft gestresst werden durch Ausgrenzung, Marginalisierung u.a. Stresserfahrungen, so dass sie psychische oder psychosomatische Erkrankungen entwickeln. Diskriminierung macht krank.
- Bei medizinischem Versorgungsbedürfnis (z.B. Urologie) sollte medizinische Hilfe erfolgen, ohne dass tin*Person Fragen zu ihrer Transition beantworten muss, wenn diese für die Behandlung irrelevant sind.
- 2017 Befragung „Queeres Brandenburg“ zur Lebenssituation von LGBTQI*: fast die Hälfte der Befragten war während medizinischer Behandlung unangenehmen Fragen zur Geschlechtsidentität ausgesetzt.

Krankheitslast und medizinisches Versorgungsbedürfnis von trans* Personen und queeren Menschen

- Wichtig: Ärzt*innen sollten im Behandlungszimmer transparent erklären, warum diese Frage oder jene Untersuchung bedeutsam sei für den weiteren Behandlungsverlauf.
- Bei Überweisung zu Fachkolleg*innen sollten die Patient*innen gefragt werden, ob die Transition auf dem Überweisungsschein angesprochen werden soll oder nicht. So kann auf Wunsch der Patient*innen bei einer orthopädischen Fußuntersuchung nur der Deadname auf der Überweisung stehen.
- Ziel ist, Fragen zum Körper abzuwägen, dabei Misgenderung zu vermeiden wie auch Diskriminierung und Stigmatisierung.

Krankheitslast und medizinisches Versorgungsbedürfnis von trans* Personen und queeren Menschen

- Medizinische Behandlungen sind wie üblich über EBM abrechenbar, wenn sich z.B. ein Trans* Mann, nicht-binäre und inter* Person in einer gynäkologischen Praxis behandeln lässt.
- Beispiel: laut EBM ist es sowohl möglich, Leistung mit sog. geschlechtsorganbezogenem Inhalt unabhängig von der personenstandsrechtlichen Zuordnung abzurechnen als auch Leistungen, die keinen geschlechtsorganbezogenen Inhalt haben.
- So haben sowohl cis Männer als auch tin* Personen Anspruch auf Ultraschallscreening ab 65 Jahren.
- Marginalisierte Menschen benötigen eher mehr Gesprächszeit (für Kennenlernen, Vertrauensaufbau, Einschätzung), wobei die normalen (psychiatrisch / psychotherapeutischen) Gesprächsziffern abgerechnet werden können.

Diskriminierende Erfahrungen im medizinischen Kontext innerhalb eines Jahres von tin* Personen und queeren Menschen

- 2020: Umfrage der EU-Grundrechteagentur: in BRD fühlten sich 18% der LGBTQI*-Community bei der Nutzung von gesundheits- oder sozialen Dienstleistungen diskriminiert (innerhalb eines Jahres).
- Geschlechtliche Vielfalt wurde lange Zeit pathologisiert, was sich noch im ICD-10 finden lässt.
- ICD-10: „Transsexualität“ = „Störung der Geschlechtsidentität“, zugeordnet den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. So halten Ärzt*innen/Psychotherapeut*innen tin*Identität immer noch für eine Störung/Krankheit.
- Seit Januar 2022 ICD-11: „Geschlechtsinkongruenz“ = mangelnde Übereinstimmung von zugewiesenem Geschlecht und Geschlechtsidentität, aufgelistet unter: **„Zustände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit“**.

ICD-11: „Geschlechtsinkongruenz“

Uni Bielefeld: Studiengang für Gendermedizin

- Zustände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit (ICD-11)
- Geschlechtsinkongruenz: mangelnde Übereinstimmung von zugewiesenem Geschlecht und Geschlechtsidentität
- Die Geschlechtswelt ist nicht binär, das „alte Wissen“ um zwei Geschlechter ist überholt.
- Uni Bielefeld bietet einen Studiengang an für geschlechtersensible Medizin, für Trans*Medizin/Gendermedizin: dabei werden Inhalte vermittelt wie: Terminologien Sex und Gender, verschiedene Genderidentitäten und Genderrollen, Inter- und Transgeschlechtlichkeit unter Einbezug des Urogenitalsystems und ggf. geschlechtsangleichender Operationen.

Verbesserung der Versorgung für tin*Personen

- Zusammenarbeit mit nationalen Betroffenen-Verbänden (Patient*innenexpertise): Partizipation und Einbeziehung bei Projekten.
- QueerNetzwerk: Zusammenschluss aus Mitarbeitenden und Studierenden der Charité, die sich für Sichtbarmachung von Queerness in Klinik, Forschung und Lehre einsetzen mit Ziel einer breiteren Akzeptanz. Und mit mehr Akzeptanz entsteht dann ein sicherer Raum, in dem Geschlechtsdiversität offen gezeigt werden kann.
- 2018: S3-Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: Diagnostik, Beratung, Behandlung“ (AWMF: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) mit Empfehlungen für die Versorgung incl. Ent(psycho)pathologisierung: trans*Personen werden dabei als nicht (psychisch) krank betrachtet.

Verbesserung der Versorgung für tin*Personen

- Ende 2022 sollte eine Leitlinie zu geschlechtsangleichenden chirurgischen Maßnahmen bei Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie erscheinen
- und erstes Halbjahr 2023 soll eine Leitlinie zu „Varianten der Geschlechterdifferenzierung“ in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ herausgegeben werden.
- Angebote sollen eingerichtet werden von spezialisierten Praxen bzw. allgemeinmedizinischen (Hausarzt-)Praxen, in denen Freiräume für tin*Personen angeboten werden, damit diese sich gegenüber anderen Patient*innen (im Wartebereich) nicht erklären müssen. Beispiel: gynäkologische Praxis für trans*Männer und es können
- Symbole der queeren Community in Praxen ausgelegt werden (z.B. Regenbogenflagge, Lilien, Stöckelschuhe, queerfreundliches Lesemagazin)

Verbesserung der Versorgung für tin*Personen

- Bei endokrinologisch spezifischen Fragen kann Hausarzt endokrinologische Expertise mit Überweisungsschein einholen. Ansonsten Hormone unverändert fortführen, wenn nichts zu ändern ist.
- Ärzte können sich proaktiv zum Thema weiterbilden, um die körperlichen Veränderungen im Rahmen der Transition in einen verstehenden Zusammenhang bringen zu können.
- Hierdurch wird ein vielfältigerer Blick auf alle Menschen ermöglicht.
- queermed-deutschland.de (enthält auch Verzeichnis queersensibler Ärzt/Therapeut*innen in BRD)
- Erwerb des Gütesiegels „Praxis Vielfalt“ der Deutschen Aidshilfe in einem Zertifizierungsprozess von 3 bis 6 Monaten für Praxisteams zum Thema Diversität für Behandlung von Menschen mit HIV und aus der LGBTQI*-Community (Schwulenberatung Berlin: Qualitätssiegel „Lebensort Vielfalt“)

Verbesserung der Versorgung für tin* Personen

- Fortbildungen (Fo): <http://daebl.de/CB11> Aufklärungsvideos zum Thema trans* und inter* im Gesundheitswesen vom Bundesverband Trans* und dem Queernetzwerk der Charite`,
- keine monothematischen Fo der BÄK, aber Zusatzweiterbildung „Sexualmedizin“ über die Landesärztekammern und Organisationen (DGfS: Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung: www.dgfs.info)

Verbesserung der Versorgung für tin*Personen

- Antidiskriminierungsstelle der Schwulenberatung Berlin bietet z.B. Fo und Beratungen an für Menschen aus dem Gesundheitswesen zum Thema tin*Personen in der medizinischen Versorgung. Sie hat eine Broschüre zur Gesundheitsförderung und einem diskriminierungsfreien Umgang mit geschlechtlicher und sexueller Vielfalt hierzu veröffentlicht.
- Qualitätssiegel „Lebensort Vielfalt“ umfasst 120 Kriterien (geforderte 80%) der Kommunikation und Gestaltung der Räumlichkeiten mit Beratung/Fo und Ziel eines Umgestaltungsprozesses in der Versorgung.
- Schon in Schulen soll geredet werden über Sexualität, Möglichkeiten der eigenen Entfaltungen sowie über Scham, Intimität und Diskriminierung. Ebenso sollen im Studium angehende Mediziner*innen und Psychotherapeut*innen diesbezüglich geschult werden.

Verbesserung der Versorgung für tin*Personen

- Sensibilisierung im Studium: Thema geschlechtliche Vielfalt im Studium unterbringen: z.B. Modellstudiengang Medizin an der Universität Bielefeldt (seit WS 2021/2022 bestehend): Lehrstuhlinhaberin für geschlechtersensible Medizin Frau Prof. Dr.med. Sabine Eoertelt-Prigione an der Universität Bielefeldt. In allen Semestern ist dieses Thema – je nach Unterrichtsmodul – angesprochen und behandelt, auch im Austausch mit tin*Personen.
- Überarbeitung des nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM) steht an, der ab 2025 gleichzeitig mit einer neuen Approbationsordnung für alle medizinischen Fakultäten verbindlich gelten soll und erweiterte geschlechter- und kultursensible Lernziele (hinausgehend über den aktuellen NKLM 2.0) enthalten soll.

Diskurs: Blockade der Pubertät durch Medikamente

- Medikamente zur Blockade der Pubertät (ab 12.Lebensjahr, Tanner-Stadium 2-3) sollen im Rahmen einer Geschlechtsangleichung Zeit erkaufen und die Transition (ab 18.Lebensjahr) bei Genderdysphorie vorbereiten helfen.
- Sexualhormone zur gegengeschlechtlichen sexuellen Reifung (Cross-Sex-Hormone) können ab 16 verabreicht werden.
- Ab einem Alter von 18 oder 19 Jahren sollen irreversible chirurgische Angleichungsoperationen erfolgen können.
- Hierzu gibt es kaum Untersuchungen zu positiven wie negativen Wirkungen.
- Manche Länder untersagen sie für Kinder in dieser Indikation oder fordern rigorosere Sicherheitsüberprüfungen bei Störungen der geschlechtlichen Identität.

Blockade der Pubertät durch Medikamente

- Transmann (Transition von weiblich zu männlich): 80% sind es Mädchen, die sich in einen Jungen „verwandeln“ lassen möchten: Prävalenzanstiege in europäischen und angloamerikanischen Ländern seit dem Jahr 2000 bei mehr als 1000%.
- Transfrau (Transition von männlich zu weiblich): halten an dem binären Konzept von zwei Geschlechtern überwiegend fest.
- US-Studie (2013-2020) Mastektomien zum Angleich der äußeren Erscheinung verdreizehnfacht: die Zunahme der registrierten Minderjährigen (Mädchen im Alter ab 12 bis 17 Jahren), die eine Behandlung suchten, betrug in einzelnen Zentren bis zu 4500% innerhalb eines Jahrzehnts (2009-2018).

Blockade der Pubertät durch Medikamente

- Grund für den Prävalenz-Anstieg des Genderinkongruenzgefühls ist u.a. zunehmende Berichterstattung in öffentlichen Medien über Transgender-Personen.
- Soziale Ansteckung: ROGD: „rapid onset gender dysphoria“: ähnlich einem Werther-Effekt wird das Genderthema getriggert.
- Oder aber waren solche Identitätsstörungen immer schon häufiger und Medienberichte ermutigten mehr Betroffene, sich Hilfe für die Transition zu suchen: fachliche Debatte im Fluss.
- Zweifel an pharmakologischer Pubertätsblockade, durch die mit der Pubertät verknüpfte umwälzende hormonelle, neuronale, mentale und psychische Entwicklungen der Pubertät unterbunden werden sollen.
- Das Ziel ist der Weg in die angestrebte Angleichung von einem zur Entwicklung in eine Frau angelegten Körper an den eines Mannes und umgekehrt.

Prävalenz Trans* Intersex

- Transgender, transsexuell, transident: 0,34% bis 1,1% Allgemeinbevölkerung, Tendenz steigend: Prävalenz in BRD derzeit 17-33 Personen pro 100.000 Einwohner: entspricht bis zu 27.500 Personen.
- Komplexe Verschränkung biopsychosozialer Einflüsse
- Cisgender/cis: Begriff 1991 von Volkmar Sigusch eingeführt: einverstanden mit dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht: „diesseits“
- Intersex/Disorders of Sex Development DSD: Fehlen geschlechtstypischer Merkmale eines Geschlechts, besondere Ausprägung dieser Geschlechtsmerkmale, z.B. innere und äußere Genitalien weichen ab, Vielfalt an Erscheinungsformen der biologischen körperlichen Geschlechtsentwicklung, abweichend von typisch männlich/ weiblichen Merkmalen.

Blick ins Ausland: Pubertätsblockade

- 1992 entwickelte ein Team am „Amsterdam Center of Expertise on Gender Dysphoria“ das holländische Modell zur Unterstützung der Transition von Kindern und Jugendlichen, das von Zentren in Los Angeles, Chicago und San Francisco adaptiert wurde.
- Es beinhaltet die Gabe von Pubertätsblockern früh in der Pubertät ab 12 (Tanner-Stadium 2-3).
- Sexualhormone zur gegengeschlechtlichen sexuellen Reifung (Cross-Sex-Hormone) können ab 16 verabreicht werden.
- Ab einem Alter von 18 oder 19 Jahren sollen irreversible chirurgische Angleichungsoperationen in die Therapieüberlegungen mit einbezogen werden.

Blick ins Ausland: Pubertätsblockade

- WPATH (World Professional Association for Transgender Health) empfiehlt, das Alter für die Gabe von Cross-Sex-Hormonen auf 14 Jahre herabzusetzen. Das bedeutet: genderdysphorische Mädchen können sich mit 15 die Brüste abnehmen lassen. Genderdysphorischen Jungen soll es erlaubt sein, ihre Testikel mit 17 entfernen zu lassen.
- Nach den holländischen Vorgaben richteten sich viele Länder, in jüngster Zeit zeichnet sich mehr Zurückhaltung ab.
- Anfang 2022 hat Swedish National Board of health and Welfare (NBHW) die Guidelines zur Therapie der Genderdysphorie überarbeitet: eine Hormongabe bei jünger als 18 Jahre alten Menschen soll stärker reglementiert werden (nur noch im Forschungssetting, in Studien möglich).

Blick ins Ausland Florida: Pubertätsblockade

- Sommer 2022 entschied die Ärzteorganisation in Florida, dass Pubertätsblocker, Hormone und angleichende Operationen nicht mehr den unter 18-Jährigen angeboten werden sollen. Ähnliche Initiativen in Arkansas, Alabama, Oklahoma und Tennessee.
- Die Abgeordneten des republikanisch regierten US-Bundesstaates Florida haben am 04.05.2023 ein Gesetz gebilligt, das Ärzten die medizinische Versorgung minderjähriger Transgender im Zusammenhang mit einer Geschlechtsumwandlung verbietet.
- Es muss noch vom republikanischen Gouverneur Ron DeSantis unterzeichnet werden, was jedoch als sicher gilt. Kritik kam von Vertretern der LGBTQ-Gemeinschaft.

Aerzteblatt.de 05.05.2023

Blick ins Ausland: Florida „Don't Say Gay“

- Miami: Das Gesetz verbietet geschlechtsangleichende chirurgische Eingriffe, Behandlungen mit Pubertätsblockern oder Hormontherapien für Minderjährige. Ausnahmen sind lediglich für Minderjährige vorgesehen, die bereits Hormone oder Pubertätsblocker nehmen. Durch das Gesetz soll zudem der Zugang zu Behandlungen für Erwachsene eingeschränkt werden.
- Die Konservativen in den USA nehmen derzeit mit einer Reihe von Maßnahmen die Bereiche Geschlecht und Sexualität ins Visier. Ein Dutzend republikanisch regierter Bundesstaaten hat in den vergangenen Monaten ähnliche Gesetze wie in Florida verabschiedet.
- Florida weitete im April 2023 zudem ein 2022 beschlossenes und von Kritikern als „Don't Say Gay“ (Sag nicht schwul) bezeichnetes Gesetz aus. Damit ist Unterricht über sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität in allen Schulklassen verboten. Zuvor galt das Verbot vom Kindergarten bis zur dritten Klasse. © afp/aerzteblatt.de

Blick ins Ausland: Pubertätsblockade

- Finnland hatte bereits 2020 die Verwendung von Pubertätsblockern stark limitiert.
- In Frankreich ist die Mastektomie bereits ab 14 erlaubt, im Februar 2022 rief die französische nationale Ärztekademie zu mehr Vorsicht bei der Anwendung der geschlechtsangleichenden Therapien bei Kinder und Jugendlichen auf.
- In England führt die jüngste Kritik an mangelnder Sorgfalt bei Diagnosen und Therapieentscheidungen im Tavistock Centre in London zu größerer Zurückhaltung. (inzwischen soll die größte britische Genderklinik nach einer Untersuchung geschlossen werden. Jugendlichen wurden dort angeblich ohne ausreichende Beratung die Geschlechtsorgane wegoperiert.

Blick ins Ausland: Pubertätsblockade

- Die wachsende Zahl von Betroffenen, die eine „Detransition“ (Rückkehr von der Angleichung) wünschen, machen ihr Leid öffentlich, verklagen die Therapeuten mit Überprüfung deren medizinischen Handelns.
- Für die Beurteilung des langfristigen Outcomes und möglicher Schäden einer frühen Therapie mit oft irreversiblen Folgen gebe es noch nicht genug Evidenz. Erst seit kurzem wird mit Studien geforscht (Ergebnisse erst in den nächsten Jahren).
- Expertenempfehlung: die Erstlinientherapie soll eine psychologische und psychiatrische sein. Problematische Einsichtsfähigkeit der Betroffenen (Kinder und Jugendliche), „informed consent“ (informiertes Einverständnis) und Fähigkeit, Risiko und Nutzen einschätzen zu können, bei Kindern vermindert.

Blick ins Ausland: Pubertätsblockade

- Betroffene, die als Kinder Pubertätsblocker erhielten, führen inzwischen juristisch Klage mit der Kritik, sie seien zu rasch und zu leichtfertig auf das Gleis der Geschlechtsangleichung gesetzt worden und würden jetzt unter dem Resultat leiden.
- Die Daten-Forschungslage ist dünn und unbefriedigend, so dass hierüber Kinder, Jugendliche und deren Eltern bzgl. Chancen und Risiken der Medikamente kaum beraten werden können.
- Dabei geht es um die Frage: wann weiß der Behandler, dass der Jugendliche für sich und sein gesamtes Leben die Wirkung der Pubertätsblockade verstanden hat? Abklärung von psychiatrischen Komorbiditäten, Diff.Diagnosen stößt auf Unverständnis bei den Jugendlichen, die Gutachten fordern für umgehende Transition.

Blick ins Ausland: Pubertätsblockade

- Konflikt zwischen den Wünschen nach rascher Therapie-Umsetzung (bei den Kindern und Jugendlichen) und sorgfältiger medizinischer Abwägung (bei den Behandlerteams).
- Gedankliche Beschäftigung mit Suizid ist in dieser Vor-Phase sehr hoch, wenn z.B. die unerwünschten Körperveränderungen irreversibel wurden und dadurch psychisches Leid entsteht.
- Evtl. steckt hinter etlichen Transitionswünschen die Schwierigkeit, sich seiner eigenen Homosexualität zu stellen.
- Unklar bleibt, ob der hohe Anteil von Komorbiditäten (Angst, Depression, Autismus u.a.) mit einem reaktiven Geschehen zusammenhängt, bezogen auf Probleme mit der Transition oder deren Verweigerung. Oder ob es sich um eigene psychiatrische Erkrankungen handelt.

Pubertätsblocker bei ROGD

- ROGD (rapid onset gender dysphoria): Pubertätsblocker sind Medikamente, die den Reifungsprozess anhalten und damit somatopsychische Veränderungen mit entsprechender Identitätsentwicklung verzögern. So wird z.B. chest binding (Brustabbinden) erleichtert, da eine weniger stark wachsende Brust leichter flach gepresst werden kann (ohne Rippenbrüche).
- Analoga des Gonadotropin-releasing-Hormons (GnRH-Analoga) werden hierbei (wie auch bei Pubertas praecox) eingesetzt und so wird Zeit gewonnen und die Person wird nicht durch die Pubertät in eine bestimmte körperliche Entwicklung gedrängt, die Leiden verursacht.
- GnRH-Analoga wirken auf die Achse Hypothalamus-Hypophyse, verhindern die Gonadotropinsekretion aus der Hirnanhangsdrüse.

Pubertätsblocker bei ROGD

- Wenn die Hirnanhangsdrüse weniger luteinisierendes (LH) und follikelstimulierendes Hormon (FSH) ausschüttet, blockiert das die Entwicklung der Keimdrüsen und so die Sekretion von Geschlechtshormonen wie Östrogen und Testosteron.
- Dies bremst die Ausbildung sekundärer Geschlechtsmerkmale: das Knospen der Brüste bei den Frauen oder die tiefe Stimme bei den Männern.
- Hierdurch kommt es zur Entlastung der Betroffenen, die sich sonst wegen der Manifestation von Merkmalen des nicht präferierten Geschlechts unwohl fühlen und leiden würden.
- Zudem werden Risiken anderer, geschlechtsangleichender Maßnahmen verringert und die Basis gelegt für spätere Gaben von gegengeschlechtlichen Hormonen wie Testosteron oder Östrogen.

Pubertätsblocker bei ROGD

- Nach einem ersten Schritt: Pubertätsblocker: GnRH-Analoga (Triptorelinacetat) folgt
- Zweiter Schritt: gegengeschlechtliche Hormongaben wie Testosteron oder Östrogen treibt eine Angleichung von Frau zu Mann und umgekehrt weiter voran und danach kann in einem
- dritten Schritt der Körper schließlich operativ angepasst werden: bei Transfrau durch Penisamputation und plastische Konstruktion einer Neovagina; bei Transmann durch Mastektomie sowie durch die (oft unbefriedigende) Konstruktion eines Penisersatzes (Penoid) aus Gewebe anderer Körperregionen mit oder ohne komplikationsträchtigen Verlängerungen der Urethra bzw. eines Minipenis aus der Klitoris (Metoidoplastik).

Pubertätsblocker bei ROGD

- Pubertätsblocker wirken nachteilig auf diese Korrekturoperationen, da bei Jungen mit Transitionswunsch nicht genügend penile oder skrotale Haut gewachsen ist, nachdem die Ausbildung männlicher Merkmale gebremst wurde. Somit steht später nicht genügend Material für den plastischen Aufbau einer Neovagina zur Verfügung.
- Deshalb werden inzwischen andere Varianten der zahlreichen Vaginoplastie-Techniken vorgeschlagen, aber ohne ausreichende Studienresultate.
- NICE-Report (März 2021) zur Maßnahmenkaskade, u.a.
Pubertätsblocker: Defizite der Forschungslage: von 525 Studien qualifizierten sich nur 9 für eine Auswertung (5 retrospektive und 3 longitudinale Beobachtungsstudien, eine hatte ein Cross-sectional-Querschnitts-Design). Klinischer Wert fraglich.

Risiken der Pubertätsblocker

- Hierzu gibt es wenig ausreichend Studien und keine klare Evidenz.
- GnRH-Analoga verzögern die Knochendichtezunahme in der für die Peak-Bone-Mass kritischen Wachstumsphase. Bei Kindern ist nach einer 12-monatigen Gabe eine geringere Knochenmasse auffällig neben einer Erhöhung der Fettmasse im Knochenmark.
- Die geplante nachfolgende Hormongabe mit steroidalene Geschlechtshormonen (erwünschtes Geschlecht, gegengeschlechtliche Merkmale induzierend) wirkt sich ebenfalls ungünstig auf die Knochengesundheit aus. Zudem tritt ein dauerhafter Verlust der reproduktiven Fähigkeiten ein.
- Deshalb soll bei Kindern und Jugendlichen unter Pubertätsblockade und danach Calcium- und Vitamin-D-Supplementierung erfolgen neben Empfehlung Sport.

Risiken der Pubertätsblocker

- Da die GnRH-Gabe regelhaft von einer späteren Sexualhormongabe abgelöst wird, gehen Studien auf die damit assoziierten metabolischen Folgen ein.
- Vor allem Transfrauen nehmen nach Beginn der Sexualsteroidhormongabe signifikant an Gewicht zu. Damit verknüpft ist ein höheres Typ-2-Diabetes-Risiko.
- Transmänner haben ein erhöhtes Risiko für einen Typ-2-Diabetes (im Vergleich zu Cis-Frauen) und damit für metabolische Folgen.
- Die Einflüsse einer frühen Hormongabe auf die psychosozial-kognitive Entwicklung ist ungenügend erforscht. Durch die Pubertätsblocker scheint die weiße Substanz nicht in einem Ausmaß zuzunehmen, wie dies für die Pubertät erwartet wird (cMRT-Untersuchungen). Die weiße Substanz im Gehirn dient u.a. der schnelleren neuronalen Signalvermittlung.

Risiken der Pubertätsblocker

- 22 Monate nach der Pubertätssuppression waren die Scores für das Arbeitsgedächtnis um mehr als zwei Standardabweichungen gefallen. Aus Tierversuchen seien geschlechtsspezifische Effekte auf das Volumen von Amygdala und grauer Substanz bekannt. Hierdurch dürften IQ-Minderungen mit Schwierigkeiten bei Funktionsaufgaben verursacht werden.
- Es bleibt aber schwierig, eindeutige Effekte auszumachen.
- Auch wenn noch keine Studien dazu aufgelegt wurden, werden sexuelle Funktionseinschränkungen wie Anorgasmie nach geschlechtsangleichenden Therapien berichtet, die die Lebensqualität einschränken.
- Das Vorenthalten der Pubertätsblockade birgt ebenfalls Risiken, nämlich die Suizidalität bei den Betroffenen ist dann deutlich höher.

Körperliche Erkrankungen und Anorexia nervosa

- Anorexia nervosa beim Mann: hohe Prävalenz bei homosexueller oder bisexueller Orientierung bei geringerer Gewichtsphobie und geringerer Körperunzufriedenheit (wie bei Frau), deshalb:
- Hypothese des „Muscularity-oriented eating“ mit Proteinzufuhr (niedriger Kohlenhydratanteil) und Phasen restriktiven Essverhaltens (z.T. Heißhungerattacken), exzessiven Sports, gelegentlicher Anabolika/ Steroidzufuhr mit:
- Osteoporosegefahr! Bei Transmann, der Ovulationshemmer einnimmt, ist die Osteoporosegefahr sogar verschlimmert, da metabolische Konkurrenz auftritt mit IGF-1 (insulinähnlicher Wachstumsfaktor), der schneller dann abgebaut wird.

Vortrag DGPPN 25.11.2022: Prof. Dr. B. Herpertz-Dahlmann, Prof. Dr. M. de Zwaan: Essstörungen

Fertilität, Kontrazeption und Fertilitätsprotektion bei Transpersonen

- Die Mehrzahl der Menschen mit diagnostizierter Geschlechtsinkongruenz befindet sich in der reproduktiven Phase, so dass sowohl eine sichere Kontrazeption als auch der Erhalt der Fertilität wichtige Aspekte in der Beratung darstellen.
- Unter GAHT (Geschlechtsangleichender Hormontherapie) treten bei Transmännern (TM) keine Beeinträchtigung der Ovarreserve auf, weswegen Kontrazeption beim GV bedacht werden muss. 59-87% der Transmänner wenden Kontrazeptiva an – aber hauptsächlich zur Unterdrückung der Menstruationsblutung.
- Allerdings hat eine GAHT einen deutlichen negativen Effekt auf die Spermatogenese für Transfrauen (TF). Deshalb sollte auch an eine Kryokonservierung von Spermien oder Hodengewebe gedacht werden.

Fertilität, Kontrazeption und Fertilitätsprotektion bei Transpersonen

- Maßnahmen zur Fertilitätsprotektion werden vorwiegend von Transfrauen in Anspruch genommen.
- Negativer Einfluss von GAHT auf Spermatogenese bei Transfrauen (Reduktion Samenqualität, Gesamtzahl). Bis 10,3% TF wiesen schon vor GAHT Azoospermie auf (Tucking, enge Unterwäsche). Deshalb ist eine Beratung zu fertilitätsprotektiven Maßnahmen im Vorfeld GAHT nötig.
- Da unter GAHT keine sichere kontrazeptive Wirkung erzielt wird, sollte vorab eine Kontrazeptionsberatung erfolgen.
- Transmann bzw. Transfrau bezieht sich auf das jeweils erlebte Geschlecht in Diskrepanz zum angeborenen. Cis-Personen sind solche, die sich mit ihrem angeborenen Geschlecht identifizieren.
- Die Präfixe „cis“ und „trans“ lassen keine Rückschlüsse auf die sexuelle Orientierung der Person zu.

Hormonangleichende Therapie bei Transmännern und Transfrauen

- Alleinige Testosterontherapie bei Transmännern erreicht eine Amenorrhö anfangs nur selten, weshalb Progesteron oder ein GnRH-Agonist zusätzlich angewandt werden.
- Hormonangleichende Therapie bei Transfrauen erfolgt mit Östrogen (oral, transdermal, nasal), wobei alleiniges Östrogen keine suffiziente Suppression der Androgenproduktion in den Gonaden bewirkt. Deshalb müssen zusätzlich antiandrogene Substanzen wie Spironolacton, Cyproteronacetat oder GnRH-Agonisten eingesetzt werden.
- GnRH-Agonisten können als reversible Intervention bei Trans-Jugendlichen ab Pubertätseintritt (Tanner Stadium II) angeboten werden, um die irreversiblen Effekte einer Pubertätsentwicklung im Ursprungsgeschlecht zu supprimieren. Eine GAHT erfolgt zeitversetzt z.B. ab dem 16.Lebensjahr.

Hormonangleichende Therapie bei Transmännern und Transfrauen

- Jede hormonangleichende Therapie (GAHT) kann zu einer Beeinträchtigung der Fertilität führen.
- Deshalb soll – vor Beginn einer GAHT – eine Aufklärung zur Möglichkeit der Fertilitätsprotektion erfolgen.
- AMH (Anti-Müller-Hormon) erlaubt Aussage zur Bestimmung der vorhandenen Eizellreserve: verminderte Ovarreserve führt zum Abfall von AMH. Zusätzlich kann durch den AFC (antraler Follikel Counts) die Anzahl der antralen Follikel in der Vaginalsonografie bestimmt werden.
- Zur Fertilitätsprotektion eignen sich Kryokonservierung von Spermien oder Hodengewebe bei Transfrauen, bei Transmännern Kryokonservierung von Eizellen, Embryonen oder Ovargewebe.

Fertilitätsprotektion bei Transmännern und Transfrauen

- Für die Gewinnung von Eizellen bei TM muss im Vorfeld eine ovarielle Stimulation mittels FSH (follikelstimulierendes Hormon) und im Anschluss eine Follikelpunktion erfolgen. Die gewonnenen Oozyten können (un-)befruchtet kryokonserviert werden, wobei die Befruchtung mit Spermien des Partners oder mit Fremdsamen erfolgen kann. Bei Kinderwunsch kann entweder der Transmann (selten) selbst die Schwangerschaft austragen, oder die Partnerin. Leihmutterschaft ist in BRD derzeit gesetzlich verboten. Bei männlichem Partner einer Transfrau werden Eizellspende und Leihmutter benötigt, in BRD nicht zulässig.
- 20-40% der Transpersonen geben Kinderwunsch an. Während Schwangerschaft eines Transmannes muss Testosterontherapie pausiert werden (sonst gestörte Entwicklung des Fetus).

Literatur

- Geschlechtervielfalt. Versorgung aller sicherstellen. Deutsches Ärzteblatt / Jg. 119 / Heft 38 / 23.09.2022, Seite 1312-1317
- Transition bei Genderdysphorie. Wenn die Pubertät gestoppt wird. Deutsches Ärzteblatt / Jg. 119 / Heft 48 / 2.Dezember 2022
- Fertilität, Kontrazeption und Fertilitätsprotektion bei Transpersonen. Deutsches Ärzteblatt / Jg. 120 / Heft 14 / 7.April 2023

Geschlechtsidentität/sexuelle
Orientierung

**Vielen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit**

—