

Urologe [A] 2003 · 42:709–721  
 DOI 10.1007/s00120-003-0337-0  
 Online publiziert: 3. April 2003  
 © Springer-Verlag 2003

**Redaktion**

M. Stöckle, Homburg/Saar

in Zusammenarbeit mit S.C. Müller, Bonn,  
 Vorsitzender der Fort- und Weiterbildungs-  
 kommission der Deutschen Urologen

Die Beiträge der Rubrik „Weiterbildung · Fortbildung“  
 sollen dem Facharzt als Repetitorium dienen und  
 dem Wissenstand der Facharztprüfung für den Arzt  
 in Weiterbildung entsprechen. Die Rubrik beschränkt  
 sich auf gesicherte Aussagen zum Thema.



## Willkommen zur Zertifizierten Fortbildung bei Springer!

Das Zertifizierungsportal von Springer  
<http://cme.springer.de> bietet Ihnen neben der  
 Online-Version der aktuellen Fort- und Weiter-  
 bildungsbeiträge auch die Möglichkeit, die Fragen  
 am Ende dieses Beitrags online zu beantworten  
 und somit wichtige Zertifizierungspunkte zu  
 sammeln. Die Teilnahme ist kostenlos und  
 beschränkt sich im Hinblick auf eine eindeutige  
 Identifizierung auf Individualabonnenten der  
 Zeitschrift.

Für diese Fortbildungseinheit erhalten Sie einen  
 Fortbildungspunkt, wenn Sie 70% der Fragen richtig  
 beantwortet haben bzw. Ihr Ergebnis nicht unter  
 dem Durchschnitt aller Teilnehmer liegt. Zwei Tage  
 nach Einsendeschluss können Sie die Auswertung  
 und damit Ihre Teilnahmebestätigung unter  
<http://cme.springer.de> abrufen. Reichen Sie Ihre  
 Teilnahmebestätigung zur Erlangung des freiwilligen  
 Fortbildungszertifikats bei Ihrer zuständigen  
 Ärztekammer ein.

Diese Initiative ist zertifiziert von der Landesärzte-  
 kammer Hessen und der Nordrheinischen Akademie  
 für Ärztliche Fort- und Weiterbildung und damit  
 auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit  
 zur Verfügung:

**Springer-Verlag GmbH & Co.KG**  
**Redaktion Facharztzeitschriften**  
**CME-Helpdesk, Tiergartenstraße 17**  
**69121 Heidelberg**  
**Fax ++49-(0)6221-487-8461**  
**E-Mail: [cme@springer.de](mailto:cme@springer.de)**  
**<http://cme.springer.de>**

**cme.springer.de**

**H. A. G. Bosinski**

Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle, Univ.-Klinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel

# Diagnostische und arztrechtliche Probleme bei transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörungen

## Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund der nosologischen Entwicklung der aktuellen Nomenklatur (ICD-10; DSM-IV) wird die Epidemiologie, Symptomatologie, Diagnostik und Differenzialdiagnostik der Geschlechtsidentitätsstörungen dargelegt. Unter Hinweis auf die aktuelle Rechtslage und im Interesse der Patienten wird insbesondere auf die zwingende Notwendigkeit einer differenzialdiagnostischen Absicherung im Laufe eines mindestens einjährigen, psychotherapeutisch begleiteten Alltagstests vor Einleitung irreversibler körperverändernder Maßnahmen sowie auf vorliegende „standards of care“ hingewiesen.

## Schlüsselwörter

Geschlechtsidentitätsstörungen · Transsexualismus · Differenzialdiagnostik · Psychotherapie · Alltagstest · „Standards of care“

## Transsexual gender identity disorders: Diagnostic and legal issues

### Abstract

The current classification systems (ICD-10, DSM-IV), epidemiology, symptoms and diagnostic features of gender identity disorders are discussed. In the best interest of the patients, and in view of the legal situation, treatment has to follow set „standards of care“. The necessity of a psychotherapeutically guided real life test, lasting at least 1 year before somatic treatment can begin, is again pointed out.

### Keywords

Gender identity disorders · Transsexualism · Diagnostics · Psychotherapy · Real-life test · Standards of care

► „Transsexualismus“

Nicht einfach abzugrenzende Extremform einer Geschlechtsidentitätsstörung (GIS)

► ICD-10

► Definition

► DSM-IV

## Aktuelle Nosologie und Epidemiologie

Während noch in den 1980er Jahren die Annahme vorherrschte, ► „Transsexualismus“ sei eine monolithische, relativ einfach abgrenzbare und letztlich nur hormonell und operativ behandelbare Krankheitsentität, ist mittlerweile deutlich geworden, dass es sich hierbei um die Extremform einer Geschlechtsidentitätsstörung (GIS) handelt.

Geschlechtsidentitätsstörungen umfassen verschiedene Formen der Unzufriedenheit mit der eigenen Geschlechtszugehörigkeit, von diffusem Unbehagen in der Rolle des Geburtsgeschlechts über undulierende Wünsche nach Geschlechtswechsel, bis hin zum überdauernden Gefühl der Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht und dem anhaltenden Bestreben, mittels medizinischer Maßnahmen die körperlichen Merkmale des Geburtsgeschlechts loszuwerden und die des anderen Geschlechtes zu erlangen.

Die aktuellen Klassifikationssysteme spiegeln diese nosologische Entwicklung wider: So ist nach ► ICD-10 [27] für die Vergabe der Diagnose „Transsexualismus“ (F64.0) der Wunsch nach körperlicher „Umwandlungsbehandlung“ (durch Hormone und/oder Operation) zwingend erforderlich. Besteht er nicht, so soll die Diagnose „Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen“ (F64.1) gegeben werden. Die Abgrenzung dieser Form der Geschlechtsidentitätsstörung zum „fetischistischen Transvestitismus“ (F65.1) wird durch das Fehlen sexueller Erregung beim Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts (sog. „cross-dressing“) angegeben.

► Definition „Transsexualismus“ (F64.0) nach ICD-10

„Es besteht der Wunsch, als Angehöriger des anderen anatomischen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden. Dieser geht meist 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.“

**Diagnostische Leitlinien.** Die transsexuelle Identität muss mindestens 2 Jahre durchgehend bestanden haben und darf nicht Symptom einer anderen psychischen Störung, wie z. B. einer Schizophrenie, sein. Ein Zusammenhang mit intersexuellen, genetischen oder geschlechtschromosomalen Anomalien muss ausgeschlossen sein“ [27].

Demgegenüber verzichtet die diesbezüglich aktuellere, 4. Fassung des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (► DSM-IV, [2]) gänzlich auf den Begriff „Transsexualismus“ und spricht (unter der Nummer 302.85 für Adoleszente und Erwachsene bzw. 302.6 für Kinder) nur noch allgemein von „Geschlechtsidentitätsstörungen“.

### Diagnostische Merkmale für Geschlechtsidentitätsstörung bei Jugendlichen und Erwachsenen nach DSM-IV (302.85)

**A.** „Ein starkes und andauerndes Zugehörigkeitsgefühl zum anderen Geschlecht (d. h. nicht lediglich das Verlangen nach irgendwelchen kulturellen Vorteilen, die als mit der Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht verbunden empfunden werden). [...]“

Bei Jugendlichen und Erwachsenen manifestiert sich das Störungsbild durch Symptome wie geäußertes Verlangen nach Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht, häufiges Auftreten als Angehöriger des anderen Geschlechts, das Verlangen, wie ein Angehöriger des anderen Geschlechts zu leben oder behandelt zu werden oder die Überzeugung, die typischen Gefühle und Reaktionsweisen des anderen Geschlechtes aufzuweisen. [...]

**B.** Anhaltendes Unbehagen im Geburtsgeschlecht oder Gefühl der Person, dass die Geschlechtsrolle dieses Geschlechts für sie nicht die richtige ist.

Bei Jugendlichen und Erwachsenen manifestiert sich das Störungsbild durch Symptome wie das Eingenommensein von Gedanken darüber, die primären und sekundären Geschlechtsmerkmale loszuwerden (z. B. Nachsuchen um Hormone, Operation oder

andere Maßnahmen, welche körperlich die Geschlechtsmerkmale so verändern, dass das Aussehen des anderen Geschlechts simuliert wird) oder der Glaube, im falschen Geschlecht geboren zu sein.

C. Das Störungsbild ist nicht von einem somatischen Intersex-Syndrom begleitet.

D. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen“ [2].

Die partiell unsichere Abgrenzung des Störungsbildes und die Varianz seiner diagnostischen Einordnung schlägt sich auch in den widersprüchlichen Angaben zur ► **Prävalenz** nieder. Für Deutschland kann aufgrund einer von Osburg und Weitze [18] durchgeführten Erhebung zu den stattgegebenen Anträgen nach Vornamens- und Personenstandsänderung gemäß Transsexuellengesetz (TSG; s. unten) von einer Mindestzahl von 1:42.000 bis 1:48.000 (bezogen auf die erwachsene Wohnbevölkerung) ausgegangen werden. Die Ratio betroffener biologischer Männer (MFT) zu biologischen Frauen (FMT) liegt bei ca. 1,5:1 [15].

Die Ätiologie transsexueller GIS ist letztlich noch ungeklärt und Gegenstand zahlreicher Forschungen (s. Überblick in [8, 5]), wobei sich zunehmend die Auffassung einer sequenziellen, biopsychosozial bedingten Störungsentwicklung durchsetzt.

### Rechtliche Rahmenbedingungen – das Transsexuellengesetz (TSG)

Seit 1980 gibt es mit dem Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen (Transsexuellengesetz – TSG; BGBl. I: 1654 ff.) eine Lex specialis, die es den betroffenen Patienten ermöglicht, juristisch anerkannt in der Rolle des gewünschten Geschlechts zu leben. Dafür sind 2 Möglichkeiten vorgesehen:

#### Vornamensänderung bei unverändertem Eintrag des Geburtsgeschlechts

Die Voraussetzungen zur ► **Vornamensänderung** (bei unverändertem Eintrag des Geburtsgeschlechts in Geburtenregister und Standesamtspapieren) regelt § 1 TSG:

#### § 1 TSG – Voraussetzungen zur Vornamensänderung

„(1) Die Vornamen einer Person, die sich aufgrund ihrer transsexuellen Prägung nicht mehr dem in ihrem Geburtseintrag angegebenen, sondern dem anderen Geschlecht als zugehörig empfindet und seit mindestens 3 Jahren unter dem Zwang steht, ihren Vorstellungen entsprechend zu leben, sind auf ihren Antrag vom Gericht zu ändern, wenn

1. sie Deutscher im Sinne des Grundgesetzes ist oder wenn sie als Staatenloser oder heimatloser Ausländer ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder als Asylberechtigter oder ausländischer Flüchtling ihren Wohnsitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat,
2. mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass sich ihr ► **Zugehörigkeitsempfinden** zum anderen Geschlecht nicht mehr ändern wird.
3. sie mindestens 25 Jahre alt ist.“<sup>\*)</sup>

Zur Feststellung der Voraussetzungen zur Vornamensänderung muss das zuständige Amtsgericht (am Sitze eines Landgerichts) gem. § 4 TSG, Abs. 3 ► **Gutachten von 2 Sachverständigen** einholen, „... die aufgrund ihrer Ausbildung und ihrer beruflichen Erfahrung mit den besonderen Problemen des Transsexualismus ausreichend vertraut sind. Die Sachverständigen (...) haben auch dazu Stellung zu nehmen, ob sich nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft das Zugehörigkeitsempfinden des Antragstellers mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr ändern wird.“

\*) Die Altersgrenze von 25 Jahren wurde inzwischen durch höchstrichterliche Rechtsprechung aufgehoben.

#### ► Prävalenz

1:42.000 bis 1:48.000.

Ratio betroffener biologischer Männer (MFT) zu biologischen Frauen (FMT) etwa 1,5:1

#### ► Vornamensänderung

#### ► Irreversibilität des Zugehörigkeitsempfindens

#### ► Gutachten von 2 Sachverständigen

Vornamensänderung ist keine „kleine Lösung“

Viele Gutachten zur Vornamensänderung genügen diagnostischen Anforderungen nicht

### ► Personenstandsänderung

Voraussetzungen:  
- Nicht verheiratet  
- Dauernd fortpflanzungsunfähig

Deutliche Angleichung an Erscheinungsbild des anderen Geschlechts

► **MFT**  
- Weiblich aussehende Brust  
- Ablatio penis et testis  
- Neo-Vagina  
► **FMT**  
- Ablatio mammae  
- Exstirpation des Uterus und der Adnexe

Neo-Penis nicht zwingend

### ► Biologische Frauen (FMT)

► **Erstvorstellung**  
In den Zwanzigern bis Mitte der Dreißiger

Zwar ist die Vornamensänderung rechtlich (im Unterschied zur Personenstandsänderung; s. unten) an keinerlei medizinische Behandlungsmaßnahmen gebunden. Die 2-malige Betonung der Irreversibilitätsprognose impliziert jedoch, dass die weitverbreitete Redewendung von der „kleinen Lösung“ (da ja nur der Vorname geändert wird) insofern falsch ist, als hier die grundsätzliche Diagnose einer fixierten transsexuellen Geschlechtsidentitätstransposition gestellt werden muss. Dies kann nur im Ergebnis eines länger währenden diagnostisch-therapeutischen Prozesses geschehen [9].

Gegenwärtig muss jedoch leider festgestellt werden, dass viele Gutachten zur Vornamensänderung gem. § 1 TSG diesen diagnostischen Anforderungen nicht genügen [17, 1]. Dies ist jedoch v. a. deshalb prekär, als nicht wenige Patienten, bei denen eine Vornamensänderung durchgeführt wurde, eine geschlechtsumwandelnde Operation mit Verweis darauf fordern (und erlangen), dass ja in beiden Gutachten die Irreversibilität ihrer Rollentransposition festgestellt worden sei. Die – insgesamt seltenen – Rückumwandlungsbegehren scheinen bei dieser Personengruppe nach klinischem Eindruck höher zu sein als in der Gesamtgruppe der Transsexuellen.

### ► Änderung des Personenstandes

Die Änderung des Personenstandes wird durch § 8 TSG geregelt.

#### § 8 TSG – Voraussetzungen zur Personenstandsänderung

„(1) Auf Antrag einer Person, die sich aufgrund ihrer transsexuellen Prägung nicht mehr dem in ihrem Geburtseintrag angegebenen, sondern dem anderen Geschlecht als zugehörig empfindet und die seit mindestens drei Jahren unter dem Zwang steht, ihren Vorstellungen entsprechend zu leben, ist vom Gericht festzustellen, dass sie als dem anderen Geschlecht zugehörig anzusehen ist, wenn sie

1. die Voraussetzungen des § 1 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 erfüllt,
2. nicht verheiratet ist,
3. dauernd fortpflanzungsunfähig ist und

sich einem ihre äußeren Geschlechtsmerkmale verändernden operativen Eingriff unterzogen hat, durch den eine deutliche Annäherung an das Erscheinungsbild des anderen Geschlechts erreicht worden ist.“

Die dauerhafte Unfruchtbarkeit und die „deutliche Annäherung an das körperliche Erscheinungsbild des anderen Geschlechts“ ist anhand von Operationsberichten und der körperlichen Untersuchung festzustellen. Die Erfüllung der Voraussetzungen richtet sich nach dem Stand des medizinischen Wissens und der Operationstechniken sowie der aktuellen Rechtsprechung. Im Regelfalle wird bei ► **MFT** die (oft durch Hormonbehandlung ausreichend erreichte) Brustbildung sowie die Ablatio penis et testis und die Anlage einer Neo-Vagina gefordert. Bei ► **FMT** wird die Ablatio mammae, die Exstirpation des Uterus und der Adnexe den Anforderungen genügen; ein Neo-Penis wird hingegen nicht gefordert [20], da die dazu erforderlichen aufwendigen Operationen gegenwärtig noch mit unbefriedigenden Ergebnissen behaftet sind.

### Symptomatologie, Verlauf und Ätiologie

Wie bei jeder Symptomatologie sollte stets im Auge behalten werden, dass sich der Einzelfall durchaus nicht immer in den folgenden typologischen Beschreibungen wiederfinden muss, vielmehr durch je individuelle Besonderheiten gekennzeichnet ist.

### ► Biologische Frauen mit transsexueller GIS

Das Alter bei der ► **Erstvorstellung** liegt im Regelfalle in den Zwanzigern bis Mitte der Dreißiger. Anamnestisch wird regelmäßig ein schon in der Kindheit ausgeprägtes Beschäftigen mit jungentypischen Spielen sowie eine Bevorzugung von Jungensspielzeug

und Jungenbekleidung berichtet. Diese Angaben über sog. Tomboy-Verhalten lassen sich fremdanamnestisch validieren. Gelegentlich wird schon für die Kindheit der explizite Wunsch erinnert, ein Junge sein zu wollen.

Die Menarche bewirkt ein im Wortsinne „blutiges Erwachen“: Während der Genitalstatus selbst eher dulddend hingenommen wird (aber auch nicht als Quelle der Lust akzeptiert wird – ein wichtiges Kriterium für die differenzialdiagnostische Abgrenzung zur lesbischen Entwicklung), ist für viele der Patienten die monatliche Regelblutung ein steter Grund zur Klage. Dies ist auch einer der Gründe für die oft geschilderten Dys- und Oligomenorrhöen, die jedoch auch durch ein überdurchschnittlich häufiges Vorhandensein polyzystischer Ovarien mitbedingt sein dürften [11, 12].

Alle Patienten berichten über seit der Thelarche bestehende unüberwindbare Schwierigkeiten bei der Akzeptanz ihres weiblichen Körpers: Zumal die Mammæ werden – unabhängig von ihrer tatsächlichen Größe – als ein Insignum der Weiblichkeit vehement abgelehnt und durch weite Pullover, Jacken, gebeugte Körperhaltung, aber auch durch strangulierende Abschnürungen mittels Bandagen, Gürtel, Binden usw. verborgen. Dies geschieht auch bei sommerlichen Temperaturen, die Patienten meiden beinahe phobisch jegliche Exposition des verhassten weiblichen Körpers, etwa das Betrachten im Spiegel oder beim Duschen, den Besuch öffentlicher Badeanstalten usw.

► **Psychopathologisch** findet sich bei den (in ihrer überwiegenden Mehrzahl sexuell auf – heterosexuelle – Frauen orientierten) biologischen Frauen mit transsexueller Geschlechtsidentitätsstörung je nach Strukturniveau der Persönlichkeit, nach Vorgeschichte, sozialer Kompetenz, Reaktion der Umwelt, Ausmaß der Körperaversion und Gelingen eines partnerschaftlichen Arrangements die ganze Bandbreite von insgesamt unauffälligen Persönlichkeiten (die einzig den konsistent und kontinuierlich vorgetragenen Wunsch haben, körperlich adäquat aussehend und sozial akzeptiert die eigene Identität als Mann leben zu können) über aggressiv-antisoziale Persönlichkeitszüge mit Substanzabusus bis hin zu schwerem selbstbeschädigenden Verhalten („Schnibbeln“) im Rahmen einer Borderline-Pathologie.

Bei den Vorstellungen zur medikamentös-operativen Körperveränderung steht an erster Stelle der Wunsch nach Ablatio mammae und nach Sistieren der Menstruationsblutung, während der Wunsch nach einem Phallus zumeist nicht so vordringlich und den eher noch problematischen operativen Möglichkeiten adäquat ist.

### ► Biologische Männer mit transsexueller GIS

Es können ► **2 Gruppen von biologischen Männern** mit transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörungen unterschieden werden (hierauf weist auch DSM-IV hin):

#### ► Androphile biologische Männer mit transsexueller GIS

Hierbei handelt es sich um biologische Männer, die sich als (heterosexuelle) Frau empfinden und eine Liebes- und Sexualpartnerschaft mit einem (heterosexuellen) Mann anstreben, deren sexuelle Orientierung somit androphil ist. Diese Patienten kommen durchschnittlich Mitte Zwanzig und damit 10–15 Jahre früher zur Erstvorstellung als die Patienten der 2. (gynäphilen) Gruppe. Anamnestisch wird von ihnen angegeben, dass sie bereits in der Kindheit (oft schon im Vorschulalter) eine eindeutige Präferenz für Spiele, Spielzeug, Kleidung und Haartracht des weiblichen Geschlechts zeigten. Dabei wird v. a. das „cross-dressing“ frühzeitig offen und zumeist ohne primäre sexuelle Konnotation betrieben. Diese Berichte werden regelhaft durch Mütter oder andere Verwandte bestätigt. Die effeminierten Verhaltensweisen in der Kindheit sind oft Ursache für Hänseleien und Ausgrenzungen in der Kindergruppe und gelegentlich Grund zur Vorstellung bei Kinderärzten oder Psychologen [10].

Mit dem Erwachen explizit sexueller Interessen in der Pubertät schwärmen diese effeminierten Knaben für andere Jungen oder Männer und phantasieren sich bei der Selbstbefriedigung als von Jungen/Männern begehrte und geliebte Frau. Sie durchlaufen (und durchleiden) nun einen meist schmerzvollen Selbstfindungsprozess, der in vielem dem Coming-out-Prozess homosexueller Jungen ähnelt, insofern aber drama-

Tomboy-Verhalten: Geschlechtsdysphorie

Menarche bewirkt ein im Wortsinne „blutiges Erwachen“

Dys- und Oligomenorrhöen

Schwierigkeiten bei der Akzeptanz ihres weiblichen Körpers.  
Mammæ werden abgelehnt

### ► Psychopathologie

Wunsch nach Ablatio mammae und Sistieren der Menstruationsblutung

### ► Biologische Männer (MFT)

#### ► Zwei Verlaufsformen

#### ► Androphile MFT

Erstvorstellung Mitte 20

Bekleidung als Frau als ganz selbstverständliche Entäußerung des inneren Empfindens

Wunsch nach kohabitationsfähiger Scheide und weiblicher Brust

#### ► Gynäophile MFT

Erstvorstellung: 4. Lebensjahrzehnt

Transvestitisch-fetischistische Komponente

Heterosexuelle Vorgeschichte

Später offener „Ausbruch“ der transsexuellen Problematik

tischer ist, als diese biologischen Jungen mit beginnender transsexueller Geschlechtsidentitätsstörung nicht nur das Gefühl haben, „anders als die anderen“ zu lieben und zu begehren, sondern sich selbst auch als Andere – eben als Mädchen/als Frau – empfinden. Dabei wird die Bekleidung als Frau als ganz selbstverständliche Entäußerung des inneren Empfindens als Frau getragen und spielt bei der Selbstbefriedigung keine oder nur eine untergeordnete Rolle, d. h. eine sexuelle Erregung beim „cross-dressing“ wird im Regelfalle glaubwürdig verneint.

An erster Stelle der Wünsche nach körperlichen Veränderungen steht der nach einer kohabitationsfähigen Scheide. Des Weiteren wird eine weibliche Brust und ggf. die Beseitigung der Gesichtshaare und einer zu männlichen Stimme gewünscht.

Insgesamt erweckt die Entwicklung der Patienten dieser Untergruppe oft den Eindruck, sie hätten tatsächlich nie eine Jungen- oder Männerrolle, sondern schon frühzeitig eine zunächst effeminierte und recht bald eine eindeutig weibliche Sozialrolle eingenommen.

#### ► Gynäophile biologische Männer mit transsexueller GIS

Bei dieser (früher auch als „sekundäre Transsexuelle“ bezeichneten) Gruppe handelt es sich um biologische Männer, die sich als (lesbische) Frau empfinden und eine Liebes- und Sexualpartnerschaft mit einer Frau anstreben, deren sexuelle Orientierung somit gynäphil ist. Zu dieser Gruppe gehören auch jene Patienten, die keine Wünsche nach einer Partnerschaft haben und durch die Phantasie, mit sich selbst als Frau sexuellen Umgang zu haben, affiziert sind, nach außen hin also „asexuell“ wirken, tatsächlich aber „autogynäphil“ orientiert sind [7].

Die Patienten weisen bei ihrer durchschnittlich im 4. Lebensjahrzehnt (aber nicht selten auch deutlich später) erfolgenden Erstvorstellung sehr oft eine „heterosexuelle Vorgeschichte“ mit längerwährenden Partnerschaften (inklusive Eheschließungen und eigenen Kindern) auf.

Die Anamnese ergibt ein zunächst heimliches Bevorzugen einzelner weiblicher Accessoires (z. B. mütterliches Nachthemd, Slip oder Strumpfhosen). Mit der Aufnahme masturbatorischer Aktivitäten in der Pubertät erfährt dieser „Fetisch“ eine explizit sexuelle Besetzung: Die Patienten benutzen die weiblichen Kleidungsstücke bei der Masturbation, posieren darin vor dem Spiegel und phantasieren sich dabei als begehrenswerte Frau. In dieser Phase der Entwicklung steht somit eine transvestitisch-fetischistische Komponente ganz im Vordergrund.

Die Partner der phantasierten Masturbationsszenarien sind Frauen. Entsprechend gestaltet sich auch bei der Mehrheit dieser Patienten das Partnerschaftsverhalten: Die erste sexuelle Begegnung findet mit einer Frau statt. In der Folgezeit – die sich über längere Perioden hinziehen kann, weshalb die Patienten sich eben deutlich später bei einem Behandler vorstellen – entwickeln sie ein sexuell-erotisches Doppelleben zwischen heterosexueller Partnerschaft und heimlicher fetischistisch-transvestitischer Praxis.

Zum oft relativ späten offenen „Ausbruch“ der transsexuellen Problematik und zum Aufsuchen von Behandlern mit dem dezidierten Wunsch nach Geschlechtsumwandlung kommt es zumeist, weil die Patienten diesen Zwiespalt nicht mehr ertragen, sich in Frauenbekleidung zunehmend ruhiger und wohler, in Männerkleidung angespannt und „fremd“ fühlen, weil sie sich den Rollenanforderungen als Mann nicht mehr gewachsen fühlen, oft zusätzlich auch deshalb, weil eine Partnerin ihre heimliche Neigung zum Auftreten als Frau entdeckt hat. Die Fülle der Stressoren führt häufig zum Versuch, sich mit Alkohol zu betäuben, zu nach außen unmotiviert erscheinenden Beziehungsabbrüchen, Arbeitsplatz- und Wohnsitzwechseln, zu einer zunehmenden Dissoziation der Persönlichkeit. Die Patienten werden oft in einer hochproblemativen Verfassung beim Arzt vorstellig und sehen in der mehr oder weniger vehement geforderten Umwandlungsbehandlung die letzte Möglichkeit zur Lösung ihrer insgesamt desolaten Lebenssituation.

Im Unterschied zu den androphilen biologischen Männern mit transsexueller Geschlechtsidentitätsstörung mutet die Entwicklung bei den gynäphilen biologischen Män-

nen mit transsexueller Geschlechtsidentitätsstörung häufig wie die Flucht aus einer ursprünglich eingenommenen (wenn auch mitunter brüchigen) männlichen Rolle und Identität an. Gerade bei diesen Patienten entsteht oft der Eindruck, als sei die transsexuelle Geschlechtsidentitätsstörung eine (durch den Zeitgeist präformierte) Lösungsschablone für weiter reichende, allgemeine Identitätskonflikte. Dies bedeutet jedoch *nicht*, dass bei diesen Patienten die Indikation zur Umwandlungsbehandlung – nach entsprechender Diagnostik – nicht gestellt werden kann. Nur bedürfen besonders hier die gelegentlich vorhandenen Illusionen über eine „Neugeburt“ als Frau notwendig der Relativierung in der psychotherapeutischen Begleitung.

Der primär sexuelle, paraphile Ursprung der Geschlechtsidentitätsstörung (im transvestitischen Fetischismus) bei diesen biologischen Männern drückt sich oft auch in den körperlichen Umwandlungswünschen aus: So wird meist viel Wert auf einen großen Busen gelegt, nicht selten haben sich die Patienten schon (z. B. im Internet) östrogenhaltige Hormonpräparate besorgt, was zu erheblichen kardiovaskulären und hepatischen Komplikation führen kann.

Die Körperbehaarung bietet stets Anlass zur Klage und wird mit teilweise mehrfach täglich durchgeführten Rasuren und schmerzhaften Epilationsbehandlungen beinahe phobisch eradiert. Hinsichtlich des Genitalstatus sind die Patienten hingegen oft ambivalent: Einerseits wird die Aversion dagegen fast demonstrativ vorgetragen („Ich schneid’ mir das stinkende Ding ab!“), andererseits steht dies jedoch im Widerspruch zu der Tatsache, dass der Penis nicht nur bei der Masturbation, sondern mitunter auch bei der heterosexuellen („penetrativen“) Sexualität mit der Partnerin lustvoll eingesetzt wird. Gerade diese Diskrepanz dürfte mit zum Leidensdruck und zum oft vehement vorgetragenen Umwandlungsbegehren beitragen. Nicht selten findet man aber auch, dass sich Patienten mit einer „Mann-mit-Penis-und-Brüsten“-Rolle arrangieren.

Unter allen Patienten mit GIS sind diese Patienten diejenigen mit den meisten psychopathologischen Auffälligkeiten. Es finden sich unter anderem histrionische Persönlichkeitsstörungen, Borderline-Pathologien, mittelschwere depressive Episoden mit Suizidgefahr oder auch Merkmale antisozialer Persönlichkeitsstörungen.

## Diagnostik und Differenzialdiagnostik

Urologen werden mit transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörungen insbesondere dann konfrontiert, wenn sich Patienten bei ihnen vorstellen mit dem Wunsch nach Einleitung und Durchführung einer konträrgeschlechtlichen Hormonbehandlung und/oder der Durchführung einer geschlechtstransformierenden Operation. Gelegentlich kommt es auch zur Beauftragung durch ein Amtsgericht zur Begutachtung nach dem TSG oder durch den MDK zur Feststellung der Leistungspflicht zur Kostenübernahme einer Transformationsoperation.

Dabei verdienen folgende Aspekte unbedingte Beachtung:

### ► Grundsätzliche Aspekte der Diagnostik und Therapie

- „Transsexualismus“ ist heute in der Regel zunächst eine selbstgestellte Diagnose des Patienten. Es gibt kein einzelnes „objektives“ Kriterium – keinen Laborwert und keinen psychometrischen Test – für die Irreversibilität einer Geschlechtsidentitätstransposition im Sinne eines „Transsexualismus“.
- Diese Irreversibilität ist aber eine der Voraussetzungen zur Indikation für eine Transformationsbehandlung. Eine solche Indikation kann nur im Ergebnis eines länger währenden diagnostisch-therapeutischen Prozesses gestellt werden. Dabei kommt dem mindestens einjährigen *Alltagstest* (s. unten) eine entscheidende Bedeutung bei der Sicherung der Diagnose zu.
- Das Anstreben einer „Geschlechtsumwandlung“ kann eine Lösungsschablone für verschiedenartige Probleme der Identität und/oder Geschlechtsidentität sein, weshalb die Heftigkeit des Wunsches nach Geschlechtsumwandlung und die Selbstdiagnose

Flucht aus einer ursprünglich eingenommenen männlichen Rolle

Körperliche Veränderungswünsche variieren

Histrionische oder antisoziale Persönlichkeitsstörungen, Borderline-Pathologien, depressive Episoden mit Suizidgefahr

### ► Grundsätzliche Aspekte

Kein einzelnes „objektives“ Kriterium für „Transsexualismus“

Irreversibilität ist Voraussetzung zur Indikation für eine Transformationsbehandlung. Längerer diagnostisch-therapeutischer Prozess

Wunsch nach Geschlechtsumwandlung und Selbstdiagnose allein sind keine zuverlässigen Indikatoren

Verschleppen der Behandlung kann letale Folgen haben

*Für eine unzureichend indizierte Transformationsoperation, die später vom Patienten beklagt wird, haftet der Operateur!*

► „Standards of care“

► Alltagstest

Sicherung der Diagnose transsexuelle Geschlechtsidentitätsstörung.  
Psychotherapeutische Begleitung  
Voraussetzung für Kostenübernahme

Indikation zur Transformationsbehandlung erfordert psychodiagnostisch-psychotherapeutische und sexualmedizinische Kompetenz

► **Differenzialdiagnostische Abgrenzung**

Ausschluss Intersex-Syndrom

Nichtkonformität mit den gängigen Geschlechtsrollenerwartungen

Passagere Störungen der Geschlechtsidentität in der Adoleszenz

Transvestitismus

Ablehnung einer homosexuellen Orientierung

Psychotische Verknennung.  
Schwere Persönlichkeitsstörungen mit Auswirkungen auf Geschlechtsidentität

*allein* nicht als zuverlässige Indikatoren für das Vorliegen einer Transsexualität gewertet werden können.

— Ein Verschleppen der Behandlung, ein Vertrösten des Patienten ohne tatsächliche Hilfsangebote zum Ausloten seines tiefgreifenden Lebenskonfliktes *mit ihm gemeinsam* kann letztlich letale Folgen für Patienten haben, da viele in der „Umwandlung“ die letzte lebbar Möglichkeit sehen.

— Andererseits kann aber auch ein vorschnelles Einleiten weitgehend irreversibler körperverändernder Maßnahmen ohne ausreichende diagnostisch-therapeutische Abklärung deletäre Konsequenzen haben: *Für eine unzureichend indizierte Transformationsoperation, die später vom Patienten beklagt wird, haftet der Operateur!*

Mittlerweile liegen leitlinienähnliche ► „standards of care“ sowohl im internationalen Maßstab als auch für die spezifischen rechtlichen Verhältnisse in Deutschland [3] vor. Der Praktiker ist gut beraten, sich bei seinem Vorgehen in Diagnostik, Therapie und Begutachtung an diesen Standards zu orientieren; nicht nur, um seinen Patienten eine wissenschaftlich fundierte Behandlung anbieten zu können, sondern auch, um etwaigen arztrechtlichen Forderungen [16] besser begegnen zu können.

In den Standards wird ausführlich begründet, dass eine zuverlässige Beurteilung nur im Rahmen eines längerfristigen diagnostisch-therapeutischen Prozesses möglich ist, dessen wesentlicher Bestandteil der sog. ► **Alltagstest** ist: Vor Einleitung körperverändernder Maßnahmen (also auch der Hormonbehandlung!) sollte der Patient *mindestens ein Jahr lang* durchgehend in allen sozialen Bereichen in der Rolle des gewünschten Geschlechts leben und auftreten, um so für sich zu prüfen, ob diese Rolle für ihn überhaupt stimmig und zutreffend ist. Die klinische Erfahrung zeigt, dass nicht wenige Patienten in diesem Stadium von ihrem Wunsch Abstand nehmen.

In Verbindung mit dem Alltagstest trägt die psychotherapeutische Begleitung wesentlich zur Sicherung der Diagnose transsexuelle Geschlechtsidentitätsstörung bei. Deshalb ist ein psychotherapeutisches Ausloten der alternativen Möglichkeiten auch gem. Rechtsprechung des Bundessozialgerichts [22] die Voraussetzung für die Kostenübernahme zur Umwandlungsbehandlung durch die Krankenkassen.

Die Feststellung einer irreversiblen, nur durch medikamentöse und operative Transformationsbehandlung adäquat linderbaren transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörung erfordert neben den notwendigen organmedizinischen (internistischen, neurologischen und urologisch-andrologischen bzw. gynäkologischen) Untersuchungen (nicht zuletzt zum Ausschluss eines Intersex-Syndroms) v. a. psychodiagnostisch-psychotherapeutische und sexualmedizinische Kompetenz [26, 4]. Nur so ist auch die ► **differenzialdiagnostische Abgrenzung** möglich.

### Wichtige Differenzialdiagnosen transsexueller Geschlechtsidentitätsstörungen

— Unbehagen, Schwierigkeiten oder Nichtkonformität mit den gängigen Geschlechtsrollenerwartungen, ohne dass es dabei zu einer überdauernden und tiefen Störung der geschlechtlichen Identität gekommen ist;

— partielle oder passagere Störungen der Geschlechtsidentität, etwa in Adoleszenz-krisen (die Diagnose „Transsexualismus“ kann frühestens nach Abschluss der Adoleszenz, also nicht vor dem 18. Lebensjahr gestellt werden!);

— Transvestitismus und fetischistischer Transvestitismus (ICD-10: F65.1; DSM-IV: 302.3), bei denen es in krisenhaften Verfassungen zu einem Geschlechtsumwandlungswunsch kommen kann,

— Schwierigkeiten mit der geschlechtlichen Identität, die aus der Ablehnung einer homosexuellen Orientierung resultieren (sog. Coming-out-Problematik),

— psychotische Verknennung der geschlechtlichen Identität,

— schwere Persönlichkeitsstörungen mit Auswirkung auf die Geschlechtsidentität.

## Indikationsstellung zu geschlechtstransformierenden Maßnahmen

Angesichts der weitestgehend irreversiblen Konsequenzen einer medikamentösen und zumal einer operativen Umwandlungsbehandlung ist die Forderung nach einer gesicherten Indikationsstellung wohl eine Selbstverständlichkeit. Diese sollte insbesondere erwägen, ob das Leiden des Patienten durch diese Maßnahmen dauerhaft gelindert wird. Seit Beginn der „sex reassignment surgery“, d. h. der systematischen Entwicklung von Geschlechtsumwandlungsprogrammen für Patienten mit transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörungen, werden nicht nur die operativen Techniken stetig weiterentwickelt [23, 24, 25], sondern der postoperativen Verlaufs- und Adaptationsforschung große Beachtung geschenkt.

Groß angelegte ► **Nachuntersuchungen** (s. Überblick in [21]) konnten zeigen, dass die überwiegende Mehrzahl der Patienten von einer hormonellen und operativen Transformationsbehandlung profitiert. Dies hing aber nicht nur vom technischen Operationsergebnis, sondern v. a. davon ab, ob Diagnostik und Indikationsstellung in der Hand sexualmedizinisch-psychopathologisch versierter Experten lag, die vor Einleitung irreversibler körperverändernder Maßnahmen einen mindestens einjährigen Alltagstest psychotherapeutisch begleiteten.

In jüngster Zeit gibt es jedoch einige Hinweise für die Zunahme von ► **Rückumwandlungsbegehren** (z. B. [13, 14, 16]) und es stellen sich zunehmend Patienten vor, bei denen schon die erste diagnostische Exploration Hinweise auf übergreifende Identitätsstörungen, u. U. auch auf transvestitisch-fetischistische Neigungen, auf unrealistische Erwartungen hinsichtlich eines „völlig neuen Lebens“, jedoch nicht auf eine gelebte und innerlich fixierte Geschlechtsrollentransposition gibt. In Anbetracht derartiger Verläufe besorgt die zwar wohlmeinende, aber keinesfalls unproblematische Einstellung einiger Behandler, die annehmen, dass das möglichst schnelle Bedienen der vehement vorgetragenen Patientenwünsche die einzig richtige Vorgehensweise wäre, „da man da sowieso nichts anderes machen kann.“ Dies widerspricht eklatant den Erfahrungen internationaler Gender-Zentren [19].

Entsprechend den von mehreren sexualmedizinisch-sexualwissenschaftlichen Fachgesellschaften entwickelten Standards [3] müssen vor der Einleitung organmedizinischer Maßnahmen im Zuge des diagnostisch-therapeutischen Prozesses unter Einbeziehung der Erfahrungen des Alltagstestes folgende 3 Mindestkriterien erreicht sein:

### ► **Mindestkriterien vor Einleitung hormoneller bzw. operativer Transformationsmaßnahmen**

- Innere Stimmigkeit und Konstanz des Identitätsgeschlechts und seiner individuellen Ausgestaltung
- Lebbarkeit der gewünschten Geschlechtsrolle
- Realistische Einschätzung der Möglichkeiten und Grenzen somatischer Behandlungen
- *Gutachten zur Vornamensänderung nach dem TSG nehmen hierzu in der Regel nicht Stellung und sind deshalb als Indikation zur Hormonbehandlung oder zur Operation ungeeignet!*

Die vorliegenden Standards sehen ein gestuftes Vorgehen vor, in dessen Rahmen im Interesse der Patienten bestimmte Zeitabläufe zur Sicherung der Diagnose eingehalten werden sollten:

### Mehrstufiges Vorgehen zur Sicherung der Diagnose und Indikationsstellung für Transformationsbehandlung

Vorliegenden klinischen Erfahrungen, empirischen Untersuchungen und erarbeiteten Standards gemäß kann die ► **Indikation zum Beginn der konträrgeschlechtlichen Hormonapplikation**

Forderung nach einer gesicherten Indikationsstellung.

Dauerhafte Linderung des Leidens

#### ► **Nachuntersuchungen**

#### ► **Rückumwandlungsbegehren**

Unrealistische Erwartungen hinsichtlich eines „völlig neuen Lebens“

#### ► **Mindestkriterien**

Konstanz des Identitätsgeschlechts

Lebbarkeit der gewünschten Geschlechtsrolle.

Realistische Einschätzung.

*Gutachten zur Vornamensänderung nach dem TSG nehmen hierzu in der Regel nicht Stellung und sind deshalb als Indikation zur Hormonbehandlung oder zur Operation ungeeignet!*

#### ► **Indikation zur konträrgeschlechtlichen Hormonapplikation**

Nach einjährigem psychotherapeutisch begleitetem Alltagstest

► **Indikation zur chirurgischen Umwandlungsbehandlung**

Nach zusätzlicher halbjähriger Phase nach Beginn der Hormonbehandlung

Erarbeitung einer für jeden Einzelfall optimalen, leitlinienorientierten Vorgehensweise

Interdisziplinäre Zentren

- frühestens nach einem einjährigen Alltagstest, der durch einen Psychotherapeuten begleitet wurde, welcher Diagnostik und Differenzialdiagnostik entsprechend durchgeführt oder veranlasst hat und das Vorliegen der o.g. 3 Kriterien festgestellt hat,

die ► **Indikation zum Beginn der chirurgischen Umwandlungsbehandlung**

- frühestens nach einer halbjährigen Phase der – richtig indizierten! – konträr-geschlechtlichen Hormonapplikation gestellt werden.

## Zusammenfassung und Ausblick

Transsexualismus ist eine zwar insgesamt seltene, jedoch für die Betroffenen außerordentlich leidvolle Form der Geschlechtsidentitätsstörung. Diagnostik und Therapie erfordern empathisches Verständnis für individuelle Lebensschicksale und die Erarbeitung einer für jeden Einzelfall optimalen, leitlinienorientierten Vorgehensweise jenseits der antiquierten Dichotomie von „körperlichen“ vs. „psychotherapeutischen“ Maßnahmen. In Anbetracht der geringen Prävalenz und der Notwendigkeit einer hochspezialisierten Betreuung [6] erscheint die Etablierung von interdisziplinären Zentren, in denen zumal der Kooperation von Sexualmedizin, Psychotherapie und Urologie/Andrologie ein hoher Stellenwert zukommt, wünschenswert.

## Korrespondierender Autor

**Prof. Dr. med. H. A. G. Bosinski**

Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle,  
Univ.-Klinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Arnold-Heller-Straße 12, 24105 Kiel  
E-Mail: hagbosi@sexmed.uni-kiel.de

## Literatur

1. Akademie für Sexualmedizin (2001) Stellungnahme der Expertenkommission beim Vorstand der Akademie für Sexualmedizin zur Anfrage des Bundesministerium des Innern zum Transsexuellengesetz. *Sexuologie* 8: 211–223
2. American Psychiatric Association (APA)(1996) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM-IV. (Deutsche Bearbeitung und Einführung von Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M) Hogrefe, Göttingen
3. Becker S, Bosinski HAG, Clement U et al. (1997) Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft. *Sexuologie* 4: 130–138
4. Beier KM (1999) Sexualmedizin: Berufsbegleitende Fortbildung mit Zertifikat. *Dtsch Ärztebl* 96: A-2075–2077
5. Beier KM, Bosinski HAG, Hartmann U, Loewit K (2001) Sexualmedizin – Grundlagen und Praxis. Urban & Fischer, München
6. Beier KM, Hartmann U, Bosinski HAG (2000) Bedarfsanalyse zur sexualmedizinischen Versorgung. *Sexuologie* 7: 95
7. Blanchard R (1989) The concept of autogynephilia and the topology of male gender dysphoria. *J Nerv Mental Dis* 177: 616–623
8. Bosinski HAG (2000) Frau-zu-Mann-Transsexualismus: Ein biopsychosozialer Erklärungsansatz. *Humanontogenetik* 2: 69–86
9. Bosinski HAG, Sohn M, Löffler D, Wille R, Jakse G (1994) Aspekte der Begutachtung und Operation Transsexueller. *Deutsches Ärzteblatt* 91:726-732
10. Bosinski HAG, Arndt R, Sippell WG, Wille R (1996) Geschlechtsidentitätsstörungen bei Kindern und Jugendlichen: Nosologie und Epidemiologie. *Monatsschr Kinderheilkd* 144: 1235–1241
11. Bosinski HAG, Peter M, Bonatz G et al. (1997a) A higher rate of hyperandrogenic disorders in female-to-male transsexuals. *Psychoneuroendocrinology* 22: 361–380
12. Bosinski HAG, Schröder I, Peter M et al. (1997b) Anthropometrical measurements and androgen levels in males, females, and hormonally untreated female-to-male transsexuals. *Arch Sex Behav* 26: 143–157
13. Diederichs P (1999) Transsexualität: Über einen Fall von Rückumwandlung. *Sexuologie* 6: 99–105
14. Essers M, Diederichs P (1996) Katamnestiche Untersuchung operierter und nichtoperierter Transsexueller. In: Kentenich H, Rauchfuß M, Bitzer J (Hrsg) *Mythos Geburt und weitere Beiträge der Jahrestagung Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe 1995*. Berlin: Edition psychosozial
15. Garrels L, Kockott G, Michael N et al. (2000) Sex ratio of transsexuals in Germany: the development over three decades. *Acta Psychiatr Scand*: 445–448
16. Kockott G (1996) Die klinische Koordination der Behandlung und Begutachtung. In: Clement U, Senf W (Hrsg) *Transsexualität. Behandlung und Begutachtung*. Schattauer, Stuttgart, S 8–17
17. Langer D (1995) Psychiatrische Gedanken zur Vervollständigung des Prozesses der Geschlechtsumwandlung und zur Rolle der Begutachtung. *Sexuologie* 2: 263–275
18. Osburg S, Weitze C (1993) Betrachtungen über zehn Jahre Transsexuellengesetz. *Recht & Psychiatrie* 11: 2–26

19. Petersen ME, Dickey R (1995) Surgical sex reassignment: A comparative survey of international centers. *Arch Sex Behav* 24: 135–156
20. Pfäfflin F (1993) Zu den somatischen Voraussetzungen für Personenstandsänderungen bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen. *Recht & Psychiatrie* 11: 108–119
21. Pfäfflin F, Junge A (1992) Nachuntersuchungen nach Geschlechtsumwandlung. Eine kommentierte Literaturübersicht 1961–1991. In: Pfäfflin F, Junge A (Hrsg) *Geschlechtsumwandlung. Abhandlungen zur Transsexualität*. Schattauer, Stuttgart, S 149–457
22. Reese J, Wille R (1988) Sozialrechtliche Aspekte des Transsexualismus. *Mitteilungen der Gesellschaft für Praktische Sexualmedizin* 9: 7–8
23. Sohn M, Bosinski HAG, Gonzoulis-Mayfrank E et al. (1996) Interdisziplinäre Konzepte zur operativen Geschlechtstransformation bei Transsexuellen. *Urologe A* 35: 26–34
24. Sohn M, Sikora R (2002) Male-to-female reassignment in transsexuals: The Frankfurt experience. Paper presented at the 5th Congress of the European Society for Sexual and Impotence Research, Hamburg, 12/2002. *Abstr. publ. i. Int J Impotence Res* 14: 69
25. Sohn M, Sikora R, Peek A, Exner K (2002) Neopenis formation from microsurgical radial forearm flaps: The Frankfurt experience. Paper presented at the 5th Congress of the European Society for Sexual and Impotence Research, Hamburg, 12/2002. *Abstr. publ. i. Int J Impotence Res* 14: 19
26. Vogt H-J, Loewit K, Wille R, Beier KM, Bosinski HAG (1995) Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ – Bedarfsanalyse und Vorschläge für einen Gegenstandskatalog. *Sexuologie* 2: 65–89
27. World Health Organization (WHO) (1993) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien. (Im Deutschen hrsg. von Dilling H, Mombour W, Schmidt MH) Hans Huber, Bern

## Fragen zur Zertifizierung (nur eine Antwort ist möglich)

### 1. Die Vornamensänderung nach § 1 des Transsexuellengesetzes (TSG)

- a) ist ausreichend für die Durchführung einer Geschlechtstransformationsbehandlung.
- b) erfordert lediglich den Antrag des Patienten.
- c) erfordert den Antrag des Patienten und ein befürwortendes Gutachten.
- d) kann nur nach einer operativen Geschlechtstransformationsbehandlung erfolgen.
- e) erfordert die Feststellung einer seit mindestens 3 Jahren fixierten, irreversiblen Transposition der Geschlechtsidentität durch 2 unabhängige Sachverständige.

### 2. Die Diagnose Transsexualismus

- I. kann jeder Arzt nach einigen Gesprächen stellen.
  - II. kann sich lediglich auf die Angaben des Patienten stützen.
  - III. kann nur in einem diagnostisch-therapeutischen Prozess gestellt werden.
  - IV. kann vor Abschluss der psychosexuellen Entwicklung nicht gestellt werden.
  - V. kann ohne Alltagstest nicht gesichert werden.
- a) Alle Antworten sind richtig.
  - b) Antworten II, III, IV und V sind richtig.
  - c) Antworten III, IV und V sind richtig.
  - d) Antworten III und V sind richtig.
  - e) Keine Antwort ist richtig.

### 3. Vor Einleitung konträrgeschlechtlicher Hormonbehandlung zur Geschlechtstransformation müssen folgende Kriterien gegeben sein:

- I. Der Patient muss den Arzt in einem Gespräch von seinem Wunsch überzeugt haben.
  - II. Ein Psychotherapeut muss die innere Stimmigkeit und Konstanz des Identitätsgeschlechts und seine individuelle Ausgestaltung bei dem Patienten festgestellt haben.
  - III. Der Patient muss die Lebbarkeit der gewünschten Geschlechtsrolle in einem mindestens einjährigen Alltagstest erprobt haben.
  - IV. Der Patient muss die Möglichkeiten und Grenzen der somatischen Behandlung realistisch einschätzen.
  - V. Der Patient muss eine Vornamensänderung nach dem TSG vorgenommen haben.
- a) Alle Antworten sind richtig.
  - b) Antworten I, II und V sind richtig.
  - c) Antworten II, III, IV und V sind richtig.
  - d) Antworten I, IV und V sind richtig.
  - e) Antworten II, III und IV sind richtig.

### 4. Der Alltagstest bedeutet,

- a) dass der Patient täglich einmal die Kleidung des anderen Geschlechts tragen sollte.
- b) dass der Patient kontinuierlich und in allen sozialen Bereichen im gewünschten Geschlecht lebt, um die notwendigen Erfahrungen zu machen.
- c) dass der Patient umfassend in alltäglichen Situationen testpsychologisch getestet wird.
- d) dass der Patient alltäglich einer Arbeit nachgeht.
- e) dass der Patient auf seine Alltagstauglichkeit getestet wird.

### 5. Die psychotherapeutische Behandlung bzw. Begleitung bei transsexueller Geschlechtsidentitätsstörung

- I. ist unnötig, da die Patienten von ihrem Wunsch nach Geschlechtsumwandlung überzeugt sind.
  - II. ist unnötig, da nur durch Hormonbehandlung und Operation das Leiden der Patienten gelindert werden kann.
  - III. ist nötig zur Sicherung der Diagnose einer irreversiblen Transposition der Geschlechtsidentität.
  - IV. ist nötig zur Kostenübernahme für die Transformationsbehandlung durch die Krankenkasse.
  - V. ist nötig, um den Patienten von seinem Wunsch nach Geschlechtsumwandlung abzubringen.
- a) Antwort I und II sind richtig.
  - b) Antwort III, IV und V sind richtig.
  - c) Antwort III und V sind richtig.
  - d) Antwort III und IV sind richtig.
  - e) Keine Antwort ist richtig.



#### Wichtige Hinweise:

Geben Sie die Antworten bitte über das CME-Portal ein: <http://cme.springer.de>

Online-Einsendeschluss ist am 15.07.2003.

Die Lösungen zu dieser Fortbildungseinheit erfahren Sie in der übernächsten Ausgabe an dieser Stelle.

Beachten Sie bitte, dass per Fax oder Brief eingesandte Antworten nicht berücksichtigt werden können.

Die Lösungen der Zertifizierten Fortbildung aus Ausgabe 03/2003 lauten:

**1a; 2b; 3c; 4e; 5e; 6c; 7b; 8b; 9a; 10b**

**6. Hinsichtlich körperverändernder Geschlechtstransformationsbehandlungen gilt**

- I. Es muss vor deren Beginn eine gynäkologische bzw. andrologische Diagnostik zum Ausschluss eines Intersex-Syndroms durchgeführt werden.
  - II. Der Patient muss vor Beginn der konträr-geschlechtlichen Hormonbehandlung mindestens ein Jahr psychotherapeutisch begleitet in der Rolle des gewünschten Geschlechts gelebt haben.
  - III. Der Patient muss vor Beginn der operativen Transformationsbehandlung mindestens anderthalb Jahre psychotherapeutisch begleitet in der Rolle des gewünschten Geschlechts gelebt haben.
  - IV. Es muss eine Vornamensänderung nach § 1 des Transsexuellengesetzes durchgeführt worden sein.
  - V. Es muss eine Personenstandsänderung nach § 8 des Transsexuellengesetzes durchgeführt worden sein.
- a) Alle Antworten sind richtig.
  - b) Antworten I, II und III sind richtig.
  - c) Antworten II, III und IV sind richtig.
  - d) Antworten II und III sind richtig.
  - e) Antworten I, II, III und IV sind richtig.

**7. Für die Personenstandsänderung nach § 8 des Transsexuellengesetzes müssen folgende Voraussetzungen gegeben sein**

- I. Der Patient muss dauerhaft fortpflanzungsunfähig sein.
  - II. Der Patient darf nicht verheiratet sein.
  - III. Der Patient darf keine leiblichen Kinder haben.
  - IV. Es müssen 2 unabhängige Gutachten vorliegen, die das Vorliegen einer seit mindestens 3 Jahren bestehenden und irreversibel fixierten Transsexualität feststellen.
  - V. Der Patient muss sich einer hormonellen und operativen Geschlechtstransformationsbehandlung unterzogen haben.
- a) Alle Antworten sind richtig.
  - b) Antworten III und V sind richtig.
  - c) Antworten I, III, IV und V sind richtig.
  - d) Antworten I, III und V sind richtig.
  - e) Antworten I, II, IV und V sind richtig.

**8. Bei der Diagnostik einer transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörung sind folgende Differenzialdiagnosen zu beachten**

- I. Ich-dystone homosexuelle Orientierung
  - II. Alkoholabhängigkeit
  - III. Transvestitischer Fetischismus
  - IV. Schwachsinn
  - V. Depression
- a) Alle Antworten sind richtig.
  - b) Antworten II, IV und V sind richtig.
  - c) Antworten I und III sind richtig.
  - d) Antworten I, III, IV und V sind richtig.
  - e) Antworten II, IV und V sind richtig.

**Hier steht eine Anzeige**  
**This is an advertisement**



**Springer**

54 x 240 mm)