



# Infobroschüre zur HET und gaOP-Methoden

zur Gesundheitsversorgung von transidenten Menschen - FzM





# INHALT

	<b>Einleitung</b>
4	Zu dieser Broschüre
	<b>Teil A</b>
6	Die Hormonersatztherapie (HET/HRT)
	<b>Teil B</b>
17	Die operativen Möglichkeiten
18	Mastektomie
23	Die Hysterektomie und Adnexektomie (Entfernung/ von Gebärmutter und Eierstöcken)
27	Ovarektomie/Adnexektomie
28	Metoidioplastik („Klit-Pen“)
29	Kolpokleisis (Verschluss der Vagina)
31	Penoidaufbau (großer Aufbau)
33	Erektionsprothese und Skrotumplastik (Hodensack-Plastik), Penisprothesen Hodenprothesen (z.B. bei Strikturen (Engen), Fisteln)
34	Harnröhrenchirurgie (Verschluss) / Strikturen, Engen, Fisteln
36	<b>Anhang</b>
	<b>Teil C</b>
38	Weiterführendes
39	Quellen
40	Danksagung, Feedback und Kritik
41	Die Autor*innen
42	Bereits erschienen
44	Impressum

## Einleitung

### Zu dieser Broschüre

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.



Quelle: <https://www.vdge.org/get-over-it/>

Mit dieser Broschüre geben wir im Teil **A** für transgeschlechtliche und auch für nicht-binäre Menschen zu Beginn eine Orientierungshilfe, sich über eine Hormontherapie (HET, auch HRT genannt) zu informieren und wir wollen dabei auf die Vor- und Nachteile hinweisen.

Im Hauptteil **B** dieser Broschüre geben wir dann für transgeschlechtliche Männer (FzM) und für nicht-binäre Menschen einen Überblick in die OP-Methoden.

Wenn im Folgenden nur von trans\* Männern die Rede sein wird, so sind auch nicht-binäre Menschen mitgemeint. Soweit uns bekannt ist, zeigen wir zur geschlechtsangleichenden Operation (gaOP) dabei die Vor- und Nachteile auf und benennen Kliniken, die verschiedene OP-Methoden für FzM anbieten.

Für die Entscheidung zur medizinischen Transition solltet ihr euch sehr viel Zeit nehmen und eure Schritte auch sehr gut überlegen. Handelt nicht vorschnell bei einem so wichtigen Schritt wie z.B. eine gaOP, der euer ganzes Leben verändert. Ihr solltet euch absolut sicher sein diesen Weg auch gehen zu wollen. Dazu gehören die Kenntnisse zum Ablauf und zu

den möglichen Risiken. Wichtig zu wissen ist, dass die Veränderungen im und am Körper durch Medikamente oder Operationen nur sehr schwer rückgängig zu machen sind. Wir sprechen dann von Detransition, die nur durch eine gute psychologische Begleitung und etliche schwierige Operationen durchzuführen ist. Die Vorstellung dabei, dass der frühere Zustand wieder genauso hergestellt werden kann, ist Wunschdenken.

Allgemeines Ziel einer psychologischen Begleitung ist es, Wege zu finden, die das psychische Wohlbefinden, die Lebensqualität und Selbstverwirklichung eines Menschen optimieren. Sie ist nicht dazu da, die Geschlechtsidentität einer Person zu ändern. Nur wenige Betroffene treffen diese Entscheidung für sich ganz alleine. Die meisten nehmen fachärztliche Beratungen und Begleitungen in Anspruch und/oder besprechen sich außerdem in der Familie, im Freund\*innenkreis oder suchen eine Selbsthilfegruppe auf, in der sie Gleichgesinnte mit deren Behandlungserfahrungen antreffen können.

Die wenigsten Psycholog\*innen und Psychotherapeut\*innen kennen sich sehr gut mit der Trans\* Thematik aus. Es gilt gezielt nach einer fachärztlichen Ansprechperson zu suchen, die auch noch transfreundlich eingestellt ist und euren Weg der Transition ggf. gutachterlich unterstützt. Selbsthilfegruppen können als erste Anlaufstelle dabei hilfreich sein. Auch manche Gleichstellungsstellen in den Kommunen können eine Hilfestellung bieten.

Bei der Suche nach einer\*m Ärzt\*in könnt ihr euch mit Erfahrungsberichten aus Trans\* Gruppen vorinformieren. Aus den in dieser Broschüre gesammelten persönlichen Erfahrungen Einzelner ist es besonders wichtig bei einem Erstgespräch ein Vertrauen in die beratende Person zu erhalten. Auch solltet ihr euch noch einen weiteren Termin bei einer\*m anderen Ärzt\*in (Zweitmeinung) geben lassen.

Basis für die in dieser Broschüre beschriebenen Anhaltspunkte sind die *Standards of Care* (SoC-7), die *S-3-Leitlinie* (2018) und Publikationen der *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften* in Deutschland (AWMF, Register-Nr. 138/001) sowie die Ausführungen und Erläuterungen verschiedener Kliniken.

Mit dieser Infobroschüre beschränken wir uns für eine Orientierung darauf, eine Sammlung nützlicher Informationen zusammenzustellen und auf informative Links hinzuweisen. Diese Broschüre dient deshalb nur zur Information für alle Interessierten und ist kein Ersatz für eine fachärztliche Betreuung!

Wir, die Autorinnen, sind selbst trans\* Menschen oder haben eine transgeschlechtliche Vergangenheit und sind seit etlichen Jahren in der Trans\* Peerberatung aktiv. Wichtig ist uns, unser Fachwissen, unsere Erfahrungen und unsere Offenheit für eure Anliegen transparent zu machen. Auf dieser Grundlage ist diese Broschüre entstanden sowie durch unsere intensive Recherche, durch die Befragungen von Betroffenen, Fachärzt\*innen und durch unsere erfolgreiche Teilnahme an Qualifizierungs-Seminaren. Ein Kurzportrait der Autorinnen findet ihr am Schluss der Broschüre.

## Hinweis

Das Sternchen,\* (Asterisk) findet sich in dieser Broschüre ziemlich oft bei Wörtern wie trans\* und inter\*, zum Beispiel trans\* Frau oder trans\* Mann. Es verdeutlicht hier und an anderer Stelle, dass es eine große Vielfalt an persönlichen Verständnissen in der Zuordnung zu einem oder auch zu mehreren Geschlechtern gibt. Es dient als Platzhalter für jegliche Suffixe, die dahinter genannt werden können und schließt alle möglichen Selbstdefinitionen ein, also z.B. alle Frauen, Männer und nicht-binäre Menschen, die sich in irgendeiner Weise mit dem Wort identifizieren oder bezeichnen. Es steht auch bei weiteren Silben und bedeutet eine Erweiterung des Begriffes, z.B. bei Psycholog\*innen, einer\*m Ärzt\*innen, trans\* spezifischen ..., usw.

„Trans\* Frau“ oder „trans\* Mann“ wurden früher häufig mit „MzF“ und „FzM“ bezeichnet. Das veraltete Kürzel FzM (Frau zu Mann) verwenden wir der besseren Lesbarkeit wegen. Die Begriffe stehen allerdings in der Kritik, weil sie vermitteln, dass die Personen vorher auch tatsächlich eine Frau bzw. ein Mann waren und dann wechselten. Dies ist jedoch in den Augen der meisten trans\* Personen nicht der Fall.

Zur Schreibweise von „Trans“: In der Trans\* Gemeinde wird „trans\*“ zur Beschreibung einer Person verwendet und das Wort getrennt von der Person dann kleingeschrieben. Bei der häufig verwendeten zusammengeschrriebenen Schreibweise kann der Eindruck entstehen, dass z.B. eine „Transfrau“ etwas anderes wäre als eine „Frau“. Aus diesem Grunde verwenden viele in diesem Fall trans\* als ein Adjektiv, das die Person genauer beschreibt (trans\* Frau / trans\* Mädchen sowie trans\* Mann / trans\* Junge). Damit soll unterstrichen werden, dass trans\* Frauen eben Frauen sind sowie trans\* Männer eben Männer. Wird „trans\*“ als Substantiv verwendet (z.B. Trans\* Gemeinde / Trans\* Spektrum / Trans\* Literatur), wird das Wort großgeschrieben.

Wir verzichten jedoch auf das generische Maskulinum, das Gender\_Gap, das Binnen\_I oder auf andere Formen, wie das Gender-X, Schrägstriche oder Klammern. Sie machen Frauen und nicht-binäre Menschen durch Mitmeinen unsichtbar, setzen sie an die zweite Stelle oder erwähnen sie nicht. Das wird als diskriminierend empfunden. Wir vermeiden auch Begriffe wie Transgender und Transsexualität (ausgenommen in Textwiedergaben), weil letzterer Begriff nicht nur falsch assoziiert, sondern auch diskriminierend wirkt.

## Teil A

### Die Hormonersatztherapie (HET/HRT)

Die Hormon-Ersatz-Therapie oder kurz HET, häufig auch als *Hormone Replacement Therapy* (HRT) bezeichnet, bei Geschlechtsinkongruenz<sup>1</sup> (fehlende Übereinstimmung zwischen dem Zuweisungsgeschlecht<sup>2</sup> und der Geschlechtsidentität) ist die endokrinologische Therapie, bei der das körpereigene Sexualhormon durch das gegengeschlechtliche Sexualhormon ausgetauscht wird. Im Falle von Frau-zu-Mann transgeschlechtlichen Menschen werden die körpereigenen Östrogene durch das Testosteron ersetzt. Dadurch soll eine Vermännlichung des Körpers erreicht werden. Manchmal werden zu Beginn zusätzlich Mittel verabreicht, die gleichzeitig die Produktion des eigenen, falschen Hormons unterbinden, um die „Vermännlichung“ zu beschleunigen.

Das männliche Sexualhormon Testosteron sorgt für eine starke Libido, für den Bartwuchs und für die Produktion der Spermien. Es gibt jedoch mehr Effekte als Libido, Bartwuchs und Produktion der Spermien. In vielen Körpergeweben finden sich Rezeptoreffekte des Testosterons: Muskulatur, blutbildendes System, zentrales Nervensystem, Haut, Stoffwechsel. Vice versa (andersherum) gilt dies auch für die Östrogene. Cis-Frauen mit Variante der Geschlechtsentwicklung (Transidentität) versuchen dieses Hormon zu blockieren und durch Östrogene zu ersetzen.

Von Betroffenen hören wir immer wieder, dass sich trans\* Personen eine Hormonbehandlung sehnlichst herbeiwünschen. Leider führt das oft zu Schwierigkeiten mit Psycholog\*innen und den Gutachter\*innen, insbesondere mit dem MDK, weil Behandlungsleitlinien nicht beachtet werden. Jede\*r Ärzt\*in (z.B. Endokrinolog\*in, Gynäkolog\*in und Urolog\*in), kann eine Hormonbehandlung einleiten, wenn eine Indikation durch Psycholog\*innen, Psychotherapeut\*innen oder Psychiater\*innen als notwendig erscheint. Hierfür ist kein Antrag bei der Krankenkasse erforderlich – sie wird verordnet.

Voraussetzungen: Anhaltende und gut dokumentierte Geschlechtsdysphorie<sup>3</sup>; Fähigkeit, eine voll informierte Entscheidung zu treffen und der Therapie zuzustimmen; Volljährigkeit, bei jüngeren Patienten Zustimmung der Erziehungsberechtigten; Signifikante medizinische oder psychische Probleme (Krankheitswerte) müssen in ausreichendem Maß kontrolliert sein. D.h.: Das Vorhandensein zusätzlicher psychischer Probleme schließt den Zugang zu maskulinisierenden Hormonen nicht von vornherein aus. Vielmehr müssen diese Probleme vor und während der Behandlung der Geschlechtsdysphorie berücksichtigt werden. Ärzt\*innen stellen vor der Hormoneinnahme euren Hormonstatus fest und dokumentieren ihn, um ggf. spätere Schwierigkeiten durch die/den Krankenkassen/Medizinischen Dienstes

---

1 Geschlechtsinkongruenz: Fehlende Übereinstimmung zwischen dem Zuweisungsgeschlecht und der Geschlechtsidentität.

2 Zuweisungsgeschlecht: Orientiert sich an den primären Geschlechtsmerkmalen bei einem Individuum.

3 Führt die Geschlechtsinkongruenz zu Leiden, wird von Geschlechtsdysphorie gesprochen.

der Krankenkassen (MDK) auszuschließen. Bei einer gesicherten Diagnose müssen die Kosten ohne Antragstellung grundsätzlich von der Krankenkasse übernommen werden. Auch wenn das TSG seit 2020 für nicht-binäre Menschen zugänglich und nutzbar<sup>4</sup> gemacht wurde, stellen die Richtlinien des MDK zu medizinischen Maßnahmen etliche Hürden dar, manche Zugänge sind ihnen sogar verwehrt, z.B. Operationen. Hier besteht die Möglichkeit der Selbstzahlung oder indem Betroffene ihre Identität als „binär“ präsentieren, um sich die erforderlichen Gutachten/Indikationen erstellen zu lassen<sup>5</sup>. Solche „Diagnosen“ für einige nicht-binäre Menschen gehen mit einer Pathologisierung einher und werden als stigmatisierend, marginalisierend, diskriminierend und als psychisch belastend empfunden.

### **Mögliche Risiken**

Die Entscheidung eine Hormonbehandlung zu beginnen, wird oft als der wichtigste Schritt auf dem Weg einer Transition angesehen. Hierbei treten bereits unumkehrbare Veränderungen ein. Wurde dieser Weg einmal eingeschlagen, benötigt man die Hormone lebenslang, weil sonst Schäden, wie z.B. Osteoporose infolge eines Hormonmangels, eintreten können. Durch die Art der Hormoneinnahme und die Zuführung in den Körper kann auch das Thromboserisiko steigen. Auch besteht eine Gefahr von einer Leberwerterhöhung. Das gilt jedoch nicht für jeden Menschen, da jeder Mensch unterschiedliche Voraussetzungen für solche möglichen Risiken hat. Dazu kommen sehr unterschiedliche genetische Vorbelastungen und auch unterschiedliche Lebensweisen, wie Rauchen, Trinken, Sport, usw. Daher sollte eine HET immer unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt werden.

### **Warum Hormone?**

Die Hormonersatztherapie richtet sich zunächst an erwachsene Menschen, die für sich eine HET wünschen oder in Betracht ziehen. Sie kann für trans\* Menschen eine wichtige Unterstützung dabei sein, vor allem die auf den eigenen Körper bezogene Geschlechtsdysphorie zu mindern oder ganz verschwinden zu lassen. Im Folgenden erklärt diese Broschüre daher, wie die Hormontherapie funktioniert, wie sie wirkt, und welche Voraussetzungen in Deutschland notwendig sind, um sie zu bekommen. Sie kann auch die Vorbereitung auf das fachärztliche Aufklärungsgespräch unterstützen, jedoch nicht ersetzen.

Seid euch bewusst, dass die langfristigen (lebenslange Anwendung) Auswirkungen einer HET noch nicht ausreichend gut untersucht oder vollständig bekannt sind. Studienergebnisse basieren auf der Wirksamkeit von Präparaten und auf Dosierungen. Es kann wichtige gesundheitliche Risiken oder Vorteile geben, die in dieser Broschüre nicht vollumfänglich aufgeführt werden können. Aufgrund mitunter lebensgefährlicher Nebenwirkungen durch Selbstmedikation und Falschdosierung, die in überhöhten Dosierungen nicht zu rascher oder effektiver Maskulinisierung führen, die nur die Nebenwirkungen potenzieren, ist dringend von einer Selbstmedikation mit Testosteron

---

4 Shortlink: <https://t1p.de/8fi6r>; [2022-10-18]

5 Basierend auf dem Seminar von Né Fink, Trans\* Peerberater\*innen-Qualifizierung (2021) des NGVT\* NRW e.V., Beratungsbedarfe nicht-binärer Menschen



abzuraten, insbesondere wenn sie aus unseriösen Quellen beschafft werden. Gefahren der Selbstmedikation sind nicht auf Testosteron allein beschränkt. Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass individuelle Ziele nicht allein durch die Dosierung der Zielhormone erreicht werden kann. Körperliche Veränderungen sind in der Regel genetisch determiniert und können durch eine zusätzliche Erhöhung der Dosis zwar verändert werden, bedeuten aber zusätzliche gesundheitliche Risiken (siehe Doping). Umso wichtiger ist das fachärztliche Aufklärungsgespräch.

### **Vorüberlegungen als mögliche Entscheidungshilfe**

Du kannst dich für das Ärzt\*innengespräch zunächst durch eigene Fragestellungen auf deinem Transitionsweg mit der HET, entweder nur für dich allein oder mit betroffenen Freund\*innen zusammen, vorbereiten.

- Warum möchte ich eine HET? Ist das mein fester überzeugter Wille?
- Was bewirkt die Veränderung? Und was, wenn sich mein Wunsch ändert?
- Woran merke ich, dass meine Entscheidung für ein HET richtig war?
- Woran würde ich merken, dass ich die Veränderungen nicht oder nicht mehr möchte?
- Wie gehe ich damit um, wenn ich die HET unterbrechen oder beenden will/muss?
- Und wie finde ich mich damit zurecht, dass einige Veränderungen der HET nicht mehr (vollständig) rückgängig gemacht werden können?
- Habe ich Ängste, bin ich unsicher bezüglich der HET?
- Kann ich die Wirkungsweise von Hormonen schon richtig einschätzen?
- Mit welchen körperlichen und sozialen Effekten habe ich zu rechnen?
- Gibt es andere Möglichkeiten als die HET für mich?
- Machen meine Vorerkrankungen eine besondere Abklärung erforderlich?
- Welche Wirkung könnte die jetzige Entscheidung in privaten und beruflichen Kontexten in einigen Jahren haben?
- Was bedeutet mir mein soziales und/oder berufliches Umfeld wegen meiner HET?
- Werde ich durch die HET Formen von Diskriminierung erfahren?
- Welche erfahrenen Personen oder Gruppen können mir dabei Unterstützung geben?

Ein Austausch mit anderen, die einen ähnlichen Entscheidungsprozess durchlaufen haben, kann für viele trans\* und nicht-binäre Menschen hilfreich sein.

### **Hormone, was sind das?**

Hormone<sup>6</sup> sind vereinfacht gesagt vom Körper gebildete notwendige Botenstoffe, die funktionale Abläufe regulieren, steuern, aktivieren oder deaktivieren. Sie werden von speziellen hormonproduzierenden Zellen (einige auch in Nervenzellen) gebildet, die sich in den Drüsen befinden. Im Folgenden sprechen wir von Geschlechtshormonen. Sie werden von spezialisierten Zellen der weiblichen oder männlichen Geschlechtsorgane gebildet. Es handelt sich um ein sehr komplexes System. Greift man in eines ein, ändern sich alle [genauer: manche] anderen mit. Bei der Verabreichung von Testosteron muss deshalb endokrinologisch genau auf die anderen Körperwerte geachtet werden.

---

<sup>6</sup> Hormon, altgriechisch „in Bewegung setzen, antreiben, anregen“.

## Anmerkung

Zur Hormonbehandlung bei trans\* und nicht-binären Menschen legt der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) die Rahmenbedingungen fest. Allerdings stehen diese in der Kritik, weil sie nur auf binäre Identitäten ausgerichtet sind und sich nicht an den Identitäten und Bedürfnissen von trans\* und nicht-binären Menschen orientieren. An dieser Stelle verweisen wir auf die aktuelle S3-Leitlinie.<sup>7</sup>

## Wie funktioniert die Hormonersatztherapie bei FzM-Patienten?

Eine Hormontherapie erfordert eine individuelle medizinische Betrachtung. Dafür werden drei Ebenen untersucht. Die **individuelle Wirkung**: Sie ist abhängig von vielen Körpereigenschaften. Z.B. die Intensität der Hormonwirkung und die Schnelligkeit, mit der Hormone abgebaut werden. Einflussfaktoren ob, wie viele und welche Hormone der Körper (noch) produziert und wie er diese jeweils verarbeitet. Das Alter und der jeweilige Stoffwechsel oder Medikamenteneinnahme spielen eine wichtige Rolle. Personen mit Stoffwechselerkrankungen und intergeschlechtliche Menschen benötigen eine besondere ärztliche Beratung.

Menschen mit **individuellem Bedarf**: Die Hormonmengen und die Hormonwerte sind bei fast allen Menschen verschieden. Bei jungen Menschen sind sie oft höher als bei älteren Menschen. Eine Übereinstimmung mit den Standardwerten durch eine regelmäßig Blutuntersuchung bietet hier eine gute Orientierung. Beim individuellen Bedarf spielt das Wohlbefinden ebenso eine wichtige Rolle. So kann es sein, dass sich Menschen mit einem etwas höheren oder niedrigeren Hormonwert wohler fühlen als mit dem Standardwert. Darüber sollte vorbehaltlos mit den behandelnden Ärzt\*innen gesprochen werden.

Menschen wünschen mit der HET unterschiedliche Wirkungen zu erzielen. **Individuelle Ziele** können die Schnelligkeit der Veränderungen betreffen. Oder ein bestimmtes Aussehen, ein androgynes Aussehen. Von einer Beschleunigung der Hormonwirkung durch Überdosierung ist jedoch wegen der daraus möglicherweise entstehenden Schäden dringend abzuraten.

Möglich ist aber die Hormonwirkung durch eine geringere Dosierungen zu verlangsamen. Dies ist beispielsweise ein häufiger Wunsch von Menschen, die genau beobachten wollen, wie sich die Veränderungen für ihren Körper anfühlen und welche sie als angenehm empfinden. Andere Menschen entscheiden sich aufgrund gesundheitlicher Probleme für eine geringere Dosierung. Beides sollte auf jeden Fall ärztlicherseits begleitet werden.

Eine Beeinflussung der Wirkung der HET in der Reihenfolge der Veränderungen oder in zeitlicher Hinsicht ist jedoch nicht möglich, da es dabei auf den individuellen Körper ankommt. Darüber hinaus ist zu beachten, dass die Hormondosierung sich auf das Sexualleben (Libido) auswirken kann. Weil der Hormonbedarf mit dem Lebensalter zusammenhängt, kann sich im Verlauf des Lebens auch der Bedarf verändern.

---

<sup>7</sup> S3-Leitlinie ist eine Vorgabe zur Orientierung für Ärzt\*innen und andere Menschen im medizinischen Bereich. Bedauerlicherweise wird sie noch nicht von allen Krankenkassen angewendet; Shortlink: <https://t1p.de/8deo>; [2022-09-24].

## Verabreichungsformen der HET

Die HET erfolgt i.d.R. nach der Indikation durch Endokrinolog\*innen, Gynäkolog\*innen oder Urolog\*innen oder ärztliche oder psychologische Psychotherapeut\*innen. Aufgrund der mitunter langen Wartezeiten bis zu einem Erstgespräch lohnt es sich, vorab bei örtlichen LSBTIQ\*-Organisationen über Ärzt\*innen, die die HET anbieten, sich über deren Wartezeiten zu informieren.

Die Verabreichung des Testosterons bei trans\* Männern ist etwas schwieriger. Die sinnvollste Art der Hormongabe ist nicht die Injektion! Besser als die Substitution durch eine Injektion ist die tägliche Substitution mit Gel. Sie simuliert die zirkadiane Rhythmik<sup>8</sup> der physiologischen Testosteronproduktion in Cis-Männern, die einen kontinuierlichen Dauerspiegel hervorruft. Die intramuskuläre Substitution bedeutet eine höhere Gefährdung für die Entwicklung eines erhöhten Hämatokrit<sup>9</sup>. [Der Hämatokrit ist ein Maß dafür, wie viele rote Blutkörperchen im Blut sind. Er entspricht dem Anteil der Zellen am Blutvolumen und gibt an, wie zähflüssig das Blut und wie der Wasserhaushalt des Patienten ist.] Unter der kutanen Applikation<sup>10</sup> tritt diese Nebenwirkung so gut wie nie auf.

Sinnvoll könnte es sein, einen Östrogenblocker einzusetzen. Von Testosterontabletten und Testosteronpflaster wird allgemein ab einem Alter von etwa 40 Jahren abgeraten. Sie haben sich aufgrund schwerer Nebenwirkungen bzw. zu geringer Wirkung nicht dauerhaft durchsetzen können<sup>11</sup>. Daher gehen wir nicht weiter darauf ein. Verwiesen sei auf die Ausführungen von TransX<sup>12</sup> Austria. Wir führen hier nur die gängigsten Präparate in Deutschland auf:

**Depotspritzen** (siehe oben) belasten Leber und andere Organe nur gering. Die ärztlich zu verabreichende Spritze kann (muss aber auch nicht) manchmal tagelange Schmerzen verursachen. Bei trans\* Männern können sich auch immer wieder schmerzhaft Abszesse bilden. Der Wirkstoff bleibt über lange Zeit im Körper. Er kann nicht sofort abgesetzt werden, sollte es zu Problemen kommen.

- Testoviron Depot 250mg: Das Intervall beträgt 14 Tage
- Testosteron Undecanoat (Nebido, mittlerweile auch generisch erhältlich) Intervall 12 Wochen, selten weniger, gelegentlich länger
- Nebido 1000mg (Injektionen alle 6-12 Wochen)

Bei **Gelen** geht der Wirkstoff direkt durch die Haut ins Blut, bei geringer Belastung von Leber und anderen Organen. Die relativ großflächige Verteilung auf der Haut kann nachteilig sein. Eine gleichmäßige Dosierung ist schwieriger. Auch kann das minutenlange Einwirken der täglichen Anwendung als nicht sehr angenehm empfunden wird. Wird das Gel

---

8 Der zirkadiane Rhythmus ist die Fähigkeit eines Organismus, physiologische Vorgänge auf eine Periodenlänge von etwa 24 Stunden zu synchronisieren. Der wichtigste zirkadiane Rhythmus ist der Schlaf-Wach-Rhythmus. Shortlink: <https://t1p.de/r1wpa> [2023-10-13]

9 Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten; Shortlink: <https://t1p.de/bzj54>, [2023-10-13]

10 Auftragen eines Wirkstoffs bzw. eines Medikaments auf die Haut.

11 Vgl. Transmann e.V. (Hrsg.), Hormone, in: Shortlink: <https://t1p.de/sb310>; [2022-03-17].

12 <https://www.transx.at/Pub/Hormone.php>; [2022-09-21].

täglich zur gleichen Zeit, z.B. morgens auf die Haut (Schulter, Oberarme, Bauch) aufgetragen, kann im Zeitverlauf ein sehr konstanter Testosteron-Level erzeugt werden.

- Testogel 25mg/50mg
- Testotop Gel 125mg

Eine HET muss grundsätzlich ärztlich begleitet werden, um Über- und Unterdosierungen und z.B. körperliche Kontraindikationen zu vermeiden. Die Gabe von Hormonen erfolgt in der Regel lebenslang, im Falle einer Ovarrektomie (Entfernung der Eierstöcke) müssen die Hormone – Testosteron oder Östrogen – künstlich zugeführt werden, um durch Hormonmangel möglich verursachte Krankheiten wie z.B. Osteoporose zu vermeiden! Gleichzeitig kann eine HET dauerhaft unfruchtbar machen. Die eigene Familienplanung sollte, insofern sie noch nicht abgeschlossen ist, in jedem Fall mitberücksichtigt werden. Bei (ungewollter) Schwangerschaft während der HET mit Testosteron wird ärztlicherseits dringend geraten dieses unverzüglich abzusetzen, um eine dauerhafte Behinderung des Kindes durch Virilisierung (ausgeprägte Vermännlichung) im Mutterleib zu vermeiden! Lasst euch in diesem Fall unbedingt durch eure ärztliche Betreuung beraten.

### **Welche Wirkungen, Nebenwirkungen und Risiken sind zu erwarten?**

Die ersten deutlichen Änderungen setzen schon relativ schnell ein. Zuerst gibt es vielleicht nur ein paar Pickel, doch bald setzt die Menstruation aus und ehe man es sich versieht ist man nach ein paar Monaten schon im schönsten Stimmbruch, die ersten Barthaare beginnen zu sprießen und die Körperbehaarung nimmt stark zu.

Nach einem Jahr ist die Entwicklung bereits weit fortgeschritten und nach zwei im Wesentlichen abgeschlossen. Der Speck auf den Hüften hat sich verringert und Muskelmasse und Kraft haben deutlich zugenommen. Was sich in den nächsten Jahren eventuell noch ereignet, ist ein testosteronbedingter Haarausfall. Trans\* Männer sind in der Regel nach ein bis zwei Jahren Hormonbehandlung äußerlich nicht mehr als „ehemalige Frauen“ zu erkennen. Optisch durch den Bartwuchs aber auch akustisch durch die männliche Stimme.

Die in großen Teilen erwünschten Wirkungen von Testosteron lassen sich in irreversible und reversible Wirkungen unterteilen<sup>13</sup>:

#### *Irreversible Wirkungen:*

- Stimmbruch
- Bartwuchs u.a. Körperbehaarung (einschl. Rücken!)
- Klitorishypertrophie (Vergrößerung der Klitoris)
- Androgenetischer Haarausfall

#### *Reversible Wirkungen:*

- Vergrößerung der Muskelmasse
- Fettumverteilung von den Hüften zum Bauch

---

<sup>13</sup> Vgl. Joice E. Dains u.a. (Hg.), Advanced Health Assessment and Clinical Diagnosis in Primary Care, 6. Aufl., St. Louis 2020, S. 572.

- Akne
- Fettige Haut
- Steigerung der Libido
- Verringerung der eigenen Fruchtbarkeit

*Mögliche Nebenwirkungen:*

- Leberschäden
- Schlafapnoe (kurzzeitig Atmungsausetzungs-Erkrankung während des Schlafs)
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Erhöhung des Cholesterins
- Bluthochdruck
- Diabetes Mellitus
- Polyglobulie (Überproduktion roter Blutkörperchen)
- Gewichtszunahme
- Akne
- Destabilisierung bereits bestehender psychischer Erkrankungen

**Weitere mögliche Risiken**

- Testosteron kann zur Gewichtszunahme und zur Zunahme an Fettgewebe führen
- Testosteron oder andere androgene Steroide erhöhen das Risiko für Polyzythämie<sup>14</sup> (Hämatokrit > 50%) vor allem bei Patienten mit anderen Risikofaktoren
- Patienten mit einem Polyzystischen Ovarialsyndrom<sup>15</sup> oder einer Stoffwechselstörung können einem höheren Risiko im Sinne einer Verschlechterung der Stoffwechselstörung unter der Testosterontherapie ausgesetzt sein
- Es kann zu einer vorübergehenden Erhöhung der Leberenzymwerte kommen
- Maskulinisierende Therapie mit Testosteron oder androgenen Steroiden kann das Risiko für hypomanische, manische oder psychotische Symptome erhöhen
- Testosterontherapie kann das Risiko für ein Endometriumkarzinom<sup>16</sup> erhöhen (ausreichende Belege fehlen)
- Erhöhung des Risikos für ein Ovarialkarzinom<sup>17</sup>, (ausreichende Belege fehlen)
- Es kann zu permanenten anatomischen Veränderungen bei einem sich in Entwicklung befindlichen Embryo kommen
- Testosteron führt zu einer Vergrößerung der Klitoris und einer Zunahme der Libido

---

14 Polycythaemia vera, kurz PV; es handelt sich um eine seltene myeloproliferative Erkrankung (= Gruppe von malignen hämatologischen Erkrankungen), bei der es zu einer Vermehrung aller drei Blutzellreihen (insbesondere Erythrozyten, jedoch auch Thrombozyten und Leukozyten) im Blut kommt.

15 Polyzystisches Ovarialsyndrom, kurz PCOS, ist ein Symptomenkomplex und Ausdruck einer vielschichtigen Funktionsstörung der Ovarien (Eierstöcke).

16 Das Endometriumkarzinom ist ein bösartiger, von der inneren Schleimhautschicht der Uterus ausgehender Tumor der Gebärmutter.

17 Ovarialkarzinom ist ein bösartiger Tumor des Ovars (Eierstocks).

## Nicht zu erwartende Risiken

Die genannten Aspekte dieser Kategorie beinhalten solche, die ein Risiko darstellen können, wobei der Nachweis jedoch so gering ist, dass keine klaren Schlussfolgerungen gezogen werden können.

- Maskulinisierende HET in normaler Dosis scheint das Risiko für kardiovaskuläre<sup>18</sup> Ereignisse bei gesunden Patienten nicht zu erhöhen
- Maskulinisierende HET in normaler physiologischer Dosis kann zu einem Blutdruckanstieg führen, scheint aber nicht das Risiko einer Hypertonie<sup>19</sup> zu erhöhen
- Das Risiko für einen Diabetes *mellitus Typ 2*<sup>20</sup> scheint sich nicht zu erhöhen, außer wenn andere Risikofaktoren vorliegen
- Testosterontherapie stellt kein erhöhtes Risiko für Brustkrebs dar
- Testosterontherapie unterstützt oder vergrößert die Knochendichte vor einer Ovariectomie<sup>21</sup>, zumindest in den ersten drei Behandlungsjahren
- Testosterontherapie kann die Fertilität<sup>22</sup> reduzieren, allerdings ist das Ausmaß der Reversibilität unbekannt

## Testosteron und Regelblutung

Auch wenn Testosteron normalerweise die Regelblutung innerhalb von sechs Monaten unterbindet, muss sie nicht ausbleiben. In diesem Fall kann ein\*e Endokrinolog\*in bzw. Gynäkolog\*in oder Urolog\*in entsprechende Medikamente verschreiben. Sollte die Regelblutung auch hierdurch nicht ausbleiben, hilft noch die operative Entfernung der Gebärmutter (Hysterektomie).

Nach Covid-19-Impfungen wurde in der medizinischen Fachwelt vermehrt von menopausalen Frauen und trans\* Männern in der HET berichtet, die jeweils danach ihre Regelblutung für kurze Zeit wiederbekommen bzw. andere Zyklusstörungen an sich bemerkt haben. Diese Zusammenhänge sind jedoch nach ersten Erkenntnissen von kurzer Dauer und müssen noch weiter erforscht werden<sup>23</sup>.

## Testosteron und Psyche

Auch wenn Testosteron in den allermeisten Fällen zu einer erheblichen psychischen Stabilisierung von trans\* Menschen beiträgt, sollte jedoch auch beachtet werden, dass die Psyche ebenfalls die körperlichen Veränderungen verarbeiten muss – auch dann, wenn diese gewünscht sind. Gerade nach Operationen kann dies der Fall sein, da die starken körperlichen Veränderungen mit einem anderen Körpergefühl einhergehen können. Im Zweifel sollte man sich an seine psychologische bzw. psychotherapeutische Begleitung wenden.

---

18 das Herz und das Gefäßsystem betreffend

19 Erhöhung eines Drucks oder einer Gewebespannung über die physiologische Norm hinaus. Das Gegenteil der Hypertonie ist die Hypotonie

20 Stoffwechselerkrankung, die auf Insulinresistenz oder Insulinmangel beruht und durch einen chronisch erhöhten Blutzuckerspiegel gekennzeichnet ist

21 Entfernung der Eierstöcke

22 Fähigkeit eines Organismus zur Fortpflanzung

23 Vgl. Victoria Male, Menstrual Changes after Covid-19 Vaccination. A Link Is Plausible and Should Be Investigated, in: BMJ 374 (2021), S. 1-2, S. 1

## Veränderungen des Körpers

Bei biologisch weiblichen Menschen führen Testosterone mit der Zeit zu einer Veränderung des Körpers, d.h. sie wirken maskulinisierend, also hin zu dem, was als männlich angesehen wird. Bemerkbar macht sich das durch Änderungen der Stimmlage, die Körperbehaarung vermehrt sich, Bartwuchs entsteht, die Muskulatur baut sich auf, ein allmähliches Aussetzen der Menstruation beginnt. Auch Haarausfall kann möglich werden.

Manche Endokrinolog\*innen applizieren zu Beginn der Behandlung zusätzlich die Gabe von Leuprorelinacetat<sup>24</sup>, das die Wirkung der körpereigenen Geschlechtshormone abschwächt.

---

<sup>24</sup> Leuprorelin ist ein Wirkstoff aus der Gruppe der GnRH-Analoga, der zur symptomatischen palliativen Behandlung eines fortgeschrittenen hormonabhängigen Prostatakarzinoms eingesetzt wird. Es hemmt bei einer längerfristigen Anwendung die Ausschüttung von LH und FSH und senkt die Testosteronkonzentrationen. Zu den häufigsten möglichen unerwünschten Wirkungen gehören Hautausschläge, Reaktionen an der Injektionsstelle, Hitzewallungen und Müdigkeit; Shortlink: <https://t1p.de/k305j> [2022-05-26]

## Effekte und Verlauf vermännlichender Hormonbehandlung **SCHEMATISCHE DARSTELLUNG**

Wirkung	Einsetzen	Maximale Wirkung
Hautfettigkeit und Akne	1-6 Monate	1-2 Jahre
Gesichts- und Körperbehaarung	3-6 Monate	3-5 Jahre
Ausfall der Kopfbehaarung	> 12 Monate	unterschiedlich
Steigende Muskelmasse und Kraft	6-12 Monate	2-5 Jahre dosierungsabhängig
Körperfettverteilung	3-6 Monate	2-5 Jahre
Ende der Menstruation	2-6 Monate	k.A.
Vergrößerung der Klitoris	3-6 Monate	1-2 Jahre
Vaginalatrophie <sup>25</sup>	3-6 Monate	1-2 Jahre
Absinken der Stimme	3-12 Monate	1-2 Jahre

Quelle: WPATH, *Standards of Care-7*, [Version 7], 2011

### **Kein Antrag bei der Krankenkasse!**

Hormone können von Ärzt\*innen (meist Endokrinolog\*innen) verschrieben werden. Hierfür ist kein Antrag bei der Krankenkasse notwendig.

<sup>25</sup> In gleicher Weise wie Veränderungen der Haut und Haare wahrgenommen werden verändert sich auch die Schleimhaut der Scheide; sie schrumpft ab, wird dünner und produziert nicht mehr Feuchtigkeit wie vorher. Diese Veränderungen werden als Vaginalatrophie genannt.



## HET bei trans\* Kindern/trans\* Jugendlichen

Auch hier ist die Differenzialdiagnostik durch Kinder- und Jugendpsychiater erforderlich. Eine psychologische Begutachtung reicht in der Regel nicht. Gemäß den Leitlinien der Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (August 2013<sup>26</sup>) ist die Gabe von gegengeschlechtlichen Hormonen ab dem 16. Lebensjahr, operativer Eingriffe frühestens ab dem 18. Lebensjahr möglich. Beide Altersangaben sind aber wissenschaftlich nicht abgesichert, sondern nur persönliche Meinungen einiger dieser Autoren der Gesellschaft. In der Praxis werden Hormone eher gegeben. Auch operative Eingriffe erfolgen manchmal vor dem Erreichen der Volljährigkeit (TRAKINE e.V.).

### Bei Geschlechtsinkongruenz FzM

Zur geschlechtsangleichenden Hormontherapie bei Geschlechtsinkongruenz FzM verweisen wir auf das Ärzteblatt; Shortlink: <https://t1p.de/ol64d> [2022-05-12]

„Erst nach einer psychologischen Begutachtung und der Diagnose der ‚Transsexualität‘ können GnRH-Antagonisten (Pubertätsblocker) gegeben werden, um die Pubertät medikamentös zu stoppen“. [...] „Bei der hormonellen Therapie können gleichzeitig gegengeschlechtliche Hormone eingenommen und die Produktion der körpereigenen Hormone unterdrückt werden“. [...] „Der Stopp der Pubertätsentwicklung ist reversibel (umkehrbar), und es treten keine Schädigungen oder unerwünschte Nebenwirkungen auf“<sup>27</sup>.

Wenn also eine ausreichend große Sicherheit beim Kind/Jugendlichen hinsichtlich einer Geschlechtsangleichung vorhanden ist und diese mit zwei Stellungnahmen von begleitenden Psychotherapeut\*innen und einem\*r weiteren Therapeut\*in bestätigt wird, und auch die Erziehungsberechtigten zustimmen, besteht die Möglichkeit, mit der gegengeschlechtlichen Hormonbehandlung zu beginnen.

## Hinweis

Auch wenn in den o.g. Beiträgen bereits darauf eingegangen wurde, wollen wir noch einmal auf die Wichtigkeit hinweisen, dass eine turnusgemäße Überwachung von Nebenwirkungen, insbesondere bei Risikopatient\*innen, unabdingbar ist. Sie sollte sowohl die klinische Beobachtung als auch die Laborwerte einschließen. Körperliche Untersuchungen sollten Blutdruckmessung, Gewichts-, Puls-, sowie Hautkontrolle, Herz- und Lungenuntersuchungen umfassen.

Allgemein gesagt, wird die HET bei entsprechender Überwachung als sicher angesehen<sup>28</sup>.

<sup>26</sup> Die frühere Leitlinie ist abgelaufen und eine neue sollte bis 31.03.2023 auf der Basis der konzeptuellen Neufassungen nach ICD-11 und DSM 5 aktualisiert werden. TRAKINE e.V.; Shortlink: <https://t1p.de/h396v>, [2022-05-12]

<sup>27</sup> INTERVENTION für sexuelle & geschlechtliche VIELFALT. INTERVENTION für sexuelle & geschlechtliche VIELFALT; Shortlink: <https://t1p.de/yst9m>, [2022-05-12]

<sup>28</sup> Basierend auf den NGVT\* NRW-Seminaren zu: Gesundheitlichen Grundlagen, von Dr. Thomas Seppel (2021)

## Zum Abschluss des Teil A)

Voraussichtlich wird die Behandlung und Versorgung von trans\* und nicht-binären Personen mit der neugeschaffenen S3-Behandlungsleitlinie<sup>29</sup> den Bedarfen besser entsprechen. Zu hoffen bleibt, dass die darin enthaltenen Verbesserungen auch für den abinären Bereich von den Krankenkassen entsprechend umgesetzt werden.

## Teil B

### Die einzelnen operativen Möglichkeiten

Es sind ganz persönliche Gründe sich einer gaOP zu unterziehen. Daher können auch die gewünschten Endergebnisse der Betroffenen unterschiedlich sein. Wichtig sollte es sein, dass sich Wünsche und Vorstellungen mit denen des Chirurgenteams gleichen. Die Fragestellung an das Chirurgenteam sollten mindestens beinhalten, dass:

- der neue Penis ein realistisches Aussehen und eine realistische Größe erhält,
- im Stehen urinieren möglich ist,
- eine Erektion haben möglich ist,
- Geschlechtsverkehr möglich sein soll und
- die Orgasmusfähigkeit erhalten bleibt

Bei der Beschreibung der einzelnen operativen Möglichkeiten und Schritte sollten die Eingriffe nicht als zwingend vorausgesetzt werden. Es kommt auf die individuellen Wünsche an, welche operativen Möglichkeiten durchgeführt werden sollen. Beispielsweise kann nur die Bildung eines Klitorispenoids (Klitpens) vorgenommen werden. Ein Penoidaufbau (Phalloplastik) kann entweder später oder auch gar nicht gewünscht sein. In allen Fällen sollte aus medizinischen Gründen zwischen einzelnen Eingriffen mehrere Monate Abstand liegen.

Wir verzichten im Weiteren auf die allgemeinen Risiken bei Operationen hinzuweisen, da vor jedem medizinische Eingriff solche Risiken ausführlich mit den Fachärzt\*innen in den Kliniken besprochen werden.

---

29 Shortlink: <https://t1p.de/yufvi> [2022-10-18]

## Mastektomie

Ziele der Mastektomie bei trans\* Männern und nicht-binären Menschen:<sup>30</sup>

- ➔ Eine möglichst flache männliche [gelesene] Brust mit empfindsamen natürlich wirkenden Brustwarzen mit Hervorhebung der Brustmuskulatur ohne Erinnerung an eine weibliche Brustform oder Brustkontur.
- ➔ Eine passende Brustwarzenform und Brustwarzengröße bei kaum sichtbaren Narben. Form und Größe und der Narbenverlauf sind vom Ausgangsbefund abhängig und werden im persönlichen Gespräch erläutert und besprochen.
- ➔ Eine möglichst geringe Komplikationsrate, eine kurze OP-Dauer und dementsprechend auch ein kurzer Aufenthalt in der Klinik.

Für FzM-Patienten kommen auch folgende chirurgische Maßnahmen in Frage<sup>31</sup>:

- **Brustchirurgie:** Entfernung des Brustdrüsengewebes (Mastektomie) sowie Aufbau eines männlichen Brustprofils
- **Genitalchirurgie:** Hysterektomie/Ovarektomie, Rekonstruktion der Harnröhre, ggfs. in Kombination mit einer Metoidioplastik oder Phalloplastik (unter Verwendung verschiedener Lappenplastiken), Vaginektomie, Skrotoplastik sowie die Implantation einer Hoden- und/oder Penisprothese
- **Nicht Genital- oder Brustoperationen:** Stimmchirurgie (selten), Fettabsaugung, Fettunterspritzung, Pectorale Brustimplantate und weitere ästhetische Verfahren

Diese Maßnahmen werden nachfolgend beschrieben, spezifizieren aber nicht die Reihenfolge, in der sie ausgeführt werden sollen. Anzahl und Abfolge der chirurgischen Interventionen können von Patient zu Patient verschieden sein.

<sup>30</sup> SANA-Kliniken, Düsseldorf-Gerresheim: Mastektomie bei Frau-zu-Mann (FzM) und non\*binary; Shortlink: <https://t1p.de/jvb06> [2022-09-24].

(Anmerkung: Voraussetzungen zur Mastektomie, um im Transgenderzentrum operiert werden zu können, sind auf der o.g. WEB-Site erläutert. U.a. wird eine von der Krankenkasse geforderte meist mindestens sechs Monate vorausgehende Hormontherapie mit Testosteron nicht als zwingendes Kriterium (insbesondere bei nicht-binären Menschen) gesehen.)

<sup>31</sup> SoC-7 (Standard of Care, Version 7) - The World Professional Association for Transgender Health Weltverband für Transgender Gesundheit (2012), 7th Version, S. 69

War die Brust zuvor jahrelang stark abgebunden, solltet ihr sie zuvor auf mögliche Gewebeschäden untersuchen lassen. Der Eingriff und die OP-Techniken werden vor einer OP ausführlich mit euch besprochen. Davor erfolgt die Einzeichnung, ihr werdet vermessen und fotografiert. Die laufende HET sollte nach Absprache präoperativ pausiert werden. Die OP erfolgt in Vollnarkose bei i.d.R. nur einer Sitzung. Dafür werden etwa anderthalb bis zweieinhalb Stunden geplant.

Bei der OP werden das Drüsengewebe, das Fett und die Haut entfernt und alles sauber vernäht. Ein dicker Druckverband um den gesamten Brustkorb sorgt dafür, dass die Haut an der richtigen Stelle anwachsen kann. Damit wird auch einer zu starken Schwellung und Blutung vorgebeugt. Aus den angebrachten Drainagen fließt überschüssiges Blut ab, eventuelle Hämatome (Blutergüsse) werden so reduziert. Wenn kein Blut mehr fließt, werden nach zwei bis drei Tagen die Drainagen entfernt. Wurden (je nach Verträglichkeit) selbstauflösende Fäden verwendet, kannst du bei gutem Heilungsverlauf die Klinik spätestens am vierten Tag verlassen. Nicht selbstauflösende Fäden müssen nach etwa 14 Tagen gezogen werden.

Ab dann ist für mindestens sechs Wochen ein Kompressionsmieder/Bolero zu tragen. Körperliche Aktivitäten/Sport sollten für mindestens sechs bis acht Wochen unterbleiben. Auf extensives Oberkörpertraining (Bankdrücken, Liegestütze, Burpees etc.) muss für sechs Monate verzichtet werden.

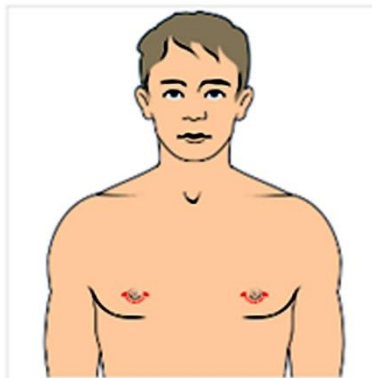
## Die OP-Techniken

Jede Klinik hat ihre OP-Techniken. Welche Anwendung in Frage kommt, ist abhängig von den Voruntersuchungen. Die wichtigsten Techniken:

- **Liposuktion:** Bei sehr kleiner Brust. In der Achselnähe wird ein Schnitt gemacht und nur das überflüssige Fett abgesaugt. Das Drüsengewebe ist bei dieser Technik nur schwer bis gar nicht entfernbar. Vorteil: Die Narben werden sehr klein und unscheinbar, und nicht an der Brust, sondern in Achselnähe sein.
- **Mamillenschnitt:** Für kleine bis mittelgroße Brüste um die Brustwarze (Mamille) herum. Der Vorteil liegt darin, dass die Narbe beinahe unsichtbar ist, da sie direkt am Farbübergang Brustwarze/normale Haut liegt. Die Brustwarze bleibt während der OP an der Nerven- und Blutversorgung („gestielt“). Ein Verlust der Brustwarze bzw. der Sensibilität ist unwahrscheinlich. Möglich ist auch, dass die Brustwarze während der OP verkleinert und/oder überschüssige Haut entfernt wird.
- **M-Schnitt:** Der Schnitt erfolgt M-förmig um die Brustwarze herum. Der Vorteil dabei: Die Zickzack-Form der Naht macht diese belastbarer. Außerdem wird durch das Führen in der Mamille die Narbe später so gut wie unsichtbar sein.

- **T- und Anker-Schnitt:** Hier erfolgen die Schnitte von der Mamille aus nach unten und dann an der Brustfalte zur Seite hin. Durch diese Schnitttechnik wird es erleichtert überflüssige Haut zu entfernen und so eine männliche Brust zu formen. Nachteilig dabei ist, die entstehenden Narben sind leider über Jahre hin auffällig. Allerdings ist diese Technik für Betroffene mit großen bis sehr großen Brüsten, die die Mastektomie in nur einer einzigen Operation durchgeführt haben möchten, die geeignetste. Hier kommt es auf das Können der Chirurg\*innen an, weil sie zum einen im immer weiter anschwellenden Gewebe vorhersehen müssen, wieweit die Schnitte erfolgen dürfen. Zum anderen muss am Ende der OP eine feine Naht zustande erfolgen, damit die entstehenden Narben so schmal wie möglich werden. Die Ankerschnitttechnik erwähnen wir nur, weil die Ergebnisse in der Vergangenheit keineswegs befriedigend waren – die Brustwarzen sind dabei in den meisten Fällen entfernt worden.

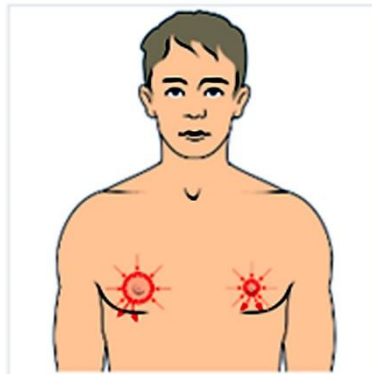
Beim Mamillenrandschnitt (bei sehr kleiner Brust) sollte die Mamille nicht entfernt und später wieder angenäht werden – die Blut- und Nervenversorgung der Brustwarze sollte gar nicht erst unterbrochen werden. Bei der Liposuktions-Technik ist das eigentlich gewährleistet. Über einen halbmondförmigen Schnitt an der Unterseite der Brustwarze erfolgt die Entfernung der Brustdrüse (Mastektomie), in der Regel in Kombination mit einer Fettabsaugung (Liposuktion), über weitere kleine, seitliche Schnitte.



Mamillenrandschnitt bei kleiner Brust<sup>32</sup>

Bei **kleiner bis mittelgroßer Brust** und überschüssigem Hautmantel erfolgen kreisförmige Schnitte um die Brustwarzen mit Straffung des Hautmantels (periareolär konzentrisch) um die Brustwarze herum. In der Regel wird dieses Vorgehen noch kombiniert mit einer Liposuktion, die über kleine, weitere seitliche Schnitte erfolgt.

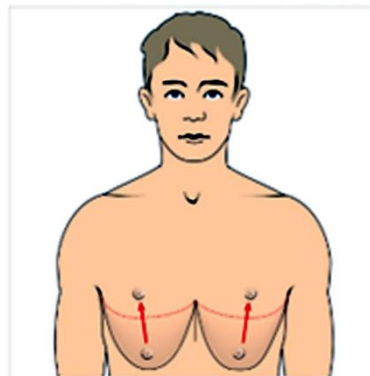
<sup>32</sup> Die folgenden Grafiken wurden aus den Aufklärungsbögen von Thieme Compliance, erschienen bei Thieme Compliance GmbH, Am Weichselgarten 30a, 91058 Erlangen, [www.thieme-compliance.de](http://www.thieme-compliance.de), entnommen.



Periareoläre konzentrische Straffung des Hautmantels

Ist die **Brust groß bis sehr groß**, kann es beim Mamillenschnitt vorkommen, dass die Brustwarzen nicht an der anatomisch richtigen Stelle platziert werden können. Sie müssen dann verschoben werden, d.h. sie werden entfernt und später richtig positioniert. Die Möglichkeit, dass die Brustwarzen gestielt werden, besteht jedoch.

Bei **sehr großer Brust** wird die Brustdrüse über einen querverlaufenden langen Schnitt in der Brustumschlagsfalte und oberhalb der Brustwarze spindelförmige entfernt.



Lange Schnitte und Neupositionierung der Mamillentransplantation

Dann werden die im Durchmesser reduzierten Brustwarzen über einen Brustwarzenstiel unter der Haut und Einpflanzung von innen oder durch eine häufiger vorkommende freie Brustwarzentransplantation neu positioniert. Letzteres erfolgt durch die Verkleinerung des Vorhofdurchmessers und kreisförmige Entfernung von Thorax-/Brusthaut oberhalb der Narbe mit Aufnähung der Brustwarzen von außen auf diese Stelle. Hierbei wird ein Druckverband für etwa fünf Tage belassen.

### Postoperative Wundversorgung bei großen Schnitten mit Neupositionierung der Brustwarzen

- Sind die Überknüpfpolsterverbände an den Brustwarzen am 5. Tag entfernt: 1x tägliches Wechseln von Fettgaze auf den Brustwarzen (z.B. Atrauman oder Adaptic)

- in Kombination mit losen unsterilen Kompressen für ca. 1 Woche nach Entlassung, dann nur noch unsterile Kompressen lose auflegen, am besten keine Pflaster zur Fixierung, um Spannungsblasen, Hautirritationen und Pickelbildung zu vermeiden, ein mehrfach tägliches Lüften für 1-3 Stunden sollte möglich sein.
- Kompression durch Bauchbinde/Kompressionsweste für 6-8 Wochen, um Scheuern zu vermeiden.
  - 14 Tage nach dem OP-Datum erfolgt die Fadenentfernung an den Brustwarzen bei nicht selbstauflösenden Fäden i.d.R. durch die Klinik. Bei selbstauflösenden Fäden ist eine heimatnahe Nachkontrolle, auch zum Heilungsverlauf z.B. Hausarzt\*ärztin angeraten.
  - 14 Tage nach dem OP-Datum ist Duschen des Oberkörpers mit normalem hautfreundlichem ph-neutralem Duschgel möglich.
  - 2-3 Wochen nach OP-Datum kann die Narbenpflege durch dünnes Auftragen mit z.B. Bepanthen Wund- und Heilsalbe einschließlich der Brustwarzen erfolgen. 3-4 Wochen nach OP-Datum kann ggf. mit Silikonsalben, Silikonpflastern etc. auch auf die Krusten begonnen werden. Die Krusten an den Brustwarzen lösen im weiteren Verlauf von alleine ab.
  - Für eine gezielte Narbenmassage und manuelle Lymphdrainage zur Reduktion von Verhärtungen und Schwellungen, Sonneneinstrahlung, Sport und körperliche Aktivitäten/Training und zu Wiedervorstellungsterminen fragt eure behandelnde Klinik-Ärzt\*innen.

### Postoperative Wundversorgung bei kleinen Schnitten

- eine Woche nach Entlassung wie oben Aufbringen von Fettgaze und Kompressen.
- Tägliches Lüften für mehrere Stunden, ggf. zwischenzeitliches Abtupfen der Brustwarzen mit Betalösung.
- 14 Tage nach OP-Datum Fadenentfernung durch die Klinik.
- Leichte Dellen, Schwellungen etc. verschwinden in der Regel mit der Zeit. Narbenmassage und Lymphdrainage können ab der vierten Woche nach dem OP-Datum sinnvoll sein. Manuelle Lymphdrainage für 1-2x pro Woche für 30-45 Min. und für ca. 4-8 Wochen; muss fachärztlich verschrieben.
- Kompressionsbandage bzw. Kompressionsweste für 6-8 Wochen wie oben, gleiches gilt für die Narbenpflege und Sportkarenz.
- Das endgültige postoperative Ergebnis ist frühestens nach 6-12 Monaten sichtbar.

## Die Hysterektomie und Adnexektomie (Entfernung von Gebärmutter und Eierstöcken)

Der Operationszwang gem. §8 des TSG<sup>33</sup> ist am 11. Januar 2011 komplett entfallen bzw. ausgesetzt worden. Somit ist es möglich, dass ein trans\* Mann, sofern der Wunsch besteht, seine weiblichen Organe behalten und trotzdem den Personenstand ändern lassen kann. Für viele Bi-Gender\* Menschen ist dies ein sehr wichtiger Aspekt.

Liegen die Indikationsschreiben von zwei unabhängigen Gutachter\*innen und die Kostenübernahme von der Krankenkasse vor, und ist man körperlich gesund, sind die Voraussetzungen für den medizinischen Eingriff erfüllt. Ärztlich gewünscht ist die HET von mindestens sechs, besser neun bis zwölf Monaten.

Für die Hysterektomie gibt es verschiedene Techniken. Welche davon zur Anwendung kommt, sollte davon abhängen, was entfernt werden soll, was nötig ist, was ratsam ist und vor allem was gewollt wird.

### WICHTIG ZU WISSEN!

- Blaue Brustverfärbungen mit zunehmenden deutlichen Schwellungen können ein Hinweis für ein akutes Hämatom sein. Dann muss eine sofortige Wiedervorstellung in der Klinik erfolgen!
- Rötungen, Schwellungen, Überwärmung oder Fieber können ein Hinweis auf eine Infektion sein. Dann muss eine sofortige Wiedervorstellung in der Klinik erfolgen!
- Bei „Schwappen“ in der Brust, wie beispielsweise bei einem Wasserbett, oder zunehmender Schwellung der Brust kann dies ein Hinweis auf Wundwasser sein.
- In der Regel handelt es sich um eine harmlose Komplikation, die jedoch besser abpunktiert werden sollte. Dann ist eine sehr zeitnahe Wiedervorstellung in der Klinik oder bei einer\*m heimatnahen Chirurg\*in zur Durchführung eines Ultraschalls mit Punktion des Wundwassers notwendig!

---

33 TSG = Transsexuellengesetz



Für die folgenden zu beschreibenden OP-Möglichkeiten gilt: Vor den meisten chirurgischen Eingriffen wird die Harnblase durch einen Blasenkatheter entleert. Dieser verbleibt nach dem operativen Eingriff in der Regel noch für einige Tage im Körper.

## Hysterektomie

Die Entfernung der Gebärmutter (Uterus) wird seit vielen Jahren an vielen Frauen z.B. aus Krankheitsgründen durchgeführt. Es sind also keine trans\*spezifischen Operationen. Die Auswahl an Ärzt\*innen mit genügend Operationserfahrung sollte daher nicht schwierig sein. Eine Änderung des Personenstandes ist auch nicht erforderlich. Auf die Pro-/Contra-Diskussionen gehen wir in dieser Broschüre nicht näher ein. Informationen zu Hysterektomie finden sich vielfach im Internet<sup>34</sup>.

Die verschiedenen Verfahren:

- **Abdominale Hysterektomie:** Entfernung der Gebärmutter über einen Bauchschnitt
- **Vaginale Hysterektomie:** Entfernung der Gebärmutter durch die Scheide
- **Laparoskopische<sup>35</sup> Hysterektomie:** Entfernung der Gebärmutter mittels Bauchspiegelung.

Bei den Verfahren verläuft der Eingriff unter Vollnarkose oder regionaler (selten) Betäubung.

Die OP-Vorbereitung beginnt etwa vier Wochen vor dem Eingriff mit der Absetzung des Testosterons, um die Blutgerinnung nicht zu stören. Ein Check vor der OP kann mögliche Komplikationen während der OP vermeiden. Aus Gründen der Hygiene wird einen Tag vor der Operation ein Abführmittel verabreicht, um den Darm vollständig zu entleeren. Gegebenenfalls wird am Vorabend ein Schlafmittel gegeben, das Abrasieren der Körperbehaarung im betroffenen Bereich erfolgt durch eine Schwester oder einen Pfleger, und kurz vor dem Eingriff wird i.d.R. ein starkes Beruhigungsmittel verabreicht.

Bei der **abdominalen Hysterektomie** erfolgt zunächst ein vertikaler (Bikinischnitt) oder horizontaler Schnitt in die Bauchdecke. Gebärmutter, Eierstöcke und Eileiter sind so gut zu erreichen. Die zu entfernenden Organe werden aus ihren Muskel- und Bindegewebshalterungen entnommen. Sofern abgesprochen wird auch der Muttermund entfernt oder im Körper belassen. Danach wird im inneren OP-Gebiet alles mit selbstauflösenden Fäden wieder vernäht. Bei der Hautnaht kann entweder mit selbstauflösenden Fäden genäht werden oder aber mit Fäden, die nach ca. 10-14 Tagen gezogen werden müssen.

*Vorteil dieser Methode:* Bei vorhersehbaren Komplikationen, z.B. Endometriose<sup>36</sup>, hat der/die Operateur\*in sofort den nötigen Überblick und Spielraum – eine spezielle OP-Ausrüstung ist nötig.

---

34 Bei TransMann e.V. ist eine Broschüre mit umfangreichem Wissensmaterial sowie zu den Voraussetzungen zum Download erhältlich unter dem Shortlink: <https://t1p.de/f3gqw> [2022-04-30]

35 Laparoskopie (Bauchspiegelung), Untersuchung des Bauchraums von innen mit einem Spezialendoskop

36 Verwachsungen der Gebärmutter Schleimhaut in die Bauchhöhle

*Nachteilig* kann die einige Tage längere Erholungszeit in der Klinik sein. Die starke Dehnung der Muskeln während der Operation kann noch einige Tage schmerzhaft sein.

Bei der **vaginalen Hysterektomie** wird in Narkose zunächst die Vagina so weit wie möglich gedehnt. Soll der Muttermund verbleiben, wird auch der gedehnt. Alles Übrige wird danach mit einem kreisförmigen Schnitt entnommen. Ist der/die Operateur\*in versiert, können mit dieser Methode auch die Eileiter und Eierstöcke entfernt werden. Ansonsten empfiehlt sich eine Kombination mit der laparoskopischen Methode. Die Wunde in der Vagina wird vernäht. Es entsteht keine äußerliche Narbe. Bestenfalls entsteht eine kaum sichtbare Narbe an der Bauchdecke, an der die Drainage eingesetzt war, um noch nachfließendes Blut abzuführen.

*Nachteil:* Für Betroffene mit einer sehr großen Gebärmutter (die kann dann nicht so ohne weiteres von unten her entfernt werden) ist diese Methode ungeeignet.

Bei der **laparoskopischen Hysterektomie** werden zwei Zugänge links und rechts des Bauchnabels sowie ein 2-3 cm langer Schnitt durch den Bauchnabel notwendig. Die beiden äußeren sind für die Instrumente nötig, der Bauchnabelzugang für die Kamerabeleuchtung. Für den Eingriff wird die Bauchhöhle mit Kohlendioxid gefüllt<sup>37</sup>, um für die OP genügend Aktionsraum zu erhalten. Da kein direkter Blickkontakt auf das Operationsgebiet möglich ist, werden alle Aktionen über den Bildschirm gesteuert und ausgeführt.

*Vorteil dieser Methode:* Es bleibt kaum eine sichtbare Narbe übrig; bei normalem Heilungsverlauf ist von den kleinen Einschnitten nach einigen Monaten so gut wie nichts mehr zu sehen. Die Laparoskopie eignet sich besonders gut, wenn nur die Eierstöcke, ggf. auch die Gebärmutter (wenn keine Verwachsungen vorliegen), entfernt werden sollen. Nach vier bis sechs Tagen nach OP-Datum kann die Klinik verlassen werden.

### **Gut zu wissen**

Unter bestimmten individuellen Voraussetzungen können die Methoden kombiniert werden. Das sollte mit dem/der Operateur\*in zuvor genau besprochen werden: Was passiert, wenn ...?

Nach dem Eingriff ist man in der Regel über den Venenzugang (Handgelenk oder Arm) mit einer Infusion schmerzfrei gestellt oder es wurde (bei manchen Kliniken) ein „PDA-Päckchen“ (Periduralanästhesie)<sup>38</sup> angelegt.

Postoperativ verbleibt noch ein oder zwei Tage lang zum miktionsieren<sup>39</sup> ein Blasenkatheder. Damit wird verhindert, dass kein Urin in die Vagina und in die frische Wunde laufen kann.

---

<sup>37</sup> Eine neuere Methode ist gaslos; die Anhebung der Bauchdecke erfolgt mechanisch

<sup>38</sup> Periduralanästhesie, eine Form der zentralen Leitungsanästhesie, bei der mittels einer Kanüle oder eines Katheters ein Lokalanästhetikum und/oder ein Opioidanalgetikum in den Periduralraum der Wirbelsäule eingebracht wird; Shortlink: <https://t1p.de/ejwsd> [2022-04-30]

<sup>39</sup> Miktion - Blasenentleerung

Blasenkatheder und Bauchkatheder werden gezogen, sobald nur noch minimal Urin bzw. Blut abfließt.

*Weil wir danach gefragt werden:* Die Klinik stellt nach der Operation Vorlagen (Binden) und OP-Netzhöschen zur Verfügung, eventuell auch dicke Tamponagen in der Vagina.

Zur Minimierung des Thrombose-Risikos und Stärkung des Kreislaufs darf unter Aufsicht aufgestanden werden.

Ein Verbandswechsel erfolgt i.d.R. ab dem zweiten Tag. Die Häufigkeit bestimmt der/die Gynäkolog\*in/Operator\*in. Der Körper soll Zeit haben die Wunde zu verschließen. Der/die Hausärzt\*in übernehmen nach der Entlassung die Wundversorgung.

Schwere Gegenstände (über fünf Kilo) heben sind tabu! Starke Schmerzen, Fieber und/oder starke Blutungen heißt: Sofort den Arzt aufsuchen! Es kann sein, dass eine Naht aufgegangen ist, oder dass ein kleiner Bluterguss einen Abfluss gefunden hat.

Sportliche Betätigung sollte zwei Monate unterbleiben und ist mit der Klinik abzuklären. Dabei sollte immer auf den Körper gehört werden – wenn's weh tut: Sofort aufhören!

### **Mögliche Risiken der Hysterektomie**

Neben den allgemeinen Narkoserisiken können mehr oder weniger stärkere Blutungen auftreten. Nachbarorgane (z.B. Blase und/oder Darm oder Nerven) können verletzt werden. Es kann zu vorübergehenden Störungen kommen, z.B. eingeschränkte Harnblasenfunktion, Nachblutungen, Infektionen, störende wuchernde Narbenbildung, Verwachsungen durch operationsbedingte Entzündungsreaktionen oder die sogenannte Überempfindlichkeits-Reaktion auf verabreichte Medikamente

Werden die Gebärmutter und die Eierstöcke entfernt, spricht man von einer Ovariohysterektomie.

### **Ovarektomie/Adnexektomie**

Unter einer Ovarektomie bzw. Adnexektomie, in der Regel laparoskopisch erfolgend, versteht man die ein- oder beidseitige komplikationsarme chirurgische Entfernung des Eileiters (Tuba uterina) und des Eierstocks (Ovar, Ovarium). Danach besteht eine irreversible Zeugungsunfähigkeit.

Beim Bauchschnitt wird die Bauchdecke über eine mehr oder weniger lange Strecke aufgetrennt, um eine große Öffnung für meist umfangreiche Bauchoperationen zu erreichen. Laparoskopie ist dann angezeigt, wenn Beschwerden im Bauchraum vorliegen, deren Ursachen sich durch herkömmliche Methoden nicht beurteilen lassen.

Die meisten Eingriffe werden heutzutage durch eine Bauchspiegelung (Laparoskopie) durchgeführt, weil sie aufgrund der kleineren Zugänge schonender ist.

Die Operationsmethode hängt u.a. von folgenden Faktoren ab:

- Größe der Organe
- Gesundheitszustands des Patienten
- Ausstattung, Erfahrung und Kompetenz des chirurgischen Personals der Klinik

Symptome, die nach der Entfernung der Eierstöcke auftreten können, sind:

- Anzeichen und Symptome der Menopause wie Hitzewallungen, vaginale Trockenheit, Schlafstörungen, Unruhe und Gelenkbeschwerden.
- Depressionen oder Angstzustände
- Herzerkrankungen
- Gedächtnisprobleme
- Verminderter Sexualtrieb
- Osteoporose

Jeder Mensch reagiert anders auf eine Operation. Daher können Komplikationen bei jedem unterschiedlich sein. Treten Komplikationen auf, ist es wichtig ruhig zu bleiben und dem ärztlichen Personal zu vertrauen.

## Metaidoioplastik („Klit-Pen“)

Die Metaidoioplastik<sup>40</sup> (auch Klitpen genannt) kann auch als Zwischenschritt vor einem Penoidaufbau durchgeführt werden. Der Eingriff erfolgt durch Vergrößerung und Neu-positionierung der Klitoris. Durch die Gabe von Testosteron ist die Klitoris bereits vergrößert. Nun werden bei der Metaidoioplastik die Bänder durchtrennt, die die Klitoris mit der Schambeinfuge verbinden. Die Klitoris wird dann gestreckt und in eine Position nach oben verlegt, an der sich der Neo-Penis befinden wird. An der Klitoris wird lediglich die bedeckende Oberhaut entfernt, verbleibt also an der Basis des Penoids, um die Orgasmusfähigkeit zu erhalten.

Zunächst werden die inneren Schamlippen aufgeschnitten und an den neu entstandenen Mikropenis, mit dem nicht im Stehen uriniert werden kann, angenäht. Das Fettgewebe des Venushügels wird entnommen und die Haut dann in die Höhe gezogen, um den neuen Penis weiter vorne platzieren zu können.

Diese Methode ermöglicht es in Abhängigkeit der Größe der Klitoris, einen drei bis sechs Zentimeter langen Penis zu konstruieren. Dabei kann auch die Verlängerung der Harnröhre erfolgen, sollte dies erforderlich sein. Bei der Verlängerung wird die Öffnung an die Spitze des Penis verlagert. Dadurch wird das Miktionieren (Wasserlassen) im Stehen möglich und die Zielgenauigkeit erhöht.

---

<sup>40</sup> Zu Ergebnissen einer neuen Technik der Metaidoioplastik bei Frau-zu-Mann Transsexualismus, insbesondere zur Zufriedenheit, verweisen wir auf die Dissertation von Tiffany Denise Kogler (2018), München; Shortlink: <https://t1p.de/ts88b> [2022-10-09]

## Kombinationsmöglichkeiten<sup>41</sup>

- Entfernung und oder Verschluss der Vagina, Verlängerung der Harnröhre, Hodenaufbau bei gleichzeitiger Metaidoioplastik/Phalloplastik, zusammen mit der Entfernung der Eierstöcke und der Gebärmutter (sofern nicht bereits geschehen)
- Entfernung/Verschluss der Vagina, Verlängerung der Harnröhre mit gleichzeitiger Phalloplastik. Hodenaufbau und Einpflanzung eines Versteifungsimplantates zu einem späteren Zeitpunkt (ein Jahr nach der Phalloplastik)
- Entfernung/Verschluss der Vagina, mit gleichzeitiger Entfernung der Eierstöcke und der Gebärmutter, falls keine zukünftige Verlängerung der Harnröhre geplant ist
- Phalloplastik mit Hodenaufbau und Entfernung der Vagina, der Gebärmutter sowie den Eierstöcken und Eileitern

Wurden vor Kurzem die Eierstöcke und/oder die Gebärmutter entfernt, sollten bis zur Genitaloperation mindestens vier bis sechs Monate vergehen. Ein Penisimplantat sollte frühestens nach 12 Monaten nach der Phalloplastik-OP vorgenommen werden.

## Kolpokleisis (Verschluss der Vagina)

Das ist ein relativ einfacher, schneller und wenig belastender Eingriff und von kurzer Dauer. Teilweise wird der Eingriff auch in Lokalanästhesie durchgeführt. Es handelt sich um die operative Entfernung der Scheidenhaut und um den Verschluss (eigentlich Teilverschluss) der Scheide. Ein kompletter Scheidenverschluss wird i.d.R. erst dann durchgeführt, wenn sich ein trans\* Mann für den Klit-Pen (siehe oben) oder den Penoidaufbau entscheidet.

Zwar besteht ein Risiko im Dammbereich durch Rezidiven (Rückfall nach klinisch vermuteter Heilung), doch die Kolpokleisis ist eine insgesamt sichere und effektive OP-Technik. Bei der Anwendung werden vier gebräuchliche Methoden unterschieden, auf die einzugehen, dieser Abschnitt zu umfangreich werden würde. Wir wollen sie lediglich einmal benannt haben:

- die subtotale Kolpokleisis nach Labhardt
- die subtotale Kolpokleisis nach Neugebauer-LeFort
- die Querriegelkolporrhaphie nach Döderlein und
- die Kolpokleisis nach Conill

---

41 Qunomedical, Shortlink: <https://t1p.de/fb6jg> [2022-10-09]

## Klinikaufenthalt

Als Faustregel für den Klinikaufenthalt gilt: Bleiben bis man sich ausreichend erholt hat.

- bei Metaidoioplastik ohne Harnröhrenverlängerung – über Nacht
- bei Metaidoioplastik mit Harnröhrenverlängerung – 5- bis 10-tägiger Aufenthalt
- bei Phalloplastik – 7- bis 14-tägiger Aufenthalt

## Mögliche Risiken

„Chirurgische Komplikationen bei einer MzF-Genitaloperation können die komplette oder partielle Nekrose der Vagina und der Schamlippen sein, Fisteln, die durch die Blase oder den Darm in die Vagina reichen, eine Harnröhrenstenose oder eine Vagina, die für den Geschlechtsverkehr entweder zu kurz oder zu klein ist.“<sup>42</sup> Zu Fisteln, Strikturen (Engen), siehe Harnröhrenchirurgie weiter unten.

Nach Entfernung der Klitoris können ausgeprägte Gefühlsstörungen beim Geschlechtsverkehr vorkommen. Ein Ausbleiben des Orgasmus kann die Folge sein. Nachblutungen und Blutergüsse (Hämatome) können auftreten, sind aber eher selten. Probleme beim Wasserlassen sind möglich und müssen ggf. vorübergehend mit einem Katheter behoben werden.

## Postoperative Nachsorge

Nach den Standards of Care sollte eine Nachsorge insbesondere auch die Fachkräfte für psychische Gesundheit mit einbeziehen, da sie zum Teil mehr Zeit mit den Patienten verbracht haben. „Sie sind deshalb prädestiniert, bei postoperativen Anpassungsschwierigkeiten helfen zu können.“<sup>43</sup>

Viele FzM-Patienten lassen keine Kolpektomie durchführen. Bei Einnahme maskulinisierenden Hormonen können trotz der Aromatase<sup>44</sup> von Testosteron zu Östrogenen wiederholt atrophisch<sup>45</sup> Veränderungen der Vaginalschleimhaut beobachtet werden, die Juckreiz oder Brennen auslösen. Bleibt eine Untersuchung aus, besteht das Risiko, dass sich ein Problem verschlimmert.

---

42 SoC-7 - Weltverband für Transgender Gesundheit (2012), S. 76

43 ebd., S. 78

44 Aromatase ist ein Enzym, das die endogene Umwandlung von Androgenen in Östrogene katalysiert

45 Rückbildung von Körpergewebe

## Penoidaufbau (großer Aufbau)

Die Phalloplastik ist im Rahmen der geschlechtsangleichenden Operation Frau zu Mann die wohl anspruchsvollste Operation im Bereich der Trans\* Chirurgie. Nach den oben beschriebenen einzelnen Schritten erfolgt die nun aufwändigste operative Maßnahme mit der Bildung eines Penoids (Phalloplastik), bei der in der Regel aus einem freien Unterarmklappen (Radialisklappen der nicht-dominanten Hand) ein Penoid gebildet wird.

Die Penoidbildung geschieht entweder aus<sup>46</sup>:

- Freiem Radialis-Lappen (= Unterarmklappen, mit gleichzeitiger Bildung der Penoidharnröhre; tube-in-tube-Technik).

Das Penoid wird an anatomisch korrekter Stelle implantiert. Nerven, Gefäße und die Harnröhre von Penoid und Klitorispenoid werden miteinander verbunden. Die Klitoris wird entweder von ihrer oberflächlichen Hautschicht entfernt und hinter der Harnröhre am Penoidansatz versenkt oder vom Klitorispenoid abpräpariert und außen am Penoidansatz eingesetzt<sup>47</sup>.

Die Wunde am Unterarm wird mit einem nicht-gemeshten Vollhauttransplantat vom Unterbauch oder der Innenseite der Oberschenkel gedeckt. Oder aus ALT-Lappen (anterolateral thigh flap) vom vorderen, seitlichen Oberschenkel (Harnröhrenbildung erfolgt später in einem oder mehreren zusätzlichen Eingriffen). Die Wunde am Oberschenkel wird mit einem Vollhauttransplantat oder einem Spalthauttransplantat gedeckt.

Nach Heilungsfortschritt des freien Transplantates, dem Anschluss der Harnröhre, dem Verschluss und/oder Entfernung der Vagina (Kolpektomie) und der Gebärmutter (Hysterektomie), erfolgen i.d.R. der Aufbau einer Eichel und die Glansbildung (Sulcus coronarius Plastik)<sup>48</sup>.

---

46 Dr. Lubos Kliniken, München-Bogenhausen Shortlink: <https://t1p.de/fahcc> [2022-10-03]

47 ebd.

48 Bei der Sulcus-coronarius-Plastik kann mit einem weiteren dünnen Streifen mittels speziellen Schnitt- und Nahttechniken eine Eichel nachgebildet werden.

## Chirurgische Technik: Schritte der operativen Angleichung

Die operative Geschlechtsangleichung wird in Vollnarkose (Allgemeinanästhesie) durchgeführt. Dieser Eingriff dauert etwa sieben bis neun Stunden und beinhaltet:

- die Entfernung der Brüste (Mastektomie)
- die Entfernung der Gebärmutter (Hysterektomie)
- die Entfernung der Eierstöcke und Eileiter (Ovarektomie, Adnexektomie)
- die Entfernung der Scheide (Kolpektomie)
- die mikrochirurgische Bildung des Penoids aus einem Teil des Unterarms (sog. Vorderarmlappen). Dies beinhaltet folgende Teilschritte:
  - die Formung des Penoids einschließlich der neuen Harnröhre (Neo-Urethra)
  - den plastischen Aufbau einer Eichel (Glansplastik)
  - die Verlängerung der weiblichen Harnröhre mit den kleinen Schamlippen
  - die Verlagerung des Penoids vom linken Vorderarm in den Schambereich. Die Arterien (Schlagadern) und Venen (Blutadern) des Penoids werden mit den entsprechenden Blutgefäßen des Oberschenkels verbunden. Gleichzeitig werden die Leistenerven mit den Penoidnerven, sowie die verlängerte Harnröhre mit der neu geformten Harnröhre verbunden.
- die Deckung des Gewebedefekts am Unterarm mit Haut, die entweder aus der Leiste oder von der überschüssigen Haut der Brust gewonnen wird.
- die Vorbereitung der großen Schamlippen, in die später die künstlichen Hoden implantiert werden.
- Wichtig: Die Klitoris (Kitzler) verbleibt an der Basis des Penoids und wird nicht entfernt, sondern lediglich ihre bedeckende Oberhaut. Somit bleibt die Orgasmusfähigkeit erhalten.

## Nach der Operation

- Nach der Operation erfolgt eine intensive Überwachung mit Monitoring. Es finden mehrmals täglich Visiten sowie regelmäßige Verbandswechsel und Wundkontrollen statt.
- Erstmalig darf nach sechs Tagen nach der Operation aufgestanden werden.
- Am 12. Tag wird der Blasenkatheter entfernt. Von jetzt an ist miktionieren im Stehen möglich.
- Ab dem 14. bis etwa 16.Tag erfolgt die Entlassung aus der Klinik.
- Eine Weiterbehandlung nach der gaOP kann durch Ärzt\*innen am Wohnort erfolgen.
- In der Regel ist mit einer Arbeitsunfähigkeit von etwa sechs Wochen zu rechnen.

## Mögliche Komplikationen

Ein solch komplexer Eingriff, insbesondere der Penoid-Aufbau, ist für Komplikationen anfällig. Ein Teiluntergang oder ein Totalverlust des gestielten Lappentransplantates, Funktionsbeeinträchtigung der Beinbewegung im Lappenhebebereich, Infektionen der eingebrachten Prothesen, sowie Strikturen und Fisteln der Neo-Urethra zählen zu relevanten Komplikationen im Rahmen dieses operativen Eingriffes. Außerdem können



Wundheilungsstörungen und die ästhetische Beeinträchtigung der Heberegion des Lappentransplantates auftreten. Manche Kliniken verweisen mit ihren Aufklärungen ausdrücklich darauf, dass dies keine Seltenheit darstellt.

Stenose<sup>49</sup> das ist eine Engstelle an der Verbindung zwischen der Harnröhre (Urethra) und der neu gebildeten Harnröhre (Neo-Urethra) und lässt sich meist durch einfaches Bougieren (Aufdehnen) von Urolog\*innen beheben. Zur Erweiterung dieser Engstellung kann ein kleiner Zweiteingriff (nur in ein bis zwei Prozent der Fälle) erforderlich werden. Dies erfolgt in der Regel in örtlicher Betäubung (Lokalanästhesie).

Fistel<sup>50</sup> „das ist eine Verbindungen zwischen der Harnröhre und der Hautoberfläche, durch die Urin nach außen treten kann. Fisteln schließen sich üblicherweise nach zwei bis drei Monaten spontan. Wenn dies nicht erfolgen sollte, kann die Fistel in einem kleinen Eingriff in örtlicher Betäubung geschlossen werden. Schwerwiegende Komplikationen wie ein kompletter Penoidverlust (Lappenverlust) sind sehr selten.“

## Erektionsprothese und Skrotumplastik (Hodensack-Plastik), Penisprothesen Hodenprothesen

Ein weiterer Eingriff wird notwendig, wenn eine Erektionsprothese zur Versteifung des Penoids für den Geschlechtsverkehr gewünscht ist. Diese OP nach der Phalloplastik-OP erfolgt, wenn nach etwa acht bis zehn Monaten im Penoid ein Gefühl vorhanden ist. Eine Erektionsprothese ist i.d.R. ein hydraulisches Implantat mit einer Pumpe, die im neu gebildeten Hodensack (Neoskrotum) platziert wird. Unter die Bauchdeckenmuskulatur wird dazu operativ ein Reservoir gelegt. Über dieses Pumpsystems ist dann eine Erektion möglich<sup>51</sup>. Bei einer semiflexiblen Erektionsprothese gibt es keine Pumpe, d.h., dass hier zwei Hodenprothesen aus Silikon, evtl. mit Rekonstruktion des Hodensacks, eingesetzt werden. Die Prothese muss nach dem Eingriff etwa sechs Wochen in Ruhe heilen. Danach ist die Benutzung nach einer Anleitung möglich. Welche Art der Prothese die Geeignetste ist, wird in der Klinik ausführlich besprochen.

Unterschieden werden drei verschiedene Prothesenarten:

- halbstarr (semiflexibel)
- 2-teilig hydraulisch
- 3-teilig hydraulisch

---

49 Klinik Sanssouci, Potsdam; Shortlink: <https://t1p.de/6xo63> [2022-12-19]

50 ebd.

51 Vgl. ebd.

## Harnröhrenchirurgie (Verschluss) / Strikturen, Engen, Fisteln

Beim Penoidaufbau werden Penoid- und Klitorispenoidharnröhre miteinander verbunden, jedoch im vorderen Bereich noch nicht verschlossen. So wird vorerst weiterhin über die Öffnung des Klitorispenoids miktioniert und die Verbindungsstelle beider Harnröhren und die Harnröhre im Penoid können, ohne dass Urin darüber fließt, abheilen.

Die einzelnen operativen Schritte sollten als Behandlungsmöglichkeiten, nicht als zwingend notwendige Eingriffe angesehen werden. Je nach individueller Situation können einzelne Schritte auch entfallen. So kann z. B. nur die Bildung eines Klitorispenoids (Klitpens) vorgenommen werden ohne einen späteren Penoidaufbau (Phalloplastik) oder ohne begleitende Kolpektomie.

Nach der Streckung der Klitoris (siehe oben Metaidoioplastik) und Verlängerung der Harnröhre kann es zu einer Fistelbildung<sup>52</sup> kommen. Die Entfernung der Scheide ist i.d.R. nun angeraten, weil ein Belassen der Scheide die Fistelbildung begünstigen kann. Bei Erhalt der Scheide in Verbindung mit einer Harnröhrenverlängerung ist ein vaginaler Geschlechtsverkehr kaum mehr möglich. Neben den allgemeinen OP-Risiken können auch Darmverletzungen, Nachblutungen oder ein Absterben der Harnröhre eintreten. Obwohl die OP ein tiefgreifender Eingriff ist, birgt sie geringere Risiken als beim großen Aufbau. Ein Verlust der Empfindungen und Gefühle ist nicht zu befürchten, weil die Nerven der Klitoris gar nicht angefasst werden. Die Verweildauer in der Klinik beträgt bei unkompliziertem Verlauf zwischen 10 und 14 Tagen. Bei Blutergüssen könnte das Sitzen in der ersten Zeit unangenehm sein.

### Mögliche Komplikationen

Wird beispielsweise ein Blasenkatheter gelegt, kann es zu Infektionen oder zu einer Verletzung der Harnröhre oder anderen Harnwegskomplikationen kommen, die zu einer Verengung der Harnröhre (Striktur) führen können. Infektionen können auf die Niere übergreifen, die in den meisten Fällen mit Antibiotika gut zu behandeln sind. Selten ist eine operative Therapie erforderlich.

Im Genitalbereich können nach dem Eingriff trotz sorgfältiger Operation und Pflege Wundheilungsstörungen auftreten. Diese heilen oft spontan ab. Nur selten ist eine erneute Operation zum Wundverschluss erforderlich.

Zwischen den einzelnen Eingriffen sollte aus medizinischen Gründen ein Abstand von mehreren Monaten liegen.

---

<sup>52</sup> Fistel, eine röhrenförmige Verbindung zwischen zwei Hohlorganen oder zwischen einem Hohlraum im Körper und der Körperoberfläche.

# NOTIZEN



## ANHANG

### Welche Kliniken für MzF-OPs gibt es?

Deutschland	
Universitätsklinikum UKL 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
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf 20246 Hamburg 040-7410-0	Rotkreuz Klinikum München 80634 München 089-54343140
Sana Krankenhaus Gerresheim 40625 Düsseldorf 0211-2800-01	Urologische Klinik München-Bogenhausen 81925 München 089-9270-0
Kliniken Essen-Mitte KEM Ev. Huyssens-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

## WICHTIGE HINWEISE

Wir können zu möglichen Komplikationen, Gefahren, Schwellungen, Hämatomen, Durchblutungsstörungen, usw. keine Auskünfte erteilen. Dies ist allein Sache der Fachärzt\*innen und Kliniken.

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:*

Böhm, Petra, Frank, Heike Freia (Hrsg.) (2024): Infobroschüre zur HET und gaOP-Methoden zur Gesundheitsversorgung von transidenten Menschen – FzM, Münster und Bielefeld.

## Nach Redaktionsschluss

Nach der Entscheidung des Bundesozialgerichts (BSG) vom 19.10.2023 besteht eine große Unsicherheit hinsichtlich der Finanzierung geschlechtsangleichender Maßnahmen durch die gesetzlichen Krankenversicherungen.

Der GKV-Spitzenverband hat den gesetzlichen Krankenversicherungen empfohlen, bis zum Abschluss des *Gemeinsamen Bundesausschuss G-BA-Verfahrens* alle beantragten Maßnahmen entsprechend der bisherigen Praxis zu finanzieren. Krankenkassen sind aber nicht an diese Empfehlung gebunden.

Ein Urteil zu dieser BSG-Entscheidung lag bei Drucklegung noch nicht vor.

Infos zum Hintergrund findet ihr unter: <https://ngvt.nrw/Aktuelles/> sowie unter <https://www.transident-bielefeld.de/news-ticker>.

## Teil C

### Weiterführendes

#### ZUM WEITERLESEN

- ➔ Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: Diagnostik, Beratung, Behandlung, AWMF online; Shortlink: <https://t1p.de/vnxyd> [2022-10-18]
- ➔ Seit 01.01.2022 ist ICD-11 in Kraft. Diagnosen nach "Transsexualismus" sind nicht mehr enthalten, sondern HA60 Geschlechtsinkongruenz. Die geltende Begutachtungs-Grundlage des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkasse (MDS-GVK) ist dann hinfällig. Siehe zu dem Problem die Antwort der Bundesregierung auf eine *Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen*: "Auswirkungen der ICD 11 der Weltgesundheitsorganisation auf das Transsexuellenrecht in Deutschland" - BT-Drs. 19/4128 v. 03.09.2018; Shortlink: <https://t1p.de/zvxzz> [2022-10-18]
- ➔ Praxistipps, alles Wissenswerte zu: Kostenübernahme für geschlechtsangleichende Maßnahmen; Anträgen, Widerspruchs- und Beschwerdemöglichkeiten; Bundesverband Trans\* (Hrsg.), Version 01, 2019 Berlin
- ➔ Leitfaden Trans\* Gesundheit – in der Art einer Patient\_innenleitlinie zur Leitlinie: Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung; Bundesverband Trans\* (Hrsg.), 2019 Berlin
- ➔ Abinäre Personen in der Beratung – eine praktische Handreichung für Berater\*innen und Multiplikator\*innen; Queeres Netzwerk Niedersachsen e.V. (Hrsg.), Juni 2020
- ➔ Vorsorge & Trans\*Gesundheit – Infos und Tipps für trans\* Menschen zu gynäkologischer und urologischer Krebsfrüherkennung und darüber hinaus; Landeskoordination Trans\* NRW, Köln 2020



## Quellen

Baltus, Samuel & Luan (im Auftrag von TrIQ e.V.) (2022): Infos zur Hormon-Therapie für trans\* & nicht-binäre Menschen Orientierungshilfe für eine aufgeklärte Entscheidung; Shortlink: <https://t1p.de/wxkhh> [2022-09-29]

Begutachtungsanleitung (BGA) (31. August 2020), herausgegeben vom Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), Theodor-Althoff-Straße 47, D-45133 Essen; Shortlink: <https://t1p.de/797s5> [2022-10-03]

Behandlernetzwerk München, Transsexualität: ambulante, regionale, vernetzte interdisziplinäre Versorgung; Shortlink: <https://t1p.de/3ptpe> [2021-12-26]

Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung AWMF-Register-Nr. 138|001; Shortlink: <https://t1p.de/8deo> [2022-10-03]

Informationen zur Testosteron-Hormontherapie - Überblick über die maskulinisierende Hormontherapie; UCSF Transgender Care, UCSF Health System, University of California – San Francisco, Juli 2020 (aus dem Englischen); <https://t1p.de/tfbfx> [2022-05-02]

Rieger UM, Djedovic G, Sohn M, Morath S, Schaff J. Transsexualismus Grundlagen, MzF Kombinierte Methode und FzM, Penoidkonstruktion mittels gestielter ALT-Lappenplastik. In Philip H. Zeplin (Hrsg.), Rekonstruktive und Ästhetische Intimchirurgie (Kap. 5, S. 138–149). Thieme Verlag 2016. ISBN: 978-3132046214

SANA-Kliniken zur Mastektomie; Dr. Wolter (2021); Shortlink: <https://t1p.de/jvb06> [2022-09-24]

Schaff J., Morath S.: Transsexualismus FzM Penoid- und Harnröhrenkonstruktion (Kap. 22, S. 268–278)

TransX: Kontakt und Informationen für Transmänner - Operationen, Mastektomie und Hysterektomie (2004); Shortlink: <https://t1p.de/f3gqw> [2022-09-24]

Transmann e.V.. Operative Entfernung der inneren weiblichen Geschlechtsorgane (HYSTEREKTOMIE & CO.); Shortlink: <https://t1p.de/xl8yh> [2022-10-03]

World Professional Association for Transgender Health (WPATH), Standards of Care, Version 7, 2011; Shortlink: <https://t1p.de/foa1f> [2022-09-24]

## 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 gaOPs für diese Broschüre verwenden durften.

Vor allem bedanken wir uns bei den beratenden Fachärzt\*innen für gaOPs des Trans\* Zentrum der Fachklinik Münster-Hornheide für das medizinische Lektorat, insbesondere bei Herrn Dr. S. Wellenbrock.

Herrn Dr. Tschuschke gilt unser besonderer Dank für das Lektorat zur Hormonersatztherapie.

Darüber hinaus bedanken wir uns auch bei allen anderen Beteiligten für ihre Unterstützung und ihr Interesse für dieses Projekt.

## Feedback und Kritik

Wir haben uns bei der Erstellung dieser Broschüre um eine möglichst sensible und nicht-pathologisierende Sprache bemüht. Dennoch kann es bei Textwiedergaben und zitierten Stellen zu einer pathologisierenden Sprache gekommen sein.

Uns ist wichtig zu unserer Arbeit Rückmeldungen und Hinweise zu erhalten. Wir freuen uns daher über Erfahrungsberichte von Betroffenen zu den Kliniken, den durchführenden Ärzt\*innenteams und zu den Operationen. Dafür bedanken wir uns schon jetzt.

Ihr erreicht uns per E-Mail:  
[info@transident-bielefeld.de](mailto:info@transident-bielefeld.de)



## Die Autorinnen

### Petra Böhm

Trans\* Peerberaterin, Koordination Trans\*Inter\* Beratung Queerpoint Münsterland;  
Hat als ehrenamtliche Mitarbeiterin bei Trans-Inter-Münster e.V. /SHG TransIdent MS gearbeitet;

Hat im Vorstand des KCM Münster e.V. gearbeitet.



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 Trans\* Peerberaterin für Menschen in der LSBTIQ\*-Community.

### Heike Freia Frank

Trans\* Peerberaterin und Leiterin der SHG Bielefeld und OWL – Selbsthilfegruppe transidenter Menschen;

Koordination Trans\*Inter\* Beratung Queerpoint Kreis Minden-Lübbecke | OWL;  
stellv. Leiterin und Trans\* Peerberaterin bei LippeQueer Blomberg/Lippe;

Trans\*- und HIV-Beraterin, Trans\* Supervisorin,  
schwarz/weiß-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 BVT\*, NGVT\* NRW und im QN\* NRW, In der queeren Community sind wir recht gut vernetzt und aktiv. Seit einigen Jahren engagiere ich mich auch politisch für Menschen in der LSBTIQ\*-Community.

## Bereits erschienen

### Broschüre 1

In dieser Broschüre haben wir einen Überblick in die verschiedenen OP-Methoden Mann zu Frau (MzF) gegeben. Darin sind die Vor- und Nachteile zur gaOP (geschlechtsangleichende Operation) beschrieben und Kliniken benannt, die verschiedene OP-Methoden für MzF anbieten.



Die vorliegende Broschüre und die bereits erschienene Broschüre können unter <https://www.transident-bielefeld.de/kontakt> zum Download abgerufen werden.



# Impressum

Herausgeberinnen: Petra Böhm, Heike Freia Frank, Münster und Bielefeld

Texte: Petra Böhm, Heike Freia Frank

Design und Entwurf: Petra Böhm

Copyright: Herausgeberinnen, alle Rechte vorbehalten

V.i.S.d.P.: Herausgeberinnen

Gesamtherstellung: wir-machen-druck, Karlsruhe

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

Layout: Petra Böhm

1. (für Download leicht überarbeitete) Auflage, Bielefeld 2024

Diese Broschüre entstand in Zusammenarbeit mit der SHG Bielefeld und OWL – Selbsthilfegruppe transidenter Menschen.

[www.transident-bielefeld.de](http://www.transident-bielefeld.de)

Wir werden unterstützt und gefördert von:



Gefördert vom:

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

