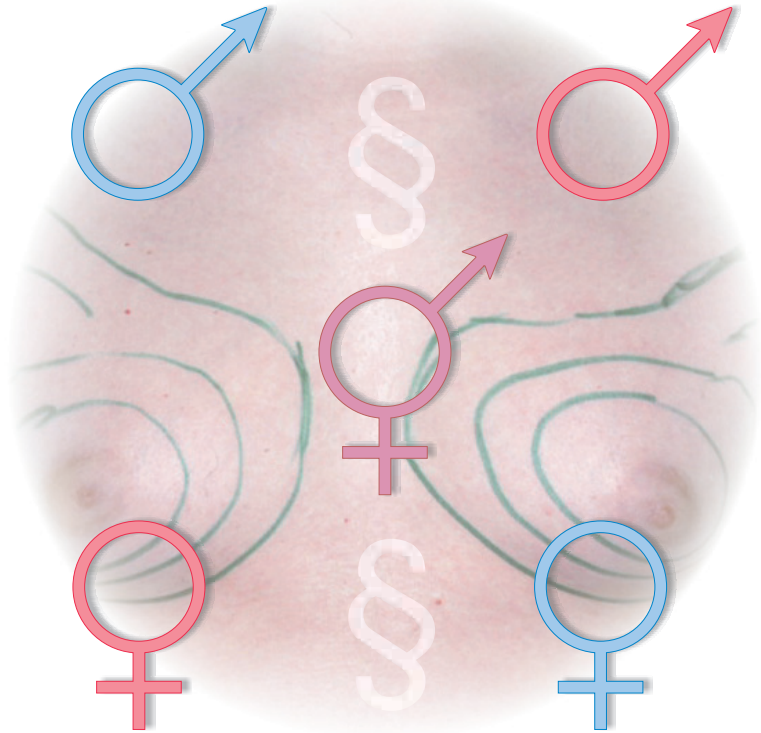


Therapieleitfaden Transsexualität

2. Auflage

Prof. Dr. Günter K. Stalla
Dr. Matthias Auer

unter Mitarbeit von
Maria Sabine Augstein, Prof. Dr. Hartmut A. G. Bosinski,
Prof. Dr. Peer Briken, Dr. Johannes Fuss,
Ruth Heinen-Schütz, Dipl. Med. Jens Jacobeit,
Prof. Dr. Götz Kockott, Prof. Dr. Frank-Michael Köhn,
Dr. Alexander Korte, Dr. Matthias Möhrenschräger,
Priv.-Doz. Dr. Kerstin Neumann, Dr. Timo O. Nieder,
Dr. Albert Peek, Dr. Dorette Poland,
Prof. Dr. Herta Richter-Appelt, Dr. Jürgen Schaff,
Dr. Christiane Spehr, Priv.-Doz. Dr. Isabell Witzel,
Dr. Achim Wüsthof



Therapieleitfaden Transsexualität



UNI-MED Verlag AG
Bremen - London - Boston

Stalla, Günter K., Auer, Matthias:

Therapieleitfaden Transsexualität/Günter K. Stalla und Matthias Auer.-

2. Auflage - Bremen: UNI-MED, 2015

(UNI-MED SCIENCE)

ISBN 978-3-8374-5479-6

© 2006, 2015 by UNI-MED Verlag AG, D-28323 Bremen,
International Medical Publishers (London, Boston)
Internet: www.uni-med.de, e-mail: info@uni-med.de

Printed in Europe

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Alle dadurch begründeten Rechte, insbesondere des Nachdrucks, der Entnahme von Abbildungen, der Übersetzung sowie der Wiedergabe auf photomechanischem oder ähnlichem Weg bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Die Erkenntnisse der Medizin unterliegen einem ständigen Wandel durch Forschung und klinische Erfahrungen. Die Autoren dieses Werkes haben große Sorgfalt darauf verwendet, dass die gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Das entbindet den Benutzer aber nicht von der Verpflichtung, seine Diagnostik und Therapie in eigener Verantwortung zu bestimmen.

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handele.

UNI-MED. Die beste Medizin.

In der Reihe UNI-MED SCIENCE werden aktuelle Forschungsergebnisse zur Diagnostik und Therapie wichtiger Erkrankungen "state of the art" dargestellt. Die Publikationen zeichnen sich durch höchste wissenschaftliche Kompetenz und anspruchsvolle Präsentation aus. Die Autoren sind Meinungsbildner auf ihren Fachgebieten.

Der Verlag dankt der Jenapharm GmbH & Co. KG für deren Unterstützung im Rahmen dieses Buchprojektes.

Vorwort und Danksagung

Nachdem die erste Ausgabe des Therapieleitfadens nun schon seit längerer Zeit vergriffen und nur noch zu überhöhten Preisen über den Sekundärbuchmarkt zu beziehen ist, haben wir die Gelegenheit ergriffen, mit der nun vorliegenden zweiten Auflage eine aktualisierte Version zu erstellen, die auch den in den letzten Jahren stattgehabten neuen Entwicklungen auf diesem Gebiet Rechnung trägt. Seit Erscheinen der ersten Ausgabe im Jahr 2006 haben sich insbesondere substantielle Veränderungen ergeben, die sowohl rechtliche als auch Behandlungsaspekte umfassen.

Hervorzuheben sind hierbei unter anderem die überfällige Abschaffung der Sterilitätspflicht als Voraussetzung für eine Personenstandsänderung, als auch das Erscheinen der fünften Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V), das nun den Begriff der „Geschlechtsdysphorie“ neu eingeführt hat. Aus Gründen der Wiedererkennbarkeit und des bisher weiterhin gültigen ICD-10, haben wir uns jedoch dazu entschieden den alten Namen Therapieleitfaden „Transsexualität“ vorerst beizubehalten. Die begrifflichen Veränderungen, die sich durch das neue DSM-V ergeben haben, werden von unseren Autoren/innen ausführlich und kritisch diskutiert. Insgesamt lässt sich festhalten, dass von allen Beteiligten zwischenzeitlich ein zunehmender Patientenzulauf zu verzeichnen ist, der sicherlich auch von einer zunehmenden Präsenz des Themas in sowohl klassischen als auch neuen Medien herrührt und hoffentlich zumindest zu einem Teil auch eine wachsende gesellschaftliche Akzeptanz des Themas widerspiegelt, die den Betroffenen den Mut gibt, den für sie richtigen Weg zu beschreiten. Leider besteht in vielen Behandlungsbereichen noch immer eine Unterversorgung von mit der Thematik vertrauten Behandlern/innen, die dazu führt, dass Betroffene teils sehr lange Wartezeiten und Anfahrtswege in Kauf nehmen müssen. Es würde uns daher freuen, wenn wir mit der Lektüre dieses Buches das Interesse des/der ein/en oder anderen ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Kollegen/innen wecken könnten, sich vielleicht noch intensiver diesem Thema zuzuwenden und irgendwann einmal selbst Patienten auf diesem Gebiet zu betreuen. Während uns manche Autoren/innen der ersten Ausgabe aus Altersgründen oder auch durch zwischenzeitliche inhaltliche Entfernung von der Thematik verlassen haben, freut es uns umso mehr, dass wir insbesondere auch jüngere Kollegen/innen für diese Ausgabe neu hinzugewinnen konnten. Ein Thema, das uns insbesondere am Herzen liegt stellt die zunehmende Bedeutung der Behandlung von Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie dar, die in der ersten Ausgabe inhaltlich noch kaum präsent war, in den letzten Jahren jedoch eine umso rasantere Entwicklung vollzogen hat. Um diesem schwierigen, aber umso bedeutsameren Thema gerecht zu werden, freut es uns, ausgewiesene Experten auf diesem Gebiet als Kapitelautoren gewonnen zu haben. Die hierzu noch vorherrschenden kontroversen Meinungsbilder insbesondere im Hinblick auf den hormonellen Pubertätsarrest, bilden sich auch in den Beiträgen der einzelnen Autoren/innen ab, so dass sich der/die Leser/in möglichst objektiv zu diesem Thema selbst eine eigene Meinung bilden kann.

Abschließend bleibt anzumerken, dass sich sowohl auf nationaler als auch internationaler Ebene erfreulicherweise eine fortschreitende Professionalisierung im Umgang mit der Thematik nachvollziehen lässt, die sich u.a. in der Entwicklung neuer und umfangreicher Leitlinienkonzepte widerspiegelt. Die wachsende Vernetzung der Betroffenen untereinander trägt ihren Teil dazu bei, die gesellschaftliche als auch therapeutische Entwicklung weiter voranzutreiben und stellt auch uns als Behandler jeden Tag vor neue Herausforderungen.

Wir hoffen mit diesem Buch einerseits dem Anspruch gerecht zu werden, den aktuellen Stand der Wissenschaft abzubilden, als auch andererseits konkrete Handlungshinweise für den/die interessierten Leser/in bereitzustellen.

Die Herausgeber danken allen Autoren/innen für Ihre hervorragenden Beiträge und dem UNI-MED Verlag für die ausgezeichnete Zusammenarbeit in allen Stadien der Buchentstehung.

Geleitwort zur 1. Auflage

Etwa 1963, während meiner Assistenzarzt-Tätigkeit an der Psychiatrischen Klinik der McGill-Universität in Montreal/Kanada, wurde ich gebeten, mir einen Patienten anzuschauen, dessen Muttersprache deutsch war und der sich sehr schlecht englisch ausdrücken konnte. Diese Person war, wie ich heute weiß, ein Frau-zu-Mann-Transsexueller. Da ich das von ihm beschriebene Erleben nicht einordnen konnte, befragte ich meine kanadischen Kollegen, auch sehr Erfahrene: Allgemeines Rätselraten, eine Psychose wurde diskutiert, aber vieles passte nicht dazu. Ein Studium der damals gängigen Lehrbücher half nicht weiter. Die Abhandlung von Harry Benjamin "*The transsexual phenomenon*" (1967) war noch nicht erschienen. Ein sehr intensives und aufwendiges Literaturstudium (EDV existierte noch nicht) führte schließlich zu Hirschfeld (1918) und Cauldwell (1949) und machte die psychische Besonderheit des Patienten etwas klarer.

Heute ist die Transsexualität ein bekanntes Syndrom. Schon 1980 hat Deutschland als eines der ersten Länder ein Gesetz verabschiedet (das sog. Transsexuellengesetz), das der besonderen Lage Transsexueller juristisch Rechnung trägt. Zur Frage der Therapie gab es allerdings nach den sensationellen Veröffentlichungen über die wohl erste gelungene geschlechtsanpassende Operation in Dänemark (der US-Amerikaner Jorgensen) über lange Zeit sehr kontroverse, zum Teil sehr emotional geführte Diskussionen, ob man denn eine psychische Problematik mit einer körperlichen Behandlung therapieren könne und dürfe und ob denn die Transsexualität überhaupt ein psychisches Problem sei. Inzwischen sind wir in diesen Fragen ein deutliches Stück weiter gekommen und kennen die Möglichkeiten, aber auch die Grenzen des therapeutischen Vorgehens, das körperliche Behandlungen ganz explizit mit einschließt. Seit 1997 haben wir hierzu Richtlinien für den deutschsprachigen Raum.

Und dennoch: Das Phänomen Transsexualität und die hierzu existierenden Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsmöglichkeiten sind noch nicht so bekannt, wie man es sich wünschen würde. In den letzten Jahren haben sich kleine Gruppen der verschiedenen medizinischen Disziplinen vermehrt mit der Transsexualität beschäftigt, allerdings vorwiegend nur unter dem Gesichtspunkt ihres eigenen Faches. Im vorliegenden Buch sind alle Aspekte, also medizinische, psychotherapeutische und rechtliche berücksichtigt, beschrieben von ausgewiesenen Experten. Auch Betroffene kommen zu Wort und berichten überzeugend ihre Problematik. Damit wird dieser Leitfaden zu einer umfassenden Informationsquelle. Dem Herausgeber gebührt großer Dank, die Autoren weit auseinanderliegender Fachgebiete zusammengeführt und damit die Notwendigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit ganz besonders betont zu haben. Ich wünsche dem Buch viel Erfolg und große Verbreitung.

München, im Mai 2006

Götz Kockott

Autoren

Dr. med. Matthias Auer
Innere Medizin, Endokrinologie und Klinische Chemie
Max-Planck-Institut für Psychiatrie
Kraepelinstraße 10
80804 München
Kap. 9.

Maria Sabine Augstein
Rechtsanwältin
Altes Forsthaus 12
82327 Tutzing
Kap. 4., 5.

Prof. Dr. med. Hartmut A. G. Bosinski
Praxis für Sexualmedizin
Dreiecksplatz 5
24105 Kiel
Kap. 2., 3.

Prof. Dr. med. Peer Briken
Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Kap. 6.

Dr. med. Johannes Fuss
Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Kap. 1., 17.

Ruth Heinen-Schütz
Friedrichstraße 40a
58300 Wetter/Ruhr
Kap. 15.

Dipl. Med. Jens Jacobeit
MVZ Praxis im Chilehaus
Fischertwiete 2
20095 Hamburg
Kap. 9.

Prof. Dr. med. Götz Kockott
Gemeinschaftspraxis für Urologie, Andrologie, Sexualmedizin
(Akademie für Sexualmedizin) und Psychotherapie München
Promenadeplatz 10 Gartenhaus
80333 München – Zentrum

Geleitwort

Prof. Dr. med. Frank-Michael Köhn
Andrologicum München
Burgstraße 7
80331 München

Kap. 14.

Dr. med. Alexander Korte
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychosomatik und Psychotherapie
Klinikum der Universität München (LMU)
Nußbaumstr. 5a
80336 München

Kap. 7.

Dr. med. Matthias Möhrenschrager
Zentrum für Dermatologie/Allergologie
Hochgebirgsklinik Davos
Herman-Burchard-Str. 1
7265 Davos-Wolfgang, Schweiz

Kap. 14.

Priv.-Doz. Dr. med. Kerstin Neumann
Klinik für HNO-Heilkunde, Kopf- und Gesichtschirurgie, Plastische Operationen
Sophien- und Hufeland-Klinikum gGmbH
Henry-van-de-Velde-Straße 2
99425 Weimar

Kap. 13.

Dr. phil. Timo O. Nieder
Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Kap. 6.

Dr. med. Albert Peek
Wingenbach, Holle & Peek
Gemeinschaftspraxis für Plastische Chirurgie mit Belegklinik
Oeder Weg 2-4
60318 Frankfurt

Kap. 12.

Dr. med. Dorette Poland
Fachärztin für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin
Laimer Straße 41 a
80639 München

Kap. 9.

Prof. Dr. phil. Herta Richter-Appelt
Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Kap. 6.

Dr. med. Jürgen Schaff
Praxisklinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie
Goethestraße 4
80335 München

Kap. 11.

Dr. med. Christiane Spehr
Ehemals: Chirurgische Klinik München-Bogenhausen
Denninger Straße 44
81679 München

Kap. 10.

Prof. Dr. med. Günter K. Stalla
Innere Medizin, Endokrinologie und Klinische Chemie
Max-Planck-Institut für Psychiatrie
Kraepelinstraße 10
80804 München

Kap. 9.

Priv.-Doz. Dr. med. Isabell Witzel
Klinik und Poliklinik für Gynäkologie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Kap. 12.

Dr. med. Achim Wüsthof
Endokrinologikum Hamburg
Lornsenstraße 4-6
22767 Hamburg

Kap. 9.

Inhaltsverzeichnis

1.	Geschichte, Epidemiologie, länderspezifische Besonderheiten	14
1.1.	Geschichte	14
1.1.1.	Phänomen der Transsexualität in der Antike.....	14
1.1.2.	Umgang mit Menschen mit nicht eindeutigem biologischen oder psychologischen Geschlecht: vom römischen Reich bis ins 20. Jahrhundert.....	14
1.1.3.	Phänomen der Transsexualität in Naturvölkern.....	16
1.1.4.	Rituelle Geschlechtswechsel	17
1.1.5.	Definition und Begriffsprägung im 20. Jahrhundert.....	17
1.1.6.	Erste geschlechtsanpassende Operationen nach begrifflicher Abgrenzung der Transsexualität vom Transvestitismus	18
1.2.	Epidemiologie	19
1.3.	Literatur	19
2.	Somatosexuelle und psychosexuelle Entwicklung normaler und abweichender Geschlechtsidentität	21
2.1.	Ebenen der Geschlechtszugehörigkeit	21
2.2.	Die somatosexuelle Differenzierung	23
2.3.	Die Entwicklung der Geschlechtsidentität	23
2.4.	Ätiologie transsexueller Geschlechtsdysphorie.....	24
2.5.	Literatur	27
3.	Geschlechtsidentitätsstörungen / Geschlechtsdysphorie / Transsexualität – Nosologie, Symptomatik und Verlauf	30
3.1.	Nosologie	30
3.2.	Exkurs: Warum überhaupt eine ärztliche Diagnose?	33
3.3.	Symptomatik, Typologie und Verlauf	34
3.3.1.	Biologische Frauen mit transsexueller GD	34
3.3.2.	Biologische Männer mit transsexueller GD	36
3.4.	Differentialdiagnosen	38
3.5.	Literatur	40
4.	Grundzüge des Transsexuellengesetzes (TSG) unter besonderer Berücksichtigung der Probleme für die Betroffenen	42
4.1.	Voraussetzungen der Vornamensänderung	42
4.2.	Voraussetzungen zur Feststellung der neuen Geschlechtszugehörigkeit	43
4.3.	Gerichtliches Verfahren und Gutachter	44
4.4.	Die Rechtswirkungen von Entscheidungen nach dem TSG	45
4.5.	Gerichtliches Verfahren nach § 8 TSG	47
4.6.	Aufhebung der Vornamensänderung und der Feststellung der neuen Geschlechtszugehörigkeit.....	47
4.7.	Unwirksamkeit der Vornamensänderung	47
4.8.	Kommt es zu einer Reform des TSG?	48

5.	Zur Kostenübernahmepflicht der Krankenkassen	50
5.1.	Gesetzliche Krankenkassen.....	50
5.1.1.	Richtlinien zur Indikationsstellung für geschlechtsanpassende Maßnahmen	50
5.1.2.	Die Pflicht der Krankenkasse zur Einholung für erforderlich gehaltener Gutachten.....	51
5.1.3.	Der Familienstand "verheiratet" ist kein Ablehnungsgrund!.....	51
5.1.4.	Zum Umfang der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung.....	52
5.2.	Zur Kostenübernahmepflicht der privaten Krankenkassen.....	55
5.2.1.	Das Grundproblem der Nichtangabe der Transsexualität beim Vertragsschluss.....	55
5.2.2.	Voraussetzungen der Leistungspflicht	55
5.2.3.	Der Umfang der Leistungspflicht.....	56
5.2.4.	Männliche oder weibliche Krankenkassenbeiträge?.....	56
6.	Von der Transsexualität zur Geschlechtsdysphorie – Veränderungen in Diagnostik und Therapie	58
6.1.	Anti-Diskriminierung, De-Psychopathologisierung und medizinische Versorgung.....	58
6.2.	ICD-11.....	59
6.3.	DSM-5	59
6.4.	Versorgungssituation in Deutschland.....	62
6.5.	Multimodale Therapie der Geschlechtsdysphorie	62
6.6.	Interdisziplinäres Transgender Versorgungszentrum Hamburg	64
6.7.	Standards of Care und AWMF-S3-Leitlinie.....	65
6.8.	Zentrale Aspekte des Paradigmenwechsels	66
7.	Geschlechtsidentitätsstörungen (Genderdysphorie) und deren Behandlung im Kindes- und Jugendalter	70
7.1.	Kinder und Jugendliche mit GD/GIS – Eine interdisziplinäre Herausforderung.....	70
7.1.1.	Klassifikation (ICD-10, DSM-V): Separate Diagnosekriterien für GD/GIS im Kindesalter.....	71
7.1.2.	Leitsymptomatik und Diagnostik: Altersspezifische Besonderheiten.....	72
7.1.3.	Häufigkeit: Prävalenzanstieg oder angebotsinduzierte Nachfragesteigerung?	74
7.2.	Über "Desisters" und "Persisters" – Was wird aus den Kindern mit GD/GIS?	75
7.2.1.	Katamnese-Studien zu GD/GIS im Kindesalter: Auf der Suche nach Prädiktoren.....	75
7.2.2.	Gibt es hinsichtlich der Persistenzrate Unterschiede zwischen den Geschlechtern?	76
7.2.3.	Möglicher Verlauf kindlicher GD/GIS und Differenzialdiagnosen in der Adoleszenz	77
7.3.	Zur Behandlung – Altersdifferenziertes Vorgehen und Interdisziplinarität.....	79
7.3.1.	AWMF-Leitlinien orientierte Therapie von Minderjährigen mit GD/GIS	79
7.3.2.	Zur Kontroverse um unterschiedliche Behandlungsstrategien bei Kindern mit GD/GIS.....	80
7.3.3.	Pro und Contra einer frühzeitigen Einleitung geschlechtsangleichender Maßnahmen	81
7.4.	Vorläufiges Fazit und Ausblick – Was ist zu tun (und was zu unterlassen)?.....	83
7.4.1.	Ausgangsoffene Begleitung oder frühzeitige Festlegung und Weichenstellung?	83
7.4.2.	Zukünftige Forschungsaufgaben und wichtige medizinethische Überlegungen.....	84
8.	Das transsexuelle Paar und das transvestitische Paar: Aspekte zur Partnerschaft – ein Beitrag aus der Praxis	88
8.1.	Diagnostische Zuordnung	88
8.1.1.	Das transsexuelle Paar.....	88
8.1.2.	Das transvestitische Paar	88
8.2.	Literaturüberblick.....	89
8.3.	Das transsexuelle Paar	91

8.4.	Beziehungskonstellationen von Frau-zu-Mann-Transsexuellen vor und nach dem Geschlechtswechsel	92
8.5.	Beziehungskonstellationen transvestitischer Paare.....	92
8.5.1.	Die Gefühle der Ehefrauen.....	92
8.5.2.	Die Gefühle des transvestitischen Ehemannes.....	93
8.6.	Beziehungsgestaltungen transsexueller Paare/transvestitischer Paare	94
8.6.1.	Gemeinsames und Trennendes.....	94
8.6.2.	Trennungsverläufe	95
8.6.3.	Das transsexuelle Paar	97
8.6.4.	Das transvestitische Paar	98
8.7.	Wo bleibt die Liebe?	100
8.8.	Literatur.....	101

9.	Hormonelle Therapie	103
9.1.	Endokrinologische Erstvorstellung	103
9.2.	Mann-zu-Frau-Transsexualität.....	104
9.3.	Frau-zu-Mann-Transsexualität.....	105
9.4.	Wirkungen und Nebenwirkungen.....	107
9.4.1.	Mann-zu-Frau-Transsexualität	107
9.4.2.	Frau-zu-Mann-Transsexualität	108
9.5.	Voraussetzungen zur geschlechtsanpassenden Operation	108
9.5.1.	Nachsorge	109
9.6.	Hormonbehandlung transsexueller Jugendlicher.....	110
9.6.1.	Pubertätsunterdrückende Behandlung	110
9.6.2.	Gegengeschlechtliche Hormontherapie	111
9.7.	Entscheidungsschwierigkeiten.....	112
9.8.	Literatur.....	112

10.	Chirurgie der Genitalangleichung bei Mann-zu-Frau-Transsexualität	114
10.1.	Einleitung	114
10.2.	Präoperative Phase	114
10.3.	Prinzipielle Überlegungen zur Transformation eines männlichen in ein weibliches Genitale	116
10.4.	Operationsvorbereitung	118
10.5.	Lagerung.....	119
10.6.	Operationstechnik.....	119
10.6.1.	Ablatio testis beiderseits	119
10.6.2.	Mobilisierung der Bauchhaut	121
10.6.3.	Präparation der Penisschafthaut	121
10.6.4.	Präparation von Glans und Gefäßnervenbündel zur Bildung der Klitoris.....	121
10.6.5.	Bildung der Vulvagrube	122
10.6.6.	Bildung der Vaginalhöhle	123
10.6.7.	Umbildung des männlichen in ein weibliches Genitale	123
10.6.8.	Vorgehen bei ungenügenden Penishautverhältnissen.....	125
10.6.9.	Korrekturoperation.....	126
10.7.	Postoperative Nachsorge	126
10.7.1.	Stationäre Nachsorge	127
10.7.2.	Tipps für die poststationäre Nachsorge	127

10.8.	Wundinfektion, Heilungsstörung, Stent-Unverträglichkeit.....	128
10.9.	Komplikationen	129
10.10.	Fazit.....	130
10.11.	Literatur.....	130
10.12.	Anhang	131
11.	Chirurgie der Genitalangleichung bei Frau-zu-Mann-Transsexualität	134
11.1.	Penoidkonstruktion aus freiem Unterarmklappen.....	134
11.2.	Operationstechnik.....	134
11.3.	Urethra Konstruktion	135
11.4.	Vaginektomie	136
11.5.	Penoid aus freiem Fibula Flap	136
11.6.	Metaidoioplastik.....	137
11.7.	Skrotumbildung	138
11.8.	Literatur.....	138
12.	Brustchirurgie bei Transsexualität	139
12.1.	Brustchirurgie bei Frau-zu-Mann-Transsexualität	139
12.1.1.	Die doppelte Inszision bzw. bilaterale Mastektomie	141
12.1.2.	Periareoläre Inzision (keyhole incision).....	143
12.2.	Brustchirurgie bei Mann-zu-Frau-Transsexualität	146
12.2.1.	Hormonelle Wirkung	146
12.2.2.	Mechanische Möglichkeiten.....	146
12.2.3.	Primär alloplastischer Brustaufbau.....	146
12.2.4.	Expandervorbehandlung	148
12.2.5.	Eigengewebsaufbau	150
12.3.	Nachsorge.....	150
12.4.	Literatur.....	150
13.	Behandlung des sekundären Geschlechtsmerkmals Stimme bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus	152
13.1.	Einleitung	152
13.2.	Charakteristik männlicher und weiblicher Stimme	152
13.3.	Logopädische Stimmfunktionstherapie	153
13.4.	Ziel der logopädischen Therapie	153
13.5.	Prinzipien der Stimmfunktionstherapie.....	154
13.5.1.	Probleme der unphysiologischen Stimmerhöhung.....	154
13.5.2.	Ganzheitlicher Ansatz und Artikulation	155
13.6.	Operative Therapie – theoretische Grundlagen	155
13.7.	Anatomische Vorbemerkungen	156
13.8.	Glottoplastik	157
13.9.	Thyroplastiken	157
13.9.1.	Cricothyroidale Approximation – Thyroplastik Typ IV	158
13.9.2.	A-P Elongation	158
13.9.3.	Cricothyroidopexie nach Neumann/Berghaus.....	159

13.10.	Chondrolaryngoplastik – Adamsapfelreduktion	161
13.11.	Kostenübernahme.....	162
13.12.	Ergebnisse und Schlussfolgerungen.....	162
13.13.	Literatur.....	163

14. Dermatologische Behandlung der androgenetischen Alopezie, der Akne und des Hirsutismus 165

14.1.	Einleitung	165
14.2.	Androgenetische Alopezie	165
14.2.1.	17 α -Estradiol	166
14.2.2.	Minoxidil	166
14.2.3.	Finasterid	166
14.2.4.	Dutasterid	166
14.2.5.	Cyproteronacetat	166
14.2.6.	Operative Methoden	166
14.3.	Akne	167
14.4.	Hirsutismus.....	168
14.4.1.	Laserepilation.....	169
14.4.2.	Zug, Rasur, Keratolytika	169
14.4.3.	Ornithin-Decarboxylase-Hemmer.....	170
14.4.4.	Bleichverfahren	170
14.5.	Literatur.....	170

15. Elektroepilation bei Hypertrichose 171

15.1.	Elektrolyse	171
15.2.	Thermolyse.....	171
15.3.	Blend.....	171
15.3.1.	Hinkel Blend	171
15.3.2.	Impuls Blend.....	172
15.4.	Literatur.....	173

16. Erfahrungsberichte 174

17. Literatur und Adressen 179

Index 181

1. Geschichte, Epidemiologie, länderspezifische Besonderheiten

1.1. Geschichte

Geschlechtsidentitätsstörungen wurden bis ins 20. Jahrhundert nicht näher differenziert. Aus diesem Grunde können in geschichtlichen Betrachtungen nach heutiger Definition eindeutig transsexuelle Phänomene nicht klar von z.B. Sexualdifferenzierungsstörungen abgegrenzt werden.

1.1.1. Phänomen der Transsexualität in der Antike

Ethnologische Untersuchungen zeigen, dass das Phänomen Transsexualität zu allen Zeiten und in den unterschiedlichsten Kulturgruppen existierte. Bereits in Berichten aus dem antiken Griechenland, dem Rom der Antike und der Kultur der Maya finden sich hierfür Hinweise.

Inbesondere die Göttinnen der alten Kulte – seien es Astarte und Ishtar im Mittleren Osten oder Artemis und Aphrodite in Griechenland – zählten Menschen zu ihrem Gefolge, die heute als transsexuell klassifiziert werden würden. Frauen entledigten sich ihrer Brüste und fanden Mittel und Wege, die Menstruation zu stoppen, um dann Männerkleider und einen Phallus zu tragen. Männer trugen Frauenkleidung und praktizierten die Selbstentmannung.

Als die Göttin Kybele, die Große Mutter aller Götter, aus dem kleinasiatischen Phrygien nach Rom zog, wurde sie von ihren "galloi" begleitet. Diese waren als männliche Wesen geborene Gefolgsleute, die sich selbst in einer ritualisierten Zeremonie entmannt hatten. In der Genesungszeit aßen die "galloi" üblicherweise Wöchnerinnen vorbehaltenen Ritualspeisen. Nach der Heilung traten sie in die Dienste Kybeles ein und trugen Frauenkleider. Kybele war selbst ursprünglich bis zur Entfernung der männlichen Geschlechtsorgane doppelgeschlechtlich. Nach mehreren Quellen soll es Dionysos, der Gott des Weines und der Ekstase, gewesen sein, der diesen Eingriff vornahm.

Aphrodite, in den Gesängen Homers als Göttin der Liebe dargestellt, wurde auch als Hermaphrodit (die begriffliche Vereinigung aus "Hermes", einem phallischen Gott, und "Aphrodite") beschrieben. Selbst der Mythos von der Geburt Aphrodites

weist auf einen uralten transsexuellen Hintergrund hin: Hesiod (um 700 v. Chr.) berichtet in seinen Schriften, dass Uranus, der Gott des Himmels, zum Tyrannen wurde, Gaia (die Erde) erstickten und ihre gemeinsamen Kinder vernichten wollte. Gaia schuf eine Sichel und gab sie ihrem Sohn Kronos (Saturn), der damit seinen Vater entmannte und die abgeschnittenen Genitalien ins Meer warf. Dem Wasser entstieg Aphrodite, die vollkommene Weiblichkeit.

In der Antike galt ein Wechsel des Geschlechts als ein Mysterium, dem man Respekt und Hochachtung zollte. In der griechischen Mythologie wird zum Beispiel vom blinden Seher Teiresias erzählt, der sich als junger Mann wie durch ein Wunder in eine Frau verwandelte und später wieder die Gestalt eines Mannes annahm.

1.1.2. Umgang mit Menschen mit nicht eindeutigem biologischen oder psychologischen Geschlecht: vom römischen Reich bis ins 20. Jahrhundert

Im römischen Reich wurde ein androgynes Prinzip in Kunst und Philosophie verherrlicht. Im Gegensatz dazu wurden intersexuelle Menschen, die bei ihrer Geburt von der traditionellen Geschlechter-Zweiteilung abwichen, als fatales Omen und sog. "monstra" in einem Reinigungszeremoniell getötet.

In der abendländischen Kultur fanden sich zur Aufrechterhaltung der binären Geschlechterteilung Regeln zum Umgang mit Intersex-Phänomenen, die eine Zuweisung zu einem Geschlecht ermöglichen sollten. So wurde im 6. Jahrhundert in die Gesetzessammlung des Justitian ein Vorschlag römischer Juristen des 3. Jh. aufgenommen, der insbesondere für Fälle genitaler Uneindeutigkeit bei der Geburt galt: dabei sollte die Zuordnung nach "überwiegenden" Merkmalen entschieden werden. Grundlage dieser allgemein akzeptierten theoretischen Annahme war, dass sich das Geschlecht eines Menschen aus der körperlichen Erscheinung, im seltenen Zweifelsfall aber eindeutig durch intensive Inspektion der Genitalien ermitteln ließe.

Da aber auch diese Vorgehensweise nicht immer zu eindeutigen Entscheidungen führte, entwickelte das mittelalterliche kanonische Recht eine zusätzliche Lösung: Ein geschlechtliches Wahlrecht für Menschen mit Intersexualität, wonach der Vater bei der Taufe das vorerst beizubehaltende Geschlecht festlegte, der Betroffene aber im heiratsfähigen Alter sich selbst für ein Geschlecht entscheiden konnte. Dies geschah, indem er sich in einem "promissorisches Eid" zu dem einen, gewählten Geschlecht bekannte und gleichzeitig dem anderen abschwor. Ein Bruch des Geschlechtseides wurde bis ins späte 17. Jh. als Sodomie mit dem Tode bestraft.

Das dem Zivilrecht folgende Kirchenrecht löste das Problem der Namensgebung bei der Taufe dahingehend, dass man sich im Zweifelsfall für eine Zuordnung zum männlichen Geschlecht entschied. Diese Position begründete sich damit, dass man intersexuelle Menschen nicht von männlichen Privilegien ausschließen wollte, die ihnen möglicherweise zukamen.

Später wurde dann die Frage diskutiert, ob ein intersexueller Mensch, der sich für ein Leben als Frau entschieden hatte, nach dem Tode des Gatten das Mannsein wählen könne. Bedeutsam ist daran vor allem, dass man sich zwar eine Doppelgeschlechtlichkeit vorstellen konnte, diese aber "nachfolgend" bzw. "sich ablösend" stattfinden sollte. Eine Doppelgeschlechtlichkeit als eine Vereinigung weiblicher und männlicher Eigenschaften im Sinne einer Androgynie war nicht vorstellbar.

Eine Abweichung von der allgemein üblichen Entscheidungspraxis stellte im 16. Jh. der Fall der/des Thomas(ine) Hall dar [1]. Thomas(ine) Hall wurde 1570 in Newcastle upon Tyne geboren und zog in seiner Jugend als Soldat für England in den Krieg. Anschließend setzte sie ihr Leben als Frau fort, um daraufhin als Mann auf Reisen zu gehen, bevor sie in Virginia als Kammerzofe arbeitete. Das Gericht, vor das Thomas(ine) 1629 zitiert wurde, fand, dass eine fixierte Doppelgeschlechtlichkeit leichter zu akzeptieren sei als eine ständige Metamorphose und stellte öffentlich fest: *"Hall is a man and a woman."*

Ab dem 18. Jh. wurde dann die im Zweifelsfall praktizierte Zuordnung zu einem der beiden Geschlechter aufgrund des "Überwiegens" ge-

schlechtstypischer Merkmale durch die Vorstellung abgelöst, es gäbe ein "wahres" Geschlecht, das scheinbar selbstverständlich entweder männlich oder aber weiblich sei. Dieses "wahre" Geschlecht galt es herauszufinden. Das Phänomen des Hermaphroditismus, das bis dahin einen Problemfall der zweiteiligen Geschlechterordnung darstellte, wurde nun als "Pseudo-Hermaphroditismus" in das Schema der zwei Geschlechter eingeordnet.

Die Unterteilung erfolgte dabei in intersexuelle Menschen männlichen Geschlechts und weiblichen Geschlechts. Beide Gruppen konnten ein breites Erscheinungsspektrum einnehmen. Allerdings war auch diese Kategorisierung letztlich nicht ausreichend, so dass dann als dritte Kategorie die Zwitter mit zweideutigem Geschlecht eingeführt werden mussten, wobei diese dritte Kategorie letztlich vor allem ein Problem der genauen juristisch-medizinischen Bestimmbarkeit darstellte. Daher folgte der Code Civil von 1804 und das Bürgerliche Gesetzbuch in Deutschland von 1900 der medizinischen Erkenntnis, dass es keine echten Hermaphroditen gäbe, und verzichtete auf eine entsprechende Regelung für die Geschlechterzuordnung. Damit wurde die Tradition der zwei sich ausschließenden Geschlechter fortgeschrieben; die Gerichte überließen die Geschlechtsbestimmung weitgehend den Medizinern.

Mit der Fortentwicklung der medizinischen Diagnostik im 20. Jahrhundert wurde jedoch keine Lösung des Problems erreicht, da sich mit der Entwicklung der Hormon- und Chromosomenanalyse weitere Probleme ergaben. *"So wurden z.B. zwischen 1952 und 1958 etwa ebenso viele echte Hermaphroditen veröffentlicht wie in den Jahren 1900-1951"* [2]. Die medizinische Terminologie hatte auf der Basis der neuen Geschlechtsbestimmungsmethoden ihren Gegenstand in viele Syndrome aufgefächert: Man kennt heute neben dem echten Hermaphroditismus die "testikuläre Feminisierung", das "Swyer-" und das "Reifenstein-Syndrom", das "Mayer-Rokiansky-Küster-Hauser-Syndrom" und das "Klinefelter-Syndrom". Da diese Syndrome nicht mit zweideutigen Genitalien einhergehen, erfolgt eine Geschlechtszuweisung der Tradition der letzten 2000 Jahre folgend unabhängig vom hormonellen und chromosomalen Befund auf der Basis der Inspektion der Genitalien.

1.1.3. Phänomen der Transsexualität in Naturvölkern

Es finden sich weltweit Vorstellungen eines dritten (manchmal auch vierten und fünften) Geschlechts, die eine Art Zwischenstufe oder Erweiterung des männlichen und weiblichen Geschlechts darstellen. Burton identifizierte 1909 bestimmte Regionen, in denen sich gehäuft ein Brauchtum findet, das Burton als "transsexuelles Brauchtum" bezeichnete, und nennt diese Regionen "sotadische Zone" (nach Sotadeus von Maroneia, 306 bis 246 v. Chr.). Innerhalb dieser sotadischen Zone finde eine Vermischung von männlichen und weiblichen Merkmalen statt, die sonst auf der Welt nur sporadisch vorkomme. Die sotadische Zone sei durch die Randgebiete des Mittelmeeres begrenzt, verengt sich nach Osten hin und umfasst dort Kleinasien, Mesopotamien, Afghanistan, Sind, Pandschab und Kaschmir, verbreitert sich dann in Indochina und umfasst China, Turkestan, Japan, sämtliche Südseeinseln und die neue Welt.

Insbesondere auch bei den Ureinwohnern Nordamerikas finden sich Überlieferungen, die auf das Vorhandensein transsexueller Stammesmitglieder schließen lassen. We'wha, der von 1849 bis 1896 lebte, *"war einer der größten und stärksten Männer der Zuñi im Südwesten Nordamerikas, biologisch eindeutig männlich und deutlich als solcher zu erkennen. Doch im Alltagsleben verrichtete We'wha Hausarbeit, trug feminine Kleidung und femininen Schmuck, trat wie eine Frau auf [...], webte und töpferte [...]"* – kurz: *Sie war wie eine Frau. Als Knabe noch war er in den ko'tikili, den religiösen Männerbund, initiiert worden und blieb darin, auch nachdem sie den alternativen Iha'mana-Status angenommen hatte. Später [...] wurde We'wha berühmt, besuchte die Hauptstadt Washington, traf dort den damaligen Präsidenten Grover Cleveland und wurde als 'Indianer-Prinzessin' behandelt. [...] Nach seinem/ihrer Tod wurde er auf der Seite der Männer (wie alle Iha'mana) beerdigt: Als Zeichen des besonderen Status wurde ihm unter die feminine Kleidung, die sie jahrzehntelang getragen hatte, eine Männerhose gezogen. Was war We'wha nun: Mann oder Frau? Zwar vereinte er/sie Aspekte von beiden, war aber keines davon, sondern eben Iha'mana"* [3].

Kapitan Fernando Alarcon berichtete im Jahr 1540 aus Anicanda, dass es dort bei dem Stamm der Yuma immer vier sog. Weibmänner gäbe. Wenn

eine von diesen starb, wurden alle schwangeren Frauen des Landes gezählt. Die erste, die einen Sohn zur Welt brachte, musste ihn hergeben, damit er die Stelle eines Weibes ausfülle. Die Frauen kleideten ihn dann ein, er musste Frauenarbeit verrichten und durfte später auch nur mit Männern verkehren.

Die Zuni-Indianer suchten in jedem Dorf einen oder mehrere Stammesgenossen aus, um sie geschlechtlich impotent zu machen und bei den religiösen Orgien der Frühlingsfeste päderastischen Zwecken zuzuführen.

Ein anderes Beispiel berichtet Pater Domingo de Santo Thomas, der die sog. "heiligen Kulturtransvestiten" der Yuuca erwähnt. Sie waren in den Tempeln beschäftigte, wie Frauen gekleidete junge Männer, die von Kindheit an auf diese Tätigkeit vorbereitet wurden. Bei den Sononuco Indianern war es um 1680 n. Chr. Brauch, dass jedes sechste männliche Kind, das von einer Frau ohne dazwischenliegende Geburt eines Mädchens geboren wurde, als Mädchen aufgezogen wurde.

Neben Berichten aus Nordamerika sind aber auch Arbeiten über die "fa'afafine" Samoas, die "mahus" von Tahiti, die "xaniths" des Oman, die "hijras" Indiens und insbesondere über die "Berdachen" indianischer Stämme erschienen. Die Gründe, aus denen heraus ein sog. Geschlechtswechsel bzw. die Übernahme der Rolle eines Mitglieds des "dritten Geschlechts" erfolgen, sind regional verschieden. In Indien beispielsweise herrscht die Jahrtausend währende Tradition des Eunuchentums. Junge Männer werden von ihren Genitalien und ihrer bisherigen Geschlechterrolle "befreit" und nehmen dabei ein fast mystisches, drittes Geschlecht an. Ihnen werden übermenschliche Fähigkeiten, wie die Herbeiführung von Glück und Verwünschungen zugesprochen. Für diese imaginären Kräfte werden sie in weiten Teilen Indiens verehrt und gefürchtet. Etwas unbekannter hingegen ist die Kultur der nordamerikanischen Berdachen, die neben dem zweigeteilten Geschlechterschema ein weiteres drittes Geschlecht führt.

Der Wechsel der Geschlechtsrolle konnte aber auch auf Wunsch des Betroffenen erfolgen. So soll es bei den Illinois Knaben gegeben haben, bei denen der Wunsch, ein Mädchen zu werden, schon frühzeitig vorhanden war, wobei die Väter versuchten, sie davon abzuhalten. Männer, bei denen

dieser Wunsch erst später manifest wurde, erklärten, dass sie einen Traum oder eine höhere Eingebung gehabt hätten und beharrten auf ihrem Entschluss. Sie galten, obwohl einerseits in gewisser Weise verachtet, als heilig und spielten eine große Rolle im Rat, nahmen an den Kalumet-Festen teil und galten als "manitus" oder auserlesene Menschen.

Andere Beispiele finden sich bei den Mohave und den Dayak auf Borneo. Auch bei den Sioux gab es Fälle von freiwilligem Geschlechtsrollenwechsel, den sog. Otos.

Auch eine dritte Form des Geschlechtswechsels, und zwar als Folge systematischer Förderung durch die Eltern oder die Stammesgruppe, ist bekannt. So gab es bei den Sakalauen Westmadagaskars Männer, die sich vollkommen als Frauen fühlten, kleideten und agierten sowie schon in früher Jugend als weiblich angesehen wurden. Bei den Konjagen, einem Eskimovolk in Alaska, gab es biologische Männer, die nur weibliche Arbeiten verrichteten, stets mit den Frauen zusammenwohnten und selbst Männer hatten. Sie waren meist hochangesehene Zauberer. Die Eltern bestimmten einen Sohn zum "*achnutschik*", wenn er ihnen mädchenhaft erschien; auch kam es vor, dass Eltern, die sich vergeblich wünschten, eine Tochter zu bekommen, den Sohn zum "*achnutschik*" machten.

Die wesentlichen Veränderungen bei den verschiedenen Formen des Geschlechtswechsels umfassen eine Übernahme der konträrsexuellen gesellschaftlichen Rolle, d.h. die Übernahme von traditionell gegengeschlechtlichen Arbeiten und Aufgaben, das Tragen entsprechender Kleidung, Veränderung der Stimmhöhe und der Intonation, außerdem eine Veränderung der Gangart. Dabei waren verschiedene Stufen des Geschlechtsrollenwechsels bekannt.

1.1.4. Rituelle Geschlechtswechsel

Außerdem kennen viele Kulturen rituelle Geschlechtswechsel, die allerdings zumeist nur zeitweilig stattfinden. In westlichen Kulturen existieren davon allerdings nur noch Relikte wie z.B. das Männerballett zu Karneval und ähnliches.

Ein Abweichen von den jeweils vorgegebenen Geschlechtsrollen, die abhängig von der Kultur nicht nur auf zwei mögliche beschränkt sein können,

wird üblicherweise sozial, häufig auch strafrechtlich und/oder religiös sanktioniert. So wurde Jeanne d'Arc letztendlich verbrannt, weil sie sich weigerte, einen Eid abzulegen, niemals wieder Männerkleidung anzuziehen. Selbst in vielen westlichen Ländern gibt es noch Gesetze, die das öffentliche Tragen von nicht zum biologischen Geschlecht zugehöriger Kleidung unter Strafe stellen; allerdings werden diese mit zunehmender Liberalisierung immer seltener angewandt. In vielen nicht-westlichen Ländern hingegen wird entsprechendes Verhalten wesentlich härter bestraft, bis hin zur Todesstrafe. In der heutigen westlichen Gesellschaft sind sowohl rituelle als auch aus Not geborene Geschlechtsrollenwechsel äußerst selten geworden. Damit kann nahezu immer davon ausgegangen werden, dass wer dort Transgender-Verhalten zeigt, dies aus innerer Notwendigkeit tut.

1.1.5. Definition und Begriffsprägung im 20. Jahrhundert

Geschlechtsidentitätsstörungen wurden bis zu Beginn des 20. Jahrhunderts nicht näher differenziert. Erst Anfang des 20. Jahrhunderts beschrieb der Berliner Arzt und Sexualforscher Magnus Hirschfeld den sogenannten "Transvestitismus" in seiner "Theorie der sexuellen Zwischenstufen" [4], wobei keine Unterscheidung zwischen sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität stattfand. In seinem ca. 2000 Seiten umfassenden sexualwissenschaftlichen Resümee der "Geschlechtskunde", sieht er im Wunsch nach Geschlechtsumwandlung eine Form des extremen Transvestitismus [5]. Wenn Hirschfeld auch 1923 schon von "seelischem Transsexualismus" spricht (bei Hirschfeld als Synonym für Transvestitismus zu verstehen, wird auch nicht näher definiert), wird der Begriff der "psychopathia transsexualis" erst 1949 von Cauldwell geprägt [6]. Hirschfelds wissenschaftliches Interesse erweiterte sich nach 1910 wesentlich. Seine wichtigen Arbeiten gehen inhaltlich über Homosexualität hinaus. Zweifellos wurde Hirschfeld zu einem der intimsten Kenner sexueller Abweichungen. Während des ersten Weltkrieges stellte er Militärtauglichkeitszeugnisse aus. Unter den Begutachteten fand er 60 Transvestiten, die in Frauenkleidern zur Musterung erschienen oder bereits eingezogen waren. Von den 60 wurden aufgrund

von Hirschfelds Gutachten 25 als dauerhaft untauglich ausgemustert.

Offenbar durch seine umfangreichen Erfahrungen als Sexualarzt und als Kenner der Homosexuellen- und Transvestitenszene veranlasst, änderte Hirschfeld seine Auffassungen über das Phänomen der Geschlechtsumwandlung. Die streng pathologisierende Definition lockerte sich.

Eine Erleichterung war die behördliche Ausstellung des Transvestitenscheins. Aufgrund ärztlicher Gutachten wurde Transvestiten behördlich – mit Bescheinigung – das Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts genehmigt. Mit diesem Schein waren die Transvestiten vor der Festnahme bzw. Anklage wegen Erregung öffentlichen Ärgernisses bzw. groben Unfugs geschützt.

1920 berichtete der mit Hirschfelds Institut zusammenarbeitende Rechtsanwalt Niemann von der Möglichkeit der Namensänderung. Transvestiten, die oft den Wunsch nach Änderung ihres Vornamens vorbrachten, war es nun mehr möglich, wiederum auf Antrag, ihren Namen in einen geschlechtsneutralen zu ändern, Alexander oder Alexandra wurde zu Alex, Anton oder Antonia wurde zu Toni.

Der Wunsch von Betroffenen nach operativer Veränderung des eigenen Körpers war Ende der 60er Jahre Auslöser, Transsexualität in Abgrenzung zum Transvestitismus zu definieren. Diese auf den Sexualwissenschaftler Harry Benjamin zurückgehende Definition ist in den deutschen Standards von 1997 immer noch zu finden. 1953 wurde der Begriff der Transsexualität von Benjamin erstmals in die wissenschaftliche Diskussion eingeführt. 1967 veröffentlichte Benjamin die Schrift *"The transsexual phenomenon"* in New York [7], in der eine Einstufung der Transidentität erfolgte. Danach ist der Weg der Behandlung nicht die Unterdrückung des Transsexualismus, sondern die Selbstverwirklichung; bereits 1954 hielt Benjamin fest, dass psychotherapeutische Ansätze in der Behandlung der Transidentität wirkungslos sind. In *"The transsexual phenomenon"* unterscheidet Benjamin Transvestiten und Transsexuelle dadurch, dass Transsexualität von ihm als höchster Grad des Transvestitismus aufgefasst wird: Der Wunsch nach den Kleidern des anderen Geschlechts könne so stark werden, dass eine vollständige Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht erstrebt werde. Mitte

der 60er Jahre etablierte sich der Begriff "transsexuell" für die Vorstellung rein subjektiven Geschlechtsempfindens, wogegen der Transvestitismus im engeren Sinne als eine gelegentliche Praxis des Kleidertauschs aufgefasst und als fetischistisches Sexualverhalten begriffen wurde. Diese Definition ist nicht unwidersprochen geblieben.

1.1.6. Erste geschlechtsanpassende Operationen nach begrifflicher Abgrenzung der Transsexualität vom Transvestitismus

Selbstverstümmelnde Eingriffe zur Korrektur des biologischen Geschlechts werden bereits aus der Antike berichtet. Medizinisch-operative Interventionen fanden allerdings unter definierten Bedingungen erst im 20. Jahrhundert statt. Schon 1930 operierte ein Dresdener Gynäkologe den dänischen Maler namens Andreas Sparre mit Künstlerpseudonym Einar Wegener und hat ihn durch die damals überaus kühne Operation zur Frau gemacht. Bei einer zweiten Nachoperation starb die Patientin.

Den großen öffentlichen Durchbruch fand das Konzept der Transsexualität mit der operativen Behandlung der US-Amerikanerin George (Christine) Jorgensen, bei dem erstmals die geschlechtsanpassende Operation gelang. Eicher berichtet 1984: *"die chirurgische Kastration (erfolgte) im September 1951. Ein Jahr später amputierte der Chirurg Dahl-Iversen den Penis, Fogh-Anderson formte die Vulva aus Skrotum und ersetzte die Urethra. Im Jahr 1954 wurde in New Jersey eine Neovagina konstruiert"* [8]. Die internationale Publikation des Falles, der eine sensationelle Aufmerksamkeit in der Weltpresse erreichte, zog eine Briefflut von Betroffenen nach sich, die die Durchführung einer solchen Operation erbaten. Aufgrund dieses Ansturms wurde in Dänemark staatlich verfügt, dass nur dänische Staatsangehörige einer solchen Behandlung in Dänemark unterzogen werden dürfen. Daher wurden die Verfasser der Briefe an Benjamin in New York überwiesen, der in den Vereinigten Staaten für eine Etablierung des Konzeptes der Transsexualität sorgte.

"Sorgte diese Überweisungspraxis für Kontakte zwischen Operationsnachfragern und Therapeuten, so begann die Erikson Educational Foundation Informationskreise (...) und führte 1964 erstmals Behandler von Transsexuellen zur 'Harry Benjamin Foun-