Redaktion

M. Birkhäuser, Basel
L. Wildt, Innsbruck

CrossMark

Martin Birkhäuser¹ · Isabel Turina-Burckhardt² · Ludwig Wildt³¹ Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, Universität Bern, Basel, Schweiz² Praxis für Kinder- und Jugendmedizin, Zürich, Schweiz³ Universitätsklinik für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, Innsbruck, Österreich

Medizinische und soziale Versorgung von Trans*Menschen

Trans*Menschen treten heute auch dank des gesellschaftlichen Wandels hin zu einer liberaleren Haltung selbstbewusster auf und outen sich öfter und früher. Menschen mit Transidentität begegnen wir somit häufiger. Deshalb befasst sich das Leitthema dieser Ausgabe mit dem aktuellen Wissen zum Phänomen der Transidentität und mit der medizinischen und sozialen Versorgung von Trans*Menschen. In ihrer Not suchen Trans*Menschen oft zuerst endokrinologische und gynäkologische Praxen auf. Entsprechend ist die Thematik ganz besonders für alle Leser von *Gynäkologische Endokrinologie* relevant.

In ihrem grundlegenden Beitrag „Geschlechtsinkongruenz und -dysphorie. Konzepte und Behandlungsempfehlungen für Trans*Menschen“ analysieren D. Garcia Nuñez u. T.O. Nieder die Problematik des Trans*Seins in der heutigen Gesellschaft und die Folgen des hier zentralen Konflikts in der medizinischen Versorgung, der in der Konfrontation zwischen dem Recht auf Selbstbestimmung seitens der Behandlungssuchenden und der Furcht vor einer Fehlentscheidung seitens der Behandelnden liegt. Bei Trans*Menschen ist dieser Konflikt deutlich stärker ausgeprägt als bei anderen Patienten.

Das Phänomen der Transsexualität ist keineswegs erst im 19. und 20. Jahrhundert aufgetreten. Hinweise auf Trans*Menschen finden wir bereits in der griechischen Literatur bei Herodot. Er beschreibt den Feldzug der Skythen, die in der Steppe Südrusslands wohnten, nach Asien und Ägypten. Sie wurden, als sie auf dem Rückweg im syrischen Aska-

lon den Tempel der Aphrodite beraubten, von der Göttin dadurch bestraft, dass sie und alle ihre Nachkommen von der Weiberkrankheit heimgesucht würden, sich also in jeder Hinsicht wie Frauen verhalten würden. Auch in der römischen Mythologie wird die Geschlechtsumwandlung beschrieben. Ovid erzählt von Tiresias, dem blinden Seher aus Theben, der vom Mann zum Weibe wurde, als er zwei sich paarende Schlangen mit einem Stock verwundete. In Basel entschied sich im 18. Jahrhundert ein Handwerksmeister mit Mitte 30, Frauenkleider zu tragen und als Frau zu leben. Dies ist in der Zunftchronik vermerkt, hatte jedoch für den Status der betroffenen Person in seiner Zunft keinerlei Folgen. Diese Erzählungen und spätere ethnologische Beobachtungen zeigen, dass das Phänomen zu allen Zeiten der Menschheit und in den unterschiedlichsten Kulturgruppen existierte. Der Transsexualismus, heute oft mit trans* bezeichnet, war in allen geschichtlich fassbaren Epochen bekannt: Es handelt sich nicht um ein modernes Phänomen.

Die Ursachen bleiben auch heute noch unklar. Eine Hypothese, die seit Jahren diskutiert wird, ist die Möglichkeit, dass bei Trans*Menschen bestimmte Hirnstrukturen anders ausgebildet sind, als es ihrem Geburtsgeschlecht entsprechen würde. B. Böttcher, E. Lechleitner u. E.R. Gizewski gehen im Beitrag „Funktionelle Magnetresonanztomographie bei Trans*Menschen“ dieser Frage nach. Die heutige Antwort erscheint auch dank der hier präsentierten, auf neuesten Methoden beruhenden Forschungsergebnisse sehr viel differenzierter als noch vor einigen Jahren angenommen. Es besteht ein

Zusammenspiel von gesellschaftlichen, biologischen, kognitiven und sexuellen Komponenten.

» Die meisten Kinder mit GI streben keinen Wechsel des phänotypischen Geschlechts an

Neu ist hingegen die Tatsache, dass Transidentität bei Jugendlichen zunehmend Thema im öffentlichen Diskurs und auch möglicher Behandlungsauftrag in spezialisierten Beratungseinrichtungen ist. K. Kapelari hält in seinem Beitrag „Transgenderproblematik aus pädiatrisch-endokrinologischer Sicht“ fest, dass nicht die Formung eines Kindes in eine bestimmte Richtung, sondern das Ermöglichen einer offenen Zukunft als oberstes Ziel gilt. Der Großteil der Kinder mit einer Geschlechtsinkongruenz (GI), bei der die empfundene Geschlechtsidentität und das anatomische (phänotypische) Geschlecht unterschiedlich stark im Widerspruch stehen, strebt keinen Wechsel des phänotypischen Geschlechts an. Die Kinder entwickeln aber später im Leben deutlich häufiger eine gleichgeschlechtliche Geschlechtsorientierung. Nur zu einem kleinen Anteil persistiert die kindliche GI im Jugendalter und entwickelt sich zu einer Geschlechtsdysphorie (GD) mit dem Wunsch nach geschlechtsanpassenden somatomedizinischen Maßnahmen. Wie Kapelari darlegt, unterscheiden sich daher auch die therapeutischen Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen von denjenigen bei Erwachsenen. Dies erfordert neue, spezialisierte Zentren. Der Etablierung und Führung einer Spezialsprechstunde für Jugendliche mit

Abb. 1 **a** Lebensqualität vor und nach der Geschlechtsanpassung, **b** Akzeptanz nach der durchgeführten Geschlechtsanpassung bei Familie, Freunden, im beruflichen Umfeld und in der Gesellschaft. Bei der Befragung wurden 61 Mann-zu-Frau- und 23 Frau-zu-Mann-Trans*Menschen erfasst. Die Befragung erfolgte mindestens 2 Jahre nach der Geschlechtsanpassung. Die Resultate geben die Selbsteinschätzung der befragten Trans*Menschen auf einer Skala von 1 bis 5 wieder

Transidentität widmet sich der Beitrag von M. Fuchs, K. Praxmarer u. K. Sevecke.

Früher wurden bei Mann-zu-Frau-Trans*Menschen oft hoch dosierte Kombinationen von Ethinylöstradiol (EE) und Cyproteronacetat eingesetzt, die von den behandelten Patientinnen wegen ihres raschen Wirkungseintritts geschätzt

wurden. Man sollte jedoch die Gabe dieser Präparate auf die Initialphase der Behandlung beschränken und die Patientin auf das erhöhte thromboembolische und zerebrovaskuläre Risiko hinweisen. In der Dauerbehandlung ist die Gabe von EE/Cyproteronacetat mit einem zu hohen Risiko dieser Komplikationen verbunden, vor allem bei älteren Trans-

genderpatientinnen. Welche Behandlungsschemata heute bei Mann-zu-Frau- und Frau-zu-Mann-Trans*Menschen am besten eingesetzt werden, zeigt die Übersicht von K. Winkler-Crepaz, A. Müller, B. Böttcher u. L. Wildt.

Als Östrogenkomponente sollte zur Langzeittherapie nur noch 17 β -Östradiol verabreicht werden, gegebenenfalls in Kombination mit CPA. In dieser Ausgabe von *Gynäkologische Endokrinologie* erscheint unter der Rubrik „Arzneimitteltherapie“ auch der Beitrag „Transdermales Östradiol und Progesteron. Die einzig bioidentische HRT“ von A.O. Mueck, der weiter auf diese eminent wichtige Frage eingeht. Die formulierten Grundprinzipien gelten für die hormonelle Behandlung von Mann-zu-Frau-Trans*Menschen genauso wie für diejenige einer postmenopausalen Frau.

Oft unterschätzt wird nach einer Geschlechtsanpassung die urologische Langzeitproblematik. So ist beispielsweise immer zu berücksichtigen, dass Transfrauen in der Regel noch ihre Prostata besitzen und dass diese regelmäßig untersucht werden muss. A. Kuhn fasst notwendige Vorsorgemaßnahmen, typische urologische Komplikationen bei Mann-zu-Frau- und Frau-zu-Mann-Trans*Menschen und die zu ergreifenden Maßnahmen praxisgerecht zusammen, sodass auch jeder Nichturologe weiß, worauf er achten soll.

» Zu den Langzeitergebnissen einer Geschlechtsanpassung gibt es nur wenige Untersuchungen

Schließlich geht N. Flütsch auf den Kinderwunsch bei Trans*Menschen ein – für viele Leser wahrscheinlich ein unerwartetes Thema. Lange war man der Meinung, dass angesichts der deutlichen Ablehnung der Geschlechtsteile der Wunsch nach eigenen Kindern gar nicht existent sei. Dass diese Annahme nicht zutrifft, konnte in zwei von Flütsch zitierten Studien der Universität Gent sehr gut belegt werden. In der Folge bespricht der Autor die verschiedenen Methoden zur Fertilitätserhaltung bei Trans*Menschen und weist zu Recht darauf hin, dass zu ei-

Abb. 2 ▲ Sexuelle Erlebnissfähigkeit, Libido und Orgasmusfähigkeit bei **a** 61 Mann-zu-Frau- und **b** 23 Frau-zu-Mann-Trans* Menschen. Die Befragung erfolgte mindestens 2 Jahre nach der Geschlechtsanpassung. Die Resultate geben die Selbsteinschätzung der befragten Trans* Menschen auf einer Skala von 1 bis 5 wieder

ner umfassenden Beratung und Behandlung auch die ausführliche Aufklärung über die Möglichkeiten der Fruchtbarkeitserhaltung vor und während der einzelnen medizinischen Transitionsschritte gehört.

Erste Geschlechtsumwandlungsoperationen an männlichen und weiblichen Trans* Menschen – damals noch Transvestiten genannt – wurden in Deutschland 1921 und 1926 durchgeführt. Die erste gut dokumentierte Geschlechtsumwandlung wurde 1951 von Christian Hamburger in Dänemark an der US-amerikanischen Patientin George (Christine)

Jorgensen durchgeführt. Allerdings gibt es nur sehr wenige Untersuchungen zu den Langzeitergebnissen einer hormonellen und operativen Geschlechtsanpassung. Eine neuere Befragung erfolgte an der Universität Bern im Rahmen einer Dissertation [1]. Wie Trans* Menschen ihre Lebensqualität vor und nach der Geschlechtsanpassung selbst einschätzten, ist in **Abb. 1a** wiedergegeben. Sowohl bei Mann-zu-Frau- ($n = 61$) als auch bei Frau-zu-Mann-Trans* Menschen ($n = 23$) ist die Verbesserung der Lebensqualität als Folge einer korrekten hormonellen und operativen Geschlechtsanpassung

hochsignifikant. In **Abb. 1b** ist die Akzeptanz der Geschlechtsanpassung durch Familie, Freunde, berufliches Umfeld und Gesellschaft dargestellt, auch sie ist ein wichtiger Aspekt für das Gelingen. Auch die Akzeptanz innerhalb des sozialen Netzes ist nach Selbsteinschätzung der Befragten gut bis sehr gut. Bei beiden Aspekten – der Verbesserung der Lebensqualität und Akzeptanz – schneiden allerdings Frau-zu-Mann-Trans* Menschen besser ab als Mann-zu-Frau-Trans* Menschen. Noch deutlicher kommt dieser Unterschied bei den Fragen nach der Qualität der sexuellen Erlebnissfähigkeit, der Libido und der Orgasmusfähigkeit zum Tragen (**Abb. 2a, b**). Gerade in Bezug auf den Teilaspekt der Sexualität sind die Ergebnisse nach Mann-zu-Frau-Anpassungen oft noch unbefriedigend. Daher sollte der Verbesserung dieses Aspekts mehr Beachtung geschenkt werden. Weitere Untersuchungen zur Lebensqualität und Zufriedenheit mit der eigenen Sexualität sind erforderlich, um die Ursachen der heute bestehenden Mängel genauer zu definieren. Nur dann können sie gezielt angegangen werden.

Eine vor Kurzem durchgeführte Befragung von Mitgliedern der Endocrine Society (USA) ergab, dass von 411 antwortenden Endokrinologen rund 80 % schon Trans* Menschen behandelt haben [2]. Doch 80,6 % von ihnen hatten nie eine entsprechende Ausbildung erhalten. Als Grund dafür wird fehlendes Interesse der Fakultäten oder fehlende Kompetenz der Lehrpersonen vermutet. Die befragten Kliniker gaben an, insofern ein gutes Gefühl zu haben, als sie die Definitionen richtig anwendeten (77,1 %), die Anamnese korrekt erhoben (63,3 %) und in der Lage waren, die richtigen Hormone zu verschreiben (64,8 %). Außerhalb ihrer hormonellen Kompetenz fühlten sie sich aber deutlich weniger sicher. Die von den Befragten verlangten Aus- und Weiterbildungsmethoden schlossen vor allem Online-Trainingsmodule und die Einbeziehung der Transgender-Thematik, und hier vor allem der nichthormonellen Themen, in Fortbildungsveranstaltungen und Kongresse ein.

Die Situation wird in Europa kaum anders sein. Sollte es uns gelingen, mit diesem Leitthema die Lücke etwas zu schließen, so wäre unser Ziel erreicht.

M. Birkhäuser

L. Wildt

Korrespondenzadresse

Prof. emeritus Dr. med. M. Birkhäuser
Gynäkologische Endokrinologie und
Reproduktionsmedizin, Universität Bern
Gartenstr. 67, 4052 Basel, Schweiz
martin.birkhaeuser@balcab.ch

Univ.-Prof. emeritus Dr. med. L. Wildt
Universitätsklinik für Gynäkologische
Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
Anichstr. 35, 6020 Innsbruck, Österreich
ludwig.wildt@i-med.ac.at

Interessenkonflikt. M. Birkhäuser, I. Turina-Burckhardt und L. Wildt geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Turina-Burckhardt I (2001) Ergebnisse geschlechtsangleichender Operationen an 84 Transsexuellen: somatische, psychische, soziale und sexuelle Aspekte. Inaugural-Dissertation zum Erlangen der Doktorwürde der Humanmedizin, Universität Bern
2. Davidge-Pitts C, Nippoldt TB, Danoff, Radziejewski L, Natt N (2017) Transgender health in endocrinology: Current status of endocrinology fellowship programs and practicing clinicians. J Clin Endocrinol Metab. doi:10.1210/jc.2016-3007

Ärzte helfen Flüchtlingen

Die Flüchtlingskrise ist im Alltag angekommen – Informationen rund um die medizinische Versorgung von Flüchtlingen finden Sie auf www.springermedizin.de/link/10309186

- Entdecken Sie Reportagen und Interviews mit Experten, die in der medizinischen Flüchtlingshilfe tätig sind.
- Laden Sie sich Dokumente herunter, die Sie in der Praxis bei der Arbeit mit Flüchtlingen unterstützen.
- Lesen Sie von Entwicklungen der Flüchtlingspolitik, die die Ärzteschaft betreffen.

Außerdem können Hilfsorganisationen oder Vereine, die sich für Flüchtlinge engagieren, auf sich aufmerksam machen: In der Rubrik „**Hilfsorganisationen stellen sich vor**“ informieren Organisationen in einem Steckbrief darüber, wer sie sind, was sie machen und wie medizinische Helfer sie durch ihre Mitarbeit oder Spende unterstützen können.

Flüchtlingsorganisationen, die sich ebenfalls auf www.springermedizin.de präsentieren wollen, können bei der Online-Redaktion (lisa.seifert@springer.com) ein Formular anfordern – wir unterstützen Sie gerne bei der Präsentation Ihrer Organisation auf unserer Seite.

Foto: © Kay Nietfeld / dpa

Gehen Sie mit Ihrem Smartphone oder Tablet direkt auf die Webseite „Ärzte helfen Flüchtlingen“