Gynäkologische Endokrinologie 2017 · 15:5–13
DOI 10.1007/s10304-016-0115-x
Online publiziert: 20. Januar 2017
© Springer Medizin Verlag Berlin 2017

**Redaktion**
M. Birkhäuser, Basel
L. Wildt, Innsbruck

**David Garcia Nuñez**[1] · **Timo O. Nieder**[2]

[1] Schwerpunkt für Geschlechtervarianz, Universitätsspital Basel, Basel, Schweiz
[2] Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie, Interdisziplinäres Transgender Versorgungscentrum Hamburg, Universitätsklinikum Hamburg- Eppendorf, Hamburg, Deutschland

# Geschlechtsinkongruenz und -dysphorie

## Konzepte und Behandlungsempfehlungen für Trans*Menschen

### Vorbemerkungen zu Schreibweisen

Um die Vielfalt unterschiedlicher Geschlechter und Geschlechtsidentitäten darstellen zu können, werden in diesem Text Pluralformen mit einem „gender gap“ (z. B. Patient_innen) gekennzeichnet. Der „gender gap“ ist als Alternative zum Binnen-I (z. B. PatientInnen) zu verstehen und dient der Öffnung des Raums für Geschlechter und Geschlechtsidentitäten jenseits des binären Geschlechtskonzepts.

Der Begriff „trans*“ soll Personen umschreiben, die sich beispielsweise als transsexuell, transident, transgeschlechtlich, transgender, „genderqueer“, trans*, trans, nichtbinär, „crossdresser“, Transfrau oder Transmann bezeichnen oder bezeichneten.

### Von paternalisierender Pathologisierung zu partizipativer Transitionsbegleitung

In westlichen Kulturen wird Menschen schon bei Geburt, oftmals auch pränatal, eine von zwei Geschlechtskategorien zugeordnet: Mann oder Frau. Diese binäre Zuordnung einer sozialen Konstruktion zu einem körperlichen Geschlecht basiert auf essenzialistischen Grundannahmen, die den Rahmen der „Alltagstheorie der Zweigeschlechtlichkeit“ bilden [1]. Innerhalb dieses Denksystems – und besonders im medizinischen Umfeld – wird die binäre Geschlechtsordnung kaum hinterfragt. Ihr normativer Charakter begründet sich darin, dass sie keiner Begründung bedarf – dies, obschon es genügend wissenschaftliche Belege gibt, dass die Zweigeschlechtlichkeit weder ein ubiquitäres [2] noch ein atemporales [3] Phänomen ist. Gleichzeitig bekräftigt der Essenzialismus die theoretische Annahme, die psychische Geschlechtsidentität leite sich direkt aus den körperlichen Geschlechtsmerkmalen ab [4]: Man(n) ist Mann, weil extrauterin ein Penis sichtbar ist, der intrauterin entstand, weil man Mann ist.

Auch wenn viele Personen dieser Übereinstimmung entsprechen, gibt es auch Menschen, die sich dem Geschlecht, das ihnen bei Geburt aufgrund körperlicher Geschlechtsmerkmale zugewiesen wurde, nicht zugehörig fühlen. Diese Personen erleben eine biopsychosoziale Spannung zwischen ihrem biologisch markierten Körper und ihrem erlebten Geschlecht: die Geschlechtsinkongruenz (GI). Die Ursachen, die (Ent-)Pathologisierung und die entsprechende Platzierung der GI in den diagnostischen Manualen sind kontroverser Gegenstand der Sexualwissenschaft [5]. Einig sind sich die Expert_innen darüber, dass GI breiter gedacht wird als der Transsexualismus ([6]; **Abb. 1**). Daher wird in diesem Beitrag die auslaufende Diagnose des „Transsexualismus“ nicht mehr thematisiert. Stattdessen wird auf die zukünftige Diagnose der GI in der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-11) Bezug genommen. Auch wenn diese bis zur definitiven Verabschiedung des Klassifikationssystems durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Veränderungen erfahren könnte.

Die aktuelle Evidenzlage rechtfertigt die weitere Betrachtung der GI als primäres psychisches Leiden nicht [7]. Gemäß dem aktuellen Vorschlag der WHO in der voraussichtlich 2018 erscheinenden ICD-11 wird die GI daher nicht mehr als psychische Störung, sondern als ein die sexuelle Gesundheit beeinflussender Zustand beurteilt (**Infobox 1**; [8, 9]).

> Manche Formen der GI stellen die sozial vorherrschende Binarität von Geschlecht infrage

Die Zeichen der GI können vielfältig sein: Während manche Trans*Menschen ein Unbehagen mit ihren körperlichen Geschlechtsmerkmalen äußern, beschreiben andere Trans*Menschen Schwierigkeiten mit der eigenen und fremden Wahrnehmung ihrer Geschlechtsrolle. Auch hinsichtlich der Ausprägung der GI und den damit häufig in Verbindung stehenden geschlechtsangleichenden Behandlungen besteht eine große Varianz [10]. Daher ist es möglich, dass sich manche Formen der GI innerhalb des binären Frau/Mann-Schemas einordnen lassen, wohingegen andere wiederum die sozial vorherrschende Binarität von Geschlecht infrage stellen, überschreiten und/oder unterwandern [11]. Die Diversität spiegelt sich zudem in wiederkehrenden Nomenklaturwech-

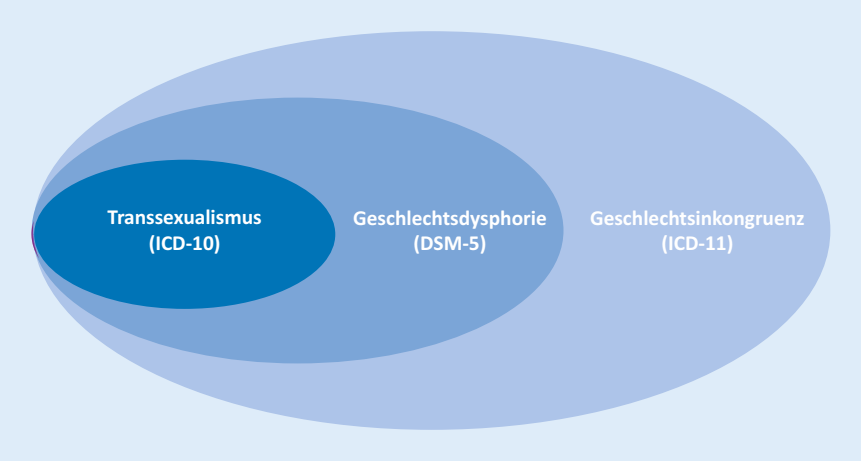


**Abb. 1** ▲ Darstellung der unterschiedlichen trans*-Diagnosen in den unterschiedlichen Diagnosesystemen. *DSM* Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen; *ICD* Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme

seln innerhalb der Medizin und in der Vielfalt wider, mit der Trans*Menschen ihren Zustand und ihre Identität selbst bezeichnen [12].

In dem Maß, wie Trans*Menschen an den tradierten Geschlechteraxiomen rütteln, lösen sie stigmatisierende Reaktionen aus [13]. Es ist daher nicht erstaunlich, dass viele Trans*Menschen – insbesondere vor Beginn ihres geschlechtsangleichenden Prozesses – eine Geschlechtsdysphorie (GD) (**Infobox 2**) aufweisen [14]. Darunter wird die Kombination einer GI mit einem klinisch relevanten biopsychosozialen Leiden verstanden. Gemäß der Minderheitenstresshypothese ([15, 16]; **Abb. 2**) kann die permanente Stigmatisierung von Trans*Menschen über die Entwicklung chronischer Stressreaktionen und geschlechtsdysphorischer Zustände zu schwerwiegenden Konsequenzen führen, so etwa zur Entwicklung von depressiven, Angst-, Sucht- und/oder Somatisierungsstörungen [17, 18].

> » Trans*Menschen suchen bei der klinischen Vorstellung weder körperliche noch ästhetische Optimierung

Das so verursachte Leiden vor Augen erscheint die Dringlichkeit, mit der Trans*Menschen medizinische und soziale geschlechtsangleichende Veränderungsprozesse anstreben, verständlich. Die Transition bietet heutzutage eine sichere Möglichkeit, um die beschriebenen Stress- und Spannungszustände reduzieren zu können [19, 20]. Wenn Trans*Menschen sich klinisch vorstellen, suchen sie weder körperliche noch ästhetische Optimierung. Vielmehr streben sie danach, ihr biopsychosozial verursachtes Leiden mithilfe medizinischer, psychiatrischer und psychotherapeutischer Interventionen zu reduzieren. Anders als in anderen Situationen können die Behandelnden jedoch die latenten sozialen, kulturellen und auch politischen Geschlechterkonflikte, die in unserer Gesellschaft bestehen, nicht verneinen oder verdrängen.

Das ist einer der Hauptgründe, weshalb die medizinische Versorgung von Trans*Menschen stets in einem Spannungsfeld zwischen den verschiedenen Akteur_innen besteht. Der zentrale Konflikt in der medizinischen Versorgung liegt in der Konfrontation zwischen dem Recht auf Selbstbestimmung seitens der Behandlungssuchenden und der Furcht vor einer Fehlentscheidung seitens der Behandelnden [21]. Ferner gibt es andere Dilemmata, die die Begleitung von Trans*Menschen prägen, beispielsweise im Zusammenhang mit den Kostenträger_innen und der Jurisprudenz [22].

Der Behandlungswunsch von Trans* Menschen löst jedoch auch innerhalb der medizinischen Welt Konflikte zwischen wissenschaftlichen Axiomen, klinischen Disziplinen und medizinethischen Überzeugungen aus [23]. Dieser komplexen Situation wurde in der Vergangenheit unter anderem mit dem Aufbau von Sicherheits- und Kontrollmechanismen zu begegnen versucht. Zeugnis für diese Praxis im deutschsprachigen Raum sind Behandlungsstandards, die in der Zwischenzeit als obsolet gelten, jedoch bis vor wenigen Jahren allgemeine Gültigkeit besaßen [24, 25]. Moderne Behandlungskonzepte verlassen diese paternalistische Sicht, indem sie gleichzeitig verschiedene Fehlannahmen früherer Behandlungsrichtlinien überwinden [26–29]:

**Individualisierte Versorgung.** In erster Linie zeichnen sich aktuelle Therapieansätze dadurch aus, dass sie das One-size-fits-all-Prinzip verlassen, also die Vorstellung, es gäbe ein allgemeingültiges Vorgehen. Die klinische Realität hat gezeigt, dass Personen mit einer GI bzw. GD kein homogenes Kollektiv darstellen, das standardisiert behandelt werden sollte. Das heißt nicht, dass für die Behandlung und Begleitung von Trans*Menschen keine Leitlinie aufgestellt werden darf. Allerdings müssen die Behandlungsempfehlungen sowohl durch wissenschaftliche und klinische Evidenz als auch durch eine den Einzelfall ausreichend berücksichtigende Flexibilität gekennzeichnet sein [30].

**Abkehr von essenzialistischen Vorstellungen.** Zudem distanzieren sich moderne Therapiekonzepte von der essenzialistischen und damit nicht für alle Behandlungssuchenden gleichermaßen zielführenden Vorstellung, dass das Ziel geschlechtsangleichender medizinischer Interventionen die Reproduktion von Geschlechtsnormen sei. Es ist nicht Aufgabe der Medizin – und schon gar nicht der Psychiatrie und Psychotherapie –, Behandlungssuchende in eine der bipolaren Geschlechterkategorien „Frau" und „Mann" zu zwingen. Die Kernaufgabe aller Behandelnden besteht vielmehr darin, mit jedem Trans*Menschen in einem Prozess partizipativer Entscheidungsfindung nach den für ihn geeigneten Interventionen zu suchen, um damit die geschlechtsinkongruente bzw. geschlechtsdysphorische Sympto-

matik reduzieren zu können [21]. Dazu gehört jedoch auch die kritische Auseinandersetzung mit eventuellen (hyper-) normativen Geschlechtervorstellungen seitens der Behandlungssuchenden.

**Respekt von Autonomie und Diversität.** Das bedingt allerdings – und das ist die dritte Stütze, über die sich alle neuen Behandlungsrichtlinien einig sind –, dass die Autonomie von Trans*Menschen und die Diversität ihrer Vorstellungen respektiert werden. Die Überlegung, eine Person müsse zuerst ihre akuten (geschlechtsinkongruenten bzw. geschlechtsdysphorischen) Beschwerden mit Tests oder Gutachten „legitimieren", bevor man ihr Hilfe zukommen lassen könne, steht außerhalb der gängigen medizinischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Logik. Das Narrativ der Rechtfertigung zeugt außerdem von einem grundsätzlichen Misstrauen gegenüber der Transitionsvorstellung. Es ignoriert, dass jede Geschlechtsidentitätsvariante – unabhängig davon, ob sie als trans* definiert wird oder nicht – als psychologisch-biografisches Phänomen im subjektiven Erleben verankert und daher nicht objektiv falsifizierbar ist [31].

## Trans*Menschen im Gesundheitssystem

Die Frage nach der Prävalenz von Personen mit GI bzw. GD kann gegenwärtig nicht abschließend beantwortet werden [32]. Vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Begriffsvielfalt und in Abhängigkeit vom Messungsort und der (ICD-)Epoche reicht die Prävalenzspanne in klinischen Populationen bei Trans*Frauen von 1:100.000 [33] bis 1:2900 [34], während bei Trans*Männern Zahlen zwischen 1:400.000 [33] und 1:8300 [34] berichtet werden. In einer aktuellen Metaanalyse wurde eine Gesamtprävalenz der GD von 4,6:100.000 angegeben, wobei das Verhältnis zwischen Trans*Frauen und Trans*Männern bei 2:1 lag [35]. Weitet man den Blick auf die Prävalenz der GI aus und berücksichtigt auch subklinische Formen, findet man Studien, in denen 4,6 % der befragten Männer und 3,2 % der befragten Frauen angeben, sich in unterschied-

## Zusammenfassung · Abstract

Gynäkologische Endokrinologie 2017 · 15:5–13 DOI 10.1007/s10304-016-0115-x
© Springer Medizin Verlag Berlin 2017

D. Garcia Nuñez · T. O. Nieder

### Geschlechtsinkongruenz und -dysphorie. Konzepte und Behandlungsempfehlungen für Trans*Menschen

**Zusammenfassung**

Westliche Kulturen sind durch eine Geschlechterordnung geprägt, die nur zwei Kategorien kennt: Mann und Frau. Vielfältige klinische und Alltagserfahrungen führen dazu, dass dieses binäre Denksystem innerhalb der Medizin kaum hinterfragt wird. Gleichwohl suchen immer mehr Personen medizinische, psychiatrische und psychotherapeutische Hilfe, da sie sich dem Geschlecht, das ihnen bei Geburt aufgrund körperlicher Geschlechtsmerkmale zugewiesen wurde, nicht zugehörig fühlen. Diese Menschen werden als Trans*Menschen bezeichnet. Die biopsychosoziale Spannung zwischen ihrem biologisch markierten Körper und ihrem erlebten Geschlecht wird Geschlechtsinkongruenz (GI) genannt. Ferner wird unter Geschlechtsdysphorie (GD) die Verknüpfung der GI mit einem klinisch feststellbaren Leiden verstanden. GI und GD sind neue Begriffe, die das bisherige pathologisierende Konzept des Transsexualismus und seiner binären Zwangslogik überwinden. Auf der Basis dieser neuen diagnostischen Entitäten werden in diesem Beitrag praktische Schritte zur Abklärung, Behandlung und Betreuung von Trans*Menschen beschrieben. Hierbei werden unter Berücksichtigung aktueller Erkenntnisse aus dem sexualwissenschaftlichen Bereich verschiedene Spannungsfelder und Herausforderungen in der medizinischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Trans*Menschen thematisiert. Die Transition stellt eine sichere Methode dar, mit der sowohl GI als auch GD reduziert werden können. Sie bedarf eines inter- bzw. transdisziplinären Zugangs, in dessen Rahmen Trans*Menschen nach erfolgter Aufklärung innerhalb eines partizipativen Prozesses selbstbestimmt die beste individuelle Therapieoption für sich wählen können. Trans*Menschen sind zeitlebens auf eine gute medizinische und manchmal auch psychiatrische bzw. psychotherapeutische Nachsorge angewiesen.

**Schlüsselwörter**

Geschlechtsidentität · Transsexualismus · Geschlechtsangleichende Verfahren · LGBT · Gesundheitsversorgung

### Gender incongruence and gender dysphoria. Concepts and treatment recommendations for trans*persons

**Abstract**

Western cultures and societies are largely structured according to a binary classification that only recognizes two categories: male or female. Especially in the context of healthcare, the exclusive existence of women and men is barely called into question. Nevertheless, an increasing number of people who experience their gender differently from the sex assigned at birth attend medical and mental healthcare units. These people are commonly referred to as trans or transgender people. Gender incongruence (GI) describes the discrepancy between sex and gender and gender dysphoria (GD) refers to the distress that may result from GI. Both GI and GD are diagnostic terms and reflect a paradigm shift that aims (1) to overcome the psychopathological view of transsexualism and (2) to go beyond the binary gender classification. In line with this concept, this article recommends steps to provide a needs-based assessment and a patient-centered healthcare. Based on recent research results and clinical developments, current challenges in interdisciplinary transgender healthcare are discussed. A professionally supervised transition is a safe and promising method to reduce GI and GD in the long term. We recommend an interdisciplinary approach that is open for individual needs and flexible solutions and that enables the transperson to make fully informed transition-related decisions. Transpersons will need appropriate medical and, in some cases mental healthcare throughout life.

**Keywords**

Gender identity · Transsexualism · Sex reassignment procedures · LGBT · Delivery of health care

**Infobox 1** Geschlechtsinkongruenz bei Jugendlichen und Erwachsenen (Nach [47])

A. Eine Geschlechtsinkongruenz bei Jugendlichen und Erwachsenen zeichnet sich durch eine deutliche und anhaltende Inkongruenz zwischen dem von der Person erlebten Geschlecht (Gender) und ihrem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht (Sex) aus. In der Regel mit
   1. einer Abneigung gegen oder einem Unbehagen hinsichtlich der primären und sekundären Geschlechtseigenschaften des zugewiesenen Geschlechts und
   2. einem starken Wunsch, die primären und/oder sekundären Geschlechtseigenschaften des erlebten Geschlechts zu besitzen.

B. Die Diagnose kann nicht vor Beginn der Pubertät gestellt werden.

C. Eine Geschlechtsinkongruenz bei Jugendlichen und Erwachsenen führt häufig zu einem Transitionswunsch, damit ein vom Umfeld akzeptiertes Leben im erlebten Geschlecht geführt werden kann.

D. Zum Erreichen der Geschlechtskongruenz können Hormonbehandlungen, Operationen und/oder andere medizinische Interventionen erfolgen, um so weit wie gewünscht und so weit wie möglich dem empfundenen Geschlecht zu entsprechen.

**Infobox 2** Geschlechtsdysphorie bei Jugendlichen und Erwachsenen (DSM-5: 302.85. Nach [48])

**Kriterien**

A. Seit mindestens 6 Monaten bestehende, ausgeprägte Diskrepanz zwischen Gender und Zuweisungsgeschlecht, wobei mindestens 2 der folgenden Kriterien erfüllt sein müssen:
   1. Ausgeprägte Diskrepanz zwischen dem Gender und den primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmalen (oder, bei Jugendlichen, den erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmalen)
   2. Ausgeprägtes Verlangen, die eigenen primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale loszuwerden (oder, bei Jugendlichen, das Verlangen, die Entwicklung der erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmale zu verhindern)
   3. Ausgeprägtes Verlangen nach den primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmalen des anderen Geschlechts
   4. Ausgeprägtes Verlangen, dem anderen Geschlecht anzugehören (oder einem alternativen Gender, das sich vom Zuweisungsgeschlecht unterscheidet)
   5. Ausgeprägtes Verlangen danach, wie das andere Geschlecht behandelt zu werden (oder wie ein alternatives Gender, das sich vom Zuweisungsgeschlecht unterscheidet)
   6. Ausgeprägte Überzeugung, die typischen Gefühle und Reaktionsweisen des anderen Geschlechts aufzuweisen (oder die eines alternativen Genders, das sich vom Zuweisungsgeschlecht unterscheidet)

B. Klinisch relevantes Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen

**Cave**

A. Bestimme, ob eine Variation bzw. Störung der Geschlechtsentwicklung vorliegt (z. B. ein adrenogenitales Syndrom, eine angeborene Nebennierenrindenhyperplasie oder ein Androgenresistenzsyndrom).
   *Beachte:* Wenn dies zutrifft, sind beide Diagnosen zu codieren.

B. Bestimme *nach der Geschlechtsangleichung:* Die Person lebt vollständig in der gewünschten Geschlechtsrolle (mit oder ohne gesetzliche Anerkennung) und hat sich mindestens einer geschlechtsangleichenden Behandlungsmaßnahme unterzogen (oder bereitet eine solche vor) – einer regelmäßigen gegengeschlechtlichen Hormonbehandlung und/oder einer geschlechtsangleichenden Operation (z. B. Penektomie, Vaginalplastik bei männlichem Zuweisungsgeschlecht; Mastektomie und/oder Phalloplastik bei weiblichem Zuweisungsgeschlecht).
   *Spezifizierung:* Die Spezifizierung „Nach der Geschlechtsangleichung" bezieht sich auf fortlaufende Anschlussbehandlungen, z. B. die dauerhaft erforderliche Behandlung mit Sexualhormonen.

lichem Ausmaß ambivalent und/oder inkongruent gegenüber dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht zu empfinden [36]. Trotz der bestehenden Forschungslücken zeigt die aktuelle Datenlage, dass die Phänomene der GI und der GD nicht so selten sind, wie die „Alltagstheorie der Zweigeschlechtlichkeit" postuliert und wie man sie vielleicht im bisherigen klinischen Alltag einschätzt.

» Die meisten Kliniken und Praxen sind nicht auf die Begegnung mit Trans*Menschen vorbereitet

Die systematische Verdrängung dieser Zahlen führt dazu, dass weder Kliniken noch Praxen auf die Begegnung mit Trans*Menschen vorbereitet sind. Dementsprechend berichtet die Mehrheit der Trans*Menschen über stigmatisierende Situationen innerhalb des Medizinsystems, wobei das Risiko einer Diskriminierung mit fortschreitender Transition steigt [37]. Die Stigmatisierung kann sowohl einen strukturellen als auch einen interpersonellen Charakter haben. In die erste Kategorie fällt beispielsweise die Unfähigkeit vieler administrativer Systeme im Gesundheitssystem, mit Menschen umzugehen, die sich in Transition befinden und/oder sich außerhalb der Binarität von Geschlecht positionieren [38]. Trans*Menschen werden so häufig in unlösbare Behandlungssituationen versetzt [39]. Auf der interpersonellen Ebene liegt das Hauptstigmatisierungsfeld in der immer wieder in der Literatur berichteten Unterlassung medizinischer Hilfe aus „moralischen" Gründen seitens des Behandlungspersonals [39], aber auch in einem vorurteilsbehafteten, trans*-negativen Umgang [10]. Hierbei haben jene Personen, deren Aussehen am wenigsten den gängigen Geschlechtsrollenkonventionen entspricht, das größte Risiko, stigmatisiert zu werden [40].

Auch außerhalb des Gesundheitssystems werden Trans*Menschen aufgrund ihrer häufig sozial exponierten Position diskriminiert [41]. Daher kann eine Diskriminierungserfahrung im Zuge der medizinischen Transition dazu führen, dass bereits gelernte Fluchtstrategien reaktiviert werden und die Behandlungssuchenden den Ort der gewünschten Behandlung wieder verlassen, ohne dass sie die gewünschte Behandlung in Anspruch genommen haben [42]. Auch suchen manche Trans*Menschen in Erwartung einer weiteren Diskriminierungserfahrung die entsprechende Einrichtung

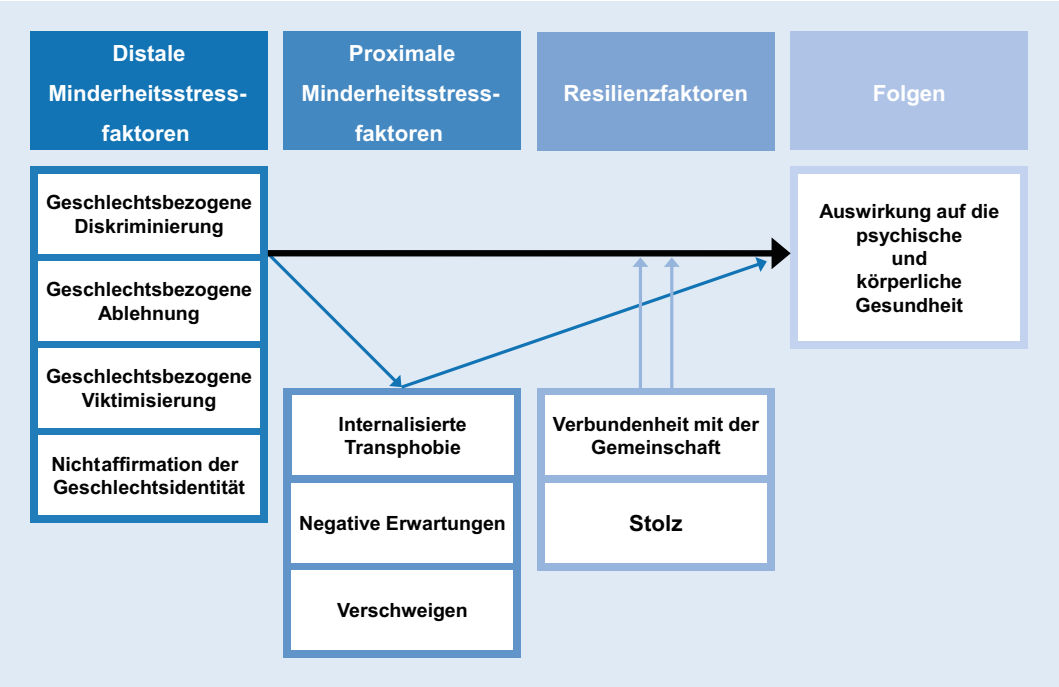


**Abb. 2** ◄ Minderheitenstressmodell. (Adaptiert nach [16])

gar nicht erst auf [10]. Beides kann in der Folge zu schwerwiegenden Gesundheitsproblemen führen [43].

## Verbesserung der Versorgungssituation

Berücksichtigt man bei der Datenerfassung mehrere Optionen für die Geschlechtsidentität der Behandlungssuchenden, ist dies eine zunächst kaum kostenintensive, aber effektive Maßnahme. Gleiches gilt für die Verwendung einer geschlechtersensitiven Sprache in persona und im Schriftverkehr. Es empfiehlt sich zudem, während des Erstkontakts mit dem Trans*Menschen persönlich zu klären, welche Anrede er für sich momentan vorzieht. Viele, aber nicht alle Behandlungssuchende wünschen sich eine Ansprache im erlebten Geschlecht. Die geschlechtskongruente Anrede kann ein Aspekt sein, der den therapeutischen Raum als Schutzraum qualifiziert und ihn so von vielen anderen Alltagsräumen unterscheidet. Die Anrede stellt daher einen wichtigen Schritt beim Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung zwischen Behandlungssuchenden und Behandelnden dar, die wiederum zur Reduktion der GI und/oder GD beitragen kann [44].

Beim Erstkontakt sollte zudem eruiert werden, in welchem Stadium der Transition sich die Person befindet. Zu unterscheiden sind hierbei zwei Situationen: vor dem Coming-out und vor der Transition.

### Vor dem Coming-out

Gelegentlich stellen sich Trans*Menschen in der Praxis nicht mit einer GI und/oder GD, sondern mit einer anderen Leitsymptomatik vor. Diese Personen berichten – nicht selten sogar wiederholt – über meist unklar definierte Beschwerdebilder, wie etwa Brustschmerzen, Menstruationsbeschwerden und migräneartige Kopfschmerzen, und/oder über sexuelle Funktionsprobleme, beispielsweise Libidostörungen. Gelingt es, in diesem Rahmen Vertrauen aufzubauen, berichten die Behandlungssuchenden möglicherweise über die im Hintergrund bestehende GI- bzw. GD-Problematik. Da nichtnormative Varianten des Geschlechts weiterhin tabuisiert werden und oft schambesetzt sind, empfiehlt es sich, dass die Behandelnden in der Anamnese direkt Fragen zum Geschlecht stellen, so etwa: „Gibt es ein Thema im Zusammenhang mit Ihrem Geschlecht, über das Sie sprechen möchten?“

In dieser Phase beschäftigen sich viele Behandlungssuchende hauptsächlich mit der Frage, ob ihr Geschlechtsempfinden normal ist. Für die Behandelnden ist es daher besonders wichtig, nicht als (weitere) normierende Instanz aufzutreten. Vielmehr geht es darum, einen Raum zu öffnen, in dem die betroffene Person ihre Fragen zum Thema ansprechen und sich über gesundheitsrelevante Aspekte bei Geschlechtsvarianz informieren kann. Einerseits sollten die Behandlungssuchenden in dieser Phase zur weiteren Erforschung ihrer Geschlechtlichkeit ermutigt und für Offenheit gegenüber weiteren Veränderungen sensibilisiert werden, z. B. im Rahmen ihrer Identifikation oder in Bezug zu damit einhergehenden Behandlungsanliegen. Andererseits sollten die Gedanken und Gefühle der Personen nicht als Phase bagatellisiert werden. Hier kann der Kontakt zu einer Fachperson oder zu Trans*-Fachstellen, um diese Themen eingehend besprechen zu können, sinnvoll sein.

### Vor der Transition

Es kann allerdings auch vorkommen, dass eine Person im Erstgespräch klar mitteilt, dass sie medizinische Hilfe sucht, um ihre Transition zu beginnen bzw. fortzusetzen. Die Anamnese ge-

staltet sich sehr unterschiedlich, sie ist von Faktoren wie der Coming-out-Situation (überall – partiell – gar nicht) und den individuellen Vorstellungen von der Transition abhängig. So bevorzugen einerseits viele Trans*Menschen den „klassischen Weg", auf dem zuerst die soziale und dann die medizinische Transition erfolgt, von Mann zu Frau oder von Frau zu Mann, so vollständig wie möglich. Andere wünschen wiederum, zuerst hormonell behandelt zu werden, bevor sie ihrem Umfeld ihr Transitionsvorhaben mitteilen. Es gibt aber auch Trans*Menschen, die eine Mischung aus sozialen und medizinischen Maßnahmen anstreben, um die erwünschte Geschlechtsangleichung erreichen zu können. Grundsätzlich sind alle Varianten legitim. Anders als vor einigen Jahren besteht in der Fachwelt weitestgehend Einigkeit darüber, dass nicht jede Transition gleich und linear ablaufen muss [26, 27, 29]. Vielmehr wird vor dem Hintergrund aktueller und erwarteter Behandlungsempfehlungen und Leitlinien [28] empfohlen, im Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung und klinischer Expertise sowie vor dem Hintergrund medizinischer Aufklärung und partizipativer Entscheidungsfindung die beste Behandlungsoption gemeinsam mit den Behandlungssuchenden zu finden.

Allerdings hat so manche Transition schwerwiegende psychosoziale und juristische Implikationen. Zu empfehlen ist daher, dass sich der Trans*Mensch vor der Einleitung einer somatischen Behandlung einer im Bereich der Geschlechtsangleichung fachkundigen Person vorstellt. An manchen Orten, beispielsweise in Basel und Hamburg, gibt es spezialisierte universitäre Institutionen, die interdisziplinäre Behandlungsprogramme für Trans*Menschen anbieten. Anderswo existieren Qualitätszirkel, Netzwerke oder Fachgruppen, in deren Rahmen die Versorgung der Trans*Bevölkerung von spezialisierten, niedergelassenen Fachärzt_innen geleistet wird. Lehnt ein Trans*Mensch die skizzierte komplementäre Unterstützung ab, sollte man die Gründe erfassen und gemeinsam nach Zwischenlösungen suchen. Gelegentlich sind Trans*Menschen hinsichtlich der Möglichkeiten einer psychosozialen Begleitung nicht ausreichend informiert und sorgen sich, die Dauer, Art und Reihenfolge der gewünschten Behandlungen unzureichend beeinflussen zu können. In der Regel kann in einem aufklärenden Gespräch vermittelt werden, wie offen und flexibel die Versorgung sowie die ihr aktuell zugrunde liegenden Behandlungsempfehlungen sind.

## Basisassessment

Stellt sich ein behandlungssuchender Trans*Mensch bei einer spezialisierten Fachperson vor, sollte im Rahmen der ersten Gespräche eine prozesshafte Beurteilung der Gesamtsituation erfolgen. Ziel ist es, sich einen Überblick über die geschlechtliche Positionierung und über die angestrebten geschlechtsangleichenden Interventionen zu verschaffen. Im Zentrum der Basisuntersuchung steht die Erfassung der GI- bzw. GD-Ausprägung aktuell (Querschnittsperspektive) sowie in der Vergangenheit (Längsschnittperspektive). Berücksichtigt werden müssen

- induzierende (z. B. Hass oder Ekel durch die körperlichen Geschlechtsmerkmale),
- aufrechterhaltende (z. B. nichtöffentliches Ausleben des empfundenen Geschlechts) und
- verstärkende (z. B. eintretende Entspannung beim episodischen Ausleben)

Faktoren sowie psychodynamische und lerntheoretische Zusammenhänge, die sich direkt oder indirekt auf die Geschlechtsidentität auswirken bzw. ausgewirkt haben. Hier sollten neben den potenziellen Defiziten auch Ressourcen erfragt werden. Da eine Transition stets an ihr Umfeld gebunden ist, ist es bedeutsam, sie als systemische Angelegenheit zu verstehen. Der Fokus sollte daher neben dem jeweiligen Trans*Menschen auf seiner Familien- und gegebenenfalls Paar-, Freundes- und Arbeitssituation liegen. Die relevanten Bezugspersonen sind nach Möglichkeit bei den Assessments einzubeziehen.

Zudem kann Trans*Menschen ein Schreiben helfen, das den Hintergrund eines eventuell geschlechtsinkongruenten Erscheinungsbilds erklärt und die GI- bzw. GD-Diagnose bestätigt [45]. Die Diagnose einer GI bzw. GD kann als hinreichend gesichert gelten, wenn die untersuchende Fachperson die notwendigen Informationen gesammelt hat, um die entsprechenden ICD-11- (**Infobox 1**) bzw. DSM-5-Kriterien (**Infobox 2**) als erfüllt zu erachten. Die Basis für jede Diagnose bildet die Anamnese. Der diagnostische Prozess begründet sich inhaltlich. Er ist weder an eine vorgegebene Sitzungszahl noch an einen definierten Zeitraum gebunden.

> Geschlechtsinkongruenz und -dysphorie treten nicht nur bei Trans*Menschen auf

GI und GD treten nicht nur bei Trans*Menschen auf, sondern in seltenen Fällen auch bei Personen mit anderen klinisch relevanten Störungsbildern, z. B. eine GD im Rahmen einer psychotischen Dekompensation. Daher soll parallel zur oben erwähnten geschlechtsbezogenen Anamnese ein psychopathologischer Befund erhoben werden, der ebenfalls Querschnitt wie Längsschnitt und eine weiterführende Krankheitsanamnese beinhaltet. Damit kann man einerseits die Urteilsfähigkeit des Trans*Menschen erfassen, andererseits können gegebenenfalls auch vorliegende Begleitstörungen und ihr möglicher Zusammenhang mit GI bzw. GD konstatiert werden. Liegt eine solche Problematik vor, sollte die Einleitung einer psychotherapeutischen und/oder psychopharmakologischen Behandlung in Erwägung gezogen werden. Diese Schritte müssen nicht die Transition ersetzen und können je nach Situation parallel dazu durchgeführt werden.

Aufgrund der Stigmatisierung, die Trans*Menschen zuweilen erfahren, haben die psychosoziale Anamnese und die Erfassung weiterer kontextueller Faktoren im Rahmen des Basisassessments eine besondere Bedeutung. Einerseits sollen mögliche Diskriminierungserfahrungen und ihre gegebenenfalls psychotraumatischen Auswirkungen eingeschätzt werden. Ist beispielsweise im Rahmen der Transition die Beziehung zu früheren wichtigen Familien- und

Paarbeziehungssystemen beeinträchtigt worden, gilt es abzuschätzen, ob diese Kontakte im Rahmen der Transition wiederhergestellt werden können. Andererseits geht es auch darum, aktuelle und potenzielle Ausschlusssituationen zu erfassen. Um (Geschlechts-)Identitäten im Verlauf der Zeit etablieren und stabilisieren zu können, bedarf jede Person regelmäßiger Interaktionen mit ihrer Umwelt. Daher ist es auch von Bedeutung, dass Trans*Menschen einer Tagesstruktur folgen und beispielsweise einer Arbeit nachgehen. Neben offensichtlichen finanziellen, sozialen und anderen Vorteilen erfahren sie durch die ständigen positiven oder neutralen Alltagserfahrungen eine Bestätigung ihrer eigentlichen Geschlechtsidentität. Im Rahmen negativer Erfahrungen kann der Trans*Mensch sein Spektrum psychischer Abwehr- und Stabilisierungsmechanismen erproben und erweitern. Diese gesellschaftliche Verankerung wirkt sich nicht nur positiv auf die Lebensqualität aus, sondern kann auch einzelne transitionsbezogene Entscheidungen beeinflussen.

Sowohl während des Assessments als auch im Zuge der Transition sollten die Wünsche zur geschlechtsangleichenden Behandlung offen mit den Behandlungssuchenden besprochen werden. Zum einen werden sie die weitere Transition bestimmen, zum anderen sollten die realistischen Möglichkeiten und tatsächlichen Grenzen jeder Maßnahme vermittelt werden. Zu diesem Zweck und insbesondere, wenn genitalchirurgische Eingriffe eine Option darstellen, ist die Erhebung der Sexualanamnese von Bedeutung. Obgleich Sexualität und sexuelle Orientierung bei Trans*Menschen weder für die Diagnostik noch für die Behandlungsergebnisse unmittelbar eine Rolle spielen [46], gilt eine zufriedenstellende Sexualität als wichtig für Gesundheit und Lebensqualität. Die Sexualanamnese ist daher mittelbar für eine ganzheitliche Behandlung von Bedeutung.

## Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die am häufigsten indizierten Maßnahmen im Zuge einer Geschlechtsangleichung sind die Hormonbehandlung und die verschiedenen operativen Eingriffe. Aufgrund der Komplexität der medizinischen Eingriffe, ihrer psychosozialen und psychosexuellen Folgen sowie der damit verbundenen Entscheidungsprozesse wird eine interdisziplinäre Transitionsbegleitung empfohlen [26, 27, 29]. Damit der Trans*Mensch ganzheitlich informiert werden kann, muss man einzelne Fragestellungen aus verschiedenen, gegebenenfalls transdisziplinären Perspektiven betrachten, das heißt, auch unter Nutzung einer Community-basierten Beratung. Eine solche

Hier steht eine Anzeige.

Springer

Fragestellung ist die Aufrechterhaltung der Zeugungsfähigkeit.

Die konsekutive Evaluation der eingeleiteten Behandlungen erfordert einen interdisziplinären Dialog zwischen den involvierten Fachkräften. Wird beispielsweise die antiandrogenisierende Medikation bei Trans*Frauen – insbesondere bei denjenigen mit bereits vorliegenden depressiven Symptomen – zu hoch angesetzt, kann dies zu schwerwiegenden Antriebsstörungen führen, die wiederum andere Schritte der sozialen Transition blockieren. Erfolgt kein interdisziplinärer Austausch, wird jede Fachkraft für sich allein keine spezifische Auffälligkeit konstatieren: Supprimierte Testosteronspiegel sind bei Trans*Frauen nichts Ungewöhnliches, ebenso können depressive Symptome im Zeitverlauf fluktuieren. Erst im interdisziplinären Gespräch wird man vielleicht erfassen können, dass die depressive Symptomatik mit dem abnehmenden Testosteronspiegel exazerbiert ist. Dieser Dialog betrifft manchmal aber auch mehrere Fächer, insbesondere wenn man die Langzeitperspektive der Transition einbezieht. Beispielsweise sollte bei einem adipösen Trans*Mann, der sowohl eine Hormonbehandlung als auch eine Brustentfernung plant, frühzeitig der Austausch zwischen den involvierten Fachrichtungen gesucht werden, um eine problematische Narbenbildung nach Mastektomie bei großem Brustvolumen möglichst zu vermeiden. Gegebenenfalls können passende Lösungsansätze vorgeschlagen werden, so etwa diätetische Maßnahmen oder Maßnahmen zur körperlichen Aktivierung.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit sollte sich allerdings nicht auf die Psychosomatik beschränken. Die klinische Erfahrung zeigt, dass sich bei der Begleitung von Trans*Menschen – insbesondere bei jenen mit einem komplexen sozialen Hintergrund – sowohl die Etablierung eines dualen Betreuungssystems [45] als auch die Bildung eines multidisziplinären Teams lohnt. Hierbei übernehmen die Fachkräfte – meist an universitären Zentren – das Basisassessment, die Einleitung der geplanten Maßnahmen und deren Evaluation, während auf der anderen Seite die psychiatrisch-psychotherapeutische Betreuung im eigentlichen Sinne von einer externen Instanz übernommen wird, z. B. von ambulanten Psychotherapeut_innen oder einer psychiatrischen Institutsambulanz [26, 29, 45].

## Behandlungsabschluss

Entgegen der Meinung vieler Behandlungssuchender und Behandelnder stellen die geschlechtsangleichenden Operationen nicht den Endpunkt einer Transition dar. Häufig verkörpern sie nicht einmal deren Ziel. So wie die Transition nicht mit der medizinischen Erstvorstellung des Trans*Menschen beginnt, wird sie auch nicht von einer chirurgischen Fachperson beendet. Der Prozess der Geschlechtsangleichung bleibt eine lebenslange Herausforderung. Für das Gesundheitssystem bedeutet diese Situation, dass es sich auf eine fortlaufende Behandlung und Betreuung von Trans*Menschen einstellen muss. Je nach transitionsbezogener Behandlung benötigen Trans*Menschen regelmäßige Kontroll- und Nachsorgeuntersuchungen, um mögliche Probleme und individuelle Fragestellungen, wie die Prostatakarzinomprophylaxe bei Trans*Frauen, zu besprechen. Nach der langsam voranschreitenden Entstigmatisierung der interdisziplinären Behandlung von Trans*Menschen bleibt die Nachsorge eine der Hauptaufgaben, um die sich trans*-inklusive Gesundheitssysteme nun kümmern müssen.

## Fazit für die Praxis

- **Die „Alltagstheorie der Zweigeschlechtlichkeit" lässt die aktuelle binäre Geschlechterordnung als nicht hinterfragbar erscheinen. Insbesondere im medizinischen Rahmen wird dadurch der dimensionale Charakter der Geschlechtskonstruktion verkannt.**
- **Trans*Menschen sind Menschen, die eine Geschlechtsinkongruenz (GI) aufweisen. Diese ist als Normvariante innerhalb der nichtbinären Geschlechtervielfalt zu erachten.**
- **Führt eine GI zu einem klinisch relevanten Leiden, spricht man von einer Geschlechtsdysphorie (GD). Die Ursachen der GD liegen nicht selten in der trans*-negativen Stigmatisierung, mit der Trans*Menschen konfrontiert sind.**
- **Die Transition bietet heutzutage eine sichere Möglichkeit, die GI bzw. GD zu reduzieren. Trans*Menschen sollten diesbezüglich sowohl inter- als auch transdisziplinär beraten werden, damit sie im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung mit den Behandelnden die beste Behandlungsoption für sich wählen können.**


## Korrespondenzadresse

**Dr. med. D. Garcia Nuñez**
Schwerpunkt für Geschlechtervarianz,
Universitätsspital Basel
Spitalstr. 21, 4031 Basel, Schweiz
david.garcia@usb.ch


## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** D. Garcia Nuñez und T.O. Nieder geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

## Literatur


1. Hagemann-White C (1993) Die Konstrukteure des Geschlechts auf frischer Tat ertappen? Methodische Konsequenzen einer theoretischen Einsicht. Fem Stud 11(2):68–78
2. Thomas W, Jacobs S-E (1999) "… And we are still here": From berdache to two-spirit people. Am Indian Cult Res J 23(2):91–107
3. Wiesner-Hanks ME (2001) Gender in history: new perspectives on the past. Wiley-Blackwell, Malden
4. Lippa RA (2010) Gender differences in personality and interests: when, where, and why? Soc Personal Psychol Compass 4(11):1098–1110
5. Vance SR Jr, Cohen-Kettenis PT, Drescher J et al (2010) Opinions about the DSM gender identity disorder diagnosis: results from an international survey administered to organizations concerned with the welfare of transgender people. Int J Transgend 12(1):1–14
6. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg) (1992) The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization, Geneva
7. Robles R, Fresán A, Medina-Mora ME et al (2015) Categories that should be removed from mental disorders classifications: perspectives and rationales of clinicians from eight countries. J Clin Psychol 71(3):267–281
8. Drescher J, Cohen-Kettenis P, Winter S (2012) Minding the body: situating gender identity

diagnoses in the ICD-11. Int Rev Psychiatry 24(6):568–577
9. Robles R, Fresán A, Vega-Ramírez H et al (2016) Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11. Lancet Psychiatry 3(9):850–859
10. Loos FK, Köhler A, Eyssel J et al (2016) Subjektive Indikatoren des Behandlungserfolges und Diskriminierungserfahrungen in der trans* Gesundheitsversorgung. Qualitative Ergebnisse einer Online-Befragung. Z Sexualforsch 29(3):205–223
11. Richards C, Bouman WP, Seal L et al (2016) Non-binary or genderqueer genders. Int Rev Psychiatry 28(1):95–102
12. Iantaffi A, Bockting WO (2011) Views from both sides of the bridge? Gender, sexual legitimacy and transgender people's experiences of relationships. Cult Health Sex 13(03):355–370
13. Fundamental Rights Agency, Being Trans in the EU. Comparative analysis of EU LGBT survey data. 2014, Publications Of ce of the European Union: Luxembourg.
14. American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM 5). American Psychiatric Association.
15. Hendricks ML, Testa RJ (2012) A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: an adaptation of the Minority Stress Model. Prof Psychol Res Pr 43(5):460–467
16. Testa RJ, Habarth J, Peta J et al (2015) Development of the gender minority stress and resilience measure. Psychol Sex Orientat Gend Divers 2(1):65–77
17. Flentje A, Heck NC, Sorensen JL (2014) Characteristics of transgender individuals entering substance abuse treatment. Addict Behav 39(5):969–975
18. Bockting WO, Miner MH, Swinburne Romine RE et al (2013) Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. Am J Public Health 103(5):943–951
19. Sutcliffe PA, Dixon S, Akehurst RL et al (2009) Evaluation of surgical procedures for sex reassignment: a systematic review. J Plast Reconstr Aesthet Surg 62(3):294–306
20. White Hughto JM, Reisner SL (2016) A systematic review of the effects of hormone therapy on psychological functioning and quality of life in transgender individuals. Transgend Health 1(1):21–31
21. Hamm JA, Sauer AT (2014) Perspektivenwechsel: Vorschläge für eine menschenrechts-und bedürfnisorientierte Trans*-Gesundheitsversorgung. Z Sexualforsch 27(1):4–30
22. Recher A, Garcia Nuñez D (2014) Frau, Mann-Individuum: Neue medizinische Empfehlungen zur Begleitung von Transmenschen und ihre Auswirkungen auf die Leistungspflicht nach KVG. jusletter
23. Kettner M (2006) „Wunscherfüllende Medizin" zwischen Kommerz und Patientendienlichkeit. Ethik Med 18(1):81–91
24. Hepp U, Buddeberg C (1999) Abklärung und Behandlung des Transsexualismus. Schweiz Rundsch Med Prax 88(48):1975–1979
25. Becker S, Bosinski HAG, Clement U et al (1997) Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen. Sexuologie 4:130–138
26. Garcia Nuñez D, Gross P, Baeriswyl M et al (2014) Von der Transsexualität zur Gender-Dysphorie – Beratungs- und Behandlungsempfehlungen bei TransPersonen. Swiss Med Forum 14(19):382–387
27. Coleman E, Bockting WO, Botzer M et al (2012) Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. Int J Transgend 13(4):165–232
28. American Psychological Association (2015) Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. Am Psychol 70(9):832–864
29. Nieder TO, Briken P, Richter-Appelt Transgender H (2013) Transsexualität und Geschlechtsdysphorie: Aktuelle Entwicklungen in Diagnostik und Therapie. PSYCH Up2date 7(06):373–388
30. Nieder TO, Strauß B (2014) Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung bei Geschlechtsdysphorie. Z Sexualforsch 27(01):59–76
31. Güldenring A-K (2013) Zur „Psychodiagnostik von Geschlechtsidentität" im Rahmen des Transsexuellengesetzes. Z Sexualforsch 26:160–174
32. Collin L, Reisner SL, Tangpricha V et al (2016) Prevalence of transgender depends on the "case" definition: a systematic review. J Sex Med 13(4):613–626
33. Pauly IB (1968) The current status of the change of sex operation. J Nerv Ment Dis 147(5):460–471
34. Tsoi WF (2007) The prevalence of transsexualism in Singapore. Acta Psychiatr Scand 78(4):501–504
35. Arcelus J, Bouman WP, Van Den Noortgate W et al (2015) Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. Eur Psychiatry 30(6):807–815
36. Kuyper L, Wijsen C (2014) Gender identities and gender dysphoria in the Netherlands. Arch Sex Behav 43(2):377–385
37. Shires DA, Jaffee K (2015) Factors associated with health care discrimination experiences among a national sample of female-to-male transgender individuals. Health Soc Work 40(2):134–141
38. Deutsch MB, Green J, Keatley J et al (2013) Electronic medical records and the transgender patient: recommendations from the World Professional Association for Transgender Health EMR Working Group. J Am Med Inform Assoc 20(4):700–703
39. Lurie S (2005) Identifying training needs of healthcare providers related to treatment and care of transgendered patients: a qualitative needs assessment conducted in New England. Int J Transgend 8(2–3):93–112
40. Hussey W (2006) Slivers of the journey: the use of photovoice and storytelling to examine female to male transsexuals' experience of health care access. J Homosex 51(1):129–158
41. Blosnich JR, Marsiglio MC, Gao S et al (2016) Mental health of transgender veterans in US states with and without discrimination and hate crime legal protection. Am J Public Health 106(3):534–540
42. Grant JM, Mottet L, Tanis JE et al (2011) Injustice at every turn: a report of the national transgender discrimination survey. National Center for Transgender Equality, Washington
43. Xavier J, Bradford J, Hendricks ML et al (2013) Transgender health care access in Virginia: a qualitative study. Int J Transgend 14(1):3–17
44. Korell SC, Lorah P (2007) An overview of affirmative psychotherapy and counseling with transgender clients. In: Bieschke KJ, Perez RM, DeBord KA (Hrsg) Handbook of counseling and psychotherapy of lesbian, gay, bisexual, and transgender patients. American Psychological Association, Washington, S 271–288
45. Rauchfleisch U (2006) Transsexualität-Transidentität. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
46. Nieder TO, Elaut E, Richards C et al (2016) Sexual orientation of trans adults is not linked to outcome of transition-related health care, but worth asking. Int Rev Psychiatry 28(1):103–111
47. World Health Organization (2015) ICD-11 beta draft, in World Health Organization. http://apps.who.int/classifications/icd11. Zugegriffen: 12.01.2017
48. Nieder TO, Pfäfflin F (2015) Geschlechtsdysphorie, in Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5 P. Hogrefe, Göttingen, S 619–632