



Infobroschüre zu gaOP-Methoden

zur Gesundheitsversorgung von transidenten Menschen - MzF



Seit vielen Jahren schon kommen die unterschiedlichsten Operationstechniken zur Anwendung, um für transidente Frauen ein sowohl funktionelles wie auch ein ästhetisches weibliches Genital zu formen. Dabei spielen die Erwartungen der betroffenen Frauen eine genauso wichtige Rolle, wie die chirurgischen Kriterien für die Auswahl der geeignetsten Methode.

Mit dieser Broschüre wollen wir einen Überblick in die verschiedenen OP-Methoden geben. Soweit uns bekannt ist, wollen wir zur gaOP (geschlechtsangleichende Operation) dabei die Vor- und Nachteile beschreiben und Kliniken benennen, die verschiedene OP-Methoden für MzF (Mann zu Frau) anbieten.

INHALT

Welche Methoden gibt es?

Penile Inversion (PI) oder auch Penisinvaginations-Methode

Kombinierte Methode (KM)

PPT/SRS mit Peritoneum-Transplantat - Vecchiotti-Methode

Suporn-Methode

OLMEC Sigma-Lead GCS/SRS

Sigma-Lead GCS/SRS

Welche Kliniken gibt es?

Es gibt in Deutschland eine ganze Reihe von Kliniken, die geschlechtsangleichende Operationen (gaOPs) für MzF und FzM vornehmen.

Kliniken für MzF-Angleichungen sind im Anhang aufgeführt.

Bei der **Penilen Inversion (PI)** und **Kombinierte Methode (KM)** werden Schwellkörper, und Hoden entfernt. Vom Schwellkörper werden die Eichel mit den Nervenendungen und die Blutgefäße herausgelöst, die Penishaut invertiert (umgestülpt) und für die Bildung der Neovagina vorbereitet. Die Nervenenden werden für ein sexuelles Lustempfinden weitestgehend versucht zu erhalten - sie werden in einigen Kliniken nach innen gerollt, um sie bei evtl. auftretenden Problemen, z.B. bei Abstoßungsprozessen, was zum Glück nur sehr selten vorkommt, quasi in Reserve zu halten. Bei der PI-Methode gibt die Länge des Penis die Tiefe der Vagina vor.

Bei der KM kann eine tiefere Vagina durch (kombinierte) zusätzliche Verwendung der Hodensackhaut geschaffen werden. Bei einer natürlichen Vagina sind auch Schwellkörper vorhanden. Darum wird häufig ein Teil des Penisschwellkörpers belassen, um bei sexueller Erregung die Funktion des Anschwellens zu behalten.

Vorteil PI

Vorteil der PI-Methode ist, dass diese Methode seit den 50er Jahren erprobt ist und von den meisten Ärzten durchgeführt wird, was bedeutet, dass geringere Komplikationen durch weniger erfahrene Ärzt*innen, die die KM anwenden auftreten. Nach der OP braucht weniger intensiv bougiert (Offenhalten und Dehnung des vaginalen Eingangs durch Einführen eines Dilators) werden. In den meisten Fällen kann das sexuelle Empfinden weitestgehend erhalten werden.

Nachteil PI

Weil sich die Position von Penis und Vagina unterscheiden, muss der neu geschaffene Scheidenkanal durch die umgestülpte Penishaut weit nach unten in Richtung Anus versetzt werden. Dadurch entsteht ein unnatürlicher Zug, was zu Durchblutungsproblemen führen kann. Die Hodensackhaut wird nicht für eine Verlängerung des Vaginaleingangs verwendet, wodurch es vorkommen kann, dass die Tiefe für den Geschlechtsverkehr nicht ausreicht. Bei der Ablösung der Eichel wird auch das innere Blatt entfernt (bei manchen Kliniken aber unterschiedlich gehandhabt – also nachfragen). Kleine Schamlippen werden meist nicht konstruiert (muss aber nicht unbedingt ein Nachteil sein). Es findet auch keine Längsöffnung der Harnröhre statt (Stielung). Ein Feuchtwerden bei sexueller Erregung ist dadurch kaum möglich.

Vorteil KM

Mit der KM ist die bestmögliche Annäherung an eine natürliche Vagina möglich. Fast das gesamte Material der männlichen Genitalien kann dafür verwendet werden. Bei einer geringeren Penisgröße kann durch die Verwendung der Hodensackhaut ein tieferer Eingang geschaffen werden.

Im Gegensatz zur PI wird das innere Blatt der Vorhaut belassen, sofern die Patientinnen unbeschnittenen sind, und woraus dann die Klitoris, das Klitorishäubchen und die kleinen Schamlippen gebildet werden können.

Die Harnröhre wird in die Scheide mit einer Längsöffnung eingenäht. Es kann zur Feuchtigkeitsbildung der Neovagina kommen.

Nachteil KM

Ihr müsst diese Methode anfragen, ob sie Standard der Klinik ist. Auch ob für diese Methode mit einer Zuzahlung zur kassenärztlichen Leistung gerechnet werden muss. Fragt für einen Vorstellungs-/Ersttermin die Wartezeit ab. Z.B. kann die Wartezeit in München und dem UKE Hamburg bis zu sechs Monate betragen. Die Wartelisten für Operationen sind ganz unterschiedlich lang.

Ein Nachteil kann auch eine erhöhte Infektionsgefahr durch die teiloffene Harnröhre sein. Weil in der Anfangszeit nach der OP das Risiko einer Schrumpfung der Neovagina bestehen kann, muss viel häufiger über mehrere Monate bougiert werden.

Manche Kliniken bieten zu diesen OP-Methoden Anschauungsmaterial als Print oder Video an. Fragt danach. In der Regel muss ein etwa 14- bis 18-tägiger Klinikaufenthalt dafür eingeplant werden, vorausgesetzt, es treten keine Komplikationen auf. In einigen Fällen findet dann nach frühestens acht Wochen eine Nachkontrolle statt, bei der noch einige Korrekturen vorgenommen werden, zum Beispiel, wenn die Blase nicht richtig sitzt und man nach der OP über den Toilettenrand pillert. Bei dieser möglichen Nach-OP wird bei einigen Kliniken dann auch gleich die Mammaaugmentation, also der Brustaufbau, mit durchgeführt, wenn das gewünscht wird. Die Kenntnisstände und OP-Erfahrungen des chirurgischen Personals sind heute beinahe Standard, die Narbenbildung gering und Heilungsverläufe sehr gut. Manche Frauenärzte können auf den ersten Blick gar nicht erkennen, ob es sich um eine Neovagina oder eine genetische Vagina handelt.

Kleine und große Lösung

Zu den OP-Methoden werden wir oft nach dem Unterschied „kleine/große Lösung“ gefragt. Bei einer großen Lösung wird eine ca. 12 bis 15 cm tiefe Neo-Vagina geformt. Das wesentlich engere männlichen Becken verlangt von der/m Operierenden millimetergenaues Arbeiten. Zwischen Enddarm und Harnröhre wird ein Kanal im Beckenboden gebildet. Es kann (muss aber nicht) dabei zu Verletzungen des Darms und der Harnröhre kommen. Die Verletzungen der Harnröhre heilen meist problemlos ab. Beim Darm kann es zu gravierenden Verletzungen kommen, Ggf. muss ein künstlicher Darmausgang angelegt werden. Die Operation dauert auch wesentlich länger.

Bei der kleinen Lösung wird keine tiefe Scheide in den Beckenboden gebildet. Lediglich ein 1 bis 2 cm kurzer Kanal (Vagenoid), muss in die Tiefe angelegt werden. Die OP ist in kürzerer Zeit überstanden.

Für Betroffene in einer festen Lebensgemeinschaft mit einer Frau oder einer lesbischen Partnerschaft kann die kleine Lösung ein guter Kompromiss sein.

Zu möglichen Komplikationen, Gefahren, Schwellungen, Hämatomen, Durchblutungsstörungen, usw. können wir keine Auskünfte erteilen. Dies ist allein Sache der Klinik.



PPT/SRS mit Peritoneum-Transplantat (Peritoneal Pull Through Vaginoplasty) oder Vecchiotti-Methode

Eine Methode die schon seit Jahren bei MRKH (Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser-Syndrom)-Patientinnen (die betroffenen Frauen haben keine Vagina und keine Gebärmutter) angewandt wird.

Das Peritoneum (eine reichlich vorhandene, feuchte Innenauskleidung der Bauchdecke) wird in den potenziellen Raum zwischen Rektum und Harnröhre/Prostata heruntergezogen, um als zukünftige Scheidenauskleidung zu dienen.

Während der Operation werden ein Laparoskop und mehrere Instrumente durch kleine fünf bis acht mm lange Schnitte am Bauch eingeführt. Dieses ermöglicht die Dissektion des potentiellen Raumes zwischen dem unteren Harntrakt (Harnröhre, Prostata-Harnröhre und Blase) und dem Rektum. Daraus entsteht der zukünftige Scheidenkanal. Peritoneallappen können bis in den Bereich zwischen Harnröhre und Rektum durchgezogen werden, um einen Teil des Scheidenkanals auszukleiden. Der obere Teil der Vagina wird vom Bauchinhalt getrennt, indem die Peritonealschleimhaut etwa 15 cm von der Scheidenöffnung entfernt geschlossen wird. Die übrigen Verfahren der Vaginoplastik (Schamlippenplastik, Klitorisplastik, Penektomie, Orchiektomie, partielle Urethrektomie und andere damit verbundene Eingriffe) ähneln denen der **PI-Methode**.

Nachteilig kann das Risiko von Infektionen hier größer sein und selten wird eine Vaginatiefe von mehr als 10 cm erreicht.

Die Suporn-Methode (Volltransplantat Vaginoplastik aus Hodenhaut)

Seit etwa 2003 wird diese Methode in Thailand angewandt, jedoch unterscheidet sich die Methode in Deutschland von der Methode Dr. Suporns in Thailand.

Dr. Suporn teilt die Eichel in einen kleinen Teil, der dann die Klitoris bildet. Der überwiegende Rest wird als „Chonburi Organ“ zwischen Klitoris und Harnröhre eingebaut und wird somit permanent beim Geschlechtsverkehr direkt stimuliert.

In Deutschland wird kein „Chonburi-Organ“ aus dem unbenutzten Rest der Eichel im Scheidenvorhof gemacht. Es werden alle Anteile der Eichel für die Klitoris verwendet.

In den Kliniken München, Hamburg und Essen wird kein Klitoris-Frenulum geformt. Der Begriff „Frenulum“ bezeichnet dabei ein Bändchen zwischen der Eichel und der Vorhaut der Klitoris.

Die o.g. Kliniken formen die äußeren Labien (Schamlippen) aus Skrotalhaut (Skrotum = Hodensack; diese ist auch das homologe Gewebe dafür), während bei der SM-Technik Penishaut benutzt wird.

In Thailand kleidet man die Neovagina mit einem freien Transplantat der Hodenhaut aus, die vorher „gemesht“, also maschinell in eine Art Netz umgewandelt wurde, um die Oberfläche zu vergrößern.

In München verwendet man dagegen gestieltes Harnröhrengewebe, gestielte Penishaut sowie ein freies, aber nicht gemeshes Skrotalhauttransplantat. Dies hat den Vorteil, dass die Neovagina im Inneren zum größten Teil sensibel ist und außerdem eine Lubrifikation (Befeuchtung) bei Erregung erfolgt. Durch die Verwendung des Hodenhaut-Netzes muss bei der SM-Technik in Thailand im Vergleich zur in Deutschland angewandten KM wesentlich intensiver gedehnt werden.

OLMEC SIGMA-LEAD GCS/SRS

Das Verfahren wird entweder laparoskopisch¹ oder mit einem offenen Zugang durchgeführt. Patientinnen mit auffälligem BMI und fülligerem Körper wird eine besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

Schritt 1 besteht darin, die äußeren weiblichen Genitalien so natürlich wie möglich aussehend zu schaffen. Große und kleine Schamlippen, eine Klitorishaube und eine Klitoris. Die Klitoris und die inneren Schamlippen sind vollständig fühlbar und erregbar.

Es wird alles verfügbare Genitalfett und andere geeignete Gewebe verwendet, um schön definierte und volle große Schamlippen zu gewährleisten. Die Harnröhre wird auf die richtige Länge gekürzt und alles unnötige Muskelgewebe und das schwammartige Gewebe des Penis (Schwellkörper und Schwamm) sorgfältig entfernt. Dabei wird stets darauf geachtet, dass die Harnröhre sowie die Nerven- und Blutversorgung der Eichel intakt bleiben.

Anschließend wird die Penishaut entfernt und mit diesem Gewebe die Klitorishaube und die inneren Schamlippen gebildet. Dann wird die Spitze der Eichel verkleinert, um eine richtige Klitoris zu schaffen (Klitorisplastik).

Zusammen mit ihrem hochsensiblen, wichtigen Nervenbündel und ihrer Blutversorgung wird die Klitoris dann an der richtigen Stelle direkt unter der Klitorishaube neu positioniert. Die auf die richtige Länge verkürzte Harnröhre und das Gewebe für die kleinen und großen Schamlippen (Schamlippenplastik) wird positioniert und vernäht.

Mit einem Teil der Penishaut, etwa zwei bis sieben cm, wird dann der Vaginaleingang ausgekleidet.

Dieser Schritt ist äußerst wichtig, da er die rote Schleimhaut des Dickdarmtransplantats verdeckt und eine Ringnarbenkontraktion am Vaginaleingang verhindert.

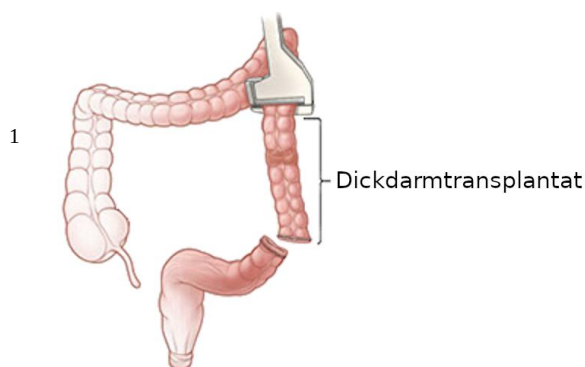
¹ Laparoskopie: In der Gynäkologie ein Operationsverfahren zur Vermeidung von Bauchschnitten bei Eingriffen am inneren Genital und der Blase.

In Schritt 2 wird nun unter Verwendung des Sigma-Dickdarmtransplants eine vollständig selbstfeuchtende Vagina geschaffen.

Es wird ein 13 bis 17 cm langer Schnitt in der linken Leiste gemacht. Nach dem Muskelschnitt wird das Bauchfell geöffnet. Dann wird das Sigmadickdarm-Segment inspiziert und seine Gewebestruktur auf die richtige Länge und auf das vorhandene Gefäßmuster untersucht. Der übliche Plan sieht die Entnahme¹ eines 15 bis 22 cm langen Segments des Sigmadickdarm vor, je nach den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen. Der distalste² Teil wird in Form eines Rektosigmoidtransplantats verwendet. Dieses Transplantat hat geringe Sekretionseigenschaften, und der Abfluss nach der Operation ist mild und setzt sich innerhalb von ein paar Monaten schnell ab.

Dann wird eine intraoperative Darmspülung des offenen Dickdarmsegmente durchgeführt, um eine Wundinfektion zu verhindern. Als nächstes wird das rektosigmoide Dickdarmtransplantat entnommen. Auf einer Seite verschlossen, wodurch das Ende der Vagina entsteht.

Das distale² Ende des Dickdarms wird mit dem umgekehrten Penishautlappen und dem hinteren dreieckigen Hodenlappen zickzack-/sternförmig vernäht, um eine Einschnürung der Verbindungsstelle zu vermeiden. Auf diese Weise wird eine äußere Vagina von fünf bis sieben cm mit Penishaut und die innere Vagina von 12 bis 17 cm durch ein Dickdarmtransplantat geschaffen. Das Sigma Dickdarmtransplantat wird dann im Bauch fixiert und der Leistenschnitt wird in Schichttechnik verschlossen, um eine minimale Narbenbildung zu gewährleisten und um Verwachsungen der beteiligten Gewebe vollständig zu vermeiden.



² Anatomische Richtungsbezeichnung: Von der Körpermitte entfernt.

Vorteile des OLMEC SIGMA-LEAD GCS/SRS

Nach Abschluss der Operation profitiert die Patientin davon:

- eine Vagina, die sich bei sexueller Erregung vollständig selbst befeuchtet;
- eine Vagina, die auf den gesamten 16-22 cm Tiefe voll empfindlich ist;
- eine Vagina, die normalerweise vollständig in der Lage ist, Höhepunkte und Orgasmen zu verschaffen

Kosmetisch sieht die Vaginalöffnung im Vergleich zu den bisher durchgeführten Darmoperationen natürlicher aus, da der rote Anteil der Schleimhaut des Dickdarmtransplantats von außen nicht sichtbar ist.

Mit der Zeit nimmt auch die Farbe des inneren Dickdarmsegments einen normalen rosaroten Scheidenfarbton an. Da der Teil des Sigma-Dickdarm distal liegt und der rektosigmoide Teil, der weniger Ausfluss produziert und von kleiner Länge ist - ist das Problem der übermäßigen Sekretion durch das Darmtransplantat überwunden.

Post-OP-Zeit

Nach der Operation wird man mit einem Verband im Genitalbereich und an der Leiste aufwachen. Beide Verbände sind schmerzfrei. Der Leistenverband wird nach zwei bis drei Tagen entfernt. Während der nächsten vier bis fünf Tage werden intravenöse Medikamente, d.h. Antibiotika und Schmerzmittel gegeben. Nach zwei bis drei Tagen darf in der Regel wieder Flüssigkeit zu sich genommen werden. Der Katheter wird nach sechs bis sieben Tagen entfernt und man kann wieder gehen können. Mit der Dilatation (Ausdehnung) wird fünf bis sieben Tage nach der Operation begonnen. Die lokale Hygiene der Genitalien muss drei Wochen lang durch waschen mit einer Betadinemischung (Wasser und Betadinlösung) aufrechterhalten werden. Außerdem muss in den ersten Wochen nach der Operation eine Vorlage (Damenbinde) getragen werden, bis der Ablauf weniger wird. Die sexuelle Aktivität kann normalerweise nach sechs bis acht Wochen wieder aufgenommen werden.

Da zu diesem Zeitpunkt weder die Sigma-Lead noch die OLMEC Sigma-Lead-Methode in Deutschland angewandt werden, wird für Patientinnen ein Krankenhausaufenthalt von drei Wochen empfohlen. Jede kleinere Nachbesserung, sollte sie erforderlich sein, wird während dieses Zeitraums durchgeführt.

SIGMA-LEAD GCS/SRS

Im Wesentlichen entspricht die Sigma-Lead der OLMEC Sigma-Lead OP-Methode. Der Unterschied besteht darin, dass bei der Sigma-Lead Methode das Dickdarmtransplantat mit dem offenen Ende des Perineum vernäht wird und bei der OLMEC Sigma-Lead Methode der Vaginaleingang mit Penishaut von etwa zwei bis sieben cm ausgekleidet wird und dann mit dem Dickdarmtransplantat vernäht wird.



WICHTIGER HINWEIS

Zu möglichen Komplikationen, Gefahren, Schwellungen, Hämatomen, Durchblutungsstörungen, usw. können wir keine Auskünfte erteilen. Dies ist allein Sache der Klinik.

Die zum Zeitpunkt der Drucklegung beschriebenen Inhalte wurden sorgfältig recherchiert und fachärztlich gesichtet. Sie sind nur für allgemeine Informationszwecke bestimmt und sie entsprechen dem zu diesem Zeitpunkt aktuellen Wissensstand. Die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft befinden sich im ständigen Wandel. Dies betrifft auch die Rechtsprechung. Für die Informationen, die in dieser Broschüre dargestellt werden, kann daher von den Autorinnen weder eine Haftung noch eine Garantie für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben sowie für die Entscheidungen der behandelnden Ärzt*innen dieser Fachbereiche übernommen werden.

Diese Quelle bitte wie folgt zitieren:

Petra Böhm, Heike Freia Frank (2021)
Infobroschüre zu gaOP-Methoden zur Gesundheitsversorgung von transidenten Menschen – MzF.

ANHANG

Kliniken für MzF-OPs

Deutschland	
Universitätsklinikum Leipzig 04103 Leipzig 0341-97109	Klinikum Osnabrück 49076 Osnabrück 0541-405-8001
HELIOS Klinikum Emil von Behring GmbH 10117 Berlin 030-521321-0	Agaplesion Markus Krankenhaus Frankfurt 60431 Frankfurt/Main 069-9533-2641
Evangelische Elisabeth Klinik 10785 Berlin 030-2506-1	Universitätsklinikum Tübingen 72076 Tübingen 07071-29-86613
Klinik Sanssouci 14469 Potsdam 0331-28087-0	Rotkreuz Klinikum München Nymphenburger Straße 163 80634 München 089-54343140
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf 20246 Hamburg 040-7410-0	Urologische Klinik München-Bogenhausen 81925 München 089-9270-0
Kliniken Essen-Mitte Ev. Huysens-Stiftung/Knappschaft GmbH 45136 Essen 0201-174-29003	Urologische Klinik München-Planegg 82152 Planegg 089-85693-2555
Universitätsklinikum Essen 45147 Essen 0201-723-0	Klinikum Landkreis Erding 84405 Dorfen 08122-59-0
Fachklinik Münster-Hornheide 48157 Münster 0251 / 32 870	Klinikum Weiden 92637 Weiden 0961-303-3302
Thailand	
Kamol Hospital -Cosmetic & Plastic Surgery 1223 Ladpraw 94 Intraporn Rd. Wangthonglang Bangkok 10310 +6625590155	Yanhee Hospital 454 Charansanitwong Road, Soi 90 Bang-o, Bangplad, 10700 Bangkok +66 2 879 0300
Indien	Niederlande
Olmec Healthcare A-1/10, Prashant Vihar, Outer Ring Road, Delhi-110085 (INDIA) +911147025015	Gender Surgery Amsterdam Biltseweg 14 3735 ME Bosch en Duin +31088-8910088

Danksagung

Bedanken wollen wir uns bei den Initiativen und Selbsthilfegruppen in NRW, die uns den Zugang zu Personen ermöglicht haben, von denen wir deren persönliche Erfahrungen zu ihren geschlechtsangleichenden Operationen (gaOPs) für diese Broschüre verwenden durften.

Wir bedanken uns vor allem bei den beratenden Fachärzt*innen für gaOPs in Frankfurt, Essen, München und Münster für das medizinische Lektorat, und selbstverständlich bei allen anderen Beteiligten und Gleichstellungsstellen für ihr Interesse und ihre Unterstützung für dieses Projekt.

Notizen

Notizen

Notizen

Die Autorinnen



Petra Böhm

Leiterin und Trans* Peerberaterin beim Queerpoint Minden

Seit meinem 14. Lebensjahr bin ich mir meines Frauseins bewusst. Das zu einem Zeitpunkt als es weder Google & Co. noch in den Medien irgendwelche Informationen dazu gab. Nach der Schule ging ich dann zum Militär und versuchte etwas bei mir zu verdrängen, was nicht zu verdrängen war. Mit 31 Jahren verließ ich das Militär und habe mein Hobby zum Beruf gemacht.

Wir sind Mitglied im NGVT* NRW Seit einigen Jahren lebe ich jetzt offiziell als Frau und engagiere mich politisch sowie ehrenamtlich in Vereinen und als Transberaterin für Menschen in der LSBTIQ-Community.



Heike Freia Frank

Leiterin SHG Bielefeld und OWL – Selbsthilfegruppe transidgender Menschen; Trans* Peerberaterin und stellv. Leiterin beim Queerpoint Minden und bei LippeQueer e.V.; schwarzweiß/BUNT-Trainerin und Antidiskriminierungstrainerin

Mit sieben Jahren wusste ich schon, nur als Mädchen bin ich richtig - ich hätte nie ein Kerl werden dürfen! Fehlende medizintechnische Möglichkeiten, familiäre, vor allem aber gesellschaftliche Zwänge führten erst Ende 2015 zu meinem äußeren Coming-out. Von da an bin ich glücklich geworden. Wir sind Mitglied im NGVT* NRW und im BVT*, In der queeren Community sind wir recht gut vernetzt und in vielen Gruppen und Initiativen aktiv. Seit einigen Jahren engagiere ich mich auch politisch für Menschen in der LSBTI*-Community.

Weitere Broschüre in Vorbereitung

Broschüre 2

Infobroschüre zu gaOP-Methoden zur Gesundheitsversorgung von transidenten Menschen – FzM.

Seit vielen Jahren schon kommen die unterschiedlichsten Operationstechniken zur Anwendung, um für transidente Männer wie auch für nicht-binäre Menschen ein sowohl funktionelles wie auch ein ästhetisches männliches Genital zu formen. Dabei spielen die Erwartungen der Betroffenen eine genauso wichtige Rolle, wie die chirurgischen Kriterien für die Auswahl der geeignetsten Methode.

Mit dieser Broschüre richten wir uns an transgeschlechtliche Menschen – FzM und deren Bedarfe und geben ihnen einen Überblick in die verschiedenen OP-Methoden. Zu Beginn geben wir für diese Menschen und auch für nicht-binäre Menschen eine Orientierungshilfe, sich über eine Hormontherapie (HET, auch HRT genannt) zu informieren und weisen dabei auf die Vor- und Nachteile hin.

Impressum

Herausgeber*innen: Petra Böhm, Heike Freia Frank, Münster und Bielefeld

Text: Petra Böhm, Heike Freia Frank

Design und Entwurf: Petra Böhm

Copyright: Herausgeber*innen, alle Rechte vorbehalten

V.i.S.d.P.: Herausgeber*innen

Gesamtherstellung: wir-machen-druck, Karlsruhe

<https://www.wir-machen-druck.de/>

Layout: Petra Böhm

1. (für Download leicht überarbeitete) Auflage, Bielefeld 2023

Diese Broschüre entstand in Zusammenarbeit mit der SHG Bielefeld und OWL – Selbsthilfegruppe transidenter Menschen und mit dem Queerpoint Minden – im BÜZ.

www.transident-bielefeld.de

www.lgbt-minden.de

Das Projekt wurde gefördert von:



Gefördert vom:

Ministerium für Kinder, Jugend, Familie,
Gleichstellung, Flucht und Integration
des Landes Nordrhein-Westfalen

