

Generelle Aspekte der Gendervarianz Und Geschlechtsangleichende Hormontherapie

Johannes Kliebhan

Endokrinologie, Diabetologie und
Metabolismus

26.11.2024



Financial Disclosures

- Keine

Agenda

- Generelles zum Thema Gendervarianz
 - Grundlagen/Begriffe
 - Prävalenz
- Ablauf Transition Innovationsfokus Gendervarianz
- Feminisierende Hormontherapie
 - Fallbeispiel
 - Grundlagen
- Maskulinisierende Hormontherapie
 - Fallbeispiel
 - Grundlagen
- Fragen und Antworten

Welches Geschlecht hat dieses Kind...?



Welches Geschlecht hat dieses Kind...?



- Chromosomales Geschlecht? XY?
- Geschlechts-Identität?

Bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht (=gender assigned at birth)

Bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht = männlich



- **Chromosomales Geschlecht XY**
- DSD: Differences of sex development

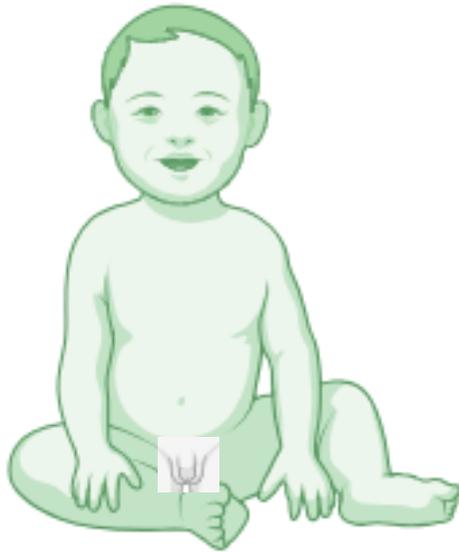
Bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht = männlich



- **Chromosomales Geschlecht = XY**
- DSD: Differences of sex development
- **Geschlechts-Identität = männlich**
- Geschlechts-Identität \neq männlich

Geschlechts-Inkongruenz

Bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht \neq Geschlechts-Identität



Gender incongruence (GI): Gender identity ≠ sex assigned at birth

GI of adolescence and adulthood is characterized by a **marked** and **persistent incongruence** between an individual's experienced gender and the assigned sex, **generally** including:

- ❖ Dislike or discomfort with primary and secondary sex characteristics of the assigned sex and
- ❖ A strong desire to have the primary or secondary sex characteristics of the experienced gender.

The diagnosis cannot be assigned **prior to the onset** of puberty.

ICD-11

International
Statistical
Classification
of Diseases and
Related Health
Problems

11th Revision

Volume 1
Tabular List

2015 Edition

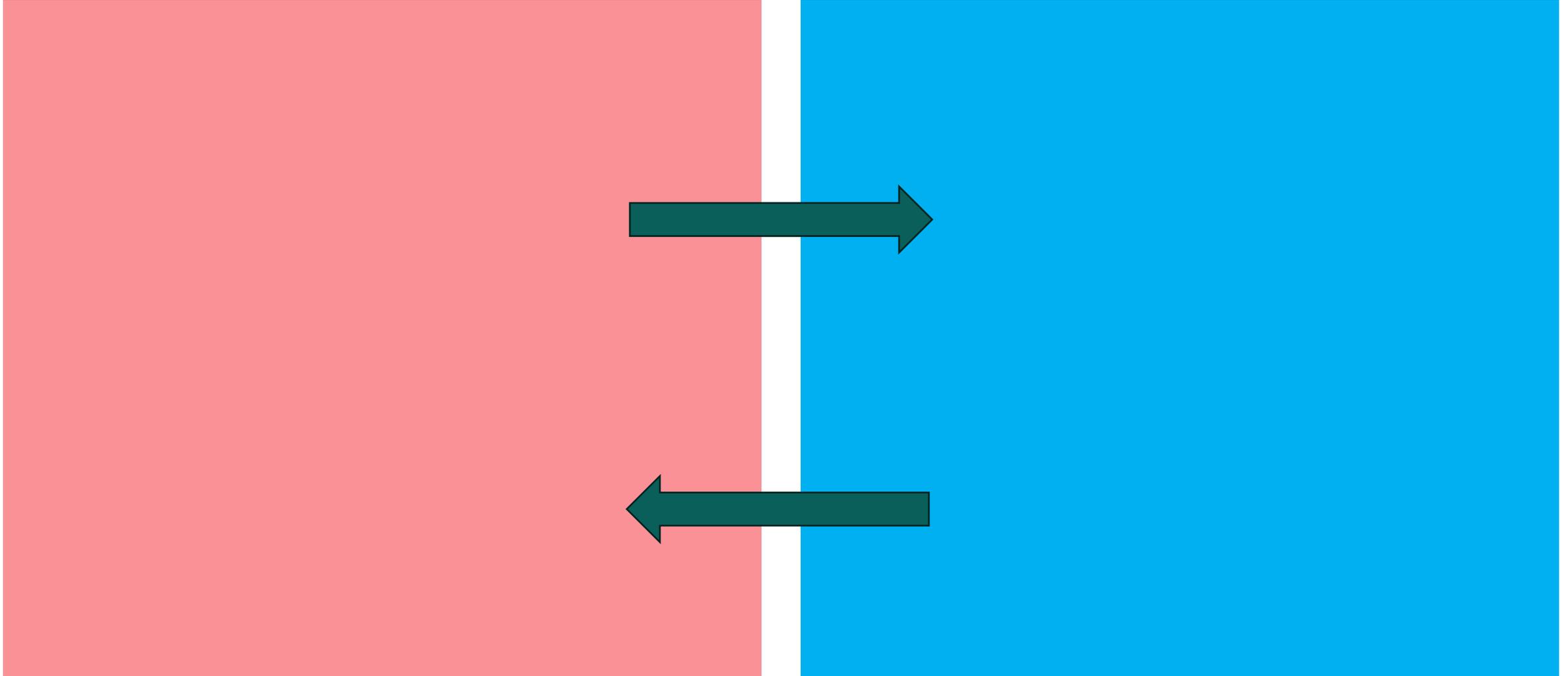
Keine Psychopathologie mehr!

Spektrum der Geschlechtervarianz

- Transmann (=assigned female at birth, AFAB)
- Transfrau (=assigned male at birth, AMAB)
- Non-binäre Personen (AFAB/AMAB)
- Gender-fluide Personen (AFAB/AMAB)



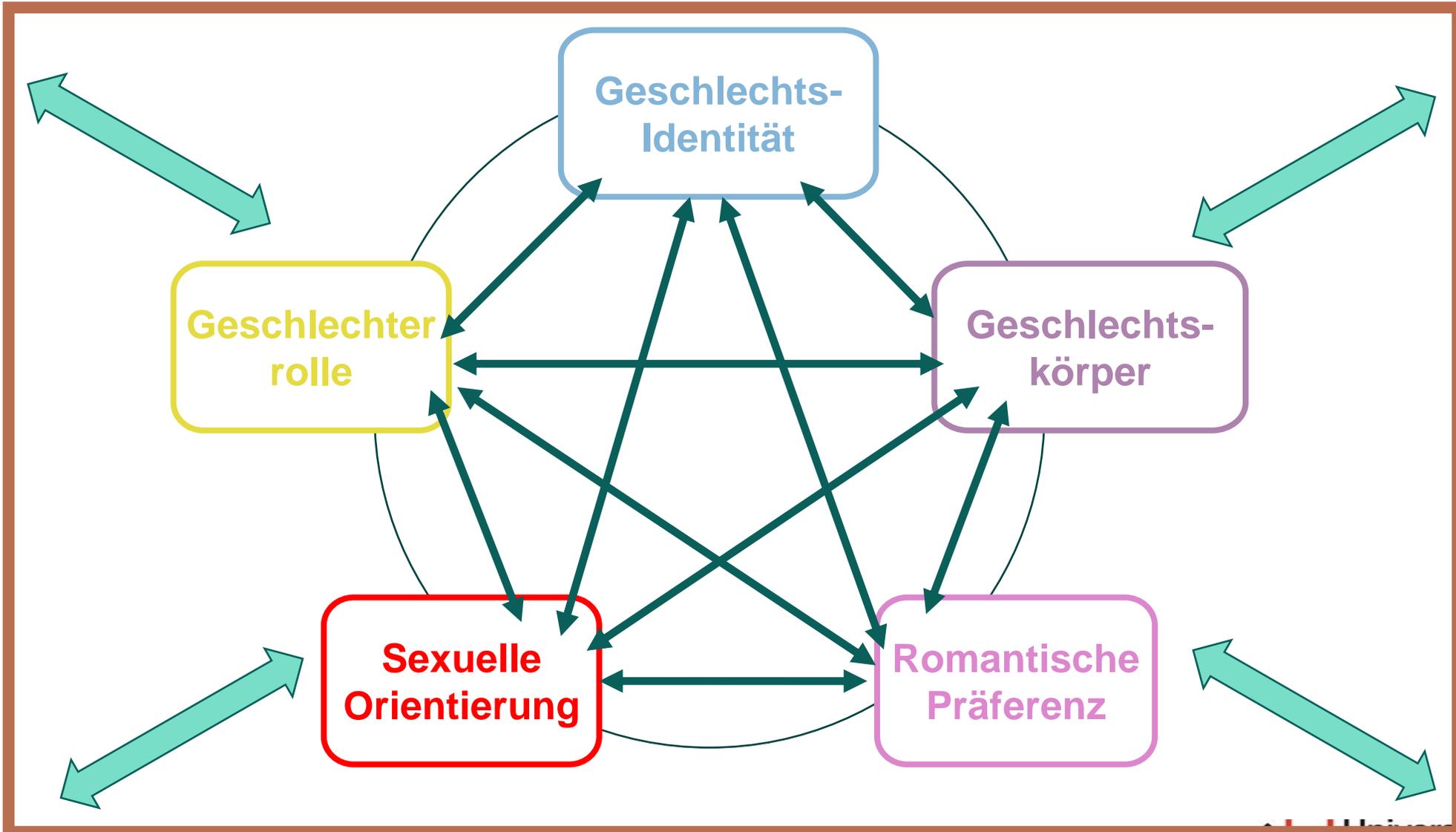
Binäre Geschlechts-Identität



Non-binäre Geschlechts-Identität



Biopsychosoziales Modell



Personen mit Geschlechts-Inkongruenz in der CH

SWI swissinfo.ch

Schweizer Perspektiven in 10 Sprachen

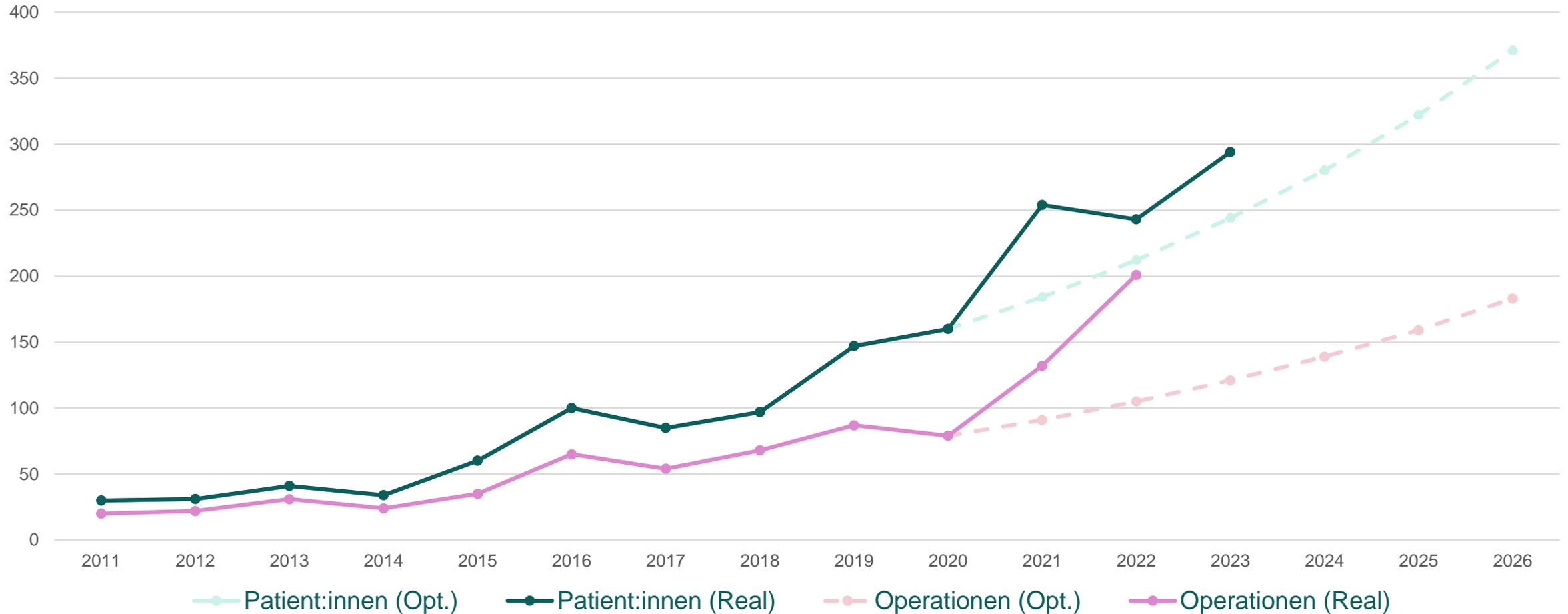
Schweiz hat höchsten Anteil an Trans- oder non-binären Menschen

6% der Befragten bezeichnen sich als: trans, non-binär, gender-fluid oder anders als weiblich/männlich

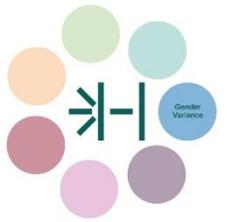


Transgender-Health – ein rasch wachsendes Feld

Entwicklung Innovations-Focus Gendervarianz USB



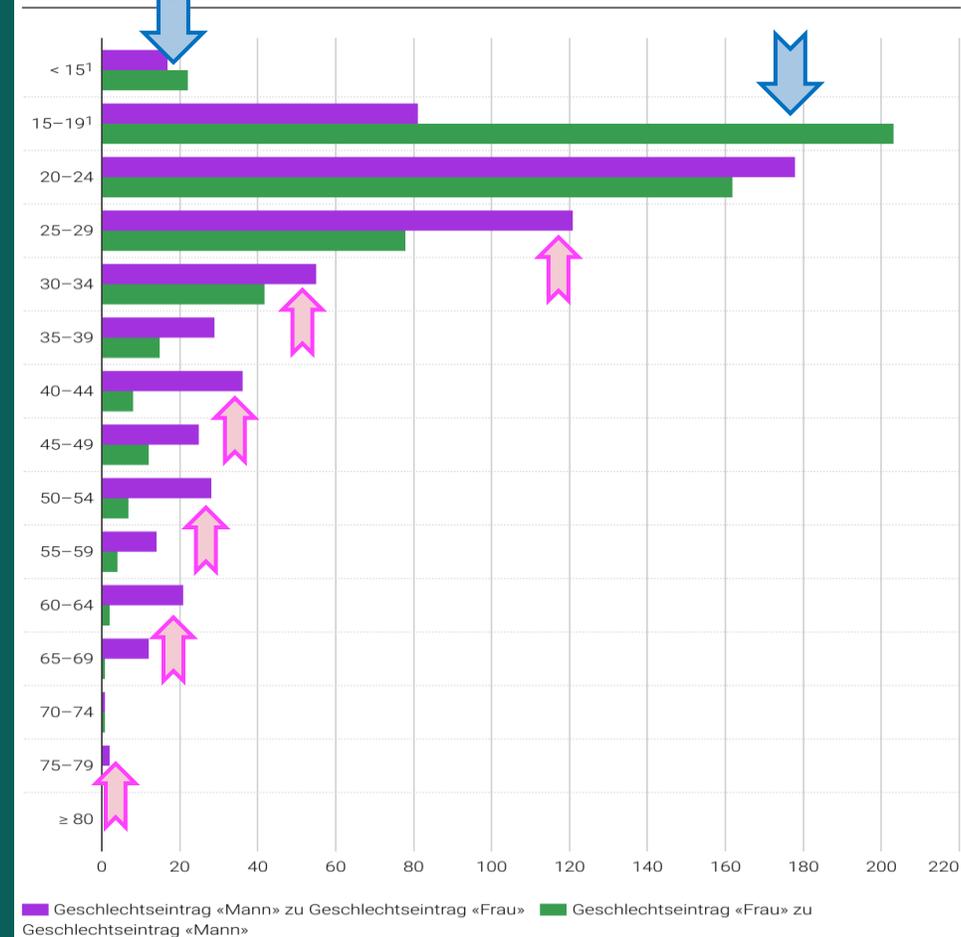
Änderung des Geschlechts – Häufigkeit



Häufigkeiten

- ❖ Bis 20 Jahren: **transmaskulin (225)** > transfeminin (98)
- ❖ Ab 20 Jahren: **transfeminin (522)** > transmaskulin (332)
- ❖ **Gesamt: 1'177 Personen**
 - ❖ **52.7%** transfeminin vs. **47.3%** transmaskulin

Änderungen des im Personenstandsregister eingetragenen Geschlechts nach Altersklasse, 2022



¹ Personen unter 16 Jahren benötigen die Zustimmung der gesetzlichen Vertretung.

Quelle: BFS – BEVNAT

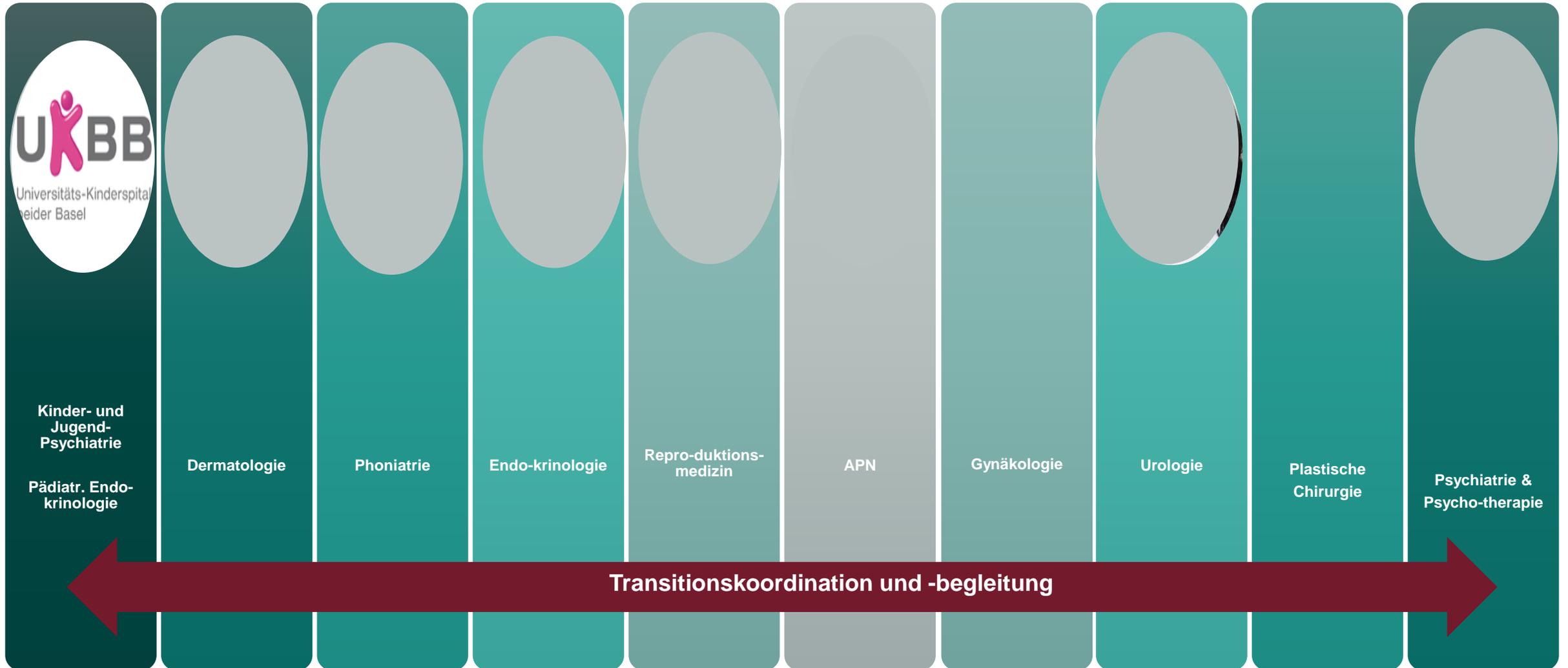
© BFS 2023

Geschlechts-Inkongruenz → Geschlechts-Dysphorie

Geschlechts-Dysphorie: klinisch signifikanter Distress und Belastung durch die Gender-Inkongruenz



Med. Transition – Interdisziplinarität & Multiprofessionalität

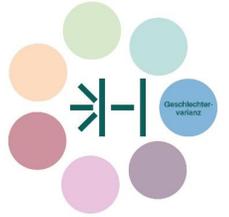


Fallbeispiel 1



- Zuweisungssituation: 36-jährige transfeminine Person. Zuweisung durch Hausärztin
- Geschlechtsanamnese:
 - Erstes Erleben: Kindheit
 - Inting: 30. Lebensjahr
 - Outing: 30. Lebensjahr
- Sozialanamnese: Im familiären Umfeld mit einem kleinen Bruder und den Eltern aufgewachsen. Unterstützendes familiäres Umfeld. IV berentet. Wohnt alleine, sozial isoliert. Unterstützung: Spitex 1x wöchentlich.
- Psychiatrische Anamnese: Im Kindesalter mit einer Autismus-Spektrums-Störung (ASS) diagnostiziert worden.
- Als junge Erwachsene Abhängigkeitssyndrom (Alkohol) und depressive Symptomatik, mit Outing remittiert. Keine ambulante Psychotherapie.

Fallbeispiel 1



- Zuweisungssituation: 36-jährige transfeminine Person. Zuweisung durch Hausärztin

- Geschlechtsanamnese:

- Erstes Erleben: Kindheit
- Inting: 30. Lebensjahr
- Outing: 30. Lebensjahr

1. Schritt: Psychiatrische Beurteilung, um eine überlagernde/interkurrente psychiatrische Erkrankung auszuschliessen

Psychiatrische Anamnese: Im Kindesalter mit einer Autismus-Spektrums-Störung (ASS) diagnostiziert worden. Unterstützung: Spitex 1x wöchentlich.

- Als junge Erwachsene Abhängigkeitssyndrom (Alkohol) und depressive Symptomatik, mit Outing remittiert. Keine ambulante Psychotherapie.

Fallbeispiel 1



- Nach Bestätigung der Diagnose erfolgt Überweisung in die Endokrinologie...
- Wie rufen Sie die Person auf/sprechen sie an?
- Aufruf mit dem Nachnamen
- Wie möchten Sie angesprochen werden?
- Welche Pronomen benutzen Sie?

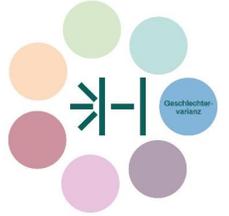
Berührungängste abbauen. Offene Kommunikation mit Personen!

Fallbeispiel 1

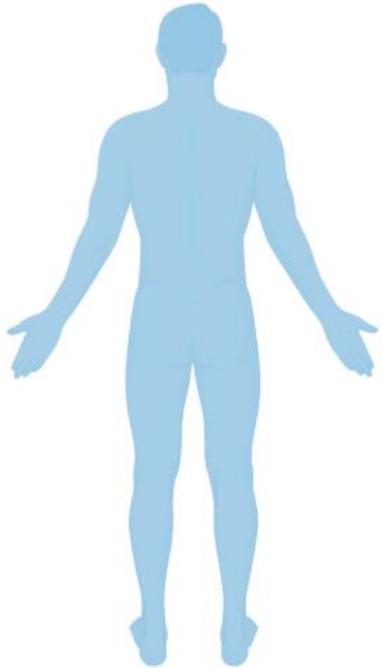


- Nach Bestätigung der Diagnose erfolgt Überweisung in die Endokrinologie...
- Wunsch nach Feminisierung, Brustwachstum und «weiblicherem Selbstempfinden»; Gesichtsbehaarung störend

Feminisierende Hormontherapie



- Ziel: **Ausprägung** von weiblich gelesenen Körpermerkmalen:

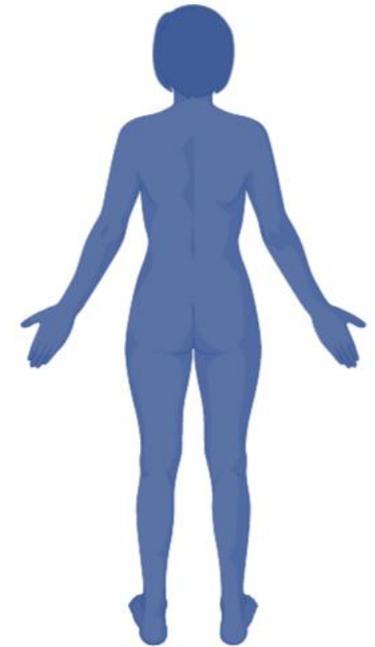


- Brustwachstum
- Fett-/Muskelverteilung
- Geringeres Wachstum von Körperhaaren

- Spontane Erektionen ↓
- Verkleinerung der Hoden
- Spermienproduktion ↓



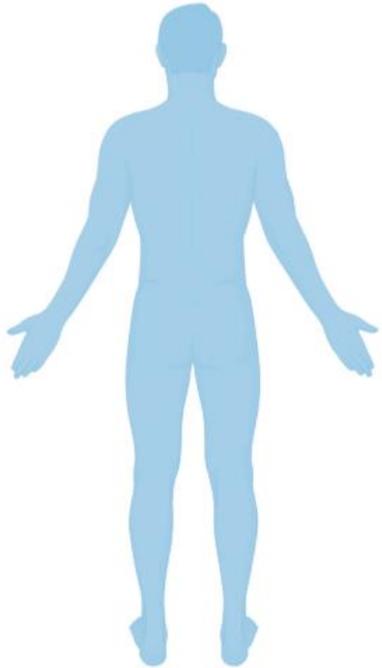
1-2 Jahre



- Libido-Reduktion
- Gewichtszunahme
- Tiefe Stimme bleibt bestehen → Logopädie
- Gesichts-/Körperbehaarung bleibt → Lasertherapie

Feminisierende und de-maskulinisierende Effekte

- Ziel: **Ausprägung** von weiblich gelesenen Körpermerkmalen:

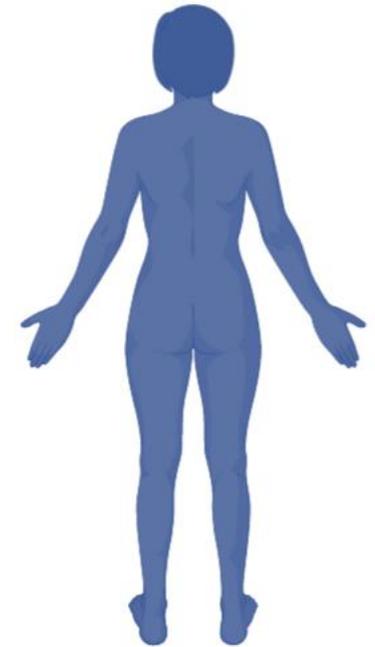


- Brustwachstum
- Fett-/Muskelverteilung
- Geringeres Wachstum von Körperhaaren

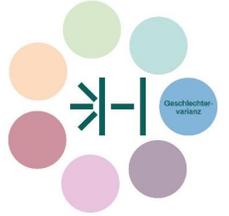
- Spontane Erektionen ↓
- Verkleinerung von Hoden
- Spermienproduktion ↓



- Libido-Reduktion
- Tiefe Stimme bleibt bestehen → Logopädie
- Gesichts-/Körperbehaarung bleibt → Lasertherapie



Transfeminine Hormontherapie



■ Estradiol = 17-beta Estradiol:

- Oestradiol Pflaster (Estradot®): 75-100 µg alle 72 Stunden
- Oestradiol Tabletten (Progynova®, Estrofem®): 1 – 6 mg p.o. täglich
- Oestrogen Gel (Oestrogel®): 1 Dosierungsmass oder 2 Hübe Oestrogel täglich (=1.5 mg 17b-Oestradiol)

■ Antiandrogene

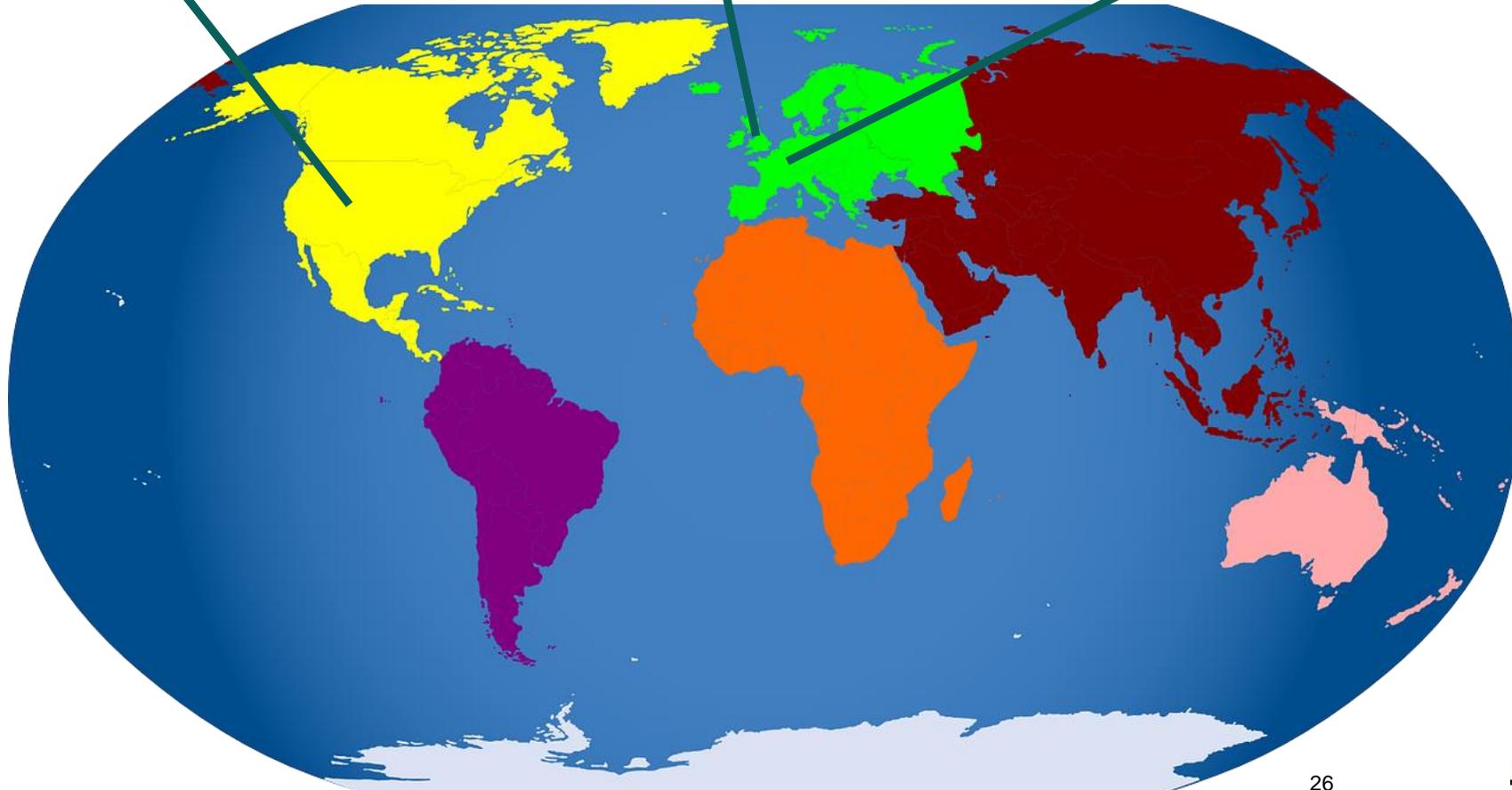
- Spironolactone (Aldactone®): 100 – 200 (50 - 400) mg p.o. täglich
- Cyproterone acetate (Androcur®): 10 (-100) mg p.o. täglich
- GnRH-Analoga (Leuprorelin (Lucrin®): 11.25 mg i.m. / s.c. alle 12 Wochen)

Antiandrogene Therapie weltweit

Spironolactone

GnRH Analoga

Spironolacton/
Cyproterone acetate



Fallbeispiel 1



- Nach Bestätigung der Diagnose erfolgt Überweisung in die Endokrinologie...
- Wunsch nach Feminisierung, Brustwachstum und «weiblicherem Selbstempfinden»; Gesichtsbehaarung störend
- Persönliche Anamnese:
 - Autismus
 - heterozygote Faktor V-Leiden-Mutation
- Familienanamnese: Grossvater multiple Thrombembolien, Vater mit Thrombose
- Noxen: Raucherin, ca. 10 Zig./Tag

Fallbeispiel 1

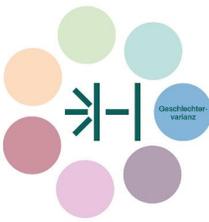
- Persönliche Anamnese:
 - Autismus
 - **heterozygote Faktor V-Leiden-Mutation**
- Familienanamnese: **Grossvater multiple Thrombembolien, Vater mit Thrombose**
- Noxen: **Raucherin**, ca. 10 Zig./Tag
- **BD 139/89 mmHg**

Erweiterte Anamnese

- Persönliche Anamnese: heterozygote Faktor V-Leiden-Mutation
- Familienanamnese: Grossvater multiple Thromboembolien, Vater mit Thrombose
- Noxen: Raucherin, ca. 10 Ztg./Tag
- BD 139/89 mmHg

Und jetzt?

Thromboembolie-Risiko



- Erhöhtes Risiko bei transfemininen Personen unter Oestrogentherapie im Vgl. zu cis controls
- Abhängig von Dosis, Route, E2-Formulation und Therapie-Dauer
- Risiko am höchsten mit synthetischem Östrogen (ethinyl estradiol)
→ für diese Indikation nicht mehr in Gebrauch
- Risiko höher bei oral > transdermal
(Daten extrapoliert von postmenopausalen cis-Frauen)

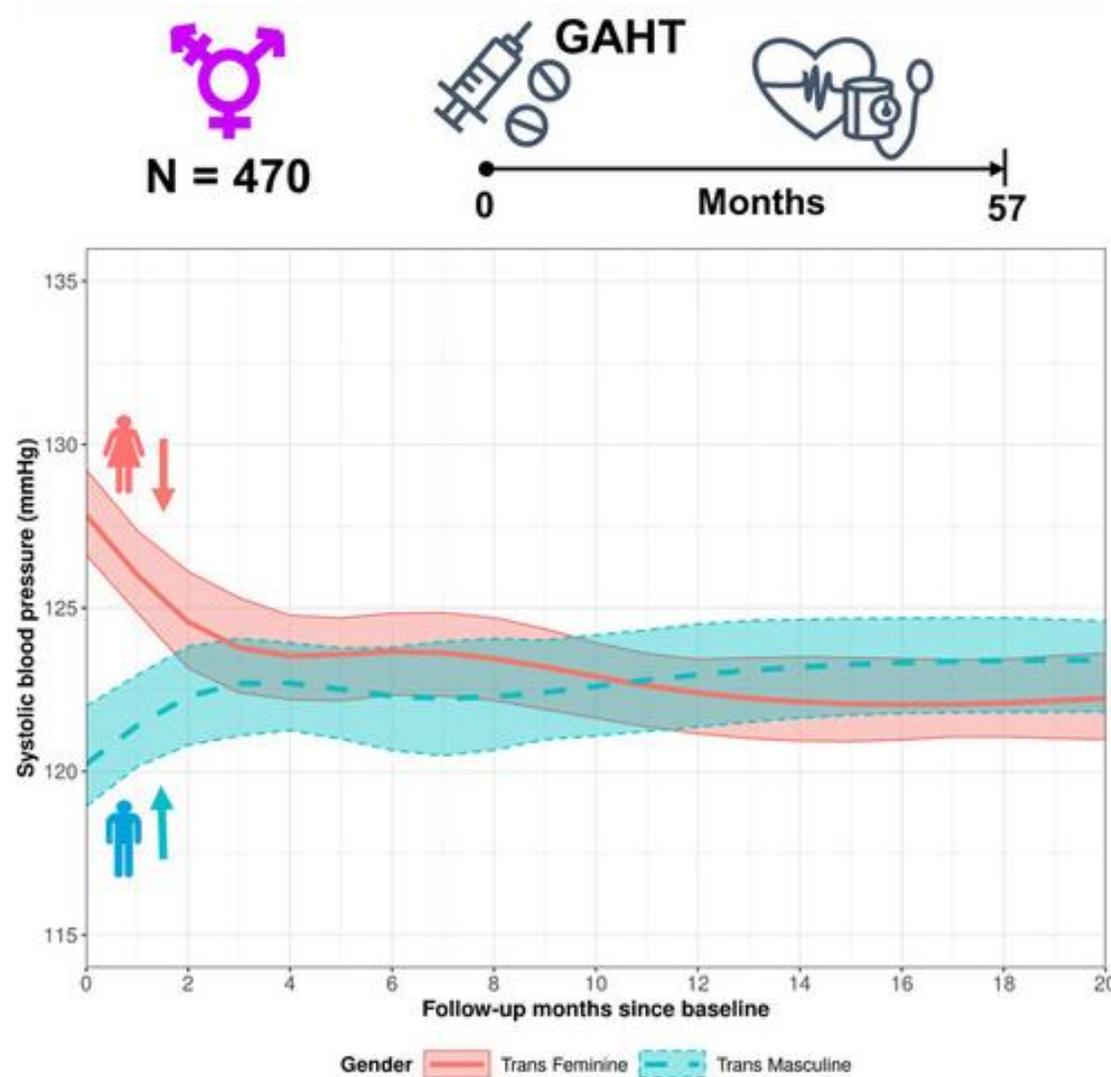
Canonico M et al., the ESTHER study. Circulation. 2007
Scarabin PY et al., Lancet. 2003
Ott J et al., Fertil Steril. 2010

Thromboembolierisiko unter Östrogen-Therapie

Shared decision making und Aufklärung!

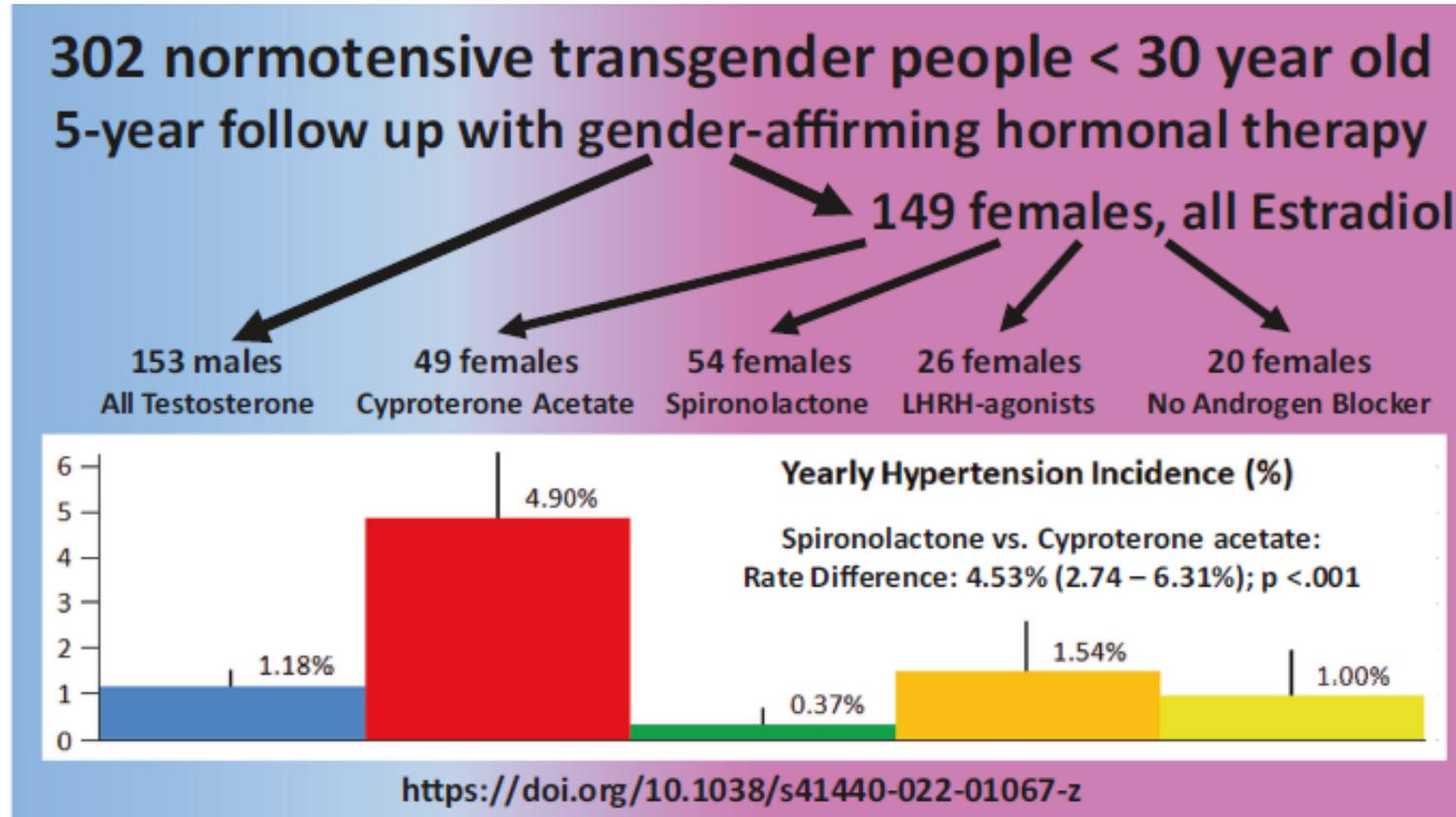
- Geschlechts-Dysphorie ohne Hormon-Behandlung?
- Wechsel von oralen auf transdermale Östrogene
- Dosis: Vermeidung von supraphysiologischen Spiegeln (Oestradiol >700 pmol/l)
- Risikofaktoren optimieren
 - Rauchstopp
 - Gewichtsreduktion
 - Blutdruck, Lipide, Glukose-Stoffwechsel
- Aufklärung über Symptome einer Thrombose
- Ggf. sinnvoll: Beizug der Hämatolog:innen und (Dauer-)Behandlung mit prophylaktischer Antikoagulation

Blutdruck-Veränderung bei Transpersonen



Kein CPA –
nur Spironolacton

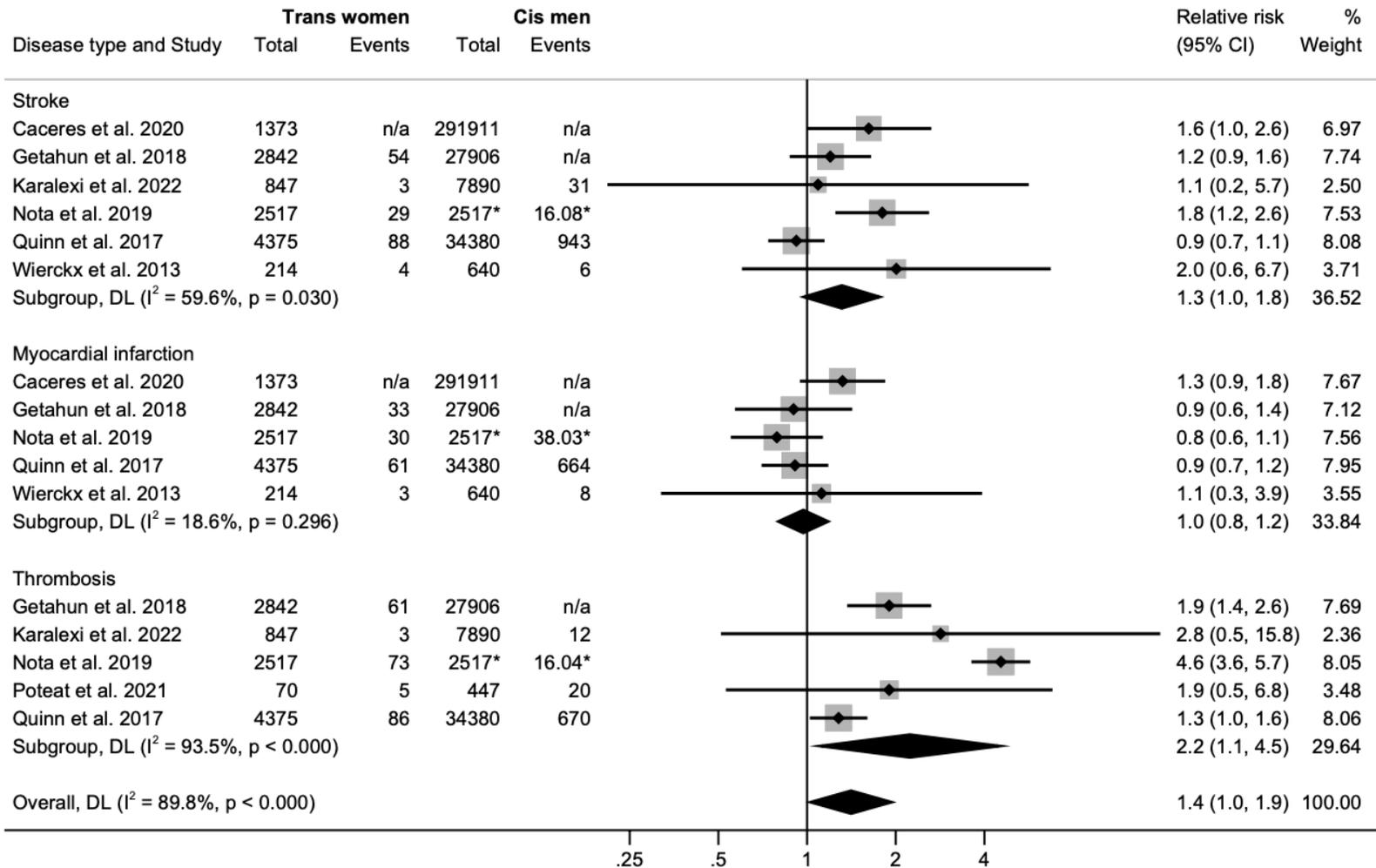
Inzidenz Hypertonie: abhängig von Cyproteron Acetat (Androcur)?



Martinez-Martin FJ et al. Incidence of hypertension in young transgender people after a 5-year follow-up: association with gender-affirming hormonal therapy. Hypertens Res. 2023

Kardiovaskuläre Erkrankungen bei transfemininen Personen

Trans women



NOTE: Weights are from random-effects model

Figure 2. Forest plot of stroke, myocardial infarction, and thrombosis in trans women. *Expected events based on general population risk. CI, confidence interval; n/a, not available.

Zijverden et al. EJE 2024

Vorgehen in unserem Fall

- Nach hämatologischer Konsultation Therapieeinleitung mit
 - Oestrogen: Estradot Pflastern 75 mcg alle 72 h
 - Antiandrogen: Spironolacton 100 mg 1-0-0
 - Xarelto 10 mg 1-0-0
- Engmaschige Kontrollen 3-monatlich mit Laborkontrolle
 - Blutbild, Testosteron- und Oestradiolspiegel, Gonadotropine, Prolaktin
- Labor jährlich: Lipide, HbA1c, Leberfunktion, Nierenfunktion
- Jährliche hämatologische Reevaluation
- Zuweisung Dermatologie zur Laserbehandlung der Gesichtsbehaarung

Fallbeispiel

- Nach einem Jahr der Therapie grundsätzlich zufrieden und glücklich mit den Veränderungen
- Hat aber im Internet und verschiedenen Foren gelesen, dass Progesteron nötig sei, um eine Feminisierung zu erreichen...?

«Hot topic» Progesteron

- Grössere Studien bzgl. Effektivität und Sicherheit fehlen!
 - Systematic Review 2022:
 - 10 Studien (1 RCT, 4 prospective, 5 retrospective/observational)
 - Gesamt 4041 Personen
 - Aber: (gestagene) Cyproterone Acetate-Einsatz wurde als «Progesteron» inkludiert (7/10 Studien!)
- **Keine Verbesserung bei Brustentwicklung oder Lebensqualität**
- **Erhöhtes Risiko für Thrombembolien, Abfall HDL**

«Hot topic» Progesteron

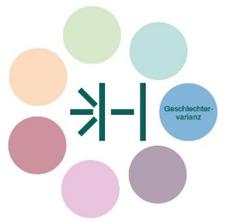
- Grössere Studien bzgl. Effektivität und Sicherheit fehlen!
- Systematic Review 2022:
 - Keine Verbesserung bei Brustentwicklung oder Lebensqualität
 - Erhöhtes Risiko für Thrombembolien, Abfall HDL
- EINE geplante grössere Studie
 - Addition von Progesteron zur feminisierenden Hormontherapie im Hinblick auf Brustentwicklung: eine randomisierte, kontrollierte ungeblindete Studie

«Hot topic» Progesteron

- Grössere Studien bzgl. Effektivität und Sicherheit fehlen!
- Systematic Review 2022:
 - Keine Verbesserung bei Brustentwicklung oder Lebensqualität
 - Erhöhtes Risiko für Thrombembolien, Abfall HDL
- EINE geplante grössere Studie

Datenlage unzureichend, um den routinemässigen Einsatz von Progesteron zu empfehlen

Fallbeispiel 2



- 18-jährige non-binäre transmaskuline Person meldet sich selbst bei uns an
- Geschlechtsanamnese:
 - Erstes Erleben: Kindheit
 - Inting: 11./12. Lebensjahr, Informationen online zugänglich
 - Outing: 17. Lebensjahr in allen sozialen Bereichen
- Sozialanamnese: Lebt noch bei den Eltern, ist mit zwei Brüdern auf einem Bauernhof aufgewachsen, aktuell Lehrabschluss Velomechaniker
- Psychisch stabil, keine Komorbiditäten ausser Einschränkung durch die Genderdysphorie

Psychotherapeutische Begleitung?

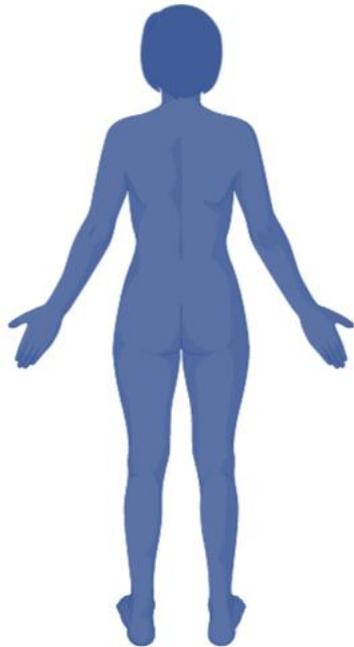
- **Wann ist die Begleitung durch eine Psycholog:in/Psychiater:in indiziert?**
 - Ausschluss relevanter psychiatrischer Diagnosen
 - Unterstützung des **familiären Settings**
 - Unterstützung in der **sozialen Transition**
 - Miteinbezug und/oder Behandlung von **Nebendiagnosen**
 - Transition: Veränderung, Sichtbarkeit
 - Medizinisches Setting: Kontrollverlust, Abhängigkeit, Tempo/Ablauf

**In jedem Fall empfohlen (bei allen Transitionen),
aber keine Voraussetzung für die Hormontherapie!**

Maskulinisierende Hormontherapie

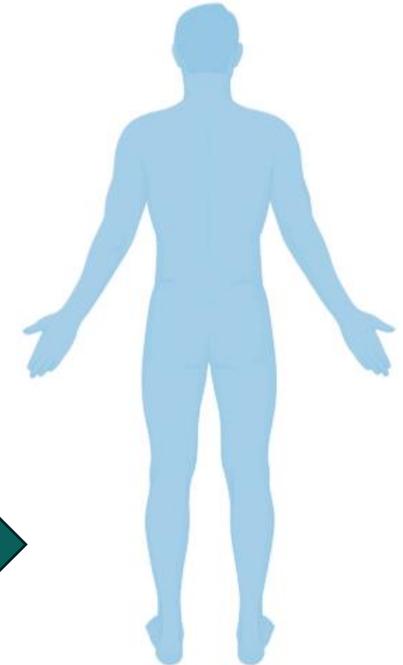


- Ziel: **Ausprägung** von männlich gelesenen Körpermerkmalen:



- Körperhaare
- Stimmbruch (irreversibel)
- Fett-/Muskelverteilung

- Amenorrhoe
- Klitorishypertrophie
- Leichte Brustverkleinerung

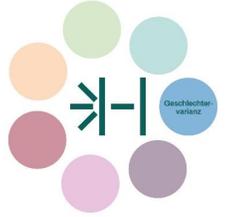


1-2 Jahre



- Akne
- Alopezie
- Vaginale Atrophie

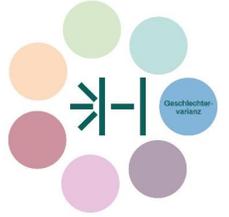
Transmaskuline Hormontherapie



■ Testosteron:

- Testosteron Undecanoat (Nebido®): 400 - 1000 mg i.m. alle 10-14 Wochen
- Testosteron Enantat (Testoviron®): 100 – 250 mg i.m. alle 2-4 Wochen
- Testosteron Gel (**Kostengutsprache!**)
 - Tostran®: 2-6 Hübe = 20-60 mg Testosteron
 - TestoGel®: 1-2 Btl. = 50-100 mg Testosteron

Transmaskuline Hormontherapie



- **Testosteron:**
 - Testosteron Undecanoat (Nebido®): 400 - 1000 mg i.m. alle 10-14 Wochen
 - Testosteron Enantat (Testoviron®): 100 – 250 mg i.m. alle 2-4 Wochen
 - Testosteron Gel (**Kostengutsprache!**)
 - Tostran®: 2-6 Hübe = 20-60 mg Testosteron
 - TestoGel®: 1-2 Btl. = 50-100 mg Testosteron
- Leuprorelin (Lucrin®) 11.25 mg i.m. / s.c. alle 12 Wochen
- Andere:
 - Durchgehende Kontrazeptiva
 - Implanon®
 - Implantierbare Gestagenspiralen (z.B. Mirena®)

Fallbeispiel 2

Nach ausführlicher Aufklärung und 3-wöchiger Bedenkzeit:

- Entscheid zur low-dose Therapie mit Tostran-Gel → hierfür vorgängig **Kostengutsprache gesuch**
- Zunächst tiefdosiert mit 1-2 Hüben/d (einfachere Dosisanpassung bei Tostran!)



Fallbeispiel 2

Nach ausführlicher Aufklärung und 3-wöchiger Bedenkzeit:

- Entscheid zur low-dose Therapie mit Tostran-Gel → hierfür vorgängig **Kostengutsprache gesuch**
- Zunächst tiefdosiert mit 1-2 Hüben/d (einfachere Dosisanpassung bei Tostran!)
- Kontrolle des Wirkspiegels und der erzielten Wirkung nach ca. 3 Monaten
- Im Verlauf zunächst 3-monatliche, dann 6- bis 12-monatliche Kontrollen
- Laborkontrolle regelmässig: **Blutbild**, Testosteron-Talspiegel (bei transdermaleme Testosteron: jeweils im selben zeitlichen Abstand zur Anwendung, z.B. 2h), Gonadotropine, Prolaktin
- Labor jährlich: Lipide, HbA1c, Leberfunktion, Nierenfunktion

Non-binäre transmaskuline Geschlechtsidentität

- Behandlung mit low-dose Testosterongel:
- Oft herausfordernd!



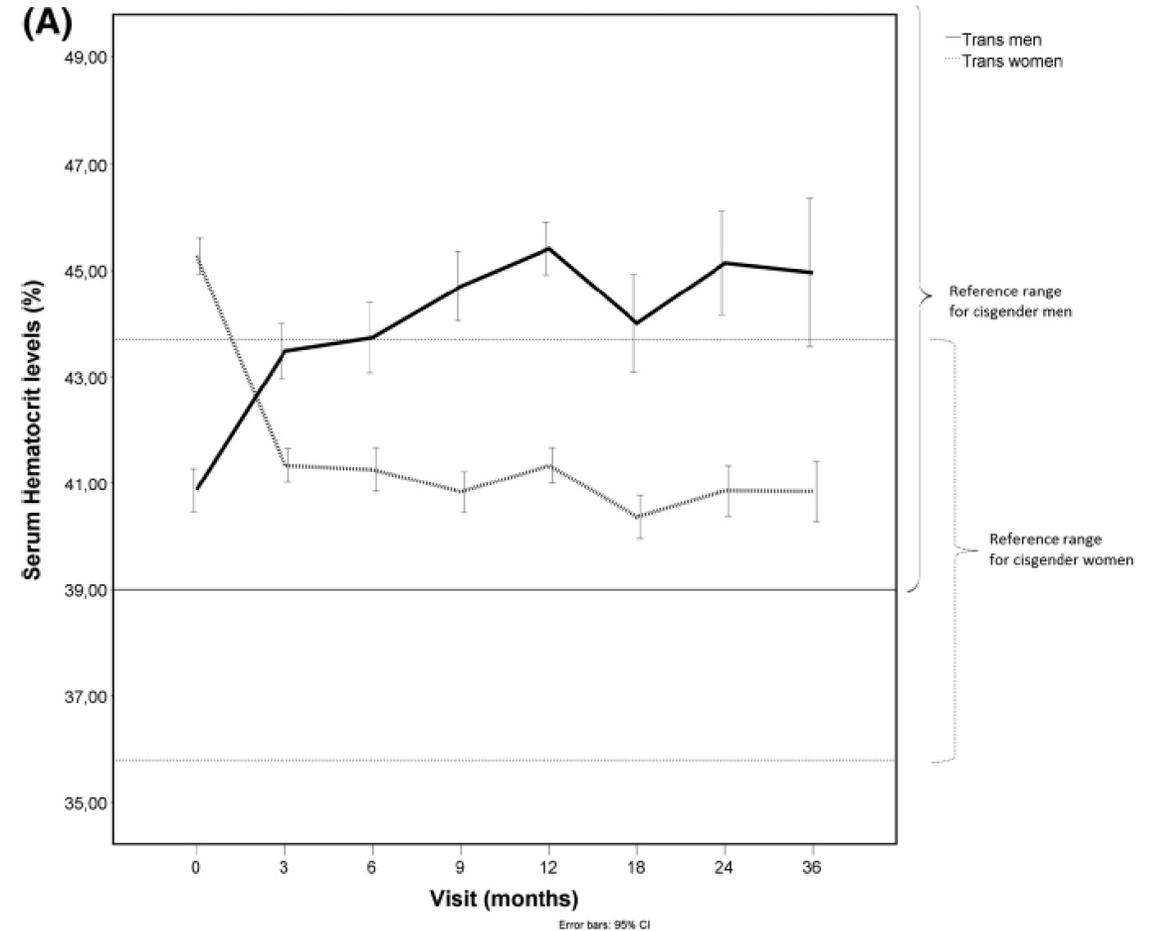
**Rechtlich nur 2 Geschlechter.
Keine Referenzwerte für non-binäre Personen.**

Fallbeispiel: Laborkontrolle nach Dosiserhöhung auf 4 Hübe

| | | |
|--------------|-------------------------------|--------|
| Hämatokrit | 36-48 % | * 53.9 |
| Hämoglobin | 12-16 % | * 17.3 |
| Leukozyten | 3.5-10 $10^3/\mu\text{l}$ | 7.2 |
| Lymphozyten | 1.5-4 $10^3/\mu\text{l}$ | 3.8 |
| Monozyten | 0.1-1 $10^3/\mu\text{l}$ | 0.3 |
| Granulozyten | 1.2-6.8 $10^3/\mu\text{l}$ | 3.1 |

Erythrozytose-Risiko unter Testosteron

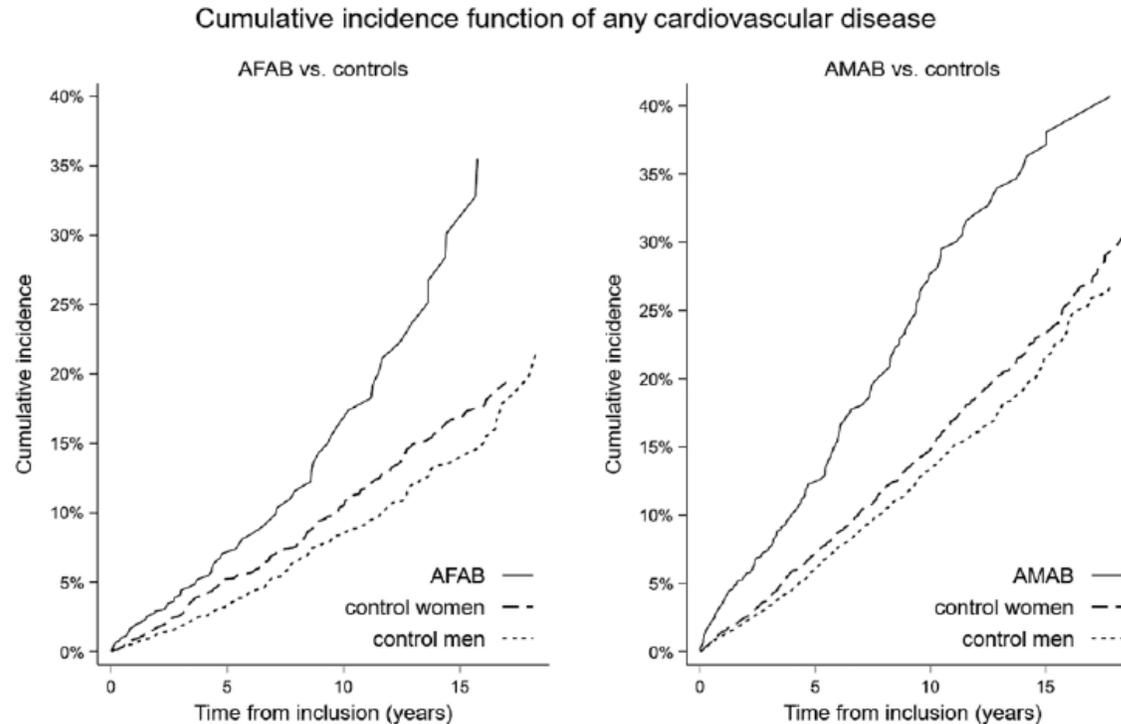
- Hämatokrit > 50% bei 11.5%
 - Bei Testoviron > Nebido > transdermal
 - Klinische Relevanz umstritten
 - Reduktion “für den Behandler”?
 - Ab Hkt >53% klinische Relevanz relativ sicher
- Pause und Reduktion der Dosis/Ausweitung Intervall



| | M0 | M3 | M6 | M9 | M12 | M18 | M24 | M36 |
|-----------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Trans men (n) | 192 | 184 | 96 | 88 | 146 | 82 | 67 | 20 |
| Trans women (n) | 239 | 208 | 133 | 125 | 186 | 115 | 90 | 58 |

Trans Personen und kardiovaskuläre Ereignisse

- Kein erhöhtes Risiko für MACE in cis Männern unter Testo-Therapie
- Höheres Risiko für MACE für trans Personen im Vgl. Zur cis Kontrollgruppe

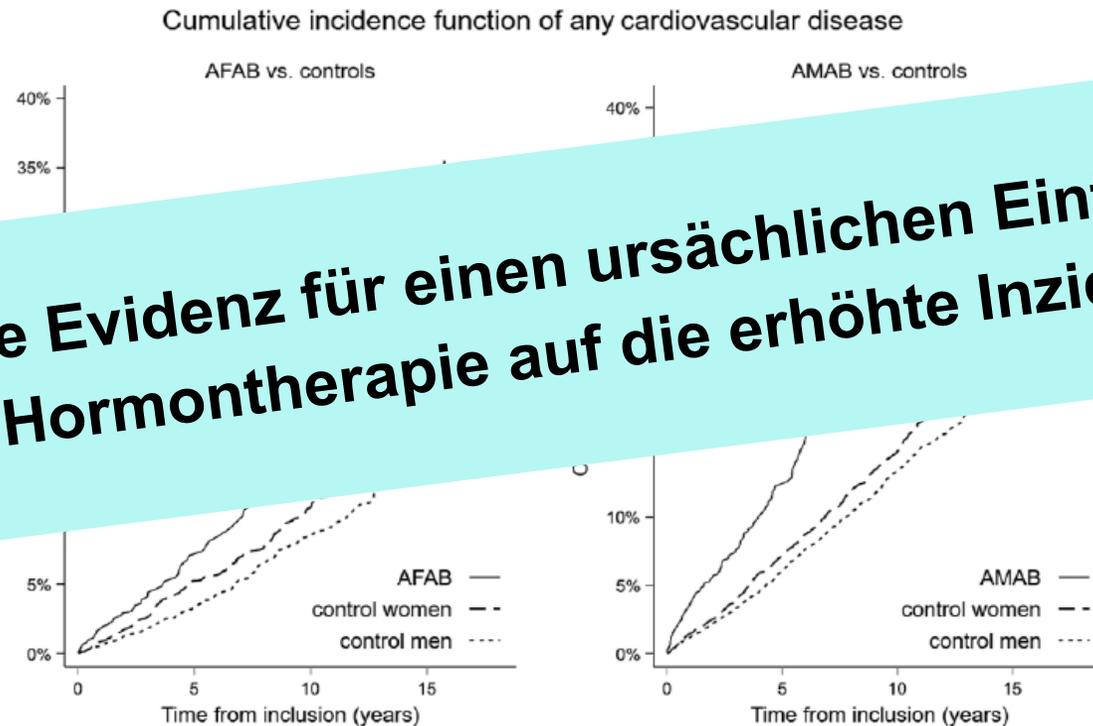


van Zijverden LM, et al. Cardiovascular disease in transgender people: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Endocrinol.* 2024 Feb
Lincoff AM, et al; TRAVERSE Study Investigators. Cardiovascular Safety of Testosterone-Replacement Therapy. *N Engl J Med.* 2023 Jul 13;389(2):107-117.
Glintborg D et al. Cardiovascular risk in Danish transgender persons: a matched historical cohort study. *Eur J Endocrinol.* 2022

Trans Personen und kardiovaskuläre Ereignisse

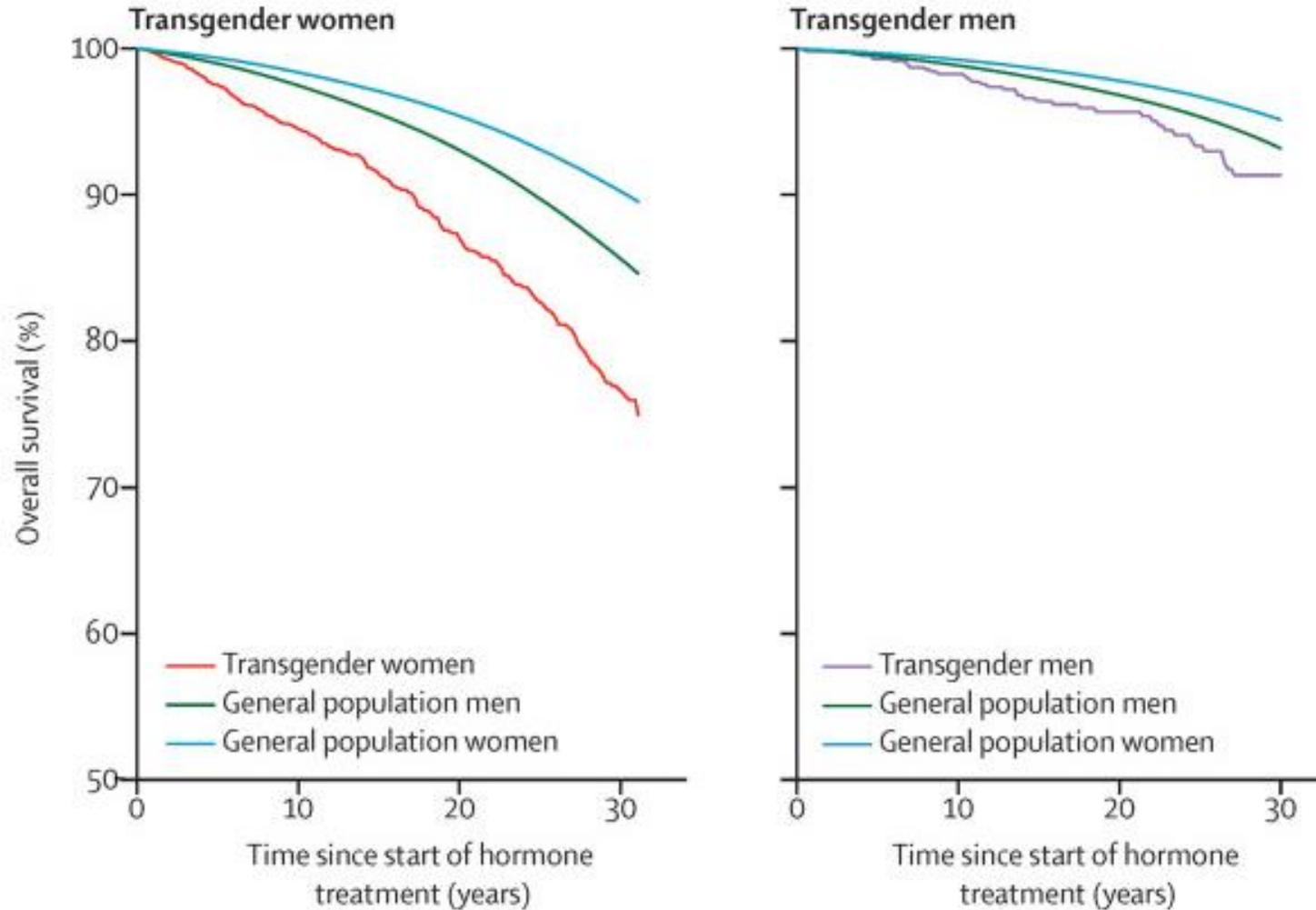
- Kein erhöhtes Risiko für MACE in cis Männern unter Testo-Therapie
- Höheres Risiko für MACE für trans Personen im Vgl. Zur cis Kontrollgruppe

Keine Evidenz für einen ursächlichen Einfluss der Hormontherapie auf die erhöhte Inzidenz!



van Zijverden LM, et al. Cardiovascular disease in transgender people: a systematic review and meta-analysis. Eur J Endocrinol. 2024 Feb
Lincoff AM, et al; TRAVERSE Study Investigators. Cardiovascular Safety of Testosterone-Replacement Therapy. N Engl J Med. 2023 Jul 13;389(2):107-117.
Glintborg D et al. Cardiovascular risk in Danish transgender persons: a matched historical cohort study. Eur J Endocrinol. 2022

Kumulatives Überleben von trans Personen



N = 4500

Christel JM de Blok et al. Mortality trends over five decades in adult transgender people receiving hormone treatment: a report from the Amsterdam cohort of gender dysphoria, *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 2021

Mortalität nach Todesursachen

Table 2. Overall and Cause-Specific MMRs for Transgender and Gender Diverse Individuals Compared with Cisgender Individuals in the UK's Clinical Practice Research Datalink^a

| Cause of death | Transfeminine individuals | | | Transmasculine individuals | | |
|--|---------------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| | No. who died | MMR (95% CI) | | No. who died | MMR (95% CI) | |
| | | Compared with cisgender men | Compared with cisgender women | | Compared with cisgender men | Compared with cisgender women |
| Overall | 102 | 1.24 (1.00-1.54) | 1.24 (1.00-1.54) | 102 | 1.24 (1.00-1.54) | 1.24 (1.00-1.54) |
| Certain infectious and parasitic diseases | 1 | 1.45 (0.16-13.11) | 1.45 (0.16-13.11) | 1 | 1.45 (0.16-13.11) | 1.45 (0.16-13.11) |
| Neoplasms | 20 | 0.78 (0.50-1.22) | 0.52 (0.32-0.83) | 8 | 1.06 (0.50-2.27) | 0.71 (0.32-1.56) |
| Symptoms, signs, and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified | ≤5 ^b | 4.87 (1.71-13.89) | 3.49 (0.47-25.79) | ≤5 ^b | 9.27 (2.93-29.30) | 6.83 (0.88-52.74) |
| Mental and behavioral disorders | ≤5 ^b | 0.96 (0.34-2.68) | 0.87 (0.32-2.42) | ≤5 ^b | 0.93 (0.12-7.02) | 0.72 (0.10-5.31) |
| External causes of mortality | 13 | 1.39 (0.77-2.49) | 1.92 (1.05-3.50) | 8 | 1.84 (0.81-4.17) | 2.77 (1.15-6.65) |

Keine Evidenz für einen ursächlichen Einfluss der Hormontherapie auf die erhöhte Inzidenz!

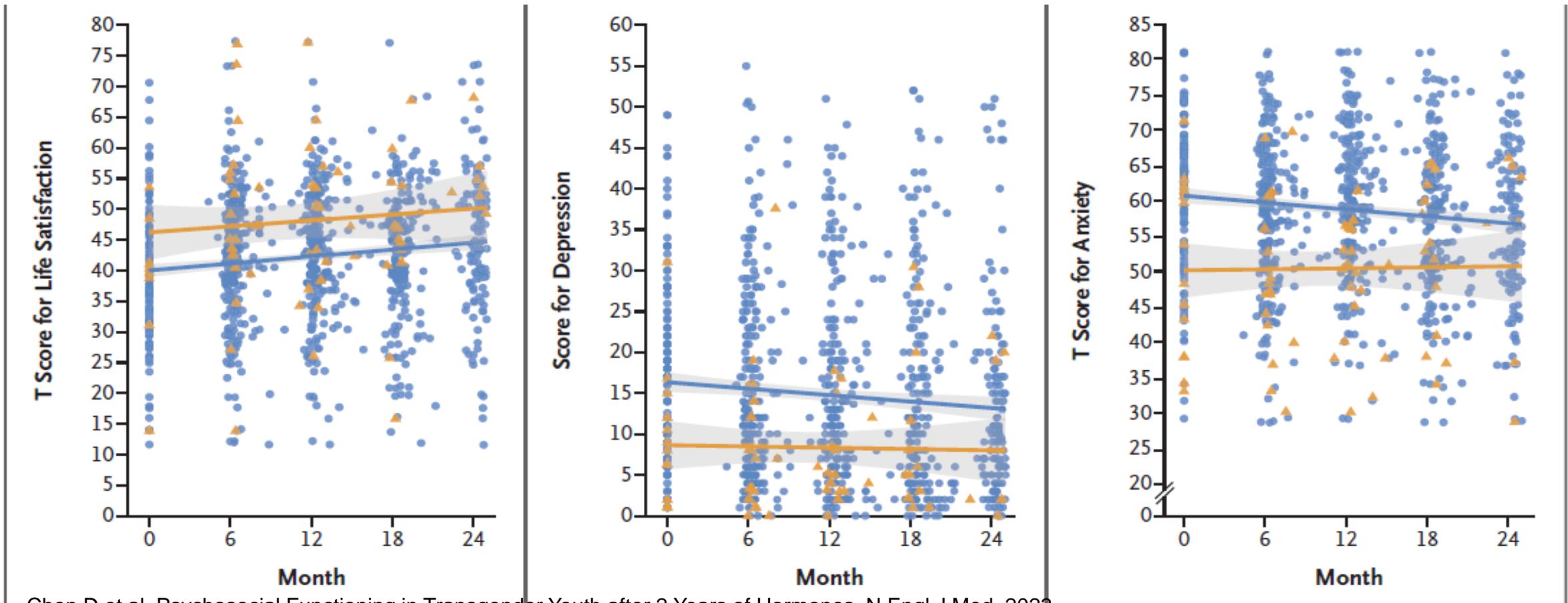
Vergütung geschlechtsangleichender Therapie

- Bei bestätigter Genderdysphorie ist die geschlechtsangleichende Hormontherapie eine Pflichtleistung der Krankenkasse
 - Leider immer mehr Probleme und Nachfragen durch die Krankenkassen
 - Trotz ICD-11 teils psychiatrisches Gutachten verlangt
- Nebido und Oestrogen-Therapien werden in der Regel vergütet, transdermales Testosteron nur mit Kostengutsprache
 - Leider ist die low-dose Therapie nicht oder kaum anerkannt und es muss oft anderweitig argumentiert werden
- Dermatologische Massnahmen wie Lasertherapie nur nach Kostengutsprache
- Chirurgische Massnahmen ebenfalls nach Kostengutsprache
 - Mit psychiatrischem Gutachten und Bestätigung einer Hormontherapie von i.d.R. 1-2 Jahren

Psychosoziale Outcomes bei geschlechterdiversen Jugendlichen/Heranwachsenden unter Hormontherapie



- Prospektive Kohorte, Beobachtung über 2 Jahre nach Beginn Therapie
- Anstieg von Lebensqualität, positiver Stimmung und Affekt allgemein
- Rückgang von Depression und Angstzuständen



Zusammenfassung Geschlechts-Inkongruenz

- Geschlechts-Inkongruenz seit 2022 keine Psychopathologie mehr – gar keine Pathologie!
- Vereinfachte Änderung des Geschlechts/Namen seit 2022
 - Immer mehr Personen entscheiden sich für eine medizinische Transition
- Berührungsängste abbauen: Offene Kommunikation mit Personen!
- Feminisierende Therapie: Oestradiol + Antiandrogen
- Maskulinisierende Therapie: Testosteron
- Erhöhtes kardiovaskuläres und Mortalitäts-Risiko bei trans Personen
(Lifestyle, Minority Stress, (Hormone?))
- Hoher Anteil an Personen mit psychiatrischen Co-Morbiditäten

Aktuelle Forschungsthemen

- SPECTRA: Multizentrische Studie in Planung für eine nationale Datenbank, die multiple Aspekte der Transgesundheit umfassen wird und über einen langen Zeitraum nachverfolgen
- TRANSFORM: Fragebogenstudie im Hinblick auf personenzentrierte Outcomes – was ist wichtig für die Personen selbst?
- Swiss Recommendations for Transgender Care : Multizentrische Kollaboration von Zentren der gesamten Schweiz zur Erstellung eines Leitfadens für die Behandlung (in 1. Linie Hormontherapie) von trans Menschen

Literatur und Links



- WPATH (World professional association for TG health): Standard of care 8 (2022): <https://www.wpath.org/publications/soc>
- EPATH (European professional association for TG health): <https://epath.eu/>



International Journal of Transgender Health



ISSN: (Print) (Online) Journal homepage: <https://www.tandfonline.com/loi/wijt21>

Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8

E. Coleman, A. E. Radix, W. P. Bouman, G. R. Brown, A. L. C. de Vries, M. B. Deutsch, R. Ettner, L. Fraser, M. Goodman, J. Green, A. B. Hancock, T. W. Johnson, D. H. Karasic, G. A. Knudson, S. F. Leibowitz, H. F. L. Meyer-Bahlburg, S. J. Monstrey, J. Motmans, L. Nahata, T. O. Nieder, S. L. Reisner, C. Richards, L. S. Schechter, V. Tangpricha, A. C. Tishelman, M. A. A. Van Trotsenburg, S. Winter, K. Ducheny, N. J. Adams, T. M. Adrián, L. R. Allen, D. Azul, H. Bagga, K. Başar, D. S. Bathory, J. J. Belinky, D. R. Berg, J. U. Berli, R. O. Bluebond-Langner, M.-B. Bouman, M. L. Bowers, P. J. Brassard, J. Byrne, L. Capitán, C. J. Cargill, J. M. Carswell, S. C. Chang, G. Chelvakumar, T. Corneil, K. B. Dalke, G. De Cuyper, E. de Vries, M. Den Heijer, A. H. Devor, C. Dhejne, A. D'Marco, E. K. Edmiston, L. Edwards-Leeper, R. Ehrbar, D. Ehrensaft, J. Eisfeld, E. Elaut, L. Erickson-Schroth, J. L. Feldman, A. D. Fisher, M. M. Garcia, L. Gijs, S. E. Green, B. P. Hall, T. L. D. Hardy, M. S. Irwig, L. A. Jacobs, A. C. Janssen, K. Johnson, D. T. Klink, B. P. C. Kreukels, L. E. Kuper, E. J. Kvach, M. A. Malouf, R. Massey, T. Mazur, C. McLachlan, S. D. Morrison, S. W. Mosser, P. M. Neira, U. Nygren, J. M. Oates, J. Obedin-Maliver, G. Pagkalos, J. Patton, N. Phanuphak, K. Rachlin, T. Reed, G. N. Rider, J. Ristori, S. Robbins-Cherry, S. A. Roberts, K. A. Rodriguez-Wallberg, S. M. Rosenthal, K. Sabir, J. D. Safer, A. I. Scheim, L. J. Seal, T. J. Sehoole, K. Spencer, C. St. Amand, T. D. Steensma, J. F. Strang, G. B. Taylor, K. Tilleman, G. G. T'Sjoen, L. N. Vala, N. M. Van Mello, J. F. Veale, J. A. Vencill, B. Vincent, L. M. Wesp, M. A. West & J. Arcelus

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

Dr. med. univ. Johannes Kliebhan
johannes.kliebhan@usb.ch

