

Trans*? – Zwischen Patientenwünschen und therapeutischer Fürsorge – Zwei Fallbeispiele*

David Goecker

Trans*? – Between Patient Wishes and Therapeutic Care – Two Case Studies

Abstract

The article outlines courses of psychotherapy for two biological male patients, who introduced themselves with the request for medical sex change. In both cases, the request for sex change was not primarily due to a female identity. The courses of psychotherapy illustrate a small sample of the diversity of psychodynamics that can lead to the request for sex change and the resulting difficulties and challenges for psychotherapy. **Keywords:** Request for sex change, Gender dysphoria, Transsexualism, Personality, Sexual preferences

Zusammenfassung

Es werden Psychotherapieverläufe von zwei biologischen Männern skizziert, welche sich mit dem Wunsch nach körpermedizinischen geschlechtsverändernden Maßnahmen vorstellten. In beiden Fällen resultierte das Umwandlungsbegehren nicht primär aus einer weiblichen Identität. Die Therapieverläufe illustrieren einen kleinen Ausschnitt aus der Vielfalt der Psychodynamiken, welche zu einem Umwandlungsbegehren führen können sowie die hieraus resultierenden Herausforderungen und Schwierigkeiten für die psychotherapeutische Behandlung.

Schlüsselwörter: Umwandlungsbegehren, Geschlechtsdysphorie, Transsexualismus, Persönlichkeit, sexuelle Präferenzen

Einleitung

Im Rahmen des psychotherapeutisch begleiteten „Alltags-tests“ schildern Patienten mit einer Geschlechtsidentitätsproblematik oftmals einen hohen Leidensdruck. Dieser geht meist einher mit dem intensiven Wunsch, möglichst bald mit körperverändernden Maßnahmen zu beginnen. Die Intensität dieses Wunsches korreliert jedoch nicht zwangsläufig mit der Sicherheit für die Indikation dieser Maßnahmen. Mitunter erscheinen die intendierten körperverändernden Maßnahmen wie ein verzweifelter Lösungsversuch für anderweitige (psychische) Probleme. Im Folgenden werden zwei Fälle vorgestellt, in welchen trotz

des jeweils ausgeprägten Wunsches des Patienten, mittels hormoneller und chirurgischer Maßnahmen den Körper zu verändern, der Endunterzeichner dagegen riet, im ersten Fall aus Sorge dem Patienten dadurch zu schaden, im zweiten, weil eine nicht unbedeutende prognostische Unsicherheit vorlag. Beide Fallbeispiele sind anonymisiert in Bezug auf Alter, Name, Beruf, Aussehen, Biografie usw.

Fallbeispiel 1

Herr Rosenberg, 30 Jahre alt, stellt sich auf Empfehlung des Hausarztes wegen „Depressionen“ vor. Er ist etwa 195 cm groß, sehr schlank, trägt schulterlange dunkle lockige Haare, hierzu auffällig bunte Kleidung. Es gelinge ihm nicht, sein Studium der Kunstgeschichte zu beenden. Im Erstkontakt wirkt er fordernd, erscheint in seinen Ausführungen sprunghaft, weitschweifig, expressiv und dramatisierend. Er habe „große Angst“, sich auf sexuelle und partnerschaftliche Erfahrungen mit Männern einzulassen. Er fühle sich oft einsam und vermisse überdies Freundschaften. In der Vergangenheit habe er versucht, durch die Einnahme von bewusstseinsverändernden Substanzen neue Erfahrungen zu machen, um seine zwischenmenschlichen Unsicherheiten zu überwinden. Er fühle sich „oft angespannt“, in Stresssituationen „jucke“ er sich die „Kopfhaut wund“, er sei „ständig voller Ängste“ und ärgere sich darüber, dass er seinen „eigenen Ansprüchen nicht genügt“: „Ich habe wichtige Dinge mitzuteilen. Ich will ein Leben voller Bedeutung für andere führen. Ich habe Angst vor Bedeutungslosigkeit.“ Er möge seinen Körper nicht, insbesondere seine Körpergröße störe ihn: „Ich verurteile mich dafür, dass ich meinen Körper nicht mag.“

Er sei als jüngstes Kind von drei Geschwistern (Bruder +12 Jahre, Schwester +10 Jahre) bei den Eltern aufgewachsen. In seinem fünften Lebensjahr hätten sich die Eltern getrennt. Seine Mutter betreibe einen Kiosk. Er schildert sie wie folgt:

„Sie ist sehr herzlich und absolut nicht ausgeglichen. Sie hat ganz schnell Krach mit anderen Menschen. Sie kann sich schlecht unterordnen [...]. Als ich Kind war, fand sie immer alles ganz toll an mir, es gab nie Strafe, sie hat mir nie Grenzen gesetzt [...]. Sie hat sich oft sehr einsam gefühlt, hatte aber nie wieder einen neuen Partner.“

* Ausgearbeiteter Vortrag der Jahrestagung der DGSMTW 2019 in Berlin.

Zu dem Vater, vormals tätig als Polizist, Frührentner, bestehe nur sporadisch Kontakt. Herr R. schildert ihn als „sehr stressbelastet“:

„In Konflikten zieht er sich schnell zurück. Wenn es nicht mehr geht, dann explodiert er auch schon mal [...]. Er ist sehr intellektuell [...]. Er trinkt zu viel Alkohol. Er hatte schon immer viele Frauen, deswegen hat meine Mutter ihn verlassen.“

Zu seinen beiden älteren Geschwistern bestehe kaum Kontakt. Einige Jahre nach der Trennung der Eltern seien sie ihre eigenen Wege gegangen. Er habe schon immer eine sehr enge Bindung zu seiner Mutter gehabt, welche mit dem Auszug der Geschwister noch enger geworden sei.

Er habe eine „antiautoritäre Schule“ besucht: „Ich bin dort oft gemobbt und viel geschlagen worden [...]. Ich habe mich oft in den Mittelpunkt gestellt und mit meinen Mitschülern um die Gunst der Lehrer konkurriert.“ Im Alter von 14 Jahren habe er trotz Normalgewichts mittels Nahrungsrestriktionen sein Gewicht massiv reduziert. Er habe dies damals als Erfolg erlebt. Auf Drängen des Kinderarztes habe er sich in psychotherapeutische Behandlung begeben und sein Gewicht habe sich schrittweise wieder normalisiert. Bereits damals habe er sich oft einsam gefühlt: „Ich fand meine Mitschüler doof und unmotiviert.“

Im Alter von 17 Jahren habe er ein Jahr als Austauschschüler in Spanien verbracht. Dort sei er ein guter Schüler gewesen, jedoch habe er sich erneut in der Außenseiterrolle befunden: „Ich wollte später unbedingt einmal auf eine Eliteuni, egal welches Fach. Ich wollte Anerkennung. Ich habe an mich immer den Anspruch gestellt, ein moralisch besonders guter Mensch zu sein.“ Nach dem Abitur habe er zwei Jahre lang gejobbt: „Es gab so viele Dinge, die mich interessiert haben. Ich konnte mich beruflich nicht festlegen.“ Schließlich habe er sich entschieden, Kunstgeschichte zu studieren. Seit Jahren schiebe er seine Abschlussarbeit zu dem Thema „Kunst und Psychodelika“ vor sich her.

Seine ersten sexuellen Erfahrungen seien vor der Pubertät mit einem Nachbarsjungen in Form von „Doktorspielen“ erfolgt. Seit dem siebten Lebensjahr masturbiere er. Die Ejakularche sei im Alter von elf Jahren erfolgt. Er sei in der Schule sexuell aufgeklärt worden.

Mit elf Jahren habe er seine ersten Pornos im Internet angeschaut. Dies habe bei ihm zu der Erkenntnis geführt: „Dann bin ich wohl schwul.“ Bei der Selbstbefriedigung, welche mehrmals wöchentlich erfolge, nutze er Dildos: „Ich stehe auf anale Stimulation, das kann ich stundenlang machen.“ Ein betrunkenere Kommilitone habe sich ihm „körperlich genähert“, als er 21 war: „Ich war total horny, weil sich das erste Mal jemand für mich sexuell interessierte.“

Vor zwei Jahren sei es zu einem ersten sexuellen Kontakt mit einem Mann gekommen: „Es war super, weil der

Typ mich wirklich wollte.“ In den folgenden Jahren sei es zu insgesamt acht „One-Night-Stands“ gekommen: „Entweder hatte ich danach kein weiteres Interesse mehr oder der andere.“

Im Folgenden wird ein Therapieverlauf über elf Sitzungen (ca. 6 Monate) dargestellt. Mit Beginn der Therapie berichtet der Patient spontan:

„Mir geht es dramatisch besser, weil ich mein wirkliches Problem erkannt habe. Ich bin bi-gender, gleichzeitig Mann und Frau [...]. Ich möchte einen sehr männlichen Körper und gleichzeitig eine Vagina [...]. Wenn ich meinen Körper verändere, dann verändere ich auch meine Persönlichkeit, ich wäre dann ein ganz anderer Mensch [...]. Ich wäre vielmehr ich selbst, ich wäre viel freier [...]. Ich freue mich schon darauf, wenn ich meinen Eltern erzähle, dass ich beides bin, wie die dann gucken werden [...]. Ich bin mein eigener Zwilling, Mann und Frau.“

Er habe in der vergangenen Woche mit mehreren Freundinnen hierüber gesprochen. Sie hätten seine „Geschichte sehr aufregend und interessant“ gefunden.

Der Patient kommt ernüchert zur fünften Sitzung. Er habe sich in der vergangenen Woche im Internet über genitalverändernde chirurgische Optionen informiert. Es sei offensichtlich „alles ein wenig schwieriger“, als er sich dies vorgestellt habe. Er wolle sich nun an eine „Beratungsstelle für Transsexuelle“ wenden. In der sechsten Sitzung schildert er seine Erfahrung bei der Beratungsstelle: „Es war verrückt, der Mann, der mich beraten hatte, der hatte genau den Körper, den ich haben will und auch noch meinen Vornamen [...]. Wir waren uns sofort einig, dass mir dieser Körper auch zusteht, sonst wäre es ja Diskriminierung.“ (Anmerkung: Der Patient traf einen Transmann ohne genitalchirurgische Veränderungen an.)

Kurze Zeit später outete sich der Patient bei seinen Eltern und seinen Freunden als „transsexuell“: „Alle haben positiv reagiert, ich fühle mich jetzt viel verbundener mit ihnen.“ Da es ihm psychisch besser gehe, treibe er nun mehr Sport, freue sich, dass sein Körper männlicher werde. Gleichzeitig „experimentiere“ er mit Make-Up und Wimperntusche: „Mir geht es so gut, wie lange nicht mehr.“ Überdies berichtet er von einem sich einstellenden Kinderwunsch: „Mein Kind soll meine Entwicklung einmal fortführen.“ Auf Wunsch des Patienten wurde eine Therapiepause vereinbart, da es ihm ja derzeit sehr gut gehe: „Ich brauche jetzt erst mal keine Therapie mehr.“

Der Patient kommt einen Monat später erneut zur Sitzung: „Ich dachte, ich hätte es geschafft, aber meine Stimmung geht hoch und runter, ich habe keinen Antrieb mehr für nichts.“ Eine Woche später schildert er euphorisch: „Mir geht es fantastisch, ich mache jetzt eine Testo-

steronkur, ich nehme 250 mg pro Woche. Ich plane eine Dauer von 20 Wochen und habe bereits Muskelmasse aufgebaut.“ Zwischenzeitlich sei er auf einem Pornofestival gewesen: „Ich war schon immer jemand, der sich eine weibliche Sexualität gewünscht hat, deswegen will ich eine Vagina [...]. Die Frauen in den Pornos scheinen viel mehr Spaß zu haben als die Männer und die können länger.“

In den folgenden Wochen schildert der Patient mehrere Beziehungsversuche mit Männern, welche er jedoch bei der kleinsten Kritik umgehend abbricht: „Dann hat der andere da ein anderes Bild von mir, was nicht zutrifft, das muss ich mir dann ja nicht antun, der wird mir dann nicht gerecht.“ Herr R. schildert überdies auch eine Zunahme seines OP-Wunsches:

„Mit Neovagina bin ich ein Transmann [...]. Optisch wäre das genau das gleiche Ergebnis, auch wenn ich aus einer anderen Richtung kommen würde [...]. Warum sollte ich nicht auch ein Recht darauf haben? Ich will einen Präzedenzfall schaffen, ich will anderen Transmenschen helfen [...]. Die Statistiken zeigen, dass die meisten Menschen mit der Umwandlung zufrieden sind, ich werde auch zufrieden sein [...]. Ich würde eine Vagina an mir ja auch als etwas Künstlerisches ansehen, das kann ja nicht schlecht sein.“

Bis zur nächsten Sitzung hat sich das Umwandlungsbegehren aufgelöst, da der Patient sich in einen Mann verliebt habe. Einen Monat später wird der Patient verlassen und das Umwandlungsbegehren flammt wieder auf: „Ich finde es toll, meinen Körper so zu verändern, wie ich es mir wünsche, wie ich ihn mir vorstelle [...]. Ich überlege, ob ich mir vor der OP Sperma einfrieren lassen sollte, ich will ja noch mal Kinder haben.“

Da der Patient eine OP für eine Neovagina beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) beantragen möchte, fordert er vom Endunterzeichner eine Bescheinigung für eine OP-Indikation. Welcher diese ablehnt. Daraufhin stellt der Patient die therapeutische Beziehung infrage: „Wollen Sie, als mein Therapeut, mir nun helfen oder nicht? [...] Niemand interessiert sich für mich [...]. Das bedeutet, dass Sie mir nicht helfen wollen, in einer Situation, wo die Gesellschaft gegen mich ist.“

Der Patient lehnt die Option als „Bi-Gender ohne Neovagina“ zu leben rigoros ab. Auf die Frage, was sich für ihn durch eine Neovagina im Leben konkret ändern würde, antwortet der Patient: „Ich hätte dann halt eine Neovagina [...]. Mehr kann ich Ihnen dazu nicht sagen [...]. Das kann Ihnen doch auch völlig egal sein, das ist meine Entscheidung, Sie schränken meine Entscheidungsmöglichkeiten ein.“

Zehnte Sitzung: Er sei erneut bei der Beratungsstelle gewesen und dort sei ihm empfohlen worden, sofort die Therapie bei mir abzubrechen. Er habe zwischenzeitlich einen Arzt gefunden, der ihn nun mit Androcur und mit

Östrogenen mediziere, damit er der Krankenkasse gegenüber später einmal nachweisen könne, dass er weibliche Hormone nehme und tatsächlich transsexuell sei. So wolle er sicherstellen, dass später auch die OP bezahlt werde. Nach der Genital-OP wolle er die Östrogene absetzen und sich dann wegen der fehlenden Hoden mit Testosteron substituieren lassen.

Der Patient äußert ärgerlich: „Ich war bei zehn Transspezialisten, alle haben gesagt, Sie irren und die haben alle die Sorge, dass Sie auch andere Patienten falsch behandeln [...]. Bitte geben Sie sich eine Chance und lassen mich mal einige Spezialisten mitbringen, damit Sie von denen mal was lernen können.“ Eine Woche später erfolgt auf Wunsch des Patienten das Abschlussgespräch, welches überraschend versöhnlich verlief: „Sie haben mir in ganz vielen Punkten auch weitergeholfen [...]. Ich wünsche mir jetzt eher einen Therapeuten, der sich mit dieser Thematik nicht so gut auskennt, da bekomme ich vielleicht mehr Verständnis und Unterstützung.“

Fallbeispiel 2

Herr Kraft, 43 Jahre alt, Fliesenleger, kommt auf Empfehlung seines Hausarztes mit dem Wunsch nach Medikation mit Östrogenen sowie einem operativen Brustaufbau und Neovagina zum Erstgespräch. Er kommt weiblich geschminkt, in Damenpullover, Damenjeans und Damenschuhen gekleidet, trägt schulterlange Haare, der Bartschatten ist überschminkt. Er ist freundlich im Kontakt, sympathisch, muskulös, mit sonorer männlicher Stimme und markanten männlichen Gesichtszügen. Auf die Frage, ob er mit „Herr“ oder mit „Frau“ angesprochen werden wolle, antwortet er: „Wir fangen erst einmal mit ‚Herr‘ an, dann vielleicht später mit ‚Frau‘.“ Auf eigene Kosten habe er bereits eine Laserhaarentfernung im Bereich von Gesicht, Brust und Extremitäten durchführen lassen. Er sei verheiratet mit einer Frau und sexuell ausschließlich auf Frauen orientiert.

Seit mehreren Jahren komme es mit seiner Ehefrau zu keinen genitalen sexuellen Kontakten mehr. Es bestünden ebenfalls keine sexuellen Kontakte zu anderen Personen. Mit seiner Frau habe er eine gemeinsame Tochter im Alter von vier Jahren. Aus seiner ersten Ehe stamme ein siebzehnjähriger Sohn, zu welchem er heute keinen Kontakt mehr pflege. Seit sechs Monaten trage er eine Brustprothese und Frauenkleidung im Alltag und auf der Arbeit. Er erlebe die Brustprothese als störend, er schwitze darunter und die Haut entzünde sich. Seine Ehefrau und seine Schwiegereltern wüssten über die geplanten körperlichen Veränderungen Bescheid. Seine Ehefrau sei bereit, auch zukünftig auf peno-vaginale Sexualität zu verzichten.

Seine Eltern hätten sich getrennt, als er fünf war. Zwei Jahre später habe sich seine Mutter partnerschaftlich neu

gebunden. Sein Stiefvater sei „Alkoholiker“ gewesen. Als er neun war, habe sich die Mutter getrennt, nachdem sein Stiefvater „im Suff ein Tötungsdelikt begangen“ habe. Ein Jahr später sei der zweite Stiefvater in die Familie gekommen: „Immer, wenn meine Mutter mich verprügelt hat, dann hat er sich gefreut [...]. Der war noch schlimmer als der erste.“ Er schildert seine Mutter als „egoistisch und streitsüchtig“: „Ich habe nie Aufmerksamkeit von ihr bekommen [...]. Ich musste mich um meine beiden jüngeren Stiefschwestern kümmern, während sie mit anderen Kerlen rum gemacht hat [...]. Sie hat sich gefreut, wenn sie mir ihre Geschenke wieder weggenommen hat.“

Im Alter von zwölf Jahren sei er auf sein Drängen hin zum leiblichen Vater gekommen. Hier habe er jedoch rasch Ablehnung durch die Stiefmutter erfahren. In der Schule sei er ein Außenseiter gewesen und habe die Rolle des „Klassenclowns“ gehabt. Mit 15 Jahren sei er „wegen Weglaufen und Schulschwänzen“ in ein Erziehungsheim gekommen. Nach dem Hauptschulabschluss habe er eine Ausbildung zum Fliesenleger absolviert.

Er schildert ein geschlechtstypisches Spielverhalten im Kindesalter. Im Alter von sechs Jahren sei es mit seiner gleichaltrigen Freundin zu „Petting“, „Zungenküssen“ und „Oralverkehr bis zum Orgasmus“ gekommen. Er erinnere sexuelle Erregung durch das Tragen von und Riechen an gebrauchter Damenunterwäsche seit dem achten Lebensjahr. Er habe die Unterwäsche von der Mutter und später von der Stiefmutter entwendet sowie von den beiden jüngeren Stiefschwestern. Er habe diese Kleidungsstücke ab der Pubertät bei der Selbstbefriedigung zur sexuellen Erregungssteigerung genutzt. Damals habe er dreimal täglich bis zum Orgasmus masturbiert. Er habe deswegen „immer ein schlechtes Gewissen gehabt“.

Im Alter von zwölf Jahren habe er seinen ersten peno-vaginalen Geschlechtsverkehr mit seiner elfjährigen Freundin gehabt (mit Ejakulation). Im Alter von 18 Jahren habe er sich das erste Mal verliebt: „Ich fand sie schön, hatte aber kein Interesse an Sex mit ihr.“ Drei Jahre später habe er sich von ihr getrennt. Im Alter von 20 Jahren sei es einmalig zu einer peno-analen Penetration durch einen als Frau verkleideten Nachbarn gekommen: „Sex mit einem Mann interessiert mich, weil ich mich dann als Frau fühlen kann.“ Seit dem 19. Lebensjahr trage er nach der Arbeit gelegentlich Frauenkleidung im häuslichen Umfeld, insbesondere in Zeiten ohne Partnerin: „Ich fühlte mich immer als Mann in Frauenkleidung.“

Im Alter von 20 Jahren habe er seine erste Ehefrau kennengelernt. Er sei von ihren Haaren und ihren Brüsten „fasziniert“ gewesen. Dennoch habe er die Sexualität mit ihr nicht genießen können: „Das war nicht wirklich die Erfüllung.“ Sexualität habe er deutlich lustvoller erleben können, wenn er sich als Frau fantasiert habe. Als besonders erregend erlebe er die Vorstellung, selbst Brüste zu besitzen und

von seiner Partnerin peno-vaginal und unter ihr liegend, penetriert zu werden. Seine erste Ehefrau habe ihn nach drei Jahren „wegen eines anderen Mannes verlassen“. In den folgenden Jahren habe er sich mehrfach in Frauen verliebt: „Die Abstände, wo ich nach dem Verlieben keine OP wollte, wurden immer kürzer.“ Sechs Jahre nach der Trennung von der ersten Ehefrau habe er ihre Schwester geheiratet.

Bei der Selbstbefriedigung nutze er „She-Male-Pornos“. Auf die Frage, inwiefern er seinen Penis bei der Selbstbefriedigung lustvoll einsetzen könne, antwortet er: „Bei sexueller Erregung ist das Hirn ausgeschaltet, dann stört der Penis nicht.“ Vor drei Jahren habe er sich im Internet zu dem Thema „Transsexualismus“ informiert: „Ab dann wollte ich definitiv eine OP und eine Frau sein, vorher war das immer nur so eine Phase.“ Sobald er über eine Neovagina verfüge, wünsche er sich Sex mit einem Mann: „Ich will mal Sex mit einem Mann haben, obwohl ich Zungenküsse mit Männern eklig finde [...]. Ich wollte halt immer schon von vorne, nie von hinten.“

Zu Beginn der Therapie schildert Herr K. betrübt den Rückzug seiner Frau: „Sie zieht sich zurück, sie wird schweigsam. Sie frisst alles in sich hinein, sie will nicht sagen, was los ist.“ Herr K. intensiviert seine Körperpflege, um möglichst weiblich zu erscheinen. Er geht bald regelmäßig in Frauenkleidung zur Arbeit, obwohl er auf das Unverständnis der Kollegen trifft: „Ich verstecke mich nicht [...]. Die Kollegen sind einfach nur intolerant.“ Er leide nicht unter den fehlenden sexuellen Kontakten mit seiner Frau: „Ich habe mein sexuelles Leben gelebt. Der Tag hat 24 Stunden, da kann ich auch auf 20 Minuten Sex verzichten.“ Dennoch verspüre er weiterhin das Bedürfnis nach Selbstbefriedigung: „Der Drang ist immer noch da, aber nach dem Abspritzen habe ich einen schlechten Geschmack im Mund, ich will das nicht mehr, außerdem riecht der Penis dann.“ Er stelle sich hierbei vermehrt vor, als Frau von einem Mann penetriert zu werden: „Es gibt Männer, die gefallen mir richtig gut [...]. Nein, ich will auf keinen Fall Zungenküsse, das geht dann nach hinten los.“

Aufgrund seines Erscheinungsbildes ernte er in der Öffentlichkeit oft fragende Blicke. In der Familie und am Arbeitsplatz werde er weiterhin als Mann wahrgenommen, trotz seiner Bemühungen um äußerliche Veränderungen: „Geguckt wird schon, die Leute sehen meine markanten Gesichtszüge. Die sehen mich alle noch als Mann, ich lass sie dann, da kann man nichts machen [...]. Nach der OP brauche ich halt noch eine OP fürs Gesicht [...]. Ich mache das alles nur für mich, mir ist egal, wie andere mich sehen [...].“

Bei einem gemeinsamen Gespräch mit der Ehefrau schildert diese: „Es ist alles nicht einfach für mich. Es ist befremdlich für mich, meinen Mann in Frauenkleidung zu sehen. Er zieht das durch, ohne Rücksicht auf Verluste [...]. Nein, der lässt sich bestimmt nicht von Männern anfassen.“ Die Schwiegereltern wenden sich von dem Patienten ab, da sie sehen, wie ihre Tochter leidet.

Sollte es zu einer Trennung kommen, dann werde er eine neue Partnerin finden: „Wenn eine zukünftige Partnerin sagt, sie sieht das Männliche in mir, dann kann ich damit leben.“ Es falle ihm weiterhin schwer, sich als Frau zu fühlen:

„Wenn ich eine ordentliche Brust hätte und eine Vagina, dann würde ich mich schlagartig als Frau fühlen [...]. Ich fühle mich als Mann, dem es gelingt, in der Öffentlichkeit als Frau aufzutreten. Es ist definitiv noch männliche Identität da. Mit ‚Frau‘ angesprochen zu werden ist für mich sehr ungewohnt [...]. In dem Moment, wo ich im Krankenhaus aufwache, weiß ich, dass ich eine Frau bin, dann werde ich auch eine Frau sein. Ich kann den Tag nicht erwarten, wo's damit losgeht. Ich gehe als Mann ins Krankenhaus und komme als Frau wieder heraus [...]. Ich weiß nicht, was passiert wäre, wenn ich nicht im Internet nachgelesen hätte, wahrscheinlich wäre mein Leben einfach so weitergegangen [...]. Früher war es definitiv sexueller Natur, dass ich eine Frau werden möchte. Heute fühle ich mich als Frau einfach wohler. Das Gefühl wäre sehr schön, wenn ich meine echte Brust berühren könnte.“

Es sei ihm sehr wichtig, dass nach der OP die genitale Erlebnisfähigkeit erhalten bleibt: „Nur wenn ich nach der OP noch einen Orgasmus bekommen kann, dann macht ein Loch überhaupt Sinn.“ Der Patient schildert, er habe sich in letzter Zeit verändert: „Ich bin in letzter Zeit sehr egoistisch geworden. Ich lebe in meiner eigenen Welt, ich habe mich schon als Kind abgekapselt.“

In der 12. Sitzung schildert der Patient verzweifelt: „Es geht bei mir alles drunter und drüber. Meine Schwiegereltern haben den Kontakt zu mir abgebrochen, meine Kollegen reden nicht mehr mit mir. Meine Frau sagt nichts, verlässt mich aber auch nicht [...]. Ich muss akzeptieren, dass ich nicht als Frau akzeptiert werde.“

Nach 18 Sitzungen und einem Jahr Therapieverlauf kommt der Patient erschöpft und unrasiert zu Sitzung: „Es ist alles so chaotisch.“ Er schildert den Wunsch, sich dem Therapeuten mit weiteren Themen anzuvertrauen. Schamerfüllt berichtet er:

„Im Alter von zehn Jahren hatte ich regelmäßig Geschlechtsverkehr mit meiner drei Jahre jüngeren Stiefschwester, ja, mit Penetration. Ich weiß, ich bin pervers [...]. Dann gibt es da noch was, ich stehe auf Hunde. Mit 16 Jahren habe ich mich das erste Mal anal durch den Hund meiner Tante penetrieren lassen. Später habe ich selbst Rüden gehabt. Ich hatte auch Sex mit dem Rüden meiner Schwiegereltern [...]. Auf Sex mit meiner Frau kann ich verzichten, aber auf Sex mit einem Hund will ich nicht verzichten [...]. Mein Hund war für mich mein Lebenspartner. Diese Intensität der

Beziehung habe ich nie mit einer Frau erlebt. Ja, es wäre das Größte, wenn mich ein Rüde vaginal penetrieren könnte.“

Der Patient entschließt sich einige Wochen später, beim Amtsgericht die Vornamens- und Personenstandsänderung zu beantragen. Das Gericht beauftragt umgehend zwei unabhängige Gutachter. Herr K. wolle von nun an mit „Frau Kraft“ angesprochen werden. (Im weiteren Text wird daher auch das weibliche Pronomen verwendet.) Überdies wolle sie nun unverzüglich mit der gegengeschlechtlichen Hormonbehandlung beginnen. Sie wird u.a. darüber aufgeklärt, dass dies zu einer Reduktion ihrer sexuellen Erlebnisfähigkeit und sexuellen Fantasien führen kann: „Es wäre ja super, wenn durch die Hormone die Fantasien mit den Hunden weggehen würden, dann kann ich mich mehr auf das Frausein konzentrieren.“

Der erste Gutachter kommt zu folgendem Ergebnis: „Es besteht eindeutig eine transsexuelle Prägung.“ Der zweite Gutachter schreibt: „Die subjektive Geschlechtszugehörigkeit ist für Herrn Kraft eindeutig auf die weibliche Geschlechtsidentität ausgerichtet. [...]. Homosexualität und andere sexuelle Paraphilien konnten ausgeschlossen werden.“ Hierzu erwähnte die Patientin schuld bewusst: „Ich habe natürlich nicht alles erzählt.“ Sie stellt sich mit den beiden Gutachten bei einem Endokrinologen vor und beginnt die sehnlich gewünschte Hormonbehandlung mit Östrogenen.

Sie resümiert den bisherigen Therapieverlauf nach zwei Jahren und 29 Sitzungen: „Ich schaue im Internet nicht mehr so oft nach Rüden [...]. Die Namensänderung ist durch und auch für meine Frau ist es o.k., wir leben jetzt wie zwei Freundinnen zusammen [...]. Meine körperliche Kraft lässt nach, aber damit kann ich leben.“

Anderthalb Jahre später fordert der MDK einen Befundbericht an, die Schweigepflichtentbindung der Patientin ist beigefügt. Die Fragen des MDK werden wie folgt zusammenfassend beantwortet:

„Die Behandlungsdiagnose lautet: multiple Störung der Sexualpräferenz (ICD-10 F 65.6G). Es liegen eine Autogynäphilie und eine Zoophilie (Rüden) vor [...]. Sekundär erfolgte die Dynamisierung zu einem Transsexualismus (F64.0G). Die in den Standards der Behandlung von Transsexuellen genannten Therapieziele sind erreicht worden. Frau K. lebt seit deutlich über drei Jahren in ihrer Freizeit und seit mindestens zwei Jahren in allen sozialen Bezügen als Frau. Der hohe Leidensdruck wurde in den Gesprächen wiederholt deutlich und wirkte glaubhaft [...]. Das transsexuelle Erleben begründet sich aus dem Vorliegen der multiplen Störung der Sexualpräferenz [...]. Die weitere Prognose muss als fragwürdig eingestuft werden, da es Frau K. bisher nicht gelang, in ihren sozialen Be-

zügen auch tatsächlich wie gewünscht als Frau wahrgenommen zu werden.“

Zwei Jahre später stellt die Patientin sich erneut vor, da der MDK die Kostenübernahme für eine OP mit folgender Begründung abgelehnt hatte:

„Es liegt eine Störung der Sexualpräferenz als Ursache für das transsexuelle Erleben vor. Diese wäre gegebenenfalls behandelbar.“

Frau K. schildert zu ihrem aktuellen Befinden nach einem Jahr Medikation mit Östrogenen und Androcur:

„Der Trieb ist weg, besser geht es nicht [...]. Das mit den Hunden ist weg, ich bin sowas von froh, dass das weg ist [...]. Sex wird in meinem Leben keine Rolle mehr spielen. Ich habe jetzt romantische Beziehungsträume [...]. Bei meinem neuen Arbeitgeber werde ich mal als Mann, mal als Frau angesprochen, aber das ist mir jetzt egal geworden [...]. Ich will jetzt eine schöne Vagina haben. Das gehört dazu. Ich habe nur Angst, dass ich inkontinent werden könnte [...]. Ich bin nicht mehr so belastbar, ich bin gestresster, ich bin so übergenau mit vielen Sachen geworden. Ich gerate schneller aus der Haut, ich trete vor Wut gegen Dinge [...]. Ich bin in den letzten Jahren labiler geworden. Ich mag jetzt noch weniger Menschenmengen [...]. Meine Figur ist weiblicher geworden, meine Haut weicher, ich habe kleine Brüste bekommen, das alles finde ich natürlich sehr gut.“

Selbstkritisch reflektiert sie: „Die Frage, ‚Ist das jetzt ein Mann oder eine Frau?‘ wird bei anderen Menschen wohl immer bleiben.“ Sie habe eine Freundin auf der Arbeit gefunden: „Wir verstehen uns super, wir konnten gleich losquatschen.“ Sie sei mehr denn je entschieden, sich einer Genital-OP zu unterziehen: „Es wird immer dringender für mich, das Ding muss weg.“ Nach vier weiteren Sitzungen kommt erneut eine Anfrage des MDK. Die gestellten Fragen werden wie folgt beantwortet:

„Die Patientin erlebt das Vorhandensein ihres Penis mittlerweile als hochgradig ich-dyston und wünscht eine schnellstmögliche operative Entfernung von Penis und Hoden. [...] Sexuelle Präferenzstörungen lassen sich nach den aktuellen sexualmedizinischen Erkenntnissen psychotherapeutisch grundsätzlich nicht in der Qualität beeinflussen, sondern allenfalls in Bezug auf die Integration ins Selbstbild und im Umgang mit diesen. Der Wunsch von Frau K., als Frau zu leben, wird

sich mit großer Wahrscheinlichkeit nicht durch Psychotherapie beeinflussen lassen. [...] Über die Prognose des postoperativen psychosexuellen Funktionsniveaus können letztlich kaum verlässliche Aussagen getroffen werden [...].“

Zwei Jahre später wird der Therapeut beim Sozialgericht vorgeladen. Es sollte geklärt werden, inwieweit die Diagnose Transsexualität (F 64.0) bei der Klägerin vorliege. Erneut wird dargelegt, dass basierend auf dem Vorliegen einer multiplen sexuellen Präferenzstörung mittlerweile eine Geschlechtsidentitätsstörung im Sinne eines sekundären Transsexualismus bestehe. Zum Bedauern des Gerichtes vermochte der Endunterzeichner keine verlässliche Prognose bezüglich des postoperativen psychosexuellen Funktionsniveaus darlegen. Das Gericht gab dem MDK Recht, die Kostenübernahme für die gewünschte OP abzulehnen. Der weitere Lebensverlauf der Patientin ist dem Endunterzeichner leider nicht bekannt.

Abschließende Überlegungen

Die beiden Fallbeispiele verdeutlichen, wie komplex und gleichzeitig unterschiedlich gelagert die Motivationsfaktoren für die Durchführung geschlechtsverändernder Maßnahmen sein können.

Fall 1 illustriert, dass der Wunsch nach körperverändernden Maßnahmen als ein verzweifelter Lösungsversuch für anderweitige (psychische) Probleme imponieren kann. Überdies zeigt sich hier, dass Selbsthilfegruppen, welche für zahlreiche Betroffene durchaus sinnvoll und hilfreich sind, den auf Ergebnisoffenheit angelegten therapeutischen Prozess jedoch mitunter auch ungünstig beeinflussen können, z.B. durch die nachvollziehbaren Bedürfnisse der Betroffenen nach Zugehörigkeit und Anerkennung.

Fall 2 illustriert die bisweilen begrenzte Aussagekraft von Gutachten und die Möglichkeiten der Betroffenen, Ergebnisse gezielt zu beeinflussen, u.a. durch Weglassen von Informationen. Überdies zeigt sich hier das Problem, dass Inhalte der Therapie vom MDK angefordert werden, um Entscheidungen treffen zu können. Hierdurch wird der Therapeut in eine Doppelfunktion als Therapeut einerseits und Gutachter andererseits gedrängt. Oftmals sind Patienten bereits zu Beginn der Therapie darüber informiert, dass der MDK entscheidungsrelevante Informationen beim Therapeuten später einmal anfordern könnte, womit der therapeutische Prozess zumindest behindert, gelegentlich gar ad absurdum geführt werden kann.