

Transsexualität -

Transgender

Jacobeit JW

Blickpunkt der Mann 2006; 4

(Sonderheft 1), 3-5

Homepage:

www.kup.at/dermann

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

**Krause & Pachernegg GmbH
Verlag für Medizin und Wirtschaft
A-3003 Gablitz**

Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf
Erscheinungsort: 3003 Gablitz

TRANSSEXUALITÄT – TRANSGENDER 2006

Abkürzungen:

MzF Mann zu Frau
FzM Frau zu Mann

EINFÜHRUNG

Das Phänomen eines Geschlechtsrollenwechsels – im allgemeinen Sprachgebrauch Transsexualität – bezeichnet keineswegs eine Erscheinung der Moderne. Basis für die Beschäftigung mit dem Thema ist die klare Abgrenzung der Begriffe Geschlecht und Identität. Problematisch ist dies in der deutschen Sprache insofern, als daß hier – anders als im Englischen – mit dem Wortbestandteil „sex“ der gleiche Ausdruck für das körperliche „sex“ und das soziale Geschlecht „gender“ gebraucht wird. Transsexualität ist aber eben keine sexuelle Störung (ein häufiges Mißverständnis), sondern eine Geschlechtsidentitätsstörung, daher ist der aus dem Amerikanischen stammende Begriff „Transgender“ umfassender und letztlich präziser.

Ein Phänomen der Geschlechtsidentitätsstörung ist sicherlich die zum Teil überaus starke Beachtung, die einzelne Betroffene erfahren. Die Beachtung der Störung selbst – auch in den Medien – aber übersteigt deutlich die letztlich relativ geringe Prävalenz des Geschlechtsrollenwechsels.

Transsexualität ist darüber hinaus die einzige Erkrankung, als solche auch anerkannt im Sozialgesetzbuch, deren Diagnosestellung letztlich auf der Behauptung des Patienten beruht, im falschen Körper gefangen zu sein bzw. einem Irrtum der Natur zu unterliegen. Des weiteren ist die gegenwärtige rigide normative Unterscheidung zwischen „männlich“ und „weiblich“ ohnehin Gegenstand der Diskussion. Die

Einsicht, daß diese Einteilung letztlich auch nur eine Konstruktion aus biologischen und sozialen Unterschieden darstellt, wäre die Grundlage für mehr Toleranz und Verständnis für eine wohl eher zunehmende Zahl von Personen, die sich im „falschen Körper“ fühlen.

Über die Inzidenz von Transsexualität gibt es sehr differente Angaben, die dazu noch regional sehr unterschiedlich sind. Die Angaben schwanken.

In Deutschland kann nach vorsichtiger Schätzung von einer Zahl von 6.000–8.000 transsexueller Patienten ausgegangen werden. Wir behandeln im ENDOKRINOLOGIKUM Hamburg z. Z. ca. 300 transsexuelle Patienten.

Entscheidende Bedeutung vor einer gegengeschlechtlichen Therapie hat die Diagnostik und hier insbesondere die Differentialdiagnostik.

DIAGNOSTIK

Abzugrenzen von einer Transsexualität ist die Erscheinung des Transvestismus. Transvestismus bedeutet das Tragen von Kleidung des anderen Geschlechts. Dies kann mit einer sexuellen Erregung verbunden sein. Dieses Bedürfnis ist bei Männern weitaus häufiger als bei Frauen. Die meisten Transvestiten verhalten sich heterosexuell. Es besteht definitiv kein Wunsch nach einer operativen Geschlechtskorrektur. Der Wunsch nach einer gegengeschlechtlichen Hormontherapie ist gelegentlich vorhanden.

Weiterhin abzugrenzen ist die Intersexualität. Bei der Intersexualität handelt es sich um eine Störung der sexuellen Differenzierung, bei der sich innere und äußere Geschlechtsorgane, in unterschiedlicher Stärke ausgeprägt im Widerspruch zum

chromosomalen Geschlecht entwickeln.

Beispiele:

46,XX, klassisches adrenogenitales Syndrom bzw.

46,XY bei inkompletter Androgenresistenz

Weitere Differentialdiagnosen einer transsexuellen Entwicklung sind z. B. Homosexualität bzw. Paraphilie (deviant sex behaviour).

Behandlungsstufen für transsexuelle Patienten

1. Stufe Diagnostik – „Selbstbeurteilung“ des Patienten
2. Stufe Alltagstest – Psychotherapeutische Begleitung
3. Stufe gegengeschlechtliche Hormonbehandlung – parallel Vornamensänderung nach §1 TSG, Alltagstest
4. Stufe geschlechtsangleichende Operation(en) – lebenslange Hormonbehandlung, Personenstandsänderung nach §8 TSG
5. Stufe Nachbehandlung/Weiterbetreuung

Die einzige gesetzliche Grundlage ist das Transsexuellengesetz (TSG) – Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen vom 10. September 1980. Das Gesetz erteilt jedoch lediglich die Legitimation zur Änderung des Vornamens (sogenannte Kleine Lösung) oder zur Änderung des Personenstandes (sogenannte Große Lösung). Es regelt keinerlei ärztliche oder psychologische Behandlungsmethoden bzw. eine Integration Transsexueller in das Arbeitsleben bzw. in die Gesellschaft. Seit dem 20.11.2000 liegt ein neuer Gesetzesentwurf (Gesetz über die Wahl oder Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit, Transgender-Gesetz TrGG) dem Deutschen Bundestag zur Entscheidung vor. Dieser Gesetzesentwurf wurde von einer Arbeitsgruppe des Bundestages

in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität e.V. vorgestellt. Darin wird von einer wesentlich vereinfachten liberalen Rechtsprechung ausgegangen. Weiterhin orientiert sich die Rechtsprechung an Normen der Europäischen Union sowie akzeptiert auch Formen der Intersexualität, die bisher im alten Gesetz ausgegrenzt wurden.

THERAPIE

Nach Stellung der Diagnose Transsexualität und in der Regel Indikationsstellung durch den behandelnden Sexualtherapeuten bzw. erfahrenen Psychotherapeuten kann das therapeutische Procedere einer gegengeschlechtlichen Hormontherapie beginnen.

Es existieren durchaus unterschiedliche, zum Teil auch sehr diskrepante Empfehlungen in der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen, insbesondere, was die empfohlenen Mindestzeiten vor einer gegengeschlechtlichen Hormontherapie bzw. vor einer geschlechtsangleichenden Operation sind. In der Übersicht (Tabelle 1) sind die sogenannten deutschen Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen 1997 denen der Standards of Care for Gender Identity Disorders der Harry Benjamin International Dysphoria Association in der 6. Version 2000 gegenübergestellt.

Es ist durchaus zu erwarten, daß sich die sehr strengen deutschen Standards eher an die Internationalen Empfehlungen anpassen werden. Ein Alltagstest für ein Jahr ohne unterstützende Hormontherapie ist insbesondere bei im Berufsleben stehenden Patienten absolut unrealistisch.

In der Regel erfolgt sowohl die Indikationsstellung für eine gegengeschlechtliche Hormontherapie wie auch für eine geschlechtsangleichende Operation nach enger interdisziplinärer Absprache. An einigen Zentren hat sich bereits ein sogenanntes Transgender-Team zwischen Sexualtherapeuten, Endokrinologen, endokrinologisch tätigen Gynäkologen und Urologen etabliert.

Prätherapeutisches Risiko-Screening (Endokrinologie-Gynäkologie)

• Einschätzung der Compliance – familiäres und soziales Umfeld?

- Vorerkrankungen (Thromboembolische Ereignisse? Lebererkrankungen?)
- Prämedikation?
- Lifestyle (Nikotin? Andere Drogen?)
- Familienanamnese (Fettstoffwechselstörung? Thromboembolische

Ereignisse? Hormonsensitive Tumore?)

- Status praesens (Gewicht, Blutdruck, körperliche Untersuchung, Ausschluß von Fehlbildungen, Ausschluß von Intersexualität)
- Bei Männern über 40 Jahre PSA und Prostata-Palpation
- Bei Frauen gynäkologische Untersuchung, gegebenenfalls auch transvaginale Sonographie

GEGENGESCHLECHTLICHE HORMONTHERAPIE

1. Mann-zu-Frau Standardtherapie

Estradiol 4 mg/d (z. B. Estrifam® oder Estradiol 2 mg Jenapharm® 1 x 2 Tbl./d) in Kombination mit Cyproteronacetat (CPA) **Androcur® 10 mg/d** (– 20 mg/d)

Definitiv keine Indikation für die Verordnung einer Pille! (unter Ethinylestradiol ca. 20fach höheres Thromboserisiko!)

Alternative Therapieprinzipien:

- Verordnung von GnRH-Analoga, wie z. B. Decapeptyl®-Depot oder Trenantone® in Kombination mit Gynokadin®-Gel, Estreva®-Gel oder Pflastersystemen bei höherem kardiovaskulären Risiko,
- alternativ auch Verordnung von Spironolacton 100–200 mg/d

Tabelle 1: Empfohlene „Mindestzeiten“

	Deutsche „Standards“ der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen 1997 Deutsche Fachgesellschaften (Becker et al. 1997)	Standards of Care for Gender Identity Disorders, Harry Benjamin International Dysphoria Association, 6th Version 2000
Vor Hormontherapie		
Leben in der Geschlechtsrolle „Alltagstest“	1 Jahr	entweder 3 Monate
Kontinuierliche Psychotherapie	1 Jahr	oder 3 Monate ohne Alltagstest
Vor Operation		
Hormontherapie	6 Monate	1 Jahr
Alltagstest	18 Monate	1 Jahr
Kontinuierliche Psychotherapie	18 Monate	1 Jahr

Nebenwirkungen:

- Hyperprolaktinämie (gegebenenfalls Hypophysen-MRT indiziert)
- Anstieg Transaminasen
- Cholecystolithiasis
- Mastodynie (Therapie mit Progesteron-haltiger Salbe)
- Trockene Haut, Nagelbrüchigkeit (Therapie mit Biotin empfohlen)
- Abnahme der Muskelmasse
- Emotionale Labilität
- Depressionen

2. Frau-zu-Mann Standardtherapie

Erstes Ziel ist es, Blutungsfreiheit zu erreichen, ggf. zunächst durch Verordnung eines oralen Ovulationshemmers im Langzyklus, wenn noch keine sichere Indikation für die gegengeschlechtliche Therapie besteht.

Therapie mit **Orgametriol® 5–15 mg/d**, alternativ 2 Ampullen Depot Clinovir® i.m. oder GnRH-Analoga (Decapeptyl® Depot oder Trenantone®). Bei Bedarf Spasmolytika.

In Kombination mit der Androgen-substitution:

Testosteron-Gel 25–50 mg topisch oder Verordnung von **Testosteronundecanoat 1000 mg** (Nebido®) vierteljährlich i.m.

Nebenwirkungen:

- Spotting (Abbruchsblutung induzieren, gegebenenfalls Wechsel auf GnRH-Analoga)
- Polyglobulie (Dosisreduktion der Testosteronsubstitution, gegebenenfalls Verordnung von ASS)
- Cholecystolithiasis
- Acne vulgaris
- Gewichtszunahme (Ø 4,5 kg normal, bedingt durch Zunahme der Muskelmasse)
- Libidosteigerung (inkl. Klitoris-hypertrophie)
- Emotionale Labilität

Kontraindikationen:

Absolute Kontraindikationen

- Kinderwunsch
- nicht kontrollierter RR
- therapierefraktäre Migräne
- manifeste Leberinsuffizienz
- manifeste AIDS-Erkrankung

- hormonsensitive Tumore
FzM: Mamma, Endometrium, Ovar, Melanom
MzF: Mamma, Melanom, Prostata, Prolaktinom

Relative Kontraindikationen

- Adipositas per magna
- Hyperprolaktinämie
- massiver Nikotinabusus
- Lebererkrankungen: floride Hepatitis, Porphyrie, M. Meulengracht
- HIV-Infektion

**GESCHLECHTSANGLEICHENDE
OPERATIONEN**

Persönliche Auswahl empfohlener OP-Zentren:

Dr. Paul-J. Daverio,
Klinik Sanssouci Potsdam
Prof. Dr. Herrmann van Ahlen,
Urologie Klinikum Osnabrück
Prof. Dr. Michael Sohn,
Frankfurter Diakonie-Kliniken,
Urologie St. Markus-Krankenhaus
Frankfurt am Main
Frau PD Dr. Susanne Krege,
Universitätsklinikum Essen,
Ltd. Oberärztin Klinik und Poliklinik
für Urologie

Ungefähre OP-Kosten (nur orientierend):

MzF: ca. EUR 15.000 (geschlechtsangleichende OP plus Mammaaufbau)
FzM: ca. EUR 60.000 (Penoidaufbau plus Mammareduktionsplastik)

**VERLAUFSKONTROLLEN UNTER
EINER GEGENGESCHLECHT-
LICHEN HORMONTHERAPIE**

MzF:

- jährliche körperliche Untersuchung, Blutdruck,

- viertel- bis halbjährliches Blutbild sowie Hormonstatus, klinische Chemie,
- jährliche zytologische Abstriche der Neovagina,
- Mammographie alle 3 Jahre,
- Knochendichte alle 3 Jahre,
- PSA jährlich

FzM:

- jährliche körperliche Untersuchung mit Inspektion und Palpation der Brust, RR, Gewicht,
- viertel- bis halbjährliches Blutbild sowie Hormonstatus, klinische Chemie,
- jährlich gynäkologische Untersuchung in Abhängigkeit vom OP-Status (blind endender Scheidenblindsack, Penoidaufbau),
- Knochendichte alle 3 Jahre

Literatur:

1. Shaffer JD, Israel GE, Tarver DE 3rd. Transgender Care. Recommended Guidelines, Practical Information, and Personal Accounts, Temple University Press Philadelphia USA 2001.
2. Eicher W. Transsexualismus. 2. bearb. Aufl. Urban & Fischer, München, 1992.
3. Hamburger C, Sturup GK, Dahl-Iversen E. Transvestism; hormonal, psychiatric, and surgical treatment. J Am Med Assoc 1953; 152: 391–6.
4. Hartmann U, Becker H. Störungen der Geschlechtsidentität, Ursachen, Verlauf, Therapie. Springer, Wien-New York, 2002.
5. Michel A, Mormont C, Legros JJ. A psychoneuroendocrinological overview of transsexualism. Eur J Endocrinol 2001; 145: 365–76.
6. Moore E, Wisniewski A, Dobs A. Endocrine treatment of transsexual people: a review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects. J Clin Endocrinol Metab 2003; 88: 3467–73.
7. Stryker S, Jorgensen C. A Personal Autobiography. 2nd edition. Cleis Press, 2000.
8. van Trotsenburg MAA, Cohen EMR, Noe M. Die hormonelle Behandlung transsexueller Personen. J Reproduktionsmed Endokrinol 2004; 1: 171–83.

Korrespondenzadresse:

Dipl. Med. Jens W. Jacobeit
Internist – Endokrinologe – Androloge
Endokrinologikum Hamburg
D-22767 Hamburg,
Lornsenstr. 4–6
E-mail:
jens.jacobeit@endokrinologikum.com

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)