



Infobroschüre zur HET und gaOP-Methoden

zur Gesundheitsversorgung von transidenten Menschen – MzF

2. erweiterte Auflage 2025



INHALT

Einleitung

3 Zu dieser Broschüre

Teil A

7 Die Hormonersatztherapie (HET/HRT)

Teil B

Die Methoden

16 Penile Inversion (PI) oder auch Penisinvaginations-Methode

16 Kombinierte Methode (KM)

17 Kleine, große Lösung

18 Hess-Methode

19 PPT/SRS mit Peritoneum-Transplantat - Vecchietti-Methode

20 Suporn-Methode

20 OLMEC Sigma-Lead GCS/SRS

22 Sigma-Lead GCS/SRS

24 Welche Kliniken gibt es?

Teil C

Anhang

26 Weiterführendes

27 Quellen

28 Danksagung, Feedback und Kritik

29 Die Autor*innen

30 Bereits erschienen

32 Impressum

Einleitung

Zu dieser Broschüre

Seit unserer ersten Auflage im Jahr 2023 hat sich in der Trans*-Chirurgie für trans* Frauen einiges positiv verändert. Prof. Dr. med. Heß, leitender Oberarzt vom Uni-Klinikum Essen variierte die Standard-OP-Methoden PI und KM. Nicht nur das: Am 24.06.2025 wurde die S3 Leitlinie aktualisiert, die die Geschlechtsinkongruenz und ~dysphorie¹ Diagnostik und Behandlung bei Kindern und Jugendlichen (S 2 k) neu betrachtet. Hinzugefügt haben wir dieser Broschüre die HET für MzF. Das ist Grund genug für eine Neuauflage.

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



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.

¹ Stimmt das innerlich erlebte Geschlecht nicht oder nicht vollständig mit dem bei Geburt anhand von äußerlichen Körpermerkmalen zugewiesenen Geschlecht überein, wird zunächst rein deskriptiv von Geschlechtsinkongruenz gesprochen. Resultiert aus dieser Diskrepanz ein subjektiver Leidensdruck wird von einer Geschlechtsdysphorie gesprochen.

Im Hauptteil **B** dieser Broschüre geben wir dann einen Überblick in die verschiedenen OP-Methoden. Hier beschreiben wir kurz auch die OP-Methode, die uns Herr Prof. Dr. med. J. Heß (Uniklinik Essen) zur Verfügung gestellt hat. Soweit uns bekannt ist, wollen wir zur gaOP (geschlechtsangleichende Operation) dabei die Vor- und Nachteile beschreiben und Kliniken benennen, die verschiedene OP-Methoden für MzF (Mann zu Frau) anbieten.

Wenn im Folgenden nur von trans* Frauen die Rede sein wird, so sind auch nicht-binäre Menschen mitgemeint. Im Übrigen sprechen wir in dieser Broschüre von Klientinnen und nicht von Patientinnen.

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 medizinischen Transition diagnostisch befürwortet, 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* (DGKJP – Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugend- Psychia-

trie, Psychosomatik und Psychotherapie, 24.06.2025² 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 für volljährige Behandlungssuchende 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 nur 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 zusammengeschriebenen 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

² Die S3-Leitlinie vom 24.06.2025 ist eine Aktualisierung der Leitlinie zur Diagnostik und Behandlung von Geschlechtsinkongruenz/Geschlechtsdysphorie bei Kindern und Jugendlichen. Die Leitlinie trägt die Registernummer 028-014 und wurde von der DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie) herausgegeben. Sie ist als S2k-Leitlinie klassifiziert und kann auf der AWMF Leitlinienregisters Shortlink: <https://t1p.de/bcny> heruntergeladen werden.

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)

Eine Hormoneinnahme kann den Beginn eines "neuen" Lebens darstellen und stellt einen großen Eingriff mit individuell zu definierenden Risiken dar. Die HET bewirkt tiefgreifende körperliche und psychische Veränderungen, hat jedoch auch biologische Grenzen³. Bevor irreversible körperliche Veränderungen, wie das Brustwachstum bei trans* Frauen (oder der Bartwuchs bei trans* Männern) einsetzen, sollten mögliche Bedenken und Perspektiven von Endokrinolog*innen abgeklärt werden.

Eine kontinuierliche psychotherapeutische Begleitung und psychiatrische Begutachtung wird von den Krankenkassen vorausgesetzt. Eine HET muss bei der Krankenkasse nicht beantragt werden – ihr lasst sie euch verordnen.

Die Hormon-Ersatz-Therapie oder kurz HET, häufig auch als *Hormone Replacement Therapy* (HRT) bezeichnet, bei Geschlechtsinkongruenz⁴ (fehlende Übereinstimmung zwischen dem Zuweisungsgeschlecht⁵ und der Geschlechtsidentität) ist die endokrinologische Therapie, bei der das körpereigene Sexualhormon durch das gegengeschlechtliche Sexualhormon ausgetauscht wird. Im Falle von Mann-zu-Frau transgeschlechtlichen Menschen wird das körpereigene Testosteron durch Östrogene ersetzt. Dadurch soll eine Feminisierung des Körpers erreicht werden.

Die Therapie zielt darauf ab, die weibliche Hormonbalance herzustellen und umfasst in der Regel zusätzlich ein Antiandrogen (Testosteron-Rezeptor), um die Wirkung des eigenen, falschen Hormons zu blockieren.

Östrogene sind das wichtigste weibliche Sexualhormon, wobei Estradiol die bedeutendste Form ist. Diese Hormone werden hauptsächlich in den Eierstöcken gebildet und steuern den weiblichen Menstruationszyklus, die Reifung der Eizellen sowie die Entwicklung der weiblichen Geschlechtsmerkmale, wie Brustwachstum. Auch in Fettgewebe, Knochen und Haut entstehen Östrogene.

Die geschlechtsangleichende HET erfolgt bei Mann-zu-Frau-Geschlechtsidentität mit Östrogen-Tabletten und einer Blockade des Testosteron-Rezeptors. Sie können auch als Pflaster, Gel oder Injektionen verabreicht werden, wobei transdermale Formen (Pflaster, Gel) das Thromboserisiko im Vergleich zur oralen Einnahme verringern können. Vor Beginn einer Hormonbehandlung ist ein medizinisches Risikoscreening unerlässlich, um die individuelle Sicherheit zu gewährleisten.

³ Weiterführendes bei dgti e.V., Shortlink: <https://t1p.de/v0msz>

⁴ Geschlechtsinkongruenz: Fehlende Übereinstimmung zwischen dem Zuweisungsgeschlecht und der Geschlechtsidentität.

⁵ Zuweisungsgeschlecht: Orientiert sich an den primären Geschlechtsmerkmalen bei einem Individuum.

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 med. Gutachter*innen, insbesondere mit dem MD, 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 Geschlechtsdysphorie⁶; 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 feminisierenden 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 Dienst der Krankenkassen (MD, früher MDK) auszuschließen. Bei einer gesicherten Diagnose müssen die Kosten ohne Antragstellung grundsätzlich von der Krankenkasse übernommen werden.

Für nicht-binäre Menschen stellen die Richtlinien des MD 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 lassen⁷. Solche „Diagnosen“ für einige nicht-binäre Menschen gehen mit einer Pathologisierung einher und werden als stigmatisierend, marginalisierend, diskriminierend und als psychisch belastend empfunden. Das BSG hat dies am 19.10.2023 bereits angemahnt.

Zur Entscheidung des BSG

Das Bundessozialgericht (BSG) hatte am 19.10.2023 eine Entscheidung (B 1 KR 16/22 R)⁸ zur Kostenübernahme für geschlechtsangleichende Maßnahmen nicht-binärer Menschen getroffen, die neu ihre medizinische Transition beginnen wollen. Im Tenor des Urteils wurde dieser Personenkreis von der Krankenkassenleistung ausgeschlossen. Das BSG führte allerdings dazu aus: *„Soweit Behandlungen von bisher als transsexuell bezeichneten Personen bereits begonnen haben, liegt es nahe, dass die Krankenkassen die Kosten bis zum Vorliegen einer Empfehlung des GBA⁹ aus Gründen des Vertrauensschutzes wie bisher weiterhin zu übernehmen haben.“*

⁶ Führt die Geschlechtsinkongruenz zu Leiden, wird von Geschlechtsdysphorie gesprochen.

⁷ Basierend auf dem Seminar von Né Fink, Trans* Peerberater*innen-Qualifizierung (2021) des NGVT* NRW e.V., Beratungsbedarfe nicht-binärer Menschen

⁸ Shortlink: <https://t1p.de/67yk3>

⁹ GBA = Gemeinsamer Bundesausschuss

Im Koalitionsvertrag vom 07.12.2021 war vereinbart, Leistungen für geschlechtsangleichende Maßnahmen im SGB V zu verankern. Die *dgt*¹⁰ hat dazu eine Stellungnahme veröffentlicht.

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 Feminisierung führen, die nur die Nebenwirkungen potenzieren, ist dringend von einer Selbstmedikation mit Östradiol abzuraten, insbesondere wenn sie aus unseriösen Quellen beschafft werden. Gefahren der Selbstmedikation sind nicht auf Östradiol 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.

10 Shortlink: <https://t1p.de/ugoye> [2025-07-07]

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?

Hormone¹¹ 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 Östradiol muss deshalb endokrinologisch genau auf die anderen Körperwerte geachtet werden.

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.¹²

¹¹ Hormon, altgriechisch „in Bewegung setzen, antreiben, anregen“.

¹² 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].

Wie funktioniert die Hormonersatztherapie bei MzF-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, ein bestimmtes Aussehen oder 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.

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 die Wartezeiten von Ärzt*innen zu informieren, die die HET anbieten. Eine HET muss grundsätzlich ärztlich begleitet werden, um Über- und Unterdosierungen und z.B. körperliche Kontraindikationen zu vermeiden.

Welche Präparate und Dosierungen einzuhalten sind, dazu findet ihr im WEB häufig Standardwerte. Wir raten euch, besprecht das mit den zuständigen Fachärzt*innen.

Ziele und Wirkung

- **Verweiblichung:**
Östrogen löst physische Veränderungen aus, die typischerweise mit weiblichen Geschlechtsmerkmalen assoziiert werden.
- **Hormonbalance:**
Die Therapie stellt eine weibliche Hormonbalance her, indem sie die Androgenproduktion (männliche Hormone) unterdrückt.
- **Verbesserung des Wohlbefindens:**
Die Hormontherapie kann das Körpergefühl verbessern und psychisches Wohlbefinden fördern.

Wichtige Voraussetzungen

- **Indikationsschreiben:**
Für die ärztliche Behandlung ist ein Indikationsschreiben von einer psychotherapeutischen Fachkraft erforderlich.
- **Medizinische Begleitung:**
Die Behandlung sollte durch einen Endokrinologen oder eine Endokrinologin erfolgen.
- **Risikoscreening:**
Vor Therapiebeginn wird eine umfassende Untersuchung durchgeführt, um individuelle Risiken (z.B. Alter, Übergewicht, Rauchen) zu bewerten.

Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt die Kosten, wenn ein klar formulierter Transitionswunsch dokumentiert ist.

Welche Nebenwirkungen und Risiken sind zu erwarten?

Die ersten deutlichen Änderungen setzen schon relativ schnell ein. Bei der feminisierenden Hormontherapie hängt die Wahrscheinlichkeit des Auftretens unerwünschter Wirkungen der Medikation von verschiedenen Faktoren wie der Medikamentendosis, der Art der Medikation, dem Alter, vorbestehenden Erkrankungen, erblichen Faktoren und Lebensstilfaktoren ab. Die Klientinnen sollten umfassend über mögliche Risiken aufgeklärt und motiviert werden, durch Lebensstiländerungen ihr persönliches Risikoprofil zu senken.

Unter der Behandlung mit Estradiol besteht ein relevantes Risiko in der Entstehung thrombembolischer Erkrankungen, insbesondere wenn weitere Risikofaktoren (Übergewicht, Rauchen, Thrombophilien) vorliegen.

Ein Screening auf Thrombophilien wird bei positiver Eigen- oder Familienanamnese empfohlen. Mindestens vier Wochen vor geplanten Operationen, insbesondere auch vor einem

geschlechtsangleichenden Eingriff, muss die Hormontherapie zur Senkung des Thrombembolierisikos pausiert werden und sollte erst bei vollständiger Mobilisation wieder begonnen werden.

Nicht selten tritt unter der Östrogentherapie eine Gewichtszunahme auf. Östrogene können das Risiko für Thrombosen erhöhen und die Leber belasten. Langfristig kann die HET das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder hormonabhängige Krebsarten erhöhen.

Die HET wird angesichts der weitreichenden Konsequenzen nur bei Erreichen aller notwendigen Voraussetzungen im Konsens mit dem behandelnden Psychiater bzw. Psychotherapeuten und nach ausführlicher, dokumentierter Aufklärung des Patienten eingeleitet. Vor Therapiebeginn sollte ein umfangreiches Screening auf etwaige Risikofaktoren erfolgen und Komorbiditäten sollten adäquat behandelt werden. Bei sorgfältiger Beachtung dieser notwendigen Vorsichtsmaßnahmen weist die gegengeschlechtliche Hormontherapie ein akzeptables Risikoprofil auf, die Betroffenen haben eine mit der allgemeinen Bevölkerung vergleichbares Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko.

Welche physische Veränderungen die Hormontherapie bei MzF typischerweise bewirkt, beispielsweise Brustwachstum, Fettverlagerung, Muskelmasse, Haut, Körperhaare und Stimme, hat die dgti e.V.¹³ für eine erste Übersicht unter „*Hormontherapie bei trans* Personen: Fakten, Veränderungen und Grenzen*“ einfach erklärt.

Für eine individuelle Einstellung zur Dosierung und der Präparate wird euch euer*e Endokrinolog*in, Gynäkolog*in oder Urolog*in beraten und anhand des Laborbefundes Empfehlungen geben.

Gut zu wissen

Mehrere Studien zeigen jedoch, dass die gegengeschlechtliche Hormontherapie überwiegend positive Auswirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen hat, sich wohler und selbstbewusster zu fühlen, zu einer Reduktion von Geschlechtsdysphorie beiträgt, zu einer besseren Lebensqualität und zur sozialen und psychischen Stabilisierung führt.

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 2013¹⁴; siehe dazu die aktuelle S3-Leitlinie vom 24.06.2025) 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.

13 dgti e.V., ebd. Shortlink: <https://t1p.de/v0msz>

14 Die frühere Leitlinie ist abgelassen und ist am 24.06.2025 aktualisiert worden auf der Basis der konzeptuellen Neufassungen nach ICD-11 und DSM 5. TRAKINE e.V.; Shortlink: <https://t1p.de/h396v>, [2022-05-12]

In der Praxis werden Hormone eher gegeben. Auch operative Eingriffe erfolgen manchmal vor dem Erreichen der Volljährigkeit (TRAKINE e.V.).

„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“¹⁵.

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.

Die HET ist für alle, die sie wollen und brauchen, eine angemessene und sichere Therapieform¹⁶. Allgemein gesagt, wird die HET bei entsprechender Überwachung als sicher angesehen¹⁷.

Zum Abschluss des Teil A)

Voraussichtlich wird die Behandlung und Versorgung von trans* und nicht-binären Personen mit der neugeschaffenen S3-Behandlungsleitlinie¹⁸ den Bedarfen besser entsprechen. Zu hoffen bleibt, dass die darin enthaltenen Verbesserungen auch für den abinären Bereich von den Krankenkassen entsprechend umgesetzt werden.

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

16 Deutsche Gesellschaft für Sexualeforschung et al. 2018:56; Weinand & Safer 2015.

17 Basierend auf den NGVT* NRW-Seminaren zu: Gesundheitlichen Grundlagen, von Dr. Thomas Seppel (2021)

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

Effekte und Verlauf verweiblichender Hormonbehandlung

Wirkung	Einsetzen	Maximale Wirkung
Körperfettverteilung	3-6 Monate	2-3 Jahre
Sinkende Muskelmasse und Kraft	3-6 Monate	1-2 Jahre dosierungsabhängig
Weichere Haut, weniger Hautfett	3-6 Monate	unbekannt
Abnahme der Libido	1-3 Monate	3-6 Monate
Ausbleiben spontaner Erektionen	1-3 Monate	3-6 Monate
Brustwachstum	3-6 Monate	2-3 Jahre
Hodenschrumpfung	3-6 Monate	2-3 Jahre
Rückgängige Spermienproduktion	unterschiedlich	unterschiedlich
Verdünnung und langsameres Wachstum von Gesicht- und Körperbehaarung	6-12 Monate	> 3 Jahre

Quelle: WPATH, *Standards of Care, Version 7, 2011*

Teil B

Die Penile Inversion (PI), auch Penisinversions-Methode

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

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

Vorteil PI

Ein Vorteil der PI-Methode ist, dass diese Methode seit den 1950er Jahren erprobt ist. Nach der OP braucht weniger intensiv bougiert (Offenhalten und Dehnung des vaginalen Eingangs durch Einführen eines Dilators) werden. In den meisten Fällen kann das sexuelle Empfinden weitestgehend erhalten werden.

Nachteil PI

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

Die Kombinierte Methode (KM)

Vorteil KM

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

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

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

Nachteil KM

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

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

Manche Kliniken bieten zu diesen OP-Methoden Anschauungsmaterial in Printform oder als Video an. Fragt danach. In der Regel muss für die Angleichung ein etwa 14- bis 18-tägiger Klinikaufenthalt dafür eingeplant werden, vorausgesetzt, es treten keine Komplikationen auf. In einigen Fällen findet dann nach frühestens acht Wochen eine Nachkontrolle statt, bei der noch einige Korrekturen vorgenommen werden, zum Beispiel, wenn die Blase nicht richtig sitzt und man nach der OP über den Toilettenrand pullert. Bei dieser möglichen Nach-OP wird bei einigen Kliniken dann auch gleich die Mammaaugmentation, also der Brustaufbau, mit durchgeführt, wenn das gewünscht wird und die leistungszusage der Krankenkasse vorliegt.

Die Kenntnisstände und OP-Erfahrungen des chirurgischen Personals sind heute beinahe Standard, die Narbenbildung gering und Heilungsverläufe sehr gut. Manche Frauenärzte können auf den ersten Blick gar nicht erkennen, ob es sich um eine Neovagina oder eine genetische Vagina handelt.

Kleine und große Lösung

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

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

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

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

Die Dr. Heß-Methode

Die Informationen von der Uniklinik Essen wollen wir unserer Zielgruppe nicht vorenthalten. Neben PI und KM, oder besser gesagt dazwischen, gibt es eine OP-Methode, die sowohl der Kombinierten Methode (KM) als auch der Penilen Inversion (PI) mit Verwendung eines Harnröhrenflaps zugeordnet werden kann. Sie ist eine Variante von Dr. Heß, die wir in Erweiterung unserer ersten Broschüre aus dem Jahr 2023 hier kurz vorstellen.

Die Harnröhre kann entweder zur Auskleidung des Vaginalkanals (in diesem Fall des Vaginaldaches) mitverwendet werden. Oder es kann als Harnröhrenflap nach oben geschlagen werden und bildet das Gewebe zwischen Harnröhrenaugang und Klitoris.

Bei der PI wird mittlerweile in der überwiegenden Mehrzahl eine Kombination aus Penisschafthaut und Hodensackgewebe zur Auskleidung des Scheidenkanals verwendet und umgekehrt basiert die sogenannte „kombinierte Methode“ auf der Penilen Inversion).

Ein echtes Feuchtwerden (= Lubrikation) bei sexueller Erregung ist aber auch bei der Verwendung von Harnröhrenflaps anatomisch nicht möglich, da das verwendete Harnröhrensegment keine Drüsen besitzt, die aktiv sezernieren können. Möglicherweise unterstützt aber das verwendete Harnröhrengewebe die Verteilung von Feuchtigkeit im Scheidenvorhof/Vaginalkanal.

Da ein Ziel aller Formen der Vagino- oder Vulvoplastik ein funktioneller Harnröhrenaugang und eine ästhetische und erogene sensible Klitoris sind, besteht der wesentliche Unterschied der verschiedenen Vagino-/Vulvoplastiken in der Auskleidung des Vaginalkanals bzw. im Falle der Vulvoplastik im Weglassen eines penetrierbaren Vaginalkanals.

Anmerkung

Wir wissen sehr wohl, dass jede Klinik ihre speziellen Methoden im Rahmen von PI und KM anwendet. Diese sind bei der Erstberatung in der Klinik zu erfragen. Nicht besonders glücklich finden wir, dass eine sehr persönliche (ungleiche) Wichtung auf die verschiedenen Operationsmethoden gelegt wird, weil damit suggeriert wird, dass eine Methode der anderen überlegen sei.

Ein Erstgespräch mit den Trans* Chirurg*innen sollte daher kein Marketing-Gespräch sein, sondern eine individuelle ergebnisoffene Beratung und Aufklärung für die behandelnde Person über die Vor- und Nachteile der verschiedenen Techniken.

Die Uniklinik Essen bietet alle Formen der Vaginoplastik, einschließlich Formen für nicht-binäre Personen an. Das umfasst auch die Vaginoplastik mit einem Sigma-Segment. Diese Technik wird unter dem Begriff „intestinale Vaginoplastik“ zusammengefasst.

Als Darmsegment wird meistens Dickdarm (Sigma-Kolon) und weniger häufig ein (doppelläufiges) Dünndarm-Segment verwendet. Das hängt u.a. von den individuellen Wünschen und von eventuell bestehender Voroperationen oder Darmerkrankungen ab.

Intestinale Vaginoplastiken werden in der Uniklinik Essen als primäre Option bzw. im Falle einer Revisions-Vaginoplastik durchgeführt. Die Kosten werden von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen. Eine Zuzahlung wird in dieser Klinik (zum Zeitpunkt der Drucklegung) nicht verlangt.

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

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

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

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

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

Die Suporn-Methode (Volltransplantat Vaginoplastik aus Hodenhaut)

Seit etwa 2003 wird diese Methode in Thailand angewandt, jedoch unterscheidet sich die Methode in Deutschland von der Methode Dr. Suporns in Thailand. Die Dr. Suporn-Methode teilt die Eichel in einen kleinen Teil, der dann die Klitoris bildet. Der überwiegende Rest wird als „Chonburi Organ“ zwischen Klitoris und Harnröhre eingebaut und wird somit permanent beim Geschlechtsverkehr direkt stimuliert.

In Deutschland wird kein „Chonburi-Organ“ aus dem unbenutzten Rest der Eichel im Scheidenvorhof gemacht. Es werden alle Anteile der Eichel für die Klitoris verwendet. Unseres Wissens wird in den Kliniken München, Hamburg und Essen kein Klitoris-Frenulum geformt. Der Begriff „Frenulum“ bezeichnet dabei ein Bändchen zwischen der Eichel und der Vorhaut der Klitoris.

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

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

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

OLMEC SIGMA-LEAD GCS/SRS

Das Verfahren wird entweder laparoskopisch¹⁹ oder mit einem offenen Zugang durchgeführt. Patientinnen mit auffälligem BMI und fülligerem Körper wird eine besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

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

Es wird alles verfügbare Genitalfett und andere geeignete Gewebe verwendet, um schön definierte und volle große Schamlippen zu gewährleisten. Die Harnröhre wird auf die richtige Länge gekürzt und alles unnötige Muskelgewebe und das schwammartige Gewebe des

¹⁹ Laparoskopie: In der Gynäkologie ein Operationsverfahren zur Vermeidung von Bauchschnitten bei Eingriffen am inneren Genital und der Blase.

Penis (Schwellkörper und Schwamm) sorgfältig entfernt. Dabei wird stets darauf geachtet, dass die Harnröhre sowie die Nerven- und Blutversorgung der Eichel intakt bleiben.

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

Zusammen mit ihrem hochsensiblen, wichtigen Nervenbündel und ihrer Blutversorgung wird die Klitoris dann an der richtigen Stelle direkt unter der Klitorishaube neu positioniert.

Die auf die richtige Länge verkürzte Harnröhre und das Gewebe für die kleinen und großen Schamlippen (Schamlippenplastik) wird positioniert und vernäht.

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

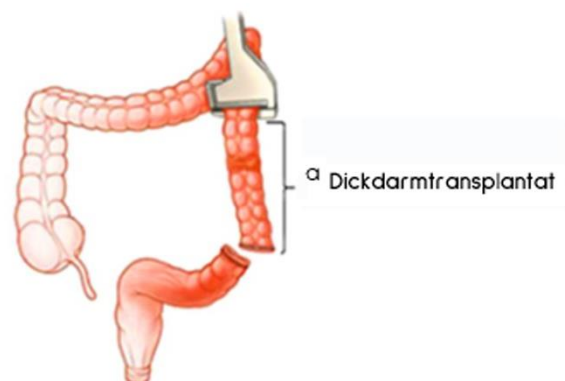
Dieser Schritt ist äußerst wichtig, da er die rote Schleimhaut des Dickdarmtransplantats verdeckt und eine Ringnarbenkontraktion am Vaginaleingang verhindert.

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

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

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

Das distale²⁰ Ende des Dickdarms wird mit dem umgekehrten Penishautlappen und dem hinteren dreieckigen Hodenlappen zickzack-/sternförmig vernäht, um eine Einschnürung der Verbindungsstelle zu vermeiden. Auf diese Weise wird eine äußere Vagina von fünf bis sieben cm mit Penishaut und die innere Vagina von 12 bis 17 cm durch ein Dickdarmtransplantat geschaffen. Das Sigma Dickdarmtransplantat wird dann im Bauch fixiert und der Leistenschnitt wird in Schichttechnik verschlossen, um eine minimale Narbenbildung zu gewährleisten und um Verwachsungen der beteiligten Gewebe vollständig zu vermeiden.



²⁰ Anatomische Richtungsbezeichnung: Von der Körpermitte entfernt.

Vorteile des OLMEC SIGMA-LEAD GCS/SRS

Nach Abschluss der Operation profitiert die Klientin davon:

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

Kosmetisch sieht die Vaginalöffnung im Vergleich zu den bisher durchgeführten Darmoperationen natürlicher aus, da der rote Anteil der Schleimhaut des Dickdarmtransplantats von außen nicht sichtbar ist. Mit der Zeit nimmt auch die Farbe des inneren Dickdarmsegments einen normalen rosaroten Scheidenfarbton an. Da der Teil des Sigma-Dickdarm distal liegt und der rektosigmoide Teil, der weniger Ausfluss produziert und von kleiner Länge ist - ist das Problem der übermäßigen Sekretion durch das Darmtransplantat überwunden.

Post-OP-Zeit

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

Für die Sigma-Lead und die OLMEC Sigma-Lead-Methode, sofern sie in Deutschland angewandt werden, wird für Patientinnen ein Krankenhausaufenthalt von drei Wochen empfohlen.

SIGMA-LEAD GCS/SRS

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

NOTIZEN



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. Huysens-Stiftung/Knappschaft GmbH 45136 Essen 0201-174-29003	Urologische Klinik München-Planegg 82152 Planegg 089-85693-2555
Universitätsklinikum Essen 45147 Essen 0201-723-0	Klinikum Landkreis Erding 84405 Dorfen 08122-59-0
Fachklinik Münster-Hornheide 48157 Münster 0251 / 32 870	Klinikum Weiden 92637 Weiden 0961-303-3302
Thailand	
Kamol Hospital -Cosmetic & Plastic Surgery 1223 Ladpraw 94 Intraporn Rd. Wangthonglang Bangkok 10310 +6625590155	Yanhee Hospital 454 Charansanitwong Road, Soi 90 Bang-o, Bangplad, 10700 Bangkok +66 2 879 0300
Indien	Niederlande
Olmec Healthcare A-1/10, Prashant Vihar, Outer Ring Road, Delhi-110085 (INDIA) +911147025015	Gender Surgery Amsterdam Biltseweg 14 3735 ME Bosch en Duin +31088-8910088

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.

Hinweis zum o.g. BSG-Beschluss

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 mit Rundschreiben RS 2024/063 vom 31.01.2024 mit Bezug auf § 27 SGB V – *Krankenbehandlung; hier: Leistungsansprüche im Zusammenhang mit geschlechtsangleichenden Maßnahmen* 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.

Infos zum Hintergrund findet ihr unter: <https://www.transident-bielefeld.de/news-ticker>, sowie eine Stellungnahme der dgti e.V. unter dem Shortlink: <https://t1p.de/ugoye>.

Teil C

ANHANG

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.

Beim Endokrinologen Herrn Dr. Tschuschke, Münster, ihm gilt unser besonderer Dank für das Lektorat zur Hormonersatztherapie.

Bei Herrn Prof. Dr. J. Heß bedanken wir uns für seine Methodenvariante, die wir hier vorstellen durften.

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

Die Autorinnen



Petra Böhm

Trans* Peerberaterin; 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; Trans* Peerberaterin und 2. Vorstandsvorsitzende bei LippeQueer e.V. 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 medizin-technische Möglichkeiten, familiäre, vor allem aber gesellschaftliche Zwänge führten erst 2015 zu meinem äußeren Coming-out. Von da an bin ich glücklich geworden.

Wir sind Mitglied im NGVT* NRW, und im QNW*. In der queeren Community sind wir recht gut vernetzt und aktiv. Viele Jahre engagierte ich mich auch politisch für die Menschen in der LSBTIQA* Community. Als freie Referentin bin ich in der queeren Erwachsenenbildung zu den Themen Demokratiebildung und Demokratieerziehung und Gender Diversity Education tätig.



Sabine Lange

Als Leiterin von Workshops und Seminaren sensibilisiere ich Menschen zu den Themen Diversity, Trans* und LSBTIQ*. Meine Klient*innen sind Bildungseinrichtungen, Unternehmen, öffentliche Institutionen und Psychotherapeut*innen. Ich schule Trainer*innen zu diesen Themenkreisen und arbeite u.a. als Deeskalationsfachkraft bei der *Gewalt Akademie Villigst* mit einem Trainer*innen-Netzwerk gegen Rassismus, Diskriminierung und Mobbing.

Darüber hinaus betätige ich mich, gemeinsam mit meiner Frau (beide Heilpraktikerinnen für Psychotherapie), als Trans* Peerberaterin in Einzelgesprächen und in einer Trans* Selbsthilfegruppe und leite einen gemeinnützigen Verein für LSBTIQ* in unserem Landkreis. Als Autorin

habe ich gemeinsam mit meiner Frau ein Sachbuch über ein trans* Kind, „*Leo ist nicht anders! Aus Leo wird Leonie*“, verfasst und verschiedene Artikel für das Online-Magazin „*Leben Jetzt*“ geliefert und das Buch „*Bunt & Queer: 100 lyrische Gedanken*“ veröffentlicht.

Bereits erschienen

EIGENE PUBLIKATIONEN

Broschüre 1

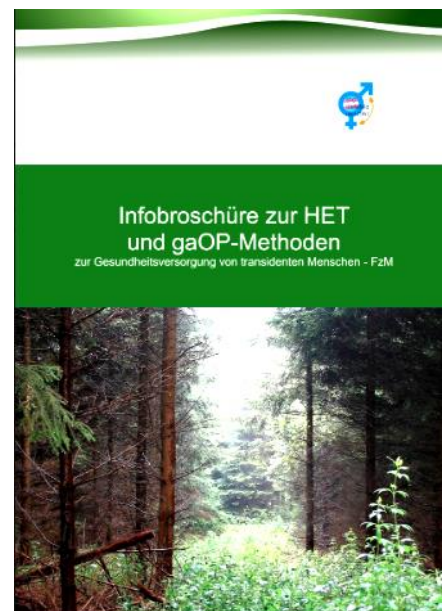
Infobroschüre zu gaOP-Methoden – zur Gesundheitsversorgung von transidenten Menschen – MzF (Mann zu Frau)



Mit diesen Broschüren geben wir einen Überblick in die verschiedenen gaOP-Methoden. Soweit uns bekannt ist, haben wir zur gaOP (geschlechtsangleichende Operation) dabei die Vor- und Nachteile beschrieben und Kliniken benannt, die verschiedene OP-Methoden anbieten.

Broschüre 2

Infobroschüre zu gaOP-Methoden – zur Gesundheitsversorgung von transidenten Menschen – FzM (Frau zu Mann)



Die vorliegende Broschüre, sowie die bereits erschienen Broschüren 1 + 2 können unter <https://www.transident-bielefeld.de/kontakt> zum Download abgerufen werden.

Die vorliegende Publikation ist Teil unserer Öffentlichkeitsarbeit. Sie wird kostenlos abgegeben. Ein Verkauf ist unzulässig.



Impressum

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

Texte: Petra Böhm, Heike Freia Frank, Sabine Lange

Design und Entwurf: Petra Böhm

Copyright: Herausgeberinnen, alle Rechte vorbehalten

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

Gesamtherstellung: wir-machen-druck, Karlsruhe

Layout: Petra Böhm

2. erweiterte Auflage Bielefeld 2025

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

www.transident-bielefeld.de

Wir werden unterstützt und gefördert von:

