

# **Erste Schweizer Konsensuskonferenz für geschlechtsangleichende Operationen**

*B. Mijuskovic, DJ. Schaefer, D. Garcia Nuñez*

*Departement Plastische, Rekonstruktive, Ästhetische und Handchirurgie, Universitätsspital Basel*

## **Einleitung**

Die Anzahl geschlechtsangleichender Operationen hat in den letzten Jahren international und auch in der Schweiz zugenommen (1). Eine Ursache für diesen Trend besteht in der weltweiten Prävalenzzunahme von trans (Tab. 1) Personen (2,3). Begleitet von einer zunehmenden Akzeptanz in der Gesellschaft, welche sich am deutlichsten im (teilweise sensationalistischen) Interesse der Medien am Phänomen „Trans“ widerspiegelt, fassen trans Personen vermehrt den Mut zu einer sozialen und zu einer medizinischen Transition, welche in vielen Fällen auch operative Massnahmen beinhaltet (4).

Aus einer medizinischen Perspektive besteht bei trans Personen, welche sich zwecks Behandlung klinisch vorstellen, eine sogenannte Geschlechtsinkongruenz (GI) (5). Darunter wird ein Erleben verstanden, bei welchem die Geschlechtsidentität nicht mit den körperlichen Geschlechtsmerkmalen und/oder der Geschlechtsrolle übereinstimmt. Der klinische Leidensdruck, der mit einer solchen GI verbunden sein kann, wird als Geschlechtsdysphorie (GD) bezeichnet (6). Die Definitionen der GI und der GD unterscheiden sich von früheren Konzepten (z. B. „Transsexualismus“; „Störung der Geschlechtsidentität“) insofern, als dass sie die gesamte bio-psycho-soziale Situation der trans Person und nicht mehr eine vermeintlich intrinsische psychopathologische Identitätsproblematik aller trans Personen, für welche bisher keinerlei Evidenz gefunden wurde, in den Vordergrund stellt. Folgerichtig schlägt die WHO vor, dass die diagnostische Definition der GI nicht mehr im psychiatrischen sondern in einem neuen Kapitel („with sexual health related conditions“) platziert wird (5).

Bereits heutzutage werden Menschen mit GI- bzw. GD-Symptomen nicht mehr zuerst isoliert von der Psychiatrie und danach von der Endokrinologie und/oder plastischen Chirurgie betreut. Die Komplexität von geschlechtsangleichenden Prozessen bedingt ein hoher Grad an interdisziplinärer und –professioneller Kommunikation, welche am besten durch universitäre Zentren geleistet werden kann. Am Schwerpunkt für Geschlechtervarianz am Universitätsspital Basel kooperieren zwischenzeitlich zwölf (Fach-)Bereiche, um die klinische Versorgung der trans Bevölkerung und unser Wissen bezüglich Geschlechtervarianzen vertiefen zu können (7)

## **Medizinische Transitionen in der Schweiz**

Bis vor wenigen Jahren mussten trans Personen eine zweijährige psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und eine einjährige Hormontherapie vorweisen, damit sie formal für die Einleitung von operativen geschlechtsangleichenden Massnahmen qualifizierten (8). Parallel dazu hatten trans Personen – unabhängig ihrer individuellen Situation – einen sog. „Alltagstest“ zu absolvieren. Dieser bestand darin, dass sie sich in

allen lebenswichtigen Bereichen in ihrer selbstgewählten Geschlechtsrolle und nicht mehr in derjenigen, die ihnen bei Geburt zugewiesen wurde, präsentierten. Das, was ursprünglich als „Absicherungsmechanismus“ (wohl mehr für die Ärzt\_innen<sup>1</sup> als für die trans Personen selbst) gedacht war, verkam schnell zu einem Kontroll- und Zwangsmechanismus, welches von mehreren Instanzen kritisiert wurde (7). Dementsprechend sind in den letzten Jahren diese strikte formale Reglementierungen zugunsten von individualisierten und grösstenteils entpsychiatrisierten Behandlungsvorschläge aufgehoben worden (4,9)

Grundsätzlich kann eine medizinische Transition eine feminisierende oder eine maskulinisierende Richtungen annehmen. Die chirurgische Behandlung von trans Männern (Tab.1) beinhaltet die Entfernung der Brust, der Eierstöcke, des Uterus und der Vagina, sowie Bildung eine Penoids mit Harnröhre und Hodensack bis hin zur Implantation einer Penisprothese. Wobei sich bei Weitem nicht alle trans Männer zu diesem Maximalvorgehen, sondern nur für bestimmte Operationsarten entscheiden. Bei trans Frauen (Tab 1.) besteht der chirurgische Feminisierungsprozess in einer genitalen Anpassung mit Penektomie, Orchiektomie, und der Bildung einer Neovagina mit Neoklitoris, Neomeatus urethrae und Neolabien. Dazu kommen in vielen Fällen die Brustkonstruktion, die Kehlkopfreduktion und die geschlechtsangleichende Stimmbandoperation. Die Frage, inwiefern gesichtsfeminisierende Eingriffe zu den Standardchirurgischen Massnahmen dazu gezählt werden sollen, wird aktuell in der Fachwelt – insbesondere aufgrund der damit verbundenen menschenrechtlichen, psychologischen und medizin-ethischen Implikationen, aber auch der damit verbundenen Kosten – intensiv diskutiert (10)

In der Schweiz besteht für die meisten medizinischen Transitionsmassnahmen eine Leistungspflicht der Krankenpflegeversicherer, sofern die allgemeinen Voraussetzungen für die Kostenübernahme gemäss Krankenversicherungsgesetz erfüllt sind. Sprich: Sofern eine Krankheit (wie z. B. Transsexualismus bzw. zukünftig GI/GD) von einem anerkannten Leistungserbringer (wie z. B. Schwerpunkt für Geschlechtervarianz) als wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich erachtet wird und solange kein Ausschluss dieser Leistung (Negativliste) besteht, sind die medizinischen Interventionen durch die Krankenkassen gedeckt (11). In den letzten Monaten hat sich allerdings eine Kontroverse um die Frage ergeben, ob in Anbetracht der bisherigen geringen Operationsfallzahlen und der kaum vorhandenen operativen Standardisierung der verschiedenen inländischen chirurgischen Leistungsanbietenden, die Krankenkassen chirurgische Transitionsbehandlungen nicht auch im Ausland bezahlen müssten (12) Bezeichnenderweise stehen bei dieser Diskussion quantitative Aspekte (Wie viele Operationen werden pro Jahr gemacht? Wie viel kostet die Operation im Inland? Wie viel im Ausland?) im Vordergrund, während qualitative (wie zufrieden sind die Operierten mit dem Resultat?), prozedurale (wie kann ein sinnvolles perioperatives Management garantiert werden?) oder Weiter- und Fortbildungsfragen (wie sollen zukünftige Chirurg\_innen zur Fähigkeit gelangen, geschlechtsangleichende Operationen durchführen zu können?) kaum thematisiert werden.

---

<sup>1</sup> Um die Vielfalt unterschiedlicher Geschlechtsidentitäten darstellen zu können, werden in diesem Text Pluralformen mit einem „gender gap“ (z. B. Patient\_innen) gekennzeichnet. Der „gender gap“ ist als Alternative zum Binnen-I (z. B. PatientInnen) zu verstehen und dient der Öffnung des Geschlechterraums jenseits des binären Geschlechtskonzepts.

## **Situation in der Chirurgie**

Dieses verstärkte Interesse an einer Thematik, welche bis vor wenigen Jahren ein Schattendasein in der Medizin fristete, hat in den letzten Jahren dazu geführt, dass sich internationale interdisziplinäre Gesellschaften wie die EPATH (European Professional Association for Transgender Health) oder die WPATH (World Professional Association for Transgender Health) formiert haben. Beide Vereinigungen führen biennale interdisziplinäre Kongresse und Weiterbildungen durch und setzen sich für die stete Verbesserung der Behandlung von trans Personen ein. Insbesondere die WPATH erstellt regelmässig evidenzbasierte Guidelines (sog. „Standards of care“), welche den behandelnden Ärzt\_innen die aktuellsten Behandlungsanweisungen vermitteln (13).

Trotz dieser stetigen Optimierungen gibt es allerdings einen hohen Bedarf an weiteren Verbesserungen auf dem Feld der medizinischen Transitionen – insbesondere im chirurgischen Bereich. In der Fachliteratur lassen sich eine Fülle von Techniken und Vorschlägen für die einzelnen Operationen im Brust- bzw. Genitalbereich festhalten (14–18). Allerdings existiert zurzeit wenig Konsens bezüglich der unterschiedlichen chirurgischen Behandlungen, die Standards formen sich erst langsam. Selbst in der Schweiz werden an verschiedenen Standorten unterschiedliche Therapien mit abweichendem perioperativem Management angeboten, was die Vergleichbarkeit der unterschiedlichen Resultate erschwert. Diese Situation wird auch seitens der trans Community kritisch beobachtet und kann zu Verunsicherungen sowohl bei den Patient\_innen als auch bei den Behandler\_innen führen.

Aus den genannten Gründen erachtet das Behandlungsteam am Schwerpunkt für Geschlechtervarianz es als dringend indiziert, einen verbesserten nationalen Konsens in diesen Therapien zu etablieren, um den trans Personen optimierte chirurgische Behandlungen – samt Verbesserungen im interdisziplinären perioperativen Management – anzubieten. Dieses Ziel kann nur durch die Etablierung und Stärkung einer konstanten Zusammenarbeit der operativ tätigen Ärzt\_innen auf diesem Feld erreicht werden. Zu diesem Zweck organisierten die Autor\_innen im Herbst 2018 im Namen des Schwerpunkts eine nationale Konsensuskonferenz.

## **Die Konsensuskonferenz**

Als Vorbereitung auf diesen Anlass wurden alle tätigen Ärzt\_innen im Gebiet der chirurgischen Geschlechtsangleichung (Tab. 2) in Briefform über den Sinn und den Ablauf des Treffens informiert und zu einer Konferenzteilnahme aufgefordert. Zusätzlich wurden international renommierte Chirurg\_innen (Tab. 2), welche über dieses Thema referieren und zur Konsensfindung beitragen sollten, und der Vorstand des TransGender Network Switzerland (TGNS), der grössten Organisation von und für trans Personen, zwecks Integration der Patient\_innensicht, eingeladen. Schliesslich durften auch nicht-chirurgisch tätige Fachexpert\_innen (Psychiatrie, Psychologie, Endokrinologie) an der Konsensuskonferenz teilnehmen.

Im Vorfeld wurde durch den Schwerpunkt für Geschlechtervarianz ein Fragebogen zu wichtigen Themen (perioperatives Management, chirurgische Techniken, Follow up-Vorgehen, etc.) erstellt und allen Expert\_innen, welche sich zur Konferenzteilnahme verpflichteten, vor dem Treffen zugeschickt. Das Ziel dieses Vorgehens bestand darin, dass sich die Expert\_innen auf die anstehenden Themen vorbereiten konnten. Hierbei erhielten sie die Möglichkeit, Fragen zu ergänzen oder anzupassen. Insgesamt wurden auf diese Weise 107 Fragen formuliert, welche während der Konferenz mittels Multiple-Choice-Technik beantwortet werden konnten.

Aufgrund der Teilnahme internationaler Gäste wurde die Konsensuskonferenz auf Englisch abgehalten. Im ersten Teil referierten internationale Experten über Geschlechtsangleichende Operationen, insbesondere der genitalen Angleichung bei trans Frauen und trans Männern, sowie der Brustkonstruktion bzw. Mastektomie und des perioperativen Managements. Ebenso informierte eine TGNS-Delegation über ihre Beurteilung der aktuellen Situation und über ihre Bedürfnisse der trans Community zur Erreichung einer guten chirurgischen Versorgung. Im 2. Teil wurden die im Vorfeld zugestellten Fragen mittels Multiple-choice-Verfahren beantwortet. Diese bilden die Grundlage für den gesuchten chirurgischen Konsens. Stimmberechtigt waren alle chirurgisch tätigen Ärzt\_innen (n=14). Sowohl die TGNS-Delegierten als auch Teilnehmende aus anderen Fachrichtungen konnten keine Stimme abgeben. Als „Konsens“ wurde eine Antwort-Zustimmungsrate von mehr als 75% definiert. Antworten mit einer Zustimmung von 51-75% wurden als „Mehrheitsmeinung“ protokolliert.

## **Resultate**

Nachfolgend werden die wichtigsten Punkte des Meetings zusammengefasst, wobei zuerst Fragen ums perioperative Management thematisiert werden, und sodann auf Themen rund um die feminisierenden und maskulinisierenden Eingriffe eingegangen wird. In der Folge werden jene Konferenzteilnehmenden, welche für die Konsensusfindung stimmberechtigt waren, als Panelist\_innen bezeichnet.

### Präoperative Betreuung

- Psychiatrische Diagnostik und Behandlung

Die bereits durchgeführten und insbesondere die kommenden diagnostischen Änderungen werden von den meisten Konferenzteilnehmenden – darunter auch von denjenigen aus der trans Community – als Fortschritt begrüßt. Allerdings besteht noch keine Klarheit darüber, welche Konsequenzen die Entpsychiatisierung der Diagnostik hervorrufen wird. Einerseits begrüßt die Mehrheit der Panelist\_innen die Aufgabe des Transsexualismusdiagnose zugunsten der holistischen Perspektive, welche durch die GI- bzw. GD-Konzepte ermöglicht wird. In diesem Sinne ist die Mehrheit der Panelist\_innen der Meinung, dass eine zweijährige psychiatrische (Zwangs-)Behandlung keine Voraussetzung für die Durchführung von geschlechtsangleichenden Operationen darstellen kann. Andererseits sind sich alle Panelist\_innen darin einig, dass vor der chirurgischen Indikationsstellung eine psychiatrische Beurteilung trotzdem notwendig bleibt. Ferner sind alle Panelist\_innen der

Meinung, dass sie nicht über die notwendigen Kompetenzen verfügen, um eine GI bzw. GD im Rahmen des präoperativen Assessments verifizieren zu können. Darum müsse diese Aufgabe durch andere Fachspezialist\_innen geleistet werden. Ausserdem sind sich alle Konferenzteilnehmenden bewusst, dass die trans Bevölkerung ausserordentlichen psychosozialen Risikosituationen ausgesetzt ist, welche bei den einzelnen trans Personen zu psychischen Problemen führen können. Daher plädieren alle Panelist\_innen dafür, dass in diesen Fällen eine psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, deren Ausmass sich am Schweregrad der Begleitproblemen auszurichten hat, empfehlenswert bleibt.

- Mindestalter für eine chirurgische Geschlechtsangleichung

Im europäischen Raum wird in der Regel ein Mindestalter von 18 Jahren für eine chirurgische Geschlechtsangleichung empfohlen. Rechtlich ist dies aber, zumindest in der Schweiz, nirgends festgehalten. Allerdings werden die trans Personen, welche sich klinisch vorstellen, zunehmend jünger. Das impliziert den frühen Einsatz von hormonellen Interventionen (wie z. B. Einnahme von Pubertätsblocker), was anatomische Konsequenzen für diese Personen mit sich bringt. Diese Situation wird insbesondere chirurgische Fachpersonen zukünftig vor neue Herausforderungen stellen. Dementsprechend sind sich alle Panelist\_innen einig, dass die aktuelle Mindestalter-Empfehlung, insbesondere bei der Mastektomie bei trans Männern, nicht zwingend erfüllt sein muss.

- Präoperative Hormonbehandlung

Die Mehrheit der Panelist\_innen findet eine einjährige Hormontherapie vor der Durchführung genitalenangleichender Operationen als sinnvoll. In Anbetracht dessen, dass die endokrinologische Behandlung von trans Männern in der Regel nicht zu einer relevanten Veränderung des Brustvolumens führt, sieht die Mehrheit der Panelist\_innen die Einhaltung dieses Intervalls bei dieser spezifischen Subgruppe jedoch als nicht zwingend indiziert. Bis vor wenigen Jahren wurde das Pausieren der Östrogenpause vor der genitalen Geschlechtsangleichung bei trans Frauen wegen des Thromboserisikos verlangt. Da viele Patientinnen diese Östrogenpause als negativ bzw. teilweise mit einer depressiven Symptomatik erlebten, und im Rahmen anderer antithrombotischer Massnahmen das Risiko als zumutbar betrachtet wird, beurteilt die Mehrheit der Panelist\_innen die Hormonsistierung vor diesem operativen Eingriff als nicht mehr nötig.

## **Operativ feminisierende Geschlechtsangleichung**

- Chirurgische Brustkonstruktion

In der Regel wird die Brustkonstruktion bei trans Frauen durch die Einlage von Silikonimplantaten durchgeführt. Alle Panelist\_innen sind der Meinung, dass die Auswahl des Implantates und die Positionierung prä- oder subpectoral - gleich wie bei cis Frauen - individuell zu stellen ist. Es besteht die Möglichkeit einer vorgängigen Expandereinlage je nach Gewebebeschaffenheit und gewünschter Brustgrösse, was aber nur selten nötig ist. Alle Panelist\_innen stimmen ebenfalls überein, dass sowohl die Augmentation mit Silikonimplantaten als auch eine Augmentation durch autologe

Fettgewebstransplantation wirksam und zweckmässig ist. Ob die Brustkonstruktion gleichzeitig mit der genitalen Operation stattfinden soll oder nicht, kann vom Wunsch der betreffenden trans Person abhängig gemacht werden. Wenn eine lange Warteliste für die genitalangleichende Operation vorhanden ist, sollte die Möglichkeit einer vorzeitigen Brustaugmentation angeboten werden.

#### · Chirurgische Genitalangleichung

International werden zwei Techniken für die genitalangleichende Operation verwendet: die Penisinversionstechnik und die Vaginoplastik mit Darm (Sigmavaginoplastik) (14). Mit einer Ausnahme bestimmen die Panelist\_innen die Penisinversion als die Standardprozedur zur Genitalangleichung. Hinsichtlich der Notwendigkeit einer präoperativen Haarepilation im Genitalbereich findet die Hälfte der Panelist\_innen, dass diese notwendig sei und deren Kosten von den Krankenversicherer getragen werden müsse. Die Mehrheit der Panelist\_innen sehen die Sigmavaginoplastik für Revisionsoperationen reserviert. Alternativ kann diese Technik in Fällen, wo die primären Geschlechtsorgane keine genügende Länge für eine Penisinversionstechnik vorweisen, angeboten werden. Eine Aussage über die bevorzugte Technik bei trans Frauen, welche bereits präpubertal hormonal blockiert werden und somit eine verminderte Ausbildung der genitalen Geschlechtsorgane erleben, kann seitens aller Panelist\_innen infolge der fehlenden klinischen Erfahrung zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht gemacht werden.

#### · Chirurgische Nachsorge

Über die Dauer und Ausgestaltung der postoperativen Nachsorge gibt es aktuell in der Literatur kaum Daten. Mehr als die Hälfte der Panelist\_innen findet, dass sich die chirurgische postoperative Nachkontrollperiode über 1 Jahr erstrecken sollte. Längere oder gar eine lebenslange chirurgische Nachsorge wird hingegen klar als nicht nötig betrachtet. Eine Minderheit der Panelist\_innen findet, dass trans Frauen – wie cis Frauen – sich postoperativ Mammographien unterziehen sollten. Diese Meinung wird allerdings nicht von der Mehrheit der Stimmberechtigten geteilt. Ebenfalls findet es knapp mehr als die Hälfte der Panelist\_innen unnötig, dass sich trans Frauen identischen PSA-Screeningprozeduren wie die cis Männer unterziehen. Durch die postoperative Östrogentherapie sei eine deutliche Schrumpfung der Prostata zu erwarten, welche spätere Pathologien unwahrscheinlich mache. Mehr als die Hälfte der Panelist\_innen ist aber der Meinung, dass trans Frauen regelmässig gynäkologische Kontrollen durchführen und bei Auffälligkeiten die behandelnden Chirurg\_innen konsultieren sollten. Falls trans Menschen nach einer Genitalangleichung über sexuelle Probleme berichten, dann seien diese in einem ersten Moment chirurgisch zu beurteilen, um damit potenzielle anatomische Ursachen beheben zu können. Im Fall, dass diese nicht vorhanden sind, sollte den Betroffenen eine Sexualtherapie ermöglicht werden.

#### · Interventionen im Gesichtsbereich

Viele trans Frauen leiden unter GI-/GD-Symptomen, welche insbesondere das Gesicht betreffen, und wünschen deshalb geschlechtsangleichende Interventionen im Gesichtsbereich. Die gesichtsfeminisierende Chirurgie wird zurzeit nur in Ausnahmefällen durch die Krankenkassen übernommen. Das Panel ist mit einer Ausnahme der Meinung, dass weiterhin individuelle Beurteilungen nötig sind, wobei deutlich ausgeprägte Gesichtszüge, welche stereotypisch männlich sind und zu einer Dysphorie führen, korrigiert und durch die Kassen übernommen werden sollten. Die Mehrheit der Panelist\_innen erachtet es als sinnvoll, wenn an den interdisziplinären Behandlungszentren auch nicht invasive Therapien zur Behebung von GI- bzw. GD-Symptomen im Gesichtsbereich angeboten werden. So findet die Mehrheit der Panelist\_innen, dass eine permanente Gesichtshaarentfernung eine Leistungspflicht der Krankenkasse darstellt.

### **Operativ maskulinisierende Geschlechtsangleichung**

#### · Brustentfernung

Die Mastektomie ist häufig der erste durchgeführte Schritt der chirurgischen Geschlechtsangleichung, was auch die Mehrheit der Panelist\_innen als sinnvoll erachtet. Nur die Hälfte findet es nötig diese Operation mit einer Gebärmutter- und Eierstockentfernung zu kombinieren, insbesondere falls es deswegen zu längeren Wartezeiten kommt. Eine kleine Minderheit der Panelist\_innen plädiert für eine kombinierte Mastektomie, Hysterektomie und Phalloplastik. Die Mehrheit erachtet es jedoch als sinnvoller, diese Operationsschritte aufzuteilen (siehe unten). Die operative Technik der Mastektomie ist abhängig von der Brustgrösse der zu operierenden trans Person. Bei einer grossen Brust besteht Konsens bei den Panelist\_innen, eine Mastektomietechnik mit freier Mamillen-Areolen-Komplex (MAK)—Transplantation anzuwenden. Die Reduktion mit vertikaler oder gar T-förmiger Narbe wird hingegen nicht empfohlen. Ebenfalls besteht ein Konsens darüber, dass bei kleiner Brust eine Liposuction allein nicht ausreichend ist, sondern immer eine chirurgische Drüsenkörperentfernung angestrebt werden muss. Die zirkumareoläre Mastektomie mit Narbenpoisitionierung lediglich um die Brustwarze ist somit die Standardmethode bei kleiner Brust.

#### · Phalloplastik

Die Durchführung einer Phalloplastik wird in der trans Community kontrovers diskutiert. Da dieser komplexe operative Eingriff international eine höhere Komplikationsrate hat als z.B. eine Mastektomie oder die feminisierende genitale Angleichung, scheuen viele trans Männer diese Operation, obwohl der Wunsch zur genitalen Angleichung vorhanden ist (15). Diese Skepsis geht teilweise auch von chirurgischen Fachpersonen aus, weshalb den trans Männern Alternativen angeboten werden wie eine Epithese. Bei der Durchführung der Phalloplastik werden international unterschiedliche Techniken angewendet (16). Die in Europa am häufigsten durchgeführte Technik ist die freie sensibilisierte Radialislappenplastik. Diese gilt bis anhin als maskulinisierender genitalangleichender Standardeingriff. Da diese Technik mit gewissen Nachteilen behaftet ist, unter Umständen keine genügende Phallusgrösse gewährleisten kann und insbesondere eine stigmatisierende Narbe am

Unterarm hinterlässt (17,18), sind im Verlauf der Zeit weitere Phalloplastik-Techniken entwickelt worden. Die am zweithäufigsten durchgeführte Technik ist die gestielte antero-lateral tigh (ALT-)Lappenplastik vom Oberschenkel (19). Diese Technik behebt zwar einige Probleme der Radialislappenplastik, bringt aber mehr Operationsschritte mit sich. Die Mehrheit der Panelist\_innen beurteilt die Radialislappen-Technik weiterhin als Standardeingriff und die ALT- Lappenplastik als valable Alternative. Da Fistelbildungen oder Engstellen in der Neoharnröhre häufige Komplikationen darstellen, sind sich alle Panelist\_innen einig, dass eine Penispumpe immer der letzte Schritt der genitalen Anpassung beim trans Mann darstellt und dass diese Implantation nicht als „all-in-one“-Operation mit der Phalloplastik kombiniert werden sollte. Die Mehrheit der Panelist\_innen setzt ebenfalls eine vorhandene Schutzsensibilität im Neophallus voraus, welche durch eine Nervenkoaptation erreicht wird, bevor eine Penispumpe implantiert werden kann. Eine weitere chirurgische Alternative zur Phalloplastik ist die Metadoioplastik, auch genannt Klitpen, wo durch eine lokale Urethralverlängerung eine Art Minipenis konstruiert wird (20). Über diese Technik wurde bei diesem ersten Schweizer Konsensusmeeting nicht diskutiert. Aus Sicht der Autoren ist die Durchführung einer Phalloplastik in der Schweiz ein zumutbarer Eingriff mit identischen Komplikationsraten im internationalen Vergleich (21). Prozentual werden diese Eingriffe zwar in der Schweiz weniger häufig durchgeführt, zu bedenken ist jedoch, dass diese Techniken für eine Vielzahl von anderen rekonstruktiven Operationen routinemässig in universitären Zentren der Schweiz durchgeführt werden und somit kein Ausnahmeeingriff darstellt. Gleichzeitig gaben in der einzig bisher bestehenden Studie die meisten in der Schweiz operierten trans Männern eine hohe Zufriedenheitsrate mit den Operationsresultaten an (22)

## **Zusammenfassung**

Die Bilanz dieser ersten Schweizerischen Konsensuskonferenz für die chirurgischen geschlechtsangleichenden Massnahmen war durchwegs positiv. Durch den enormen Zuwachs dieser Eingriffe motiviert fanden nationale und internationale Expert\_innen zusammen, um mittels Vorträge und Diskussionen, konsentierete Entscheidungen zur Optimierung der geschlechtsangleichenden Operationen und damit eine Verbesserung der klinischen Versorgung von trans Personen erwirken zu können. Die Behandlungsleitlinien für diese Bevölkerungsgruppe haben sich in den letzten Jahren stark geändert und lassen heutzutage individualisierte medizinische Transitionsprozesse zu. Diese Dynamik wurde durch einen Perspektivenwechsel eingeläutet, welcher psychopathologische Identitätskonzepte wie dasjenige des Transsexualismus hinter sich lässt und mit einem neuen Verständnis die geschlechtsinkongruente bzw. geschlechtsdysphorische Symptomatik der betroffenen Personen in den Vordergrund rückt. Diese Entpsychiatisierung der Trans Bevölkerung wird sich in der ICD-11 zeigen und wird bei allen involvierten Fachspezialist\_innen für viele Diskussionen sorgen. Hierbei wird auch die Zusammenarbeit mit den trans Organisationen eine bedeutende Rolle spielen. Gerade diese neue Herausforderung zeigt auf, wie wichtig regelmässige professionelle Meetings zur Etablierung möglichst einheitlicher Behandlungen schweizweit und im internationalen Vergleich auch in Zukunft sein werden. Bei diesem ersten Treffen am Universitätsspital Basel konnte konstatiert werden, dass



trotz der in der ICD-11 vollzogenen Entpsychiatisierung von trans Personen die präoperative psychologisch-psychiatrische Evaluation für die chirurgischen Spezialist\_innen zentrale Bedeutung besitzt und daher auch in Zukunft notwendig bleiben wird. Eine Altersgrenze bei 18 für chirurgische Eingriffe muss insbesondere bei Mastektomien bei trans Männern nicht zwingend eingehalten werden. Die Brustkonstruktion bei trans Frauen kann mit Silikonimplantaten oder Eigenfettgewebe durchgeführt werden, was in beiden Fällen seitens der Panelist\_innen als wirksam und zweckmässig beurteilt wurde. Ebenso ist die Technik und Implantatauswahl individuell zu stellen. Die Standardtechnik für die genitale Geschlechtsangleichung bei trans Frauen ist die Penisinversionstechnik. Ebenso besteht Konsens bei den Panelist\_innen, dass deutlich ausgeprägte männliche Gesichtszüge, welche zu einer GD führen, korrigiert und durch die Krankenkassen übernommen werden sollten. Bei trans Männern wird je nach ursprünglicher Brustgrösse die Mastektomie mit freier MAK Transplantation oder die zirkumareoläre subkutane Mastektomie plus minus Liposuction durchgeführt. Im Fall der Phalloplastik wird konstatiert, dass eine one step Operation, insbesondere mit Einlage einer Penispumpe, nicht empfohlen wird.

### **Ausblick**

Die erste schweizerische Konsensuskonferenz war ein grosser Schritt zur nationalen und internationalen Vernetzung von Spezialist\_innen auf dem Bereich der geschlechtsangleichenden Chirurgie. Im Rahmen dieses Treffens konnten wichtige Aspekte der (peri-)operativen Behandlung von Personen mit einer GI/GD thematisiert werden. Allerdings konnten aus zeitlichen Gründen manche Aspekte (z. B. zur Aufrechterhaltung der Reproduktion von trans Personen, postoperative sexualtherapeutische Nachsorge, etc...) kaum angegangen werden. Im Rahmen weiterer Konsensusmeetings sollten diese und weitere Themen besprochen werden.

Tabelle 1: Definitionen

Begriff	Definition
Trans Person	Eine trans Person ist ein Mensch, der sich nicht dem Geschlecht zugehörig fühlt, das ihm bei Geburt zugewiesen wurde. Demnach wurden trans Frauen bei Geburt als Männer und trans Männer als Frauen einsortiert. Manche trans Personen identifizieren sich unabhängig vom ihnen bei Geburt zugewiesen Geschlecht mit keinem oder mit beiden der binären Geschlechter. Diese Personen werden als non-binär bezeichnet.
Cis Person	Als cis Mann bzw. cis Frau werden diejenigen Personen bezeichnet, deren Geschlechtsidentität dem biologischen Geschlecht entspricht, das ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde.

Tabelle 2: Teilnehmende Panelist\_innen

Nationale Panelist_innen	Internationale Panelist_innen
<i>Dr. med. Olivier Bauquis</i>	<i>Dr. med. Mark-Bram Bouman</i>
<i>Dr. med. Paul-Jean Daverio</i>	<i>Dr. med. Cameron C. Bowman</i>
<i>Dr. med. Niocle Ebinger-Mundorff</i>	<i>Dr. med. Bernhard Liedl</i>
<i>Dr. med. Antje Feicke</i>	<i>Prof. Stanislas Monstrey</i>
<i>Dr. med. Niklaus Flütsch</i>	<i>Dr. med. Jürgen Schaff</i>
<i>Dr. med. Barbara Mijuskovic</i>	<i>Prof. Loren Schechter</i>
<i>Prof. Dirk Johannes Schaefer</i>	
<i>Dr. med. Britta von Sturmberg</i>	

## Referenzen

1. Weessler JM, Chang BL, Carney MJ, Rengifo D, Messa CA, Sarwer DB, u. a. Gender-Affirming Surgery in Persons with Gender Dysphoria: *Plast Reconstr Surg.* März 2018;141(3):388e-396e.
2. Deutsch MB. Making It Count: Improving Estimates of the Size of Transgender and Gender Nonconforming Populations. *LGBT Health.* Juni 2016;3(3):181–5.
3. Cheung AS, Ooi O, Leemaqz S, Cundill P, Silberstein N, Bretherton I, u. a. Sociodemographic and Clinical Characteristics of Transgender Adults in Australia. *Transgender Health.* Dezember 2018;3(1):229–38.
4. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, u. a. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *Int J Transgenderism.* August 2012;13(4):165–232.
5. Winter S, De Cuypere G, Green J, Kane R, Knudson G. The Proposed ICD-11 Gender Incongruence of Childhood Diagnosis: A World Professional Association for Transgender Health Membership Survey. *Arch Sex Behav.* Oktober 2016;45(7):1605–14.
6. F. Beek T, Cohen-Kettenis PT, Kreukels BPC. Gender incongruence/gender dysphoria and its classification history. *Int Rev Psychiatry.* 2. Januar 2016;28(1):5–12.
7. Garcia Nuñez, D., Meier, C. & Schaefer, D. J. . Die Transition des Medizinsystems: Vom Cis-zentrismus zur trans\*-inklusive Geschlechtervarianz. 2019. In: *Trans & Care - Trans Personen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung.* Appenroth, M. N. & Castro Varela, M. d M. (Hg.). Transcript-Verlag, Bielefeld.;
8. Hepp U, Klaghofer R, Burkhard-Kübler R, Buddeberg C. [Treatment follow-up of transsexual patients. A catamnestic study]. *Nervenarzt.* März 2002;73(3):283–8.
9. Rauchfleisch U, Eckel D, Gross P, Baeriswyl M, Müller D, Garcia D, u. a. Von der Transsexualität zur Gender-Dysphorie. Beratungs- und Behandlungsempfehlungen bei TransPersonen [Internet]. EMH Swiss Medical Publishers; 2014 [zitiert 7. Juli 2019]. Verfügbar unter: <http://www.zora.uzh.ch/97330>
10. Nuñez DG, Huber CG. Facial Feminization Surgery in Gender Dysphoria Should Be Reimbursed Like Genital Surgery, but the Main Problem Lies Elsewhere. *Am J Bioeth.* 2. Dezember 2018;18(12):27–9.
11. Recher A., Garcia Nuñez D. Frau, Mann – Individuum. *Schweiz Z Für Gesundheitsrecht* 2015: 179-193.
12. [https://www.bger.ch/ext/eurospider/live/de/php/aza/http/index.php?highlight\\_docid=aza%3A%2F%2Faza://08-05-2019-9C\\_264-2018&lang=de&zoom=&type=show\\_document](https://www.bger.ch/ext/eurospider/live/de/php/aza/http/index.php?highlight_docid=aza%3A%2F%2Faza://08-05-2019-9C_264-2018&lang=de&zoom=&type=show_document).
13. Schechter LS, D’Arpa S, Cohen MN, Kocjancic E, Claes KEY, Monstrey S. Gender Confirmation Surgery: Guiding Principles. *J Sex Med.* Juni 2017;14(6):852–6.

14. Selvaggi G, Ceulemans P, De Cuyper G, VanLanduyt K, Blondeel P, Hamdi M, u. a. Gender Identity Disorder: General Overview and Surgical Treatment for Vaginoplasty in Male-to-Female Transsexuals: *Plast Reconstr Surg*. November 2005;116(6):135e-145e.
15. Van de Grift TC, Pigot GLS, Boudhan S, Elfering L, Kreukels BPC, Gijs LACL, u. a. A Longitudinal Study of Motivations Before and Psychosexual Outcomes After Genital Gender-Confirming Surgery in Transmen. *J Sex Med*. Dezember 2017;14(12):1621–8.
16. Djordjevic ML. Novel surgical techniques in female to male gender confirming surgery. *Transl Androl Urol*. August 2018;7(4):628–38.
17. Mañero I, Labanca T, Triviño JM. Aesthetic Refinements after Radial Free Flap Phalloplasty: Optimizing the Donor Site and the Phallus. *Plast Reconstr Surg - Glob Open*. Dezember 2017;5(12):e1611.
18. Van Caenegem E, Verhaeghe E, Taes Y, Wierckx K, Toye K, Goemaere S, u. a. Long-Term Evaluation of Donor-Site Morbidity after Radial Forearm Flap Phalloplasty for Transsexual Men. *J Sex Med*. Juni 2013;10(6):1644–51.
19. Xu KY, Watt AJ. The Pedicled Anterolateral Thigh Phalloplasty. *Clin Plast Surg*. Juli 2018;45(3):399–406.
20. Djordjevic ML, Stanojevic D, Bizic M, Kojovic V, Majstorovic M, Vujovic S, u. a. ORIGINAL RESEARCH—INTERSEX AND GENDER IDENTITY DISORDERS: Metoidioplasty as a Single Stage Sex Reassignment Surgery in Female Transsexuals: Belgrade Experience. *J Sex Med*. Mai 2009;6(5):1306–13.
21. Bauquis O, Decrouy V, Guerid S. Geschlechtsangleichende Chirurgie. *Swiss Med Forum – Schweiz Med-Forum* [Internet]. 2. Dezember 2014 [zitiert 2. Juli 2019];14(49). Verfügbar unter: <https://doi.emh.ch/smf.2014.02100>
22. Mijuskovic B, Corbisiero S, Jenewein J, Schneeberger A, Kuhn A, Schaefer DJ, Garcia Nuñez D;. Evaluation of postoperative satisfaction in trans people: The Trans Swiss multicenter study (*article submitted*).