



Factsheet LGBTIQ+

Autorin: Prof Dr. Dipl. Soz. Tanja Krones

Co-Autor:innen: Dr. Daniel Drewniak, Dr. Oliver Matthes, Dr. Angela Niggli, Dr. Regula Ott, KD Dr. Dagmar Pauli, Melissa Pisteljic MSc, PD Dr. Jan Schulze

Datum 26.02.2024

Ergänzend hierzu: Foliensatz zum Factsheet LGBTIQ+

Vorbemerkung: Das Factsheet LGBTIQ+ stellt, wie alle anderen Factsheets, beispielhaft einzelne Geschlechterunterschiede dar. Es erhebt keinen Anspruch auf vollständige Darstellung der Problematik. Die Kommission ist sich der verschiedenen, fachspezifischen Perspektiven auf Gender/Geschlecht bewusst. Alle Factsheets wurden in der Kommission Sex and Gender in Medicine der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich diskutiert und in der vorliegenden Form verabschiedet. Die inhaltliche Verantwortung liegt bei den Autorinnen und Autoren.

Das Factsheet LGBTIQ+ gibt einen Überblick über die geschlechtliche und sexuelle Vielfalt des Menschen, zum Zugang und Behandlung im Gesundheitswesen, sowie zu ausgewählten Bereichen der medizinischen Behandlung und Betreuung von Menschen, die dem LGBTIQ+ Spektrum zugehören. Für weitere grundlegende Definitionen medizinhistorische und -ethische Einordnungen siehe auch Faktenblatt «Ethik und Medizingeschichte».



Inhaltsverzeichnis

1 Überblick	3
1.1 Definitionen	3
1.2 Sex- und Gender-Spektrum	3
1.3 Häufigkeiten	3
1.3.1 Bevölkerungsanteil LGBTIQ+	3
1.2.1 Prävalenz biologischer Varianten der Geschlechtsentwicklung	4
2 Medizinisch relevante Aspekte	4
2.1 Physische Gesundheit	5
2.1.1 Allgemeiner Gesundheitszustand	5
2.1.2 Gesundheitsverhalten und schädlicher Substanzgebrauch	5
2.2 Psychische Gesundheit	5
2.3 Transitionsbehandlung von trans Personen	6
2.3.1 Transitionsperspektive(n) von trans Personen	6
2.3.2 Physische Transition (Hormone, OPs).....	6
2.3.3 Psychische Aspekte der Transition	6
3 Literaturverzeichnis	7
4 Anhang	11

LGBTIQ+

1 Überblick

1.1 Definitionen

Die geschlechtliche und sexuelle Vielfalt ist ein zentrales Merkmal des Pflanzen- und Tierreichs, und so auch der menschlichen Spezies. Die preisgekrönte Ausstellung «Queer-Vielfalt ist unsere Natur» des naturhistorischen Museums Bern (1) wurde mittlerweile virtualisiert (2) und gibt einen exzellenten Ein- und Überblick nicht nur zum Stand der natur- und sozialwissenschaftlichen Forschung zum Thema, sondern auch zu den individuellen Perspektiven von Menschen mit unterschiedlichen Ausprägungen der Geschlechtsidentität. Hierzu gibt es bis ins Paläolithikum Nachweise für das Ausleben und seit dem 2. Jahrtausend vor Christus auch für gesellschaftliche Diskriminierung u.a. von gleichgeschlechtlichen sexuellen Praktiken (3). In der Neuzeit kennen europäische wie nicht-europäische menschliche Kulturen seit langem mehr als zwei Geschlechter, wie die Hijras in Indien, die Fa'afafine auf Samoa, die Kathoey aus Thailand und Laos, oder die Burrnesha in Albanien. Die Bugis Gesellschaft in Indonesien kennt fünf Geschlechter (makkunrai, oroane, bissu, calabai und calalai).

Das Akronym LSBTIQ* steht für lesbisch, schwul, bisexuell, transgender, inter und queer, und wird zunehmend für die Darstellung der sexuellen und geschlechtlichen Vielfalt im deutschsprachigen Raum verwendet. Das * (oder auch +) drückt aus, dass es sich dabei um keine abgeschlossene Aufzählung handelt. Im amerikanischen Englisch wurde das Akronym mittlerweile zu LGBTQIA2+ erweitert, wobei «A» für asexual und «2» für two spirit steht, eine von mehreren Bezeichnungen für ein drittes Geschlecht in vielen indigenen Kulturen Nordamerikas. Manchmal wird «Queer» insgesamt als Begriff für die vorhandene und gelebte geschlechtliche und sexuelle Vielfalt verwandt. In der medizinischen Literatur verwendet man häufiger die Abkürzung TGP (transgender- und genderdiverse Personen, siehe dazu vertieft auch (4)). Um die Mehrheitsgesellschaft nicht als vermeintlich neutral zu verstehen, sind die dazugehörigen Begriffe wie heterosexuell, cis und endogeschlechtlich wichtig (→Folie 3).

1.2 Sex- und Gender-Spektrum

Sowohl das biologische Geschlecht (engl. Sex, →Folie 2), die Geschlechtsidentität (engl. Gender), die sexuelle Orientierung und der Geschlechtsausdruck sind nicht binär mittels zweier distinkter Kategorien sondern auf einem Spektrum verortbar und insgesamt mehrdimensional. Eine neuere Darstellung dieser mehrdimensionalen biologischen, psychologischen und sexuellen Vielfalt ist der «Geschlechter-Radar» (5→Folie 3). Dieser verortet die mehrdimensionale Vielfalt in den Dimensionen "normativ" (der gesellschaftlichen Norm entsprechend) und "expansiv" (die gesellschaftliche Norm erweiternd).

1.3 Häufigkeiten

1.3.1 Bevölkerungsanteil LGBTIQ+

Die Anzahl von Menschen, die dem LGBTIQ+- Spektrum angehören, ist aufgrund der Vielfalt der Kategorien, der in der Schweiz (anders als z.B. in Deutschland, den Niederlanden, Nepal, Indien oder Australien) noch nicht möglichen amtlichen Angabe eines dritten Geschlechts, der weiter bestehenden Tabuisierung des Phänomens und der Diskriminierung von queeren Menschen auch in der Schweiz (6) nicht einfach bestimmbar. Die ermittelte Anzahl an Personen im gesamten LGBTIQ+-Spektrum hängt daher sehr stark von der Art der Kategorien und der Befragung ab. Nach einer internationalen Studie aus 30 Ländern liegt der durchschnittliche Gesamtanteil bei 9%, der Anteil in der Schweiz bei 13%, mit einem deutlich ansteigenden Anteil in den jüngeren Generationen. (7→Folie 4). In einer repräsentativen Umfrage in der Schweiz von 2021 zur Geschlechtsidentität (8) bezeichneten sich 0,4% der Schweizerischen sprachintegrierten Wohnbevölkerung als nicht-binär (ca. 35000 Personen). 5% der binären Personen fühlen sich eher dem anderen als dem bei der Geburt zugeschriebenen Geschlecht nahe. In einem systematischen Review aus 2020 basierend auf Gesundheitssystemdaten aus den USA und internationalen repräsentativen Studien (9) lag bei Abfrage einer «Trans-identität» der Bevölkerungsanteil zwischen 0,3 und 0,5% der Erwachsenen und 1,2-2,7% der Kinder und Jugendlichen, bei breiteren Befragungskategorien der «Gender-Diversität» zwischen 0,5%-4,5% der Erwachsenen und zwischen 2,5 und 8,4% der Kinder und Jugendlichen.

1.2.1 Prävalenz biologischer Varianten der Geschlechtsentwicklung

Von biologischen Variationen der Geschlechtsmerkmale («I» des LGBTIQ+ Spektrums, «intergeschlechtlich», früher «intersex», heute auch DSD (Differences/Disorders of Sexual Development)) auf chromosomaler, hormoneller und anatomischer Ebene gibt es häufigere und seltenere Ausprägungen (→Folie 5), teils verbunden mit einem Krankheitswert und/oder subjektivem Leidensdruck, teils ohne dass die Variation selbst einen Einfluss auf die Lebenserwartung oder Lebensqualität hat. Leidensdruck und Lebensqualität hängen dabei auch davon ab, wie die Person selbst und das familiäre, medizinische und gesellschaftliche System auf die individuelle biologische Variation reagiert. Zu «Inter» siehe auch → Faktenblatt «Ethik und Medizingeschichte».

2 Medizinisch relevante Aspekte

Menschen, die dem LGBTIQ+-Spektrum angehören, haben in Bezug auf medizinische Behandlungen und Unterstützung sehr unterschiedliche Bedürfnisse. Eines ist jedoch allen queeren Menschen gemeinsam: Das Recht und das Bedürfnis, nicht-diskriminierend und «personalisiert» als individuelle Person adäquat behandelt und betreut zu werden. Dies betrifft nicht nur die reproduktive Gesundheit (Krebsvorsorge- und Früherkennung, Verhütung, Zeugung, Schwangerschaft, Stillen) und die in der Öffentlichkeit und in der Politik häufig polarisierend diskutierten Fragen zum Zugang zu Pubertätsblockaden oder geschlechtsangleichenden Behandlungen bei binären und nicht-binären Trans*personen, sondern insgesamt eine adäquate Ärzt*innen/Behandlungsteam-Patient*innenbeziehung in allen gesundheitlichen Bereichen. Diese Anforderung wird unter anderem im Schweizer Lernzielkatalog in der grundlegenden ärztlichen Rollenkompetenz «Communicator» mit dem allgemeinen Lernziel 2.4. beschrieben («deal effectively with diverse groups of patients such as children, adolescents and seniors; men, women and people with other gender identities (e.g. transgender); and patients with different cultural backgrounds and languages» (11)). Sowohl internationale Studien (12) als auch Studien aus der Schweiz (6, 13-15) weisen darauf hin, dass Menschen aus dem LGBTIQ+-Spektrum sich vom Gesundheitswesen nicht

nur unterstützt fühlen (v.a. von medizinischen Fachpersonen, die sich auf die Behandlung von Personen aus dem Spektrum spezialisiert haben, insbesondere aus dem psychologisch-psychiatrischen Bereich), sondern im Gesundheitswesen auch Diskriminierungserfahrungen machen. Dies führt unter anderem dazu, dass Betroffene Konsultationen und Untersuchungen weniger oder gar nicht wahrnehmen. So gehen zum Beispiel lesbische Frauen gemäss einer Schweizer Studie aufgrund vorheriger negativer Erfahrungen weniger zu gynäkologischen Krebsvorsorgeuntersuchungen (15). Auch zeigt sich in Bezug auf die Datenlage, dass Studien vor allem in den Bereichen durchgeführt werden, die aus Sicht der Mehrheitsgesellschaft als relevant erachtet werden und die teils mit Stereotypen assoziiert sind. Beispielsweise liegen sehr viele Studien zu sexuell übertragbaren Erkrankungen (vor allem von Männern, die Sex mit Männern haben (MSM)) und viel weniger Studien zur psychischen und physischen Gesundheit von Menschen im gesamten LGBTIQ+-Spektrum vor. Es zeigt sich aber auch, dass die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen zur Situation und Bedürfnissen von Menschen im LGBTIQ+-Spektrum einen positiven Einfluss auf die Behandlungsqualität haben kann (16). Um die Komplexität der bio-psycho-sozialen Gesundheitsdimensionen adäquat zu erfassen, empfiehlt die WHO (17) einen intersektionalen Ansatz (18). Dieser berücksichtigt nicht nur individuelle, sondern auch strukturelle und umweltbezogene, hemmende und fördernde Faktoren, differenziert nicht nur zwischen, sondern auch innerhalb von Gruppen, und macht auf multiple Benachteiligungen aufmerksam. Einen umfassenden nationalen und internationalen Überblick auf der Basis dieses Ansatzes liefert der 2023 erschienene Bericht «Gesundheit von LGBT-Personen in der Schweiz» (19), aus welchem in Bezug auf die physische und psychische Gesundheit im Folgenden einige Ergebnisse zusammengefasst werden. In Bezug auf die Gesundheit von intergeschlechtlichen*-Menschen wird auf weitere Factsheets (→Ethik und Medizingeschichte; Pädiatrie) verwiesen. Als spezifisches Beispiel für einen gesundheitsrelevanten Bereich einer der am meisten gesundheitlich und gesellschaftlich benachteiligten Gruppen, den transidenten inklusive non-binären Menschen, geben wir abschliessend einen kurzen Überblick über die Bedürfnisse, Behandlung und Betreuung im Rahmen der Transition (Geschlechtsangleichung).

2.1 Physische Gesundheit

2.1.1 Allgemeiner Gesundheitszustand

Zur physischen Gesundheit von Menschen im LGBT-Spektrum lagen, wie bereits oben beschrieben, bis zur Durchführung der aktuellen Studie im Rahmen eines Auftrags des Bundesamts für Gesundheit (19) für die Schweiz vor allem für bestimmte Bereiche (z.B. HIV, sexuelle Gesundheit) und Gruppen (v.a. MSM) Daten vor. Insgesamt ist der körperliche Gesundheitszustand in einigen Bereichen gleich gut, in vielen Bereichen jedoch eher schlechter oder viel schlechter als derjenige der endogeschlechtlichen, heterosexuellen, cis Bevölkerungsmehrheit (→Folie 6). 15% der in der «LGBT Health Studie» befragten Personen haben aus Angst vor Diskriminierung bereits einmal auf Gesundheitsleistungen verzichtet. Es zeigen sich hierbei innerhalb des LGBT-Spektrums grosse Unterschiede. Trans/non-binäre Personen schneiden in allen erhobenen Indikatoren schlechter ab als LGB cis Personen, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand gleich oder nur etwas weniger gut einschätzen als die Bevölkerungsmehrheit. Trans/non-binäre Personen haben deutlich häufiger Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen sowohl im Gesundheitswesen als auch (in deutlich höherem Masse) in anderen Bereichen erlebt, was auch der aktuellen internationalen Studienlage entspricht. Sie schätzen ihren Gesundheitszustand zudem deutlich schlechter ein, sind häufiger von körperlichen Einschränkungen im Alltag betroffen, und leiden häufiger an chronischen und langandauernden Erkrankungen.

2.1.2 Gesundheitsverhalten und schädlicher Substanzgebrauch

Beim Gesundheitsverhalten zeigt sich ein differenziertes Bild. In Bezug auf die körperliche Aktivität sind lesbische und bisexuelle Frauen in der Schweiz körperlich aktiver als heterosexuelle Frauen, wohingegen schwule und bisexuelle Männer eher weniger körperlich aktiv sind als heterosexuelle Männer, was sich auch im BMI zeigt. Trans/non-binäre Menschen sind körperlich weniger aktiv als LGB cis Personen. Alle Gruppen haben einen höheren bis deutlich höheren schädlichen Substanzgebrauch als die Bevölkerungsmehrheit, was sich ebenso

mit der internationalen Studienlage deckt. Auch hier sind Trans/non-binäre Personen besonders betroffen, was den schädlichen Gebrauch von Tabak und nicht legalen Substanzen betrifft. Alle Gruppen wünschen sich jedoch in einem ähnlichen Ausmass wie die Bevölkerungsmehrheit aufzuhören. In Bezug auf den schädlichen Gebrauch von Alkohol zeigt sich ein anderes Bild. Trans/non-binäre Personen sind seltener von chronisch oder episodenhaft risikohaftem Trinken betroffen als lesbische und bisexuelle Frauen und schwule und bisexuelle Männer, die häufiger als heterosexuelle Frauen oder Männer ein riskanteres Trinken aufweisen. In Bezug auf die sexuelle Gesundheit inklusive Verhütung, Präventionsverhalten und Präexpositionsprophylaxe (PrEP) zeigt sich ebenfalls ein differenziertes Bild, wobei wir aus Platzgründen auf die zugrundeliegende Studie (19) verweisen.

2.2 Psychische Gesundheit

Forschungsergebnisse zeigen, dass LGBT-Personen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein signifikant höheres Risiko für psychische Erkrankungen aufweisen (20-21). Dies manifestiert sich in einem verstärkten Vorkommen von Depressionen ("Psychische Gesundheit"→Folie 7) mit einer viermal höheren Suizidversuchsrate (Lebenszeitprävalenz), einer erhöhten Häufigkeit von Angsterkrankungen sowie einer gesteigerten Einnahme psychotroper Medikamente (19). Trans und non-binäre Menschen sind noch stärker belastet. Nahezu jede zweite non-binäre Person gab in einer Studie an, an einer längerfristigen psychischen Erkrankung zu leiden (22). Während die Corona-Pandemie als zusätzlicher Stressfaktor erkannt wurde (23), verweist die hohe Suizidversuchsrate in der LGBT-Gemeinschaft, insbesondere während der Adoleszenz, auf tiefer liegende Ursachen. Etwa 32% der Befragten verletzten sich bereits einmal selbst, ein Fünftel sprach mit niemandem über stattgehabte Suizidversuche (19). Transgender und geschlechtlich diverse Kinder und Jugendliche sind besonders anfällig für psychische Belastungen in der ohnehin schon wichtigen Zeit der Adoleszenz. Interpersonelle Stressfaktoren können dabei häufig in Peer-Gruppen oder innerhalb der Primärfamilien identifiziert werden, welche normalerweise eine schützende Rolle spielen (24). Gemäss einer Meta-Analyse (25) verletzen

28,2% dieser Jugendlichen sich selbst, 28% haben suizidale Gedanken und 14,8% haben Suizidversuche in ihrem Leben unternommen. Die Stigmatisierung in Gesellschaft und Kultur belastet TGD-Jugendliche und beeinflusst Zukunftserwartungen und Selbstbilder negativ (26). Sie erfahren häufiger Mobbing und Gewalt als cisgender Jugendliche und fürchten weitere Ablehnung und Diskriminierung. Viele verbergen ihre Transidentität aus Angst vor Viktimisierung, was die psychische Belastung verstärkt (27). Ebenfalls markant ist, dass TGD-Jugendliche häufiger familiäre Ablehnung erfahren, was zu psychischen Gesundheitsproblemen beitragen kann (28). Zudem sind TGD-Jugendliche einem erhöhten Risiko für Missbrauch – sowohl verbal als auch physisch – ausgesetzt (29). Die Erfahrungen von Diskriminierung und der Mangel an sozialer Unterstützung als spezifische Stressoren erhöhen das Risiko für Suizidversuche. Stigmabewusstsein und internalisierte Verhaltensweisen bei trans Personen bestätigen das Minoritätenstress-Modell (30). Die Nichtakzeptanz der Geschlechtsidentität korreliert signifikant direkt mit psychischer Belastung (Depression, Angst) und geringer Zufriedenheit bei trans Personen (31). Trans Personen sind, bedingt durch geringere Schutzfaktoren wie sozialer Unterstützung durch das Umfeld, Diskriminierungserfahrungen (u. a. die Nichtakzeptanz der Geschlechtsidentität), sowie systembedingten Versorgungslücken im Gesundheitswesen einem höheren Risiko für psychische Erkrankungen ausgesetzt.

2.3 Transitionsbehandlung von trans Personen

2.3.1 Transitionsperspektive(n) von trans Personen

Eine soziale und/oder physische Transition ist höchst individuell, komplex und multifaktoriell (32-33→Folie 8). Im Zentrum stehen die Minimierung der erlebten Geschlechtsdysphorie (DSM-5) bzw. Geschlechtsinkongruenz (ICD-11) und die Angleichung an das gegenüberliegende Geschlecht. Dazu gehören u.a. der Beginn einer Hormonersatztherapie, die Anpassung des Geschlechtsausdrucks (z.B. Kleider, Gestik) zur erlebten Geschlechtsidentität, die offizielle Namens- und/oder Geschlechtseintragsänderung sowie die Wahrnehmung im sozialen Umfeld mit der neu gelebten Geschlechtsidentität. Ein ablehnendes soziales Umfeld bis hin zu Diskri-

minierung und die Änderung der Verfügbarkeit von persönlichen Ressourcen können den Verlauf einer Transition erheblich beeinflussen. Wann die Transition als abgeschlossen gilt, entscheidet die betroffene Person selbst. Systematische Reviews und vereinzelte klinische Studien zeigen gemischte Ergebnisse, jedoch sind einige Trends beobachtbar: Geschlechtsangleichende Hormontherapien lindern die Geschlechtsdysphorie, Depressionen, Angstzustände, körperliche Unzufriedenheit und Unruhe sowie mit sozialer Unterstützung die Suizidalität, Alkohol- und Drogenabusus, was zu verbesserter psychischer Gesundheit, Zufriedenheit und erhöhter Lebensqualität führt (32-35).

2.3.2 Physische Transition (Hormone, OPs)

Bezüglich der physischen Transition von trans und nicht-binären Personen wurden bereits seit 1979 internationale und nationale evidenzbasierte Richt- und Leitlinien publiziert (36-40 und →Folie 9, Tabelle/Anhang 1 zum Factsheet). Wie bei anderen medizinischen Massnahmen ist eine gemeinsame Entscheidungsfindung auf der Basis der Bedürfnisse und Präferenzen auch der best practice Standard bei der Frage, welche geschlechtsangleichenden Massnahmen zu welchem Grad für die betroffene Person geeignet und erstrebenswert sind. Eine häufige Nachfrage betrifft die Applikation von Progesteron zum Brustaufbau bei trans Frauen und nicht-binär femininen Personen. Das Risiko-Nutzenverhältnis ist jedoch bisher unklar und die Verabreichung erfolgt im off-label use (41-43, Tabelle/Anhang 1 zum Factsheet).

2.3.3 Psychische Aspekte der Transition

Einhergehend mit einer geschlechtsangleichenden Hormontherapie bzw. begleitend mit einer sozialen Transition kann sich die psychosoziale Verfassung von trans und nicht-binären Menschen teilweise erheblich zum Positiven verändern (44-46→Folie 10). Die sexuelle Orientierung von trans Menschen verändert sich durch Einleiten von Hormontherapien nicht (47). Die Qualität bzw. der Status von romantischen Beziehungen verändert sich nicht nur durch Hormontherapien, sondern hängt auch von Zufriedenheit und Wohlbefinden ab. Hierbei beeinflussen sich diese Faktoren gegenseitig (48). Zu weiteren Aspekten und aktuellen Prävalenzen zu psychischen Erkrankungen siehe (49-54→Folie 10).

3 Literaturverzeichnis

- 1) <https://www.nmbe.ch/de/queer>
- 2) <https://my.treedis.com/tour/queer-vielfalt-ist-unsere-natur>
- 3) https://de.wikipedia.org/wiki/Geschichte_sexueller_Minderheiten
- 4) Pauli, D. (2023). Die anderen Geschlechter: Nicht-Binarität und (ganz) trans* normale Sachen." CH Beck Paperback 6533.
- 5) Hübscher E: [geschlechtervielfalt.ch](https://www.geschlechterradar.org/normativ-expansiv)
<https://www.geschlechterradar.org/normativ-expansiv>Hässler T, Eisner L (2022) Swiss LGBTIQ+ Panel -2022 Summary Report .
<http://swiss-lgbtqi-panel.ch/reports/>
- 6) IPOS (2023) <https://www.statista.com/chart/30142/respondents-who-identify-as-lgbt-in-selected-countries/>
- 7) Sotomo (2021) Studie 1. Geschlecht und Identität. https://sotomo.ch/site/wp-content/uploads/2021/12/GG_Studie1_GeschlechtundIdentitaet.pdf
- 8) Zhang Q, Goodman M, Adams N, et al. (2020) Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data. *Int J Transgend Health* 2020 Apr 15;21(2):125-137. doi: 10.1080/26895269.2020.1753136. eCollection 2020
- 9) Ainsworth, C. (2015) Sex redefined. *Nature*, 518 (7539), 288-291.
- 10) Michaud PA, Jucker-Kupper P, and members of the Profiles working group (2017) PROFILES; Principal Objectives and Framework for Integrated Learning and Education in Switzerland. Bern: Joint Commission of the Swiss Medical Schools; 2017.
- 11) Balik CHA, Bilgin H, Uluman OT, et al.(2020) A Systematic Review of the Discrimination Against Sexual and Gender Minority in Health Care settings. *International Journal of Health Care Services* 50(1), 44-61.
- 12) Wang J, Häusermann M, Vounatsou P, et al (2007) Health Status, Behaviour, and Care utilization in the Geneva Gay Men's Health survey. *Preventive Medicine* 44(1) , 70-75.
- 13) Berrut S (2016) Les lesbiennes en consultation gynécologique : enquête qualitative en Suisse romande. Master Thesis, Genf.
- 14) Beziane C, Anex E, Le Pogam M-A, et al (2020) Enquête sur la Santé des femmes*, qui ont des relations sexuelles avec des femmes (FSF) 2019. Rapport préliminaire accompagnent les résultats. <https://www.profa.ch/wp-content/uploads/2020/11/Rapport-preliminaire-enquete-info-fouffe.pdf>.
- 15) Jurcek A, Downes C, Keogh B, et al. (2021) Educating health and social care practitioners on the experiences and needs of older LGBT plus adults. Findings from a systematic review. *Journal of Nursing Management* Jan;29(1):43-57.
- 16) World Health organisation (2020) Incorporating intersectional gender analysis into research on infectious diseases of poverty-a toolkit for health researchers. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240008458>
- 17) Cooper B (2016) «Intersectionality» In: Disch L, Hawkesworth M (Hrsg) *The Oxford Handbook of Feminist Theory*. Oxford University Press, S.385-406.
- 18) Krüger P, Pfister A, Eder M, Mikolasek M (Hrsg) (2023) *Gesundheit von LGBT Personen in der Schweiz*. 1. Auflage, NOMOS Verlag, Baden - Baden
- 19) Reisner, S. L., Biello, K. B., Hughto, J. M. W., Kuhns, L., Mayer, K. H., Garofalo, R., & Mimiaga, M. J. (2016). Psychiatric diagnoses and comorbidities in a diverse, multicity cohort of young transgender women: baseline findings from project LifeSkills. *JAMA pediatrics*, 170(5), 481-486.
- 20) Budge, S. L., Adelson, J. L., & Howard, K. A. (2013). Anxiety and depression in transgender individuals: the roles of transition status, loss, social support, and coping. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(3), 545.
- 21) Watkinson, R. E., Linfield, A., Tielemans, J., Francetic, I., & Munford, L. (2024). Gender-related self-reported mental health inequalities in primary care in England: a cross-sectional analysis using the GP Patient Survey. *The Lancet Public Health*, 9(2), e100-e108.
- 22) Szücs, D., Köhler, A., Holthaus, M. M., Guldending, A., Balk, L., Motmans, J., & Nieder, T. O. (2021). *Gesundheit und Gesundheitsversor-*

- gung von trans Personen während der COVID-19-Pandemie: Eine Online-Querschnittstudie in deutschsprachigen Ländern. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 64(11), 1452.
- 23) Wittlin, N. M., Kuper, L. E., & Olson, K. R. (2023). Mental health of transgender and gender diverse youth. *Annual Review of Clinical Psychology*, 19, 207-232.
- 24) Surace T, Fusar-Poli L, Vozza L, Cavone V, Arcidiacono C, et al. 2021. Lifetime prevalence of suicidal ideation and suicidal behaviors in gender non-conforming youths: a meta-analysis. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 30(8):1147–61
- 25) Toomey RB. 2021. Advancing research on minority stress and resilience in trans children and adolescents in the 21st century. *Child Dev. Perspect.* 15(2):96–102
- 26) Johns MM, Zamantakis A, Andrzejewski J, Boyce L, Rasberry CN, Jayne PE. 2021. Minority stress, coping, and transgender youth in schools—results from the Resilience and Transgender Youth Study. *J. Sch. Health* 91(11):883–93
- 27) Pulice-Farrow L, Cusack CE, Galupo MP. 2020. "Certain parts of my body don't belong to me": trans individuals' descriptions of body-specific gender dysphoria. *Sex. Res. Soc. Policy* 17(4):654–67.
- 28) Thoma BC, Rezeppa TL, Choukas-Bradley S, Salk RH, Marshal MP. 2021. Disparities in childhood abuse between transgender and cisgender adolescents. *Pediatrics* 148(2):e2020016907.
- 29) Ott, A., Regli, D., & Znoj, H. (2017). Minoritätenstress und soziale Unterstützung: Eine Online-Untersuchung zum Wohlbefinden von Trans* Personen in der Schweiz. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 30(02), 138-160.
- 30) Ott, A., Regli, D., & Znoj, H. (2017). Minoritätenstress und soziale Unterstützung: Eine Online-Untersuchung zum Wohlbefinden von Trans* Personen in der Schweiz. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 30(02), 138-160.
- 31) van Leerdam, T. R., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2023). The Effect of Gender-Affirming Hormones on Gender Dysphoria, Quality of Life, and Psychological Functioning in Transgender Individuals: A Systematic Review. *Transgender health*, 8(1), 6–21.
<https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0094>
- 32) Baker, K. E., Wilson, L. M., Sharma, R., Dukhanin, V., McArthur, K., & Robinson, K. A. (2021). Hormone Therapy, Mental Health, and Quality of Life Among Transgender People: A Systematic Review. *Journal of the Endocrine Society*, 5(4), bvab011.
<https://doi.org/10.1210/jendso/bvab011>
- 33) Nieder, T. O., Mayer, T. K., Hinz, S., Fahrenkrug, S., Herrmann, L., & Becker-Hebly, I. (2021). Individual Treatment Progress Predicts Satisfaction With Transition-Related Care for Youth With Gender Dysphoria: A Prospective Clinical Cohort Study. *The journal of sexual medicine*, 18(3), 632–645.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.12.010>
- 34) Klein A, Golub S. Family rejection as a predictor of suicide attempts and substance misuse among transgender and gender nonconforming adults. *LGBT Health*. 2016 Jun;3(3):193-199. doi: 10.1089/lgbt.2015.0111. Epub 2016 Apr 5.
- 35) Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, et al. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *Int J Transgenderism*. 2012;13(4):165–232.
- 36) Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., de Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., Nieder, T. O., Arcelus, J. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International journal of transgender health*, 23(Suppl 1), S1–S259.
<https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- 37) UCSF Gender Affirming Health Program, Department of Family and Community Medicine, University of California San Francisco. Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People; 2nd edition. Deutsch MB, ed. June 2016. Available at transcare.ucsf.edu/guidelines. <https://transfemscience.org/articles/progestogens-breast-dev/>

- 38) Wylie C Hembree, Peggy T Cohen-Kettenis, Louis Gooren, Sabine E Hannema, Walter J Meyer, M Hassan Murad, Stephen M Rosenthal, Joshua D Safer, Vin Tangpricha, Guy G T'Sjoen, Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline, *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Volume 102, Issue 11, 1 November 2017, Pages 3869–3903, <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>
- 39) Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) (2018, in Überarbeitung) S3 Leitlinie Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Transgesundheit. Diagnostik, Beratung, Behandlung. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/138-001>
- 40) Iwamoto, S. J., T'Sjoen, G., Safer, J. D., Davidge-Pitts, C. J., Wierman, M. E., Glodowski, M. B., & Rothman, M. S. (2019). Letter to the Editor: "Progesterone Is Important for Transgender Women's Therapy-Appling Evidence for the Benefits of Progesterone in Ciswomen". *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 104(8), 3127–3128. <https://doi.org/10.1210/jc.2019-00249>
- 41) <https://transfemscience.org/articles/oral-p4-low-levels/>
- 42) <https://deschamps-braly.com/>
- 43) Doyle, D. M., Lewis, T. O. G., & Barreto, M. (2023). A systematic review of psychosocial functioning changes after gender-affirming hormone therapy among transgender people. *Nature human behaviour*, 7(8), 1320–1331. <https://doi.org/10.1038/s41562-023-01605-w>
- 44) <https://www.psychologytoday.com/us/blog/political-minds/202201/the-evidence-trans-youth-gender-affirming-medical-care>
- 45) Jackson D. (2023). Suicide-Related Outcomes Following Gender-Affirming Treatment: A Review. *Cureus*, 15(3), e36425. <https://doi.org/10.7759/cureus.36425>
- 46) Defreyne, J., Elaut, E., Den Heijer, M., Kreukels, B., Fisher, A. D., & T'Sjoen, G. (2020). Sexual orientation in transgender individuals: results from the longitudinal ENIGI study. *International journal of impotence research*, 33(7), 694–702. <https://doi.org/10.1038/s41443-020-00402-7>
- 47) Marshall, E., Glazebrook, C., Robbins-Cherry, S., Nicholson, S., Thorne, N., & Arcelus, J. (2020). The quality and satisfaction of romantic relationships in transgender people: A systematic review of the literature. *International journal of transgender health*, 21(4), 373–390. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1765446>
- 48) Warriar, V., Greenberg, D. M., Weir, E., Buckingham, C., Smith, P., Lai, M. C., Allison, C., & Baron-Cohen, S. (2020). Elevated rates of autism, other neurodevelopmental and psychiatric diagnoses, and autistic traits in transgender and gender-diverse individuals. *Nature communications*, 11(1), 3959. <https://doi.org/10.1038/s41467-020-17794-1>
- 49) Thrower, E., Bretherton, I., Pang, K. C., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2020). Prevalence of Autism Spectrum Disorder and Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Amongst Individuals with Gender Dysphoria: A Systematic Review. *Journal of autism and developmental disorders*, 50(3), 695–706. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04298-1>
- 50) Pinna, F., Paribello, P., Somaini, G., Corona, A., Ventriglio, A., Corrias, C., Frau, I., Murgia, R., El Kacemi, S., Galeazzi, G. M., Mirandola, M., Amadeo, F., Crapanzano, A., Converti, M., Piras, P., Suprani, F., Manchia, M., Fiorillo, A., Carpiello, B., & Italian Working Group on LGBTQI Mental Health (2022). Mental health in transgender individuals: a systematic review. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 34(3-4), 292–359. <https://doi.org/10.1080/09540261.2022.2093629>
- 51) Budge, S. L., Adelson, J. L., & Howard, K. A. (2013). Anxiety and depression in transgender individuals: the roles of transition status, loss, social support, and coping. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(3), 545–557. <https://doi.org/10.1037/a0031774>
- 52) Cheung, A. S., Ooi, O., Leemaqz, S., Cundill, P., Silberstein, N., Bretherton, I., Thrower, E., Locke, P., Grossmann, M., & Zajac, J. D. (2018). Socio-demographic and clinical characteristics of transgender adults in Australia. *Transgender Health*, 3(1), 229–238. <https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0019>

- 53) Tan, K. K. H., Treharne, G. J., Ellis, S. J., Schmidt, J. M., & Veale, J. F. (2020). Gender Minority Stress: A Critical Review. *Journal of homosexuality*, 67(10), 1471–1489.
<https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1591789>

4 Anhang

Tabelle 1 Factsheet LGBTIQ+ Ausführliche Darstellung physische Transition

Person	Hormone	Applikationsformen	Wirkungen auf Körper	Initiale Effektzeit	Maximale Effektzeit	Klinische Chemie	Hormonblocker	Risiken	Operationen
trans Frau (Mann-zu-Frau)	Östrogen und auf Verlangen Progesteron	<p>peroral <i>Estrofem</i>® 4-8 mg/d, <i>Utrogestan</i>® 100 mg/d</p> <p>transdermal: <i>Oestroge</i>® 0.6 mg 4-8 Hübe/d, <i>Estradot</i>® 100-200 µg/24h 2x pro Woche wechseln</p> <p>intramuskulär: <i>Neofollin</i> 5 mg/5-7d, <i>Depo</i>®-<i>Estradiol</i> 7.5-10 mg/14d</p>	1) Feminine Fettverteilung	1) 3-6 Monate	1) 2-5 Jahre	<p>Estradiol: ca. 370-740 pmol/L</p> <p>Testosteron: bis 1.7 nmol/L</p> <p>FSH und LH: jeweils < 0.1 U/L</p> <p>ASAT/GOT und ALAT/GPT: jeweils < 35 U/L</p> <p>Prolaktin monitorisieren (Hyper-prolaktinämie)</p> <p>Bluttest: alle 3 Monate mit Hämatogramm V</p>	<p>Spironolacton (<i>Aldactone</i>®) 100-200 mg/d</p> <p>Cyproteronacetat (<i>Androcur</i>®) ≤ 25 mg/d</p> <p>Bicalutamid (<i>Casodex</i>®) 50 mg/d</p> <p>Monotherapie bei Wunsch nach Libido bzw. Erektion möglich mit Estradiol, ggf. nicht ganz unter-drückte Testosteron-effekte ohne Blocker</p>	<p>wahrsch./möglich erhöhte Risiken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thrombosen • Hypertriglyzeridämie (z.B. LDL) • kardiovaskuläre Erkrankungen • Hyperkaliämie • Typ-2-Diabetes • Hepatotoxizität <p>Kein/unklares Risiko: Brustkrebs</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Brustaufbau • Orchiektomie • Vaginoplastik • Gesichtsfeminisierungen • v.a. Gesicht: Laserepilation • Stimmbandoperationen • individuell, welche OPs gewollt sind.
			2) Brustwachstum	2) 3-6 Monate	2) 2-3 Jahre				
			3) sanftere Haut	3) 3-6 Monate	3) unbekannt				
			4) dünnere Haare (Gesicht/Körper)	4) 6-12 Monate	4) > 3 Jahre				
			5) Libidoreduktion	5) 1-3 Monate	5) 3-6 Monate				
			6) Reduktion vom Hodenvolumen	6) 3-6 Monate	6) 2-3 Jahre				
			7) Stopp der männl. Glatzenbildung	7) 1-3 Monate	7) 1-2 Jahre				
			8) mögl. reversible Fertilitätsein-schränkung	8) unbekannt	8) 2 Jahre				
			9) ...	→ Effektzeit variabel je nach Lebensstil oder genetischer Prädisposition					
trans Mann (Frau-zu-Mann)	Testosteron	<p>transdermal: Testosterongel 50 (bis 100) mg/d, z.B. <i>Tostran</i>® 5 Hübe/d oder <i>Testogel</i>® 1 Beutel/d</p> <p>intramuskulär: <i>NEBIDO</i>® 1g/4 alle 12 Wochen, <i>Testoviron</i>® 250 mg alle 2 bis 4 Wochen</p>	1) Maskuline Fettverteilung	1) 3-6 Monate	1) 2-5 Jahre	<p>Estradiol: ca. 80-160 pmol/L</p> <p>Testosteron: ca. 14-25 nmol/L</p> <p>FSH und LH: jeweils < 0.1 U/L</p> <p>ASAT/GOT und ALAT/GPT: jeweils < 35 U/L</p> <p>Bluttest: alle 3 Monate mit Hämatogramm V</p>	<p>nicht nötig, da die Östrogenproduktion durch Beigabe von Testosteron genug supprimiert wird.</p> <p>bei Bedarf gegen Kopfharausfall: 5-α-Reduktase-Hemmer (<i>Finasterid-Mepha</i>®), Dosierung nach Absprache mit Ärzt*innen.</p>	<p>wahrsch./möglich erhöhte Risiken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Polyzythämie • Hyperlipidämie • Akne • Glatzenbildung • kardiovaskuläre Erkrankungen <p>Kein/unklares Risiko: Karzinome (Mamma, Ovarien, Cervix, Uterus)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mastektomie • Phalloplastik • Metaidoplastik mit ggf. Prothesen • Hysterektomie (Uterus) • Kopfhhaartransplantation • individuell, welche OPs gewollt sind.
			2) Zunahme der Muskelmasse	2) 6-12 Monate	2) 2-5 Jahre				
			3) Stopp der Menstruation	3) 2-6 Monate	3) keine Angabe				
			4) Klitoriswachstum	4) 3-6 Monate	4) 1-2 Jahre				
			5) Stimmbruch	5) 3-12 Monate	5) 1-2 Jahre				
			6) Mehr Behaarung (Gesicht/Körper)	6) 3-6 Monate	6) 3-5 Jahre				
			7) Kopfharausfall	7) > 12 Monate	7) variabel				
			8) fette Haut/Akne	8) 1-6 Monate	8) 1-2 Jahre				
			9) ...	→ Effektzeit variabel je nach Lebensstil oder genetischer Prädisposition					
nicht-binär feminin	Östrogen und auf Verlangen Progesteron	s.o. bei trans Frau, teils geringere bzw. Mikrodosierung	s.o. bei trans Frau, teils gleich oder schwächer	vergleichbar mit trans Frau, teils variabel	s.o. bei trans Frau, teils tiefere Estradiolkonz.	s.o. bei trans Frau	s.o. bei trans Frau, teils gleich oder schwächer	s.o. bei trans Frau, sehr individuell	
nicht-binär maskulin	Testosteron	s.o. bei trans Mann, teils geringere bzw. Mikrodosierung	s.o. bei trans Mann, teils gleich oder schwächer	vergleichbar mit trans Mann, teils variabel	s.o. bei trans Mann, teils tiefere T-Konz.	s.o. bei trans Mann	s.o. bei trans Mann, teils gleich oder schwächer	s.o. bei trans Mann, sehr individuell	