



In Zusammenarbeit
mit der Bayerischen
Landesärztekammer

Eine aktuelle Übersicht zur Diagnostik und Behandlung

Geschlechtsinkongruenz, -dysphorie und Trans*-Gesundheit

Timo O. Nieder und Peer Briken – Hamburg; Annette K. Güldenring – Heide/Brunsbüttel

Die aktuellen Entwicklungen zur Diagnostik und Behandlung bei Geschlechtsinkongruenz und/oder Geschlechtsdysphorie stellt der folgende Beitrag dar. Beide Begriffe stehen für einen Paradigmenwechsel, mit dem das klassische Behandlungsparadigma des Transsexualismus abgelöst werden soll. Eine bedarfsgerechte und interdisziplinäre Trans*-Gesundheitsversorgung qualifiziert sich durch die Offenheit für geschlechtliche Vielfalt, die Flexibilität für individuelle Behandlungsverläufe und die Berücksichtigung der sozialen Situation der Behandlungssuchenden.

Menschen, die ihr Geschlecht nicht (vollständig) in Übereinstimmung mit dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht erleben, werden in traditionell medizinischer Terminologie mit dem Begriff „Transsexualität“ beschrieben. Hingegen will der Begriff „trans*“ (sprich: trans Sternchen) als schriftlicher Ausdruck der Erkenntnis und Anerkennung geschlechtlicher Vielfalt gelten, frei von einer Bezugnahme auf Pathologie sein und nicht zwingend den Wunsch implizieren, sich mit Sexualhormonen, chirurgischen Eingriffen oder weiteren Maßnahmen (z. B. Epilation, Logopädie) geschlechtsangleichend behandeln zu lassen. Die Inkongruenz zwischen Sex

(englisch: körperliche Geschlechtsmerkmale) und Gender (u. a. Geschlechtsidentität, Geschlechtsrolle) wird heute als Geschlechtsinkongruenz (GI) bezeichnet, die nicht mit Leidensdruck verbunden sein muss. Sollte die individuelle Geschlechtsinkongruenz einen Leidensdruck bedingen, wird nach DSM-5 von Geschlechtsdysphorie (GD) gesprochen. Mit dem Ziel einer ganzheitlichen Gesundheitsversorgung soll die multimodale Behandlung – bestehend aus beratenden, bei Bedarf psychotherapeutischen und somatischen Verfahren – trans*-Menschen unter der Würdigung geschlechtlicher Selbstbestimmung in einem partizipativen Prozess helfen, ein

Höchstmaß an geschlechtskongruenter Selbstwahrnehmung zu erreichen und so den gegebenenfalls vorliegenden Leidensdruck nachhaltig zu lindern und die Lebensqualität zu erhöhen.

Die multimodale Behandlung soll trans*-Menschen helfen, ein Höchstmaß an geschlechtskongruenter Selbst- und Fremdwahrnehmung zu erreichen.

Die Gesundheitsversorgung für trans*-Menschen gestern und heute

Berichte über Menschen, die die Grenzen traditioneller Zweigeschlechtlichkeit verlassen, sind aus allen Zeiten und Kulturen überliefert. In der griechischen Mythologie ist es Teiresias, Priester des Zeus, der, nachdem er die weibliche Schlange eines sich begattenden Schlangenpaares getötet hatte, zur Strafe in eine Frau verwandelt wurde. Aufgrund seiner nun besonderen Erfahrung, das Leben sowohl als Mann als auch als Frau zu kennen, wurde er von Zeus und Hera gefragt, ob entweder die Frau oder der Mann in der Liebe mehr Lust empfinde. Teiresias tat kund, dass die Frau neunmal mehr Lust empfinden könne. Erbost darüber, dass Teiresias als ehemaliger Mann das Geheimnis der Frauen preisgegeben hatte, ließ Hera Teiresias erblinden.

1886 beschrieb Richard von Krafft-Ebing in seiner *Psychopathia Sexualis* das „weibliche Sexualzentrum im männlichen Körper“ als eine Erkrankung des Nervensystems und bezeichnete die „Metamorphosis sexualis“ als „paranoica“, als „Wahn der Geschlechtsverwandlung“ [1]. Mit seiner Beobachtung, dass „alle Frauen und Männer einzigartige Mischungen männlicher und weiblicher Eigenschaften“ seien, gilt Magnus Hirschfeld heute als Vordenker moderner Geschlechtertheorien und war mit seiner Auffassung, Geschlecht als Ausdruck eines komplexen individuellen Empfindens zu verstehen, dem medizinischen State-of-the-Art seiner Zeit voraus. Unterstützt von Hirschfeld wurde bei Rudolf R. (auch „Dorchen“ genannt) 1931 in Berlin eine Penisamputation durchgeführt und eine Neovagina angelegt [2].

Harry Benjamin veröffentlichte eine erste Skala zur Diagnostik und Behandlungsindikation, die 1964 im „Nervenarzt“ erschien [3]. Zur etwa gleichen Zeit entwickelte der Chirurg George Burou in Casablanca mit der penilen Inversion zur Konstruktion einer Neovagina eine chirurgische Technik, die bis heute das weltweit etablierteste Verfahren vaginalplastischer Operationen darstellt. Diese beiden Pionierarbeiten eröffneten in der Zusammenarbeit zwischen Psychologie und Somatomedizin eine psychosomatische Behandlungsform der Transsexualität. Allerdings stieß die mit der Medikalisierung nicht normativer geschlechtlicher Ausdrucksformen einhergehende Psychopathologisierung bereits in den 1980er-Jahren auf Kritik, insbesondere aus den Sozialwissenschaften. Die Psychopathologisierung des Transsexuellen wurde grundlegend infrage gestellt und der Umgang der Medizin als zentrale Behandlungsinstanz problematisiert (u. a. [4]). 1979 legte die „Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association“ (heute: „World Professional Association for Transgender Health“) die erste Version ihrer

internationalen Standards of Care vor, die zuletzt 2011 in ihrer siebten Version überarbeitet wurden [5].

In Deutschland entschied 1987 schließlich das Bundessozialgericht, dass „geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität leistungspflichtig sind“ (BSG 3 RK 15/86). Die Kosten für geschlechtsmodifizierende beziehungsweise -angleichende Behandlungen werden von den Krankenkassen allerdings erst übernommen, wenn die medizinische Notwendigkeit der jeweiligen Behandlung im Einzelfall festgestellt ist. Die Krankenkassen treffen ihre Entscheidungen zur Kostenübernahme in Abhängigkeit sozialmedizinischer Gutachten der medizinischen Dienste (MDK). Deren Begutachtungsanleitung [6] hat sich an den deutschen Standards orientiert, die 1997 durch eine von der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS) einberufene Expertenkommission erarbeitet wurden [7]. Obgleich sie heute aus wissenschaftlicher Sicht als überholt gelten, ist die Begutachtungsanleitung [6] weiterhin in Kraft und formuliert Voraussetzungen, die erfüllt werden müssen, um die Kosten für geschlechtsmodifizierende oder -angleichende Behandlungen erstattet zu bekommen. So wird unter anderem die Durchführung einer kontinuierlichen psychotherapeutischen Behandlung über 18 Monate sowie einer psychotherapeutisch begleiteten Alltagserprobung über mindestens zwölf Monate gefordert, bevor der MDK den Krankenkassen empfiehlt, die Kosten für die verschiedenen geschlechtsmodifizierenden beziehungsweise -angleichenden Behandlungen zu übernehmen. Zusätzlich sollen pauschal für alle Behandlungssuchenden vorformulierte Psychotherapieziele erreicht werden, ohne dass geklärt wäre, ob dies Ziele sind, die im Interesse der jeweiligen Person liegen und ohne dass die Notwendigkeit der einzelnen Voraussetzung im Sinne ihrer Wirksamkeit (u. a. Reduktion der GD) empirisch fundiert wäre. Zu den vom MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen) formulierten Psychotherapiezielen gehören eine Vielzahl formaler Anforderungen, zum Beispiel die innere Stimmigkeit und Konstanz des sogenannten Identitätsgeschlechtes, die Lebbarkeit der gewünschten Geschlechtsrolle und die realistische Einschätzung der Möglichkeiten und Grenzen der hormonellen oder chirurgischen Behandlung [6]. Vielmehr häufen sich die Belege von systematischer Diskriminierung und Destabilisierung von Transgender-Menschen im und durch das Gesundheitssystem [8]. Daher entwickeln Experten nach den Kriterien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) eine S3-Leitlinie (<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ anmeldung/1/ll/138-001.html>), um die Lücke der fehlenden Evidenzbasierung zu schließen.

Über die Frage der Kostenregulierung hinaus findet die Gesundheitsversorgung für trans*-Menschen im Zuge ihrer Transition deutschlandweit in unterschiedlichen Settings statt. Vereinzelt übernehmen Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) die Diag-

Die Kosten für geschlechtsangleichende Behandlungen werden von den Krankenkassen übernommen, wenn die medizinische Notwendigkeit im Einzelfall festgestellt ist.

Aktuell entwickeln Experten nach den Kriterien der AWMF eine S3-Leitlinie, die die Lücke der fehlenden Evidenzbasierung schließen soll.

nostik und Indikationsstellung, bieten psychosoziale und bei Bedarf psychotherapeutische Unterstützung an und koordinieren die Integration weiterführender, somatischer Behandlungen. Diese finden entweder zentral an einem Klinikum statt (z. B. am Transgender-Centrum in Hamburg) oder auch dezentral in Kooperation mit spezialisierten Kliniken. Andernorts haben sich Spezialambulanzen für trans*-Menschen in somatischen Bereichen angesiedelt, zum Beispiel in der Endokrinologie oder Gynäkologie, die wiederum mit niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten kooperieren. Ärzte und Psychotherapeuten sowie weitere Fachtherapeuten (u. a. für Logopädie und Epilation) arbeiten allerdings oft auch eigenständig mit trans*-Menschen und bauen sich über Qualitätszirkel (u. a. in Berlin, Essen, Hamburg und München) ein Netzwerk auf, das die multidisziplinäre Versorgung von trans*-Menschen gewährleisten soll.

Häufigkeit

Die Daten zum Vorkommen von GI, GD und/oder Transsexualität sind uneindeutig und variieren je nach zugrunde gelegtem Definitionskriterium (z. B. Selbsteinschätzung, Diagnose, Durchführung genitalangleichender Operation). Ein großer Teil der Prävalenzdaten basiert auf Angaben aus klinischen Studien, deren Stichproben im Zuge der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen erhoben wurden [9]. Zudem liegen nicht klinische Studien vor, die bei Bevölkerungsstichproben [10] oder „convenience samples“ (nicht repräsentative Stichproben bei leichter Verfügbarkeit beispielsweise über Selbsthilfegruppen) online wie offline das geschlechtsbezogene Selbsterleben erheben [11].

Eine systematische Übersicht und Metaanalyse klinischer Studien [9] (**Info Inanspruchnahme und klinische Fragestellungen**) fand insgesamt 21 Arbeiten zur Prävalenz der Transsexualität, wobei zwölf Studien auswertbares Datenmaterial enthielten. Die Gesamtprävalenz betrug 4,6 pro 100.000 mit 6,8 auf 100.000 für Mann-zu-Frau (MzF)-Transitionen und 2,6 auf 100.000 für Frau-zu-Mann (FzM)-Transitio-

Inanspruchnahme und klinische Fragestellungen

Insgesamt rechnen wir aufgrund aktueller diagnostischer Revisionen (DSM-5, ICD-11, siehe nächster Abschnitt zur Diagnostik) und ihrer Implikationen für den Zugang zu geschlechtsangleichenden Behandlungen sowie infolge der zunehmenden Prävalenz bei jüngeren klinischen Studien [9] mit einer weiteren Zunahme der Inanspruchnahme geschlechtsangleichender Behandlung. Zudem werden klinische Fragestellungen an Bedeutung zunehmen, die zuvor aufgrund geltender diagnostischer Kriterien und ihrer Subspezifika ausgeschlossen waren (u. a. non-binäre Identitäten und assoziierte Behandlungsanliegen, psychotische Erkrankungen).

T1 Kriterien des Transsexualismus gemäß ICD-10 F64.0 (mod. nach [33], Seite 241)

ICD-10: Transsexualismus

Die ICD-10 beschreibt den Transsexualismus (F64.0) als eine von mehreren Geschlechtsidentitätsstörungen (F64) und ordnet diese insgesamt den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) zu. Betrachtet man den Wortlaut der ICD-10-Diagnose „Transsexualismus“ fällt die Dreiteilung in ein (1) Positivkriterium, ein (2) Negativkriterium und ein (3) Behandlungskriterium auf [33, S. 241]:

1. Wunsch, im anderen Geschlecht zu leben.
2. Gefühl des Unbehagens oder der Nichtzugehörigkeit zum eigenen Geschlecht.
3. Wunsch nach hormoneller und chirurgischer Behandlung.

nen. Je jünger die inkludierte Studie, desto höher waren die Prävalenzzahlen. Hingegen weisen Daten aus nicht klinischen Studien auf eine höhere Prävalenz von trans*-Personen hin. In einer Online-Untersuchung in den Niederlanden mit 8.064 Teilnehmern [10] gaben 4,6% der befragten Männer und 3,2% der befragten Frauen an, sich ambivalent und/oder inkongruent gegenüber dem eigenen Geschlecht zu empfinden. Im Hinblick auf das Vorliegen einer Geschlechtsinkongruenz wurde eine Prävalenz von 1,1% bei Männern und 0,8% bei Frauen erfasst.

Online-Umfragen bei trans*-bezogenen Stichproben informieren zudem über die Vielfalt geschlechtlicher Identitäten. In einer großen US-amerikanischen Studie mit 6.436 Teilnehmenden [12] identifizierten sich 67% binär (z. B. als Mann oder trans*-Mann) und 33% non-binär (z. B. genderqueer oder agender). Zu vergleichbaren Ergebnissen kommen Umfragen in Europa (non-binär: 36% [13]) und Norddeutschland (non-binär: 19% [14]).

Diagnostik

Im Zuge der Revision der zehnten Version der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10), verfolgt die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) neben dem Anspruch auf globale Anwendbarkeit weitere Ziele, die für den Bereich der Gesundheit von trans*-Menschen relevant sind (u. a. Anti-Diskriminierung und De-Stigmatisierung).

Im Vordergrund der zahlreich formulierten Kritik an der F64.0-Diagnose der ICD-10 stehen sowohl die Psychopathologisierung von trans*-Menschen als auch ihr eingeschränkter klinischer Nutzen. Viele Behandlungssuchende haben ihre Erzählungen den diagnostischen Kriterien angepasst, die unflexibel die zweigeschlechtliche Ordnung stabilisieren (u. a. „das andere Geschlecht“). Insbesondere werden die Kriterien der Erlebensrealität von etwa einem Drittel potenziell behandlingssuchender trans*-Menschen nicht gerecht (siehe Abschnitt zur Epidemiologie) [15, 16]. Das Kriterium 3 (►Tab. 1) verschränkt zudem die Diagnose mit einer geschlechtsangleichenden Behandlung. Differenzierte und individuelle Indikationsstellungen, die beispielsweise

Die Nachfrage steigt, die klinischen Fragestellungen ändern sich.

Die neuen Diagnosen sollen Psychopathologisierung vermeiden.

Anti-Diskriminierung und De-Stigmatisierung stehen auf der Agenda gesundheitspolitischer Reformen.

Internationale Behandlungsempfehlungen verfolgen das Ziel, trans*-Menschen einen verlässlichen Zugang zu einer multimodalen Gesundheitsversorgung zu ermöglichen.



1 Geschlechtsdysphorie gemäß DSM-5: 302.85

eine Hormonbehandlung ohne chirurgische Eingriffe ermöglichen soll, sind per definitionem in der ICD-10 nicht vorgesehen. Obgleich die Diagnose als nicht mehr zeitgemäß und inhaltlich überholt erachtet wird, gilt die ICD-10 bis zum Vorliegen der Version 11 für das deutsche Gesundheitssystem als verbindlich. Dennoch soll der Vorschlag zur diagnostischen Revision des Transsexualismus für die ICD-11, die 2018 veröffentlicht werden soll, im Folgenden dargestellt werden.

ICD-11

Die ICD-11-Diagnose soll Geschlechtsinkongruenz heißen.

Die revidierte Diagnose soll „Gender Incongruence“ (Geschlechtsinkongruenz, GI) [17] heißen und aufgrund der bis dato ungeklärten Genese und zur Reduktion möglicher Stigmatisierung einem separaten Kapitel außerhalb des Bereichs psychischer Störungen zugeordnet werden. Die Inkongruenz zwischen dem Gender und dem zugewiesenen Geschlecht soll als solche den Störungswert ausmachen. Im Gegensatz zur entsprechenden Diagnose der fünften Ausgabe des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-5) der „American Psychiatric Association“ (APA; Gender Dysphoria, siehe nächster Abschnitt) soll es diagnostisch nicht erforderlich sein, dass die Diagnosestellung bei GI einen Leidensdruck bedingt. Infolgedessen könnte die ICD-Diagnose auch bei antizipiertem Leidensdruck oder zu dessen Prävention gestellt werden, wenn angenommen werden kann, dass die Nichtnutzung geschlechtsangleichender Behandlungen zur Ausprägung oder Verstärkung der assoziierten Symptomatik führt.

DSM-5

Die DSM-5-Diagnose heißt Geschlechtsdysphorie.

Die APA veröffentlichte im Mai 2013 die fünfte Version ihres Klassifikationssystems, das im Gegensatz zur ICD ausschließlich psychische und Verhaltensstörungen umfasst. Hier versteht die DSM-5-Diagnose Geschlechtsdysphorie (Gender Dysphoria, GD) [18] die GI nicht als psychische Störung. Erst wenn sich im Verlauf der GI ein klinisch-relevanter Leidensdruck entwickelt, spricht das DSM-5 von einer Störung. Der geschlechtsbezogene Leidensdruck steht somit im Mittelpunkt der Diagnose. Darüber hinaus werden auch non-binäre Geschlechtsidentitäten oder -rollen erstmals ausdrücklich benannt, was aufgrund der im Abschnitt Epidemiologie refe-

rierten Daten überfällig war und folgerichtig ist. Neben möglicher Variationen der somatischen Sexualdifferenzierung spielt auch die sexuelle Orientierung bei der Diagnostik keine unmittelbare Rolle mehr und hat entgegen früherer Annahmen keinen empirisch nachweisbaren Effekt auf das Ergebnis der Behandlung [19]. Die deutsche Übersetzung der Kriterien zur GD ist 2015 erschienen [20] (►Abb. 1).

Behandlungsempfehlungen

Unterstützt wird die Orientierung an der GD (und nicht an der Geschlechtsidentität) auch von der international federführenden Fachgesellschaft World Professional Association for Transgender Health (WPATH), die sich weltweit für die Entpsychopathologisierung von trans*-Menschen einsetzt. Die 2011 von der WPATH veröffentlichten Standards of Care (SoC) verfolgen in ihrer siebten Version ([5], deutsch: [21]) das Ziel, trans*-Menschen einen verlässlichen Zugang zu einer multimodalen Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Unabhängig von der Ausprägung einer individuellen Geschlechtsidentität wollen die SoC dazu beitragen, dass trans*-Menschen im Einklang mit ihrem individuellen Geschlechterleben leben können, einschließlich des Körpers, der Psyche und nach Möglichkeit auch der sozialen Situation. Die ►Abb. 2 veranschaulicht schematisch, wie GI, GD und eine mögliche Behandlung zur individuellen Geschlechtsangleichung, das heißt der Anwendung unterschiedlicher Maßnahmen (u. a. Hormonbehandlung, Brust- und genitalchirurgische Eingriffe) zusammenhängen. Es bleibt allerdings zu betonen, dass die Ausprägung von GI und GD sowie die Frage nach den relevanten somatischen Behandlungen individuell sehr unterschiedlich sein können. Eine Auflistung der verschiedenen somatischen Maßnahmen zur Veränderung körperlicher Geschlechtsmerkmale findet sich in ►Tab. 2.

Da die Diagnose nicht mehr unmittelbar die Indikation geschlechtsangleichender Behandlungen impliziert, stellt sich die Frage, auf welcher Grundlage die Indikationsstellungen für die jeweils notwendigen Maßnahmen basieren. Die entscheidende Frage fokussiert daher nicht länger die Identität der Behandlungssuchenden, sondern lautet vielmehr: Welche Behandlungselemente in welcher bedarfsgerechten Kombination lassen eine signifikante und nachhaltige Reduktion der individuellen GD erwarten oder deren Prävention?

Evidenzbasierung des Paradigmenwechsels

Da die bisherigen Befunde zum Outcome der multimodalen Behandlung (u. a. [22]) aus der Zeit des eher rigiden und restriktiven Behandlungsparadigmas des Transsexualismus stammen, sollten Follow-up-Studien empirisch prüfen, inwiefern der skizzierte Paradigmenwechsel tatsächlich zu einer insgesamt zielführenderen Gesundheitsversorgung für trans*-Menschen führt.

kasuistik

Fallvignetten

Um die Varianz von trans*-bezogenen Entwicklungen zu verdeutlichen, skizzieren wir im Folgenden zwei sehr unterschiedliche Fälle, die beide so oder so ähnlich vorkommen, aber unmittelbar keinen Bezug zu lebenden Personen haben.

Fall 1: GF, 32-jähriger körperlich weiblicher Patient. Peripubertär erste Symptome einer Bulimia nervosa vom anorektischen Typ mit Selbstwertproblemen, sozialem Rückzug und ohne sexuelle Erfahrungen. 2005 aufgrund von Untergewicht (BMI 15,1) erste stationäre Psychotherapie mit Fokus auf die Behandlung der Essstörung. Im Verlauf der Behandlung Exazerbation der Symptomatik mit schwerer, wahnhafter Depression und rezidivierenden Suizidversuchen. 2007 outete GF gegenüber seiner Therapeutin sein männliches Identitätserleben. Erst 2009 nach weiterer Zuspitzung in rezidivierenden Suizidversuchen erfolgte die Überweisung in die Transgenderambulanz. Hier wurde erstmalig die psychodynamische Bedeutung der Geschlechtsdysphorie für die psychosoziale Entwicklung fokussiert und in das Therapiekonzept integriert. Die Symptomatik bestand zu dieser Zeit aus einer schweren Depression mit nihilistisch anmutendem Wahnerleben, einer chronifizierten Bulimia nervosa vom anorektischen Typ und der Geschlechtsdysphorie.

Aufgrund der Komplexität der Symptome wurde die Behandlung von GF auf „zwei Hände“ verteilt, psychiatrisch und sexualmedizinisch. Die psychiatrische Behandlung konzentrierte sich mit wöchentlichen psychotherapeutischen Gesprächen auf die Bewältigung der Depression, der Selbstwertprobleme und den Diskriminierungsängsten. Bei anhaltender latenter Suizidalität wurde zusätzlich Quetiapin (400 mg) und Bupropion (300 mg) verabreicht. In der sexualmedizinischen Behandlung stand die differenzierte Erfassung der Geschlechtsdysphorie und die Indizierung geschlechtsangleichender Behandlungen im Vordergrund. Beide Therapiefelder befanden sich in regelmäßigem Austausch. Nach Stabilisierung und nachlassender Suizidalität wurde 2010 für GF die Behandlung mit Androgenen eingeleitet und der Antrag auf Änderung der Vornamen und des Personenstandes gestellt.

Im Zuge der körperlichen Virilisierung sowie der Vornamens- und Personenstandsänderung nach dem TSG war es GF in der Folge möglich, erstmalig seit 2005 einen Job, nun in der männlichen Rolle, anzunehmen. 2013 fand die Mastektomie statt, woraufhin sich das Gewicht bei einem BMI von 18,7 stabilisierte und seither konstant ist. 2015 wurde die Phalloplastik dreizeitig ohne Komplikationen durchgeführt. Im weiteren Verlauf stabilisierte sich GF so weit, dass die sexualmedizinische Behandlung beendet werden konnte, psychiatrisch begleitende Gespräche finden noch niederfrequent statt. Die Medikamenteneinnahme erfolgt in der obigen Dosierung. Das Ausmaß der Bulimie hat sich reduziert, konnte bisher nicht bis zur Remission behandelt werden. Suizidale Krisen sind seit 2010 nicht mehr aufgetreten.

Fall 2: K. suchte im Alter von 24 Jahren erstmals die Spezialambulanz auf. Über das Internet hatte er von einer Offenheit der Ambulanz gegenüber non-binären geschlechtlichen Identitäten erfahren. K. war mit dem Körper eines Jungen geboren und lebte etwa ab der Mitte der zweiten Lebensdekade offen homosexuell. Grundlegende Schwierigkeiten hatte K. damit zunächst nicht. Jedoch scheiterte die letzte homosexuelle Partnerschaft daran, dass K. sich zunehmend weiblich kleidete und verhielt. In der Folge probierte sich K. immer häufiger in drag aus und ging an den Wochenenden als Frau gekleidet feiern. Schnell merkte K., dass sich die Fremdwahrnehmung als drag queen beziehungsweise Travestiekünstlerin nicht stimmig anfühlte und K. sich nicht als verkleidet empfand. Vielmehr verspürte K. ein zunehmendes Wohlbefinden in der sozialen weiblichen Rolle, stand einer chirurgischen Genitalangleichung aber kritisch gegenüber und erkannte die eigene schwul-männliche Sozialisation als bedeutsam für die Identitätsentwicklung. Mit der gängigen Erzählung, „schon immer weiblich“ und „gefangen im falschen Körper“ zu sein, konnte K. sich nicht identifizieren. Vielmehr empfand sich K. auf der Suche, einen individuellen geschlechtlichen Ausdruck über die Grenzen geschlechtlicher Stereotypen hinaus zu finden.

In der strukturierten Eingangsdagnostik waren weder aus der Vorgeschichte noch aktuell Hinweise auf schwere psychische Störungen festzustellen. Anamnestisch berichtete K. von einer mittelgradigen depressiven Episode über wenige Wochen im Rahmen des Erkenntnisprozesses, homosexuell orientiert zu sein. Hingegen war der geschlechtsbezogene Leidensdruck in der Untersuchungssituation deutlich spürbar und fokussierte hauptsächlich zwei Bereiche: die fehlende weibliche Brust, die störende Körper- und Gesichtsbehaarung sowie die männliche Stimme und die Irritationen und Zurückweisungen sowie damit einhergehend die Diskriminierungs- und Ausschlusserfahrungen, die sein geschlechtlich non-konformes Auftreten bei den Mitmenschen zuweilen erzeugte. Neben dem ich-stärkenden und emanzipatorischen Teil der Psychotherapie stabilisierte K. vor allem die Umstrukturierung des eigenen Umfelds, privat wie beruflich. Mit einer Low-dose-Hormonbehandlung – Estradiol in Gel-Form (2 Hübe/Tag) sowie niedrig dosiertem Cyproteronacetat (5 mg/Tag) – konnte bei K. einerseits die gewünschte Feminisierung erreicht werden, bei gleichzeitigem Erhalt der männlichen Sexualefunktionen. Über das hormonbedingte Brustwachstum erreichte K. Körbchengröße B. Schließlich profitierte K. sehr von der Epilationsbehandlung der Gesichts- und Teilen der Körperbehaarung und lernte im Zuge einer Logopädie eine höhere Stimmlage. K. wählte einen geschlechtsneutralen Vornamen und versuchte, sich als non-binäre trans*-Frau in der Welt zu behaupten. Wenngleich K. noch keine neue Partnerschaft eingegangen ist, war die bisherige multimodale Behandlung (Psychotherapie, Epilation, Logopädie und Hormonbehandlung) zielführend auf dem Weg zur individuellen Trans*-Gesundheit.

T2 Maßnahmen zur Veränderung körperlicher Geschlechtsmerkmale [mod. nach 31]

Ausgehend von männlichen Geschlechtsmerkmalen	Disziplin	Ausgehend von weiblichen Geschlechtsmerkmalen
Androgensuppression (z. B. mit Cyproteronacetat), Östrogensubstitution	Endokrinologie	Testosteronsubstitution, Östrogensuppression (z. B. mit Leuprorelinacetat)
Mammoplastik	Chirurgie	Entfernung Brustdrüsengewebe (Mastektomie), Plastik männliches Brustprofil
Entfernung Hoden (Testektomie)		Entfernung Eileiter (Tubektomie), Eierstöcke (Ovarektomie; zus.: Adnektomie) und Gebärmutter (Hysterektomie)
Neubildung weiblicher Geschlechtsorgane (Penektomie, Urethralplastik, Mons pubis Plastik, Vulva- und Vaginalplastik)		Neubildung männlicher Geschlechtsorgane (Harnröhrenplastik, Schwellkörper- und Hodenprothesen, Phallusplastik) Alternative: Klitorispenoid (Metaidoioplastik)
Reduktion Adamsapfel (Chondrolaryngoplastik)		
Modifikation Stimmhöhe (Logopädie, Phonochirurgie)		
Chirurgische Feminisierung des Gesichts (Modifikation der oberflächenform- und konturgebenden Schädelknochen und -knorpel)		
Epilation Gesichts- und Körperbehaarung (Laser, Nadel), Haartransplantation	Elektrologistik, Dermatologie	

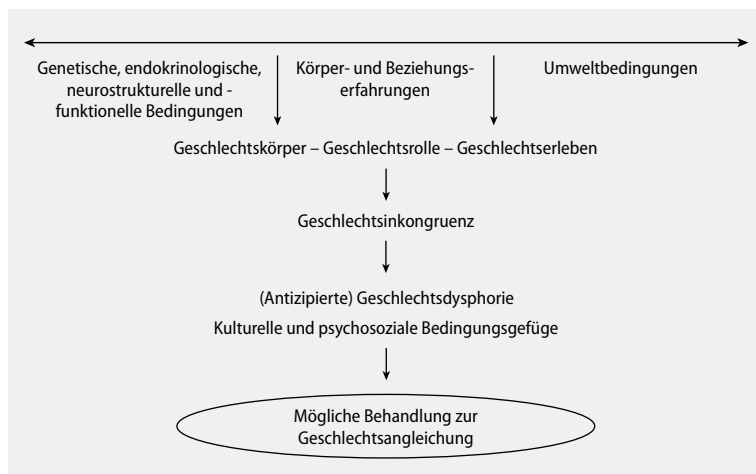
Und: Sind die Behandlungen zur Geschlechtsangleichung für die betreffende Person langfristig stabilisierend?

Konkreter: Welche körpercharakteristischen Veränderungen (z. B. Art der Körper- und Gesichtsbehaarung, Aufbau und Gestaltung des Brustprofils) können mit welcher Behandlung (z. B. Gabe von Sexualhormonen und deren Suppression, chirurgische Eingriffe) die individuelle GD deutlich beziehungsweise nachhaltig reduzieren oder ihre Entstehung langfristig verhindern? [22] (**Info Evidenzbasierung des Paradigmenwechsels**)

Begleitende psychische Störungen

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sind trans*-Menschen einer höheren psychischen Belastung ausgesetzt, sowohl vor als auch teilweise nach geschlechtsangleichenden Behandlungen. Dabei stehen affektive Störungen, Substanzmissbrauch und

Angststörungen im Vordergrund. Eine europäische Multicenterstudie fand bei behandlingssuchenden trans*-Menschen (n=305) vor Beginn einer geschlechtsangleichenden Behandlung eine Lebenszeitprävalenz von 57 % unipolar-affektiver Erkrankungen und 28 % Angststörungen (Trans*-Menschen mit einer psychotischen Störung wurden von der Auswertung ausgeschlossen [23]). Hepp et al. [24] fanden in einer Stichprobe von n=31 behandlingssuchenden trans*-Menschen (sowohl unbehandelt als auch mit Hormonen und/oder chirurgischen Eingriffen) eine Lebenszeitprävalenz von 45 % unipolar-affektiver Störungen und 23 % Angststörungen. Außerdem war bei 45 % ein Substanzmissbrauch, bei 42 % eine Persönlichkeitsstörung und bei 7 % eine Psychose diagnostiziert worden. Eine aktuelle Übersichtsarbeit [25] fasste 38 Quer- und Längsschnittstudien aus den Jahren 2000 bis 2015 zusammen. Auch hier werden vor allem affektive und Angststörungen berichtet, wohingegen psychotische oder bipolare Störungen nicht häufiger als in der Allgemeinbevölkerung vorzukommen scheinen. Es zeigt sich also, dass trans*-Menschen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung stärker von psychischen Belastungen und Störungen betroffen sind. Nach dem Minderheiten-Stress-Modell [26] spielen bei der Entstehung begleitender psychischer Störungen neben dem unmittelbaren körperbezogenen Leidensdruck Diskriminierungs- und Ausgrenzungsprozesse eine Rolle, die bei trans*-Personen vorwiegend auf das geschlechtsbezogene Erleben und Verhalten abzielen und bei einer zielführenden psychotherapeutischen Unterstützung berücksichtigt werden sollten [27].



2 Zusammenhang zwischen Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und möglicher geschlechtsangleichender Behandlung.

Bedeutung und Inhalte der Psychotherapie

Nach aktueller Auffassung werden die Variationen geschlechtlicher Identität nicht mehr als Erkrankung der Psyche verstanden, sodass Heilung im herkömmlichen Sinne kein Ziel einer Behandlung ist. Psychosoziale Beratung und Psychotherapie erweisen sich

allerdings als wertvolle Unterstützung sowohl für eine gelungene Transition als auch auf dem Weg zur nachhaltigen Gesundheit von trans*-Menschen. Allerdings sollte Psychotherapie mit trans*-Menschen bedarfsgerecht sein, das heißt, sich an individuellen Entwicklungszielen orientieren. Das heißt auch, Psychotherapie sollte ohne die Vorannahme geschehen, dass einer trans*-bezogenen Entwicklung per se ein primärer Konflikt, ein Störungsmodell oder eine Psychopathologie zugrunde liegt. Stattdessen sollte sie unter Einschluss von Partizipation der Patientinnen an den Behandlungsinhalten und mit Blick auf die Förderung der Selbstbestimmung durchgeführt werden, insbesondere in Bezug auf Entscheidungen über somatische Behandlungen am eigenen Körper. Die spezifischen Probleme von sexuellen und geschlechtlichen Minderheiten im Allgemeinen sowie von trans*-Menschen im Besonderen bedürfen einer besonderen Kenntnis und Reflexion darüber, wie sich Diskriminierungen und Traumatisierungen in einer überwiegend zweigeschlechtlich organisierten Welt darstellen und welche Auswirkungen diese auf die einzelnen Entwicklungsphasen von trans*-Menschen haben (u. a. [28]).

Psychotherapie soll in einem geschützten Rahmen geschlechtliches Empfinden als individuelles und existenzielles Bedürfnis wertschätzen und den Behandlungssuchenden bestenfalls eine ganzheitliche Spiegelungserfahrung ermöglichen. Dem Individuum soll unter Weitsicht in einem therapeutischen Prozess zu einem Höchstmaß an Selbstbestimmung unter den Stressoren einer geschlechtlich binär organisierten Umwelt verholfen werden [29]. Wesentlich ist, dass „Psychotherapie in Methodik, Technik und Handhabung flexibel den transsexualitätsspezifischen Problemstellungen und der besonderen Situation dieser Menschen angepasst ist und damit flexibel und adaptiv gehandhabt wird“ ([30] S. 663).

Ziel einer psychotherapeutischen Behandlung ist die Reduktion der häufig vorkommenden reaktiven Symptome, die positive Auseinandersetzung mit der individuellen geschlechtlichen Identität und die Unterstützung einer bestmöglichen und diskriminierungsarmen Selbstgestaltung hin zu einer integrierten körperlichen und sozialen Rolle in allen Bereichen des Lebens. Sie sollte zu Selbstreflexion im Prozess einer fundierten Entscheidung für oder gegen geschlechtsangleichende Behandlungen und zur Lösung damit assoziierter Konflikte verhelfen und macht nur auf freiwilliger Basis Sinn. Die spezifischen Inhalte und Schwerpunkte der Psychotherapie erschließen sich aus der Dynamik der individuellen Lern- und Lebensgeschichte [31]. Das Therapieverständnis erkennt die Existenz vielfältiger geschlechtlicher Identitäten an, ist insgesamt trans*-positiv und affirmativ, emanzipatorisch und individuell entwicklungsfördernd, ich-stärkend, prozessbegleitend und sozial integrativ.

Von besonderer Bedeutung ist die Bewältigung von Diskriminierungserfahrungen, die die häufigs-

te Ursache für die Genese reaktiver psychischer Störungen sind. Angehörige von Minderheiten haben ein höheres Risiko, auf Diskriminierungsdruck und/oder aus Angst vor Diskriminierung mit psychischen Folgeerkrankungen zu reagieren [32]. Hierbei spielt der Mechanismus der Selbststigmatisierung eine große Rolle. Selbststigmatisierung entsteht, wenn Mitglieder einer stigmatisierten Gruppe die Inhalte von Diskriminierungen über sich kennen, ihnen zustimmen und sie im Verlauf gegen sich wenden, so dass Selbstvorurteile und Selbstdiskriminierung entstehen, bis zur Entwicklung eines verminderten Selbstwertgefühls [28] und den bereits oben aufgeführten reaktiven psychischen Störungen, die in psychotherapeutischen Behandlungen eine bedeutende Rolle spielen. Die Prävention stigmainduzierter, psychischer Gesundheitsprobleme sollte nicht allein eine psychotherapeutische, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe sein.

Die juristische Regelung – Änderung von Vornamen und Personenstand

Eine konflikt- und diskriminierungsfreie Teilnahme an den öffentlichen und sozialen Räumen einer Gesellschaft ist für die Lebensqualität und somit Gesundheit von hoher Bedeutung. Von daher sind ein geschlechtssyntoner Vorname sowie Personenstand für trans*-Menschen im Rahmen der Gesundheitsversorgung eine wichtige Voraussetzung, um sich gleichberechtigt in diese Räume integrieren zu können. Die Änderung der Vornamen (VÄ) und des Personenstandes (PÄ) sind im deutschen Transsexualengesetz (TSG) geregelt. Es ist seit 1981 in Kraft. Das TSG-Verfahren ist nicht mehr zeitgemäß und in seinem Ablauf mit einem ausgeprägten Verwaltungsaufwand, langen Wartezeiten und hohen Kosten verbunden. Im Zuge des TSG-Verfahrens dienen den Gerichten zwei unabhängig erstellte Sachverständigenutachten als Entscheidungsstützen, die unter anderem das Vorliegen einer „transsexuellen Prägung“ (meist interpretiert als klinische Diagnose „Transsexualismus“) attestieren müssen.

Das TSG wird heftig kritisiert; es sei in vieler Hinsicht verfassungswidrig und längst nicht mehr zeitgemäß. Trotzdem ist das TSG seit 1981 vom Gesetzgeber nicht reformiert worden. Und das, obwohl über die Jahre zahlreiche Inhalte des TSG durch das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) als verfassungswidrig erklärt worden sind. Von zentraler Bedeutung für die Lebenssituation von trans*-Menschen ist dabei eine Entscheidung des BVerfG vom 11.01.2011. Bis zu diesem Termin war eine PÄ an die Voraussetzung gebunden, dass zum einen Fortpflanzungsfähigkeit vorliegt und zum anderen durch einen operativen Eingriff eine deutliche Annäherung an das Erscheinungsbild des anderen Geschlechts erreicht worden ist.

Seit dem Entscheid des BVerfG von 2011 ist eine PÄ nun auch ohne Hormonbehandlung und/oder chirurgisch-geschlechtsangleichenden Eingriff mög-

Psychotherapie kann bei Bedarf und Indikation hilfreich sein.

Psychotherapie sollte ohne die Vorannahme geschehen, dass einer Geschlechtssinkongruenz per se Psychopathologie zugrunde liegt.

Psychotherapie soll den Behandlungssuchenden im therapeutischen Schutzraum eine ganzheitliche Spiegelungserfahrung ermöglichen.

lich. In Anlehnung an die Modelle anderer Länder fordern auch in Deutschland Vertreter(innen) der Gruppen von trans*-Menschen seit Jahren eine gänzliche Abschaffung des richterlichen Verfahrens, insbesondere der Begutachtung durch zwei Sachverständige.

Fazit

Die traditionelle Vorstellung von der Zweigeschlechtlichkeit des Menschen ist im Zuge der wissenschaftlichen Erkenntnisse der letzten zehn Jahre ist Wanken geraten. Moderne Geschlechtertheorien stützen sich auf jüngere empirische Befunde und gehen von einer Non-Binarität des Geschlechts aus, in der neben Mann und Frau eine Vielfalt geschlechtlicher Identitäten existent ist. Diese Erkenntnis fordert eine Änderung psychotherapeutischer und medizinischer Behandlungskonzepte, um eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung für sexuelle und geschlechtliche Minderheiten in einer vorwiegend zweigeschlechtlich organisierten Gesellschaft möglichst flexibel und individuell zu gewährleisten. The-

rapeutische Hilfen für trans*-Menschen koordinieren sich heute in einem multimodalen Konzept zwischen Selbsthilfe, psychosozialer Beratung, psychotherapeutischen Angeboten und verschiedenen geschlechtsmodifizierenden somatischen Therapien. Darüber hinaus spielt der zunehmende gesellschaftliche Schutz sexueller und geschlechtlicher Minderheiten vor Diskriminierung und Ausgrenzung auf dem Weg zu einer besseren Gesundheit von trans*-Menschen eine bedeutende Rolle.

Literatur

www.springermedizin.de/info-np



Dr. Timo O. Nieder

Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie,
Interdisziplinäres Transgender Versorgungszentrum
Hamburg, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52, 20246 Hamburg
E-Mail: tnieder@uke.de



Prof. Dr. med. Peer Briken

Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie,
Interdisziplinäres Transgender Versorgungszentrum
Hamburg, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52, 20246 Hamburg
E-Mail: briken@uke.de



Annette Güldenring

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Transgenderambulanz Westküstenklinikum Heide
Esmarchstr. 50, 25746 Heide
E-Mail: AGueldenring@WKK-Hei.de

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass sie sich bei der Erstellung des Beitrags von keinen wirtschaftlichen Interessen haben leiten lassen. T. Nieder ist Vorsitzender der AWMF-Leitlinienkommission Geschlechtsinkongruenz, -dysphorie und Trans*-Gesundheit und dort Mandatsträger der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung. A. Güldenring ist Mandatsträgerin und damit Interessensvertreterin der DGPPN in der Kommission zur Entwicklung der S3-Leitlinie Geschlechtsinkongruenz, -dysphorie und Trans*-Gesundheit.

Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrags von zwei unabhängigen Gutachtern geprüft wurde. Werbung in dieser Zeitschriftenausgabe hat keinen Bezug zur CME-Fortbildung.

Der Verlag garantiert, dass die CME-Fortbildung sowie die CME-Fragen frei sind von werblichen Aussagen und keinerlei Produktempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.

CME-Fragebogen

Geschlechtsinkongruenz, -dysphorie und Trans*-Gesundheit

Teilnehmen und Punkte sammeln können Sie

- als e.Med-Abonnent von springermedizin.de
- als registrierter Abonnent dieser Fachzeitschrift
- als Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN)
- zeitlich begrenzt unter Verwendung der abgedruckten FIN

FIN gültig bis 04.01.2017:

IN1612Hv

Dieser CME-Kurs ist zwölf Monate auf CME.SpringerMedizin.de verfügbar. Sie finden ihn am schnellsten, wenn Sie die FIN oder den Titel des Beitrags in das Suchfeld eingeben. Alternativ können Sie auch mit der Option „Kurse nach Zeitschriften“ zum Ziel navigieren.

DOI: 10.1007/s15005-016-1788-3

? Welcher der operativen Teilschritte gehört nicht zur Angleichung an das weibliche Genital?

- Orchiektomie
- Neovaginalplastik aus Penishaut
- Prostatektomie
- Labialplastik
- Neoklitoris

? Welche Voraussetzung zur Personenstandsänderung hat das Bundesverfassungsgericht durch sein Urteil im Januar 2011 ausgesetzt?

- Mindestalter 25 Jahre
- Angleichung an das andere Geschlecht (hormonell und/oder operativ), einschließlich Fortpflanzungsunfähigkeit
- Scheidung einer bis dahin bestehenden Ehe
- Deutsche Staatsbürgerschaft
- Zwei Sachverständigengutachten

? Welche Institution reguliert die Kostenübernahme für geschlechtsangleichende Behandlungen?

- AWMF
- GKV
- MDK
- PKV
- WHO

? Was beinhaltet das Gender *nicht*?

- Geschlechtsrolle
- Geschlechtsverhalten
- Geschlechtsidentität
- Geschlechtschromosomen
- Geschlechtsempfinden

? Was beschreibt der Begriff Gender-Incongruence?

- Die aktuelle ICD-10-Diagnose.
- Die neue DSM-5-Diagnose.
- Eine neue Idee aus der Community der trans*-Menschen.
- Den Vorschlag für die zukünftige ICD-11-Diagnose.
- Die AWMF-S3-Leitlinie.

? Was gehört *nicht* zur psychotherapeutischen Behandlung bei trans*-Menschen?

- Konfliktklärung
- Auflösung des geschlechtlichen Empfindens
- Bearbeitung von Traumatisierungen
- Unterstützung bei der sozialen Integration
- Behauptung gegenüber Diskriminierung

? Welche Eigenschaften gehören *nicht* unmittelbar zum Psychotherapieverständnis?

- Trans*-positiv und affirmativ
- Achtsam und hedonistisch
- Emanzipatorisch und entwicklungs-fördernd
- Ich-stärkend und sozial integrativ
- Prozessbegleitend

? Welche Aussage trifft auf das Transsexuellengesetz (TSG) *nicht* zu?

- Das TSG ist seit 1981 in Kraft.
- Das TSG ist veraltet.
- Das TSG ist bisher vom Gesetzgeber nicht reformiert worden.

- Zwei voneinander unabhängige Sachverständigengutachten werden nicht mehr benötigt.
- Das TSG regelt die Änderung des Vornamens (VÄ) und des Personenstandes (PÄ).

? Bei Online-Studien mit trans*-Menschen geben wie viele an, sich als non-binär, das heißt weder eindeutig weiblich noch eindeutig männlich, zu identifizieren?

- Jeder
- Etwa ein Drittel
- Etwa zwei Drittel
- Etwa ein Viertel
- Etwa ein Fünftel

? Welche der folgenden Aussagen zur Epidemiologie ist klinischen Studien zufolge korrekt?

- Es gibt genauso viele Mann-zu-Frau-Transitionen wie Frau-zu-Mann-Transitionen.
- Es gibt weniger Mann-zu-Frau-Transitionen als Frau-zu-Mann-Transitionen.
- Es gibt immer weniger behandelnsuchende trans*-Menschen.
- Es gibt immer mehr behandelnsuchende trans*-Menschen.
- Die Gesamtprävalenz von trans*-Menschen beträgt 3,5 auf 100.000.



Dieser CME-Kurs wurde von der Bayerischen Landesärztekammer mit zwei Punkten in der Kategorie I zur zertifizierten Fortbildung freigegeben und ist damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig.

Für eine erfolgreiche Teilnahme müssen 70% der Fragen richtig beantwortet werden. Pro Frage ist jeweils nur eine Antwortmöglichkeit zutreffend. Bitte beachten Sie, dass Fragen wie auch Antwortoptionen online abweichend vom Heft in zufälliger Reihenfolge ausgespielt werden.

Bei inhaltlichen Fragen erhalten Sie beim Kurs auf CME.SpringerMedizin.de tutorielle Unterstützung. Bei technischen Problemen erreichen Sie unseren Kundenservice kostenfrei unter der Nummer 0800 7780-777 oder per Mail unter kundenservice@springermedizin.de.

Literatur

1. Krafft-Ebing, R.v., *Psychopathia sexualis*. Vol. 14. 1912 [Neuaufgabe 1997], Berlin: Matthes & Seitz.
2. Abraham, F., Genitalumwandlung an zwei männlichen Transvestiten. *Zeitschrift für Sexualwissenschaft*, 1931. 18(4): p. 223.
3. Benjamin, H., *Transsexualismus: Wesen und Behandlung*. Der Nervenarzt, 1964. 35(11): p. 499-500.
4. Hirschauer, S., Die soziale Konstruktion der Transsexualität [The social construction of transsexuality]1993, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
5. WPATH, Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, 7th Version2011, Minneapolis: WPATH.
6. MDS, Grundlagen der Begutachtung, Begutachtungsanleitung, Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität, 2009, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen: MDS: Essen.
7. Becker, S., et al., Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 1997. 10: p. 147-156.
8. Hamm, J.A. and A.T. Sauer, Perspektivenwechsel: Vorschläge für eine menschenrechts- und bedürfnisorientierte Trans*-Gesundheitsversorgung. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 2014. 27(1): p. 4-30.
9. Arcelus, J., et al., Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *European Psychiatry*, 2015. 30(6): p. 807-815.
10. Kuyper, L. and C. Wijsen, Gender identities and gender dysphoria in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 2014. 43(2): p. 377-85.
11. Kuper, L.E., R. Nussbaum, and B. Mustanski, Exploring the diversity of gender and sexual orientation identities in an online sample of transgender individuals. *Journal of Sex Research*, 2012. 49(2-3): p. 244-54.
12. Grant, J.M., et al., Injustice at every turn: A report of the National Transgender Discrimination Survey, 2011, National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force: Washington, DC.
13. European Union Agency for Fundamental Rights, Being Trans in the European Union. Comparative analysis of EU LGBT survey data, 2014, Publications Office of the European Union: Luxembourg.
14. Eyssel, J., et al., A participatory approach to the needs and concerns of trans individuals regarding interdisciplinary transgender health care: A non-clinical online survey. submitted, 2016.
15. Nieder, T.O., Von der dauerhaft transponierten Geschlechtsidentität zur Genderqueerness: Eine theoretische und praxisorientierte Annäherung, in *Sexualität und Geschlecht*. Psychosoziale, kultur- und sexualwissenschaftliche Perspektiven, K. Schweizer, et al., Editors. 2014, Psychosozial-Verlag: Gießen. p. 167 - 179.
16. Kuper, L.E., R. Nussbaum, and B. Mustanski, Exploring the diversity of gender and sexual orientation identities in an online sample of transgender individuals. *J Sex Res*, 2012. 49(2-3): p. 244-54.
17. Drescher, J., P. Cohen-Kettenis, and S. Winter, Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*, 2012. 24(6): p. 568-577.
18. American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*2013, Washington, DC: Author.
19. Nieder, T.O., et al., Sexual orientation of trans adults is not linked to outcome of transition-related health care, but worth asking. *International Review of Psychiatry*, 2016: p. 1-9.
20. Nieder, T.O. and F. Pfäfflin, Geschlechtsdysphorie, in *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5 (Deutsche Ausgabe)*, P. Falkai and H.-U. Wittchen, Editors. 2015, Hogrefe: Göttingen.
21. Richter-Appelt, H. and T.O. Nieder, eds. *Transgender-Gesundheitsversorgung. Eine kommentierte Herausgabe der Standards of Care der World Professional Association for Transgender Health*. 2014, Psychosozial-Verlag: Gießen.
22. Murad, M.H., et al., Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, 2010(72): p. 214-231.
23. Heylens, G., et al., Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries. *The British Journal of Psychiatry*. doi: 10.1192/bjp.bp.112. 121954, 2013.
24. Hepp, U., et al., Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 2005. 58(3): p. 259-61.
25. Dhejne, C., et al., Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *International Review of Psychiatry*, 2016. 28(1): p. 44-57.
26. Meyer, I.H., Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological bulletin*, 2003. 129(5): p. 674-697.
27. Hendricks, M.L. and R.J. Testa, A Conceptual Framework for Clinical Work With Transgender and Gender Nonconforming Clients: An Adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology*, 2012. 43(5): p. 460-467.
28. GÜldenring, A.-K., Phasenspezifische Konfliktthemen eines transsexuellen Entwicklungsweges. *Psychotherapie im Dialog*, 2009. 10(1): p. 25-31.
29. GÜldenring, A.-K., Zur „Psychodiagnostik von Geschlechtsidentität“ im Rahmen des Transsexuellengesetzes. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 2013. 26(02): p. 160-174.
30. Senf, W. and G. Senf, *Transsexualität*, in *Praxis der Psychotherapie*, W. Senf and M. Broda, Editors. 2012, Thieme: Stuttgart. p. 658-665.
31. Nieder, T.O. and H. Richter-Appelt, Transgender: Transsexualität, Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie, in *Praxisbuch Sexuelle Störungen*, P. Briken and M. Berner, Editors. 2013, Thieme: Stuttgart. p. 203-222.
32. Goldblum, P., et al., The Relationship Between Gender-Based Victimization and Suicide Attempts in Transgender People. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2012. 43: p. 468-475.
33. Dilling, H., W. Mombour, and M.H. Schmidt, *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*, Kapitel V (F), ed. Weltgesundheitsorganisation. Vol. 5. 2005, Bern: Hans Huber.