



TRANSIDENTITÄT

Eine Zusammenfassung

Jaron Tessmer

Püsselbürener Damm 447

49479 Ibbenbüren

Tel: 0152 – 34 15 72 32

E-Mail: kontakt@jaron-tessmer.info

URL: www.jaron-tessmer.info

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-------------|
| 1. Erläuterung der Begriffe und Definitionen | 2-3 |
| a. Genderdysphorie | 2 |
| b. Transsexualität | 2 |
| c. Transidentität | 2 |
| d. Trans* | 2 |
| e. Intersexualität | 2 |
| f. Wer ist wer? | 3 |
| 2. Ursachenforschung | 3 |
| a. Vermutungen der Wissenschaft | 3 |
| 3. Weg der Geschlechtsangleichung | 3-6 |
| a. Der Leidensdruck | 3 |
| b. Die Begleittherapie | 4 |
| c. Die gegengeschlechtliche Hormonbehandlung | 4 |
| d. Die operativen Maßnahmen | 4-6 |
| 4. Gesetzgebung | 6-8 |
| a. Das Transsexuellengesetz (TSG) in Deutschland | 6-7 |
| b. Europäische Regelungen | 7 |
| c. Regelungen nach den Standards of Care | 8 |
| i. internationale Version | 8 |
| ii. deutsche Version | 8 |
| 5. Statistiken und ihre Zahlen | 8-9 |
| a. Zahlen der durchgeführten Vornamens- und Personenstandänderungen in Deutschland | 8 |
| b. Zahlen der verschiedenen Statistiken | 9 |
| 6. Gesellschaftspolitische Diskussionen | 9-11 |
| a. Ethische Grundsatzdiskussionen | 9-10 |
| b. Entpathologisierung | 10 |
| c. Notwendigkeit der Gutachten nach dem TSG | 10 |
| d. Notwendigkeit der Therapiepflicht | 10-11 |

1) Erläuterung der Begriffe und Definitionen

a) Genderdysphorie

- Gender = Geschlecht (sozial)
- Dysphorie = Störung des emotionalen Erlebens **ohne Krankheitswert**
ängstlich-bedrückende, traurige mit Gereiztheit einhergehende Stimmungslage
- Genderdysphorie = Unbehagen mit dem eigenen körperlich angeborenen Geschlecht
- **altersunabhängig**

b) Transsexualität

- medizinisch korrekte Bezeichnung
- betroffene Menschen fühlen sich dem Gegenteil als dem angeborenen Geschlecht zugehörig
- hoher Leidensdruck
- Wunsch nach körperlicher Veränderung
- **medizinisch erst ab der Pubertät**, vorher Genderdysphorie
- **mit Krankheitswert**

c) Transidentität

- wird von den betroffenen Menschen bevorzugt
- beschreibt deutlicher worum es geht, nämlich um Identität
- wird mittlerweile auch von den Medizinern benutzt

d) Trans*

- Zusammenfassung für alle transidenten Menschen
- „ideologische“ Transgender:
 - wollen sich aus ideologischen Gründen nicht in soziale Rollen anpassen
 - fordern teilweise eine geschlechtsneutrale Ansprache
 - würden keine medizinischen Veränderungen vornehmen
 - propagieren häufig eine Feminisierung der deutschen Sprache

e) Intersexualität

- Mensch, der mit uneindeutigen Geschlechtsmerkmalen geboren wurde
- früher als „Zwitter“ oder „Hermaphrodit“ bezeichnet
- verschiedene Variationen und Ausprägungen möglich
- früher häufig bereits im Babyalter „zu Mädchen operiert“
- heute offenlassen des Geschlechtseintrags bei der Geburtsurkunde möglich

f. Wer ist wer?

- TF = Transfrau
angeborenes Geschlecht männlich
wird auch als MzF (Mann zu Frau) beschrieben
- TM = Transmann
angeborenes Geschlecht weiblich
wird auch als FzM (Frau zu Mann) beschrieben

2) Ursachenforschung

a) Vermutungen der Wissenschaft

- entsteht während der Schwangerschaft
 - vermutlich verursacht durch gegensätzliche hormonelle Einflüsse, die genetisch bedingt sind
 - 1. Drittel der Schwangerschaft = Entwicklung der körperlichen Geschlechtsmerkmale
 - 3. Drittel der Schwangerschaft = Identitätsentwicklung im Gehirn
- Es ist durch Erziehung **nicht** beeinflussbar!
- Es ist **nicht** therapierbar!
- Es ist **keine** Krankheit!
- Es entwickeln sich Krankheiten durch Nichtbehandlung!

3) Weg der Geschlechtsangleichung

a) **Der Leidensdruck**

Transidente Menschen leiden häufig schon in ihrer frühesten Kindheit unter der unveränderlichen und nicht therapierbaren innerlichen Gewissheit, dass ihr Körper nicht ihrem empfundenen Geschlecht entspricht.

Die Pubertät wird oft als traumatischer Prozess erlebt, da sich der Körper in eine als falsch empfundene Richtung entwickelt.

Durchschnittlich bemerken transidente Menschen im Alter von 7 Jahren, dass sie im „falschen“ Körper sind.

Von Transmännern leben über 90% ihre Identität aus, von Transfrauen nur knapp über 50%.

Übergewicht, Magersucht, Selbstverletzungen und Drogenmissbrauch kommen bei transidenten Jugendlichen überdurchschnittlich häufig vor.

Transidente Jugendliche leiden 3-4x so häufig unter behandlungsbedürftigen Depressionen.

Über 50% der transidenten Menschen haben schon mal an Suizid gedacht.

b) Die Begleittherapie

Obwohl Transidentität nicht therapierbar ist, schreiben die gesetzlichen Regelungen eine Therapie bei eine*m auf Transsexualität spezialisierte*m Psychiater*in oder Therapeut*in vor. Zweck der Therapie ist zum einen die Sicherung der Diagnose und zum anderen die Begleitung während des Angleichungsprozesses. Hier kommen auf die betroffene Person viele Entscheidungen zu, die weitreichende und auch unumkehrbare Folgen haben. Laut derzeit geltenden Richtlinien muss der/die Therapeut*in auch die Indikationen (fachliche Zustimmung) erteilen, wann mit der Hormonbehandlung begonnen werden darf und wann die Operationen erfolgen dürfen.

c) Die gegengeschlechtliche Hormonbehandlung

Die gegengeschlechtliche Hormonbehandlung erfolgt in der Regel bei Transfrauen durch die tägliche Einnahme von Östrogen in Form von Tabletten und bei Transmännern entweder durch das tägliche Auftragen von Testosterongel auf die Haut oder durch regelmäßiges Spritzen von Testosteron alle 3 Monate. Bei Transfrauen werden zusätzlich bis zu den Operationen Testosteronblocker eingesetzt, da ansonsten die Gabe von Östrogenen wirkungslos bleibt. Bei Transmännern erfolgt in der Regel keine Blockierung der Östrogene. Die Hormonbehandlung ist lebenslang notwendig, da spätestens nach den erfolgten Operationen der Körper nicht mehr in der Lage ist, selbst Hormone zu bilden.

Durch die Hormontherapie setzt unabhängig vom Alter eine gegengeschlechtliche Pubertät ein - mit allen Auswirkungen, die eine Pubertät mit sich bringt. Die dadurch erfolgenden körperlichen Veränderungen – vor allem der männliche Stimmbruch bei Transmännern – ist irreversibel (nicht rückgängig zu machen)!!! Zu den gewünschten Wirkungen dieser Behandlung kommt es oft zu unerwünschten Nebenwirkungen, wie z.B. Akne oder Gewichtszunahme. Da es bei Überdosierungen zu schweren gesundheitlichen Schäden kommen kann und bei Unterdosierung nicht zu den gewünschten Veränderungen und zu zusätzlicher psychischer Instabilität kommt, ist die Behandlungen durch einen Urologen oder Endokrinologen, der sich mit Transidentität auskennt unbedingt notwendig.

d) Die operativen Maßnahmen

Die geschlechtsangleichenden Operationen (auch GA-OPs genannt) sind bei transidenten Menschen unterschiedlich oft erwünscht. Während vor allem ältere Transfrauen oftmals auf die OPs vollständig verzichten, ist bei den Transmännern der Wunsch nach den OPs deutlich ausgeprägter. Während Transfrauen in der Regel „nur“ 2 Operationen benötigen, sind bei Transmännern als Minimum 5 Operationen notwendig, um eine vollständige Angleichung zu erreichen. Aufgrund der deutlich komplizierteren und risikoreicheren Abläufe sind bei Transmännern aber 10-15 Operationen keine Seltenheit.

Operationen bei Transfrauen:

1. Konstruktion einer Neovagina und Entfernung der Hoden:
Der Penis wird nach innen gelegt und bildet so eine Neovagina. Die Haut der Eichel wird zu einer Klitoris „geformt“ und sorgt so für die Empfindungsfähigkeit. Die Hoden werden entfernt.
2. Korrektur-OP
In einer zweiten Operation werden „Schönheitskorrekturen“ durchgeführt, um das äußere Erscheinungsbild optisch anzupassen.

Operationen bei Transmännern:

Bei Transmännern gibt es mehrere Schritte, die für eine vollständige Angleichung erfolgen. Diese werden (je nach Operateur) in 5-6 Operationen zusammengefasst.

1. Entfernung der Brust
Die Entfernung der Brust ist auch bei Transmännern notwendig, die zu Beginn pubertätshemmende Mittel verabreicht bekommen haben, da die Bildung des Brustdrüsengewebes nicht verhindert wird.
2. Entfernung von Gebärmutter und Eierstöcken
3. Verschluss der Vagina
Hier wird die Scheidenschleimhaut entfernt und die Vagina zusammengeätzt.
4. Konstruktion eines Klitorispenoids
In dieser Operation wird mit Hilfe der inneren Schamlippen eine erste Harnröhrenverlängerung vorgenommen. Dadurch entsteht optisch eine Art „Minipenis“ und ermöglicht (teilweise) auch das Pinkeln im Stehen.
5. Konstruktion eines Penoids aus einem Hautlappen
In der Regel wird heutzutage ein Penoid aus dem Hautlappen des Unterarms konstruiert. Dazu werden dem Unterarm sowohl Haut wie auch Blutgefäß und Nerv entnommen und zu einem „Schlauch“ gerollt. Dieser wird dann in den Genitalbereich transplantiert und mit Nerven der Klitoris und Leiste verbunden. Der untere Bereich wird zunächst zum Urinieren offengelassen, damit das Transplantat keimfrei abheilen kann. Die offene Stelle des Unterarms wird mit Haut aus dem Bauch abgedeckt.
6. Anschluss der Harnröhre
Der Penoid wird vollständig mit der Harnröhre des ehemaligen Klitorispenoids verbunden und geschlossen. Erst ab diesem Schritt ist das „normale männliche Urinieren“ möglich.
7. Konstruktion der Skrotumplastik
Aus den äußeren Schamlippen wird ein Hodensack gebildet.
8. Konstruktion der Glansplastik
Durch eine weitere „kleine“ Transplantation von Bauchhaut und einer speziellen Schnitttechnik wird eine Eichel gebildet.
9. Einsetzen der Penis- und Hodenprothese
Da der Penoid nicht wie ein normaler Penis durch Blutstauung erigiert, benötigen Transmänner eine sogenannte Penis- oder Erektionsprothese. Diese wird an den entsprechenden Stellen im Körper (Hodensack, Bauchraum und Penoid) eingesetzt. Zudem erfolgt das Einsetzen eines Silikonhodens in den

anderen Teil des Hodensacks, um das optische Bild anzugleichen.

Fasst man nun die einzelnen Schritte zusammen, ergeben sich

5 Operationen:

1. OP: Schritte 1+2
2. OP: Schritte 3+4
3. OP: Schritt 5
4. OP: Schritte 6+7+8
5. OP: Schritt 9

Es gibt auch die Möglichkeit (allerdings in erster Linie nur für Privatpatienten) der sogenannten All-In-One-OP. Bei dieser Operationsmethode wird die vollständige Angleichung in einer Operation durchgeführt, wobei in Bezug auf den Penoidaufbau auf einen Klitorispenoid verzichtet und die Harnröhre direkt angeschlossen wird. Auf eine Konstruktion von Eichel und Hodensack wird ebenfalls verzichtet.

Die Ärzte für die Durchführung dieser genitalen Operationen sind rar. Für Transfrauen gibt es verhältnismäßig viele, die auch gute und empfehlenswerte Ergebnisse erreichen, für Transmänner sind es in ganz Deutschland nicht mal eine Hand voll. Das bedeutet lange Anfahrtswege und lange Wartezeiten auf Termine bis zu 2 Jahren!

4) Gesetzgebung

a) Das Transsexuellengesetz (TSG) in Deutschland

In Deutschland regelt das Transsexuellengesetz (TSG) seit 1981 die Änderung von Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit (Personenstand) in besonderen Fällen.

Früher galt die Regelung, dass man für eine Personenstandänderung sowohl ledig, wie auch unfruchtbar sein musste. Erst nach Urteilen des Bundesverfassungsgerichts wurden diese Regelungen 2005 und 2011 aufgehoben und ersatzlos gestrichen. Das aktuelle Gesetz ist „nur“ eine Übergangsregelung! Laut Pressemitteilungen strebt die Bundesregierung eine Reform des TSG erst an, wenn ab 2022 die Änderung der WHO, Transsexualität nicht mehr als psychische Krankheit zu definieren, in Kraft tritt.

Seit dem gilt sowohl für die Vornamens- wie auch die Personenstandänderung folgende Regelung:

1. dass man sich dem anderen als dem angeborenen Geschlecht zugehörig fühlt und seit mindestens 3 Jahren unter dem Zwang lebt, diesen Vorstellungen entsprechend zu leben
2. dass sich dieses Zugehörigkeitsempfinden mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr ändert.

Das vollständige TSG enthält noch weitere Punkte für Regelungen in Bezug auf ausländische Antragsteller, Eltern-Kind-Verhältnisse usw. und kann im Internet nachgelesen werden.

Die ersten beiden Grundvoraussetzungen werden durch 2 vom Gericht bestellte, unabhängige psychiatrische Gutachten überprüft.

Eine Entscheidung nach dem TSG verpflichtet zur rückwirkenden Änderung von Anfang an! Das bedeutet, dass alle persönlichen Dokumente bis hin zur Geburtsurkunde geändert werden müssen!

Das Verfahren dauert durchschnittlich bis zu einem Jahr.

Die Kosten einer Vornamens- und Personenstandänderung liegen bei ca. 1.500 €, die von der/dem Antragsteller*in oder den Erziehungsberechtigten (bei Minderjährigen) selbst zu zahlen sind. Ein Antrag auf Prozesskostenhilfe kann bei niedrigem Einkommen gestellt werden.

b) Europäische Regelungen

Neben einigen Entscheidungen in Einzelfällen, gibt seit der Entschließung zur Diskriminierung von Transsexuellen des Europäischen Parlaments vom 12.09.1989 das Bestreben, grundsätzliche Regelungen für alle EU-Staaten zu finden.

Der Europarat hat 2015 eine Resolution verabschiedet, wonach Diskriminierung wegen der Geschlechtsidentität verhindert werden, und der Geschlechtseintrag auf Geburtsurkunde, Personalausweis und anderen Dokumenten „schnell, transparent und leicht zugänglich“ abänderbar sein soll.

Dennoch ist die Rechtslage bis heute auch innerhalb der EU sehr unterschiedlich.

vollständige geschlechtsangleichende Operation:

Frankreich und Türkei

optische Angleichung (Hormone) und Unfähigkeit zur Fortpflanzung:

Niederlande, Italien, Finnland, Polen und Schweden

Entscheidung auf Basis ärztlicher Gutachten ohne weitere Eingriffe:

Österreich, Spanien, Großbritannien und Deutschland

einfaches Antragsverfahren „ohne Alles“:

Dänemark (seit 2014), Malta und Irland (seit 2015), Norwegen (seit 2016), und Belgien (seit 2018)

In Schweden läuft derzeit noch der Antrag.

c) **Regelungen nach den Standards of Care**

Die Standards of Care beinhalten Richtlinien zur Behandlung und Begutachtung von Krankheiten und „Zuständen“ mit Krankheitswert. Diese werden z.B. von den Medizinischen Diensten der Krankenkassen verwendet, um zu beurteilen, ob die Kosten einer Behandlung/Operation von den Krankenkassen übernommen wird. Ein internationales Gremium entscheidet über die internationalen Standards als **Empfehlung** für alle Nationen. Diese können daraus dann ihre „eigenen“ Standards entwickeln.

i) **internationale Version**

Laut den International Standards of Care ist eine verpflichtende Therapie bei der Diagnose Transsexualität nicht mehr zeitgemäß und es wird eine Behandlung nach den Bedürfnissen des Patienten empfohlen.

ii) **Deutsche Version**

In Deutschland ist die Therapie Pflicht. Es gelten zudem folgende Richtlinien:

bei Erwachsenen:

- Hormonbehandlung nach frühestens 6 Monaten Therapie
- Antrag auf Operationen nach frühestens 18 Monaten Therapie

bei Jugendlichen:

- pubertätshemmende Mittel frühestens mit Eintreten der Pubertät (Tanner-II-Stadium)
- eine gegengeschlechtliche Hormonbehandlung sollte in der Regel nicht vor dem 16. Lebensjahr begonnen werden
- geschlechtskorrigierende operative Eingriffe sollten frühestens nach dem 18. Geburtstag begonnen werden

Beide Behandlungsrichtlinien sind aktuell überarbeitet worden. Die Ergebnisse sind aber noch nicht veröffentlicht!

5) **Statistiken und ihre Zahlen**

a) **Zahlen der durchgeführten Vornamens- und Personenstandänderungen in Deutschland**

Laut des „transalliance“-Projekts, die regelmäßig die Zahlen der Anträge veröffentlichen, gab es in dem Zeitraum von 1982 bis 2016 insgesamt **23.353** Vornamens- und Personenstandänderungen nach dem TSG. Auffällig ist, dass die Zahlen sich in dem Zeitraum von 2006 (ca. Beginn des Internetzeitalters) bis 2016 verdreifacht haben.

b) Zahlen verschiedener Statistiken

Eine weitere Berechnung dieser Projektgruppe kommt auf eine „Trans*population“ in Deutschland von **204.256** Menschen in Deutschland. Diese Zahl wurde aus der Berechnungsgrundlage des amerikanischen Wissenschaftler Gary Gates aus dem Jahr 2011 ermittelt:

Summe der Bevölkerungszahlen (ab 18 Jahre) des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2014: $68.085.517 \times 0,003$ (Faktor von Gates) = 204.256,6

Weitere Veröffentlichungen sprechen von Zahlen in den Größenordnungen von 1:21.000 bis hin zu 1:400. Sowie es keine amtliche Erfassung von Homosexuellen gibt, gibt es auch keine von Transidenten. Von daher lassen sich diese Zahlen nur schätzen. Mehrheitlich geht man in Deutschland von einer Prävalenz von 1:1000 aus.

6) Gesellschaftspolitische Diskussionen

a) Ethische Grundsatzdiskussionen

Auch wenn immer häufiger die Thematik der Transidentität in den Medien präsent ist, ist die Anerkennung in der Gesellschaft eher dürftig. Diskriminierungen der verschiedensten Arten sind an der Tagesordnung.

Zusammenfassung der Probleme im Alltag:

- Ausgrenzung innerhalb der Familie und von Freunden
- Umkleidesituation in Schwimmbädern und Sportvereinen
- Toiletten
- Teilnahme an Gruppenreisen/Klassenfahrten
- Ausweiskontrollen
- ständiges „sich rechtfertigen müssen“
- Schwierigkeiten mit partnerschaftlichen Beziehungen
- Ablehnung durch Religionsgemeinschaften
- behördliche Hürden
- lange Fehlzeiten in Schule/Ausbildung/Studium/Beruf
- Mobbing in Schule/Beruf
- Vergleiche mit Kunstfiguren wie Conchita Wurst oder Olivia Jones

Grundsätzlich begegnen einem im Alltag Aussagen/Fragen wie z.B.

- Homosexuelle stehen auf das gleiche Geschlecht und auf was stehst du?
- Was Gott geschaffen hat, sollte der Mensch nicht ändern!
- Diese Menschen sind doch krank!
- Für mich wirst du nie eine richtige Frau / ein richtiger Mann sein!

Allgemeine Diskussionen in der Wissenschaft/Politik/Gesellschaft sind:

- Ist Transidentität eine Variante der Natur, wie das Dasein als Linkshänder oder eine Erkrankung genetischer oder psychischer Art oder nur eine „Life-style-Bewegung“?
- Ist es angemessen, dass eine Krankenkasse (und damit die Allgemeinheit) die Kosten in Höhe von ca. 100.000€ für die Operationen + einer lebenslangen Hormonbehandlung trägt?
- Ist es ethisch vertretbar bereits Kinder und Jugendliche zu behandeln?

b) Entpathologisierung

Zur Zeit wird weltweit diskutiert, ob die Vorgaben der WHO zur Entpathologisierung, also eine Abschaffung der Einstufung als Krankheit oder Zustand mit Krankheitswert, sinnvoll sind.

Verständlich ist einerseits der Wunsch der Betroffenen nicht als psychisch krank abgestempelt werden zu wollen. Zumal Gen-Forscher Anhaltspunkte gefunden haben, dass es womöglich „Defekte/Mutationen“ einer bestimmten Gen-Sequenz sein können, die sowohl für die Ausschüttung der Sexualhormone wie auch für die Bildung der neuronalen Vernetzung im Gehirn zuständig ist. Beweise gibt es dafür allerdings noch nicht.

Es gibt derzeit zwei denkbare Möglichkeiten:

1. Es wird vielleicht irgendwann einen Gentest geben, mit dem sich Transidentität nachweisen lässt.
2. Es wird vielleicht niemals die Möglichkeit geben, Transidentität durch medizinische Tests zu belegen.

In beiden Fällen ist letztlich ausschlaggebend wie die gesellschaftliche Akzeptanz von Transidenten weitergeht. Für die transidenten Menschen ist es ein Dilemma zwischen „als normal“ anerkannt zu werden und dennoch die Kosten durch das soziale Gesundheitssystem gedeckt zu bekommen.

c) Notwendigkeit der Gutachten nach dem TSG

Die Diskussion um die Abschaffung der psychiatrischen Gutachten beruht auf den selben Argumenten wie bei Entpathologisierung. Eine Abschaffung der Gutachten würde einerseits die Kosten des Verfahrens drastisch senken und den Betroffenen nicht mehr das Stigma der psychischen Erkrankung auferlegen. Andererseits würden die fehlenden Gutachten nach Meinung vieler Fachärzte dazu führen, dass dann wiederum Gutachten für die Krankenkassen umso kostspieliger werden, weil sich damit für „medizinische Unternehmen“ eine Marktlücke auftut. Zur Zeit verzichten die Krankenkassen auf die Erstellung von Gutachten, wenn bei der Antragsstellung auf Kostenübernahme die gerichtlichen Gutachten bereits vorliegen.

d) Notwendigkeit der Therapiepflicht

Bei einer Abschaffung der Therapiepflicht würden viele Transidente zunächst er-

leichternd aufatmen. Denn auch hier wird unterstellt, dass der transidente Mensch psychische Probleme während des Angleichungsprozesses hat und betreut werden muss. Leider ist dies in 90% der Fälle auch richtig. Über 50% der Transidenten haben schon mal an Suizid gedacht und die Mehrheit der Transidenten hat selbstverletzende Tendenzen und/oder andere psychische bzw. psychiatrische Erkrankungen entwickelt. Zudem ist der gesamte Angleichungsprozess ein emotional, physisch und psychisch sehr belastender Prozess, der von den meisten zu Beginn stark unterschätzt wird. Von daher könnte von der vollständigen Abschaffung der Therapiepflicht auch eine Gefahr für den Transidenten ausgehen.

Sinnvoll wäre eher über eine Form von verpflichtender psychosozialer Begleitung/Beratung nachzudenken, wie es die auch z.B. im Sinne der Schwangerschaftskonfliktberatung gibt. Hier könnte dann im Einzelfall geschaut werden, ob eine Therapie „notwendig“ ist. Zudem könnte auch die Länge der Therapie individueller gehandhabt werden und die Vorgaben bezüglich Hormonbehandlung und Operationen eine individuellere Formulierung finden.