

Ein Interview von Prof. Dr. med. Annette Kuhn mit Dr. med. Niklaus Flütsch, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe FMH, Leiter der Spezialsprechstunde für transidente Menschen am Züricher Stadtspital Triemli.

## Hormonsubstitution bei Trans-Menschen – wie, was, wie lange?



### Dr. med. Niklaus Flütsch

Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe FMH  
Dr. Flütsch führt eine Privatpraxis für Gynäkologie und Geburtshilfe mit Spezialisierung in gynäkologischer Endokrinologie. Daneben ist er Leiter der Spezialsprechstunde für transidente Menschen am Züricher Stadtspital Triemli.

Es gibt Menschen, welche die innere Gewissheit besitzen, dass ihre Geschlechtsidentität nicht zu ihrem biologischen Ursprungsgeschlecht passt. Durch die Entwicklungen in der Medizin in den letzten hundert Jahren ist es möglich geworden, die körperlichen Geschlechtsmerkmale an das innerlich erlebte Geschlecht anzupassen. Die Zahl der Hilfesuchenden in den ärztlichen Ambulanzen und Privatpraxen hat in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen. Das Vorgehen bei der Diagnostik und Therapieeinleitung erlebt zur Zeit eine deutliche Veränderung hin zu mehr Patientenzentriertheit und Individualisierung

des Transitionsprozesses. Dabei bildet die geschlechtsangleichende Hormontherapie ein wesentliches Standbein in der körperlichen Angleichung ans Gegengeschlecht. Unter Beachtung von bestimmten Sicherheitsaspekten ist eine Hormontherapie mit Sexualhormonen sicher und einfach durchzuführen. Regelmässige Verlaufskontrollen, sowie der offene und transaffirmative Umgang mit den Betroffenen tragen zusätzlich wesentlich zur Sicherheit in der Behandlung bei. Im Interview mit der Frauenheilkunde aktuell beantwortet Herr Dr. med. Niklaus Flütsch, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe FMH und Autor des Buches „Geboren als Frau – Glückliche als Mann“ für die Praxis wichtige Fragen.

**Frauenheilkunde aktuell:** *Transsexualität, Gender Dysphorie, Transfrau – Transmann – können Sie kurz erklären, was das alles bedeutet?*

**Dr. med. Niklaus Flütsch:** Es gibt Menschen welche die innere Gewissheit besitzen, dass ihre Geschlechtsidentität nicht zu ihrem biologischen Ursprungsgeschlecht passt. Diese Diskrepanz wurde früher als Transsexualismus bezeichnet. Man orientierte sich dabei an Magnus Hirschfelds Begriff aus dem Jahre 1923. Im Deutschen wurde alternativ auch der Begriff „Geschlechtsidentitätsstörung“ verwendet. Diese heute veralteten Begriffe wirken aus historischen Gründen pathologisierend und stigmatisierend. Zu sehr sind diese Begriffe noch mit der alten Vorstellung verknüpft, die Betroffenen leiden an einer schweren Persönlichkeitsstörung und es bestehe ein imperativer Drang nach hormoneller und chirurgischer Behandlung. Eine Einordnung, die mehr auf Einstellungen, Werten und Haltungen des 20. Jahrhunderts beruhte, als auf wissenschaftlicher oder klinischer Evidenz. Aus diesem Grund wurde der wertfreie Begriff der „gender nonconformity“ bzw. „Geschlechtsinkongruenz“ eingeführt. Diesem medizinisch neutralen Begriff wird dann die „gender dysphoria“ bzw. „Geschlechtsdysphorie“ als Ausdruck des Leidens einer Person mit Geschlechtsinkongruenz gegenüber gestellt. Mit diesen Entitäten

wird auch die bisherige, als zu rigide empfundene Vorstellung der Zweigeschlechtlichkeit verlassen und einem fluiden Geschlechtsmodell Platz gemacht. Ebenfalls wird auch von betroffener Seite die herkömmlichen Bezeichnungen abgelehnt und statt dessen die Wortneuschöpfung „Trans\*“ verwendet, wobei der „\*“ als Platzhalter gedacht ist. Ein Wortattribut das als Bezugsrahmen für alle Varianten der Geschlechtsinkongruenz sprachlich angewendet wird und sowohl als Adverb wie auch als Vorsilbe eines Wortes verwendet werden kann (z.B. TransMann, TransFrau, ich bin Trans)

**Frauenheilkunde aktuell:** Was sind die Schritte der initialen Diagnostik?

**Dr. med. Niklaus Flütsch:** Der nicht zu unterschätzende Knackpunkt liegt in der Diagnosestellung. Es existieren weder objektive medizinische Befunde noch valide testpsychologische Instrumente, die einen aussenstehenden Therapeuten ermächtigen könnten, eine Diagnose zu stellen. Die Geschlechtsinkongruenz bzw. die Geschlechtsdysphorie ist als intrapsychisches Phänomen ein nicht falsifizierbares Erleben, vergleichbar mit anderen Phänomenen wie z.B. Tinnitus, Schwindel, Schmerz etc. Deshalb wird heute diese Selbstdiagnose bei der prozesshaften Diagnostik per se nicht mehr in Frage gestellt. Vielmehr ist es Ziel der Untersuchung, die Persistenz des Unbehagens aufzudecken und das Ausmass der Beeinträchtigung des Einzelnen zu erkennen. Zusammen mit dem Betroffenen werden dann vor allem auch mit Blick auf seine persönlichen Ressourcen die Bewältigungsstrategien und Wünsche nach geschlechtsangleichenden Interventionen herausgearbeitet.

**Frauenheilkunde aktuell:** Und dann?

**Dr. med. Niklaus Flütsch:** Ist die Urteilsfähigkeit des Betroffenen vorhanden und besteht eine psychische Stabilität, können, gemäss den Prinzipien des „*informed consent*“, die medizinischen Schritte eingeleitet werden.

Dabei sollten mit dem Betroffenen die einzelnen Schritte ausführlich besprochen werden und sowohl die Möglichkeiten als auch die Grenzen dieser medizinischen Eingriffe erläutert werden.

Der noch bis vor kurzem geforderte „Alltagstest“, das heisst, das Leben für eine bestimmte Zeit in der intendierten Geschlechtsrolle ohne medizinische Interventionen, wurde aus ethischen Gründen fallen gelassen. Zu stark war der psychische Druck, entgegen der geschlechtstypischen äusseren Erscheinung zu beweisen, dem „anderen Geschlecht“ anzugehören.

**Frauenheilkunde aktuell:** Wie gestaltet sich die Hormonsubstitution?

**Dr. med. Niklaus Flütsch:** Bei einer gegengeschlechtlichen Hormontherapie kommt es zu einer Veränderung der sekundären Geschlechtsmerkmale und das äussere Erscheinungsbild passt besser zur erlebten Geschlechtsidentität. Das führt zu einer Abnahme der Geschlechtsdysphorie des Betroffenen und erleichtert das Leben in der gewünschten Geschlechtsrolle.

Dabei gilt zu beachten, dass man den Effekt der körperlichen Transition optimiert aber gleichzeitig die unerwünschten Nebenwirkungen möglichst gering hält.

**Frauenheilkunde aktuell:** Gibt es Kriterien die vor dem Beginn einer Hormonsubstitution erfüllt sein müssen?

**Dr. med. Niklaus Flütsch:** Vor der Etablierung einer Hormontherapie sollten folgende Abklärungen durchgeführt werden:

*Psychologisch-psychiatrische Beurteilung* zum Ausschluss von schweren psychischen Störungen, die eine Hormontherapie auf der Grundlage eines *informed consent* unmöglich machen oder die Urteilsfähigkeit des Betroffenen einschränken.

*Ausführliche medizinische Anamnese* um das Vorliegen von kardiovaskulären Risiken und Hinweise für eine vor-

bestehende Stoffwechselstörung, wie Hypercholesterinämie oder Diabetes, herauszufinden oder generelle Kontraindikationen für eine Hormontherapie auszuschliessen.

*Erhebung der Sexualanamnese*, da abhängig von der Partnerwahl sexuell übertragbare Infektionen ein Thema sein können. Eine hormonelle Geschlechtsanpassung führt oft auch innerhalb einer bestehenden Partnerschaft zu grossem Konfliktpotential und sollte thematisiert werden. Die sexuelle Orientierung spielt in Bezug auf die Geschlechtsinkongruenz und deren Diagnose jedoch keine Rolle.

*Körperliche Untersuchung und Genitalstatus* inkl. Ultraschall der inneren weiblichen Genitalien und Palpation der männlichen Prostata. Eine Karyotypisierung bei unauffälligem Genitale und fehlenden Hinweisen auf eine hormonelle Störung (klinisch und laborchemisch) ist nicht notwendig.

*Laborchemische Untersuchung* zur Bestimmung des Nativen Hormonstatus, des Blutbildes und zur Kontrolle der Leber- und Nierenwerte (evtl. zusätzlich Abklärung des Lipidstatus und des Kohlehydratstoffwechsels).

**Frauenheilkunde aktuell:** *Wie sieht eine endokrine Behandlung von TransMänner (Frau-zu-Mann transidenten Menschen, FzM) aus?*

**Dr. med. Niklaus Flütsch:** Die Wirksamkeit der Behandlung von FzM/TransMänner mit Testosteron ist klinisch gut dokumentiert und führt zu einer deutlichen Virilisierung des Körpers. Grundsätzlich kann man sich auf die Erfahrungen bei der Behandlung von Männern mit Hypogonadismus stützen. Heute wird vorzugsweise die parenterale Applikationsform gewählt, da die orale Gabe zu relativ stark schwankenden Hormonspiegeln führt und die Leber durch den „first-pass effect“ unnötig belastet wird. Sowohl beim Hautgel wie auch bei der Depotinjektion werden Testosteronspiegel entsprechend

den männlichen Normwerten erreicht. Diese führen zur Zunahme der Muskelmasse und zu einer Umverteilung und Reduktion der Fettmasse im Körper. Weitere Effekte sind die Zunahme der Körper- und Gesichtsbehaarung sowie eine verstärkte Seborrhoe. Durch die Verdickung der Stimmbänder wird ein Stimmbruch erzeugt, der dem männlichen Stimmbruch in der Adoleszenz sehr nahe kommt. Des Weiteren kommt es zu einer Klitorishypertrophie und der Ovulationszyklus wird in den meisten Fällen durch eine suffiziente Testosterongabe supprimiert. Dies führt in der Regel nach wenigen Wochen bis Monaten zu einem Erlöschen des Menstruationszyklus. Falls die Blutungen weiter bestehen bleiben kann zusätzlich mit der Applikation von Medroxyprogesteron (z.B. Depoprovera) alle 12 Wochen eine Amenorrhoe erzeugt werden. Alternativ kann auch die Gabe von GnRH-Analoga zur Unterdrückung des weiblichen Zyklus angezeigt sein.

**Frauenheilkunde aktuell:** *Was sind die häufigsten Nebenwirkungen einer FzM / TransMänner Hormonsubstitution?*

**Dr. med. Niklaus Flütsch:** Die häufigste unangenehme Nebenwirkung ist das Auftreten von Akne im Gesicht, am Rücken oder im Gesässbereich. Bei ausgeprägtem Befall kann sogar eine dermatologische Mitbetreuung notwendig werden.

In seltenen Fällen kommt es zu einer therapiebedürftigen Polyglobulie. Davon sind vor allem Transmänner mit hohem Nikotinkonsum betroffen.

Obwohl das Lipidprofil im peripheren Blut eine Zunahme des Gesamtcholesterins und der Triglyceride zeigt, scheint das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse gegenüber der Durchschnittspopulation nicht signifikant anzusteigen.

Als weitere Nebenwirkungen werden Wassereinlagerungen, Glatzebildung und Gewichtszunahme beobachtet. Eine Zunahme der Libido wird regelmässig berichtet. Ob auch psychische Veränderungen wie gesteigerte Aggres-

sivität bei physiologischen Plasmawerten auftreten können wird in früheren Untersuchungen widersprüchlich kommentiert und in neuen Untersuchungen klar widerlegt.

**Frauenheilkunde aktuell:** *Und wie gestaltet sich eine endokrine Behandlung bei TransFrauen (Männer-zu-Frau transidenten Menschen, MzF)?*

**Dr. med. Niklaus Flütsch:** Die Behandlung von MzF/TransFrauen ist etwas komplexer und beinhaltet sowohl die Substitution von Östrogen wie auch die Supprimierung der Androgene im Körper. Durch eine Östrogen-therapie allein lässt sich das in viel höherer Konzentration vorliegende Testosteron nicht immer suffizient unterdrücken. In der Regel muss zeitgleich eine Androgenblockade durchgeführt werden. Ziel dieser Blockade ist es, einen für Frauen physiologischen Testosteronwert im Blut zu erreichen. In Europa wird dazu meist das sehr potente Cyproteronacetat mit seiner antiandrogenen und progestogenen Wirkung eingesetzt. In den USA, wo diese Substanz von der FDA nicht zugelassen ist, verwendet man Spironolacton, ein Aldosteronantagonist der primär für die Blutdrucksenkung entwickelt wurde. Letzteres hemmt einerseits direkt die Testosteronsekretion und andererseits die Bindung der Androgene an seinen Rezeptor. Auch können zusätzlich noch spezifische 5 alpha-Reduktase Hemmer wie das Finasterid oder das Duasterid eingesetzt werden um die Umwandlung von Testosteron in das potentere Dihydrotestosteron zu unterdrücken. Analog zur Behandlung von TransMännern kann auch alternativ ein GnRH-Analogum zur Blockierung der Gonaden angewendet werden. Vor allem ganz junge TransFrauen mit sehr hoher Testosteronausschüttung oder auch Jugendliche im Rahmen der sogenannten Pubertätsblockade können von dieser Behandlung profitieren.

**Frauenheilkunde aktuell:** *Die Östrogen-therapie ist bei MzF komplex. Gibt es eine bevorzugte Applikationsart?*

**Dr. med. Niklaus Flütsch:** Als Östrogen-therapie sollte heute die transdermale (parenterale) Applikation von 17 beta-Estradiol favorisiert werden beziehungsweise die orale Gabe von Estradiolvalerat oder -hemihydrat. Die parenterale Verabreichung hat den Vorteil, dass der „first pass effect“ über die Leber umgangen wird und die Gerinnungsfaktoren kaum aktiviert werden. Die Einnahme von Ethinylestradiol (EE) wird aus Gründen des klar erhöhten thromboembolischen Risikos nicht mehr empfohlen.

**Frauenheilkunde aktuell:** *Verlangt eine Östrogen-therapie bei MzF eine spezielle Überwachung?*

**Dr. med. Niklaus Flütsch:** Mittels Messung des Serum-östradiols kann die transdermale und orale Hormonbehandlung überwacht und eine mögliche Überdosierung verhindert werden. Aus Erfahrung werden dabei Östrogenwerte entsprechend mittleren Werten von prämenopausalen Frauen angestrebt (500 pmol/l). Vor allem bei TransFrauen über 45 Jahren kann die parenterale Applikation in Form von Pflaster oder Gel das thromboembolische Risiko deutlich verringern.

Unter einer suffizienten Hormon-therapie kommt es zu einer feminisierenden Fettumverteilung und die Muskelmasse nimmt ab. Die Haare und die Haut werden feiner, das Brustwachstum setzt ein. Durch die Testosteronblockade nimmt die Libido ab und Erektionen sowie Ejakulationen verschwinden. Die Samenproduktion erlischt. Die Grössenzunahme der Stimmbänder unter Testosteroneinfluss ist irreversibel und wird mit einer feminisierenden Hormon-therapie kaum beeinflusst. Hier können vor allem logopädische Übungen zu einer Verbesserung der Intonation führen, denn die Höhe allein ist nicht entscheidend, ob die Stimme als männlich oder weiblich identifiziert wird.

Ebenfalls hat die Hormonbehandlung kaum einen Einfluss auf das Bartwachstum, weshalb bei praktisch allen TransFrauen eine Haarepilation, zumindest im Gesicht unumgänglich ist.

**Frauenheilkunde aktuell:** *Mit welchen Nebenwirkungen haben Transfrauen unter der Hormonsubstitution zu rechnen?*

**Dr. med. Niklaus Flütsch:** Das oft beschriebene erhöhte Risiko für ein thromboembolisches Ereignis bei Trans-Frauen unter Hormontherapie scheint klar mit der Einnahme von Ethinylestradiol zusammen zu hängen und zeigt einen deutlicher Rückgang in diesen Patientinnenpopulationen nachdem dieses synthetische Östrogen nicht mehr eingesetzt wird. Aus heutiger Sicht empfiehlt es sich, analog wie bei der Verschreibung der hormonellen Antikonzeption, bei Vorliegen einer Risikokonstellation (positive Familienanamnese betreffend Thromboembolien, St.n. Thrombose) vor dem Hormonstart zusätzlich eine Thrombophilie-Abklärung durchzuführen. Weitere Nebenwirkungen sind Übelkeit, Erbrechen, Verschlechterung der Leberfunktion, Bildung von Gallensteinen, Depressionen, Kopfschmerzen bis hin zu Migräne und eine Verschlechterung der Glucosetoleranz. Diese decken sich mit den im Beipackzettel angegebenen unerwünschten Wirkungen der einzelnen Substanzen.

**Frauenheilkunde aktuell:** *Muss sonst noch auf was Spezielles geachtet werden?*

**Dr. med. Niklaus Flütsch:** Ja, oft wird unter einer Östrogenbehandlung bei TransFrauen ein Anstieg des Prolaktinwertes festgestellt, welcher, sofern er nicht den zweifachen oberen Normwert von Frauen übersteigt, keine weitere Diagnostik verlangt. Zusätzlich zu den bereits weiter oben aufgeführten Ausschlusskriterien ist eine Östrogentherapie nach thromboembolischen Ereignissen in der Regel kontraindiziert.

**Frauenheilkunde aktuell:** *Kommen Karzinome bei MzF unter der Hormonsubstitution häufiger vor?*

**Dr. med. Niklaus Flütsch:** Ob es zu einer Zunahme von Prostatakrebs und Mammacarcinom kommen kann, ist

unbekannt. Diesbezüglich ist die Studienlage unklar und widersprüchlich. Jedenfalls sollte eine regelmässige Untersuchung der Brustdrüse wie bei biologischen Frauen durchgeführt werden. Eine regelmässige Untersuchung der Prostata sollte ebenfalls durchgeführt werden.

**Frauenheilkunde aktuell:** *Welche Zukunftsaussichten haben wir?*

**Dr. med. Niklaus Flütsch:** Die 2009 durch erfahrene Fachleute erstellten Guidelines der amerikanischen Endocrine Society bilden eine gute Grundlage in der hormonellen Behandlung und Begleitung von TransPersonen. Zudem findet man zahlreiche Internetplattformen, wie zum Beispiel das kalifornische Center of Excellence for Transgender Health (siehe Internetnews), die weitere Hilfestellungen bieten im Rahmen der spezialisierten Behandlung. Neben den medizinischen Kenntnissen fördert das persönliche Engagement sowie die offene und transaffirmative Haltung des Therapeuten die Arzt-Patient-Beziehung und ermöglicht dieser medizinisch unterversorgten Patientengruppe einen niederschweligen Zugang zu medizinischen Einrichtungen. Ziel ist es, diese medizinische Randgruppe bestmöglich in eine Betreuung mit hoher Qualität einzubeziehen und das Gesundheitsbewusstsein zu fördern. Auf diese Weise sollte es gelingen, die Vorurteile in der Gesellschaft und die Psychopathologisierung in Institutionen und Fachkreisen abzubauen und die Betroffenen zu mehr Selbstbewusstsein und Eigenverantwortung zu ermuntern.

**Frauenheilkunde aktuell:** *Vielen Dank für dieses spannende Interview!*