

Medizinische Fakultät
der
Universität Essen-Duisburg

Aus den Rheinischen Kliniken Essen
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Postoperative Ergebnisse bei Transsexualität
unter besonderer Berücksichtigung der Zufriedenheit-
eine Nachuntersuchung

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung des Doktorgrades der Medizin
durch die Medizinische Fakultät
der Universität Essen-Duisburg

Vorgelegt von

Friederike Johanne Happich
aus Lübbecke/Westf.

2006

Dekan: Univ-Prof. Dr. rer.nat. K. – H. Jöckel

1. Gutachter: Univ-Prof. Dr.med. W. Senf

2. Gutachter: Priv.-Doz. Dr. med. S. Krege.....

Tag der mündlichen Prüfung: 30. Januar 2007.....

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG	6
1.1. Historischer Überblick	6
1.2. Definitionen von Transsexualität in verschiedenen Klassifikationsschemata (ICD und DSM)	7
1.3. Versuche klinischer Subtypisierungen	9
1.4. Behandlungsgang bei Transsexualität	11
1.5. Prävalenz von Transsexualität	14
1.6. Untersuchungen zum Langzeitverlauf	15
1.6.1. Phasen der Katamneseforschung	16
1.6.2. Meta-Studien bis einschließlich 1991	16
1.6.3. Wichtige Arbeiten jüngerer Datums	18
1.7. Untersuchungen zu Wirkfaktoren	21
1.7.1. Kontinuierlicher Kontakt zu Behandlungseinrichtung	21
1.7.2. Erfolgreicher Alltagstest	21
1.7.3. Gegengeschlechtliche Hormonbehandlung	21
1.7.4. Beratung und psychotherapeutische Behandlung	22
1.7.5. Geschlechtsangleichende Operation	22
1.7.6. Qualität der geschlechtsangleichenden Operation	22
1.7.7. Juristische Anerkennung	23
1.8. Untersuchungen zu ungünstigen Prädiktoren und Kontraindikationen	23
1.8.1. Psychische Instabilität	23
1.8.2. Angewiesensein auf finanzielle/soziale Unterstützung (Sozialhilfe, Arbeitslosigkeit)	24
1.8.3. Mangelnde Unterstützung durch soziales Umfeld, Angehörige	24
1.8.4. Ausgeprägte körperliche Merkmale	24
1.8.5. Gynäphile Orientierung bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen	24
1.8.6. Höheres Alter bei Erstkontakt	25
1.8.7. Einfluss von Persönlichkeitsmerkmalen	25
1.8.8. Weitere negative Prädiktoren (Lindemalm)	25
1.9. Besonderheiten der untersuchten Patientengruppe und Schwierigkeiten bei der Datenerhebung	26
1.10. Erfassung der Zufriedenheit	29

1.11. Fragestellungen	31
2. METHODIK	34
2.1. Vorgehensweise	34
2.2. Untersuchungsinstrumente	36
2.3. Auswertung	37
3. DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE	38
3.1. Zur Vergleichbarkeit der Stichprobe- Antworter und Nicht-Antworter	38
3.1.1. Soziodemographische Daten Antworter und Nicht-Antworter	39
3.1.2. psychosexuelle Entwicklung Antworter und Nicht-Antworter	40
3.1.3. Behandlung und Begutachtung bei Antwortern und Nicht-Antwortern	41
3.1.4. geschlechtsbezogene Unterschiede zwischen Antwortern und Nicht-Antwortern	42
3.1.5. Zusammenfassung Ergebnis Fragestellung I	44
3.2. Beschreibung der Stichprobe der geschlechtsangleichend operierten und nachuntersuchten Patienten und Patientinnen	44
3.2.1. Soziodemographische Daten	44
3.2.2. Psychosexuelle Entwicklung	45
3.3. Behandlungsweg	45
Zusammenfassung Ergebnis Fragestellung 2	46
3.4. Veränderung soziodemographischer Daten	47
3.4.1 partnerschaftliche Beziehungen und Sexualität im Verlauf bei 56 geschlechtsangleichend operierten Patienten und Patientinnen	47
3.4.2. Schulbildung, berufliche Qualifikation und Erwerbstätigkeit im Verlauf bei 56 geschlechtsangleichend operierten Patienten und Patientinnen	49
3.4.3. Zusammenfassung Ergebnis Fragestellung 3	51
3.5. Zufriedenheit nach Abschluss des geschlechtstransformierenden Verfahrens einschließlich geschlechtsangleichender Operationen:	51
3.5.1. Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel im Überblick	53
3.5.2. Zusammenfassung Ergebnisse Fragestellung 4:	54
3.5.3. Zufriedenheit nach Geschlechtsrollenwechsel	57
3.5.4. Weitere Einflussfaktoren	60
3.5.5. Zusammenfassung Ergebnis Fragestellung 5	64

3.6. Geschlechtsunterschiede	65
3.6.1. geschlechtsbezogene Unterschiede bei soziodemographischen Daten	66
3.6.2. Geschlechtsbezogene Unterschiede in psychosexueller Entwicklung und Performance	68
3.6.3: Geschlechtsbezogene Unterschiede in der Behandlung	70
3.6.4. Geschlechtsbezogene Unterschiede bei partnerschaftlichen Beziehungen im Verlauf zwischen Begutachtung und Katamnese	71
3.6.5. geschlechtsbezogene Unterschiede bei der beruflichen Entwicklung	73
3.6.6. Geschlechtsbezogene Unterschiede bei der Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel	76
3.6.7. Zusammenfassung der Ergebnisse der Fragestellung 6:	79
4. DISKUSSION: ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE UND VERGLEICH DES DATENMATERIALS MIT ANDEREN STUDIEN	80
5. ZUSAMMENFASSUNG	91
6. LITERATURVERZEICHNIS	92
7. ANHANG	100
8. DANKSAGUNG	103
9. LEBENS LAUF	104

1. EINLEITUNG

1.1. Historischer Überblick

Das Phänomen der Geschlechtsmetamorphose findet sich in allen Epochen und Kulturen wieder, erwähnt seien hier u.a. Schamanismus und Hinduismus (Völger 1997), und fand frühzeitig seinen Niederschlag in der Literatur (Ovid Metamorphosen).

Historisch gesehen wurde zunächst nicht zwischen Transsexualität und Transvestitismus unterschieden. Ein Grund dafür mag sein, dass aus einer diesbezüglichen Differenzierung keinerlei Konsequenzen erwuchsen.

Die Einführung des Terminus „transsexuell“ in das medizinische Schrifttum geht auf Hirschfeld (1910) zurück, der in seinem Buch „Die Transvestiten – eine Untersuchung über den erotischen Verkleidungstrieb“ zunächst von „Transvestitismus“ sprach, um diese Verlaufsform von Homosexualität abzugrenzen. Hirschfeld erarbeitete in weiteren Untersuchungen eine Gruppeneinteilung mit differenzialdiagnostischen Überlegungen und verwandte 1923 in seinem Beitrag „Die intersexuelle Konstitution“ erstmals den Begriff „psychisch transsexuell“, der in der sexualwissenschaftlichen Diskussion aber nicht unmittelbar aufgenommen wurde. Harry Benjamin machte von 1953 an den Begriff „Transsexualität“ populär und grenzte ihn deskriptiv vom Transvestitismus ab. Großes Aufsehen erregte damals –vor allem auch in der Laienpresse- der Fall von Benjamins siebter Patientin Christine Jorgensen, einer Mann-zu-Frau Transsexuellen, deren operative Geschlechtsumwandlung 1953 von Hamburger, Stürup und Dahl-Iversen publiziert wurde. Pfäfflin und Junge (1992) führen hierzu aus, dass erst im Wechselspiel mit den Medien die ursprünglich nur als triebdämpfend konzipierte hormonelle und operative (Kastrations-) Behandlung, bei der eine Scheidenoperation nicht vorgesehen war, zur Geschlechtsumwandlung stilisiert und nachträglich in diesem Sinne vervollständigt wurde.

In der Folgezeit wurden kontroverse Debatten geführt über die „richtige“ Behandlung von Transsexualität. Psychoanalytisch orientierte Wissenschaftler verstanden Transsexualität vor allem als eine Abwehr von ängstigender Inkompetenz, die jeweilige Geschlechtsrolle zu erfüllen (Sörensen, Hertoft 1982) oder als ein Ergebnis unzureichender Separation und Individuation von der Mutter (Socarides 1970). Demgegenüber wurden Transformationsoperationen durchgeführt und diese „medizinische Geschlechtsumwandlung“ als ein angemessenes Behandlungskonzept für Transsexuelle zunehmend etabliert. Eine wesentliche Rolle dürfte dabei die Einrichtung spezieller Therapiezentren in den USA, so genannter Gender Identity Clinics, gespielt haben. Das Verlangen nach hormoneller und

chirurgischer Behandlung gehörte später regelhaft zum transsexuellen Wunsch, wenngleich damit auch ein Zirkelschluss verknüpft ist, dass nur derjenige als transsexuell gilt, der den Wunsch nach geschlechtstransformierenden Maßnahmen vorbringt. Inzwischen wird die medizinische Geschlechtsumwandlung weltweit und in unterschiedlichsten Kulturkreisen durchgeführt (siehe dazu Pfäfflin, Junge 1992).

1.2. Definitionen von Transsexualität in verschiedenen Klassifikationsschemata (ICD und DSM)

Der Begriff „Transsexualität“ wurde bis zu seiner Berücksichtigung in den modernen psychiatrischen Klassifikationsschemata in sehr unterschiedlicher Definition verwendet und ist auch weiterhin im Fluss, wie sich z.B. anhand der Veränderungen im DSM IV¹ (American Psychiatric Association 1994) gegenüber dem DSM III (American Psychiatric Association 1980) ablesen lässt. Dabei gehen unterschiedliche diagnostische Konventionen in die jeweiligen Klassifikationssysteme ein: Während man sich in Europa aus einer Tradition der psychopathologischen Klassifikation heraus stärker an kategorialen diagnostischen Unterscheidungen orientierte, lag dem DSM eine stärker individuumszentrierte Betrachtungsweise zugrunde: Die Weiterentwicklung des ICD² und des DSM hat mittlerweile zu unterschiedlichen Terminologien in den beiden Klassifikationssystemen geführt: Während die ICD 10 nach wie vor von einem randscharfen Phänomen ausgeht, trägt die eher auf das Individuum bezogene Begrifflichkeit des DSM der Vielfalt der Geschlechtsidentitätsstörungen Rechnung: So ordnet die ICD 10 die „Störungen der Geschlechtsidentität“ unter den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen ein. Diese sind einerseits neben die spezifischen Persönlichkeitsstörungen eingeordnet und andererseits neben die „Störungen der Sexualpräferenz“ und die „psychischen und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung“. In Nordamerika hingegen wurden stärker die fließenden Übergänge zu anderen psychopathologischen Erscheinungen betont und das transsexuelle Syndrom als Extremausprägung eines breitgefächerten Spektrums von Geschlechtsidentitätsstörungen aufgefasst. Der dortige Umgang mit Behandlungswünschen ist eher pragmatisch ausgerichtet, und dem erfolgreichen Absolvieren des Alltagsstes wird folgerichtig für die Indikation geschlechtskorrigierender Maßnahmen eine größere Bedeutung beigemessen.

¹ DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

² ICD International Classification of Diseases

Die **ICD 10** definiert den Transsexualismus als den „Wunsch, als Angehöriger des anderen anatomischen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden. Dieser geht meistens mit dem Gefühl des Unbehagens oder der Nichtzugehörigkeit zum eigenen Geschlecht einher. Es besteht der Wunsch nach hormoneller und chirurgischer Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht soweit wie möglich anzugleichen.“. Als diagnostische Leitlinie wird gefordert: „Die transsexuelle Identität muss mindestens zwei Jahre durchgehend bestanden haben und darf nicht ein Symptom einer anderen psychischen Störung, wie z.B. einer Schizophrenie sein. Ein Zusammenhang mit intersexuellen, genetischen oder geschlechtschromosomalen Anomalien muss ausgeschlossen sein.“

Im **DSM III R** (American Psychiatric Association 1987) wurde Transsexualismus erstmals aufgenommen in das Kapitel psychosexuelle Störungen, und es erfolgte dann die Zuordnung der Geschlechtsidentitätsstörungen zum eigenen Kapitel Störungen der Geschlechtsidentität. Darin wurde bei Adoleszenten und Erwachsenen zwischen „Transsexualismus“ und einer „Störung der Geschlechtsidentität in der Adoleszenz oder beim Erwachsenen, nicht-transsexueller Typ“ sowie „Störungen der Geschlechtsidentität nicht näher bezeichnet“ differenziert.

1994 wurde im **DSM IV** die Diagnose Transsexualität als eigene diagnostische Kategorie fallengelassen und nur noch von Störungen der Geschlechtsidentität gesprochen. Dies wurde von einigen Forschern als „Rückzugsversuch“ interpretiert (Becker, Hartmann, 2002); dem lässt sich entgegenhalten, dass diese Kategorisierung durch die APA³ den sehr unterschiedlichen Entwicklungen und Reaktionsbreiten bisher als transsexuell etikettierter Menschen Rechnung trug. Darüber hinaus war wohl ein entscheidendes Motiv für den Begriffswechsel der Wunsch, die klinische Diagnose einer Geschlechtsidentitätsstörung von den Kriterien abzukoppeln, die von einem „überzeugenden“ Bewerber für eine geschlechtskorrigierende Operation erfüllt werden müssen.

Im einzelnen fordert das DSM IV:

A: Eine starke und anhaltende gegengeschlechtliche Identifikation (nicht nur der Wunsch, einen vermeintlichen Vorteil davon zu haben, dem anderen Geschlecht anzugehören).

B: Anhaltendes Unbehagen mit dem eigenen biologischen Geschlecht oder das Gefühl von Unstimmigkeit in der zugeschriebenen Geschlechtsrolle.

C: Die Störung kommt nicht zusammen mit einer körperlichen Intersexualität vor.

D: Die Störung führt zu klinisch signifikantem Distress oder zu Funktionsbeeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen.

³ APA American Psychiatric Association

1.3. Versuche klinischer Subtypisierungen

Neben der oben aufgeführten Klassifizierung der Geschlechtsidentitätsstörungen gemäß ICD und DSM gab es schon früh Versuche, die äußerst heterogenen transsexuellen Entwicklungen in klinische Subtypen zu unterteilen.

Person und Ovesey führten 1974 ihre Unterscheidung in primäre und sekundäre Transsexuelle ein (1974 a; 1974 b). Demnach erleben primäre Transsexuelle seit ihrer frühen Kindheit ein Unbehagen mit ihrem angeborenem Geschlecht und fühlen sich sexuell meistens zu Angehörigen des eigenen biologischen Geschlechts hingezogen. Die primären Transsexuellen zeigen häufig eine irreversible, fixierte gegengeschlechtliche Identifikation, die auch dann persistiert, wenn geschlechtsumwandelnde Maßnahmen abgelehnt werden. Die deutlich größere Gruppe der sekundär Transsexuellen leidet ebenfalls ihr Leben lang an einer Unsicherheit ihrer Geschlechtsidentität. Aufgrund nicht zu bewältigender Lebensprobleme oder Konflikte kommt es zu einer Dekompensation der vorherigen Anpassung. Die Impulse bzgl. eines Geschlechtswechsels treten bei dieser Subgruppe i.d.R. später auf als bei den primär Transsexuellen und oftmals auch episodisch; insgesamt zeigt diese Subgruppe eine größere „Bandbreite“ ihrer Symptomatik und wird als deutlich stöbarer und psychisch vulnerabler als die Gruppe der primär Transsexuellen beschrieben.

Die dänischen Forscher Sörensen und Hertoft (1980) postulierten bei den biologisch männlichen Transsexuellen eine Gruppe der sog. „Core Transsexuals“, für die sie –ausgehend von einem psychoanalytischen Persönlichkeits-Strukturverständnis- die folgenden Kriterien forderten: intakte Realitätsprüfung, stabiler, submissiver pseudofemininer Narzissmus, Agenitalität, stabile Ich-Stärke.

Sie rechneten diese Gruppe den primären Transsexuellen zu und grenzten sie von anderen Transsexuellen ab mit weniger stabiler Symptomausprägung. Dabei betonten sie, dass Geschlechtsumwandlungswünsche auch bei (prä-)psychotischen Menschen vorkommen können, deren Identität viel umfassender bedroht sei und die daher durch Behandlungsmaßnahmen der Gefahr einer völligen Fragmentierung ausgesetzt seien. Bei den „Core Transsexuals“ hingegen sei die psychische Abwehr vergleichsweise stabiler, die Identität nicht umfassend bedroht und der Wunsch nach Geschlechtswechsel stabil.

Die Unterscheidung in „early-onset“ und „late-onset transsexuals“, die sich auch in der Klassifizierung von Untergruppen im DSM IV findet, überschneidet sich mit der Einteilung von Person und Ovesey und unterscheidet eine Gruppe Transsexueller mit Manifestwerden der Geschlechtsidentitätsstörung vor der Pubertät von der Gruppe mit späterer Manifestation.

Erstere Gruppe kann durch eine recht geradlinige und stabile transsexuelle Entwicklung charakterisiert werden mit vergleichsweise geringem innerem Konfliktpotenzial.

Hierin besteht eine gewisse Ähnlichkeit zu Stollers Hypothesen (1968), der die frühe Manifestation einer transsexuellen Entwicklung bei biologisch männlichen Personen für konfliktlos und atraumatisch hielt.

Blanchard entwickelte 1985 für biologisch männliche Transsexuelle eine Typisierung, die die Stabilität der Geschlechtsidentität, die erotische Partnerpräferenz sowie die Frage nach „Cross-gender“ Fetischismus (erotische Erregung in Verbindung mit Gedanken daran, Frau zu sein) berücksichtigte. Weiterhin wurde nach früher „cross-gender-identity“ und damit nach dem Vorhandensein von Feminität im Kindesalter gefragt.

1993 stellte Levine vier wesentliche Entwicklungsverläufe von männlichen Patienten mit dem Wunsch nach Geschlechtswechsel vor: Ca. 19% zeigen von frühester Kindheit an eine feminine Entwicklung. Die zweite Gruppe, die ca. 7% umfasst, weist in der Kindheit eine Geschlechtsidentitätsstörung auf und nimmt dann in der Adoleszenz eine effeminierte homosexuelle Adaptation an. Die zahlenmäßig größte Gruppe (51%) beginnt nach einer unauffälligen, männlich anmutenden Kindheit etwa mit Einsetzen der Pubertät im privaten Bereich mit Cross-Dressing. Levine bezeichnet diese Gruppe als „dysphoric transvestites“, denen es nicht gelinge, ihre männlichen und weiblichen Selbstanteile zu integrieren und als zwei Facetten der eigenen Person zu akzeptieren. Ebenso wenig könne diese Gruppe kein positiv besetztes androgynes Arrangement treffen. Schließlich unterscheidet er eine Gruppe von Patienten mit einer konfusen Entwicklung der sexuellen Identität, die nicht in einer der zuvor erwähnten Kategorien eingeteilt werden könnten. Hierbei handele es sich vorwiegend um Männer mit Paraphilien. Zudem beschreibt er eine Gruppe von Männern, die im Kontext einer sexuellen Dysfunktion einen Wunsch nach Geschlechtswechsel formulieren bei zumeist vorliegender fragiler männlicher Identität.

Das DSM IV nähert sich überwiegend deskriptiv der transsexuellen Entwicklung und nimmt eine Einteilung gemäß dem Manifestationsalter aber auch gemäß der sexuellen Orientierung vor. Demnach werden zwei Hauptverlaufsformen transsexueller Entwicklungen bei biologischen Männern beschrieben: Die erste Gruppe zeigt eine frühe Manifestation der Geschlechtsidentitätsstörung ab dem Kindesalter bzw. der frühen Adoleszenz, frühes offenes Cross-dressing⁴ und androphile Orientierung⁵. Bei der zweiten Gruppe manifestiert sich das Zugehörigkeitsgefühl zum weiblichen Geschlecht im Verhalten später und gradueller; heimliches Cross-dressing findet statt, teilweise auch schon vor der Pubertät. Die

⁴ Cross-dressing bedeutet das Tragen von Kleidung des anderen Geschlechts

⁵ androphil: auf Männer hin orientiert

Erstvorstellung erfolgt meistens erst im Erwachsenenalter. Die sexuelle Orientierung ist gynäphil⁶ und/ oder automonosexuell/ autogynäphil⁷.

Die geschilderten Differenzierungsversuche wurden bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen vorgenommen. Eine auf langjähriger klinischer Erfahrung basierende Einteilung der transsexuellen Entwicklung bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen wurde von Becker (2004 a) vorgestellt: Dabei werden drei Subgruppen beschrieben, die die Autorin als „depressiv-abhängig“, „forciert-autonom“ und als „Borderline“-Typus charakterisiert.

Zu den Typisierungsversuchen wurde von einigen Forschern kritisch angemerkt (Becker 2004 a), dass immer auch die Intention mitschwang, die „echten“, „eindeutigen“, „wahren“ Transsexuellen von den „vermeintlichen“ Transsexuellen zu unterscheiden und die für die geschlechtstransformierenden Maßnahmen „geeigneten“ Patienten und Patientinnen herauszufinden. Reiche (1984) sieht hierin den Versuch einer „moralischen Beruhigung“ der mit den Transsexuellen professionell Befassten, „...dass sie den einen etwas gewähren, was beide dringlich verlangen und was sie den anderen versagen, weil es etwas so Schreckliches und Ungeheuerliches ist“.

1.4. Behandlungsgang bei Transsexualität

Inzwischen hat sich nach Jahren klinischer Erfahrung mit transsexuellen Patienten und Patientinnen und mit geschlechtsangleichenden Operationen ein zeitlich gestuftes, prozesshaftes diagnostisch-therapeutisches Vorgehen etabliert, das psychotherapeutische und somatische Behandlungen nicht als Alternativen versteht. Das unten skizzierte Vorgehen orientiert sich zum einen an den erstmals 1979 vorgelegten und seitdem mehrfach überarbeiteten „Standards of Care“ der Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HABIGDA; Meyer et al. 2001). 1997 wurden von einer Expertenkommission (Becker et al.) „Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen“ erarbeitet, die sich auf die spezifischen deutschen Verhältnisse beziehen. Die erste Stufe der Behandlung umfasst eine ausführliche Diagnostik und Beobachtung, die alle psychischen Differenzialdiagnosen berücksichtigt. Endokrinologische und neurologisch-psychiatrische Zusatzuntersuchungen können hierzu notwendig sein. Die endokrinologische Durchuntersuchung ist vor einer eventuell indizierten gegengeschlechtlichen Hormonbehandlung zwingend erforderlich. Während dieser ersten Phase soll sich auch zeigen, wie konstant das drängende Bedürfnis ist, in der anderen Geschlechtsrolle zu leben. Besteht ein konstantes transsexuelles Syndrom, sind die Therapieziele zu definieren und auf ihre

⁶ gynäphil: auf Frauen hin orientiert

⁷ autogynäphil: sexuell orientiert auf die Vorstellung von sich selbst als Frau

realistische Umsetzung hin abzuklären. Dies schließt ein, welche Veränderungen bei einem Geschlechtswechsel im beruflichen Bereich nötig wären, wie Familie und Freundeskreis darauf reagieren und ob unter der Berücksichtigung dieser Überlegungen der Geschlechtswechsel dem Einzelnen verkraftbar erscheint. Nicht die geschlechtsangleichenden Operationen selbst, sondern die jahrelange Vorbereitung darauf mit der ständigen Überprüfung, ob der Wechsel der Geschlechtsrolle möglich ist, ist der entscheidende therapeutische Schritt, was den betroffenen Transsexuellen auch so erklärt werden sollte. Die begleitende psychotherapeutische Betreuung, die bereits in dieser ersten Stufe beginnen sollte, soll bereits in dieser frühen Phase den Transsexuellen helfen, die innere Stimmigkeit und Konstanz des transsexuellen Wunsches zu erfassen und eine realistische Einschätzung des Wunschziels zu erlangen. Dazu gehört auch die realistische Sicht der Möglichkeiten und Grenzen der Hormonbehandlung und der geschlechtskorrigierenden Operation(en). In Abhängigkeit von der Sicherheit der Diagnose umfasst diese erste Phase mehrere Monate bis etwa ein Jahr.

In der zweiten Stufe erfolgt der sogenannte Alltagstest.⁸ Das bedeutet, dass der/ die Transsexuelle für sich selbst austestet, ob und wie ihm/ ihr ein Geschlechtswechsel möglich ist, indem er/ sie täglich 24 Stunden in der angestrebten Geschlechtsrolle lebt und dabei Gestik und Mimik, die Art, sich zu kleiden und (eventuell) zu schminken sowie das soziale Verhalten des angestrebten Geschlechts erprobt. Er/ sie erlebt die Reaktionen der Umwelt auf den Geschlechtswechsel und muss lernen, mit diesen Reaktionen zurechtzukommen. Schwierigkeiten sind meistens bei allen Personen zu erwarten, die den transsexuellen Menschen lange kennen (Herkunftsfamilie, Partner, Freundeskreis, Arbeitskollegen). Die begleitende Psychotherapie soll dabei helfen, mit den Schwierigkeiten durch die beschriebenen Veränderungen zurechtzukommen, auftretende Verlusterlebnisse zu überwinden oder aber auch andere Lösungen der Identitätsproblematik zu finden. Nach den internationalen Richtlinien wird der Alltagstest als ein ganz wesentlicher Anteil der Behandlung von Patienten und Patientinnen mit Geschlechtsidentitätsstörungen angesehen und sollte ein bis zwei Jahre betragen.

In der dritten Behandlungsstufe werden gegengeschlechtliche Hormone verabreicht. Damit werden irreversible oder sehr schwer zurückzunehmende körperliche Veränderungen eingeleitet. Eine vorherige endokrinologische Abklärung ist zwingend erforderlich, und die Behandlung erfolgt unter endokrinologischer Kontrolle. Zur Einleitung der Behandlung informiert der behandelnde Therapeut den Endokrinologen durch einen Befundbericht. Bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen tritt neben der Vertiefung der Stimme die Reduktion des

⁸ Englisch: „real life experience“

Unterhautfettgewebes ein mit Vergrößerung der Haut und der Gesichtszüge sowie Bartwuchs und Steigerung der Libido. Bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen stellt sich neben dem Brustwachstum eine Erniedrigung der sexuellen Appetenz ein sowie eine Umverteilung des Unterhautfettgewebes mit Zunahme an den Hüften

Die geschlechtsangleichende(n) Operation(en) stellt die vierte Behandlungsstufe dar. Voraussetzung dafür ist, dass der/ die Transsexuelle psychisch und körperlich mit der hormonellen Medikation zurechtkommt. Der Therapeut sollte den transsexuellen Menschen vor diesem Schritt mindestens 1 ½ Jahre kennen; der/ die Transsexuelle sollte vor der Operation mindestens ein Jahr in der angestrebten Geschlechtsrolle gelebt haben und mindestens sechs Monate unter gegengeschlechtlicher Hormonbehandlung gestanden haben. Das operative Vorgehen bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen ist inzwischen weitgehend standardisiert und umfasst die Kastration durch Extirpation der Hoden und Nebenhoden, die Penischaftresektion, die Schaffung einer Neovagina und ihre Auskleidung mit Penishaut, die Schaffung einer weiblichen Harnröhrenmündung, die Formung der Vulva mit großen und kleinen Labien und Klitoris und eventuell die Prothesenaugmentation der Brust bei ausbleibender Gynäkomastie. Bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen ist das operative Vorgehen weitaus heterogener und teilweise experimentell, was mit den anatomischen Besonderheiten zusammenhängt: Neben der Brusttransformation wird eine Kolpohysterektomie mit Extirpation der Adnexe durchgeführt. Die weiteren Schritte sind stark abhängig von Vorstellungen der Betroffenen aber auch von den Präferenzen der Operateure: So wird von einigen das sogenannte Klitorispenoid bevorzugt, bei dem zwar Penetration nicht möglich ist, bei dem aber der Erhalt von erregbaren Funktionseinheiten feststeht. Des weiteren wurden verschiedene operative Phalloplastiken entwickelt (Rollhautlappenpenoid; Phalloplastik aus geradem Bauchmuskel und Leistenhautlappen sowie Phalloplastik mit Unterarmtransplantat). Von diesen ist die letztgenannte Methode die bei weitem aufwendigste, und durch mikrochirurgische Verlagerung der Gefäß-Nerven-Versorgung werden eine sensible Versorgung und eine gute Durchblutung des zukünftigen Penis angestrebt. Die Implantation von Hodensurrogaten komplettiert den Vorgang. Nach wie vor sind die Phalloplastiken mit Komplikationen behaftet, auf die an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden kann, so dass sich noch kein einheitliches Vorgehen etabliert hat. (Eicher et al. 1991; Bosinski et al. 1994; Cohen-Kettenis et al. 1999; Liedl 1999; Krege et al. 2001)

Die genannten Richtlinien entsprechen Idealvorstellungen, die in der Praxis nicht immer eingehalten werden: So „besorgen“ sich nicht wenige Transsexuelle schon vor einer psychotherapeutischen Behandlung gegengeschlechtliche Hormone und führen „heimlich“ eine Selbstmedikation durch. Da die Einnahme von gegengeschlechtlichen Hormonen meistens als wohltuend erlebt wird, erfordert dies dann in der laufenden psychotherapeutischen

Behandlung oftmals das Abwägen zwischen der Forderung nach vorübergehender Aufgabe der Hormonbehandlung und Absprachen hinsichtlich der weiteren medizinischen Behandlungsschritte. (Senf et al. 2005; Becker 2004 b)

Nicht wenige Autoren (Lothstein 1980; Kockott 1996; Rehman et al. 1999) empfehlen ausdrücklich neben der selbstverständlichen chirurgischen Nachbetreuung auch eine psychotherapeutische Nachbetreuung als fünfte Behandlungsstufe, da Schwierigkeiten bei der psychosozialen Integration nicht selten seien.

Die Vornamensänderung nach §1 TSG⁹ wie die Personenstandsänderung nach § 8 TSG werden zu gegebener Zeit von den Betroffenen bei Gericht beantragt und müssen nach den Bestimmungen des TSG erstellt werden. Sie stellen wichtige Meilensteine in der transsexuellen Entwicklung dar. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Begutachtung zur Vornamensänderung bei weitem reicher an Konsequenzen ist (z.B. Missbrauch zur Operationserlangung) als die Begutachtung zur Personenstandsänderung nach erfolgter geschlechtsangleichender Operation. Die Vornamensänderung muss aus der Beurteilung schlüssig hervorgehen und wissenschaftlich begründet sein. Dazu wird in der Begutachtung die Entwicklung der Geschichte der Geschlechtsidentität und ihrer Störung im psychosozialen Umfeld mit seinen jeweiligen Einflussfaktoren in den aufeinanderfolgenden Lebensphasen nachgezeichnet. Zu beurteilen ist, ob seit mindestens drei Jahren der „Zwang“ (im juristischen Sinne verstanden, nicht im psychopathologischen Sinne) besteht, in der gewünschten Geschlechtsrolle zu leben und ob von einer „hohen“ Wahrscheinlichkeit der Unveränderbarkeit dieses Zugehörigkeitsempfindens auszugehen ist.

Für die Personenstandsänderung ist in der Begutachtung zu klären, ob die Kriterien nach § 1 vorliegen, eine dauerhafte Unfruchtbarkeit gegeben und eine „deutliche Annäherung an das körperliche Erscheinungsbild des anderen Geschlechts“ erzielt worden ist. Das erfolgt nach der Operation und ist aus dem Operationsergebnis zu beurteilen.

1.5. Prävalenz von Transsexualität

Laut einer Erhebung von Osburg und Weitze (1993) wurde eine „bereinigte“ Zehnjahresprävalenz in der Bundesrepublik Deutschland von 2,1 Transsexuellen pro 100 000 volljährige Einwohner (2,4 für Mann-zu-Frau-Transsexuelle und 1,0 für Frau-zu-Mann-Transsexuelle) ermittelt. (Diese Zahlenwerte beziehen sich nur auf diejenigen der

⁹ TSG: Transsexuellengesetz §1 Voraussetzungen: (1) Die Vornamen einer Person, die sich auf Grund ihrer transsexuellen Prägung nicht mehr dem in ihrem Geburtseintrag angegebenen, sondern dem anderen Geschlecht als zugehörig empfindet und seit mindestens drei Jahren unter dem Zwang steht, ihren Vorstellungen entsprechend zu leben, sind auf ihren Antrag vom Gericht zu ändern, wenn...

transsexuellen Menschen, die den Wunsch nach einer juristischen Anerkennung (Vornamensänderung und/ oder Personenstandsänderung) äußerten). Nach einer großangelegten Erhebung von Garrels et al. (2000) mit einer Zahl von N=1785 aus den Jahren 1964 bis 1998 ergab sich eine Gesamt-Sex-Ratio von 1,9:1 zugunsten der Mann-zu-Frau-Transsexuellen mit einer –bezogen auf die Jahre 1990 bis 1998- Verschiebung von 1,6:1. In der zeitlichen Periode von 1995 bis 1998 glichen sich die beiden Ausgangsgeschlechter weiter an bis auf 1,2:1 zugunsten der Mann-zu-Frau-Transsexuellen. Die Prävalenz ist vergleichbar mit Erhebungen aus anderen westeuropäischen Ländern ((vgl. Walinder et al. für Schweden (1967); Hoenig, und Kenna, für Großbritannien (1974); Ross et al. für Australien (1981), Bakker et al. für die Niederlande (1993)). Demgegenüber wurden von Tsoi (1988) für den Stadtstaat Singapore Prävalenzen errechnet (Mann-zu-Frau 35,0 und Frau-zu-Mann 12,0 pro 100 000 Einwohner), die erheblich höher liegen. Aus mehreren osteuropäischen Ländern wurden im Verlauf der 1980-er Jahre hingegen Prävalenzen mitgeteilt mit einem Überwiegen der Frau-zu-Mann-Transsexuellen von 1,5:1 gegenüber Mann-zu-Frau-Transsexuellen (Godlewski 1988). Niedrige Fallzahlen und fehlende Verlaufsuntersuchungen schränken allerdings die Aussagekraft letztgenannter Untersuchungen ein.

1.6. Untersuchungen zum Langzeitverlauf

Mit den zur Verfügung stehenden verbesserten operativen Möglichkeiten wurden zunehmend neue Behandlungsstrategien entwickelt, die sich anfangs vor allem in Abgrenzung verstanden zu bisherigen –meistens wenig erfolgreichen–psychotherapeutischen Behandlungsversuchen. Diese waren zur damaligen Zeit ganz überwiegend durch einen psychoanalytischen Hintergrund geprägt. Die veränderten Behandlungsoptionen zogen ab den 1960-er Jahren beginnend eine intensive Forschungstätigkeit nach sich, wo es zunächst darum ging, die Wirksamkeit des erprobten Verfahrens zu überprüfen, wenn nicht gar zu rechtfertigen, und dann auch zunehmend in den neu eingerichteten Gender Identity Kliniken, die zunächst vorwiegend in den USA eingerichtet wurden neue Behandlungsstrategien und Indikationskriterien zu entwickeln.

Inzwischen liegt eine große Anzahl von katamnestic Studien vor, die sich ganz überwiegend mit dem Verlauf von geschlechtsangleichend operierten Patienten und Patientinnen befassen. Nach Einzelfalldarstellungen und kumulativen Einzelfallstudien wurden zunehmend auch größere Gruppen von Patienten und Patientinnen beschrieben mit nachfolgender statistischer Auswertung. Dass die Erforschung anderer „Lösungswege“ für Transsexualität bislang wenig Raum einnahm, sei hier nur am Rande erwähnt (Carroll. 1997).

1.6.1. Phasen der Katamneseforschung

McCauley und Ehrhardt unterscheiden in ihrer Übersichtsarbeit von 1984 drei Phasen der Nachuntersuchungsforschung: Zur ersten Phase rechneten sie Arbeiten, die –bezogen auf die Kriterien subjektive Zufriedenheit und soziale Anpassung- vorwiegend über positive Ergebnisse berichteten. In der folgenden Phase, wurde neben den positiven Ergebnissen auch auf unbefriedigende Ergebnisse hingewiesen verbunden mit dem Hinweis, dass ausgeprägte Psychopathien durch die geschlechtsangleichende Operation nur geringfügig beeinflusst werden. (Die kritischere Sicht wurde wahrscheinlich durch die in den siebziger Jahren deutliche Zunahme von Umwandlungsbegehren, vor allem von sog. „sekundären“ Transsexuellen mit beeinflusst.) In der dritten Phase schließlich, in die die Autoren die Studien von Hunt und Hampson 1980, Lothstein 1980, Meyer und Reter 1979 und Sörensen 1981 einschließen, wurden die früher berichteten positiven Ergebnisse bezüglich der subjektiven Zufriedenheit bestätigt, wurden aber relativiert hinsichtlich der Veränderungen sozialpsychiatrischer und sozioökonomischer Kriterien.

1.6.2. Meta-Studien bis einschließlich 1991

Pauly veröffentlichte 1981 in Tabellenform eine Übersicht über das Outcome von 283 Mann-zu-Frau-Transsexuellen und 83 Frau-zu-Mann-Transsexuellen, die jeweils geschlechtsumwandelnd behandelt worden waren. Dabei wurden aus dem Zeitraum 1969 bis 1979 12 Arbeiten für Mann-zu-Frau-Transsexuelle und acht Arbeiten für Frau-zu-Mann-Transsexuelle berücksichtigt und die Ergebnisse in die Kategorien „befriedigend“, „unbefriedigend“ und in „unsicher bzw. unbekannt“ unterteilt. 71,4 % der Verläufe bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen wurden als befriedigend eingeordnet, 8,1 % als unbefriedigend, 17 % als unsicher, 2,1 % begingen Suizid. Bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen wurden 80,7 % der Verläufe als befriedigend, 6,0 % als unbefriedigend und 13,3 % als unsicher eingeschätzt. In ihrer Arbeit von 1984 befassen sich Lundström, Pauly und Walinder mit den Arbeiten von Lundström 1981, Pauly 1981 und Lothstein 1982. Lundström berücksichtigt 17 Arbeiten zum Verlauf von Mann-zu-Frau-Transsexuellen und 12 Arbeiten zum Verlauf von Frau-zu-Mann-Transsexuellen mit einer Gesamtzahl von 368 Mann-zu-Frau-Transsexuellen und 124 Frau-zu-Mann-Transsexuellen. Lothstein berücksichtigt insgesamt 18 Studien, darunter auch Einzelfalldarstellungen, aus den Jahren 1961 bis 1980. Die Autoren berichten, dass in etwa 10 bis 15 % der Verläufe unbefriedigende Ergebnisse beobachtet werden. Auffallend ist, dass bei den Frau-zu Mann-Transsexuellen –absolut gesehen- häufiger günstige Ergebnisse berichtet werden, als bei den Mann-zu-Frau-Transsexuellen. Die beschriebene Differenz ist aber statistisch nicht signifikant. Die Autoren heben hervor, dass kosmetisch und funktionell befriedigende Operationsergebnisse wesentlich, aber nicht ausschließlich, zu einem guten Gesamtergebnis beitragen. Persönliche und soziale Instabilität werden als prognostisch

ungünstige Faktoren angesehen, ohne jedoch absolute Kontraindikationen gegen operative Eingriffe darzustellen. Aus der Beobachtung, dass mit höherem Alter beim ersten Arztkontakt auch weniger befriedigende Verlaufsergebnisse verbunden sind, leiten die Autoren einen Zusammenhang mit dem Vorliegen von sog. sekundärem Transsexualismus ab. Diese Patientengruppe suche den Arzt später auf als die primär Transsexuellen und weise auch insgesamt ungünstigere Ergebnisse auf. Andererseits wird betont, dass die Patientengruppe der sekundär Transsexuellen mit einer Ablehnung der geschlechtsangleichenden Operation besser zurechtkomme als die Gruppe der primär Transsexuellen, die dann in der Regel andernorts einen Operationsplatz suchen. Daraus leiteten die Autoren die Überlegung ab, bei sekundären Transsexuellen über 30 und/oder mit instabilen Lebensläufen hinsichtlich der Empfehlung einer geschlechtsangleichenden Operation Zurückhaltung walten zu lassen.

Abramowitz unterscheidet in seiner Übersicht von 1986 sogenannte „präquantitative“ (bis 1980) und quantitative Arbeiten. Zu den präquantitativen Arbeiten zählt der Autor zehn Nachuntersuchungen, in denen insgesamt 176 Mann-zu-Frau Transsexuelle und 44 Frau-zu-Mann Transsexuelle beschrieben werden. Hierbei kommen keine psychometrischen Verfahren zur Anwendung, und die Autoren sind laut Abramowitz Protagonisten der operativen Geschlechtsumwandlung. Zur Gruppe quantitativer Arbeiten, die entweder psychometrische Verfahren oder standardisierte Rating-Skalen verwenden, zählt der Autor 14 Arbeiten. Sowohl die präquantitativen als auch die quantitativen Studien konstatieren bei zwei Dritteln der operierten Patienten und Patientinnen eine Besserung. Bei etwa 7 % der Patienten und Patientinnen fanden sich deutlich problembehaftete Verläufe, die durch Rückumwandlungsbegehren, psychotische Episoden, Hospitalisierungen oder Suizide charakterisiert waren.

Green und Fleming beschränken sich in ihrer Zusammenstellung von 1990, die elf Einzelarbeiten und die Übersichten von Pauly 1981, Lundström et al. 1981 und Abramowitz 1986 berücksichtigen, auf Studien, die nach 1981 erschienen. Dabei wurde eine Gesamtzahl von 200 Mann-zu-Frau Transsexuellen und 130 Frau-zu-Mann Transsexuellen untersucht und die Ergebnisse in die Kategorien „befriedigend“, „unbefriedigend“ und „unsicher“ eingeteilt. Die Autoren beschrieben für 87 % der Mann-zu-Frau Transsexuellen und für 97 % der Frau-zu-Mann Transsexuellen befriedigende Ergebnisse, sowie für 13 % der Mann-zu-Frau Transsexuellen und 3 % der Frau-zu-Mann Transsexuellen unbefriedigende Ergebnisse. Dabei wurde als „befriedigend“ auch gewertet, „wenn der Patient die Operation nachträglich nicht bereut“.

Pfäfflin und Junge referieren in ihrer sehr umfangreichen Metaanalyse von 1992 76 Einzelstudien und acht Sammelreferate über den Zeitraum von 1961 bis 1991, in der sie Operationsergebnisse und Indikationsempfehlungen darstellen. Dabei beschränken sich die Autoren auf Nachuntersuchungen mit einer Mindestfallzahl von fünf.

Als die wohl wichtigste und in den meisten Untersuchungen gefundene Veränderung stellen Pfäfflin und Junge die Zunahme der subjektiven Zufriedenheit heraus, die deutlich zu der subjektiv unbefriedigenden Ausgangslage der Patienten kontrastiert. Für den Gesamtkomplex der psychischen Stabilität überwiegen bei der größten Zahl der Studien, die dieses Merkmal berücksichtigten, die positiven Auswirkungen die negativen. Auch das sozioökonomische Funktionsniveau ist postoperativ überwiegend verbessert. Damit ist gemeint, dass die Kontaktfähigkeit in Partnerschaften, zu Angehörigen, in der Nachbarschaft und am Arbeitsplatz zunahm sowie sozioökonomische Verbesserungen konstatiert werden konnten.

Zum Bereich Partnerschaft und Sexualität heben die Autoren hervor, dass es Frau-zu-Mann Transsexuellen deutlich besser als Mann-zu-Frau Transsexuellen gelingt, stabile und befriedigende Partnerschaften aufzubauen und/ oder aufrechtzuerhalten. Weiterhin weisen die Autoren darauf hin, dass die sexuelle Befriedigung bei Frau-zu-Mann Transsexuellen statistisch signifikant höher ist als bei Mann-zu-Frau Transsexuellen, und dies trotz der erheblich begrenzteren operativen Möglichkeiten im Genitalbereich.

1.6.3. Wichtige Arbeiten jüngerer Datums

Die 1998 veröffentlichte Untersuchung von Rauchfleisch et al. umfasst den längsten Katamnesezeitraum von fünf bis 20 Jahren mit einer durchschnittlichen Katamnesezeitdauer von 14 Jahren. Von 69 Patienten und Patientinnen, die zwischen 1970 und 1990 die Psychiatrische Universitätsklinik in Basel aufgesucht hatten, konnten 13 Mann-zu-Frau und vier Frau-zu-Mann Transsexuelle nachuntersucht werden. Das lost-to-follow-up ist –auch verglichen mit anderen Studien– erheblich. Die Autoren legen Wert auf eine differenzierte Ergebnisdarstellung, wobei insbesondere die Zufriedenheit kritisch hinterfragt wird. Bei den nachuntersuchten Patienten und Patientinnen findet sich eine hochsignifikante Verschlechterung der sozialen Situation, die genauer exploriert wird und ein hohes Ausmaß von Nicht-Erwerbstätigkeit und Angewiesenheit auf „Fürsorge“ ergibt. In den Angaben der Patienten und Patientinnen spielt die soziale Isolation eine große Rolle. Auffällig ist in dieser Studie die erhebliche Diskrepanz zwischen der von den Untersuchten stereotyp anmutend vorgebrachten subjektiven Zufriedenheit und der im Interview wahrgenommenen Befindlichkeit, insbesondere Depressivität und Ängstlichkeit, die die Autoren als einen Ausdruck massiver Spaltungs- und Verleugnungstendenzen verstanden.

Die ebenfalls aus der Schweiz stammende Untersuchung von Hepp et al. aus der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (2002) kann diese alarmierenden Ergebnisse nicht bestätigen: In die Stichprobe wurden 47 Patienten und Patientinnen eingeschlossen, die zwischen 1990 und 1995 erstmals die Universitätspoliklinik aufgesucht hatten und die diagnostischen Kriterien für das Vorliegen von Transsexualität erfüllten; von diesen konnten 33 Patienten und Patientinnen nachuntersucht werden. Die soziale Integration erweist sich mehrheitlich als gut und relativ stabil. 29 von 33 Patienten und Patientinnen werden hormonell behandelt; 25 Patienten und Patientinnen hatten sich zwischenzeitlich einer geschlechtsangleichenden Operation unterzogen. Der Behandlungsverlauf ist insgesamt bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen homogener als bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen und weniger von schwerwiegenden Ambivalenzen hinsichtlich des Geschlechtswandels geprägt. Die Gruppe der nichtoperierten Transsexuellen stellt sich sehr heterogen dar und umfasst sowohl Patienten und Patientinnen mit noch nicht abgeschlossener Behandlung als auch solche, die bisher aus unterschiedlichen Gründen noch keine Behandlung begonnen haben. Die psychometrischen Untersuchungen der operierten Patienten und Patientinnen fallen „bemerkenswert unauffällig“ aus und sind vergleichbar mit Werten für Unfallpatienten. Hierzu merken die Autoren an, dass es sich dabei teilweise auch um ein Antwortverhalten in Richtung sozialer Erwünschtheit handeln könnte. Die Mehrheit (20 Patienten und Patientinnen) war mit der Behandlung in der Poliklinik zufrieden, 13 waren unzufrieden. Von den operierten Patienten und Patientinnen waren 16 zufrieden und 9 unzufrieden. Bei den nichtoperierten Patienten und Patientinnen waren vier zufrieden und vier unzufrieden. Am häufigsten wurde die Unzufriedenheit mit der psychiatrischen Behandlung mit der Dauer bis zum Beginn der somatischen Behandlung, mit der Forderung auf konsequente Realisierung des Alltagslebens sowie mit der Auflage einer begleitenden psychiatrischen Behandlung mit regelmäßigen Konsultationen begründet. Hohe Zufriedenheit gaben die operierten Patienten und Patientinnen bezüglich des ästhetischen Operationsresultats (75 %) und des funktionellen Ergebnisses (80 %) an.

In ihre prospektiv angelegte Untersuchung konnten Becker und Hartmann (2002) 64 geschlechtsidentitätsgestörte Patienten und Patientinnen der Spezialsprechstunde der Medizinischen Hochschule Hannover einbeziehen, die sie einer ausführlichen Basisdiagnostik unterzogen und von denen sie durchschnittlich 2,5 Jahre später 54 Patienten und Patientinnen nachuntersuchten. Hierbei interessierte neben Fragen nach Differenzialdiagnosen, Subtypen und Persönlichkeitsstrukturen vor allem, unter welchen Bedingungen und bei welchen Merkmalskonstellationen es am ehesten zu einem organisierten, festgefügteten Wunsch nach einem Geschlechtswechsel kommt. Darüber hinaus ging es darum, aus der Vielzahl der

erhobenen psychometrischen und klinischen Merkmale diejenigen mit prädiktiver Validität herauszufiltern.

Inzwischen liegen Ergebnisse zum ersten Nachuntersuchungszeitpunkt vor, allerdings stehen die Ergebnisse zu den geschlechtsangleichend operierten Patienten und Patientinnen noch aus. Ausgehend von in der Literatur beschriebenen differenten Verlaufsformen je nach sexueller Orientierung unterscheiden die Autoren neben der Gruppe der Frau-zu-Mann-Transsexuellen (mit ganz überwiegend gynäphiler Orientierung) die Gruppe der Mann-zu-Frau-Transsexuellen mit androphiler Orientierung und die Gruppe der Mann-zu-Frau-Transsexuellen mit gynäphiler Orientierung.

Die Autoren vergleichen die drei eingangs beschriebenen Gruppen miteinander und kommen zu dem Ergebnis, dass sich bei transsexuellen Menschen- je nach sexueller Orientierung- deutliche Unterschiede im Verlauf herausarbeiten lassen: Bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen findet sich eine eher starre Persönlichkeit und ein Autoregulationssystem, in dem Autonomie und Selbstbehauptung einen hohen Stellenwert einnehmen, was aber insgesamt ein Prädiktor für einen positiven Outcome zu sein scheint. Die Mann-zu-Frau-Transsexuellen mit androphiler Orientierung weisen die prononciertesten psychopathologischen Auffälligkeiten der drei Subgruppen auf. Während des Beobachtungszeitraums zeigt diese Gruppe die deutlichste Verbesserung hinsichtlich sozialer und partnerschaftlicher Situation, des psychischen Befundes und der Geschlechtsrollenadaptierung. Die Gruppe der Mann-zu-Frau-Transsexuellen mit gynäphiler Orientierung weist gegenüber der vorgenannten Subgruppe weniger psychopathologische Auffälligkeiten auf, verfügt demgegenüber aber auch über ein insgesamt geringeres Adaptationsvermögen. Bei dieser Subgruppe handelt es sich größtenteils um sekundäre Transsexuelle, deren bisheriges Arrangement bei aufkommender Geschlechtsdysphorie dekompenziert. Die Untersuchungsergebnisse sind statistisch nicht signifikant, lassen aber den Trend erkennen, dass der Verlauf bei den androphilen Mann-zu-Frau Transsexuellen und bei den Frau-zu-Mann Transsexuellen günstiger ist als bei den gynäphilen Mann-zu-Frau Transsexuellen und dass bei den Frau-zu-Mann Transsexuellen die geringste Quote an Verschlechterungen zu verzeichnen ist.

1.7. Untersuchungen zu Wirkfaktoren

1.7.1. Kontinuierlicher Kontakt zu Behandlungseinrichtung

Ab Ende der 1970-er Jahre wurde begonnen, einzelne Wirkfaktoren gezielter zu isolieren und zu untersuchen. Hier waren Meyer und Reter 1979 die ersten, die die Wirksamkeit des kontinuierlichen Kontaktes mit einem organisierten Forschungsprogramm als einen eigenständigen Wirkfaktor nachwiesen. Blanchard (1983) konnte in großen kanadischen Stichproben zeigen, dass psychische Beschwerden und Neurotizismen im gesamten Verlauf des Prozesses der Geschlechtsumwandlung statistisch signifikant abnahmen. Dabei konnten sie belegen, dass die gemessenen positiven Veränderungen nicht allein auf den verstrichenen Zeitraum, d.h. das bloße Älter- oder Erwachsenwerden der Patienten, sondern auf Effekte der Adaptation in der angestrebten Geschlechtsrolle zurückgeführt werden konnten. Bestätigt wurden diese Ergebnisse durch Kuiper und Cohen-Kettenis (1988) aus den Niederlanden, die zeigen konnten, dass Patienten, die über eine Anbindung an eine Behandlungseinrichtung verfügten und mindestens mit der Hormonbehandlung begonnen hatten oder auch schon (Teil-) Operationen hinter sich hatten, weniger unter ihrer Geschlechtsidentitätsstörung litten als unbehandelte Patienten.

1.7.2. Erfolgreicher Alltagstest

Das erfolgreiche Leben in der angestrebten Geschlechtsrolle (sog. Alltagstest s.o.) ist bereits vor Beginn somatischer Behandlungsmaßnahmen ein wesentlicher Bestandteil der Geschlechtsumwandlung, was u.a. durch die Untersuchungen von Hunt und Hampson (1980) und Hepp et al. (2002) bestätigt wurde. Dabei wurde ein positives Outcome auf eine professionelle Einordnung der Geschlechtsidentitätsstörung mit Ausschluss atypischer Fälle, eine ausreichend lange Beobachtungsperiode und therapeutische Betreuung im Behandlungsverlauf zurückgeführt. Die geforderte Dauer für den Alltagstest streut erheblich, wobei als Mindestdauer meistens Zeiträume zwischen ein und drei Jahren verlangt werden.

1.7.3. Gegengeschlechtliche Hormonbehandlung

Auf den Wirkfaktor der gegengeschlechtlichen Hormonbehandlung wiesen Pfäfflin und Junge hin (1992). Eine niederländische Arbeitsgruppe (van Goozen et al. 1995) untersuchte 15 Mann-zu-Frau Transsexuelle vor und im Verlauf der gegengeschlechtlichen Hormonbehandlung und hob eine direkte und schnelle Veränderung geschlechtsspezifischer Verhaltensweisen in Form einer Reduktion aggressiver Regungen sowie einer Abnahme von sexueller Lust und Erregung hervor. Unter der Behandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen wurden sowohl bei Mann-zu-Frau- als auch bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen Veränderungen im kognitiven Leistungsbereich nachgewiesen (Slabbekoorn et al. 1999).

1.7.4. Beratung und psychotherapeutische Behandlung

Als ein weiterer Wirkfaktor erwiesen sich Beratung und psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung, was u.a. von Lothstein (1980) und McCauley und Ehrhardt (1984) herausgestellt wurde, die die Bedeutung einer kontinuierlichen Betreuung unterstrichen. Botzer und Vehrs (1997) wiesen darauf hin, dass Transsexuelle mit deutlichen psychopathologischen Charakteristika dann einen besseren Verlauf zeigen, wenn sie während ihrer Geschlechtsumwandlung mehr als sechs Monate bzw. mehr als zwanzig Sitzungen Psychotherapie absolviert haben.

1.7.5. Geschlechtsangleichende Operation

Die Münchner Arbeitsgruppe um Kockott und Fahrner arbeitete 1987 die operativen Eingriffe als Wirkfaktor heraus, indem sie operierte mit nicht-operierten Transsexuellen beiderlei Geschlechts verglich, wobei die operierten Transsexuellen über eine bessere psychosoziale Integration verfügten und geringere Depressivität aufwiesen als die nicht-operierten. In einer der wenigen prospektiven Studien stellten Mate-Kole et al. 1990 zwei gleich große Gruppen von jeweils 20 Mann-zu-Frau-Transsexuellen einander gegenüber, bei denen die Indikation zur geschlechtsangleichenden Operation gestellt wurde. Dabei wurde die erste Gruppe kurze Zeit nach der Indikationsstellung operiert und die zweite Gruppe nach einem Zeitraum von zwei Jahren, in dem sie weiter ambulant psychiatrisch bzw. psychotherapeutisch betreut wurde. Die Gruppe der operierten Transsexuellen war zum Nachuntersuchungszeitpunkt sozial aktiver und zeigte weniger Neurotizismen als die Gruppe der noch-nicht-Operierten.

1.7.6. Qualität der geschlechtsangleichenden Operation

Ob und inwiefern die Qualität der geschlechtsangleichenden Operationen wesentlich zum Gesamtbehandlungsverlauf beitrug, war lt. Pfäfflin und Junge (1992) lange Zeit nicht eindeutig. Chirurgische Arbeiten jüngerer Datums stellen die Verbesserung der operativen Ergebnisse heraus und sehen hier einen Zusammenhang zu insgesamt verbessertem Outcome: Eldh et al. berichteten 1997 bei 86 % der 139 einbezogenen Transsexuellen (Rücklaufquote 66 %) über eine hohe Zufriedenheit, wofür die Autoren auch die Bedeutung optimaler chirurgischer Ergebnisse herausstellten. In den Untersuchungen von Rehman et al. (1999) und Krege et al. (2001) konnte die hohe Korrelation guter chirurgischer Ergebnisse mit einem insgesamt guten Outcome bestätigt werden, wobei die Autoren die Einbindung operativer Maßnahmen in ein Gesamtbehandlungskonzept betonen. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang noch die Arbeit von Lief und Hubschman (1993), die herausstellten, dass nach abgeschlossener geschlechtsangleichender Operation die sexuelle Befriedigung insgesamt bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen als auch bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen deutlich zunahm,

wobei die Orgasmusfähigkeit in der Gruppe der Frau-zu-Mann-Transsexuellen stieg, während sie in der Gruppe der Mann-zu-Frau-Transsexuellen abnahm, woraus die Autoren schlussfolgerten, dass Orgasmusfähigkeit und sexuelle Befriedigung nicht unbedingt korrelieren mit funktionell zufriedenstellenden operativen Ergebnissen.

1.7.7. Juristische Anerkennung

Die juristische Anerkennung des Geschlechtswechsels in Form der Namens- und Personenstandsänderung stellt ebenfalls einen Wirkfaktor dar (Hoenig et al. 1970,): So fanden Patienten und Patientinnen mit Namensänderung besser Arbeit, blieben länger an Arbeitsstellen und wurden seltener straffällig.

1.8. Untersuchungen zu ungünstigen Prädiktoren und Kontraindikationen

1.8.1. Psychische Instabilität

Weitgehende Übereinstimmung besteht darüber, dass floride Psychosen eine Kontraindikation für eine Behandlung zur Geschlechtsumwandlung darstellen. Dabei schließen die meisten Autoren von vornherein Patienten mit auch einer remittierten Psychose aus (Benjamin 1964, Laub und Fisk 1974, Hunt und Hampson 1980), während einzelne Autoren Psychosen als relative Kontraindikationen bzw. Risikofaktoren ansehen (Walinder und Thuwe 1975). In ihrer Langzeitkatamnese von 1998 unterstrichen Rauchfleisch et al., dass eine mögliche Psychosegefährdung vor geschlechtsumwandelnden Maßnahmen auszuschließen sei. Ausgehend von der Beobachtung, dass die Behandlungsergebnisse um so besser waren, je weniger zusätzliche psychopathologische Merkmale die Patienten zu Beginn der Behandlung boten (Lundström et al. 1984, Dudle 1989), folgerten einige Autoren, dass für die Indikationsstellung möglichst große psychische Stabilität oder Ich-Stärke vorliegen sollten (z.B. Hunt und Hampson, 1980; Sörensen 1981). Walinder und Thuwe (1975 und 1978) stellten als einen negativen Prädiktor das Vorliegen einer instabilen, unreifen Persönlichkeit heraus. Hierbei bestehen erhebliche Schwierigkeiten, soziale Beziehungen einzugehen und befriedigend zu gestalten. In der Übersicht von 1984, zusammen mit Pauly und Lundström, betonen die Autoren, dass das Vorliegen von persönlicher und sozialer Instabilität zwar einen Risikofaktor aber keine absolute Kontraindikation gegen operative Eingriffe darstelle. Bodlund et al. arbeiten 1996 heraus, dass das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung mit einer hohen Zahl von Achse II-Kriterien¹⁰ sowie ein negatives Selbstbild¹¹ Prädiktoren für einen negativen Outcome darstellen.

¹⁰ Achse II Kriterien gemäß DSM IV

1.8.2. Angewiesensein auf finanzielle/soziale Unterstützung (Sozialhilfe, Arbeitslosigkeit)

Die große Bedeutung des „erfolgreichen Bestehens“ des Alltagsstes und die Fähigkeit zum finanziellen Selbstunterhalt wurde schon an anderer Stelle betont und wird mittlerweile in der Regel als Voraussetzung für die Operationsindikation gefordert (siehe dazu auch HABIGDA-Richtlinien Meyer et al. 2001; Richtlinien der deutschen Fachgesellschaften; Becker et al. 1997). Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass Arbeitslosigkeit und Sozialhilfeabhängigkeit vor allem bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen nicht selten sind und hier auch die allgemeine Arbeitsmarktsituation in eine differenzierte Betrachtungsweise mit eingeschlossen werden sollte, wie auch Pfäfflin und Junge herausstellen. Somit können Arbeitslosigkeit und Sozialhilfeabhängigkeit nur mit Einschränkung als ungünstige Prädiktoren herangezogen werden.

1.8.3. Mangelnde Unterstützung durch soziales Umfeld, Angehörige

Als ein weiterer negativer Prädiktor werden die mangelnde Unterstützung durch die Familie bzw. wenig Rückhalt im privaten Kontext angesehen, worauf Walinder et al. 1978 hinwiesen anhand ihrer Untersuchungen über Patienten und Patientinnen, die den Geschlechtsrollenwechsel bzw. auch die operative Geschlechtsumwandlung bereut hatten. Dieses Ergebnis wurde durch Lindemalm et al. (1987) in der Tendenz bestätigt, war aber nicht signifikant. Landen, Walinder und Lundström(1998) bestätigten ebenfalls diesen Befund, wobei sie auch hier Patienten und Patientinnen untersuchten, die die Geschlechtsumwandlung bereut hatten. Nicht bestätigt wurde dieses Ergebnis allerdings durch Lawrence (2003), die keinen statistisch signifikanten Zusammenhang fand zwischen Ausmaß der familiären Unterstützung und postoperativer Zufriedenheit oder Bedauern.

1.8.4. Ausgeprägte körperliche Merkmale

Von nicht unerheblicher Bedeutung scheint –vor allem bei Mann-zu-Frau Transsexuellen- die körperliche Konstitution zu sein, da deutlich überdurchschnittliche Körpergröße, ausgeprägte Behaarung, eine sehr athletische Muskulatur sowie ein grobknochiger Körperbau auch nach der Geschlechtsumwandlung zu einer physiognomischen Auffälligkeit beitragen (Benjamin 1964, Walinder und Thuwe 1975).

1.8.5. Gynäophile Orientierung bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen

Schon u.a. von Lothstein (1979) wurde ein ungünstigerer Behandlungsverlauf mit dem Risiko, die Geschlechtsumwandlung im nachhinein zu bereuen, für die Mann-zu-Frau-Transsexuellen

¹¹ Negatives Selbstbild wurde bestimmt gemäß SASB: strukturelle Analyse sozialen Verhaltens

mit gynäphiler Orientierung beschrieben. Diese Gruppe der Transsexuellen transvestiert und entwickelt zu einem vergleichsweise späten Zeitpunkt den Wunsch nach Geschlechtsumwandlung. Spätere Untersuchungen von Walinder et al. (1978) und Blanchard (1989) bestätigten die Annahme eines weniger günstigen Verlaufs, wobei Blanchard einen Teil der Unzufriedenheit auf die deutlich schlechteren Erwerbsmöglichkeiten nach der Geschlechtsumwandlung zurückführte. In seiner Untersuchung von 1998 beschrieb Landen die Nichtzugehörigkeit zur „Kerngruppe“ der Transsexuellen (s.o. Aversion gegen die biologischen Geschlechtsmerkmale, ein effeminiertes Verhalten als Kind, das Fehlen sexueller Erregbarkeit bei cross-dressing und die sexuelle Neigung zum gleichen biologischen Geschlecht) als ein problematisches Kriterium, wobei daraus aber keine Kontraindikation abgeleitet wird, sondern vielmehr sorgfältige Diagnostik und Beratung empfohlen werden.

1.8.6. Höheres Alter bei Erstkontakt

Ein bei der Erstvorstellung deutlich höheres Alter (über 30 Jahre) wurde von Lindemalm et al. (1987) ebenfalls als prognostisch eher ungünstig eingeschätzt, war in dieser Untersuchung aber statistisch nicht signifikant. Dem stehen Einzelfalldarstellungen gegenüber (Kamprad et al. 1991) von erfolgreichen Behandlungen auch älterer Transsexueller.

1.8.7. Einfluss von Persönlichkeitsmerkmalen

Zum Einfluss von Persönlichkeitsmerkmalen auf die globale Einschätzung des Verlaufs stellen Hartmann und Becker (2002) das Merkmal der sozialen Isolierung und Introversion als besonders aussagekräftig heraus. Die Einschätzung des Verlaufs fiel um so ungünstiger aus, je sozial isolierter, introvertierter und in den interpersonellen Beziehungen zurückgezogener ein Patient in der Basisdiagnostik war. Ein weiterer konsistenter Negativprädiktor war Depressivität, wobei die Autoren hier annehmen, dass dadurch die Möglichkeiten, mit den spezifischen Anforderungen –auch während des Geschlechtswechsels- umzugehen, erheblich eingeschränkt sind.

1.8.8. Weitere negative Prädiktoren (Lindemalm)

Als weitere negative Prädiktoren arbeiteten Lindemalm et al. (1986) den Verlust der Eltern in früher Kindheit, Hypo- oder Asexualität, abgeleisteten Militärdienst und harte Männerarbeit heraus. Einschränkend muss zu dieser Untersuchung aber angeführt werden, dass die Stichprobe nur 13 Patienten umfasste.

1.9. Besonderheiten der untersuchten Patientengruppe und Schwierigkeiten bei der Datenerhebung

Wie schon mehrfach erwähnt, ist die Gruppe „der Transsexuellen“ ausgesprochen heterogen, und diejenigen, die sich zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen und einer Operation entschließen, stellen eine Untergruppe dar. So führte Carroll 1997 aus, dass die häufigsten Lösungswege für „Gender Dysphorie“ ein ungelöstes Outcome, das Akzeptieren des vorgegebenen biologischen Geschlechts, ein zeitweises Ausleben des gegengeschlechtlichen Empfindens sowie schließlich die Geschlechtsumwandlung seien. Hierzu lässt sich einwenden, dass „Gender Dysphorie“ nicht ohne weiteres gleichzusetzen ist mit „Transsexualität“, was die Besonderheiten von Kategorisierung und Diagnostik dieser Patientengruppe in den verschiedenen Klassifikationssystemen (ICD 10 und DSM IV) noch einmal umreißt.

Transsexualität ist nicht zwingend mit dem Wunsch nach geschlechtsangleichender Operation verbunden, worauf u.a. Becker (2004) hinwies: In ihrer Untersuchung Transsexueller, die bei Amtsgerichten Vornamens- und Personenstandsänderung beantragt hatten, stellten Osburg und Weitze (1993) fest, dass 20 bis 30 % der Antragsteller auf Vornamensänderung in der BRD es bei der sogenannten „kleinen Lösung“ (d.h. ausschließlich eine Veränderung des Vornamens) bewenden lassen und auf eine Personenstandsänderung verzichten. Die Gründe hierfür sind vielfältig: So mag die für eine Personenstandsänderung notwendige geschlechtsangleichende Operation Betroffene abschrecken. Gründe für den Verzicht auf geschlechtsangleichende Operationen könnten Ängste vor Kastration, vor der Irreversibilität des Eingriffs, vor Komplikationen und vor Unzufriedenheit mit dem Ergebnis sein.. Auch mögen Zweifel an der Realisierbarkeit des Wunsches nach Geschlechtsumwandlung durch operative Maßnahmen bestehen.

Weiterhin kann –vor allem bei verheirateten transsexuellen Patienten (mit Familie)- der Wunsch bestehen diese Bindungen, aber vor allem auch den rechtlichen Status aufrechtzuerhalten. Dies setzt aber nicht notwendigerweise den Verzicht auf geschlechtsangleichende Operationen voraus, so dass es durchaus möglich ist, weitgehende geschlechtstransformierende Maßnahmen durchführen zu lassen incl. Operationen, ohne das Geschlecht im Geburtsregister verändern zu lassen.

Eine Besonderheit dieser Patientengruppe stellt deren Rekrutierung und Motivation zur Teilnahme an einer Nachuntersuchung dar: Da sich viele der Transsexuellen (die eine Vornamensänderung und/oder auch geschlechtsangleichende Operationen hinter sich brachten) nach diesen Schritten auch zu einem Wohnortwechsel entschließen, ergeben sich daraus regelmäßig Schwierigkeiten, die ehemaligen Patienten und Patientinnen überhaupt ausfindig zu machen. Dies gilt besonders auch für Deutschland, da hier –im Gegensatz zu den

skandinavischen Ländern Schweden und Dänemark sowie Belgien und den Niederlanden-Beratung und Behandlung von transsexuellen Patienten und Patientinnen dezentral erfolgt. Meistens sind Spezialsprechstunden Universitätskliniken angegliedert; Beratung und Behandlung finden aber auch bei niedergelassenen Therapeuten statt. Fachübergreifende Zentren –etwa vergleichbar den gender identity clinics in den USA- gibt es in der deutschen Versorgungslandschaft nicht, ebenso wenig existiert so etwas wie eine zentralisierte „Erfassung“ transsexueller Patienten und Patientinnen, so dass sich hieraus Fragen nach der Repräsentativität der Stichproben ergeben. Unter diesen Umständen erscheint es nachvollziehbar schwieriger, hinreichend große Stichproben zu rekrutieren, bei denen dann auch statistische Auswertungsmethoden zur Anwendung kommen können. Darüber hinaus muss natürlich auch bei den Betroffenen eine Bereitschaft bestehen, sich an den Geschlechtswechsel erinnern lassen zu wollen, was wiederum verknüpft ist mit der Frage nach dem Verlauf insgesamt.

Die Frage der Repräsentativität drängt sich auf, wenn das lost-to-follow-up der jeweiligen Studien miteinander verglichen wird. Generell sind Raten von 40 % und mehr keine Seltenheit, was sich in Zusammenhang bringen lässt mit den oben beschriebenen Besonderheiten dieser Patientengruppe und länderspezifischen Möglichkeiten der Erhebung. Ein mit 15,6% sehr niedriges lost-to-follow-up erzielten Becker und Hartmann beim ersten Nachuntersuchungszeitpunkt ihrer prospektiven Untersuchung von Patienten und Patientinnen, die sich in laufender Behandlung befinden. Bei den retrospektiven Untersuchungen finden sich lost-to-follow-up Raten von 21 % (Sörensen 1981) bis 81 % (Rauchfleisch 1998)

Auch die Stichprobengröße schwankt außerordentlich zwischen minimal zwei und maximal 55 Probanden bei den Mann-zu-Frau Transsexuellen und minimal eins und maximal 43 Probanden bei den Frau-zu-Mann Transsexuellen. Unter Berücksichtigung der katamnestischen Studien aus den vergangenen 10 Jahren lässt sich feststellen, dass die Stichprobengröße insgesamt recht klein ist und in diesem Zeitraum nicht über 50 (Mann-zu-Frau Transsexuelle) und 40 (Frau-zu-Mann Transsexuelle) in der Nachuntersuchung von Eldh et al. (1997) hinausging. Dadurch ergeben sich Einschränkungen hinsichtlich der statistischen Auswertbarkeit.

Die Art der Erhebung ist ausgesprochen heterogen und bezieht als Informationsquellen und Erhebungsinstrumente die mündliche Befragung, Krankenakten, körperliche Untersuchungen, katamnestische Fragebögen, Persönlichkeitsinventare und spezifische Tests zu Geschlechtsrollenstereotypen mit ein. In einzelnen Untersuchungen wurden die Daten

ausschließlich aus den Krankenakten erhoben. Darüber hinaus werden in einigen Studien Angaben über die Patienten durch die Aussagen Angehöriger oder Freunde ergänzt oder auch ausschließlich erhoben über „Hörensagen“.

Schriftliche Erhebungen mittels eines standardisierten katamnesticen Fragebogens wurden ab den 1970-er Jahren zunehmend eingesetzt. Beispielhaft erwähnt seien hier Wyler 1978, Lothstein 1980, Wiegand 1984, Blanchard et al. 1985, Fahrner et al. 1987, Pfäfflin und Junge 1990, Eicher et al. 1991)

In der Untersuchung von Lothstein wurde ein 59 Items umfassender Fragebogen eingesetzt zum sexuellen, psychischen, sozialen, ökonomischen, elterlichen familiären und gesundheitlichen Befinden.

Blanchard untersucht Partnerschaft, Beschäftigung- und Einkommenssituation sowie subjektive Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis, wobei die subjektive Zufriedenheit nur mit zwei Fragen erfasst wurde. Bei fünf vorgegebenen Antwortkategorien sollten die Patienten sagen, ob sie die Operation sicher oder wahrscheinlich kein zweites Mal über sich ergehen lassen, oder sich wahrscheinlich bzw. sicher wieder dafür entscheiden würden. Zwischen diesen Alternativen gab es als weitere Antwortmöglichkeit „ich weiß es nicht“. Gefragt wurde schließlich, ob die Betroffenen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung lieber als Angehörige ihres jetzigen oder ihres früheren Geschlechts leben würden.

In der Untersuchung von McEwan et al. (1986) wurden auf einer jeweils vierstufigen Skala neben operativen Ergebnissen im einzelnen auch Orgasmusfähigkeit, Selbstbild, Arbeitssituation, soziale Situation, Sexualleben und Gesamturteil erfragt.

Fahrner et al. führten mit ihren Probanden ein Katamneseinterview Transsexualität (KIT) mit insgesamt 125 offenen und geschlossenen Fragen durch. Weiterhin erfolgte im Anschluss an das Interview eine Fremdbeurteilung anhand einer vierstufigen Ratingskala (Fragebogen „Psychologische Integration Transsexueller“), in der die berufliche, die finanzielle Situation, das soziale Beziehungsnetz, die Zufriedenheit mit der sexuellen Situation, der physische Status, die Einstellung der Umgebung und die eigene Einstellung zur Geschlechtsrolle erfragt wurden.

Pfäfflin und Junge verwenden in ihrer Untersuchung einen Fragebogen, der sich auf die Bereiche Medizinische Behandlung, berufliche Entwicklung, Familie, Freunde, Partnerschaften, sexuelles Erleben, Geschlechtsrolle und psychisches Befinden erstreckt. Zu den einzelnen Bereichen wurde eine Fremdbewertung gemäß einer vierstufigen Skala vorgenommen.

Eicher erfasste in seiner schriftlichen Befragung subjektive Zufriedenheit, Partnerschaft, Sexualverhalten, Tiefe, Weite und Lubrikation der Scheide und sexuelles Erleben sowie die

sozioökonomische Situation. Weiterhin wurden die operierten Mann-zu-Frau-Transsexuellen um frei formulierte Kommentare gebeten.

Auf die besondere Beziehung zwischen untersuchendem Wissenschaftler und Untersuchungsperson wiesen u.a. Lothstein (1982) und Abramowitz (1986) hin, die zur Minimierung eines sogenannten Interviewer-Bias die Durchführung der Befragungen durch unabhängige, nicht in den Behandlungsprozeß involvierte Forscher forderten.

Weiterhin sind Bewertung und Vergleichbarkeit der Katamneseuntersuchungen erschwert durch die unterschiedliche Definition der Nachuntersuchungszeiträume. So setzen manche Forscher den Katamnesezeitraum ab Behandlungsbeginn fest, andere wiederum berücksichtigen den Zeitraum ab Beginn des Alltagstestes. Als kritisch werten es hingegen Becker und Hartmann (2002), den Zeitpunkt der ersten geschlechtsangleichenden Operation als Bezugspunkt für Nachuntersuchungen anzunehmen, da hierdurch die Operation innerhalb des Gesamtbehandlungskonzeptes gewissermaßen „überhöht“ wird. Dieser Einwand wird gestützt durch die inzwischen gut belegten und durch andere Forscher bestätigten Ergebnisse der Münchner Forschergruppe (Kockott, Fahrner 1987), die zeigen konnte, dass geschlechtsangleichenden Operationen zwar eine wichtige aber nicht die entscheidende Bedeutung innerhalb des Geschlechtsrollenwechsels zukommt.

Die Dauer des Nachuntersuchungszeitraumes weist ebenfalls in den katamnestischen Untersuchungen große Schwankungen auf, wobei diese Zeiträume mitunter nur drei Monate aber auch bis zu 20 Jahren betragen. Auch hier liegt auf der Hand, dass dadurch eine Vergleichbarkeit der katamnestischen Studien erheblich erschwert ist. Ein sehr kurzer Nachuntersuchungszeitraum von wenigen Monaten postoperativ kann noch keine Aussagen ermöglichen über den Langzeitverlauf und kann zudem –unter dem Einfluss von Erleichterung und Zuversicht unmittelbar postoperativ im Sinne eines „postoperativen honeymoons“- betont optimistischen Einschätzungen Vorschub leisten.

1.10. Erfassung der Zufriedenheit

Die Frage nach der Zufriedenheit ist subjektiver Natur und lässt sich demzufolge auch nur aus der subjektiven Perspektive heraus beantworten. Kompliziert wird es allerdings dann, wenn Subjektivität objektiven Bewertungskriterien genügen soll bzw. die Frage aufkommt, ob die alleinige subjektive Perspektive ausreichen kann, so gravierende Maßnahmen wie einen Geschlechtsrollenwechsel einschließlich geschlechtsangleichender Operationen hinreichend abzubilden. Dies mag den Wunsch begründen, auch sogenannte „objektive Kriterien“ heranzuziehen, um –unabhängig von der Einschätzung der Betroffenen- zu eindeutigen

Bewertungen zu kommen. Nicht gerade erleichtert wird die Bewegung im Spannungsfeld zwischen subjektiver Einschätzung einerseits und objektivem Anspruch andererseits dadurch, dass Widersprüche auftreten und es dem Untersucher mitunter schwer nachvollziehbar erscheint, dass auf Zufriedenheit beharrt wird, auch wenn „objektive Kriterien“ dagegen zu sprechen scheinen.

Erlaubt sei die Überlegung, ob sich nicht in dieser Diskussion auch ein permanenter innerer Konflikt der Betroffenen selber abbildet, der selbstverständlich auch Auswirkungen hat auf die Interaktionen zwischen Betroffenen und Ärzten/ Psychotherapeuten etc.: Dem Wunsch nach klarer Kategorisierung und der Suche nach „Übersichtlichkeit“ steht das grenzüberschreitende, Zwischenräume reklamierende, nicht eindeutig zuzuordnende Transidentische gegenüber mit seinem Anspruch auf Subjektivität.

In diesem kurz umrissenen Spannungsfeld kann eine Kategorie wie Zufriedenheit im Grunde nur vor dem Hintergrund der bisherigen Entwicklung begriffen werden. Ein Verzicht auf die Berücksichtigung der Entwicklung könnte zwar eine scharfe Momentaufnahme „liefern“, wäre aber gewissermaßen ahistorisch. Die Hinzunahme objektiver Daten kann Hinweise geben auf das Spannungsfeld, in dem Zufriedenheit persönlich definiert wird, kann aber nicht sozusagen stellvertretend für Zufriedenheit stehen.

Wichtige Übersichtsarbeiten kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass sich durch den Geschlechtsrollenwechsel inclusive geschlechtsangleichender Operationen der Zustand der Betroffenen verbessert. Aus den metanalytischen Studien geht eine Zufriedenheit von über 80% nach erfolgter geschlechtsangleichender Operation hervor (vgl. Pfäfflin, Junge 1992), wobei die „Zufriedenheit“ auf sehr unterschiedliche Weise erhoben wurde, worauf u.a. Rauchfleisch et al. (1998) hinwiesen. Frau-zu-Mann-Transsexuelle waren in den Untersuchungen durchgehend zufriedener als Mann-zu-Frau-Transsexuelle.

Nachdem zu Beginn der Nachuntersuchungen pauschal nach Zufriedenheit nach geschlechtsangleichenden Operationen gefragt wurde, bemühte man sich dann zunehmend, die Zufriedenheit in verschiedenen Skalierungen zu erfassen mit einer unterschiedlichen Zahl von Bewertungspunkten, die sich in etwa an „Schulnoten“ orientieren (sehr gut, gut, mittel, unentschieden, schlecht). Da deren Definition nicht einheitlich ist, sind auch die ermittelten Ergebnisse nicht ohne weiteres miteinander vergleichbar. Auch die Tatsache, dass nicht immer eine ungerade Zahl von Bewertungsstufen vorhanden war, erschwert eine Clusterbildung und damit eine verbesserte statistische Auswertbarkeit.

Frühere Metaanalysen (Pauly, 1981; Lundström, 1981; Green, und Fleming, 1990) addierten im wesentlichen die mitgeteilten Daten und errechneten daraus globale Besserungsraten, was

angesichts meist sehr kleiner und/oder sehr heterogener Stichproben, Differenz von Art und Ausmaß der Behandlung und Unterschieden hinsichtlich Fragestellungen, Erhebungsmethoden und Bewertungsmaßstäben problematisch erscheint.

So werteten beispielsweise Green und Fleming in ihrer Übersichtsarbeit von 1990 das „Nichtbegehren der Rückumwandlung“ als Beleg für „Zufriedenheit“, was sicherlich ein sehr grobes Bewertungskriterium darstellt.

Kuiper und Cohen-Kettenis (1988) legten in ihrer Untersuchung aus den Niederlanden an 141 geschlechtsangleichend operierten Transsexuellen (lost-to-follow-up bei den Mann-zu-Frau-Transsexuellen 40 % und bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen 33,3%) den Schwerpunkt auf die subjektiven Einschätzungen der Patienten und Patientinnen und erfragten subjektives Wohlbefinden, Integration und Vertrauen in die neue Geschlechtsrolle, Zufriedenheit mit dem Körper und mit der Operationsentscheidung sowie Suizidversuche. Diese Ergebnisse verglichen sie mit anderen „objektiven“ Variablen (Arbeitsplatz, Akzeptanz durch die Familie und Partnerschaft) und konnten zeigen, dass die subjektiven Angaben valide waren und eine weitgehende Übereinstimmung zwischen objektiven Fakten und subjektiven Angaben zur Zufriedenheit bestand.

Dieser Ansatz wurde von einer Schweizer Arbeitsgruppe (Rauchfleisch et al. 1998) bestritten: In ihrer Langzeitkatamnese (lost-to-follow-up bei den Mann-zu-Frau-Transsexuellen 73% und bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen 81%) betonen sie die Diskrepanz zwischen stereotyp vorgebrachter Zufriedenheit und dem in der Untersuchungssituation erhobenen psychopathologischen Befund, in den auch –nur in der direkten Untersuchungssituation zu erhebende- Momente von Übertragung und Gegenübertragung Eingang fanden.

1.11. Fragestellungen

Wie eingangs ausgeführt, wurden inzwischen sowohl auf internationaler als auch auf nationaler Ebene Richtlinien für das Vorgehen bei Transsexualität entwickelt. Das Procedere schließt neben der Einnahme gegengeschlechtlicher Hormone und der Möglichkeit zu geschlechtsangleichenden Operationen auch eine psychotherapeutische Behandlung bzw. Begleitung ein. Der Weg der „Geschlechtstransformation“ ist nach übereinstimmenden Schilderungen aus den Ländern, in denen es diese Möglichkeit qua Gesetzgebung gibt, von mehrjähriger Dauer, wobei die „Standards of Care“ der Harry Benjamin Gesellschaft in unterschiedlicher Ausprägung zur Anwendung kommen. Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich mit transsexuellen Patienten und Patientinnen, die nach vorausgegangener Begutachtung in der Klinik für Psychosomatik zu einem späteren Zeitpunkt geschlechtsangleichend operiert wurden. Von Interesse war zunächst, ob und inwiefern das in

den Richtlinien postulierte Verfahren in dem institutionalisierten Rahmen tatsächlich zur Anwendung kommt.

Aufgrund oftmals länderspezifischer unterschiedlicher Zugangsbedingungen und Einschlusskriterien zu geschlechtstransformierenden Maßnahmen stellt sich neben der Frage der Vergleichbarkeit der Studien auch die Frage nach deren Repräsentativität. Ausgehend von der Beobachtung, dass katamnestic Studien zu Transsexualität oftmals mit einem hohen lost-to-follow-up verbunden sind, beschäftigt sich die vorgelegte Untersuchung eingehend mit der Frage der Vergleichbarkeit zwischen Antwortern und Nicht-Antwortern. Hier wird der Vermutung nachgegangen, dass möglicherweise ausgerechnet die wenig günstigen Verläufe in katamnestic Studien nur unzureichend erfasst werden. In den vorliegenden Studien zur Katamnese von geschlechtsangleichend operierten Patienten und Patientinnen wurde die Frage der Repräsentativität bislang eher vernachlässigt.

Ausgehend von dem von Pfäfflin und Junge in ihrer umfangreichen Metaanalyse (1992) vorgelegten Ergebnis, dass die Zufriedenheit nach Geschlechtsrollenwechsel insgesamt hoch ist, dass aber die methodische Vielfaltigkeit der jeweiligen Untersuchungen Differenzierung und Vergleichbarkeit der Ergebnisse erschweren, ist ein Ziel dieser Untersuchung, die Zufriedenheit geschlechtsangleichend operierter Patienten und Patientinnen weiter zu spezifizieren. So beschäftigt sich die Untersuchung mit der Erfassung von Variablen, die die Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel nach erfolgter geschlechtsangleichender Operation charakterisieren. Dabei wird die Zufriedenheit in mehreren Unterkategorien erfasst, um ein möglichst differenziertes Abbild von „Zufriedenheit“ zu erhalten. Die Darstellung der Zufriedenheit erfolgt dabei aus einer rein subjektiven Perspektive.

Der Wechsel der Geschlechtsrolle vollzieht sich innerhalb mehrerer Jahre und ist ein Geschehen, das die betroffenen Patienten und Patientinnen in ihrer bio-psycho-sozialen Realität und Gewordenheit trifft. Vor diesem Hintergrund erscheint es naheliegend, dass sich Veränderungen in der Lebensrealität auch in Veränderungen soziodemographischer Daten manifestieren. Neben der Frage nach „Verbesserung“ oder „Verschlechterung“ interessiert vor allem, ob es Hinweise gibt zwischen den Lebensumständen zum Zeitpunkt der Begutachtung, zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung und der Einschätzung der Zufriedenheit.

Von besonderem Interesse sind dabei die Bereiche Partnerschaft, Sexualität und berufliche Entwicklung. Die Hinzunahme der „Entwicklungsperspektive“ wird dadurch ermöglicht, dass die Begutachtung in der Klinik für Psychosomatik Essen den ersten Bezugspunkt der Untersuchung darstellt, wodurch die Bedeutung der ersten geschlechtsangleichenden Operation relativiert werden kann und eine stärkere Fokussierung auf den Gesamtverlauf ermöglicht wird.

Die Untersuchung beschäftigt sich zudem ausführlich mit geschlechtsbezogenen Unterschieden. Hierbei wird der Frage nachgegangen, ob und inwiefern sich geschlechtsbezogene Unterschiede in Verlauf und Entwicklung darstellen lassen und ob sich hieraus geschlechtsbezogene Unterschiede in der abschließenden Einschätzung der Zufriedenheit ergeben.

Die vorliegende Untersuchung wurde als retrospektive Untersuchung einer konsekutiven Stichprobe konzipiert und schließt sämtliche Patienten und Patientinnen ein, die im Zeitraum von 1989 bis 2001 in der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie Essen im Rahmen des Transsexuellengesetzes (TSG) begutachtet wurden.

Die in der Untersuchung bearbeiteten Fragestellungen lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- (I) Ist die nachuntersuchte Stichprobe geschlechtsangleichend operierter Patienten und Patientinnen repräsentativ für die Gesamtgruppe der eingangs begutachteten Patienten?
- (II) Kam das in den Richtlinien postulierte Verfahren bei geschlechtsangleichend operierten transsexuellen Patienten und Patientinnen tatsächlich zur Anwendung?
- (III) Hat das Durchlaufen des Verfahrens Auswirkungen auf die Lebensumstände der betroffenen transsexuellen Patienten und Patientinnen?
- (IV) Wie hoch ist die Zufriedenheit geschlechtsangleichend operierter Patienten und Patientinnen?
- (V) Welche Faktoren tragen zur Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel bei?
- (VI) Welche geschlechtsbezogenen Unterschiede zeichnen sich ab?

2. METHODIK

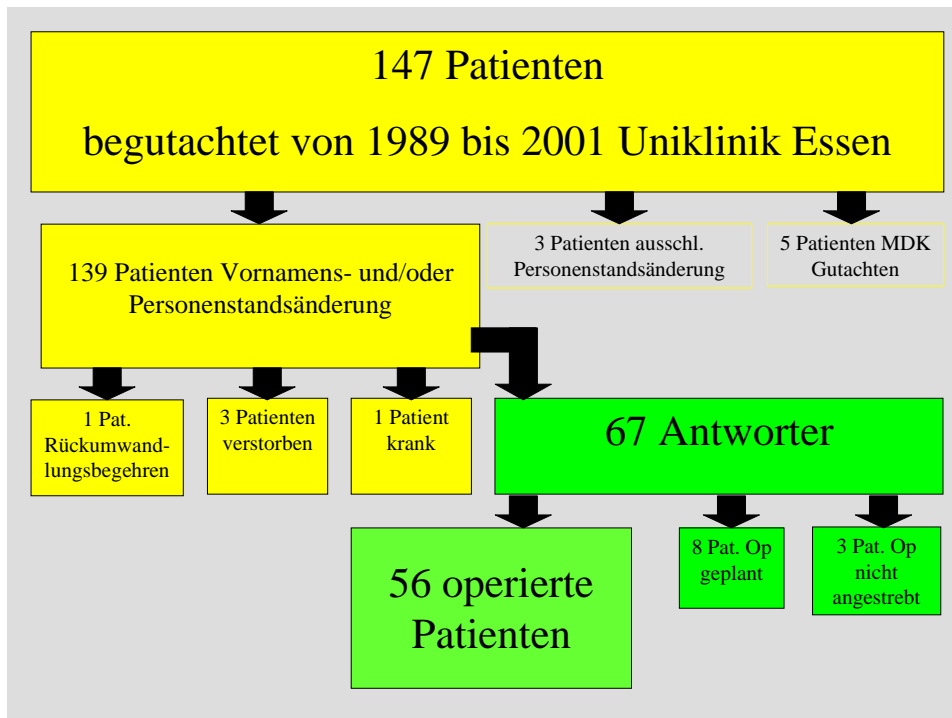
2.1. Vorgehensweise

Die Untersuchung wurde an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Direktor: Prof. Dr. med. W. Senf) der Rheinischen Kliniken Essen, Institut der Universität Duisburg-Essen durchgeführt. Diese Klinik versteht sich –neben der Wahrnehmung anderer Aufgabengebiete- als eine Anlaufstelle für Menschen mit Störungen der Geschlechtsidentität, insbesondere Transsexualität, und bietet eine Sprechstunde für Betroffene an. Nach Beauftragung durch die zuständigen Amtsgerichte werden Begutachtungen im Rahmen des TSG (Transsexuellengesetz TSG- das Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen) vorgenommen zur Frage der Vornamensänderung aber auch zur Frage der Personenstandsänderung. (Einzelheiten zum Verfahren s.u.). Vereinzelt wurden Begutachtungen im Auftrag des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen durchgeführt mit der Frage der Indikation für geschlechtstransformierende Maßnahmen.

In die Untersuchung aufgenommen wurden sämtliche 139 Patienten und Patientinnen, die zur Frage der Vornamensänderung im Zeitraum zwischen 1989 und 2001 in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie begutachtet wurden. Den Patienten und Patientinnen wurde ein eigens entwickelter Fragebogen zugeschickt mit einem erklärenden Anschreiben und einem beigefügten frankierten Rückumschlag. Die Kontaktaufnahme unsererseits erfolgte an die uns (aus der Begutachtungssituation bekannte) postalische Adresse. Bei Nichtbeantwortung erfolgte nach zwei Monaten ein erneutes Anschreiben an dieselbe Adresse. Parallel wurde dann versucht, telefonisch Kontakt aufzunehmen und die Probanden zur Teilnahme an der Untersuchung zu motivieren. In denjenigen Fällen, in denen die Fragebögen mit dem Vermerk „unbekannt verzogen“ bzw. „Empfänger unbekannt“ zurückgeschickt wurden, erfolgte unsererseits eine schriftlich Anfrage an die jeweiligen Einwohnermeldeämter mit der Bitte, die aktuelle Adresse zur Verfügung zu stellen. Es erfolgte dann ein erneutes Anschreiben und gegebenenfalls zweimalige Wiederholung und ebenfalls der Versuch der telefonischen Kontaktaufnahme und Motivation.

Die Untersuchung wurde über zwei Zeiträume durchgeführt: von 1997 bis 1998 und 2001 bis 2002. Dabei wurde bei der Berechnung des Katamnesezeitraumes der jeweilige Untersuchungszeitpunkt zugrunde gelegt.

Abbildung 1: Gesamtkollektiv und Stichprobe



Von den 139 Patienten und Patientinnen, die zur Vornamensänderung begutachtet wurden, waren zwischenzeitlich drei Patienten und Patientinnen verstorben; ein Patient war schwer erkrankt und sah sich daher zu einer Teilnahme an der Untersuchung nicht in der Lage. Ein Patient, der nicht geschlechtsangleichend operiert worden war, hatte ein Rückumwandlungsbegehren gestellt zwecks erneuter Vornamensänderung. Unbekannt verzogen waren 21 Patienten und Patientinnen. Vier Patienten und Patientinnen wünschten keine Teilnahme an der Nachuntersuchung. Insgesamt betrug die Anzahl der Nicht-Antwörter 72.

Geantwortet haben 67 Patienten und Patientinnen, so dass der Rücklauf 48,2% beträgt. Von diesen Patienten und Patientinnen wurden 56 geschlechtsangleichend operiert. Bei acht Patienten und Patientinnen waren geschlechtsangleichende Operationen geplant, bei drei Patienten und Patientinnen nicht. Die vorgelegte Untersuchung befasst sich im Schwerpunkt mit Verlauf und Zufriedenheit geschlechtsangleichend operierter Patienten und Patientinnen nach zuvor erfolgter Begutachtung zur Vornamensänderung. Die Gruppe der zwar zur Vornamensänderung begutachteten aber (noch) nicht operierten Patienten und Patientinnen umfasst elf Probanden. Um die Frage der Repräsentativität für die Gesamtgruppe zu untersuchen, erfolgte ein statistischer Gruppenvergleich zwischen den 67 Antwortern und den 72 Nicht-Antwörtern. Die Stichprobe der geschlechtsangleichend operierten und nachuntersuchten Patienten und Patientinnen stellt somit eine „Teilmenge“ der Antworter dar.

Die soziodemographischen Daten wurden den Gutachten entnommen. Ab dem Jahre 1993 wurden in der Ambulanz sog. „Patientenfragebogen“ mit soziodemographischen Angaben zur eigenen Person eingesetzt, die auch bei den begutachteten Patienten und Patientinnen Verwendung fanden. Angaben zur Begutachtungssituation, dem Auftreten und dem Ergebnis der Begutachtung wurden dem Gutachten selbst entnommen.

2.2. Untersuchungsinstrumente

Zum Einsatz kam ein eigens entwickelter Fragebogen mit 23 Items. Eingangs wurden Angaben zur somatischen Behandlung (Gabe von gegengeschlechtlichen Hormonen und geschlechtsangleichende Operationen) abgefragt mit Erfassung der genaueren zeitlichen Angaben. Es folgten Fragen zu den erstellten Gutachten (Zahl der Gutachten, Namen der Gutachter) sowie zum Stand der sog. „juristischen Anerkennung“ (Vor Namensänderung und Personenstandsänderung), wobei die Probanden die Kategorien „Datum“, „geplant“ und „nicht angestrebt“ ausfüllen bzw. ankreuzen konnten.

Anschließend wurde abgefragt, ob und in welchem zeitlichen Umfang eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt wurde. (Fragen nach dem therapeutischen Ansatz und Sitzungsfrequenz wurden nicht gestellt). Weiterhin wurde nach der Teilnahme an Selbsthilfegruppen gefragt (ohne Erfassung von Dauer und Häufigkeit der Teilnahme).

Zum Themenbereich Partnerschaft und Sexualität wurde erfragt, ob eine feste Partnerschaft besteht und seit wann. Weiterhin wurde nach sexuellen Kontakten gefragt und sexueller Orientierung, wobei hier mehrfaches Ankreuzen aus vorgegebenen Antworten möglich waren, was aber nur selten zur Anwendung kam. Die Frage nach einem evtl. überdauernden Beziehungsmuster beendete diesen Themenbereich; auch zu diesem Punkt wurden mehrere Antwortmöglichkeiten vorgegeben.

Es schloss sich der Bereich der beruflichen Integration an. Hierzu wurden die Probanden aufgefordert, den eigenen Ausbildungsstand aus vorgegebenen Antwortmöglichkeiten heraus anzukreuzen. Weiterhin wurde die Stundenzahl der Beschäftigung erfragt, um vollzeitige und teilzeitige Erwerbstätigkeit genauer differenzieren zu können.

Der letzte Fragenkomplex beschäftigte sich mit der Erfassung der Zufriedenheit, die näher aufgeschlüsselt wird in Zufriedenheit mit dem Verfahrensablauf, mit der Psychotherapie, mit der Akzeptanz durch die Umgebung, mit der partnerschaftlichen Entwicklung, mit dem sexuellen Erleben und mit dem Geschlechtsrollenwechsel insgesamt. Aus vorgegebenen fünf Bewertungskategorien (in etwa Schulnoten entsprechend) sollte eine Kategorie angekreuzt werden. Dieses Vorgehen wurde gewählt, um eine Reduktion in Ja/ Nein – Antworten zu vermeiden und die Zufriedenheit differenzierter abbilden zu können.

Der letzte Teil des Fragebogens enthielt die Aufforderung zu freien Angaben, wobei ausdrücklich keine Themen vorgegeben wurden, sondern vielmehr die Einladung ausgesprochen wurde, die eigene Sicht der Dinge zu schildern, Wichtiges zu ergänzen und auf diese Weise der subjektiven Erlebnisweise genügend Raum geben zu können.

2.3. Auswertung

Die statistische Auswertung der Fragebögen erfolgte mittels eines Personalcomputers unter Verwendung des Statistikprogrammes „Statistical Package for Social Sciences“ (SPSS) für Windows, Version 11.0. Im Rahmen der Hypothesentestungen wurden deskriptive Statistiken genutzt und außerdem t-Tests für unabhängige Stichproben, Korrelationsberechnungen und Chi-Quadrat-Tests.

Statistische Signifikanz war dann erfüllt, wenn die Irrtumswahrscheinlichkeit nicht über 5% lag. Irrtumswahrscheinlichkeiten zwischen 5 und 10% deuteten auf Tendenzen hin.

3. DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE

3.1. Zur Vergleichbarkeit der Stichprobe- Antworter und Nicht-Antworter

Insgesamt konnten von den 139 Patienten und Patientinnen, die zur Vornamensänderung begutachtet wurden, 56 Patienten und Patientinnen, die zwischenzeitlich geschlechtsangleichend operiert worden waren, nachuntersucht werden. Um eine Aussage zur Vergleichbarkeit der 56 Patienten und Patientinnen für die Gesamtzahl der Begutachteten treffen zu können, werden diejenigen verglichen, die den Fragebogen zurückschickten– *im folgenden Antworter genannt*- mit denjenigen, die den Fragebogen nicht beantworteten- *im folgenden Nicht-Antworter genannt*. Den Fragebogen beantworteten 67 Patienten und Patientinnen, während 72 Patienten und Patientinnen den Fragebogen unbeantwortet ließen, die Rücklaufquote beträgt damit 48,2%.

Die Frage der Repräsentativität der Antworter wird im folgenden anhand von drei Variablen-Gruppen überprüft: den soziodemographischen Daten, den Daten zur psychosexuellen Entwicklung und den Daten zu Behandlung und Begutachtung. Kritisch geprüft werden soll vor allem, ob es sich bei den Antwortern um eine „Positiv-Auswahl“ der Gesamtgruppe handelt.

3.1.1. Soziodemographische Daten Antwortter und Nicht-Antwortter

Die Gruppe der soziodemographischen Daten umfasst insgesamt zwölf Variablen.

Tabelle 1: Soziodemographische Daten Antwortter und Nicht-Antwortter

Variable	Antwortter		M	SD	Nicht-Antwortter		M	SD	P
	N	%			N	%			
Alter			38,4	9,7			37,0	8,4	,103
Bis 30 Jahre ¹²	12	17,9			22	30,6			
>30 Jahre	55	82,1			50	69,4			
Alter Begutachtung			34,5	9,9			32,5	8,1	,002
Bis 30 Jahre	22	32,8			33	54,8			
>30 Jahre	45	67,2			39	54,2			
Katamnesezeitraum			3,9	1,8			4,5	1,9	,073
In Jahren									
Partnerschaft									
Vorhanden	28	41,8			34	47,2			,523
Nicht vorhanden	26	38,8			29	40,3			
Verbindl. Beziehungserf.									
Ja	17	25,3			18	25,0			,131
Nein	24	35,8			34	47,2			
Wohnsituation									
Allein	15	22,4			20	27,8			,519
Nicht allein	13	19,4			20	27,8			
Kinder	12	18,0	,39	1,02	10	13,9	,26	,80	,114
Schulbildung									
Hauptschule	18	26,9			4	5,6			
Mittlere Reife	8	11,9			30	41,7			
Abitur	18	26,9			10	13,9			,077
Kein Abschluss	4	6,0			9	12,5			
Berufsabschluss									
Ja	28	41,8			35	52,2			,442
Nein	19	28,3			24	33,3			
Erwerbstätigkeit									
Ja	25	37,3			20	27,8			,068
Nein	3	46,3			43	59,7			

Wie aus der Tabelle 1 hervorgeht, waren die Nicht-Antwortter zum Zeitpunkt der Begutachtung signifikant ($P < ,002$) jünger als diejenigen, die den Fragebogen beantworteten und wiesen auch zum Zeitpunkt der Katamnese ein geringeres Alter auf als die Antwortter, jedoch fiel der Gruppen-unterschied hier nicht signifikant aus ($P < ,103$). Der Katamnesezeitraum (von der

¹² Bei den Variablen Alter und Alter Begutachtung wurden jeweils zwei Kategorien gebildet. Kategorie 1 entspricht Alter „bis 30 Jahre“; Kategorie 2 entspricht Alter „>30 Jahre“. Den Kategorien wurden die Werte „1“ und „2“ zugeordnet. Bei den anderen dichotomisierten Variablen der Tabelle wurde analog verfahren.

Begutachtung zur katamnestischen Untersuchung mittels Fragebogen) war bei den Antwortern deutlich kürzer als bei den Nicht-Antwortern, ($P < ,073$).

Die Antworter verfügten über eine höhere Schulbildung als die Nicht-Antworter. Hinsichtlich des Abiturs waren die Unterschiede zwischen beiden Gruppen deutlich aber nicht signifikant ($P < ,077$). Die Gruppe der Antworter befand sich zu einem größeren Teil als die Nicht-Antworter in einem Beschäftigungsverhältnis; der Unterschied wies eine deutliche statistische Tendenz ($P < ,068$) auf.

Die Antworter unterschieden sich von den Nicht-Antwortern nicht oder nur geringgradig in den folgenden Punkten: Die Antworter waren etwas häufiger „verbindlich beziehungs erfahren“ (damit ist gemeint, dass eine längere – teilweise auch legalisierte- partnerschaftliche Verbindung eingegangen worden war; verheiratet, getrennt lebend oder geschieden) als die Nicht-Antworter ($P < ,131$). Die Antworter hatten etwas häufiger Kinder als die Nicht-Antworter ($P < ,114$). Die Geschlechtsverteilung war bei beiden Gruppen gleich und betrug 1:1,7 Frau-zu-Mann zu Mann-zu-Frau Transsexuelle. Ebenfalls unterschieden sich Antworter und Nicht-Antworter nicht wesentlich bei den erreichten beruflichen Abschlüssen.

Suizidversuche hatten Antworter und Nicht-Antworter in gleich hoher Häufigkeit im Vorfeld unternommen. (Antworter $N=14$, entsprechend 20,9%; Nicht-Antworter $N=14$, entsprechend 19,4%)

3.1.2. psychosexuelle Entwicklung Antworter und Nicht-Antworter

Die Gruppe der Variablen zur psychosexuellen Entwicklung umfasst Angaben zum Zeitpunkt der Selbstdiagnose des transsexuellen Empfindens und zu frühem Crossdressing

Tabelle 2: psychosexuelle Entwicklung Antworter und Nicht-Antworter

Variable	Antworter		Nicht-Antworter	
	N	%	N	%
TS seit				
Schon immer	6	8,9	6	8,3
Bis 13. Lebensjahr	14	20,9	15	20,8
Bis 22. Lebensjahr	13	19,4	18	25,0
Ab 23. Lebensjahr	4	6,0	3	4,2
Frühes Crossdressing	24	35,8	28	38,9

Wie aus der Tabelle 2 hervorgeht, unterscheiden sich Antworter und Nicht-Antworter nicht hinsichtlich der psychosexuellen Entwicklung, was Selbstdefinition der Transsexualität und Häufigkeit von frühem Crossdressing angeht.

3.1.3. Behandlung und Begutachtung bei Antwortern und Nicht-Antwortern

Mit sieben Variablen wurden Behandlung sowie Art und Ergebnis der Begutachtung sowie die Geschlechtsperformance in der Begutachtungssituation beschrieben.

Tabelle 3: Behandlung und Begutachtung Antwortern und Nicht-Antwortern

Variable	Antworter		M	SD	Nicht-Antworter		M	SD	P
	N	%			N	%			
Psychotherapie									
Ja	56	83,6			59	81,9			,207
Nein	3	4,5			7	9,7			
Hormone									
Ja	54	80,6			59	81,9			,740
Nein	7	10,4			9	12,5			
Katamnesezeitraum									
In Jahren			3,9	1,8			4,5	1,9	,073
Begutachtung									
Nur Vornamensänderg.	29	43,3			47	65,3			,015
Vorname und Pers.stand	38	56,7			25	34,7			
Ergebnis Begutachtung									
Positiv bzgl. Vorn.änd.	61	91,0			56	77,8			,006
Therap. Empfehlungen	3	4,5			9	12,5			
Negativ					3	4,2			
Wiedervorstellung					2	2,8			
Äußeres Ersch.bild									
Eindeutig im erw. Geschl.	58	86,6			61	84,7			,201
Geschl.neutral oder bizarr	4	5,9			6	8,3			
Verhalten									
Eindeutig	59	95,2			60	83,3			,626
Geschl.neutral oder bizarr	3	4,5			9	12,5			

Während Antworter und Nicht-Antworter in vergleichbarem Umfang psychotherapeutische Begleitung und gegengeschlechtliche Hormonbehandlung wahrnahmen und sich diesbezüglich nicht unterschieden, traten bei der Begutachtung Unterschiede zwischen beiden Gruppen zutage, wie auch aus der Tabelle 3 ersichtlich: So wurden die Antworter signifikant häufiger uneingeschränkt positiv hinsichtlich der Vornamensänderung begutachtet als die Nicht-Antworter ($P < ,006$). Weitergehende therapeutische Empfehlungen wurden häufiger bei den Nicht-Antwortern ausgesprochen, und negative Beurteilungen sowie Empfehlungen zu Wiedervorstellung fanden sich ausschließlich bei den Nicht-Antwortern. Bei der Art der Begutachtung unterschieden sich Antworter und Nicht-Antworter statistisch signifikant voneinander: Die Antworter waren öfter ($P < ,015$) als die Nicht-Antworter in der Klinik für

Psychosomatik und Psychotherapie Essen sowohl zur Vornamensänderung als auch zur Änderung des Personenstandes begutachtet worden.

3.1.4. geschlechtsbezogene Unterschiede zwischen Antwortern und Nicht-Antwortern

Ausgehend von der Frage, ob das Geschlecht einen Einfluss auf die Teilnahme oder Nichtteilnahme an der Nachuntersuchung hat, wurden die eingangs geschilderten Kategorien erneut untersucht, diesmal unter der geschlechtsbezogenen Perspektive.

Bei einer Gegenüberstellung der Antworter und Nicht-Antworter konnten geschlechtsbezogene Unterschiede bei Lebensalter, Alter zum Zeitpunkt der Begutachtung, Schulbildung, beruflicher Qualifikation und Erwerbstätigkeit herausgearbeitet werden. Darüber hinaus traten Unterschiede hinsichtlich sexueller Vorerfahrungen und sexueller Präferenz hervor.

**Tabelle 4: Soziodemographische Daten
Geschlechtsunterschiede bei Antwortern und Nicht-Antwortern**

Variable	MzF Antworter N=42		MzF Nicht-Antw. N=46		FzM Antworter N=25		FzM Nicht-Antw. N=26	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alter								
< 30 Jahre	5	11,9	14	30,4	7	28,0	8	30,8
> 30 Jahre	37	88,1	32	69,6	18	72,0	18	69,2
Alter Gutachten								
< 30 Jahre	9	21,4	20	43,5	13	52,0	13	50,0
> 30 Jahre	33	78,6	26	56,5	12	48,0	13	50,0
Partnerschaft								
Ja	15	35,7	18	39,1	13	52,0	16	61,5
Nein	18	42,9	21	45,7	8	32,0	8	30,8
Familienstand								
Ledig	13	31,0	20	43,5	11	44,0	1	3,8
Verheiratet	6	14,3	2	4,3				
Geschieden	9	21,4	8	17,4	1	4,0	1	3,8
Getrennt lebend	1	2,4	6	13,0				
Schulbildung								
Hauptschule	11	26,2	18	39,1	7	28,0	12	46,2
Mittlere Reife	3	7,1	5	10,9	5	20,0	5	19,2
Abitur	12	28,6	8	17,4	6	24,0	1	3,8
Ohne	2	4,8	2	4,3	2	8,0	2	7,7
Berufl.Qual.								
In Ausbildung	1	2,4	2	4,3	2	8,0		
Lehre	14	33,3	20	43,5	7	28,0	10	38,5
Meister			1	2,2	1	4,0		
FH/ Uni	5	11,9	4	8,7	1	4,0		
Ohne	10	23,8	14	30,4	9	36,0	10	38,5
Erwerbstätig								
Ja	14	33,3	10	21,7	11	44,0	10	38,5
Nein	22	52,4	30	65,2	9	36,0	13	50,0

**Tabelle 5: Sexualität und Partnerschaft
Geschlechtsunterschiede bei Antwortern und Nicht-Antwortern**

	MzF Antworter N=42		MzF Nicht- antworter N=46		FzM Antworter N=25		FzM Nicht-Antworter N=26	
	N	%	N	%	N	%	N	%
TS seit								
Schon immer	2	4,8	2	4,3	4	16,0	4	15,4
Bis 13. Lebensjahr	11	26,2	11	23,9	3	12,0	4	15,4
Bis 22. Lebensjahr	10	23,8	14	30,4	3	12,0	4	15,4
> 23. Lebensjahr	3	7,1	2	4,3	1	4,0	1	3,8
Frühes CD¹³	18	42,9	21	45,7	6	24,0	7	26,9
Äußeres Ersch. Bild								
Männlich	4	9,5	1	2,2	24	96,0	22	84,6
Weiblich	34	81,0	39	84,8	1	4,0	1	3,8
Geschl.neutral	3	7,1	5	10,9			3	11,5
Bizarr	1	2,4	1	2,2				
Verhalten								
Männlich	4	9,5	3	6,5	25	100	22	84,6
Weiblich	34	81,0	38	82,6			3	11,5
Geschl.neutral	3	7,1	4	8,7			1	3,8
Bizarr			1	2,2				
Partnerschaft								
Zu Mann	7	16,7	11	23,9	1	4,0		
Zu Frau	6	14,3	7	15,2	12	48,0	16	61,5
Zu bd. Geschl.	2	4,8						
Keine	18	42,9	21	45,7	8	32,0	8	30,5
Selbstbefriedigg.								
Ja	22	52,4	24	52,2	5	20,0	12	46,2
Nein	6	14,3	5	10,9	7	28,0	5	19,2
Sexuelle Phantasien								
Androphil	23	54,8	35	76,1				
Gynäphil	9	21,4	3	6,5	19	76,0	18	69,2
Bd. Geschlechter	2	4,8	3	6,5	1	4,0	1	3,8
Sexuelle Erfahrungen								
Ja	32	76,2	34	73,9	12	48,0	21	80,8
Nein	5	11,9	10	21,7	11	44,0	4	15,4

Wie aus der Tabelle 4 hervorgeht, haben sich vor allem die älteren und über dreißigjährigen Mann-zu-Frau-Transsexuellen an der Nachuntersuchung beteiligt ($P < ,033$), die auch zu einem späteren Zeitpunkt begutachtet wurden ($P < ,027$) als die unter dreißigjährigen Mann-zu-Frau-Transsexuellen. Bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen nahmen tendenziell die höher qualifizierten Probanden an der Nachuntersuchung teil, während dieser Trend bei den Mann-

¹³ CD Abkürzung für Crossdressing

zu-Frau-Transsexuellen weniger ausgeprägt war. Die berufliche Integration wies deutliche geschlechtsbezogene Unterschiede auf: die Mann-zu-Frau-Nicht-Antworter schnitten hier am schlechtesten ab mit einer Nicht-Erwerbstätigkeit von 65,2%. (Die Gruppenunterschiede waren statistisch nicht signifikant).

Unter Bezugnahme auf die Tabelle 5 lässt sich feststellen, dass sich Frau-zu-Mann-Transsexuelle mit eindeutiger Geschlechtsperformance ($P = ,083$) und wenig sexueller Vorerfahrung ($P = ,097$) tendenziell häufiger an der Nachuntersuchung beteiligten. Bei den Mann-zu-Frau-Transsexuellen nahmen diejenigen mit einer gynäphilen Orientierung vergleichsweise häufig an der Nachuntersuchung teil.¹⁴

3.1.5. Zusammenfassung Ergebnis Fragestellung I

Die untersuchte Stichprobe ist nur eingeschränkt repräsentativ für die Gesamtgruppe der begutachteten Transsexuellen. Insbesondere hinsichtlich des Bildungsniveaus, der beruflichen Ausbildung und der beruflichen Integration stellen die Antwortter insgesamt eine „Positiv-Auswahl“ dar. Geschlechtsbezogene Unterschiede betrafen vor allem sexuelle Vorerfahrungen und sexuelle Orientierung.

3.2. Beschreibung der Stichprobe der geschlechtsangleichend operierten und nachuntersuchten Patienten und Patientinnen

3.2.1. Soziodemographische Daten

Die Stichprobe besteht aus 33 Mann-zu-Frau-Transsexuellen und 23 Frau-zu-Mann-Transsexuellen, entsprechend einer Sex-Ratio von 1 : 1,43. Das Durchschnittsalter lag bei 37,6 Jahren (SD 8,04); die Begutachtung zur Vornamensänderung hatte durchschnittlich im Alter von 33,5 Jahren (SD 8,2) stattgefunden, und der Katamnesezeitraum lag durchschnittlich bei 4,1 Jahren (SD 1,6). Fast die Hälfte der Patienten und Patientinnen waren partnerschaftlich liiert (46,4%), verheiratet waren 8,9% und 14,3% waren geschieden. Kinder hatten 16,1% der

¹⁴ In dieser Untersuchung wird die sexuelle Orientierung auf das angestrebte Geschlecht bezogen. Dies bedeutet, dass ein biologischer Mann mit Transsexualität (Mann-zu-Frau) eine androphile Orientierung aufweisen kann und damit –bezogen auf das biologische Geschlecht– homosexuelle Kontakte anstrebt, dies vom inneren Erleben her aber als homosexuellen Kontakt ablehnt und für sich selbst als heterosexuellen Kontakt definiert. Mann-zu-Frau-Transsexuelle mit gynäphiler Orientierung behalten ihre bisherige sexuelle Präferenz bei. Ob es sich dabei allerdings um Homosexualität im engeren Sinne handelt oder dies eine Möglichkeit darstellt, an einer bisherigen partnerschaftlichen Beziehung festzuhalten, muss offen bleiben. Ich werde im weiteren Verlauf daher die Kategorien gynäphil und androphil verwenden, beziehe mich damit auch auf die jüngere Literatur (u.a. Becker, Hartmann 2002).

Stichprobe. 25 % verfügten über das Abitur gegenüber 30,4 % mit einem Hauptschulabschluss. Eine Lehre hatten 33,1% absolviert, aber 25 % waren ohne Berufsabschluss. Der überwiegende Anteil der Stichprobe bezeichnete sich als Arbeiter (21,4%) und Facharbeiter (19,6%) und Angestellter (19,6%). Vergleichsweise hoch war auch der Anteil der in Ausbildung Befindlichen (Schüler, Azubi, Student) mit 16,1%. Erwerbstätig waren zum Zeitpunkt der Begutachtung 37,5 % der Patienten und Patientinnen.

3.2.2. Psychosexuelle Entwicklung

Der überwiegende Anteil der untersuchten Patienten und Patientinnen wurde sich der Transsexualität bis zum 13. Lebensjahr (19,6%) und bis zum 22. Lebensjahr (ebenfalls 19,6%) bewusst. Frühes Crossdressing schilderte etwa ein Drittel der Patienten und Patientinnen. Selbstbefriedigung gaben nur 37,5% der Stichprobe an, und 25% verfügten über keine sexuellen Vorerfahrungen.

3.3. Behandlungsweg

Im Rahmen der katamnestischen Untersuchung wurde der Frage nachgegangen, ob und inwiefern das in den Richtlinien (s.o.) postulierte Verfahren zur Anwendung kommt.

Tabelle 6: Behandlung der 56 geschlechtsangleichend operierten Patienten und Patientinnen

Variable		N	%
Psychotherapie	Ja	52	92,8%
	Nein	4	7,2%
Dauer	Bis 2 Jahre	18	32,1%
	3 bis 4 Jahre	19	33,9%
	5 bis 9 Jahre	15	26,8%
	Mittelwert	3,57	SD 2,6
Hormonbehandlung Dauer	Ja	56	100%
	Mittelwert	5,71	SD 3,4
Operationen	Bis 2 Operationen	42	75,0%
	3 und mehr Operationen	13	23,2%
Zeitraum seit Op.	Bis 2 Jahre	11	19,6%
	3 bis 4 Jahre	29	51,8%
	5 und mehr Jahre	12	21,4%
Selbsthilfegruppe	Ja	34	60,7%
	Nein	21	37,5%

Wie aus der Tabelle 6 hervorgeht, hatten von der nachuntersuchten Stichprobe sämtliche Patienten und Patientinnen eine Behandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen

aufgenommen. Auch hatten fast alle Patienten und Patientinnen eine psychotherapeutische Behandlung bzw. Begleitung wahrgenommen, die allerdings in der Dauer stark differiert. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 3,6 Jahre (SD 2,6). Hier zeichnet sich annäherungsweise eine Drittelung bei der nachuntersuchten Stichprobe ab; etwa ein Drittel der Patienten und Patientinnen wies eine psychotherapeutische Begleitung/ Behandlung über einen Zeitraum von fünf bis neun Jahren auf. Bei der Gegenüberstellung von Begutachtungszeitpunkt und katamnestischer Erhebung fiel auf, dass vier Patienten und Patientinnen erst nach der Begutachtung eine psychotherapeutische Behandlung aufgenommen hatten.

Die Anzahl der durchgeführten geschlechtsangleichenden Operationen zum Katamnesezeitpunkt belief sich bei 42 Patienten und Patientinnen (75%) auf bis zu zwei Operationen und betrug bei 13 Patienten und Patientinnen (23,2%) drei und mehr Operationen (im Einzelfall zehn Operationen). Die durchschnittliche Zahl der Operationen betrug 2,3 Operationen (SD 1,63). Der Zeitraum seit der ersten geschlechtsangleichenden Operation lag im Mittel bei 4,31 Jahren (SD 3,31). Bei über der Hälfte der Patienten und Patientinnen (N=29; 51,8%) betrug dieser Zeitraum drei bis vier Jahre, und bei 12 Patienten und Patientinnen (21,4%) fünf und mehr Jahre.

Von den operierten und nachuntersuchten Patienten und Patientinnen besuchten 34 (60,7%) eine Selbsthilfegruppe.

19 der operierten und nachuntersuchten Patienten und Patientinnen (33,9%) wurden ausschließlich zur Frage der Vornamensänderung in der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie begutachtet und 37 Patienten und Patientinnen (66,1%) sowohl zur Vornamensänderung als auch zur Personenstandsänderung.

Die Vornamensänderung lag durchschnittlich 4,11 Jahre zurück. (SD 2,56); bei fast der Hälfte der Patienten und Patientinnen betrug dieser Zeitraum drei bis vier Jahre, und bei etwa einem Viertel fünf und mehr Jahre.

Eine zum Katamnesezeitpunkt erfolgte Personenstandsänderung gaben 37 Patienten und Patientinnen an (67,8%), wobei im Durchschnitt 3,65 Jahre (SD 2,04) seit der Personenstandsänderung vergangen waren. 12 Patienten und Patientinnen strebten die Personenstandsänderung an; 2 Patienten und Patientinnen gaben an, dies nicht vorzuhaben.

Zusammenfassung Ergebnis Fragestellung 2

Bei der ganz überwiegenden Mehrheit der nachuntersuchten Patienten und Patientinnen kam das in den Richtlinien postulierte Verfahren zur Anwendung, wenn die Kriterien psychotherapeutische Begleitung, Alltagstest, und gegengeschlechtliche Hormonbehandlung herangezogen werden. Genauere Aussagen etwa über die Reihenfolge

der Behandlungsschritte und deren Dauer können aus dem vorliegenden Datenmaterial nicht getroffen werden.

3.4. Veränderung soziodemographischer Daten

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde erörtert, ob das Durchlaufen des geschlechtstransformierenden Verfahrens einschließlich geschlechtsangleichender Operationen Auswirkungen auf die Lebensumstände der Patienten und Patientinnen hat. Neben dem Verlauf partnerschaftlicher Beziehungen interessierte die Frage, ob sich sexuelles Verhalten und Erleben im Zeitraum zwischen Begutachtung und Katamnese verändern. Ein weiterer Schwerpunkt war die Untersuchung der beruflichen Entwicklung.

3.4.1 partnerschaftliche Beziehungen und Sexualität im Verlauf bei 56 geschlechtsangleichend operierten Patienten und Patientinnen

Tabelle 7: Entwicklung von Partnerschaft und Sexualität bei geschlechtsangleichend operierten Patienten und Patientinnen

Variable	Begutachtung		Katamnese		P
	N	%	N	%	
Partnerschaft					
Ja	26	46,4	32	57,1	,074
Nein	21	37,5	24	42,8	
Sex. Erfahrungen					
Ja	36	64,3	41	73,2	,571
Nein	14	25,0	13	23,2	

Tabelle 8: Beziehungsmuster geschlechtsangleichend operierter Patienten

Variable		N	%
Paarbeziehung	Länger dauernd	39	69,6
	Häufig wechselnd oder keine Paarbeziehung	13	23,2
Sexuelle Kontakte	Heterosexuell	33	58,9
	Homo- oder bisexuell	8	14,3
	Keine sexuellen Kontakte	13	23,2

Zum Katamnesezeitpunkt gaben 32 Patientinnen und Patienten (57,1%) eine bestehende Partnerschaft an, während 24 Patienten und Patientinnen (42,8%) keine Partnerschaft hatten. Zur Erinnerung: zum Begutachtungszeitpunkt waren 46,4% (N=26) partnerschaftlich liiert, vergleiche Tabelle 7. Somit konnte eine—in absoluten Zahlen-leichte Zunahme partnerschaftlicher Verbindungen konstatiert werden, die tendenziell statistisch signifikant war ($P < ,074$).

Von den 26 Patienten und Patientinnen, die zu Beginn des Untersuchungszeitraumes eine bestehende partnerschaftliche Beziehung angaben, berichteten 19 Patienten und Patientinnen

(73,1%) über eine bestehende partnerschaftliche Beziehung zum Katamnesezeitpunkt, während sieben Patienten und Patientinnen (26,9%) nicht partnerschaftlich liiert waren.¹⁵

Von den 21 Patienten und Patientinnen (37,5%), die zum Begutachtungszeitpunkt keine partnerschaftliche Beziehung angaben, befanden sich zum Katamnesezeitpunkt 10 Patienten und Patientinnen (47,6%) in einer partnerschaftlichen Beziehung, während elf Patienten und Patientinnen (52,4%) keine partnerschaftliche Beziehung angaben.¹⁶

Daraus lässt sich ableiten, dass vor allem die anfangs nicht partnerschaftlich liierten Patienten und Patientinnen nach der Begutachtung zur Vornamensänderung partnerschaftliche Beziehungen eingingen. Die geschilderten Beziehungsmuster sprechen dafür, dass der weitaus größte Teil der Stichprobe Paarbeziehungen von längerer Dauer eingeht bzw. anstrebt (69,6%) und nur etwa ein Viertel der Stichprobe (23,2%) eher unverbindliche oder keine Partnerschaften anstrebt bzw. eingegangen ist.

Über sexuelle Kontakte berichteten zum Begutachtungszeitpunkt 36 Patienten und Patientinnen (64,3%); während zum Katamnesezeitpunkt 42 (75,0%) Patienten und Patientinnen sexuelle Kontakte angaben, also zumindest numerisch eine leichte Zunahme sexueller Kontakte im Untersuchungszeitraum. Der Gruppenunterschied war statistisch nicht signifikant, vgl. Tabelle 7; $P < ,571$). Von den 36 „sexuell Vorerfahrenen“ gaben 29 Patienten und Patientinnen (80,2%) sexuelle Kontakte zum Katamnesezeitpunkt an, während sechs Patienten und Patientinnen (16,7%) keine sexuellen Kontakte hatten.¹⁷

Zum Zeitpunkt der Begutachtung gaben 14 Patienten und Patientinnen (25,0%) keinerlei sexuelle Vorerfahrungen an. Von dieser Untergruppe berichteten zum Katamnesezeitpunkt neun Patienten und Patientinnen (64,3%) über stattgehabte sexuelle Kontakte, während fünf Patienten und Patientinnen (35,7%) dies verneinten.¹⁸

Somit lässt sich konstatieren, dass vor allem die Untergruppe der sexuell nicht erfahrenen Patienten und Patientinnen nach der Begutachtung zwischenzeitlich sexuelle Kontakte eingehen konnten.

Von den Patienten und Patientinnen, die sich zum Begutachtungszeitpunkt hinsichtlich ihrer sexuellen Präferenz als androphil bezeichneten (N=19 entsprechend 33,9%), definierten sich elf Mann-zu-Frau-Transsexuelle zum Katamnesezeitpunkt als „heterosexuell“ während drei

¹⁵ Die Prozentangaben zum Katamnesezeitpunkt beziehen sich auf die Ausgangsgruppe von 26 Patienten und Patientinnen = 100%.

¹⁶ Auch hier beziehen sich die prozentualen Angaben auf die Ausgangsgruppe.

¹⁷ Hier wurde die Ausgangsgruppe mit 100% gleichgesetzt.

¹⁸ Hier wurde die Ausgangsgruppe mit 100% gleichgesetzt.

Mann-zu-Frau-Transsexuelle sexuelle Präferenzen zu beiden Geschlechtern unterhielten und ebenfalls drei Mann-zu-Frau-Transsexuelle keine sexuellen Kontakte angaben.

Als gynäphil orientiert bezeichneten sich zum Begutachtungszeitpunkt 26 Patienten und Patientinnen (46,4%); von diesen bezeichneten sich 16 Frau-zu-Mann-Transsexuelle als „heterosexuell“ zum Katamnesezeitpunkt gegenüber vier Mann-zu-Frau-Transsexuellen mit einer „homosexuellen“ Orientierung und drei Frau-zu-Mann-Transsexuellen ohne sexuelle Kontakte. Eine bisexuelle Orientierung wurde zum Katamnesezeitpunkt häufiger genannt als zum Zeitpunkt der Begutachtung (drei Patienten). Damit ist natürlich keine Aussage getroffen zur Umsetzung der sexuellen Phantasien.

3.4.2. Schulbildung, berufliche Qualifikation und Erwerbstätigkeit im Verlauf bei 56 geschlechtsangleichend operierten Patienten und Patientinnen

Bei der Beschreibung der Lebensumstände spielt die Erwerbstätigkeit eine gewichtige Rolle. Angesichts des prozentual hohen Anteils von Nicht-Erwerbstätigen zum Zeitpunkt der Begutachtung drängt sich die Frage auf, ob im weiteren Verlauf eine Veränderung des Erwerbsstatus eintritt und ob sich Faktoren ermitteln lassen, die eine Erwerbstätigkeit begünstigen bzw. erschweren.

Tabelle 9: Erwerbstätigkeit Begutachtung und Katamnese

	56 operierte Patienten Begutachtung		56 operierte Patienten Katamnese	
Vollzeitig beschäftigt	N=19	33,9%	N=33	58,9%
Bis 25 Stunden	N=2	3,6%	N=4	7,1%
Nicht erwerbstätig	N=25	44,6%	N=19	33,9%

Im Zeitraum zwischen Begutachtung und Katamnese konnte bei der untersuchten Stichprobe eine signifikante ($P < ,004$) Zunahme der Erwerbstätigkeit konstatiert werden: Während zum Zeitpunkt der Begutachtung noch etwa zwei Fünftel der Patienten nicht erwerbstätig waren, so hatte sich deren Anteil zum Zeitpunkt der Katamnese auf etwa ein Drittel vermindert.

Tabelle 10: Berufliche Qualifikation Begutachtung und Katamnese

	56 operierte Patienten Begutachtung		56 operierte Patienten Katamnese	
	Arbeiter/ Facharbeiter	N=24	42,8%	N=23
Angestellte/ Beamte	N= 8	14,3%	N=14	25%
Selbständig/ freiberuflich	N= 4	7,1%	N= 4	7,1%
Hausfrau	N= 1	1,8%	N= 3	5,4%
Rentner	N= 0		N= 2	3,6%
Schüler/ Azubi/ Student	N=10	17,9%	N= 9	16,1%

Bei der Gegenüberstellung der beruflichen Qualifikationen zum Zeitpunkt der Begutachtung und zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (Tabelle 10) fällt eine Zunahme von Angestellten/ Beamten sowie von Hausfrauen auf. Während kein Patient zum Zeitpunkt der Begutachtung berentet war, sind es bei der Nachuntersuchung zwei Patienten. Hier muss bei der Gegenüberstellung aber auch berücksichtigt werden, dass bei der Begutachtung lediglich 47 Patienten und Patientinnen hierzu Angaben machten, während es bei der Katamnese 55 Patienten und Patientinnen waren.

Die deutlichen Veränderungen bei der Erwerbstätigkeit im Verlauf des geschlechtstransformierenden Verfahrens leiten über zur Frage, ob sich Untergruppen von Transsexuellen ermitteln lassen, die besonders von der Geschlechtsangleichung profitieren. Zu diesem Zweck wurde der Status der Erwerbstätigkeit in Abhängigkeit von Bildungsniveau und beruflicher Qualifikation betrachtet.

Tabelle 11: Status der Erwerbstätigkeit in Abhängigkeit von Bildungsniveau und beruflicher Bildung

	Erwerbstätigkeit Begutachtung		Erwerbstätigkeit Katamnese		P
	N	%	N	%	
Schulbildung ¹⁹					
Hauptschule	7 von 16	43,8	11 von 17	64,7	
Mittlere Reife	4 von 5	80,0	5 von 7	71,4	
Abitur	4 von 12	33,3	12 von 14	85,7	
Ohne	1 von 4	25,0	2 von 4	50,0	
Berufliche Qualifikation					
Abschluss	13 von 22		24 von 28		,009
Kein Abschluss	5 von 14		6 von 14		

Wie aus der Tabelle 11 ersichtlich, sind eine höhere Schulbildung sowie eine abgeschlossene Berufsausbildung günstige Voraussetzungen für eine Erwerbstätigkeit auch nach erfolgter Geschlechtsumwandlung.

3.4.3. Zusammenfassung Ergebnis Fragestellung 3

Im Verlauf des geschlechtstransformierenden Verfahrens kommt es bei einem großen Teil der betroffenen Transsexuellen zu deutlichen Veränderungen der Lebensumstände, die sich entsprechend in soziodemographischen Parametern erfassen lassen: Entscheidende Verbesserungen treten bei der Erwerbstätigkeit vor allem geringer qualifizierter Transsexueller zutage. Deutliche Veränderungen lassen sich aber auch bei partnerschaftlichen Verbindungen und sexuellen Erfahrungen beobachten.

3.5. Zufriedenheit nach Abschluss des geschlechtstransformierenden Verfahrens einschließlich geschlechtsangleichender Operationen:

Ein Schwerpunkt der katamnestischen Untersuchung war die Erfassung der Zufriedenheit geschlechtsangleichend operierter Patienten und Patientinnen. Zur weiteren Differenzierung und in Abgrenzung zu Pauschalaussagen früherer Untersuchungen wurde die Zufriedenheit in acht verschiedene Unterpunkte aufgegliedert, die in Korrelation zueinander gesetzt wurden mit dem Ziel, Aussagen treffen zu können über die Relevanz einzelner Teilbereiche für die Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel insgesamt.

¹⁹ Aufgrund der geringen Fallzahlen bei den jeweiligen Schulabschlüssen wurde hier auf eine statistische Berechnung verzichtet.

Zur besseren –auch statistischen- Vergleichbarkeit wurden aus den im Fragebogen vorgegebenen fünf Antwortkategorien drei Kategorien gebildet und eingeteilt in „sehr hohe Zufriedenheit“, „gute bis mittlere Zufriedenheit“ und „mäßige bis geringe Zufriedenheit“.

Tabelle 12: Zufriedenheit von 56 geschlechtsangleichend operierten Patienten

Zufriedenheit	Sehr hoch		Gut bis mittel		Mäßig bis gering	
	N	%	N	%	N	%
Ablauf	21	37,5	24	42,9	10	17,9
Psychotherapie	16	28,6	25	44,6	7	12,5
Operatives Ergebnis	19	33,9	27	48,2	8	14,3
Akzeptanz durch die Umgebung	25	44,6	24	42,9	6	10,7
Berufliche Entwicklung	15	26,8	22	39,3	14	25,0
Partnerschaftliche Entwicklung	20	35,7	19	33,9	13	23,2
Sexuelles Erleben	17	30,4	23	41,1	11	19,6
Wechsel der Geschlechtsrolle	37	66,1	16	28,6	1	1,8

3.5.1. Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel im Überblick

Wie aus der Tabelle 12 hervorgeht, war die Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel insgesamt hoch und betrug 94,7%; dabei waren 66,1% der Untersuchten sehr zufrieden und 28,8% schilderten eine mittlere Zufriedenheit.. Lediglich ein Patient beschrieb sich selbst diesbezüglich als eher unzufrieden. Die Zufriedenheit mit dem Verfahrensablauf war insgesamt hoch und lag bei 80,4% mit einem Überwiegen mittlerer Zufriedenheit (42,9%). Nur 10 Patienten und Patientinnen (17,9%) waren eher unzufrieden. Die Zufriedenheit mit der Psychotherapie war mit 73,2% hoch, wobei auch hier eine mittlere Zufriedenheit überwog (44,6%). Nur sieben Patienten und Patientinnen waren wenig zufrieden.

Die Zufriedenheit mit dem operativen Ergebnis betrug insgesamt 82,1%, hier schilderte etwa ein Drittel der operierten Patienten und Patientinnen eine sehr hohe Zufriedenheit und nur eine vergleichsweise kleine Anzahl von Patienten und Patientinnen (N=8) war diesbezüglich wenig zufrieden. Die Akzeptanz durch die Umgebung war bei den nachuntersuchten Patienten und Patientinnen mit 87,5% insgesamt sehr hoch (sehr hohe und mittlere Zufriedenheit waren annähernd gleich) und wurde nur von wenigen Patienten und Patientinnen (N=6 entsprechend 10,7%) als wenig zufriedenstellend eingeschätzt. Mit der beruflichen Entwicklung waren vergleichsweise „nur“ insgesamt 66,1% der Patienten und Patientinnen zufrieden. Jeweils etwa ein Viertel der Patienten und Patientinnen äußerte diesbezüglich eine sehr hohe Zufriedenheit sowie eine eher geringe Zufriedenheit, so dass sich im Ergebnis eine gewisse Polarisierung konstatieren lässt. Die Zufriedenheit mit der partnerschaftlichen Entwicklung lag bei 69,6% der Patienten und Patientinnen, wobei etwa ein Drittel der Patienten und Patientinnen sich als diesbezüglich sehr zufrieden einschätzte, aber auch etwa ein Viertel der Patienten und Patientinnen (N=13 entsprechend 23,2%) mit der partnerschaftlichen Entwicklung eher unzufrieden war, so dass auch hier eine gewisse Polarisierung zutage trat. Mit dem sexuellen Erleben waren insgesamt 71,5% der Patienten und Patientinnen zufrieden, sehr hohe Zufriedenheit schilderten 30,4%, etwa ein Fünftel der Patienten und Patientinnen (N=11 entsprechend 19,6%) äußerte diesbezüglich eher geringe Zufriedenheit.

3.5.2. Zusammenfassung Ergebnisse Fragestellung 4:

Die Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel insgesamt war mit über 90% sehr hoch. Hohe Werte für Zufriedenheit wurden auch für den Verfahrensablauf aber auch die Psychotherapie angegeben. Als ebenfalls sehr hoch wurde die Zufriedenheit mit der Akzeptanz durch die Umgebung eingeschätzt. Gewisse Polarisierungen wurden ermittelt im Zusammenhang mit der beruflichen Entwicklung, der partnerschaftlichen Entwicklung und dem sexuellen Erleben: Das bedeutet, dass in den letztgenannten Kategorien zwar ein vergleichsweise hoher Prozentsatz der nachuntersuchten Patienten und Patientinnen Zufriedenheit äußerte (ca. 66 bis 72 %), dass demgegenüber aber auch ein prozentual nicht geringer Anteil (zwischen ca. 20 bis 25 %) wenig zufrieden war.

Über eine rein deskriptive Darstellung hinaus interessierte vor allem, welche Parameter mit Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit korrelieren.

Tabelle 13: Korrelationen Zufriedenheit

	Ge- schl	Alt	GAA lt	KAT- GA	PTG	PT J	Hor G	HorJ	SHG	Sex. Erf.	PSK	Z Abl	Z PT	Z Op	Z Um	Z Ber	Z Part	Z Sex	Z We
Geschlecht	1																		
Alter	,23	1																	
GA-Alter	,24	,98**	1																
KAT-GA	,03	,02	-,18	1															
PT G	-,11	-,25*	-,27*	,13	1														
PT J	,04	-,12	-,12	,02	,47**	1													
HormonG	-,14	-,19	-,22	,17	,71**	,21	1												
HormonJ	,07	,09	,00	,42**	,26	,14	,02	1											
SHG	,12	,07	,06	,02	-,03	,07	-,06	,14	1										
Sex.Erf.	,36**	-,22	-,26	,19	,27*	,36**	,17	,17	,01	1									
PS K	-,08	,00	,02	-,08	,18	,32*	,04	,07	-,32*	,16	1								
ZAblauf	-,17	-,02	-,04	,14	,27*	,25	,25	,06	-,09	,10	-,03	1							
ZPT	-,01	-,05	-,06	,07	,28*	,01	,17	,16	,02	,35**	-,07	,32*	1						
ZOp	,24	-,12	-,15	,12	-,03	-,01	,15	-,04	,14	,03	-,29*	,16	,08	1					
ZUmg	-,44**	,06	,09	-,17	-,01	,08	,08	-,34**	-,17	,11	-,06	,21	,08	,05	1				
ZBeruf	-,18	-,01	,05	-,28*	,08	,12	,07	-,12	,03	,10	,00	,21	,09	-,12	,36**	1			
ZPartn	-,03	-,31*	-,28*	-,12	,08	,11	,07	-,04	-,24	,20	,48**	,10	-,12	-,04	-,02	,04	1		
ZSex	,03	-,14	-,14	,02	,01	-,06	,13	,11	,09	,13	,05	,14	,05	,41**	-,13	,09	,54**	1	
ZWechsel	-,20	,12	,17	-,30*	-,02	-,14	,02	-,09	,09	-,08	-,03	,28*	,34*	,14	,02	,17	,24	,57**	1

Legende Tabelle 13

Geschlecht	Männlich/ Weiblich
Alter	Lebensalter zum Zeitpunkt der Katamnese
GA-Alter	Alter zum Zeitpunkt der Begutachtung
KAT-GA	Zeitraum zwischen Begutachtung und Katamnese
PT-G	Psychotherapie zum Zeitpunkt der Begutachtung
PT-J	Psychotherapie in Jahren
Hormon G	Gegengeschlechtliche Hormone zum Zeitpunkt der Begutachtung
Hormon J	Hormonbehandlung in Jahren
SHG	Teilnahme an Selbsthilfegruppe
Sex. Erf.	Sexuelle Erfahrungen zum Zeitpunkt der Begutachtung
PS K	Partnerschaft zum Zeitpunkt der Katamnese
Z Ablauf	Zufriedenheit mit dem Verfahrensablauf
Z PT	Zufriedenheit mit der Psychotherapie
Z Op	Zufriedenheit mit dem operativen Ergebnis
Z Umg	Zufriedenheit mit der Akzeptanz durch die Umgebung
Z Beruf	Zufriedenheit mit der beruflichen Entwicklung
Z Partnersch	Zufriedenheit mit der partnerschaftlichen Entwicklung
Z Sex	Zufriedenheit mit dem sexuellen Erleben
Z Wechsel	Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel
Farbe grün	signifikante Korrelationen
Farbe gelb	tendenzielle Korrelationen

*

Signifikanzniveau < ,005

**

Signifikanzniveau < ,001

3.5.3. Zufriedenheit nach Geschlechtsrollenwechsel

3.5.3.1. Zufriedenheit mit dem Verfahrensablauf

Die Zufriedenheit mit dem Verfahrensablauf korreliert signifikant positiv mit einer vorhandenen Psychotherapie ($r = ,27$; $P < ,042$) und tendenziell mit einer laufenden Hormonbehandlung zum Begutachtungszeitpunkt ($r = ,25$; $P < ,064$). Sie ist zudem abhängig von der Zufriedenheit mit der Psychotherapie und von der Zufriedenheit mit dem Wechsel der Geschlechtsrolle: d.h. je höher die Zufriedenheit mit der Psychotherapie und mit dem Wechsel der Geschlechtsrolle ist, desto höher ist die Zufriedenheit mit dem Verfahrensablauf ($r = ,32$; $P < ,015$). Die Dauer der Psychotherapie korreliert tendenziell positiv ($r = ,25$; $P < ,065$) mit der Zufriedenheit mit dem Ablauf; d.h. je länger eine psychotherapeutische Begleitung/Behandlung bestand, um so positiver wurde rückblickend der Verfahrensablauf eingeschätzt.

3.5.3.2. Zufriedenheit mit der Psychotherapie

Die Zufriedenheit mit der Psychotherapie korreliert erwartungsgemäß signifikant positiv mit dem Vorhandensein einer Psychotherapie zum Begutachtungszeitpunkt ($r = ,28$; $P < 0,038$) und hoch signifikant positiv mit dem Vorhandensein sexueller Erfahrungen ($r = ,35$; $P < ,007$) zum Katamnesezeitpunkt. Das bedeutet, dass die Psychotherapie um so zufriedenstellender eingeschätzt wurde, je häufiger die Patienten und Patientinnen sexuelle Erfahrungen zum Zeitpunkt der katamnestischen Erhebung angaben. Ein Zusammenhang zwischen Dauer der Psychotherapie und Zufriedenheit mit der Psychotherapie bestand nicht ($r = ,01$; $P < ,922$). Auch war die Zufriedenheit mit der Psychotherapie unabhängig von einer bestehenden Partnerschaft, dem operativen Ergebnis und auch dem sexuellen Erleben. Diejenigen der nachuntersuchten Patienten, die insgesamt zufrieden mit dem Verfahrensablauf waren, bewerteten auch die Psychotherapie positiv (s.o.).

3.5.3.3. Zufriedenheit mit dem operativen Ergebnis

Die Zufriedenheit mit dem operativen Ergebnis korreliert signifikant negativ ($r = - ,29$; $P < ,030$) mit einer Partnerschaft zum Katamnesezeitpunkt: je häufiger eine Partnerschaft zum Katamnesezeitpunkt bestand, desto negativer fiel die Bewertung des operativen Ergebnisses aus. Gleichzeitig fand sich aber eine hochsignifikant positive Korrelation mit der Zufriedenheit mit dem sexuellen Erleben ($r = ,41$; $P < ,002$); dies bedeutet, dass die Zufriedenheit mit dem operativen Ergebnis positive Auswirkungen hat auf die Zufriedenheit mit dem sexuellen Erleben, dass dieser Zusammenhang aber unabhängig ist von einer partnerschaftlichen Beziehung. Das Geschlecht hatte ebenfalls Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem operativen Ergebnis (zwar war dieser Zusammenhang statistisch nicht signifikant, ließ aber eine deutliche Tendenz erkennen mit $r = ,24$; $P < ,073$): so gaben die Mann-zu-Frau-Transsexuellen eine

größere Zufriedenheit mit dem operativen Ergebnis an als die Frau-zu-Mann-Transsexuellen. Sexuelle Vorerfahrungen wirkten sich nicht auf die Zufriedenheit mit dem operativen Ergebnis aus. Auch hatten Lebensalter und Alter zum Zeitpunkt der Begutachtung sowie die psychotherapeutische Behandlung keine Auswirkung auf die Zufriedenheit mit dem operativen Ergebnis.

3.5.3.4. Zufriedenheit mit der Akzeptanz durch die Umgebung

Auf die Einschätzung der Zufriedenheit mit der Akzeptanz durch die Umgebung hatten vor allem die Dauer der (Hormon-) Behandlung, das Ausgangsgeschlecht sowie die Zufriedenheit mit der beruflichen Entwicklung entscheidenden Einfluss: So schätzten die Frau-zu-Mann-Transsexuellen ihre Akzeptanz durch die Umgebung hochsignifikant höher ein als die Mann-zu-Frau-Transsexuellen ($r = -.44$; $P < .001$). Wie aus der Tabelle 14 ersichtlich, korrelierte die Dauer der Hormonbehandlung hochsignifikant negativ mit der Akzeptanz durch die Umgebung ($r = -.34$; $P < .010$): d.h. je länger die Behandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen stattfand, desto geringer war die Zufriedenheit mit der Akzeptanz durch die Umgebung. Ebenfalls signifikant war die Korrelation zwischen der Zufriedenheit mit der beruflichen Entwicklung und der Zufriedenheit mit der Akzeptanz durch die Umgebung: je zufriedener die Patienten und Patientinnen mit ihrer beruflichen Entwicklung waren, desto höher war auch die Zufriedenheit mit der Akzeptanz durch die Umgebung, so dass es nahe liegt, dass relativer beruflicher Erfolg ein entscheidendes Kriterium darstellt, an dem die Akzeptanz durch die Umgebung festgemacht wird ($r = .36$; $P < .006$). Die Zufriedenheit mit der Akzeptanz durch die Umgebung hatte Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem Verfahrensablauf. (Dieser Zusammenhang war zwar zu erkennen aber statistisch nicht signifikant mit $r = .21$; $P < .120$)

Lebensalter und Alter zum Zeitpunkt der Begutachtung waren ohne Einfluss auf die Akzeptanz durch die Umgebung. Ebenso wenig Psychotherapie und operatives Ergebnis. Auch hatten partnerschaftliche Entwicklung und sexuelles Erleben keinen Einfluss auf die Zufriedenheit mit der Akzeptanz durch die Umgebung. Die Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel war ebenfalls unabhängig von der Akzeptanz durch die Umgebung.

3.5.3.5. Zufriedenheit mit der beruflichen Entwicklung

Die Einschätzung der Zufriedenheit mit der beruflichen Entwicklung hing vor allem mit dem zeitlichen Abstand zwischen Begutachtung und Katamnese sowie mit der Akzeptanz durch die Umgebung zusammen: Wie aus der Tabelle 14 ersichtlich, bestand eine negative Korrelation zwischen dem Katamnesezeitraum und der Zufriedenheit mit der beruflichen Entwicklung ($r = -.28$; $P < .035$). Je länger die Begutachtung zur Vornamensänderung zurücklag, desto geringer war die Zufriedenheit mit der beruflichen Entwicklung. Sie korrelierte allerdings

hochsignifikant positiv mit der Akzeptanz durch die Umgebung ($r = ,36$; $P < ,006$) (s.o.). Diejenigen Patienten, die mit dem Verfahrensablauf zufrieden waren, waren ($r = ,21$; $P < ,114$) relativ zufrieden mit der beruflichen Entwicklung. Dieser Zusammenhang war zwar durchaus erkennbar, aber statistisch nicht signifikant. Keine Auswirkung auf die Einschätzung der beruflichen Zufriedenheit hatten Faktoren wie Geschlecht, Alter sowohl zum Begutachtungs- als auch zum Katamnesezeitpunkt, eine psychotherapeutische Behandlung, Partnerschaft und Sexualität.

3.5.3.6. Zufriedenheit mit der partnerschaftlichen Entwicklung

Die Zufriedenheit mit der partnerschaftlichen Entwicklung hing vor allem mit dem Lebensalter aber auch mit dem Alter zum Begutachtungszeitpunkt zusammen; weiterhin mit einer vorhandenen Partnerschaft zum Katamnesezeitpunkt und der Zufriedenheit mit dem sexuellen Erleben: So korrelierten Lebensalter ($r = - ,31$; $P < ,021$) und Alter zum Begutachtungszeitpunkt ($r = - ,28$; $P < ,037$) signifikant negativ mit der Zufriedenheit mit der partnerschaftlichen Entwicklung: d.h. je älter die Patienten und Patientinnen waren, desto geringer fiel die Zufriedenheit mit der partnerschaftlichen Entwicklung aus. Je häufiger eine Partnerschaft zum Katamnesezeitpunkt angegeben wurde, desto höher war erwartungsgemäß auch die Zufriedenheit mit der partnerschaftlichen Entwicklung ($r = ,48$; $P < ,000$). Je größer die Zufriedenheit mit dem sexuellen Erleben eingeschätzt wurde, desto höher wurde auch die Zufriedenheit mit der partnerschaftlichen Entwicklung eingeschätzt ($r = ,54$; $P < ,000$). Die Zufriedenheit mit der partnerschaftlichen Entwicklung korrelierte tendenziell ($r = - ,24$; $P < ,074$) negativ mit dem Besuch von Selbsthilfegruppen, so dass sich daraus ableiten lässt, dass diejenigen, die eine Selbsthilfegruppe besuchen/ besuchten, eher unzufrieden sind mit der partnerschaftlichen Entwicklung. Diejenigen Patienten und Patientinnen, die über frühere sexuelle Erfahrungen verfügten ($r = ,20$; $P < ,134$) und diejenigen mit einer partnerschaftlichen Beziehung zum Begutachtungszeitpunkt ($r = ,22$; $P < ,131$) waren tendenziell etwas zufriedener mit der partnerschaftlichen Entwicklung.

Weder hatten Geschlecht, Psychotherapie, Abstand zwischen Begutachtung und Katamnese noch Behandlungsdauer einen statistisch zu erfassenden Einfluss auf die Einschätzung der Zufriedenheit mit der partnerschaftlichen Entwicklung. Auch war sie unabhängig von operativem Ergebnis, Akzeptanz durch die Umgebung und beruflicher Entwicklung.

3.5.3.7. Zufriedenheit mit dem sexuellen Erleben

Zur Zufriedenheit mit dem sexuellen Erleben tragen in signifikanter Weise die Zufriedenheit mit dem operativen Ergebnis ($r = ,41$; $P < ,002$) und die Zufriedenheit mit der partnerschaftlichen Entwicklung ($r = ,54$; $P < ,000$) bei.: D.h. je höher die Zufriedenheit mit der

partnerschaftlichen Entwicklung und dem operativen Ergebnis, desto höher auch die Zufriedenheit mit dem sexuellen Erleben.

Die Zufriedenheit mit dem sexuellen Erleben korrelierte zudem signifikant mit der Zufriedenheit über den Geschlechtsrollenwechsel ($r = ,57$; $P < ,000$). Die Zufriedenheit mit dem sexuellen Erleben war unabhängig von Geschlecht und Alter und Katamnesezeitraum. Auch hatte eine psychotherapeutische Behandlung keinen statistisch zu erfassenden Einfluss auf das sexuelle Erleben.

3.5.3.8. Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel

Die Zufriedenheit bezüglich des Geschlechts (rollen)wechsels insgesamt speiste sich vor allem aus der Zufriedenheit mit dem Verfahrensablauf, der Zufriedenheit mit der Psychotherapie und der Zufriedenheit mit dem sexuellen Erleben: wie aus der Tabelle hervorgeht, korrelieren die Zufriedenheit mit dem Verfahrensablauf ($r = ,28$; $P < ,034$) und mit der Psychotherapie ($r = ,34$; $P < ,011$) signifikant mit der Zufriedenheit hinsichtlich des Geschlechtsrollenwechsels. Wie oben schon erwähnt, ist die Korrelation mit dem sexuellen Erleben hochsignifikant, so dass hier dem Zusammenhang zum Geschlechtsrollenwechsel eine besondere Bedeutung zukommt. Signifikant negativ ist die Korrelation zum Katamnesezeitraum ($r = -,28$; $P < ,026$): d.h. je länger die Begutachtung zur Vornamensänderung zurückliegt, desto geringer ist die Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel. Tendenziell bewerteten diejenigen mit einer befriedigenden partnerschaftlichen Entwicklung die Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel als hoch ($r = ,24$; $P < ,069$). Das Geschlecht hatte einen gewissen Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel ($r = -,20$; $P < ,139$): so waren die Frau-zu-Mann Transsexuellen etwas zufriedener als die Mann-zu-Frau Transsexuellen, wobei dieser Unterschied statistisch nicht in Erscheinung trat. Das Alter zum Zeitpunkt der Begutachtung hatte keinen statistisch zu erfassenden Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel ($r = ,17$; $P < ,195$). Auch die Dauer der Psychotherapie oder der Behandlung insgesamt wiesen keinen Zusammenhang auf zur Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel. Ebenso waren Zufriedenheit mit der beruflichen Entwicklung und Akzeptanz durch die Umgebung ohne statistisch signifikanten Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel.

3.5.4. Weitere Einflussfaktoren

3.5.4.1. Lebensalter

Das Lebensalter korreliert tendenziell mit dem Geschlecht d.h. die Mann-zu-Frau Transsexuellen - sind tendenziell älter als die Frau-zu-Mann-Transsexuellen ($r = -,23$; $P < ,086$). Tendenziell ($r = -,22$; $P < ,097$) verfügten die Patienten und Patientinnen mit zunehmendem

Lebensalter seltener über sexuelle Vorerfahrungen und hatten auch seltener eine Psychotherapie aufgenommen ($r = -.25$; $P < .065$) Mit zunehmendem Alter hatten die Patienten und Patientinnen hochsignifikant häufiger Kinder ($r = .37$; $P < .006$). Auch sank mit zunehmendem Lebensalter signifikant die Zufriedenheit mit der partnerschaftlichen Entwicklung ($r = -.31$; $P < .021$). Allerdings war das Lebensalter ohne Einfluss auf das Vorhandensein einer Partnerschaft zum Katamnesezeitpunkt ($r = .00$; $P < .985$), so dass zwar das Eingehen neuer Partnerschaften mit zunehmendem Lebensalter schwieriger sein mag, aber auch in höherem Lebensalter Partnerschaften vorhanden sind. Ob es sich bei diesen Partnerschaften dann am ehesten um die auch zuvor schon bestehenden handelt, lässt sich aus dem Datenmaterial nicht entnehmen.

3.5.4.2. Alter zum Begutachtungszeitpunkt

Das Alter zum Begutachtungszeitpunkt korreliert signifikant negativ ($r = -.27$; $P < .045$) mit einer Psychotherapie zum Begutachtungszeitpunkt; d.h. je jünger die Patienten und Patientinnen zum Begutachtungszeitpunkt waren, desto häufiger bestand eine Psychotherapie. Tendenziell ($r = -.22$; $P < .099$) fand eine Behandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen um so häufiger statt, je jünger die Patienten und Patientinnen waren. Auch wurden sexuelle Erfahrungen tendenziell um so häufiger berichtet, je jünger die Patienten und Patientinnen zum Begutachtungszeitpunkt waren ($r = -.26$; $P < .054$) Je älter die Patienten und Patientinnen bei der Begutachtung waren, desto häufiger hatten sie Kinder ($r = .37$; $P < .005$) Die Zufriedenheit mit der partnerschaftlichen Entwicklung hingegen sank signifikant, je älter die Patienten und Patientinnen bei der Begutachtung waren ($r = -.28$; $P < .037$)

Je jünger die Patienten und Patientinnen waren, desto häufiger ($r = .27$; $P < .045$) befanden sie sich in psychotherapeutischer Behandlung, desto tendenziell häufiger war auch die Behandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen eingeleitet ($r = .22$; $P < .099$) und desto tendenziell häufiger schilderten sie sexuelle Erfahrungen ($r = .26$; $P < .054$)

3.5.4.3. Katamnesezeitraum

Der Zeitraum in Jahren zwischen Begutachtung zur Vornamensänderung und katamnestischer Untersuchung (Katamnesezeitraum) korrelierte signifikant ($r = .42$; $P < .001$) mit der Dauer der Behandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen: Je länger die Begutachtung zur Vornamensänderung zurücklag, desto häufiger war bei den Patienten und Patientinnen die Behandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen eingeleitet worden, so dass zum Zeitpunkt der Katamnese sämtliche Patienten und Patientinnen hormonell behandelt wurden. Mit zunehmendem Katamnesezeitraum sank die Zufriedenheit mit der beruflichen Entwicklung signifikant ($r = -.28$; $P < .035$) und auch die Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel

wurde signifikant ($r = -.29$; $P < .026$) um so geringer eingeschätzt, je länger die Begutachtung zurücklag.

3.5.4.4. Psychotherapie

Eine laufende oder abgeschlossene Psychotherapie zum Zeitpunkt der Begutachtung korrelierte erwartungsgemäß signifikant ($r = .47$; $P < .000$) mit der Dauer der Psychotherapie. Eine signifikante Korrelation ($r = .71$; $P < .000$) bestand zwischen einer Psychotherapie zum Zeitpunkt der Begutachtung und einer begonnenen Behandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen, so dass sich daraus schlussfolgern lässt, dass die meisten Patienten und Patientinnen diese beiden Behandlungsschritte zum Zeitpunkt der Begutachtung getätigt hatten. Die Tatsache, dass die Dauer der Hormonbehandlung „nur“ tendenziell ($r = .26$; $P < .054$) mit einer Psychotherapie zum Zeitpunkt der Begutachtung korreliert, spricht für einen ungleichzeitigen Beginn von Psychotherapie und Hormonbehandlung.

Die Patienten und Patientinnen mit einer laufenden oder abgeschlossenen Psychotherapie wiesen signifikant häufiger ($r = .27$; $P < .045$) sexuelle Vorerfahrungen auf. Eine bestehende Psychotherapie wirkte sich signifikant positiv ($r = .27$; $P < .042$) auf die Zufriedenheit mit dem Verfahrensablauf und auch auf die Zufriedenheit mit der psychotherapeutischen Behandlung ($r = .28$; $P < .038$) aus. Eine bestehende Psychotherapie hatte allerdings weder eine Auswirkung auf die Zufriedenheit mit dem operativen Ergebnis, noch auf die Akzeptanz durch die Umgebung, noch auf die Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel.

3.5.4.5. Dauer der Psychotherapie

Die Dauer der Psychotherapie korrelierte signifikant ($r = .36$; $P < .007$) mit dem Vorhandensein sexueller Erfahrungen zum Begutachtungszeitpunkt: d.h. je häufiger Patienten und Patientinnen sexuelle Erfahrungen zum Begutachtungszeitpunkt angaben, desto länger war die Psychotherapie. Weiterhin war die Psychotherapie um so länger, je häufiger Patienten und Patientinnen zum Katamnesezeitpunkt eine Partnerschaft angaben ($r = .32$; $P < .016$). Umgekehrt heißt das aber auch, dass mit der Dauer der Psychotherapie auch die Wahrscheinlichkeit einer Partnerschaft zunahm. Mit zunehmender Dauer der Psychotherapie nahm tendenziell ($r = .25$; $P < .065$) auch die Zufriedenheit mit dem Verfahrensablauf zu. Einen tendenziellen Einfluss hatte die Dauer der Psychotherapie auf die Behandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen ($r = .21$; $P < .114$) die um so häufiger bereits zum Begutachtungszeitpunkt eingeleitet war, je länger die Psychotherapie war.

Keinen Einfluss hatte die Dauer der Psychotherapie auf die Zufriedenheit mit dem operativen Ergebnis, mit der Akzeptanz durch die Umgebung, mit partnerschaftlicher und beruflicher Entwicklung, mit dem sexuellen Erleben und mit dem Geschlechtsrollenwechsel.

3.5.4.6. Hormonbehandlung zum Begutachtungszeitpunkt

Die Hormonbehandlung zum Begutachtungszeitpunkt korreliert tendenziell negativ ($r = -.22$; $P < .099$) mit dem Alter zum Begutachtungszeitpunkt (s.o.), signifikant positiv ($r = .71$; $P < .000$) mit einer begonnenen oder abgeschlossenen Psychotherapie zum Begutachtungszeitpunkt (s.o.), tendenziell ($r = .21$; $P < .114$) mit der Dauer der Psychotherapie sowie tendenziell ($r = .25$; $P < .064$) mit der Zufriedenheit mit dem Verfahrensablauf : d.h. je älter die Patienten und Patientinnen zum Begutachtungszeitpunkt waren, desto seltener war die Behandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen bereits eingeleitet worden. Auf die enge Korrelation zwischen Psychotherapie und gegengeschlechtlicher Hormonbehandlung war oben schon eingegangen worden. Je häufiger eine Hormonbehandlung bereits stattfand, desto länger war auch die Psychotherapie. Je häufiger die Hormonbehandlung bereits zum Begutachtungszeitpunkt lief, desto größer war bei der Katamnese die Zufriedenheit mit dem Verfahrensablauf.

3.5.4.7. Dauer der Hormonbehandlung

Die Dauer der Hormonbehandlung korrelierte erwartungsgemäß signifikant ($r = .42$; $P < .001$) mit dem Katamnesezeitraum, so dass mit zunehmendem zeitlichem Abstand von der Begutachtung zur Vornamensänderung immer mehr Patienten und Patientinnen mit der gegengeschlechtlichen Hormonbehandlung begonnen hatten. Tendenziell ($r = .26$; $P < .054$) korrelierte die Dauer der Hormonbehandlung mit einer bestehenden Psychotherapie zum Begutachtungszeitpunkt. (s.o.) Auffällig war die signifikant negative Korrelation ($r = -.34$; $P < .010$) zwischen der Dauer der Hormonbehandlung und der Zufriedenheit mit der Umgebung, so dass sich daraus schließen lässt, dass mit zunehmender Behandlungsdauer die Akzeptanz durch die Umgebung als geringer eingeschätzt wurde.

3.5.4.8. Besuch einer Selbsthilfegruppe

Der Besuch einer Selbsthilfegruppe korrelierte signifikant negativ ($r = -.29$; $P < .045$) mit dem Vorhandensein einer Partnerschaft zum Zeitpunkt der Begutachtung und zum Zeitpunkt der Katamneseerhebung ($r = -.32$; $P < .016$) Dies bedeutet, dass diejenigen, die eine Selbsthilfegruppe besuchten, seltener partnerschaftlich liiert waren. Dieser Befund war über den Katamnesezeitraum hinweg stabil und fand auch einen entsprechenden Niederschlag in der Beurteilung der Zufriedenheit mit der partnerschaftlichen Entwicklung: So waren die Teilnehmer an Selbsthilfegruppen tendenziell ($r = -.24$; $P < .074$) unzufriedener mit ihrer partnerschaftlichen Entwicklung. Umgekehrt lässt sich daraus folgern, dass Selbsthilfegruppen um so seltener aufgesucht wurden, je häufiger partnerschaftliche Beziehungen bestanden.

3.5.4.9. vorhandene sexuelle Erfahrungen

Vorhandene sexuelle Erfahrungen zum Begutachtungszeitpunkt wurden von Mann-zu-Frau - Transsexuellen signifikant häufiger angegeben ($r = ,36$; $P < ,008$) als von Frau-zu-Mann - Transsexuellen. Mit zunehmendem Lebensalter ($r = -,22$; $P < ,097$) aber auch mit zunehmendem Alter zum Zeitpunkt der Begutachtung ($r = -,26$; $P < ,054$) wurden sexuelle Vorerfahrungen seltener angegeben; umgekehrt bedeutet dies, dass sexuelle Vorerfahrungen um so häufiger bestanden, je jünger die Patienten waren. Je häufiger sexuelle Erfahrungen vorhanden waren, desto signifikant ($r = ,27$; $P < ,045$) häufiger befanden sich die Patienten und Patientinnen in psychotherapeutischer Behandlung und desto signifikant ($r = ,36$; $P < ,007$) länger waren die geschilderten Psychotherapien. Auch war die Zufriedenheit mit der psychotherapeutischen Behandlung signifikant ($r = ,35$; $P < ,007$) höher, wenn sexuelle Vorerfahrungen geschildert wurden.

3.5.4.10. Partnerschaft zum Katamnesezeitpunkt

Eine Partnerschaft zum Katamnesezeitpunkt war tendenziell häufiger vorhanden, je öfter eine Partnerschaft zum Zeitpunkt der Begutachtung bestand ($r = ,26$; $P < ,077$). Wie schon an anderer Stelle erwähnt, war die psychotherapeutische Behandlung signifikant ($r = ,32$; $P < ,016$) um so länger, je häufiger bei der Katamnese eine Partnerschaft angegeben wurde. Auch wurden –wie oben schon erwähnt- Selbsthilfegruppen signifikant seltener besucht ($r = -,32$; $P < ,016$), wenn eine Partnerschaft vorhanden war. Auch waren diejenigen, die partnerschaftlich liiert waren, signifikant unzufriedener ($r = -,29$; $P < ,030$) mit geschlechtsangleichenden Operationen. Erwartungsgemäß waren diejenigen Patienten und Patientinnen, die sich bei der Nachuntersuchung in einer partnerschaftlichen Beziehung befanden, signifikant ($r = ,48$; $P < ,000$) zufriedener mit ihrer partnerschaftlichen Entwicklung.

3.5.5. Zusammenfassung Ergebnis Fragestellung 5

Die Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel ist bei der untersuchten Stichprobe insgesamt hoch. Von großer Bedeutung für die Einschätzung der Zufriedenheit geschlechtsangleichend operierter Patienten und Patientinnen sind das sexuelle Erleben, die Zufriedenheit mit Verfahrensablauf und Psychotherapie und –mit gewissen Einschränkungen- die partnerschaftliche Entwicklung. Die Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel sank, je länger die Begutachtung zurücklag.

Bedeutsame Einflussfaktoren auf „Teilbereiche“ der Zufriedenheit stellten Lebensalter und Alter zum Begutachtungszeitpunkt, der Katamnesezeitraum, Vorhandensein und Dauer einer psychotherapeutischen Behandlung aber auch einer Behandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen, die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe, sexuelle

Vorerfahrungen und auch eine bestehende Partnerschaft zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung dar.

3.6. Geschlechtsunterschiede

Ausgehend von den in der Literatur beschriebenen geschlechtsbezogenen Unterschieden in Verlauf und Behandlung transsexueller Entwicklungen befasst sich die vorliegende Untersuchung mit der Frage, ob und wenn ja in welcher Hinsicht biologische Männer und Frauen in unterschiedlicher Weise vom Geschlechtsrollenwechsel einschließlich geschlechtsangleichender Operationen profitieren.

Um sich der Fragestellung deskriptiv anzunähern, wurde -wie bei der Gesamtstichprobe der 56 geschlechtsangleichend operierten Patienten und Patientinnen- zunächst ein geschlechtsbezogener Vergleich mit insgesamt zwölf soziodemographischen Variablen vorgenommen. In weiteren Schritten ging es um die Gegenüberstellung der geschlechtsbezogenen psychosexuellen Entwicklung –hierzu wurden acht Variablen herangezogen- sowie des Behandlungsweges (sieben Variablen), der Entwicklung von Partnerschaften (sieben Variablen) und der Erwerbstätigkeit mit insgesamt drei Variablen. Eine geschlechtsbezogene Darstellung der Zufriedenheit über den Geschlechtsrollenwechsel beschließt dieses Kapitel. Die wichtigsten geschlechtsbezogenen Unterschiede seien im folgenden aufgeführt:

3.6.1. geschlechtsbezogene Unterschiede bei soziodemographischen Daten

Tabelle 14: soziodemographische Daten geschlechtsangleichend operierter Patienten und Patientinnen – geschlechtsbezogene Darstellung

	MzF Begutachtung		FzM Begutachtung		P
	N	%	N	%	
Lebensalter					
< 30 Jahre	4	12,1	6	26,1	,087
> 30 Jahre	29	87,9	17	73,9	
M	39,18		35,43		
SD	8,60		6,75		
Alter Begutachtg.					
< 30 Jahre	7	21,2	12	52,2	,082
> 30 Jahre	26	78,8	11	47,8	
M	35,12		31,26		
SD	8,86		6,64		
Partnerschaft					
Ja	13	48,1	13	56,6	,260
Nein	14	51,9	7	30,4	
Wohnsituation					
Allein	6	18,2	4	17,4	,760
Mit (Ehe-)Partner	3	9,1	4	17,4	
Mit P. und Kind	3	9,1			
Mit Eltern	2	6,1			
Kinder					
Ja	9	27,3			,004
Nein	24	72,7	23	100,0	
Personenstand					
Ledig	10	30,3	10	43,5	
Verheiratet	5	15,2			
Getrennt lebend					
Geschieden	7	21,2	1	4,3	
Verbindl. Beziehungserf.	12	54,5	1	9,1	,003
Schulbildung					
Hauptschule	11	33,3	6	26,1	*
Mittlere Reife	3	9,1	4	17,4	
Abitur	8	24,2	6	26,1	
Ohne	2	6,1	2	8,7	
Berufl. Qualifikation					
Ausbildung im erweiterten Sinne	1	3,0	2	8,7	*
Lehre	12	36,4	7	30,4	
Meister			1	4,3	
FH/ Uni	4	12,1	1	4,3	
Ohne	7	21,2	7	30,4	

	MzF Begutachtung		FzM Begutachtung		P
	N	%	N	%	
Erwerbstätigkeit					
Arbeiter	12	36,4	12	52,1	
Angestellter	5	15,2	1	4,3	
Beamter	1	3,0	1	4,3	*
Freiberufl./Selbst.	3	9,1	1	4,3	
Schüler/Azubi/ Student	6	18,2	4	17,4	
Hausfrau	1	3,0			
Rentner					
Erwerbstätigkeit					
Ja	11	33,3	10	43,5	,301
Nein	17	51,5	8	34,8	

* aufgrund der kleinen Fallzahlen in den jeweiligen Gruppen erfolgten keine statistischen Berechnungen

Mann-zu-Frau-Transsexuelle waren tendenziell (M= 39,2 Jahre) älter als Frau-zu-Mann-Transsexuelle (M= 35,4 Jahre) ($P < ,087$), mit einer größeren Streubreite bei den Mann-zu-Frau-Transsexuellen (SD 8,6) gegenüber den Frau-zu-Mann-Transsexuellen (SD 6,75). Die Begutachtung fand bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen (M=31,3, SD 6,64) zu einem früheren Zeitpunkt ($P < ,082$) statt als bei den Mann-zu-Frau-Transsexuellen (M= 35,1; SD 8,86). Frau-zu-Mann-Transsexuelle waren häufiger partnerschaftlich liiert als Mann-zu-Frau-Transsexuelle, wenngleich dieser Unterschied nicht signifikant war. Demgegenüber waren die Mann-zu-Frau-Transsexuellen der Stichprobe signifikant häufiger ($P < ,011$) „verbindlich beziehungserfahren“ (damit ist gemeint verheiratet, getrennt lebend, geschieden) als die Frau-zu-Mann-Transsexuellen und hatten signifikant häufiger Kinder ($P < ,011$).

Während Mann-zu-Frau-Transsexuelle bei Schulbildung und beruflicher Qualifikation –rein deskriptiv betrachtet- etwas höhere Qualifikationen aufwiesen als Frau-zu-Mann-Transsexuelle, waren Frau-zu-Mann-Transsexuelle –rein deskriptiv betrachtet- häufiger erwerbstätig als die Mann-zu-Frau-Transsexuellen und damit beruflich besser integriert. (Der Gruppenunterschied war allerdings statistisch nicht signifikant)

3.6.2. Geschlechtsbezogene Unterschiede in psychosexueller Entwicklung und Performance

Tabelle 15: geschlechtsbezogene Darstellung der psychosexuellen Entwicklung von 56 geschlechtsangleichend operierten Patienten und Patientinnen²⁰

	MzF Begutachtung		FzM Begutachtung		P
	N	%	N	%	
TS seit					
Schon immer	2	6,1	4	17,4	
Bis 13. LJ	9	27,3	2	8,7	
Bis 22. LJ.	9	27,3	2	8,7	
Ab 23. LJ	1	3,0	1	4,3	
Frühes CD	14	42,4	6	26,1	
Äußeres Ersch.bild					
Männlich	3	9,1	22	95,7	
Weiblich	27	81,8	1	4,3	
Geschl.neutral	3	9,1			
Eindeutigkeit					
Ja	27	81,81	22	95,65	,083
Nein	6	18,18	1	4,35	
Verhalten					
Männlich	2	6,1	23	100,0	
Weiblich	28	84,8			
Geschl.neutral	3	9,1			
Eindeutigkeit					
Ja	28	84,85	23	100,0	,083
Nein	5	15,15			
Selbstbefried.					
Ja	17	51,5	4	17,4	,021
Nein	5	15,2	7	30,4	
Sex. Phantasien					
Androphil					
Gynäphil	19	57,6	19	82,6	
Beide Geschl.	7	21,2			
Keine	1	3,0	2	8,7	
Sex. Erfahrungen					
Ja	24	72,7	12	52,2	,007
Nein	4	12,1	10	43,5	
Partnerschaft					
Zu Mann	6	18,2	1	4,3	
Zu Frau	6	18,2	12	52,2	
Bd. Geschl.	1	3,0			
Keine	14	42,4	7	30,4	

²⁰ Aufgrund der geringen Fallzahlen wurde auf eine statistische Auswertung weitgehend verzichtet, so dass die geschlechtsbezogene Darstellung ganz überwiegend deskriptiv erfolgt.

Auffällig ist der Unterschied zwischen Mann-zu-Frau- und Frau-zu-Mann-Transsexuellen hinsichtlich des Zeitpunktes der Selbstdefinition als „transsexuell“: Hier lassen sich differierende Häufigkeitsgipfel ermitteln, die bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen gleichermaßen bei Zeitspannen bis zum 13. und bis zum 22. Lebensjahr angesiedelt sind, während bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen die Selbstdefinition zu einem großen Teil schon früher erfolgt. Einschränkend sei hier erwähnt, dass nur ein geringer Teil der Patienten und Patientinnen zu diesem Punkt in der Begutachtungssituation dezidierte Angaben machte, bzw. sich diese in den Gutachten wiederfanden. Frühes Crossdressing gaben Mann-zu-Frau-Transsexuelle wesentlich häufiger an als Frau-zu-Mann-Transsexuelle, wobei aufgrund vieler „missings“ die Verallgemeinerbarkeit dieser Aussage relativiert werden muss.

Frau-zu-Mann-Transsexuelle waren in der Begutachtungssituation tendenziell eindeutiger ($P < ,083$) in der angestrebten Geschlechtsrolle eingeschätzt worden als Mann-zu-Frau-Transsexuelle. Die Frau-zu-Mann-Transsexuellen der Stichprobe verfügten in signifikant geringerem Umfang als Mann-zu-Frau-Transsexuelle über sexuelle Erfahrungen –sowohl bezogen auf den eigenen Körper in Form von Selbstbefriedigung ($P < ,021$) als auch bezogen auf Erfahrungen mit Sexualpartnern ($P < ,007$). Auch hinsichtlich der sexuellen Präferenz zeigten sich deutliche geschlechtsbezogene Unterschiede: Während sämtliche Frau-zu-Mann-Transsexuelle der Stichprobe eine gynäophile Orientierung aufwiesen und sich selbst als heterosexuell empfanden, lag der Anteil der androphil orientierten und damit „heterosexuellen“ Mann-zu-Frau-Transsexuellen bei 70,4%, während 25,9% ($N=7$) sich selbst als gynäphil beschrieben. Eine bisexuelle Orientierung schilderten nur 3,7% ($N=1$) der Mann-zu-Frau-Transsexuellen. (Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Begutachtung)

Dabei hatten vor allem die gynäphil und bisexuell orientierten Mann-zu-Frau-Transsexuellen eine Partnerschaft zum Begutachtungszeitpunkt realisiert (6 von 7 Mann-zu-Frau-Transsexuellen), während dies bei den sich selbst als heterosexuell verstehenden Mann-zu-Frau-Transsexuellen mit androphiler Orientierung nur 6 von 19 Patientinnen waren.

Tabelle 16: Geschlechtsbezogene Darstellung der Behandlung von geschlechtsangleichend operierten transsexuellen Patienten und Patientinnen

Variable	MzF		M/SD	FzM		M/SD	P
	N	%		N	%		
Psychotherapie (GA)²¹							
Ja	29	87,9		19	82,6		,841
Nein	2	6,1		1	4,3		
Psychotherapie (J)²²			M=3,52			M=3,65	,851
Bis 2 Jahre	10	30,3	SD 2,56	8	34,8	SD 2,82	
3 bis 4 Jahre	12	36,4		7	30,4		
5 bis 9 Jahre	9	27,3		6	26,1		
Hormonbehandlg. In Jahren			M=5,48			M=6,04	,552
			SD 2,58			SD 4,40	
SHG²³							
Ja	21	63,6		13	56,5		,355
Nein	11	33,3		10	43,5		
Zahl Operationen			M=1,94			M=2,91	,057
Bis 2 Op.	27	81,8	SD ,86	15	65,2	SD 2,23	
3 und mehr Op.	6	18,2		7	30,4		
Vornamensänderg.			M= 3,67			M=4,74	,123
Bis 2 Jahre	5	15,2	SD 2,16	5	21,7	SD 2,97	
3 bis 4 Jahre	16	48,5		11	47,8		
5 und mehr Jahre	9	27,3		7	30,4		
Pers.stands.änderg			M= 3,41			M=4,00	,396
Bis 2 Jahre	7	21,2	SD 2,02	2	8,7	SD 2,10	
3 bis 4 Jahre	10	30,3		9	39,1		
5 und mehr Jahre	5	15,2		5	21,7		

3.6.3: Geschlechtsbezogene Unterschiede in der Behandlung

Wie aus der Tabelle 16 hervorgeht, konnten hinsichtlich der begonnenen Behandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen und psychotherapeutischer Begleitung keine geschlechtsbezogenen Unterschiede herausgearbeitet werden: Die psychotherapeutischen Behandlungen waren bei beiden Geschlechtern von vergleichbarer Dauer mit einer statistisch gesehen geringfügig größeren Streubreite bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen. Bemerkenswert erscheint das Ergebnis, dass jeweils zwei Mann-zu-Frau und zwei Frau-zu-Mann-Transsexuelle nach erfolgter Begutachtung eine Psychotherapie aufnahmen.

Mann-zu-Frau-Transsexuelle hatten deutlich weniger geschlechtsangleichende Operationen absolviert als Frau-zu-Mann-Transsexuelle: So hatten bei den Mann-zu-Frau-Transsexuellen N=27, entsprechend 81,8% bis zu zwei geschlechtsangleichende Operationen hinter sich,

²¹ Psychotherapie GA: Psychotherapie zum Zeitpunkt der Begutachtung.

²² Psychotherapie J: Psychotherapiedauer in Jahren:

²³ SHG: Besuch einer Selbsthilfegruppe

während bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen fast ein Drittel (N=7 entsprechend 30,4%) drei und mehr geschlechtsangleichende Operationen absolviert hatten.

Im einzelnen wurden die folgenden geschlechtsangleichenden Operationen durchgeführt: bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen werden Penektomie, Anlage einer Neo-Vagina etc. und evtl. Brustaufbau sowie eine Korrekturoperation des Genitales vorgenommen. Bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen umfassen die geschlechtsangleichenden Operationen Hysterektomie und Ovarektomie sowie Ablatio Mammae und eine genitaltransformierende Operation. Die Anlage eines Penoid wird nicht bei jedem Frau-zu-Mann-Transsexuellen durchgeführt.

Wie aus der Tabelle 16 ersichtlich, lag die Vornamensänderung bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen länger zurück (M=4,74; SD 2,97) als bei den Mann-zu-Frau-Transsexuellen (M=3,67; SD 2,16); der Gruppenunterschied war aber statistisch nicht signifikant.

Die Personenstandsänderung lag bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen (M= 4,00 SD 2,10) insgesamt länger zurück als bei den Mann-zu-Frau-Transsexuellen (M= 3,41 SD 2,02) , und erfolgte somit zu einem früheren Zeitpunkt. Jeweils 6 Mann-zu-Frau Transsexuelle und Frau-zu-Mann-Transsexuelle strebten zum Katamnesezeitpunkt die Personenstandsänderung an, während jeweils zwei Patienten angaben, die Personenstandsänderung nicht zu wollen. Die Verallgemeinerung dieser Aussagen ist durch die hohe Zahl von „missings“ deutlich eingeschränkt.

3.6.4. Geschlechtsbezogene Unterschiede bei partnerschaftlichen Beziehungen im Verlauf zwischen Begutachtung und Katamnese

Hier wurde der Frage nachgegangen, ob sich die eingangs erhobenen geschlechtsbezogenen Unterschiede in partnerschaftlichen Beziehungen auch im weiteren Verlauf darstellen bzw. ob geschlechtstypische Verläufe und Entwicklungen beobachtet werden können.

Tabelle 17: Geschlechtsbezogene Darstellung von Partnerschaft und Beziehungsmustern bei geschlechtsangleichend operierten Patienten und Patientinnen

	MzF Begutachtung		MzF Katamnese		FzM Begutachtung		FzM Katamnese	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Partnerschaft								
Ja	13	39,4	18	54,5	13	56,5	14	60,9
Nein	14	42,4	15	45,5	7	30,4	9	39,1
Beziehungsmuster								
Länger dauernd			22	66,7			17	73,9
Häufig wechselnd			2	6,1			1	4,3
keine			6	18,2			3	13,0
Sexuelle Erfahrungen								
Ja	24	72,7	22	66,6	12	52,2	19	82,6
Nein	4	12,1	9	27,3	10	43,5	4	17,4

Wie aus der Tabelle 17 hervorgeht, nahm vor allem bei den Mann-zu-Frau-Transsexuellen die Zahl partnerschaftlicher Bindungen im Zeitraum zwischen Begutachtung und Katamnese zu, während bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen keine wesentliche Veränderung in Anzahl und prozentualen Anteil partnerschaftlicher Liaisonen konstatiert werden konnte.

Bei beiden Geschlechtern dominierten als Angabe in den Fragebögen verbindliche Beziehungsmuster (vgl. Tabelle 17); (dies bedeutet allerdings nicht unbedingt, dass diese Vorstellungen zum Zeitpunkt der Befragung auch realisiert wurden). Häufig wechselnde Beziehungen wurden bei beiden Geschlechtern nur in sehr geringer Zahl angegeben. Auch gaben bei beiden Geschlechtern nur wenige Patienten und Patientinnen an, keine Beziehungen zu führen bzw. anzustreben. Die (angestrebten) Beziehungsmuster sind bei beiden Geschlechtern vergleichbar stabil.

Wie aus der Tabelle 17 ersichtlich, hatten im Zeitraum zwischen Begutachtung und Katamnese Frau-zu-Mann-Transsexuelle in höherem Umfang als Mann-zu-Frau-Transsexuelle sexuelle Erfahrungen gemacht.

Neben dem rein prozentualen Vergleich von Häufigkeiten zwischen Begutachtung und Katamnese wurden auch Verlauf und Entwicklung der zum Zeitpunkt der Begutachtung bestehenden Beziehungen untersucht: Von dreizehn Mann-zu-Frau-Transsexuellen, die zum Zeitpunkt der Begutachtung eine partnerschaftliche Beziehung angaben, waren acht auch bei der Katamnese partnerschaftlich liiert. Demgegenüber gaben von ebenfalls dreizehn Frau-zu-Mann-Transsexuellen, die zum Begutachtungszeitpunkt liiert waren, elf Patienten eine Beziehung bei der katamnestischen Untersuchung an. Neun von vierzehn der Mann-zu-Frau-Transsexuellen, die bei der Begutachtung ausdrücklich keine partnerschaftliche Beziehung angaben, waren zwischenzeitlich eine Partnerschaft eingegangen, während bei den sieben der Frau-zu-Mann-Transsexuellen ohne Partnerschaft zum Begutachtungszeitpunkt weiterhin sechs Patienten bei der Katamnese keine Partnerschaft angaben. Somit waren die Beziehungsmuster bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen wohl insgesamt stabiler aber auch wohl unabhängiger von dem weiteren Verlauf inklusive geschlechtsangleichender Operationen als dies bei den Mann-zu-Frau-Transsexuellen der Fall war. Von dieser Gruppe konnten vor allem die eingangs „nicht liierten“ im weiteren Verlauf partnerschaftliche Beziehungen eingehen.

Bei einer Nachverfolgung der Untergruppen mit und ohne sexuelle Vorerfahrungen gaben bei den Mann-zu-Frau-Transsexuellen nur vier Patientinnen keine sexuellen Vorerfahrungen an, von diesen hatten zwischenzeitlich -zum Katamnesezeitpunkt- zwei Patientinnen „heterosexuelle“ Erfahrungen gemacht. Nur fünf der 23 Mann-zu-Frau-Transsexuellen mit

sexuellen Vorerfahrungen gaben bei der Nachuntersuchung keine stattgehabten sexuellen Kontakte an.

Frau-zu-Mann-Transsexuelle gaben bei der Begutachtung in 10 von 23 Fällen keine sexuellen Vorerfahrungen an. Von diesen 10 Patienten schilderten bei der Nachuntersuchung sieben Patienten zwischenzeitlich erfolgte sexuelle Kontakte, so dass bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen vor allem diejenigen ohne sexuelle Vorerfahrungen zwischenzeitlich sexuelle Erfahrungen sammeln konnten.

3.6.5. geschlechtsbezogene Unterschiede bei der beruflichen Entwicklung

Ausgehend von der in der Literatur wiedergegebenen Beobachtung, dass Frau-zu-Mann-Transsexuelle beruflich und auch sozial besser integriert seien als Mann-zu-Frau-Transsexuelle, geht die vorliegende Untersuchung der Frage nach, ob sich dieser Befund auch in der untersuchten Stichprobe wiederfindet.

Während zum Zeitpunkt der Begutachtung 33,3% der Mann-zu-Frau-Transsexuellen (N=11) erwerbstätig waren, waren es zum Katamnesezeitpunkt 60,6% (N=20). Bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen waren zum Zeitpunkt der Begutachtung 43,5% (N=10) berufstätig gegenüber 73,9% (N=17) bei der Nachuntersuchung. Somit waren die Frau-zu-Mann-Transsexuellen insgesamt beruflich besser integriert als die Mann-zu-Frau-Transsexuellen, wobei bei beiden Geschlechtern eine deutliche Verbesserung hinsichtlich des Erwerbsstatus zu konstatieren war im Zeitraum zwischen Begutachtung zur Vornamensänderung und Nachuntersuchung.

Tabelle 18: Geschlechtsbezogene Darstellung von Schulbildung, beruflicher Qualifikation und Erwerbstätigkeit im Verlauf

	MzF Begutachtung		MzF Katamnese Erwerbstätig		FzM Begutachtung		FzM Katamnese erwerbstätig	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Schulbildung								
Hauptschule	11	33,3	Ja 6 54,5 Nein 5 45,4		6	26,1	Ja 5 83,3 Nein 1 16,7	
Mittlere Reife	3	9,1	Ja 2 66,6 Nein 1 33,3		4	17,4	Ja 3 75,0 Nein 1 25,0	
Abitur	8	24,2	Ja 8 100,0 Nein -		6	26,1	Ja 4 66,7 Nein 2 33,3	
Ohne	2	6,1	Ja - Nein 2 100,0		2	8,7	Ja 2 100 Nein -	
Berufliche Qual.								
Ja	17	51,2	Ja 14 82,3 Nein 3 17,6		11	47,8	Ja 10 90,9 Nein 1 9,1	
Nein	7	21,2	Ja 2 28,6 Nein 5 71,4		7	30,4	Ja 4 57,1 Nein 3 42,8	
Erwerbstätigkeit								
Ja	11	33,3	Ja 10 90,9 Nein 1 9,1		10	43,5	Ja 9 90,0 Nein 1 10,0	
nein	17	51,5	Ja 7 41,2 Nein 10 58,8		8	34,8	Ja 6 75,0 Nein 2 25,0	

Wie aus der Tabelle 18 hervorgeht, waren bei den Mann-zu-Frau-Transsexuellen von denjenigen mit einem Hauptschulabschluß schließlich bei der Nachuntersuchung 54,5% (N=6) erwerbstätig, während bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen dieser Anteil deutlich höher lag (83,3% N=5). Bei der Mittleren Reife waren die geschlechtsbezogenen Unterschiede eher gering: jeweils ein Patient bzw. Patientin war bei der Nachuntersuchung nicht erwerbstätig.

Auffallend war, dass von den Mann-zu-Frau-Transsexuellen mit Abitur später sämtliche Patientinnen erwerbstätig waren, während bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen dieser Zusammenhang nicht so zwingend war. Demgegenüber gelang es den wenigen Frau-zu-Mann-Transsexuellen ohne Schulabschluss, im weiteren Verlauf eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen, während dies bei den Mann-zu-Frau-Transsexuellen ohne Schulabschluss nicht der Fall war.

Bei beiden Geschlechtern war eine abgeschlossene berufliche Qualifikation eine gute Voraussetzung für eine Erwerbstätigkeit -auch nach geschlechtsangleichenden

Maßnahmen. Während allerdings bei den Mann-zu-Frau-Transsexuellen ohne abgeschlossene Berufsausbildung nur zwei von sieben Patientinnen später erwerbstätig waren, waren es bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen ohne abgeschlossene Berufsausbildung immerhin vier von sieben Patienten.

Eine bestehende Erwerbstätigkeit zum Zeitpunkt der Begutachtung war bei beiden Geschlechtern in gleich hohem Umfang eine günstige Voraussetzung dafür, auch später einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Allerdings gelang es Frau-zu-Mann-Transsexuellen, die nicht erwerbstätig waren, deutlich häufiger, dies im weiteren Verlauf zu verändern, so daß bei der Katamnese sechs von acht ehemals nicht erwerbstätigen Frau-zu-Mann-Transsexuellen „in Lohn und Brot standen“. Bei den siebzehn Mann-zu-Frau-Transsexuellen, die anfangs nicht erwerbstätig waren, konnten „nur“ sieben von siebzehn Patientinnen ihren Status verändern.

Die erhobenen Befunde lassen sich dahingehend zusammenfassen, dass bei den Mann-zu-Frau-Transsexuellen schulische und berufliche Qualifikationen eine höhere Rolle zu spielen scheinen, wenn es um die Chancen auf dem Arbeitsmarkt geht, als dies bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen der Fall ist. Letztere scheinen sich auch bei eher ungünstigen Voraussetzungen etwas besser auf dem Arbeitsmarkt behaupten zu können.²⁴

²⁴ Für statistische Berechnungen und daraus abzuleitende Aussagen sind die Fallzahlen zu klein, so dass nur eine deskriptive Darstellung möglich ist:

3.6.6. Geschlechtsbezogene Unterschiede bei der Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel

Ausgehend von den erhobenen geschlechtsbezogenen Unterschieden bei soziodemographischen Daten und Verlauf bei Sexualität, Partnerschaft und beruflicher Entwicklung wurde der Frage nachgegangen, ob sich auch bei der Einschätzung der Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel geschlechtsbezogene Unterschiede herausarbeiten lassen.

Tabelle 19: geschlechtsbezogene Darstellung der Zufriedenheit geschlechtsangleichend operierter Patienten und Patientinnen

Zufriedenheit	Sehr hoch				Gut/zufriedenst.				Mäßig/gering			
	MzF		FzM		MzF		FzM		MzF		FzM	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ablauf	10	30,3	11	50	15	45,5	9	40,9	8	24,2	2	9,1
Psychotherapie	8	29,6	8	38,1	15	55,6	10	47,6	4	14,8	3	14,3
Operatives Erg.	15	48,4	4	17,4	11	35,5	16	72,7	5	16,1	3	13,6
Akzeptanz Umgeb.	9	27,3	16	72,7	18	54,5	6	27,3	6	18,2	0	
Berufliche Entw.	8	26,7	7	33,3	11	36,7	11	52,4	11	36,7	3	14,3
Partnerschaftl. Entw.	11	36,7	9	40,9	11	36,7	8	36,4	8	26,7	5	22,7
Sexuelles Erleben	11	37,9	6	27,3	10	34,5	13	59,1	8	27,6	3	13,6
Geschlechtsrollen-Wechsel	19	59,4	18	81,8	12	37,5	4	18,2	1	3,1	0	

3.6.6.1. Zufriedenheit mit dem Ablauf

Insgesamt konnte keine signifikante geschlechtsbezogene Korrelation hinsichtlich der Zufriedenheit mit dem Verfahrensablauf gefunden werden. ($r = - ,19$; $P < ,15$). Allerdings fiel auf, dass die Frau-zu-Mann-Transsexuellen in 50% (N=11) ihre Zufriedenheit als sehr hoch einschätzten und nur in 9,1% (N=2) eine mäßige bis geringe Zufriedenheit angaben. Bei den Mann-zu-Frau-Transsexuellen hingegen gaben 45,5% (N=15) und damit der größte Teil dieser Gruppe eine mittlere Zufriedenheit an und immerhin 24,2% (N=8) eine nur mäßige bis geringe Zufriedenheit. Somit waren die Frau-zu-Mann Transsexuellen rein deskriptiv betrachtet etwas zufriedener mit dem Verfahrensablauf als die Mann-zu-Frau Transsexuellen.

3.6.6.2. Zufriedenheit mit der Psychotherapie

Die Zufriedenheit mit der Psychotherapie war bei beiden Geschlechtern nahezu gleich ($r = -0,02$; $P < ,89$). Die Frau-zu-Mann-Transsexuellen waren rein deskriptiv betrachtet etwas häufiger sehr zufrieden (38,1%) als die Mann-zu-Frau-Transsexuellen (29,6%). Insgesamt waren – unabhängig vom Geschlecht- nur wenige Patienten und Patientinnen mäßig oder nicht zufrieden mit der Psychotherapie.

3.6.6.3. Zufriedenheit mit dem operativen Ergebnis

Die Zufriedenheit mit dem operativen Ergebnis war deutlich geschlechtsabhängig: Der Unterschied war zwar statistisch nicht signifikant, wies aber die deutliche Tendenz auf ($r = ,23$; $P < ,088$), dass die Mann-zu-Frau-Transsexuellen zufriedener waren. Wie aus der Tabelle hervorgeht, war fast die Hälfte der Mann-zu-Frau-Transsexuellen (48,4%, $N=15$) sehr zufrieden gegenüber nur 17,4% ($N=4$) der Frau-zu-Mann-Transsexuellen. Der ganz überwiegende Teil der Frau-zu-Mann-Transsexuellen (72,7%, $N=16$) gab eine mittlere Zufriedenheit an. Nur ein geringer und bei beiden Geschlechtern prozentual vergleichbarer Teil der Patienten und Patientinnen gab eine geringe Zufriedenheit an. ($N=5$ entsprechend 16,1% bei den Mann-zu-Frau Transsexuellen und $N=3$ entsprechend 13,6% bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen).

3.6.6.4. Zufriedenheit mit der Akzeptanz durch die Umgebung

Die Zufriedenheit mit der Akzeptanz durch die Umgebung war signifikant geschlechtsabhängig ($r = - ,44$; $P < ,001$): Frau-zu-Mann -Transsexuelle fühlten sich offenbar sehr viel mehr durch ihre Umgebung akzeptiert als Mann-zu-Frau-Transsexuelle. Wie aus der Tabelle 19 hervorgeht, war der ganz überwiegende Teil der Frau-zu-Mann-Transsexuellen (72,7%, $N=16$) sehr zufrieden gegenüber „nur“ 26,7% ($N=9$) der Mann-zu-Frau -Transsexuellen; letztere gaben am häufigsten (54,5%, $N=18$) eine mittlere Zufriedenheit an. Ein geringer Teil der Mann-zu-Frau -Transsexuellen gab eine mäßige bis geringe Zufriedenheit an (18,2%, $N=6$), während diese Einschätzung von keinem der Frau-zu-Mann -Transsexuellen vorgenommen wurde.

3.6.6.5. Zufriedenheit mit der beruflichen Entwicklung

Die Zufriedenheit mit der beruflichen Entwicklung zeigte –rein deskriptiv betrachtet- deutliche geschlechtsbezogene Unterschiede, die allerdings statistisch nicht signifikant waren ($r = - ,17$; $P < ,20$) Die Frau-zu-Mann -Transsexuellen gaben insgesamt eine höhere Zufriedenheit an als die Mann-zu-Frau -Transsexuellen. Wie aus der Tabelle hervorgeht, lagen beide Geschlechter bei ihrer Angabe einer sehr hohen Zufriedenheit nur geringfügig auseinander (Mann-zu-Frau Transsexuelle $N=8$ entsprechend 26,7% und Frau-zu-Mann Transsexuelle $N=7$ entsprechend

33,3%), während deutlich mehr Frau-zu-Mann-Transsexuelle eine mittlere Zufriedenheit angaben (N=11 entsprechend 52,4%) als die Mann-zu-Frau -Transsexuellen (N=11 entsprechend 36,7%). Auffällig war vor allem der hohe Anteil der Mann-zu-Frau-Transsexuellen, die mit ihrer beruflichen Entwicklung nur in geringem Umfang zufrieden waren (N=11 entsprechend 36,7%). Demgegenüber gaben „nur“ 14,3% (N=3) der Frau-zu-Mann -Transsexuellen eine geringe Zufriedenheit an, so dass die geschlechtsbezogenen Unterschiede vor allem bei denjenigen transsexuellen Patienten und Patientinnen deutlich werden, die mit ihrer beruflichen Entwicklung wenig zufrieden waren.

3.6.6.6. Zufriedenheit mit der partnerschaftlichen Entwicklung

Die Zufriedenheit mit der partnerschaftlichen Entwicklung zeigte keine geschlechtsbezogenen Unterschiede ($r = - ,13$; $P < ,92$); wie aus der Tabelle hervorgeht, wiesen beide Geschlechter ähnliche Verteilungsmuster auf mit einer nahezu gleichen Häufigkeit von sehr hoher und mittlerer Zufriedenheit. Auffällig hingegen war bei beiden Geschlechtern ein vergleichsweise hoher Anteil von gering bis mäßig Zufriedenen: Dies gaben N=8 (entsprechend 26,7%) der Mann-zu-Frau Transsexuellen und N=5 (entsprechend 22,7%) der Frau-zu-Mann-Transsexuellen an.

3.6.6.7. Zufriedenheit mit dem sexuellen Erleben

Die Zufriedenheit mit dem sexuellen Erleben war in der Gesamtheit nicht geschlechtsabhängig ($r = ,03$; $P < ,83$) Allerdings wiesen die Geschlechter unterschiedliche Verteilungsmuster auf: So gaben mehr Mann-zu-Frau-Transsexuelle (N=11 entsprechend 37,9%) eine sehr hohe Zufriedenheit an als die Frau-zu-Mann-Transsexuellen (N=6 entsprechend 27,3%), während letztere überwiegend eine mittlere Zufriedenheit angaben (N=13 entsprechend 59,1%). Auffällig war dann wiederum der vergleichsweise hohe Anteil Mann-zu-Frau-Transsexueller (N=8 entsprechend 27,6%), die eher wenig zufrieden waren, während dies in weitaus geringerem Umfang von Frau-zu-Mann -Transsexuellen angegeben wurde (N=3 entsprechend 13,6%). Insofern lässt sich bei den Mann-zu-Frau-Transsexuellen annäherungsweise eine Drittelung im Verteilungsmuster der angegebenen Zufriedenheit konstatieren, während die Frau-zu-Mann-Transsexuellen sich ganz überwiegend in den Kategorien sehr hoher und mittlerer Zufriedenheit „aufhalten“.

3.6.6.8. Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel

Die Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel zeigte geschlechtsbezogene Unterschiede, die zwar statistisch nicht signifikant waren ($r = - ,21$; $P < ,115$) aber die Tendenz erkennen ließen, dass die Frau-zu-Mann-Transsexuellen insgesamt zufriedener waren als die

Mann-zu-Frau-Transsexuellen. Wie aus der Tabelle hervorgeht, war der ganz überwiegende Teil der Frau-zu-Mann-Transsexuellen hoch zufrieden mit dem Geschlechtsrollenwechsel (N=18 entsprechend 81,8%), während demgegenüber „nur“ 59,4% (N=19) der Mann-zu-Frau-Transsexuellen diese Einschätzung teilten. Eine mittlere Zufriedenheit wurde von prozentual doppelt so vielen Mann-zu-Frau-Transsexuellen angegeben (N=12 entsprechend 37,5%) wie Frau-zu-Mann-Transsexuellen (N=4 entsprechend 18,2%). Nur eine Mann-zu-Frau-transsexuelle Patientin gab eine geringe Zufriedenheit an.

3.6.7. Zusammenfassung der Ergebnisse der Fragestellung 6:

Mann-zu-Frau-Transsexuelle waren älter und wurden zu einem späteren Zeitpunkt begutachtet als Frau-zu-Mann-Transsexuelle. Sie gingen häufiger (gesetzlich) verbindliche Partnerschaften ein und hatten auch häufiger Kinder. Frau-zu-Mann-Transsexuelle hingegen waren beruflich besser integriert und zum Zeitpunkt der Begutachtung in höherem Umfang erwerbstätig als Mann-zu-Frau Transsexuelle. Die Zufriedenheit mit der beruflichen Entwicklung war bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen deutlich höher. Frau-zu-Mann-Transsexuelle definierten sich zu einem früheren Zeitpunkt als „transsexuell“ als Mann-zu-Frau-Transsexuelle. Auch gaben sie seltener sowohl sexuelle Vorerfahrungen mit Partnern als auch mit dem eigenen Körper an. Die Geschlechts-Performance von Frau-zu-Mann-Transsexuellen war tendenziell eindeutiger, auch fühlten sich diese stärker von der Umgebung akzeptiert. Während die sexuelle Präferenz bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen ganz überwiegend stabil gynäphil und damit vom inneren Erleben her „heterosexuell“ war, war die sexuelle Präferenz bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen variabler. In etwa einem Viertel der Fälle wurde eine gynäphile Orientierung beibehalten. Beide Geschlechter schilderten als vorrangiges Beziehungsmuster länger dauernde verbindliche partnerschaftliche Beziehungen. Die Zufriedenheit mit der partnerschaftlichen Entwicklung war bei beiden Geschlechtern vergleichbar. Die Zufriedenheit mit dem operativen Ergebnis war bei den Mann-zu-Frau-Transsexuellen höher; die Zufriedenheit mit dem sexuellen Erleben hingegen war nicht geschlechtsabhängig. Die Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel war bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen tendenziell höher als bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen.

4. DISKUSSION:

ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE UND VERGLEICH DES DATENMATERIALS MIT ANDEREN STUDIEN

Das Phänomen der „Geschlechtsmetamorphose“ ist keine Erfindung der Neuzeit und findet seinen Niederschlag –seit schriftliche Aufzeichnungen vorhanden sind- ubiquitär epochen- und kulturübergreifend.

Relativ neu ist allerdings der Versuch, dieses Phänomen diagnostisch klarer zu umreißen und daraus dann auch Behandlungsstrategien abzuleiten. Inzwischen wurden für die Transsexualität diagnostische Kriterien entwickelt (ICD 10; DSM IV) und ein standardisiertes mehrschrittiges Vorgehen (Richtlinien der HABIGDA; Deutsche Richtlinien vgl. Becker et al. 1997) etabliert, das es den Betroffenen ermöglicht, sich der eigenen Geschlechtsidentität und der angestrebten Geschlechtsrolle sicherer zu werden. Dies schließt die Möglichkeit ein, auch durch Hinzuziehung eingreifender medizinischer Maßnahmen, den eigenen Körper der innerlich erlebten Geschlechtsidentität anzugleichen und insgesamt eine größere Stimmigkeit zwischen innerem Erleben, sozialer Realität und körperlicher Repräsentanz zu erreichen.

Die vorgelegte Untersuchung bezieht sich auf transsexuelle Patienten und Patientinnen, die den Entschluss gefasst haben, den Vornamen der erlebten Geschlechtsidentität entsprechend ändern zu lassen (N=139) und die darüber hinaus operative geschlechtsangleichende Maßnahmen vornehmen ließen. Ziel der vorliegenden Untersuchung war die Erfassung des Verlaufs unter besonderer Berücksichtigung der Zufriedenheit von transsexuellen Patienten und Patientinnen, die zur Vornamensänderung in der Essener Universitätsklinik für Psychosomatik begutachtet und später geschlechtsangleichend operiert wurden. Hierzu wurden eigens entwickelte Fragebögen an die begutachteten Patienten und Patientinnen verschickt und ausgewertet.

Die Fragebogen wurden an sämtliche Patienten und Patientinnen verschickt, die zur Begutachtung in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Essen waren. Von diesen antworteten 67 Patienten und Patientinnen, davon waren wiederum 56 Patienten und Patientinnen geschlechtsangleichend operiert worden. Somit bleibt offen, welchen Weg diejenigen Patienten und Patientinnen eingeschlagen haben, die den Fragebogen nicht beantworteten.

Zur Beantwortung der Frage, ob die vorgelegte Untersuchung der geschlechtsangleichend operierten Patienten und Patientinnen aussagekräftig ist für die Gesamtstichprobe, wurden die Antwort- und Nicht-Antworter verglichen. Sie unterscheiden sich nicht hinsichtlich Geschlechtsverteilung, Wohnsituation und partnerschaftlicher Liaison sowie Suizidversuchen in der Vorgeschichte. Sie unterscheiden sich auch nicht bezüglich der Häufigkeit der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Begleitung/ Behandlung und der Behandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen zum Begutachtungszeitpunkt. Allerdings bestanden in mehreren Punkten deutliche, wenn auch statistisch nicht immer signifikante Unterschiede, so dass davon auszugehen ist, dass es sich bei der nachuntersuchten Stichprobe in mehrfacher Hinsicht um eine „Positiv-Auswahl“ handelt.

Hierbei konnten sich vor allem die besonders gut sozial integrierten Frau-zu-Mann-Transsexuellen, die gut gebildet und ausgebildet waren und die zudem über geringe sexuelle Vorerfahrungen –auch mit dem eigenen Körper– verfügten, zu einer Teilnahme an der Nachuntersuchung bereit finden. Die deutlichen Unterschiede bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen zwischen den Antwortern und den Nicht-Antwortern hinsichtlich sexueller Vorerfahrungen aber auch Eindeutigkeit in Auftreten und Verhalten könnten –bei aller Zurückhaltung– für heterogene Verläufe und ein unterschiedliches Antworteverhalten bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen sprechen. (Becker 2004 a). Bei den Mann-zu-Frau-Transsexuellen nahmen eher diejenigen mit einer gynäphilen sexuellen Orientierung, die meistens sog. late-onset-Verläufe aufweisen, an der Nachuntersuchung teil sowie tendenziell diejenigen mit einer besseren sozialen Integration. Auffällig war der Befund, dass die Mann-zu-Frau-Nicht-Antworter deutlich jünger waren als die Mann-zu-Frau-Antworter, was auch durch jüngste Studien (Hepp et al. 2002) bestätigt wurde. Eine Erklärung findet sich in der Literatur bisher nicht; möglicherweise finden sich in dieser Untergruppe eher die „unglücklicheren“ Verläufe; denkbar wäre aber auch die Vermutung, dass sich in dieser Untergruppe vor allem diejenigen Transsexuellen wiederfinden, die innerhalb der letzten Jahre ein besonderes Selbstverständnis/ Selbstbewusstsein entwickelt haben und eine Inanspruchnahme des medizinischen Hilfesystems als „aufoktroiert“ erleben.

Darüber hinaus fiel auf, dass vor allem diejenigen an der Nachuntersuchung teilnahmen, die sowohl zur Vornamensänderung als auch zur Personenstandsänderung in der Essener Klinik für Psychosomatik begutachtet worden waren. Die Tatsache, dass bei den Antwortern 56,7% der Patienten und Patientinnen sowohl zur Vornamensänderung als auch zur Personenstandsänderung in den Rheinischen Kliniken Essen begutachtet wurden gegenüber nur 34,7% der Nicht-Antworter lässt sich wohl vor allem mit einer –wodurch auch immer begründeten– höheren Bindung an die Klinik oder auch an die/ den Begutachter begründen. Ein Teil der begutachteten Patienten und Patientinnen war bereits zuvor in der

Transsexualitäts-Sprechstunde gesehen worden. Die erneute Beauftragung des Gutachters kann für eine höhere Zufriedenheit mit der Begutachtung, vielleicht aber auch mit dem Verfahrensablauf in der Essener Klinik sprechen, lässt aber auch den Schluss zu, dass neben besonderer Verbundenheit und auch Dankbarkeit gegenüber dem Begutachter evtl. Hoffnungen bestehen, dass der Gutachter sich auch in Zukunft für den Patienten einsetzen möge (Wiegand 1984). Die höhere Zahl von ausschließlich zur Vornamensänderung erfolgten Begutachtungen bei den Nicht-Antwortern könnte auch für eine Inanspruchnahme der Begutachtung im Sinne eines „Serviceangebotes“ sprechen, mit dem keinerlei weitere Bindungen verknüpft sind.

In der untersuchten Stichprobe zeigt sich, dass die in den Richtlinien vorgeschlagenen therapeutischen Verfahren und Prozeduren zur Geschlechtsangleichung zur Anwendung kommen und sinnvoll sind.

Die nachuntersuchte Stichprobe hielt weitgehend das in den Richtlinien empfohlene Verfahren ein, bezogen auf die Kriterien einer begleitenden Psychotherapie und der gegengeschlechtlichen Hormonbehandlung. Der in den Richtlinien geforderte sogenannte „Alltagstest“ kam bei sämtlichen transsexuellen Patienten und Patientinnen zur Anwendung und ging einer positiven Empfehlung zur Vornamensänderung voraus. Über die genaue zeitliche Abfolge der einzelnen Behandlungsschritte konnten allerdings keine exakten Angaben gemacht werden, so daß der Befund in der vorliegenden Studie nicht unbedingt der Untersuchung von Dievernich et al. (2004) widerspricht, die feststellten, dass das Richtlinienverfahren in der Praxis vor allem hinsichtlich der geforderten zeitlichen Empfehlungen und der Reihenfolge nur selten exakt eingehalten wird. Pfäfflin und Junge (1993)machten darauf aufmerksam, dass vor allem in den USA das postulierte Standardverfahren nur selten zur Anwendung kommt und mit der Hormonbehandlung zu einem sehr frühen Zeitpunkt im laufenden Prozess der Geschlechtstransformation begonnen wird. Ähnliche Beschreibungen finden sich auch bei Becker und Hartmann (2002) und Becker (2004 a). Die in der Untersuchung ermittelten statistischen Korrelationen sprechen gegen diesen Befund und legen nahe, dass eine psychotherapeutische Behandlung vor Einnahme gegengeschlechtlicher Hormone beginnt. Bezeichnenderweise nahm keine(r) der Patienten und Patientinnen, deren Vornamensänderung abgelehnt bzw. denen eine Wiedervorstellung zu einem späteren Zeitpunkt anempfohlen wurde, an der Nachuntersuchung teil.

Die insgesamt hohe Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel spricht in beeindruckender Weise für die Berechtigung des Verfahrens. Selbsthilfegruppen wurden von etwa 60% der nachuntersuchten Stichprobe in Anspruch genommen, und zwar um so häufiger,

je seltener eine partnerschaftliche Beziehung bei der Nachuntersuchung bestand. Dies spricht am ehesten für die hohe soziale Bedeutung, die Selbsthilfegruppen vor allem für die nicht partnerschaftlich liierten Transsexuellen haben im Sinne eines sozialen Netzwerks.

Wissenschaftliche Literatur, die die Bedeutung von Selbsthilfegruppen im Prozess der Geschlechtstransformation untersucht, ist bislang nicht bekannt.

Das Durchlaufen des Verfahrens zur Geschlechtstransformation hat tatsächlich Auswirkungen auf die Lebensumstände der Patienten und Patientinnen:

Beim Vergleich der Lebensumstände zum Zeitpunkt der Begutachtung zur Vornamensänderung mit denjenigen zur katamnestischen Untersuchung konnten vor allem Veränderungen hinsichtlich der Erwerbstätigkeit, der partnerschaftlichen Entwicklung und sexueller Erfahrungen konstatiert werden.

Hierbei profitierten in vergleichsweise hohem Umfang diejenigen transsexuellen Patienten und Patientinnen, die keine abgeschlossene Berufsausbildung angaben und zum Zeitpunkt der Begutachtung nicht erwerbstätig waren. Demgegenüber sind eine abgeschlossene Berufsausbildung und bestehende Erwerbstätigkeit gute Voraussetzungen dafür, auch nach erfolgter operativer Geschlechtstransformation in einem Arbeitsverhältnis zu stehen. Eine Verschlechterung des Sozialstatus fand sich überwiegend bei den Mann-zu-Frau-Transsexuellen. Eine mögliche Erklärung für die Verbesserung des Erwerbsstatus ist die Tatsache, dass viele, insbesondere Mann-zu-Frau-Transsexuelle, ihren Arbeitsplatz während des Geschlechtsrollenwechsels verlieren und dem Arbeitsmarkt als Arbeitssuchende erst wieder nach erfolgter Vornamensänderung zur Verfügung stehen. (vgl. Pfäfflin, Junge, 1992; Jarrar, 1993; De Cuyper, 2003). Dieser Befund steht –zunächst- im Gegensatz zu den Ergebnissen von Rauchfleisch et al. 1998, die die Verschlechterung des Sozialstatus und hierbei insbesondere der Erwerbstätigkeit und das Angewiesensein auf soziale Unterstützung herausstellten. In dieser Langzeitkatamnese sind ganz überwiegend Transsexuelle untersucht worden, die präoperativ geringe bis mittlere berufliche Qualifikationen aufwiesen oder auch der Prostitution nachgingen, so dass hier die Voraussetzungen für eine spätere längerfristige Beschäftigung ungünstig erscheinen mögen. Aus der Untersuchung geht hervor, dass auch diejenigen, die unmittelbar postoperativ über ein eigenes Einkommen verfügten, längerfristig auf das Hilfesystem angewiesen waren. Möglicherweise spielen auch die Besonderheiten des Schweizer Arbeitsmarktes hier eine Rolle.

Ein Großteil der Patienten und Patientinnen, die zuvor nicht partnerschaftlich liiert waren, gingen zwischenzeitlich eine Partnerschaft ein. Die angegebenen Beziehungsmuster waren insgesamt – unabhängig vom Geschlecht - erstaunlich stabil und nicht unähnlich denjenigen in heterosexuellen Beziehungen (Hepp, 2002; Schmidt, 2003; De Cuyper, 2003 a;). Auch hier

zeigte die Studie von Rauchfleisch et al. deutlich diskrepante Ergebnisse, die weder durch die vorliegende Studie noch durch andere bisher vorliegende Studien bestätigt werden konnte.

Sexuelle Erfahrungen machten die meisten der untersuchten Patienten und Patientinnen im Zeitraum nach der Begutachtung bzw. nach geschlechtsangleichenden Operationen, wobei hier insbesondere die sexuell unerfahrenen Frau-zu-Mann-Transsexuellen profitieren konnten.

Diese Befunde decken sich weitgehend mit denjenigen aus der Literatur (Pfäfflin, Junge 1992; Jarrar et al. 1996; Krege et al. 2001; Hepp et al. 2002; De Cuypere 2003; Lawrence 2005)

Die Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel lässt sich durch die einzelnen Unterpunkte weiter differenzieren.

Auffallend ist die hohe Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel insgesamt, die mindestens so hoch ist wie in anderen Studien. (Pauly 1981; Abramowitz 1986; Kuiper, Cohen-Kettenis 1988; Green, Fleming 1990; Pfäfflin, Junge 1992; Hepp 2002). Die geschlechtsbezogenen Unterschiede mit einer etwas höheren Zufriedenheit der Frau-zu-Mann-Transsexuellen finden sich auch in der vorliegenden Studie (Pfäfflin, Junge 1992; Rauchfleisch 1998; Hepp 2002) Die Differenzierung in die einzelnen Unterpunkte ergab, dass vor allem die Zufriedenheit mit dem sexuellen Erleben signifikant mit der Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel korreliert. Dies unterstreicht eindrucksvoll, dass sexuelles Erleben auch im Leben transsexueller Menschen keinesfalls eine marginale Rolle spielt und zudem signifikant zur Zufriedenheit in einer partnerschaftlichen Beziehung beiträgt, wie dies auch für andere –namentlich heterosexuelle- Beziehungen gilt (Eldh et al. 1997; Rehman et al. 1999; Schmidt. 2003; De Cuypere 2003 b; Lawrence 2005). Die frühere Annahme von Asexualität transsexueller Menschen (Sigusch et al. 1978) ist damit eindrucksvoll entkräftet, wiewohl man inzwischen auch ganz gut weiß, dass in der Anfangszeit der auch operativen Behandlung Transsexueller die Betroffenen ihre Antworten im Sinne einer sozialen Erwünschtheit formulierten (Becker, Hartmann 2002) Für den Umgang mit transsexuellen Menschen bedeutet dies aber auch, dass das sexuelle Erleben als eigene Dimension – zum Beispiel von den Operateuren aber auch den begleitenden Psychotherapeuten – ernst genommen werden muss und die operativen Techniken hinsichtlich der Möglichkeiten, erregungsfähiges Gewebe zu erhalten, kritisch geprüft werden sollten. (Lief, Hubschman 1993; Eldh 1997; Green 1998; Krege, 2001; Schroder, Carroll 2002; De Cuypere 2003; Lawrence 2005) Der Befund spricht aber auch dafür, dass mit der geschlechtsangleichenden Operation der Prozess des „Sich-Zurechtfindens“ nicht abgeschlossen ist und dass eine weiterführende psychotherapeutische Begleitung, die den Schwerpunkt auf Veränderungen im sexuellen Erleben legt, sinnvoll erscheint. (Kockott; 1996; Rachlin, 2002; Becker, S. 2004)

Darüber hinaus haben der Verfahrensablauf aber auch die Zufriedenheit mit der erfolgten Psychotherapie signifikante Auswirkungen auf die Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel. Offenbar kann eine von den Patienten und Patientinnen als hilfreich erlebte Psychotherapie entscheidend beitragen zur Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel und ist ein wichtiger Baustein innerhalb des Verfahrens gemäß den Standards. Dies unterstreicht frühere Ergebnisse (Meyer, Reter 1979; Kockott, Fahrner 1987; Pfäfflin, Junge, 1992; Rachlin, 2002), in denen der kontinuierliche Kontakt zu einem Beratungszentrum als eigener Wirkfaktor ermittelt wurde. Auch die Befunde von Lawrence (2001) werden bestätigt: Hier war die von den Betroffenen als stimmig eingeschätzte präoperative Psychotherapie eng korreliert mit der Zufriedenheit mit geschlechtsangleichenden Operationen. In besonderem Maße gilt dies für diejenigen Transsexuellen, die über sexuelle Vorerfahrungen verfügen. Daraus lässt sich ableiten, dass das Angebot einer psychotherapeutischen Begleitung – auch über die geschlechtsangleichenden Operationen hinaus bzw. unabhängig davon - sinnvoll erscheint, da sich ja in diesem Zeitraum häufig wichtige psychosoziale Veränderungen ereignen. (Clement, Senf 1996; Kockott 1996; Becker, S. 2004; Senf et al. 2005)

Ein als günstig erlebter Verfahrensablauf hat ebenfalls hohen Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel. Dieses Ergebnis unterstreicht eindrucksvoll, dass dem Verfahren selbst und seinem Ablauf eine ganz wichtige Rolle zukommt bei der Geschlechtstransformation. Daraus lässt sich ableiten, dass zu einem günstigen Verlauf ein von den Betroffenen als sinnvoll, klar und transparent erlebtes Verfahren beitragen kann mit einer guten Zusammenarbeit der beteiligten Institutionen. (Krege et al., 2001; Hepp et al. 2002)

Die Zufriedenheit mit der partnerschaftlichen Entwicklung stand durchaus in Zusammenhang mit der Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel, war aber nicht signifikant. Von eher untergeordneter Bedeutung dafür waren die Zufriedenheit mit der beruflichen Entwicklung, die Zufriedenheit mit dem operativen Ergebnis und die Akzeptanz durch die Umgebung. Das bedeutet, dass der Geschlechtsrollenwechsel auch unabhängig von operativem Ergebnis, Akzeptanz durch die Umgebung und beruflicher Entwicklung als zufriedenstellend erlebt werden kann, dass also vielmehr das eigene subjektive Erleben in der angestrebten Geschlechtsrolle von entscheidender Bedeutung ist. (Kuiper, Cohen-Kettenis 1988; Pfäfflin, Junge 1992). Dass die Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel nicht mit der Zufriedenheit hinsichtlich des operativen Ergebnisses korreliert, widerspricht in erster Näherung vor allem chirurgischen Arbeiten jüngerer Datums (Bodlund, Armelius 1994; Eldh 1997; Green 1998; Rehmann; 1998; Krege et al. 2001; Lawrence 2005), die eine direkte Verbindung zwischen optimierten chirurgischen Ergebnissen und postoperativer Zufriedenheit

konstatierten. Das Ergebnis belegt eindrucksvoll, dass weniger das operative Ergebnis, sondern das sexuelle Erleben entscheidend sind (vgl. Lief, Hubschmann 1993). Von den Betroffenen wird zwar das sexuelle Erleben direkt in Zusammenhang gebracht mit guten operativen Ergebnissen; für die Einschätzung des Geschlechtsrollenwechsels insgesamt wird aber die Operation nicht entscheidend.

Zur Frage, ob Mann-zu-Frau-Transsexuelle und Frau-zu-Mann-Transsexuelle unterschiedlich von dem Verfahren zur Geschlechtstransformation profitieren, zeigten sich folgende Befunde.

In der nachuntersuchten Stichprobe waren Mann-zu-Frau-Transsexuelle älter und waren auch zu einem späteren Zeitpunkt begutachtet worden als die Frau-zu-Mann-Transsexuellen, was sich auch in vielen Untersuchungen wiederfindet. Dies lässt sich in Übereinstimmung bringen mit der früher stattfindenden Selbstdefinition als transsexuell bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen und einem vergleichsweise hohen Anteil in der Stichprobe von gynäphil orientierten Mann-zu-Frau-Transsexuellen, die sich meistens in sogenannten late-onset-Verläufen wiederfinden. (Kockott, Fahrner 1988; De Cuypere, 1995; Hepp 2002) Frau-zu-Mann-Transsexuelle waren trotz eines etwas geringeren Bildungs- und Ausbildungsniveaus insgesamt etwas besser sozial integriert bezogen auf die Kriterien Erwerbstätigkeit und Partnerschaft (Verschoor, Poortinga. 1988; Kockott, Fahrner 1988; De Cuypere, 1995; Rauchfleisch 1998; Becker, Hartmann 2002; Hepp 2002; Becker, S. 2004) Vor allem die nicht erwerbstätigen Mann-zu-Frau-Transsexuellen konnten im Katamnesezeitraum ihren Sozialstatus verbessern, während aber auch ein gutes Drittel der Mann-zu-Frau-Transsexuellen mit der beruflichen Entwicklung nur wenig zufrieden war. Das Eingehen partnerschaftlicher Beziehungen war bei den Mann-zu-Frau-Transsexuellen mit einer androphilen Orientierung, die eingangs nicht liiert waren, auf den Zeitpunkt nach geschlechtsangleichenden Operationen „verschoben“ worden, während das Eingehen partnerschaftlicher Beziehungen bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen mit gynäphiler Orientierung und Frau-zu-Mann-Transsexuellen unabhängiger zu sein scheint von geschlechtsangleichenden Operationen. Hier stellt sich auch die Frage, ob es sich bei diesen Beziehungen um längerfristige Beziehungen handelt, die auch die geschlechtsangleichenden Operationen „überdauern“. (Walinder et al. 1978; Kockott, Fahrner 1988; Blanchard 1989; Becker, Hartmann 2002; De Cuypere, 2003)

Das in der Literatur immer wieder beschriebene Phänomen, dass die Beziehungsmuster bei den Mann-zu-Frau-Transsexuellen instabiler seien als bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen, konnte in der vorliegenden Untersuchung nicht bestätigt werden, vielmehr dominierten – zumindest in der Selbstbeschreibung – stabile Beziehungsmuster bei beiden Geschlechtern. (Kockott, Fahrner 1988; Pfäfflin, Junge 1992; De Cuypere 1995), was durch Untersuchungen der jüngsten Zeit bestätigt wurde (De Cuypere 2003;). Die Beobachtung, daß

Frau-zu-Mann-Transsexuelle insgesamt sozial besser integriert sind als Mann-zu-Frau-Transsexuelle, war auch über die geschlechtsangleichenden Operationen hinaus stabil: So war die Zufriedenheit mit der Akzeptanz durch die Umgebung bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen signifikant höher als bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen, was sich zum einen mit der früheren Bewusstwerdung der Transsexualität bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen und günstigere anatomische Voraussetzungen in Zusammenhang bringen lässt (Kockott, Fahrner 1988; Verschoor, Portinga 1988; Cohen-Kettenis, Gooren 1999). Aber auch die weniger differenzierte Zeichensetzung, die benötigt wird, um ein menschliches Wesen als „männlich“ wahrzunehmen, erleichtert es Frau-zu-Mann-Transsexuellen sicherlich, vor allem die kritische Phase der Geschlechtstransformation incl. Alltagstest leichter zu bewältigen als Mann-zu-Frau-Transsexuelle. (Brauckmann 2002)

Die auffallenden – wenngleich statistisch nicht signifikanten - geschlechtsbezogenen Unterschiede bei der Zufriedenheit mit dem operativen Ergebnis bestätigen die bisherigen Befunde aus der Literatur mit größerer Zufriedenheit bei den Mann-zu-Frau-Transsexuellen. (Pfäfflin, Junge 1992; Eldh, 1997) Dies lässt sich am ehesten mit den günstigeren anatomischen Voraussetzungen bei den Mann-zu-Frau-Transsexuellen erklären. Allerdings war die Zufriedenheit mit dem sexuellen Erleben unabhängig vom Geschlecht und wurde von den Patienten und Patientinnen in Zusammenhang gebracht mit einem günstigen operativen Ergebnis (Lief, Hubschman 1993)

An die Untersuchung müssen aber auch einige kritische Anmerkungen gerichtet werden. So erfasste die Untersuchung nur ein gewisses Klientel der Gesamtstichprobe von 139 zur Vornamensänderung begutachteten Patienten und stellt in vielen Punkten eine gewisse „Positiv-Auswahl“ dar, ist also nicht repräsentativ für die gesamte Stichprobe.

Das lost-to-follow-up ist beträchtlich, ist aber – verglichen mit anderen Studien- (Kuiper, Cohen-Kettenis, 1988; 33,3 bzw. 40 %; Ross, Need 1989; 55 %; Rauchfleisch; 1998; 73 bzw. 81 %; Hepp, 2002; 29,8%) als eher typisch für die Klientel der Transsexuellen anzusehen und berührt natürlich auch die Frage der Vergleichbarkeit der einzelnen Studien.

Damit ist aber auch die Frage verbunden, welche Patienten und Patientinnen sich nach erfolgter Geschlechtstransformation überhaupt erinnern lassen wollen. Zu vermuten ist – auch nach der sorgfältigen Untersuchung zur Vergleichbarkeit der Antwort- und Nicht-Antworter- dass möglicherweise ausgerechnet die Patienten und Patientinnen mit eher unglücklichen Verläufen nicht hinreichend erfasst werden konnten.

Im Unterschied zu anderen Ländern (insbesondere den skandinavischen Ländern aber auch den Niederlanden und Belgien; Pfäfflin, Junge 1992) gibt es in Deutschland keine zentrale Erfassung transsexueller Patienten und Patientinnen, bzw. finden Beratung, Begutachtung und Behandlung nicht generell in entsprechenden spezialisierten, meistens Unikliniken angeschlossenen Ambulanzen statt, so dass sich die aus den erwähnten Ländern bekannten hohen Fallzahlen für Deutschland nicht erzielen lassen und sicherlich auch die Repräsentativität für die Gesamtzahl der in Deutschland begutachteten Patienten und Patientinnen weniger gegeben ist.

Die Befragung mittels eines postalisch verschickten Fragebogens hat für die Patienten und Patientinnen den Vorteil der zugesicherten Anonymität, so dass dadurch Schwellenängste gemindert werden können. Andererseits bedeutet dies aber auch einen Verzicht auf zusätzliche Informationen, die etwa durch ein Interview gewonnen werden könnten und impliziert ausschließlich die subjektiven Angaben der Patienten und Patientinnen.

Die groß angelegte katamnestiche Studie aus den Niederlanden (Kuiper und Cohen-Kettenis 1988) belegt eindrucksvoll die Berechtigung der subjektiven Sichtweise. Die vor allem in der Schweizer Langzeitkatamnese (Rauchfleisch et al. 1998) beschriebene Diskrepanz zwischen stereotyp vorgebrachter Zufriedenheit und von den Untersuchern verspürter Depressivität etc. kann über einen Fragebogen natürlich nicht erfasst werden.

Ein Phänomen, auf das vor allem Pfäfflin und Junge (1992) aber auch Becker und Hartmann (2002;) aufmerksam machten, das aber auch z.B. im Arbeitskreis Transsexualität Düsseldorf diskutiert wurde, ist die „holzschnittartige Darstellung transsexueller Biographien“, in denen im Sinne einer „Neo-Historizität“ die transsexuelle Identität rückblickend gestaltet wird. Insofern liegt es nahe, dass die Angaben der Patienten und Patientinnen zur transsexuellen Entwicklung durchaus geschönt sein können. Auch stellt sich die Frage, in welchem Ausmaß die Angaben in den Gutachten tatsächlich mit der Wirklichkeit übereinstimmen; hierzu wurde von Sigusch (2001) angemerkt, daß „die klassische Transsexuellenbiographie der rekonstruktive und selbstaffirmative Lebenslauf eines Menschen (sei), der beim Leser (Gutachter) die Anerkennung als Transsexueller bewirken soll.“

Ein weiterer Kritikpunkt besteht in dem „Untersucher-Bias“: Die Patienten und Patientinnen wurden angeschrieben im Namen des Begutachters, wengleich die Auswertung und Untersuchung von einer nicht an der Begutachtung beteiligten Person vorgenommen wurden. Insofern können durchaus Antworten im Sinne einer Bestätigung der Zufriedenheit mit dem Begutachter vorkommen.

Es sollte aber auch auf einige positive Aspekte der vorgelegten Untersuchung hingewiesen werden. So wurde die Frage der Vergleichbarkeit der untersuchten Stichprobe ausführlich diskutiert, was in anderen Katamnese Studien nur ansatzweise zur Anwendung kam. Die Fallzahl ist vergleichsweise hoch, wodurch auch statistische Auswertungen zur Anwendung kommen konnten. Durch die Möglichkeit zu freiformulierten Angaben, die allerdings in dieser Arbeit noch nicht berücksichtigt werden konnten, waren auch qualitative Aussagen möglich, bzw. ließen sich die statistischen Aussagen inhaltlich unterfüttern. Der Katamnesezeitraum war ausreichend lang, um die Ergebnisse durch die unmittelbare psychische Erleichterung nach geschlechtsangleichenden Operationen, den sogenannten postoperativen „honey moon“ nicht zu verzerren.

Durch die Erfassung der „Zufriedenheit“ in einzelnen Unterpunkten wurde es möglich, ein differenzierteres Bild zu erhalten und auch Aussagen treffen zu können, welche Bereiche besonders zur Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel beitragen.

Dadurch, dass nicht die geschlechtsangleichenden Operationen zum Ausgangspunkt der Nachuntersuchung genommen wurden, sondern der Zeitpunkt der Begutachtung, war es möglich, die soziodemographischen Daten zu zwei Zeitpunkten einander gegenüberzustellen und zu vergleichen. Darüber hinaus war der Blick der Untersuchung nicht ausschließlich auf die geschlechtsangleichenden Operationen zentriert, sondern es gelang auch, das geschlechtstransformierende Verfahren in den Fokus zu rücken und in seiner Sinnhaftigkeit zu bestätigen.

Daraus lässt sich die Forderung ableiten, ein differenziertes Beratungs- und Behandlungsangebot für die betroffenen transsexuellen Patienten vorzuhalten mit transparentem Verfahrensablauf und fundierter professioneller psychotherapeutischer Behandlung. Diese sollte über den Zeitpunkt der geschlechtstransformierenden Operationen hinaus erfolgen, da mit länger zurückliegender Geschlechtstransformation auch enttäuschte Wünsche und Erwartungen sowie möglicherweise auch Schwierigkeiten im interaktionellen Bereich stärker in den Fokus der Aufmerksamkeit rücken.

Aus den Erfahrungen mit der Studie können die folgenden Anregungen gegeben werden:

In künftigen Studien sollten -etwa durch Anwendung ausgewählter Fragebögen- wichtige Persönlichkeitsmerkmale wie Strukturniveau; Bindungsverhalten; Affektregulation und Selbstbezug erfasst werden mit dem Ziel, Untergruppen von transsexuellen Patienten und Patientinnen zu differenzieren. Die Differenzierung könnte dazu dienen, typische Behandlungsprobleme frühzeitig in den Fokus der Aufmerksamkeit rücken und entsprechende therapeutische Interventionen und Strategien daraus ableiten zu können. Die von vielen

„Klinikern“ rückgemeldete Beobachtung, daß es sich bei der Gruppe der transsexuellen Patienten und Patientinnen um eine Klientel handele, die sich auf psychotherapeutische Angebote nur bedingt einlassen könne sowie die Erfahrung, daß das lost-to-follow-up in den retrospektiven Studien erheblich ist, legt nahe, das Bindungsverhalten bzw. die Bindungsmuster dieser Patienten und Patientinnen einer genaueren Untersuchung zu unterziehen. Von großem Interesse wäre sicherlich auch die Erfassung von Selbstbezug und Kohärenzgefühl, möglichst im Rahmen einer prospektiv angelegten Untersuchung, um im einzelnen Aussagen zur Veränderung dieser Parameter treffen zu können.. Zudem wäre eine Erfassung des Körperbildes/ der Körperzufriedenheit prä-post wichtig, um hieran auch die Möglichkeiten der veränderten Integration des eigenen Körperbildes ablesen zu können.

Die von einigen Autoren (Essers, Diederichs, 1996; Becker, S. 2004) mitgeteilten Beobachtungen vermehrter Traumatisierungen bei einem Teil der transsexuellen Patienten und Patientinnen sollte in späteren Untersuchungen aufgegriffen werden, auch hier verbunden mit der Zielsetzung, eventuelle Untergruppen transsexueller Patienten und Patientinnen zu identifizieren und angemessen zu behandeln.

Um die für eine spätere statistische Auswertbarkeit notwendigen hohen Fallzahlen zu erzielen, könnte es für zukünftige Studien wichtig werden, den Rücklauf beispielsweise über die Einbeziehung niedergelassener Endokrinologen und auch Gynäkologen zu erhöhen, bei denen sich die transsexuellen Patienten und Patientinnen lebenslang in Behandlung befinden.

Dass es nach wie vor kaum prospektive Studien zur Beforschung transsexueller Patienten und Patientinnen gibt, sollte kein Argument gegen solche Untersuchungen sein. Vielmehr gibt es gute Gründe, in Zeiten, in denen sich Begrifflichkeiten im Wechselspiel mit gesellschaftlichen Diskursen verändern,. fundierte Untersuchungsergebnisse zu Verlauf, Behandlung aber auch Differenzierung vorzulegen.

5. ZUSAMMENFASSUNG

Die Untersuchung beschäftigt sich mit der Zufriedenheit von transsexuellen Patienten, die geschlechtsangleichend operiert wurden (N=56; davon 33 Mann-zu-Frau-Transsexuelle und 23 Frau-zu-Mann-Transsexuelle). Hierzu wurde eine follow-up Befragung von sämtlichen Patienten (N=139) durchgeführt, die in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Essen zwischen 1989 und 2001 im Rahmen des TSG zur Vornamensänderung begutachtet worden waren. Untersuchungsinstrument war ein dafür eigens entwickelter Fragebogen. Der Rücklauf betrug 48,2%. Die Stichprobe stellte (bezüglich des Bildungsniveaus, der beruflichen Ausbildung, der beruflichen Integration und hinsichtlich des Begutachtungsergebnisses) eine „Positiv-Auswahl“ dar. Neben der Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel insgesamt wurden die Zufriedenheit mit der Psychotherapie, dem operativen Ergebnis, der Akzeptanz durch die Umgebung, der beruflichen sowie der partnerschaftlichen Entwicklung und dem sexuellen Erleben in einem fünfstufigen Bewertungssystem erfasst. Das Ausmaß der Zufriedenheit war generell sehr hoch (über 90%). Gewisse Polarisierungen konnten für die berufliche sowie die partnerschaftliche Entwicklung herausgearbeitet werden. Von großer Bedeutung für die Gesamtzufriedenheit sind Verfahrensablauf, psychotherapeutische Begleitung, in gewissem Umfang partnerschaftliche Entwicklung und vor allem sexuelles Erleben. Von untergeordneter Bedeutung für die Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel sind hingegen die Akzeptanz durch die Umgebung, die Zufriedenheit mit der beruflichen Entwicklung sowie das operative Ergebnis. Je länger die Begutachtung zur Vornamensänderung zurücklag, umso geringer war die Zufriedenheit mit dem Geschlechtsrollenwechsel. Frau-zu-Mann-Transsexuelle waren sozial besser integriert und akzeptiert.. Der Grad der Erwerbstätigkeit aber auch die Häufigkeit partnerschaftlicher Beziehungen nahm bei beiden Geschlechtern im Verlauf deutlich zu. Bei beiden Geschlechtern dominierten längerfristige und dauerhafte Paarbeziehungen, was früheren Untersuchungen widerspricht, die für Mann-zu-Frau-Transsexuelle instabilere Beziehungsmuster annahmen. Die vorliegenden Ergebnisse belegen eindrucksvoll, dass das Richtlinienverfahren weitgehend angewandt wird und in seiner Mehrstufigkeit sinnvoll ist. Klarheit und Transparenz des Verfahrens erscheinen notwendig. Für den Gesamtverlauf ist eine aus Sicht der Betroffenen hilfreiche psychotherapeutische Begleitung bzw. Behandlung von großer Bedeutung und sollte mindestens bis zur geschlechtsangleichenden Operation erfolgen. Da sich viele Veränderungen im psychosozialen Bereich oftmals erst postoperativ entwickeln, erscheint das Angebot weiterer psychotherapeutischer Interventionen indiziert. Die hohe Bedeutung, die das sexuelle Erleben für die Betroffenen hat, sollte entsprechende Berücksichtigung finden sowohl bei Überlegungen zum operativen Vorgehen als auch bei psychotherapeutischen Fragestellungen.

6. LITERATURVERZEICHNIS

1. Abramowitz, S.I. (1986): Psychosocial Outcomes of Sex Reassignment Surgery. *J. Consul. Clin. Psychol.* 54, 183-189.
2. American Psychiatric Association (1980, deutsche Ausgabe 1984) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III)*. APA, Washington DC, deutsch Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
3. American Psychiatric Association (1987, deutsche Ausgabe 1989): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III-R)*. APA Washington DC, deutsch Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
4. American Psychiatric Association (1994, deutsche Ausgabe 1998): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)*. APA Washington DC. Deutsche Bearbeitung von Saß, H., Wittchen, H.U., Zaudig, M. *Diagnostische Kriterien DSM-IV*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag.
5. Bakker, A., van Kesteren, P.J.M., Gooren, L.J.G., Bezner, P.D. (1993): The Prevalence of Transsexualism in the Netherlands. *Acta Psychiatr. Scand.* 87: 227-238.
6. Becker, H., Hartmann, U. (2002): *Störungen der Geschlechtsidentität*; Wien, New York: Springer Verlag.
7. Becker, S., Bosinski, H.A.G., Clement, U., Eicher, W., Goerlich, T., Hartmann, U., Kockott, G., Langer, D., Preuss, W.F., Schmidt, G., Springer, A., Wille, R. (1997): Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen. *Sexuologie* 2: 130-138.
8. Becker, S. (2004 a): Psychotherapie bei Transsexualität. *In*: Strauß, B. (Hrsg.): *Psychotherapie der Sexualstörungen*. S. 155-168. Stuttgart, New York: Thieme-Verlag.
9. Becker, S. (2004 b): Transsexualität-Geschlechtsidentitätsstörung. *In*: Kockott, G., Fahrner, E. (Hrsg.): *Sexualstörungen*. S. 153-201. Stuttgart, New York: Thieme-Verlag.
10. Benjamin, H.(1953):Transvestitism and Transsexualism. *Int. J. Sexology* 7, 12-14.
11. Benjamin H. (1964) *Transsexualismus, Wesen und Behandlung*. *Nervenarzt* 35, 499-500.
12. Blanchard, R., Clemmensen, L.H., Steiner, B.W. (1983): Gender reorientation and psychological adjustment in male-to-female transsexuals. *Arch. Sex. Behav.* 12, 503-509.
13. Blanchard, R. (1985): A typology of male-to-female transsexualism. *Arch. Sex. Behav.* 14: 247-261.
14. Blanchard, R., Steiner, B.W., Clemmensen, L.H., Dickey, R. (1988): *Erotic Preference and The Prediction of Regrets in Postoperative Transsexuals* . Springer-Verlag, Berlin Heidelberg.
15. Blanchard, R., Steiner, B.W., Clemmensen, L.H., Dickey R. (1989): Prediction of regrets in postoperative transsexuals. *Can. J. Psychiatry* 34: 43-45.
16. Bodlund, O., Kullgren, G. (1996): Transsexualism-general outcome and prognostic factors: A five-year follow-up study of nineteen transsexuals in the process of changing sex. *Arch. Sex. Behav.* 25, 303-316.

17. Bosinski, H.A.G., Sohn, M., Löffler, D., Wille, R., Jakse, G. (1994): Aktuelle Aspekte der Begutachtung und Operation Transsexueller. Deutsches Ärzteblatt 91, 485-488.
18. Botzer, M., Vehrs, B. (1997): Self-integrative traits and pathways to gender transition success. I.J.Transgender. online-Publikation www.symposium.com/ijt/hbigda/vancouver/
19. Bradley, S.J., Zucker, K.J. (1997): Gender Identity Disorder: A review of the past 10 years. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 36, 872-880.
20. Brauckmann, J. (2002): Die Wirklichkeit transsexueller Männer, Gießen: Psychosozial-Verlag.
21. Bürgy M. (1998): Dismorphophobie. Das Sich-selbst-fremd-werden als Störung der Kommunikation. Nervenarzt 69: 446-450.
22. Carroll, R.A. (1997): The diversity of psychosocial outcomes for individuals with gender dysphoria. Abstract, XV Harry Benjamin International Gender Dysphoria Symposium Vancouver, Kanada. I.J.Transgender. online-Publikation www.symposium.com/ijt/hbigda/vancouver/
23. Clement U., Senf W. (Hrsg.) (1996): Transsexualität – Behandlung und Begutachtung; Stuttgart, New York: Schattauer Verlag.
24. Cohen-Kettenis, P.T., Gooren, L.J.G. (1999): Transsexualism: A review of etiology, diagnosis, and treatment. J. Psychosom. Res. 46, 315-333.
25. Coleman, E., Bockting, W.O., Gooren, L. (1993): Homosexual and bisexual identity in sex-reassigned female-to-male transsexuals. Arch. Sex. Behav. 22, 37-50.
26. DeCuypere, G., Jannes, C., Rubens, R. (1995): Psychosocial functioning of transsexuals in Belgium. Acta Psychiatr. Scand. 91, 180-184.
27. DeCuypere G., Elaut, E., Monstrey, S. (2003): Long-term Follow-up: Psychosocial Outcome of Belgian Transsexuals After SRS (Abstract, XIX Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association Symposium, Gent, Belgium)
28. DeCuypere G.(2003), Beerten, R., Monstrey, G.(2003): Sexual functioning after SRS (Abstract, XIX Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association Symposium, Gent, Belgium)
29. Daskalos, C.T. (1998): Changes in the sexual orientation of six heterosexual male-to-female transsexuals. Arch. Sex. Behav. 27, 605-614.
30. Dievernich, M., Wendt, A., Rohde, A. (2004): Transsexualität-Notwendigkeit fundierter Diagnostik vor Aufnahme gegengeschlechtlicher Hormontherapie. Zentralbl Gynäkol 126
31. Dudle U. (1989): Klinische Follow-up-Studie an operierten Transsexuellen, Eine Beurteilung der Behandlungsergebnisse von 18 operierten Mann-zu-Frau und 11 Frau-zu-Mann Transsexuellen unter Einbezug des gesamten vorhandenen klinischen Materials über geschlechtsdysphorische Patienten. Medizinische Dissertation, Universität Bern/ Schweiz.

32. Eicher, W. , Schmitt, B., Bergner, C.M. (1991): Transformationsoperation bei Mann-zu-Frau Transsexuellen. Darstellung der Methode und Nachuntersuchung von 50 Operierten. *Z Sex Forsch* 4, 119-132.
33. Eklund, P.L.E., Gooren, L.J.G., Bezemer, P.D. (1988): Prevalence of transsexualism in the Netherlands. *Br J Psychiatry* 152, 638-640.
34. Eldh, J., Berg, A., Gustafsson, M. (1997): Long –term-follow-up after sex reassignment surgery. *Scand. J. Plast. Reconstr. Hnd. Surg.* 31, 39-45.
35. Essers, M., Diederichs, P. (1996) Katamnestische Untersuchung operierter und nichtoperierter Transsexueller. *In*: Kentenich, H., Rauchfuß, M., Bitzer, J. (Hrsg.): *Mythos Geburt*. S.163-174. Gießen: Psychosozial Verlag,
36. Fahrner, E.M., Kockott, G., Duran, G. (1987): Die psychosoziale Integration operierter Transsexueller. *Nervenarzt* 58, 340-348.
37. Garrels, L., Kockott, G., Michael, N., Preuss, W., Renter, K., Schmidt, G. , Sigusch, V., Windgassen, K. (2000): Sex ratio of transsexuals in germany: the development over three decades. *Acta. Psychiatr. Scand.* 102, 445-448.
38. Godlewski, J. (1988): Transsexualism and anatomic sex ratio reversal in Poland. *Arch. Sex. Behav.* 17, 547-548.
39. Goozen, van, S.H., Cohen-Kettenis, P.T., Gooren, L.J., Frijda N.H., van de Poll; N.E. (1995): Gender differences in behaviour: activating effects of cross-sex hormones. *Psychoneuroendocrinology* 20, 343-363.
40. Green R., Money J. (eds.) (1969): *Transsexualism and Sex Reassignment*. Baltimore/ USA: The Johns Hopkins University Press.
41. Green, R., Fleming, J. (1990): Transsexual surgery follow-up: Status in the 1990s. *Ann. Rev. Sex. Res.* 1, 163-164.
42. Green, R. (1998): Sexual functioning in post-operative transsexuals: male-to-female and female-to-male. *Int. J. Impotence Res.* 10, 22-24.
43. Hamburger, C., Stürup, G.K., Dahl-Iversen, E. (1953): Transvestism, hormonal, psychiatric and surgical treatment. *J. Am. Med. Ass.* 152, 391-396.
44. Hepp U., Klaghofer, R., Burkhard-Kübler, R., Buddeberg, C. (2002): Behandlungsverläufe transsexueller Patienten. *Nervenarzt* 73, 283-288.
45. Hertoft, P., Sorensen, T. (1979): Transsexuality: some remarks based on clinical experience. *In*: Ciba Foundation Symposium 62: *Sex, Hormones and Behavior*, 165-181. Excerpta Medica Amsterdam, Oxford, New York
46. Hirschfeld, M. (1910): *Die Transvestiten*. Leipzig: Max Spohr (Ferd. Spohr) Verlag.
47. Hirschfeld M. (1923): Die intersexuelle Konstitution. *Jahrbuch Sex Zwischenstufen* 23, 3-27.
48. Hoenig, J., Kenna, J.C., Youd, A. (1970)a: A follow-up study of transsexualists: social and economic aspects. *Psychiatr. Clin. North. Am.* 3, 85-100.

49. Hoenig, J., Kenna, J.C., Youd, A. (1974): The prevalence of transsexualism in England and Wales. *Brit. J. Psychiat.* 174, 181-190.
50. Hoenig, J., Kenna, J.C., Youd A. (1971): Surgical treatment for transsexualism. *Acta Psychiatr. Scand.* 47, 106-133.
51. Hunt, D.D., Hampson, J.L. (1980): Follow-up of 17 biological male transsexuals after sex-reassignment surgery. *Am. J. Psychiatry* 137, 432-438.
52. ICD 10 (1991): Weltgesundheitsorganisation (hrsg.): Internationale Klassifikation Psychischer Störungen. ICD 10. Deutsche Übersetzung. Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (1991): Weltgesundheitsorganisation Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD 10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern, Göttingen, Toronto: Hans Huber Verlag.
53. Jarrar, K., Wolff, E., Weidner, W. (1996): Langzeitergebnisse nach Geschlechtsangleichung bei männlichen Transsexuellen. *Urologe (A)* 35, 331-337.
54. Kamprad B., Schiffels W. (1991): *Im Falschen Körper-Alles über Transsexualität*. Zürich, Schweiz: Kreuz Verlag.
55. Kesteren, P.J. van, Gooren, L.J., Megens, J.A. (1996): An epidemiological and demographic study of transsexuals in the netherlands. *Arch. Sex. Behav.* 25, 589-600.
56. Kockott, G., Fahrner, E.M. (1987): Transsexuals who have not undergone surgery: a follow-up study. *Arch. Sex. Behav.* 16, 511-522.
57. Kockott, G., Fahrner, E.M. (1988): Male-to-female and female-to-male transsexuals: a comparison. *Arch. Sex. Behav.* 17, 539-546.
58. Kockott, G. (1996): Die klinische Koordination der Behandlung und Begutachtung. In: Clement, U., Senf, W. (Hrsg.); *Transsexualität, Behandlung und Begutachtung*; S. 8-17. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag.
59. Krege, S., Bex, A., Lümmen, G., Rübber, H.(2001): Male-to-female transsexualism: a technique, results and long-term-follow-up in 66 patients. *BJU. International* 88, 396-402.
60. Kröhn, W., Bertermann, H., Wand, H., Wille, R. (1981): Nachuntersuchung bei operierten Transsexuellen. *Nervenarzt* 52, 26-31.
61. Kuiper, B., Cohen-Kettenis, P. (1988): Sex reassignment surgery: a study of 141 dutch transsexuals. *Arch. Sex. Behav.* 17, 439-457.
62. Landén, M., Walinder, J., Lambert, G., Lundström, B. (1998): Factors predictive of regret in sex reassignment. *Acta Psychiatr. Scand.* 97, 284-289.
63. Landén, M., Walinder, J., Lundstrom, B. (1998): Clinical characteristics of a total cohort of female and male applicants for sex reassignment: a descriptive study. *Acta Psychiatr. Scand.* 97, 189-194.
64. Laub, D.R., Fisk, N. (1974): A rehabilitation program for gender dysphoria syndrome by surgical sex change. *Plast. Reconstr. Surg.* 53, 388-403.

65. Lawrence, A. (1997): SRS after less than a One-Year Real-Life-Test-Absence of Regrets. Abstract, XV Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association Symposium, Vancouver/ Kanada. IJ Transgender, online-Publikation www.symposium.com/ijt/hbigda/vancouver/
66. Lawrence, A.. (2003) Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. Arch. Sex. Behav. 32, 299-315.
67. Lawrence A. (2005) Sexuality before and after male-to-female sex reassignment surgery. Arch. Sex. Behav. 34, 147-166.
68. Levine, S. (1993): Gender-disturbed males. J. Sex. Marital. Ther. 19, 131-141.
69. Liedl, B. (1999): Geschlechtsangleichende Operation bei Transsexualität. Fortschr. Med. 117, 41-45.
70. Lief, H., Hubschman, L. (1993): Orgasm in the postoperative transsexual. Arch. Sex. Behav. 22, 145-155.
71. Lindemalm, G., Körlin, D., Uddenberg, N. (1986): Long-term follow-up of „sex-change“ in 13 male-to-female transsexuals. Arch. Sex. Behav. 15, 187-210.
72. Lindemalm, G., Körlin, D., Uddenberg, N. (1987): Prognostic factors vs. outcome in male-to-female transsexualism. Acta psychiatr. Scand. 75, 268-274.
73. Lothstein, L.M. (1979): The aging gender dysphoria (transsexual) patient. Arch. Sex. Beh. 8, 431-444.
74. Lothstein. L.M. (1980): The postsurgical transsexual: empirical and theoretical considerations. Arch. Sex. Behav. 9, 547-564.
75. Lothstein, L.M. (1982): Sex reassignment surgery: historical, bioethical and theoretical issues. Am. J. Psychiatry 139, 417-426.
76. Lundström, B. (1981): Gender Dysphoria. A Social-Psychiatric Follow-Up of 31 Cases not accepted for Sex Reassignment. Göteborg/ Schweden: University of Göteborg Press, Hising Backa.
77. Lundström, B., Pauly, I., Walinder, J. (1984): Outcome of sex reassignment surgery. Acta Psychiatr. Scand. 70, 289-294.
78. Lundström, B. (1988): Outcome of persons who have been referred sex reassignment surgery. In: Eicher, W., Kockott, G. (Hrsg.) Sexology; S. 192-196. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
79. Mate-Kole, C., Freschi M., Robin A. (1990): A controlled study of psychological and social change after surgical gender reassignment in selected male transsexuals. Br. J. Psychiatry 157, 261-264.
80. McCauley, E., Ehrhardt, A.A. (1984): Follow-up of females with gender identity disorders. J. Nerv. Ment. Dis. 172, 353-358.
81. Meyer, J.K., Reter D.J. (1979): Sex reassignment. Arch. Gen. Psychiatry 36, 1010-1015.

82. Meyer, W., Bockting, W. O., Cohen-Kettenis, P.T. (2001): Standards of care for gender identity disorders of the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association 6th ed. online-Publikation (<http://www.symposium.com/soc2001/index/htm>)
83. Money, J., Norman, B.F. (1987): Gender Identity and gender transposition: longitudinal outcome study of twelve women. Arch. Sex. Behav. 11, 73-83.
84. Osburg, S., Weitze, C. (1993): Betrachtungen über zehn Jahre Transsexuellengesetz. Recht und Psychiatrie 11, 94-107.
85. Ovesey, L., Person, E. (1973): Gender identity and sexual psychopathology in men: a psychodynamic analysis of homosexuality, transsexualism and transvestitism. J. Am. Acad. Psychoanal. 1, 53-72.
86. Pauly, I.B. (1965): Male psychosexual inversion: transsexualism. a review of 100 cases. Arch. Gen. Psychiatry 13, 172-181.
87. Pauly, I.B. (1981): Outcome of sex reassignment surgery for transsexuals. Aus. N. Z. J. Psychiatry 15, 45-51.
88. Person, E.S., Ovesey, L. (1974) a: The transsexual syndrome in males I. Am. J. Psychotherapy 28, 4-20.
89. Person, E.S., Ovesey, L. (1974) b: The transsexual syndrome in males II Am. J. Psychotherapy 28, 174-193.
90. Person, E. S., Ovesey, L. (1983): Psychoanalytic theories of gender identity. J. Am. Acad. Psychoanal. 11, 203-226.
91. Petersen, M.E., Dickey, R. (1995): Surgical sex reassignment: a comparative survey of international centers. Arch. Sex. Behav. 24, 135-156.
92. Pfäfflin, F., Junge, A. (1992): Geschlechtsumwandlung - Abhandlungen zur Transsexualität. S. 149-457. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag.
93. Rachlin, K. (2002): Transgender Individuals' Experiences of Psychotherapy. IJT 6,1, <http://www.symposion.com/ijt/ijtvo06no01-03.htm>
94. Rauchfleisch, U., Barth, D., Bategay, R. (1998): Resultate einer Langzeitkatamnese von Transsexuellen. Nervenarzt 69, 799-805.
95. Rehman, J., Lazer, S., Benet, A.E., Schaefer, L.C., Melman, A. (1999): The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male-to-female transsexual patients. Arch. Sex. Behav. 28, 71-89.
96. Reiche, R. (1984): Sexualität, Identität, Transsexualität. Beiträge zur Sexualforschung 59, 51-64.
97. Ross, M., Walinder, J., Lundström, B., Thuwe, I. (1981): Cross-cultural approaches to transsexualism. A comparison between sweden and Australia. Acta Psychiatr. Scand. 63, 75-82.

98. Ross, M., Need, J. (1989): Effects of adequacy of gender reassignment surgery on psychological adjustment: a follow-up of fourteen male-to-female patients. *Arch. Sex. Behav.* 18, 145-153.
99. Schroder, M., Carroll, R.A. (1997): Sexological and psychological outcomes of male-to-female gender reassignment. Abstract, XV Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association Symposium, Vancouver/ Kanada. *IJ Transgender*, www.symposium.com/ijt/hbigda/vancouver/
100. Schmidt, G.(2000): Spätmoderne Sexualverhältnisse. *Psychotherapie* 5, 201-206.
101. Senf, W., Happich, F., Senf, G. (2005): Transsexualität. In: Senf W., Broda M. (Hrsg.) *Praxis der Psychotherapie. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage.* S. 623-636. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
102. Sigusch, V., Meyenburg, B., Reiche, R. (1978): Transsexualität I. *Sexualmed* 7, 15-22.
103. Sigusch V. (2001) *Transsexuelle Entwicklungen.* In: Sigusch V. (Hrsg.) *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage.* S. 554-592. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
104. Slabbekoorn, D., van Goozen, S.H.M., Megens, J., Gooren, L.J.G., Cohen-Kettenis, P.T. (1999): Activating effects of cross-sex-hormones on cognitive functioning: a study of short-term and long-term hormone effects in transsexuals. *Psychoneuroendocrinology* 24, 423-447.
105. Socarides, C.W. (1970):A psychoanalytical study of the desire for sexual transformation (transsexualism): the plaster-of-Paris man. *Int. J. Psychoanal.* 51, 341-349.
106. Sörensen T., Hertoft P. (1980): Transsexualism as a nosological unity in men and women. *Acta Psychiatr. Scand.* 61, 135-151.
107. Sörensen, T. (1981): A follow-up study of operated transsexual males. *Acta Psychiatr. Scand.* 63, 486-503.
108. Sörensen, T., Hertoft, P. (1982): Male and female transsexualism: the Danish experience with 37 patients. *Arch. Sex. Behav.* 11, 133-144.
109. Stoller, R.J. (1968): *Sex and Gender.* London: The Hogarth Press
110. Stürup. G.K. (1976): Male Transsexuals; a long-term follow-up after sex reassignment operations. *Acta. Psychiatr. Scand.* 53, 51-63.
111. Täschner, K.L., Wiesbeck, G.A. (1988): The Psychosocial Deviations of Transsexuals: A Study of 22 Cases. In: Eicher, W., Kockott, G. (Hrsg.) *Sexology.* S. 199-202. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.
112. Tsoi, W.F. (1988): The prevalence of transsexualism in Singapore. *Acta Psychiatr. Scand.* 78, 501-504.
113. Verschoor, A.M., Poortinga, J. (1988): Psychosocial differences between dutch male and female transsexuals. *Arch. Sex. Behav.*17, 173-178.

114. Völger, G. (1997): Sie und Er. Frauenmacht und Männerherrschaft im Kulturvergleich. Band II, S. 99 ff. Zweibändige Materialiensammlung zu einer Ausstellung des Rautenstrauch-Joest-Museums für Völkerkunde in der Josef-Haubrich-Kunsthalle Köln vom 25.11.1997 bis 08.03.1998
115. Walinder, J. (1967): Transsexualism: A study of forty-three cases. Academicförlaget, Göteborg, Schweden
116. Walinder J., Thuwe I (1975): A Social-Psychiatric Follow-up Study of 24 Sex-Reassigned Transsexuals. Academiförlaget, Göteborg/ Schweden.
117. Walinder ,J., Lundström, B., Thuwe, I. (1978): Prognostic factors in the assessment of male transsexuals for sex reassignment. Br. J. Psychiatry 132, 16-20.
118. Walker, P.A., Berger, J.C., Green, R., Laub, D.R., Reynolds, C.L., Wollmann, L. (1990): Standards of Care: The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, Inc. Revised Draft (1/90). In: Clement U., Senf W. (Hrsg.): Transsexualität, Behandlung und Begutachtung. Anhang B 106-115. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag.
119. Wiegand, G. (1984): Transsexuelle vor und nach der Operation. Verlaufsstudie an 47 Patienten. Med. Dissertation. Universität Heidelberg.
120. Wyler, J., Battegay, R., Krupp, S., Rist, M., Rauchfleisch, U. (1979) Der Transsexualismus und dessen Therapie. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiatr. 124, 43-58.

7. ANHANG: FRAGEBOGEN

Lfd.Nr. :.....

1. Welche Maßnahmen auf dem Weg zu Ihrem gewünschten Geschlecht sind bereits durchgeführt worden?

a) Hormonbehandlung, seit: _____

b) Geschlechtsangleichende Operation(en)
(bei mehr als zwei benutzen Sie bitte ein zusätzliches Blatt):

wird nicht angestrebt

oder

• Erste Operation, Art: _____

Datum: _____ / ist geplant, Operateur (in): _____

Evtl. Komplikationen: _____

Kostenträger: _____

• Zweite Operation, Art: _____

Datum: _____ / ist geplant, Operateur (in): _____

Evtl. Komplikationen: _____

Kostenträger: _____

c) Welche weiteren Gutachten (neben dem/den von Prof. Senf) wurden erstellt?
(bei mehr als zwei benutzen Sie bitte ein zusätzliches Blatt):

Weitere Gutachten werden /wurden nicht angestrebt.

oder

• Erstes weiteres Gutachten:

Zweck: Änderung des Vornamens Operation Andere: _____

Datum: _____ / ist geplant, Gutachter(in): _____

• Zweites weiteres Gutachten:

Zweck: Änderung des Vornamens Operation Andere: _____

Datum: _____ / ist geplant, Gutachter(in): _____

d) Änderung des Vornamens (Datum): _____

e) Personenstandsänderung

Wurde am: _____ geändert oder ist geplant wird nicht angestrebt

f) Begleitende Psychotherapie, Dauer von _____ bis _____

Keine Psychotherapie

g) Haben Sie sich an eine Selbsthilfegruppe gewandt? ja nein

©Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Ärztlicher Direktor Prof. Dr. W. Senf, Rheinische Landes- und Hochschulklinik am Klinikum Essen

2. Partnerschaft und Sexualität

- a) Besteht zur Zeit eine feste Partnerschaft? ja, seit: _____ nein
- b) Bestehen zur Zeit sexuelle Partnerschaften oder Kontakte? (Mehrfachantworten sind möglich)
- heterosexuell zu Männern homosexuell zu Männern
- heterosexuell zu Frauen homosexuell zu Frauen keine
- c) Wie würden Sie Ihr Partnerschaftsverhalten beschreiben?
- feste Partnerschaft länger dauernde Partnerschaften
- häufig wechselnde Beziehungen keine Partnerschaft

3. Angaben zum Beruf

- a) In welchem Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis befinden Sie sich zur Zeit?
- Arbeiter(in) Facharbeiter(in) Angestellte(r) Beamte(r)
- Selbstständige(r) Schüler(in) Auszubildende(r) Student(in)
- Arbeitslos Hausfrau/-mann Rentner(in) Wehr-/Zivildienst
- b) Genaue Berufsbezeichnung: _____
- c) Wieviele Stunden arbeiten Sie pro Woche? _____ Std/Woche

4. Bitte kreuzen Sie Ihre Zufriedenheit in den unterschiedlichen Lebensbereichen an:

- | | sehr gut | gut | befriedigend | mäßig | schlecht |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Zufriedenheit mit dem Ablauf beim Wechsel der Geschlechtsrolle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Zufriedenheit mit der Psychotherapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Zufriedenheit mit dem operativen Ergebnis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Zufriedenheit mit der Akzeptanz durch die Umgebung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Zufriedenheit mit der beruflichen Entwicklung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Zufriedenheit mit der partnerschaftlichen Entwicklung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Zufriedenheit mit dem sexuellen Erleben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Zufriedenheit mit dem Wechsel der Geschlechtsrolle insgesamt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Weiteres

Würden Sie uns bei einer Namensänderung Ihren neuen Vornamen mitteilen? Falls Sie dieser Brief per Nachsendeantrag erreicht haben sollte, bitten wir auch um Ihre neue Adresse:

6. Zufriedenheit mit dem Ablauf beim Wechsel der Geschlechtsrolle

Wir würden uns freuen, wenn Sie zu den angesprochenen Themen noch etwas hinzufügen möchten. Es gibt oft Wichtiges, das mit einem Fragebogen nicht zu erfassen ist. Ihre Kritik und Verbesserungsvorschläge sind wertvoll für uns.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit und wünschen Ihnen weiterhin alles Gute!

8. DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich einigen Personen meinen Dank aussprechen

1. Professor . Dr. med. Wolfgang Senf

-dafür,

dass er mir dieses Dissertationsthema zur Verfügung gestellt hat und für Fragen jederzeit zur Verfügung stand.

2. Dr. Sefik Tagay

-dafür,

dass er mich bei der statistischen Auswertung der Daten und deren Aufbereitung so intensiv betreut hat.

9. LEBENS LAUF

Friederike Happich, Essen

Persönliche Daten

geboren am 30.06.1962 in Lübbecke/ Westfalen.
Eltern Ulrich Happich, Dipl. Agraring. verst. 2001
Annemarie Happich, geb. Mittelkrämer,
Hauswirtschafterin

Ausbildungsdaten

Schulbildung 1968-1972 Grundschule Pr. Oldendorf
1972-1981 Wittekind-Gymnasium Lübbecke
1981 Allgemeine Hochschulreife

1981-1982 Krankenpflegepraktika Kreiskrankenhaus
Lübbecke
Fachklinik für Suchtkranke Schloß Haldem

Studium 1982-1989 Johannes-Gutenberg Universität Mainz zum
WS 1982/ 83 Humanmedizin
Praktisches Jahr in den Städtischen Kliniken
Kaiserslautern, Wahlfach Gynäkologie

1989 Erteilung der vorläufigen Approbation

Berufspraxis

Ab Januar 1990 Ärztin im Praktikum Westf. Zentrum für
Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik (Prof. Paul Janssen)
Akut-Aufnahmestation und Innere Abteilung
Erteilung der Vollapprobation

Ab Juli 1991 Assistenzärztin Westf. Zentrum
Therapeutischer Gruppenbereich,
Aufnahmestation für Suchtkranke,
Rehabilitations- und Psychotherapiestation für
Suchtkranke

Ab Juni 1995 Ärztliche Leitung der Rehabilitations-
einrichtung für Drogenabhängige „Fachklinik
Bussmannshof“ in Bochum-Wattenscheid

Ab Juni 1998 einjährige Neurologische Weiterbildung
Nervenärztliche Praxis Dr. Norbert Katte,
Lünen

August 1999 Facharztprüfung Fachgebiet „Psychiatrie und
Psychotherapie“

Ab Oktober 1999 Assistenzärztin „Klinik Wittgenstein“, Bad
Berleburg

Ab März 2000 Assistenzärztin Klinik für Psychosomatik und
Psychotherapie der Rheinischen Kliniken
Essen, (Prof. W. Senf)

April 2004- Sept. 2006 Oberärztin Klinik für Psychosomatik und
Psychotherapie der Rheinischen Kliniken
Essen