



Foliensatz zum 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.med. Dagmar Pauli, Melissa Pisteljic MSc, PD Dr. Jan Schulze





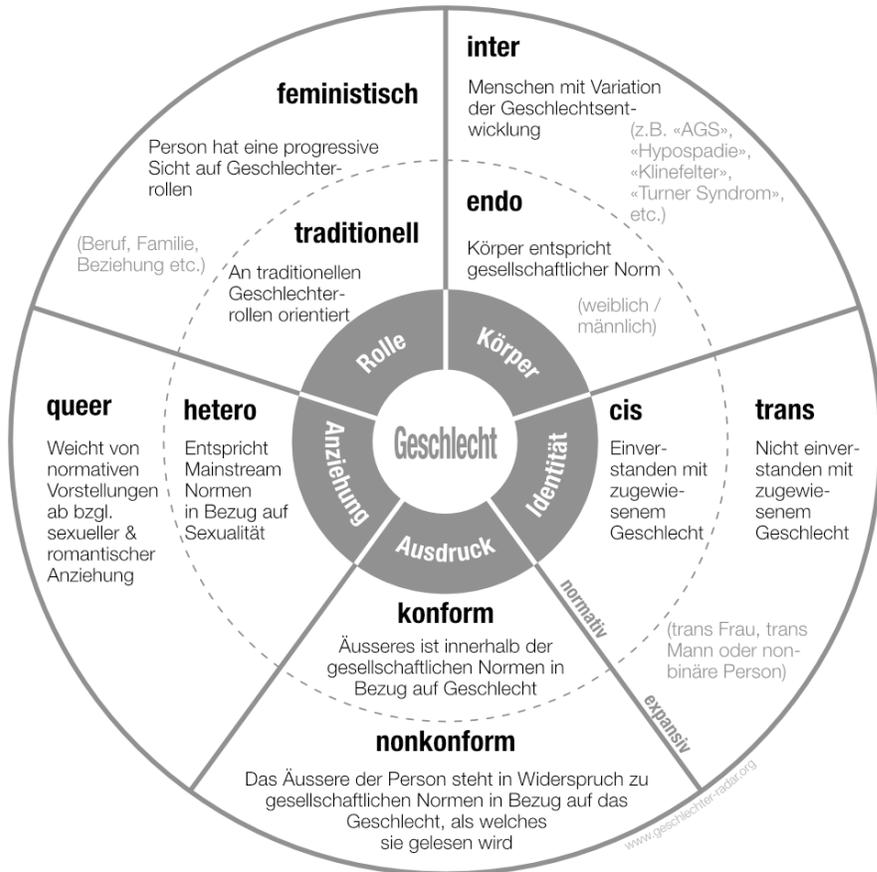
Medizinische Fakultät

Ebene	Typisch Mann	Subtile Variationen	Moderate Variationen	46, XY (DSD)	Ovotestikular (DSD)	46, XX, testikular (DSD)	Moderate Variationen	Subtile Variationen	Typisch Frau
Chromosomen*	XY	XY	XY	XY	XY, XX (meist), oder Mischung	XX	XX	XX	XX
Gonaden	Hoden	Hoden	Hoden	Hoden	Sowohl Hoden als auch Ovarien	Kleiner Hoden	Ovarien	Ovarien	Ovarien
Genitalien	Männliche interne und externe Genitalien	Männliche interne und externe Genitalien	Männliche externe Genitalien mit anatomischen Variationen	Oft nicht klar zuordenbar	Nicht zuordenbar	Männliche externe Genitalien	Weibliche externe und interne Genitalien	Weibliche externe und interne Genitalien	Weibliche externe und interne Genitalien
Andere Merkmale Beispiele	Sekundäre männliche Geschlechtsmerkmale Sehr häufig	Subtile Ausprägungen, u.a. niedrige Spermienanzahl, teils bedingt durch genetische Varianten, sehr häufig	Circa 1 von 250-400 Geburten	Andere Wirkung des Anti-Müller'schen Hormons, u.a. männliche externe Genitalien, Hypospadie, kloakale Ekstrophie, teils Uterus/Eileiter	Geburt eines gesunden Kindes auch bei XY Dominanz möglich Ca 1-9/100'000	Meist durch Translokation des Y-chromosomalen SRY-Gens auf X oder anderes Chromosom Ca 1 pro 20'000	Variation in der Geschlechtsentwicklung, z.B. frühzeitige Menopause, teils verursacht durch Variationen in Sex-development Genen häufig	Subtile Variationen, z.B: Polyzystische Ovarien, höherer Testosteronspiegel Sehr häufig	Sekundäre weibliche Geschlechtsmerkmale Sehr häufig

*Neben den hier beispielhaft dargestellten Geschlechtschromosomensätzen gibt es weitere Variationen (siehe Folie 5) DSD= Differences//Disorders of sexual development

nach Ainsworth, C. (2015). Sex redefined. *Nature*, 518 (7539), 288-291

Medizinische Fakultät



Begriff	Beschreibung
LGBTIQ+	LGBTIQ steht für lesbisch, gay (schwul), bisexuell, trans, intergeschlechtlich und queer. Das Akronym beschreibt die Vielfalt der sexuellen Orientierungen (lesbisch, schwul, bisexuell), der Geschlechtsidentität (trans), von Geschlechtsmerkmalen (intergeschlechtlich) und dem Geschlechtsausdruck neben der «heterosexuellen», «endogeschlechtlichen», «cis» Mehrheit der Bevölkerung. Das «+» steht für die Nicht-Abgeschlossenheit der kategorialen Zuschreibungen.
Sexuelle Orientierung	Beschreibt, zu wem Menschen sich physisch, romantisch oder emotional angezogen fühlen. Diese kann <u>heterosexuell</u> sein, als Anziehung zu einem anderen als dem eigenen Geschlecht, <u>homosexuell</u> als Anziehung nur zum eigenen Geschlecht (lesbisch oder schwul); <u>pansexuell</u> als Attraktion zu allen Geschlechtern; <u>bisexuell</u> als Anziehung zu Männern und Frauen (alte Definition) oder zu Menschen des gleichen als auch des anderen Geschlechts (neuere Definition) oder <u>asexuell/aromantisch</u> , wenn Menschen generell keine physische oder romantische Anziehung empfinden.
Cis	Wenn das innere Wissen einer Person zu ihrer Geschlechtsidentität mit der Zuschreibung des Geschlechts bei Geburt kongruent ist.
Trans	Wenn die Geschlechtsidentität eine andere als die bei der Geburt zugeschriebene ist. Dies umfasst trans*Personen mit weiblichen, männlichen und nicht-binären (weder ausschliesslich weibliche oder männlicher Identität, darunter agender, bigender oder genderfluide) Geschlechtsidentitäten. Als Transition bezeichnet man die teilweise oder vollständige soziale, rechtliche und medizinische Angleichung an die Geschlechtsidentität
Endo	Wenn alle biologischen Geschlechtsmerkmale (genetisch, anatomisch und hormonell) den binären Kategorien eines "männlichen" oder "weiblichen" Körpers entsprechen.
Inter oder intergeschlechtlich	Die Feststellung von genetischen und/oder anatomischen und/oder hormonellen Geschlechtsmerkmalen bei Geburt oder im Verlauf des Lebens, die nicht oder nur teilweise den binären Kategorien eines männlichen oder weiblichen Körpers entsprechen
Queer/TGP	Queer oder auch transgender und genderdiverse Personen (TGP) sind Oberbegriffe für Menschen, die von der Norm einer binären, heterosexuellen, cis- und endogeschlechtlichen Identität abweichen. Der Begriff Queer wird häufig auch als Selbstzuschreibung von Menschen im LGBTIQ+ Spektrum verwandt.

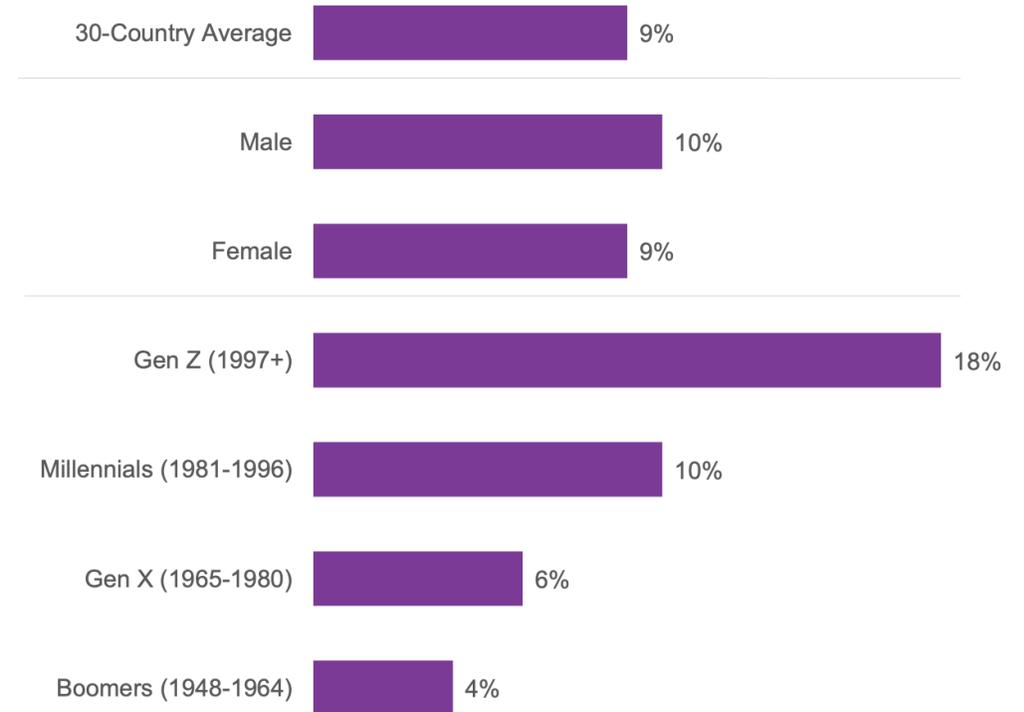
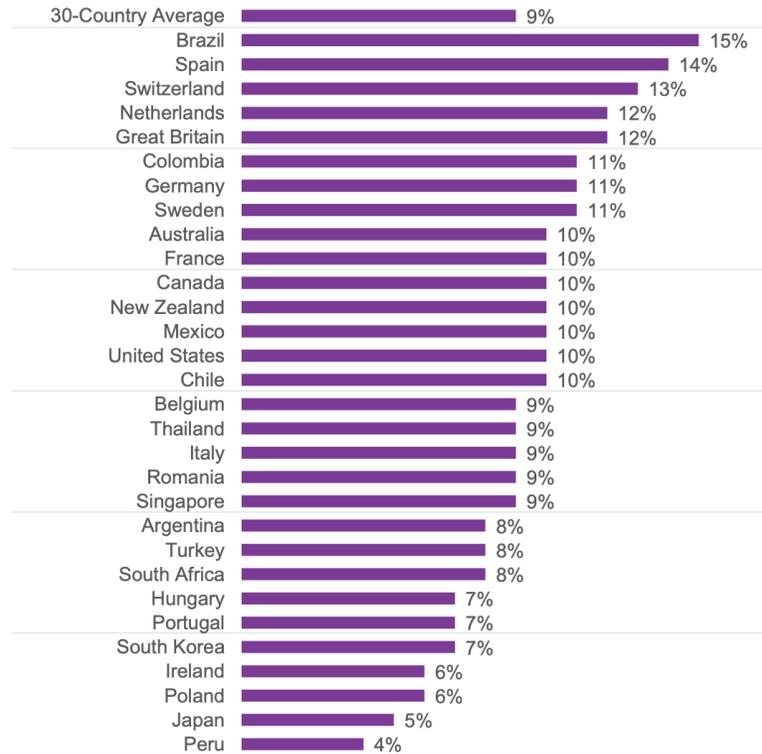
Quelle: Evianne Hübscher: [geschlechtervielfalt.ch](https://www.geschlechtervielfalt.ch) <https://www.geschlechter-radar.org/normativ-expansiv/>



Net % of LGBT+ Adults By Country

Any of:

- Lesbian/gay/homosexual
- Bisexual
- Pansexual/omnisexual
- Asexual
- Transgender
- Non-binary/gender non-conforming/gender-fluid
- Other than male or female



Base: 22,514 online adults aged 16-74 across 30 countries
Online samples in Brazil, Chile, Colombia, India, Ireland, Mexico, Peru, Portugal, Romania, Singapore, South Africa, Thailand and Turkey tend to be more urban, educated, and/or affluent than the general population

9 — © Ipsos | LGBT+ Pride Study 2023 Global Survey





Variante	Beschreibung	Häufigkeit	Symptome
Adrenogenitales Syndrom (AGS)	Genetische Störungen der Hormonausschüttung der Nebennierenrinde, u.a. 21-Hydroxylasemangel, Cortisol /Aldosteron niedrig, Testosteron hoch	«klassische Form» beim Mädchen 1:13'000, «nicht-klassisch» bei genetischen Jungen und weniger ausgeprägt bei genetischen Mädchen häufiger, Prävalenz unbekannt	Klassische Form bei XX Mädchen «vermännlichte» äussere Genitale, Salzverlust, Gedeihstörungen, Schock, später ausbleibende Regelblutung, bei genetischen Jungen nur Salzverlust, bei beiden Geschlechtern später u.a. Hochwuchs, Akne, frühzeitige Geschlechtsbehaarung, Übergewicht
Hypospadie	Angeborene urogenitale anatomische Varianten von Urethra, Penis, Vorhaut und/oder Hoden, teils genetisch mitbedingt (u.a. PPSH: Steroid 5a Reduktase), selten mit Syndromen assoziiert (u.a. McKusick-Kaufmann- Syndrom)	Häufig, ca. 1:300-1:1000 bei neugeborenen genetischen Jungen	Bei Meatusstenose der Urethra Harnverhalt, Harnwegsentzündungen, Erektionsstörungen, Unfruchtbarkeit, psychologische Belastungen
Androgeninsensitivität (CAIS, PAIS, MAIS)	X chromosomal rezessive Vererbung einer partiellen oder kompletten (Goldberg-Maxwell-Morris-Syndrom, CAIS) Androgenresistenz an Kinder mit XY Karyotyp und weiblichem Phänotyp, früher auch «testikuläre Feminisierung», «hairless women», «Pseudohermaphroditismus masculinus», genannt	CAIS 1:10'000, Partielle und minimale Ausprägungen vermutlich seltener (oder nicht entdeckt)	Häufig erst im jugendlichen Alter der phänotypischen Mädchen durch ausbleibende Menarche und gynäkologische Erstuntersuchung (u.a. bei CAIS oberes Vaginaldrittel nicht entwickelt, kein Uterus) entdeckt, häufigere Entstehung von Karzinomen im nicht deszendierten Hoden, Akne, grosse Körpergrösse
Klinefelter Syndrom	Mindestens 1 zusätzliches X-Chromosom im Chromosomensatz in allen oder einem Teil der Körperzellen bei phänotypischen Jungen, Hypogonadismus	Häufigste Form «klassischer» Klinefelter 47 XXY, 1-2:1000 Neugeborenen (Schätzung, da häufig unerkant), seltener Formen von hochgradigeren - Aneuploidien (48,XXXY, 48 XXYY, 49 XXYYY) 1:18'000-1:100'000)	Hodenunterfunktion, manchmal Hypospadie, weitere Merkmale mit sehr unterschiedlicher, teils diskreter Ausprägung wie Lernschwierigkeiten, langsamere motorische Entwicklung, langsamere Pubertätsentwicklung, Gynäkomastie, bei höhergradigen Aneuploidien schwerere Ausprägungen
Ullrich-Turner-Syndrom	Verändertes oder fehlendes zweites X-Chromosom, 45 X0, Aussehen mit syndromalen Zeichen (u.a. geschwollene Hand/Fussrücken, breiterer Hals)	1:2500 der Neugeborenen, häufige Ursache für Fehlgeburten	Die phänotypischen Mädchen sind meist normal intelligent, klein, haben häufiger Lernschwächen, sind ohne Behandlung aufgrund einer Dysfunktion der Eierstöcke oft unfruchtbar, können u.a. häufiger Erkrankungen der Aorta, des Herzens, der Nieren, der Knochen, Augen und Ohren aufweisen
Mayer-Rokitanski-Küster Hauser (MRKH) Syndrom	Spektrum anatomischer Varianten der Müller'schen Gänge, mit Aplasie des Uterus und verkürzter Vagina (MRKH Typ1) bei normalen Ovarien, selten MRKH Typ 2 mit anderen relevanten anatomischen Dysplasien, vermutlich auch genetisch (mit)-bedingte Ursache, phäno- und genotypisch weiblich	1:4500 Lebendgeburten	Da kein Uterus vorhanden ist, können die Frauen mit MRKH Typ 1 (ausser bei der in der Schweiz noch nicht durchgeführten Uterustransplantation) nicht selbst eine Schwangerschaft austragen. Frauen mit MRKH Typ 2 können an Nierenfehlbildungen, Skelettanomalien, Hörstörungen oder Herzfehlern leiden

div. Quellen

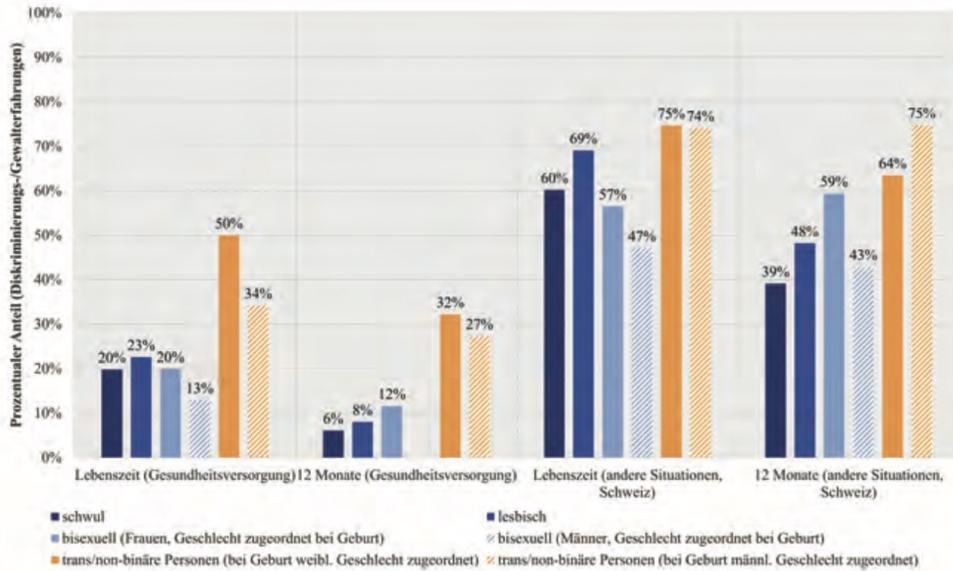


Abbildung 3: Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen in der Schweizer Gesundheitsversorgung und in anderen Situationen in der Schweiz (Lebenszeit, letzte 12 Monate), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: <LGBT Health>)

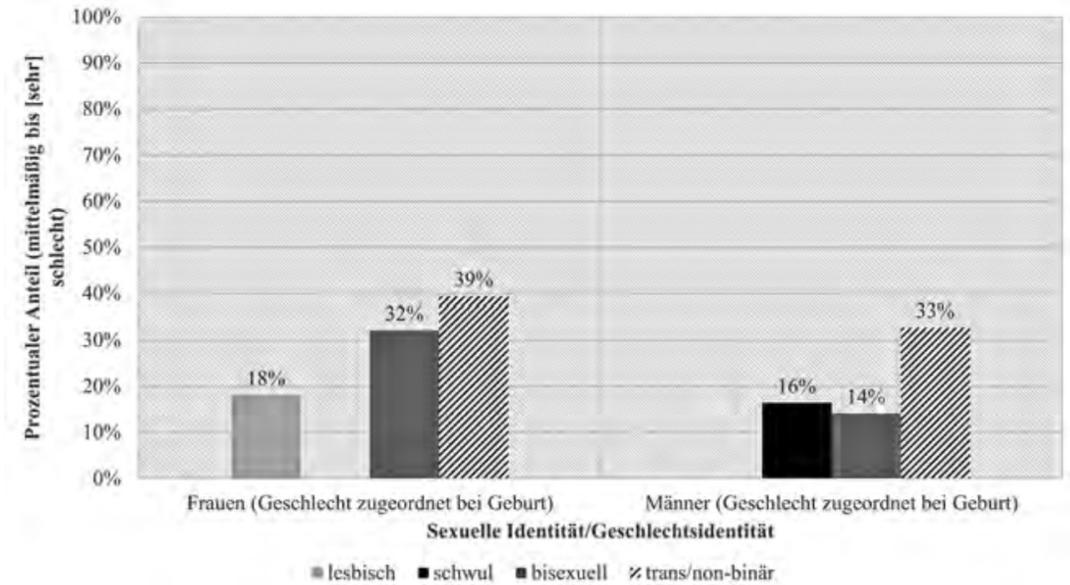
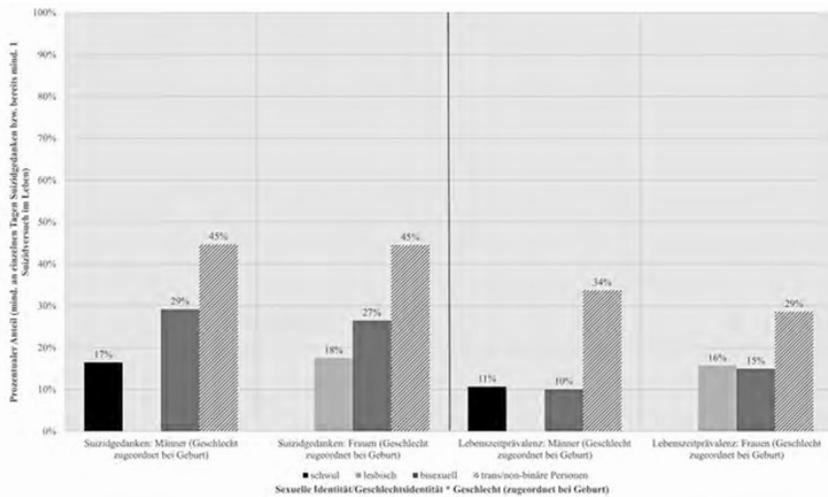
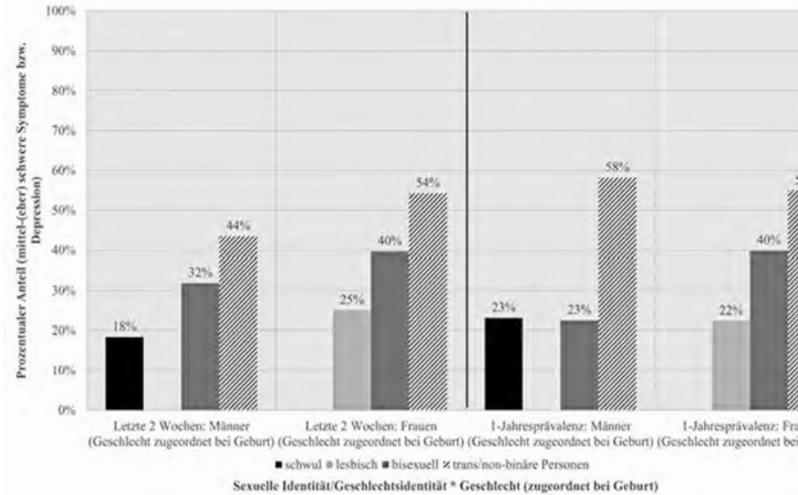


Abbildung 40: Selbstwahrgenommener Gesundheitszustand (mittelmäßig-[sehr] schlecht), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: <LGBT Health>)

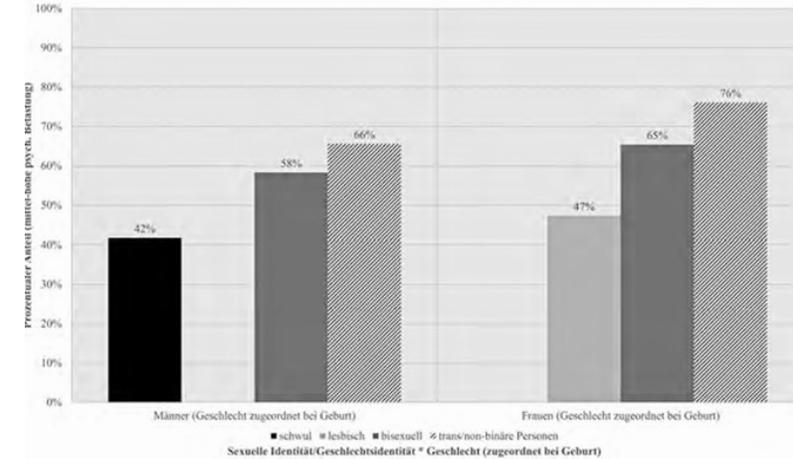
Suizidversuche



Depression



Psychische Belastung



Krüger P, Pfister A, Eder M, Mikolasek M (Hrsg) (2023) Gesundheit von LGBT Personen in der Schweiz. 1. Auflage, NOMOS Verlag, Baden –Baden, S. 104 und S. 201



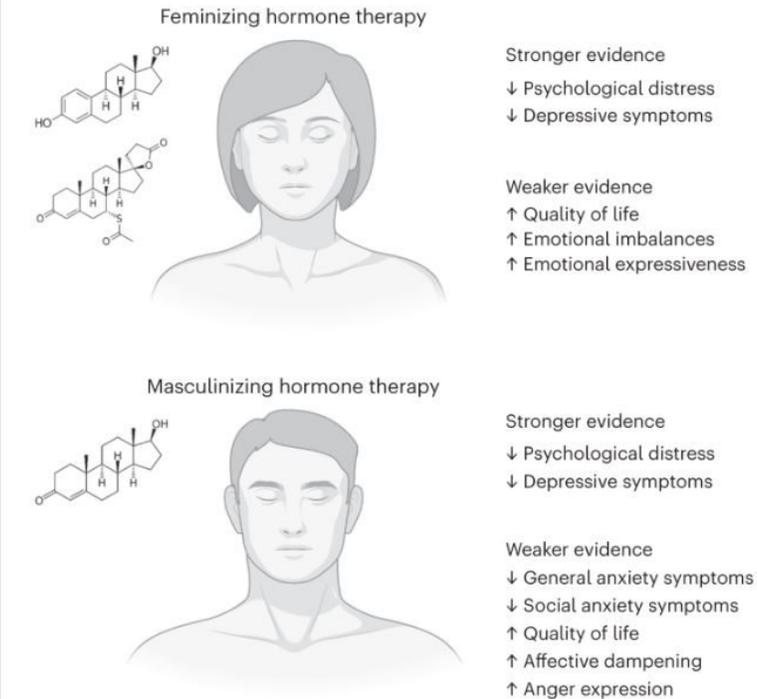
- Effekte einer sozialen, hormonellen oder operativen Transition:
 - Linderung der Geschlechtsdysphorie (DSM-5) bzw. Geschlechtsinkongruenz (ICD-11)
 - Verbesserung des Selbstwertgefühls
 - Verbesserte und vereinfachte soziale und berufliche Integration mit Zukunftsperspektiven
 - Konsequente Verbesserung des psychologischen Wohlbefindens und Lebensqualität ([van Leerdam et al., 2023](#), [Baker et al., 2021](#))
- Effekte der sozialen Unterstützung durch das Umfeld:
 - Verbesserung der psychischen Gesundheit und Zufriedenheit ([Nieder et al., 2021](#))
 - Verminderung des Risikos für Suizidalität, Alkohol- und Drogenabusus ([Klein et al., 2016](#))

Medizinische Fakultät

Person	Hormone	Applikationsformen	Wirkungen auf Körper	Initiale Effektzeit	Maximale Effektzeit	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>	<ul style="list-style-type: none"> • Feminine Fettverteilung • Brustwachstum • sanftere Haut • dünnere Haare (Gesicht/Körper) • Libidoreduktion • Reduktion vom Hodenvolumen • Stopp der männl. Glatzenbildung • mögl. reversible Fertilitätseinschränkung • ... 	In den ersten 1 bis 6 Monaten. Je nach Lebensstil oder genetischer Prädisposition sind die Effektzeiten individuell variabel.	Nach etwa 1 bis 5 Jahren. Je nach Lebensstil oder genetischer Prädisposition sind die Effektzeiten individuell variabel.	<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 unterdrückte Testosteroneffekte 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.
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: NEBIDO® 1g/4 alle 12 Wochen, <i>Testoviron</i>® 250 mg alle 2 bis 4 Wochen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maskuline Fettverteilung • Zunahme der Muskelmasse • Stopp der Mens. • Klitoriswachstum • Stimmbruch • Mehr Behaarung (Gesicht/Körper) • Kopfhaarausfall • fette Haut/Akne • ... 	In den ersten 1 bis 6 Monaten. Je nach Lebensstil oder genetischer Prädisposition sind die Effektzeiten individuell variabel.	Nach etwa 1 bis 5 Jahren. Je nach Lebensstil oder genetischer Prädisposition sind die Effektzeiten individuell variabel.	<p>nicht nötig, da die Östrogenproduktion durch Beigabe von Testosteron genug supprimiert wird.</p> <p>bei Bedarf gegen Kopfhaarausfall: 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 • Metoidioplastik mit ggf. Prothesen • Hysterektomie (Uterus) • Kopfhaartransplantation • individuell, welche OPs gewollt sind.

- Hormonersatztherapie bei non-binärer Geschlechtsidentität individuell mit ggf. Microdosing der Hormone
- Detailliertere Tabelle mit klinischer Chemie im Anhang des Factsheets LGBTIQ+.

Fig. 2: Summary of evidence for psychosocial effects of gender-affirming hormone therapy.



Stronger and weaker evidence for psychosocial effects of gender-affirming hormone therapy is summarized for those on feminizing and masculinizing hormone therapy separately. Chemical symbols represent oestradiol (top) and spironolactone (bottom) for a common approach to feminizing hormone therapy, and testosterone for a common approach to masculinizing hormone therapy. Figure created with [BioRender.com](https://www.biorender.com).

- Psychische Auswirkungen der Hormonersatztherapie (Bild: [Doyle et al., 2023](#))
- Auseinandersetzung mit sich selbst und den Herausforderungen der Transition
- Psychotherapeutische Unterstützung für trans Personen während sozialer, hormoneller oder operativer Transition empfohlen mit möglichen Abklärungen von neuronalen Entwicklungsstörungen und psychischen Begleitstörungen.
- Prävalenzen von psychischen Begleitstörungen bei trans Menschen:
 - Autismus-Spektrum-Störung (ASS): 6 bis 26% und 3.03- bis 6.36-fach erhöhte Chance von ASS bei trans und genderdiversen Menschen verglichen zu cis Menschen ([Warrier et al., 2020](#), [Thrower et al., 2020](#))
 - Suizidalität: 48% (gepoolte Prävalenz weltweit), 39% (Punktprävalenz), 45% (Periodische Prävalenz) und 50% (Lebenszeitprävalenz) bei trans Menschen aus einer Meta-Analyse ([Pinna et al., 2022](#))
 - Depressionen/Angststörungen: 51.4%/40.4% bei trans Frauen und 48.3%/47.5% in trans Männern ([Budge et al., 2013](#))
 - ADHS: 4.3% (Australische Kohorte in [Cheung et al., 2018](#))
- Minderheiten-Stress-Modell als mehrheitliche Erklärung für ebengenannte psychische Begleitstörungen bei trans Menschen, da die Cisnormativität als gesellschaftliche Norm für Geschlechtsidentitäten gilt ([Tan et al., 2020](#)).