

## 11. Die ‚Gender-Identity-Bewegung‘: von der Psychotisierung zum operativen Management transsexueller Wünsche

Wünsche nach Geschlechtsumwandlung konnten seit den 1910er Jahren zumindest ansatzweise in die Praxis umgesetzt werden. Sie wurden nicht nur aus Empathie für das Leiden am ‚falschen Körper‘ umgesetzt, sondern auch, weil diese Patientenwünsche für die Medizin von allgemeinerem Interesse waren. Die Entwicklung der transsexuellen Praxis hatte eine wichtige Funktion im Geschlechtsdispositiv: Behandlungen dienten nicht nur der Erforschung der Ursachen von Transsexualität, sondern vor allem der ‚normalen‘ Entwicklung von Geschlecht, Geschlechtsidentität und Sexualität und der Forschung zur hormonellen Beeinflussung der Geschlechtsentwicklung und der (Weiter-)Entwicklung der Techniken der plastischen Genitalchirurgie.

Nach dem experimentell-pragmatischen Beginn war die Realisierung transsexueller Wünsche von einem Legitimationsdiskurs abhängig, der die gegengeschlechtliche Identität als seit der (frühen) Kindheit bestehend, als unveränderbar, also nicht psychotherapierbar und als eindeutig gegengeschlechtlich behauptete. Dieser medizinische Diskurs konstruierte Ätiologien der Transsexualität, die die Ordnung der Zweigeschlechtlichkeit bestätigten: eine nicht-männliche Identität ist eindeutig weiblich und umgekehrt. Ein Drittes gab es nicht. Transsexuelle Praxis und ihre diskursive Legitimation waren ein Wechselspiel von Behandlung und Forschung. Dass keine der Hypothesen zur Transsexualität bewiesen werden konnte, beflügelte die transsexuelle Praxis und heizte zumindest bis in die 1980er Jahre den Ätiologiediskurs an. Auf der Ebene der Ursachenforschung, also im Geschlechtsdispositiv, waren Transsexualität und Homosexualität eng miteinander verknüpft.

Die der medizinischen Konstruktion der Transsexualität zu Grunde liegenden Geschlechtertheorien oder Paradigmen der Geschlechtsbestimmung änderten sich. Der experimentelle Beginn der transsexuellen Praxis in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts stand im Zeichen der Geschlechtsdetermination durch die Keimdrüsen bzw. die Hormone. Die erste biologistische Ätiologiehypothese einer gegengeschlechtlichen Identität bezog sich auf das genetische Geschlecht, die Geschlechtschromosomen. Nach der Falsifizierung dieser Hypothese verflüchtigte sich das somatische Kriterium der Geschlechtsbestimmung in Mikrostrukturen, die genauso schwer zu beweisen waren wie frühkindliche prägende Eindrücke, die, so die neue Hypothese, gemeinsam mit den biologischen Faktoren die Entwicklung der Geschlechtsidentität bestimmen sollen. Die seit Mitte der 1960er Jahre im Legitimationsdiskurs gängige Hypothese einer multifaktoriellen Genese von Transsexualität postulierte als biologische Einflüsse primär pränatale neuroendokrinologische Faktoren. Die psychologischen Mechanismen waren bio-psychologischer oder ethologischer Natur. Dass ausgehend von der Behandlung und Erforschung von Intersexuellen die Geschlechtsidentität zum primären Kriterium der Geschlechtsbestimmung avanciert war, erweis sich als ideal für die Legitimation von Geschlechtsumwandlungen.

Die Vertreter dieses Legitimationsdiskurses waren zunächst eine kleine Minderheit in der

Ärzeschaft. Weder forschungsstrategischer Nutzen der transsexuellen Praxis, noch konservatives bipolares Geschlechtermodell, das Transsexuelle und operationsbereite Mediziner vertraten, noch das nicht psychotherapierbare Leiden änderten etwas daran, dass transsexuelle Wünsche von der Mehrzahl der Mediziner psychiatrisiert wurden. Gleichwohl setzte sich die ‚Gender-Identity-Bewegung‘, wie die eigendynamische Wechselwirkung zwischen gegenüber transsexuellen Wünschen aufgeschlossenen Ärzten und ihren transsexuellen Patienten genannt wurde,<sup>1</sup> durch und führte zur medizinischen Konstruktion der Diagnose Transsexualität.

## 11.1 Psychiatrisierungen transsexueller Wünsche: Von der Psychose zum Borderline-Syndrom

### 11.1.1 Journalistische Moden, willfähige Ärzte und enthemmte Transsexuelle

Die Gegner hormoneller und chirurgischer Eingriffe bei Transsexuellen meldeten sich verstärkt zu Wort, als Geschlechtsumwandlungen zu einem Thema in den Massenmedien wurden. Außer dem bereits erwähnten Fall Jorgensen 1953 erregte vor allem in England und Deutschland die Geschlechtsumwandlung von Robert(a) Cowell Aufsehen. Letztere veröffentlichte 1954 ihre Autobiographie, die bereits im selben Jahr in deutscher Übersetzung erschienen ist<sup>2</sup> und über die die Illustrierte *Stern* berichtet hat.<sup>3</sup> Die gestiegene Nachfrage nach Operationen machte Transsexuelle nicht nur interessant,<sup>4</sup> sondern zu einer Irritation, die einige Mediziner versuchten, auf ein „Zeichen der Zeit durch die verschiedenen Nachrichten in der Tagespresse“ zu reduzieren: „Es erscheint (...) ungeheuerlich, wenn diese ‚Umwandlungsoperationen‘ zur Modetorheit werden, so daß ein Millionär den Wunsch, ‚demnächst‘ Frau werden zu wollen, zum besten geben kann (,Neue Illustrierte‘, 15.5.1954), daß jene Christine Jörgensen zur ‚Frau des Jahres 1953‘ ernannt wird (,Neue Illustrierte‘, 21.3.1954) und daß schließlich in Paris die operative Geschlechtsumwandlung sogar zum Thema eines Spielfilmes gemacht wird (,Neue Illustrierte‘, 3.7.1954).“<sup>5</sup>

Ärzte, die transsexuellen Wünschen kooperativ gegenüberstanden, wurden zu Komplizen der Journaille erklärt: „der Transvestitismus in seiner aktiven Forderungsphase“ sei Folge „einer populären und auch ärztlichen Information über die Möglichkeiten der Chirurgie und Endokrinologie“.<sup>6</sup> Da jedoch die Mode und die Themen der Boulevardpresse wechselten, das transsexuelle Begehren aber blieb, wurde es wie bereits vor der „sensationellen dänischen Pseudo-Premiere“<sup>7</sup> als ein psychiatrisches *Symptom* diskutiert.

Zuerst in zwei Leserbriefen an die Herausgeber des *Journal of the American Medical*

---

<sup>1</sup> Pauly / Edgerton (1986), Aufsatztitel.

<sup>2</sup> Cowell (1954).

<sup>3</sup> Overzier (1955), S. 167.

<sup>4</sup> Worden / Marsh (1955), S. 1292.

<sup>5</sup> Overzier (1955), S. 167.

<sup>6</sup> Hofer (1961), S. 24. Zur den Operationsgedanken bestärkenden Wirkung von „entstellte(n) Zeitungsberichte(n)“ vgl.: Plate (1958), S. 37.

<sup>7</sup> Runte (1996), S. 405.

*Association*, in dem der Bericht über den Fall Jorgensen erschienen war, dann in einigen Aufsätzen wurden Ätiologie, Diagnose und chirurgische Behandlung der Transsexualität kritisiert. Es gebe keine objektiven Befunde, weder klinische noch Laborbefunde, die die Hypothese biologischer Intersexualität bei Transvestiten, wie Transsexuelle zu der Zeit häufig noch genannt worden sind, bestätigten.<sup>8</sup> Konstitutionelle Faktoren bei psychischen Krankheiten und sexuellen Perversionen seien nicht zu leugnen, doch könne nicht angenommen werden, „that a specific genotype will produce a specific perversion such as homosexuality, fetishism, or transvestism“.<sup>9</sup>

Ende des 19. Jahrhunderts sahen Kritiker der biologistischen Theorie der Homosexualität wie Schrenck-Notzing Westphal und dessen wissenschaftliche Nachfolger unter dem Einfluss der Urninge stehen. Auch jetzt hieß für die Kritiker, an eine biologische Ursache zu glauben, den subjektiven und tendenziösen Darstellungen der ‚Gestörten‘ zu folgen.<sup>10</sup> Doch im Unterschied zu Homosexuellen hatte der Glaube hier behandlungspraktische Konsequenzen: der Transsexuelle sei der einzige Perverse, „der mit Hilfe des Arztes die Realisation seiner Strebungen betreiben möchte“; die Operation sei der „Gipfel seiner Laufbahn“.<sup>11</sup> Jorgensens Ärzte hätten dessen Angaben zu seiner Kindheit und seinen Schwierigkeiten unkritisch übernommen.<sup>12</sup> Eine eingehende psychiatrische Untersuchung, selbst eine nicht psychoanalytische, hätte, da ist sich Wiedeman sicher, psychologische Faktoren der Abweichung von der normalen psychosexuellen Entwicklung enthüllt.<sup>13</sup> Und damit den Ansatzpunkt einer Psychotherapie. Die starke Abneigung der Transvestiten gegen eine psychiatrische Behandlung - ihre „auffallende Scheu vor Psychiatern“, weil sie ihre Krankheit für organisch hielten<sup>14</sup> – „should not lead us to compliance with the patient’s demands, which are based on his sexual perversion“.<sup>15</sup>

Das von Hamburger vorgebrachte ethische Argument der ärztlichen Hilfe<sup>16</sup> wurde ad absurdum geführt – es wurde gefragt, ob der Arzt auch den Todeswunsch eines Patienten erfül-

---

<sup>8</sup> Ostow (1953); vgl.: Gutheil (1954), S. 231; Overzier (1955), S. 167f.; Thomä (1957), S. 86; Lukianowicz (1959), S. 39; Randell (1959), S. 1451. Northrup formulierte passend, trotz mangelnder Beweise “the majority of specialists in this field have *felt* that there were organic causes [meine Hervorh.]”. (Northrup (1959), S. 332) Entsprechend auch die Kritik von Bowman / Engle, die allerdings trotz Hinweis auf die gegen Goldschmidts Intersexualitätstheorie sprechenden genetischen Tests bei Transsexuellen die Möglichkeit irgendeiner organischen Basis einkalkulieren. (Bowman / Engle (1957), S. 586.)

<sup>9</sup> Wiedeman (1953).

<sup>10</sup> Burchard (1961), S. 37.

<sup>11</sup> Burchard (1961), S. 37.

<sup>12</sup> Overzier meinte, bei einer effeminierten Entwicklung in der Kindheit seien oft "Ursache und Wirkung schwer auseinanderzuhalten". (Overzier (1955), S. 165.)

<sup>13</sup> Wiedeman (1953), S. 1167.

<sup>14</sup> Overzier (1955), S. 166.

<sup>15</sup> Wiedeman (1953), S. 1167. Ostow meinte, nur eine klassische Psychoanalyse könne einen therapeutischen Effekt haben. (Ostow (1953), S. 1553.)

<sup>16</sup> Die Hilfe war nicht als Geschlechtsumwandlung Jorgensens geplant, da sich diese erst durch die peu à peu durchgeführten Behandlungsschritte ergab.

len solle<sup>17</sup> – und die „surgical ‚treatment““ als der medizinischen Ethik widersprechend qualifiziert, auch wegen der Irreversibilität der Eingriffe.<sup>18</sup> Mitscherlich lehnte diese Operationen, die „der Anormalität den vollen körperlichen Ausdruck“ verschafften, frömmelnd als „Korrektur der Schöpfung“ ab.<sup>19</sup> Wie Hofers Formulierung von der Erlistung medizinischen Beistands<sup>20</sup> das transsexuelle Leiden am Geschlecht verhöhnnte, so machte Overziers paradoxer Gedankengang deutlich, dass es weniger um die medizinische Ethik als um die Sexualmoral ging: durch eine Operation werde „der Homosexualität Vorschub geleistet (...), da sich für den operierten Pat.[ienten] die Möglichkeiten in dieser Hinsicht vergrößern und letzte Hemmungen fallen“.<sup>21</sup>

Dass Psychotherapien fehlschlügen, liege meist an der unkooperativen Haltung der Transsexuellen und beweise nicht, dass das ätiologische Konzept falsch sei.<sup>22</sup> Die unkooperative Haltung Transsexueller wurde von psychiatrisch-psychoanalytischer Seite auch als indiskutabler Ausdruck eines Laienurteils qualifiziert, das die Objektivierbarkeit des transsexuellen Empfindens grundsätzlich verneint: „Der Patient ist nicht bereit, darüber zu sprechen, ob sein Wunsch, eine Frau zu werden, vernünftig und letztlich realisierbar sei. (...) Er hat (...) diese Tendenzen immer als etwas selbstverständlich Gegebenes und nicht Diskutierbares behandelt.“<sup>23</sup>

Operationsgegner hielten eine Elektroschocktherapie für eine wertvolle Ergänzung einer Psychotherapie<sup>24</sup> oder empfahlen eine psychoanalytische „Behandlung in einer geschlossenen Anstalt“, um deren Erfolgsaussichten durch „eine Nach- und Umerziehung“ zu vergrößern.<sup>25</sup> Mitscherlich verstieg sich in seiner Ablehnung von Geschlechtsumwandlungen zu dem Vorschlag – fünf Jahre nach Ende des Nazi-Terrors –, das Leiden an der Transsexualität durch das größere Leid einer Internierung zu relativieren: „Übrigens hätte eine Internierung mit ihren unvermeidlichen Härten möglicherweise dazu beitragen können, im Patienten das Erlebnis der Relativität seines Sexualstrebens zu anderen Sinn gebenden Lebenserfahrungen zu

---

<sup>17</sup> Ostow (1953), S. 1553. Ähnlich abstrus argumentierte Gutheil. (Gutheil (1954), S. 232) Dagegen stellten Worden / Marsh vergleichsweise moderat fest, dass chirurgische Eingriffe „more because of the desperate, pitiful state of the patients than on the basis of facts about the disorder“ durchgeführt worden seien. (Worden / Marsh (1955), S. 1292.)

<sup>18</sup> Lukianowicz (1959), S. 59f.

<sup>19</sup> Mitscherlich (1950/51a), S. 232f.

<sup>20</sup> Hofer (1961), S. 10.

<sup>21</sup> Overzier (1955), S. 167.

<sup>22</sup> Gutheil (1954), S. 238. Es sei, so Mitscherlich, "Mangel an Konsequenz des Urteils“, wenn der „einstweilige() Mißerfolg“ einer Therapie „durch ein Naturphänomen erklärt“ werde. (Mitscherlich (1950/51b), S. 475.)

<sup>23</sup> Solms (1952), S. 985.

<sup>24</sup> Lukianowicz (1959), S. 59. Liebman berichtete 1944 von einer Behandlung des Geschlechtsverwandlungswahns mittels Elektroschock. Er traktierte einen effeminierten und sich völlig weiblich fühlenden Homosexuellen mit Elektroschocks, dessen Psychose durch die Eigenschaften „overactive, overtalkative, euphoric, grandiose, (...) argumentative“ und eine rege Schreibtätigkeit (er formulierte u. a. seine Heiratsphantasien) charakterisiert wurde. Nach der „Behandlung“ blieb die Homosexualität des Patienten jedoch bestehen (Liebman (1944).)

<sup>25</sup> Thomä (1957), S. 121.

fördern, wozu wohl seine ‚bürgerliche Freiheit‘ ihn nicht gelangen ließ. Auch dazu haben wir vergleichsweise Erfahrungen aus der im Gefängnis durchgeführten Behandlung verurteilter Perverser (von der breiten Erfahrung sexuell normaler Menschen in Konzentrations- und Kriegsgefangenenlagern ganz zu schweigen).“<sup>26</sup>

Andere Ärzte erwogen für den Fall, dass eine Psychotherapie als Behandlung der ärztlichen Wahl abgelehnt wurde, pragmatisch eine hormonelle Kastration als Teillösung des Problems von „sexually deviant individuals“.<sup>27</sup> Eine Lösung sollte offenbar über den traditionellen Weg einer (erhofften) Reduktion des Geschlechtstriebes herbeigeführt werden. Andere Operationsgegner sprachen sich für das seit Hirschfelds Zeiten bewährte Mittel aus, Männern behördlicherseits das Tragen weiblicher Kleidung zu gestatten<sup>28</sup> (für Frauen hatte sich das Problem dank der Modeentwicklung zwischenzeitlich entschärft). David Cauldwell dachte bereits 1949 langfristig und hoffte, dass in einem Vierteljahrhundert Möglichkeiten einer erzieherischen Prophylaxe zur Verfügung stehen werden.<sup>29</sup> Lukianowicz hoffte auf eine andere Form des chirurgischen Eingriffs: er hoffte, dass die ‚Behandlung‘ zerebraler Zentren „all the horrors of castration, peotomy, and ‚creation of an artificial vagina““ zum Verschwinden bringen werde.<sup>30</sup>

### *11.1.2 Transvestitismus, Schizophrenie, Paranoia Transsexualis*

Allen Kritikern von Geschlechtsumwandlungen gemeinsam war, dass sie die medizinische Konstruktion von Transsexualität als einer nosologischen Entität ablehnten. Transsexualität sei keine Diagnose, sondern selber nur Symptom verschiedenster Störungen. Mit der gleichen Argumentation lehnte die Psychiatrie im 19. Jahrhundert Ulrichs‘ Konstruktion mann männlicher Liebe ab und erklärte diese als ‚konträre Sexualempfindung‘ zu einem Symptom eines neuro-/psychopathologischen Zustands. Für Transsexualität sei exemplarisch die Aufstellung von Charles Socarides, der psychoanalytische Gegner von Stoller, genannt. Der Wunsch nach Geschlechtsumwandlung könne auftreten bei: Neurotikern, die ihre männliche oder weibliche Rolle fürchten; Homosexuellen, die mit ihrer biologisch-anatomischen Rolle nicht zurecht kommen; Transvestiten, die sich nicht damit zufrieden geben, die Kleidung des anderen Geschlechts zu tragen; bei Schizophrenen, als Versuch „to find some relief from deep and terrifying unconscious mental conflicts“; bei schizophrenen Homosexuellen und Transvestiten (mit Selbstamputationsversuchen in akut psychotischen Phasen); bei intersexuellen Patienten. Bei Neurotikern, Homosexuellen und Transvestiten könne dieser Wunsch bewusst oder unbewusst sein.<sup>31</sup>

Psychoanalytiker betrachteten den Wunsch, eine Frau zu sein, zunächst als Symptom der

---

<sup>26</sup> Mitscherlich (1950/51b), S. 476.

<sup>27</sup> Bowman / Engle (1957), S. 587f. “Surgical transformation (...) plays into the patient's illusions and does not really solve the problem.” (ebd.)

<sup>28</sup> Bürger-Prinz / Albrecht / Giese (1953), S. 41; vgl.: Plate (1958), S. 17.

<sup>29</sup> Cauldwell (1949), S. 280.

<sup>30</sup> Lukianowicz (1959), S. 60.

<sup>31</sup> Socarides (1969), S. 1419; deutsche Übersetzung zum Teil nach: Springer (1981), S. 93.

Neurose des Transvestitismus.<sup>32</sup> Sie ließen sich nicht durch die Tatsache irritieren, dass Transsexuelle mit dem Wunsch nach Geschlechtsumwandlung die Kastration einforderten, die Transvestiten ihrer Meinung nach verleugneten.<sup>33</sup> Der Transvestit, der statt mit der Mutter/Frau mit deren Kleidern verkehre, die symbolisch den Penis ersetzen, habe „den Glauben an die phallische Natur der Frau nicht aufgeben können, sich aber außerdem mit dieser phallischen Frau identifiziert“.<sup>34</sup> Die fetischistische Leugnung der Kastration stelle eine Abwehr des Ich dar, die weibliche Identifizierung einen Erfolg des ursprünglichen Triebes in verkleideter Form („I love my mother in me“). Das Über-Ich des Transvestiten verlange Bestrafung, da das Ausagieren der Mutteridentifizierung für ihn eine inzestuöse Bedeutung habe. Schuldgefühle und masochistische Verhaltensweisen resultierten.<sup>35</sup> Vor diesem Hintergrund wurden Wünsche nach Geschlechtsumwandlung von Männern psychoanalytisch erklärt.

Die Operation wurde als Mittel kritisiert, die jeder Neurose inhärenten Schuld- und Angstgefühle und die sozialen und gesetzlichen Beeinträchtigungen der Befriedigung des neurotischen Wunsches zu überwinden. Doch eine neurotische Befriedigung ohne Angst und Schuld war psychoanalytisch gewissermaßen nicht vorgesehen: „If such a man can have his genital removed, he will (a) gratify his neurotic wish, (b) obtain legal sanction for his dressing as a woman, and (c) diminish a certain amount of his guilt (...), since he believes that he is no longer pretending to be what he is not.“<sup>36</sup>

Das Zurschaustellen der phallischen weiblichen Kleidung könne für einen Transvestiten den Besitz eines Penis überflüssig machen. Der Wunsch, kastriert zu werden – die Kastration ist die psychoanalytisch entscheidende Operation –, zeige seinen ausgeprägten Masochismus,<sup>37</sup> der auch zu Autokastrationsversuchen führen kann.<sup>38</sup>

Dass Jorgensen kein Bedürfnis nach Sex mit Männern habe – es wurde zunächst nicht vaginalplastisch operiert – und darüber hinaus keine mütterlichen Interessen zeige, widerlegte für Ostow die von Hamburger vorgebrachte Legitimation der Geschlechtsumwandlung. Der Patient wolle weder sozial noch sexuell als Frau leben, sondern nur so aussehen: „one symptom of the neurosis is the wish to view and exhibit himself as a woman.“<sup>39</sup> Bei Emil Gutheil,

---

<sup>32</sup> Ostow (1953), S. 1553.

<sup>33</sup> Auf dieses theoretische Problem wiesen Worden / Marsh hin, die vor allem deswegen Geschlechtsumwandlungswillige nicht als „ordinary transvestites“ klassifizierten. (Worden / Marsh (1955), S. 1292f.) Vgl.: Hofer (1961), S. 17. Für Wilhelm Stekel war Transvestitismus schlicht maskierte Homosexualität. (Stekel (1912), S. 370.)

<sup>34</sup> Fenichel (1930), S. 23. Der „transvestitische Akt“ habe vor allem einen fetischistischen objekterotischen und einen narzißtisch homosexuellen Sinn. (ebd.) Vgl.: Gutheil (1954), S. 237; Thomä (1957), S. 118f.

<sup>35</sup> Hora (1953), S. 268f.; vgl. Carp, der „die narzistische Befriedigung“ durch die „Introjektion“ der „Mutter-Imago“ als „eine inzestuöse“ interpretiert. (Carp (1928), S. 612.)

<sup>36</sup> Ostow (1953), S. 1553.

<sup>37</sup> Gutheil (1954), S. 237; Wiedeman (1953), S. 1167.

<sup>38</sup> So in einem von Grotjahn berichteten Fall eines Transvestiten, der drei Autokastrationsversuche unternommen und sich schon in die medizinische Literatur zur postoperativen Hormonbehandlung eingelesen hatte (Grotjahn (1948).)

<sup>39</sup> Ostow (1953), S. 1553. Wenn Transsexuelle nicht nur ihrem Wunschgeschlecht „bis zu einem gewissen Grad ähnlich“ sehen wollten, wurde ihnen umgekehrt mangelnde Realitätsprüfung vorgehalten: „die Über-

der den geringen Stellenwert der Sexualität durch die narzisstische Struktur von Transvestitismus *und* Transsexualität erklärte, hieß das Spiegel-Komplex: „A transvestite does not ‘want to be a woman’. He wants to see himself and be seen by others as a woman.“<sup>40</sup> Da die Operation das Problem nur bildhaft löse<sup>41</sup> – nur am Symptom, nicht an der Ursache laboriere –, wurde bezweifelt, dass die durch narzisstischen und exhibitionistischen Gewinn erreichte „artificial euphoria“ postoperativer Transsexueller lange anhält. Früher oder später werde der operierte Transvestit wieder unglücklich werden, vielleicht noch unglücklicher als zuvor: „Without venturing into the field of prophecy one can say that the patient’s guilt feelings, unresolved, (...) may ‘catch up’ with the patient one day - and there is nothing left to castrate away.“<sup>42</sup>

Die geschlechtsumwandelnde Operation lässt die transvestitische Verdopplung der Person, emblematisch in der Spiegelsituation, zusammenfallen. Das kann für Psychoanalytiker nicht gut gehen. Wiedeman spekulierte, inspiriert durch das Vorkommen von Selbstverstümmelungen bei Schizophrenie, der Kastrationswunsch könne das einzige Symptom eines zugrundeliegenden schizophrenen Prozesses sein.<sup>43</sup> Er stellte damit transsexuelle Wünsche in die psychiatrische Tradition des „Geschlechtsverwandlungswahn(s)“,<sup>44</sup> den schon Krafft-Ebing beschrieben hatte – eine Tradition, die sich bis zur Psychiatrie des frühen 19. Jahrhunderts zurückverfolgen lässt.<sup>45</sup> Bei Inversionsgefühlen könnten, so Carp 1928, „Störungen im Wahrnehmungs- oder Vorstellungsleben in bezug auf den eigenen Körper“ auftreten, da das „Männlichkeitsbewußtsein (...) das körperliche wie das seelische Ich“ umfasse und das „Leib-Bewußtsein“ zum Ich- wie zum Gegenstandsbewusstsein gerechnet werden könne.<sup>46</sup>

Bei einem Transvestiten waren die Gefühle körperlicher Veränderungen in der Spiegelsituation – er geriet „in einen sexuellen Rauschzustand“ und sah „sein Ebenbild im Spiegel völlig als Frau“ – Anhaltspunkt der Diagnose schizophren.<sup>47</sup> Bei einem passiven Homosexuellen, der „schon als Kind (...) regelmäßig das Verlangen“ hatte, „Frau zu sein“, reichte zu dieser Diagnose aus, „in seiner eigenen Persönlichkeit stets ein ‚weibliches Stück‘“ zu fühlen und

---

legung, daß es praktisch unmöglich ist, aus einem Mann eine Frau zu machen und umgekehrt, wird nicht angestellt.“ (Solms (1952), S. 985.)

<sup>40</sup> Gutheil (1954), S. 233; vgl.: Burchard (1961), S. 15.

<sup>41</sup> Psychoanalytiker waren dementsprechend vom medizinisch-technischen Fortschritt nicht begeistert und betonten die Unveränderlichkeit des (genetischen) Geschlechts: operative und hormonelle Eingriffe erzeugten nur die Illusion, zur Frau geworden zu sein. (Greenberg [u. a.] (1960), S. 203.)

<sup>42</sup> Gutheil (1954), S. 238; vgl.: Ostow (1953), S. 1553.

<sup>43</sup> Wiedeman (1953), S. 1167.

<sup>44</sup> Carp (1928), S. 605.

<sup>45</sup> Vgl. z. B. Friedreich, der solche Fälle als Seelenkrankheit eingeordnet und mit der von Hippokrates überlieferten „Krankheit der Skythen“ verglichen hatte: „Scythen, die sich wie Weiber betragen, (...) und Unmänner (...) genannt werden“. (Friedreich (1965 [1830]), S. 31) Esquirol ordnete den Fall einer Frau, die sich nach dem Tod ihres Gatten für einen Mann hielt, der „Dämonomanie“ zu. (Esquirol, Etienne: *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. 1. Band. New York 1976. Reprint der Ausgabe 1838; hier: S. 523f.; zit. nach Runte (1996); S. 196.)

<sup>46</sup> Carp (1928), S. 615.

<sup>47</sup> Carp (1928), S. 610.

„Phantasien über das Kindergebären zu haben“.<sup>48</sup> Ein Familienvater wurde als schizophren diagnostiziert, weil er die Idee hatte, er sei seit seiner Zeugung eine Mischung aus Mann und Frau und wechsele nun sein Geschlecht über das obligatorische hermaphroditische Stadium, ein Stadium, das er mit medizinischer Hilfe überspringen möchte.<sup>49</sup> Dass dessen Idee zeitgenössische biologische Hypothesen aufgriff,<sup>50</sup> war für die Diagnose genauso unerheblich wie der erfolgreiche ‚Alltagstest‘ eines anderen Mannes, der sich von Frau und Kindern getrennt hatte, seitdem asexuell als Frau, d. h. weiblich gekleidet, lebte und einer hausälterischen Beschäftigung nachging. Dem Betreffenden, der unter Hodenatrophie litt, wurde sein Eindruck, weder Mann noch Frau, sondern dazwischen oder kastriert zu sein, zur Wahnidee einer Geschlechtsumwandlung erklärt.<sup>51</sup>

Pauly schlug 1965 für das Phänomen den Begriff „Paranoia Transsexualis“ vor, denn Transsexuelle wären häufig davon überzeugt, wirklich eine Frau zu sein. Sie bewegten sich auf dem Spektrum der paranoiden Psychose zwischen „better encapsulation“ des paranoiden Pols und Disorganisation des paranoid-schizophrenen Pols.<sup>52</sup> Für Randell waren Mann-zu-Frau-Transsexuelle „anatomical males with obsessional beliefs or over-valued ideas that they are female; and therefore psychiatrically abnormal.“ Ein phänotypischer Mann könne keine weibliche Psyche haben.<sup>53</sup> Eine operative Geschlechtsumwandlung sei kein Schritt zur wahren Weiblichkeit, sondern eine neutralisierende Prozedur; Transsexuelle seien tatsächlich nichts weiter als kastrierte Männer.<sup>54</sup> Guze sieht Transsexualität als einen Depersonalisierungsprozess an. „The psychologically crippled male can escape into the rationalization of the malformed woman by denying the male“<sup>55</sup> (für Frau-zu-Mann-Transsexuelle vice versa). Auf Grund ihres Gefühls, nicht dem kulturellen Geschlechterbild zu entsprechen, schlössen Transsexuelle, dass sie das jeweils andere Geschlecht sein müssten. Es finde eine Persönlichkeitsspaltung statt, bei der sich der Transsexuelle selbst zerstören müsse, damit sein gegengeschlechtliches Bild überleben könne: „the transsexual perceives himself as a woman imprisoned in the male body which he experiences, or vice versa.“<sup>56</sup>

Die Psychogenese weiblicher Transsexualität ergab sich psychoanalytisch auf der Basis des phallischen Primats – „Freud’s transsexual theory of female sexuality“<sup>57</sup> – gewissermaßen

---

<sup>48</sup> Carp (1928), S. 613f.

<sup>49</sup> Fortineau / Vercier [u. a.] (1939), S. 52f.

<sup>50</sup> Runte (1996), S. 197.

<sup>51</sup> Fortineau / Vercier [u. a.] (1939), S. 54f.

<sup>52</sup> Pauly (1965), S. 176.

<sup>53</sup> Randell (1969), S. 367.

<sup>54</sup> Randell (1969), S. 375.

<sup>55</sup> Guze (1969), S. 174.

<sup>56</sup> Guze (1969), S. 175.

<sup>57</sup> Stoller (1968a), S. 58. Lothstein meinte, auch wenn Freud Transsexualität nicht diskutierte, könnten Männlichkeitskomplex und Penisneid zur Erklärung von einigen Fällen von Frau-zu-Mann-Transsexualität genommen werden. (Lothstein (1983), S. 183.)



wie von selbst. Auf der Grundlage der Hypothesen des Penisneids und des Männlichkeitskomplexes erklärte Gutheil 1923 das Mannseinwollen von Frauen zur „überwertigen Idee“, zum „parapathischen Zwang Mann zu sein“.<sup>58</sup> 1953 führte Barahal nach der Psychoanalyse einer Patientin mit Männlichkeitsdrang die Genese weiblicher Transsexualität auf eine nicht überwundene präödiipale Mutterbindung zurück und behauptete, dass präödiipale Faktoren bei sehr abhängigen, passiven, unreifen wie auch bei schizoiden und schizophrenen Personen entscheidend seien.<sup>59</sup>

### *11.1.3 Konstitutionelle Psychopathie, Abwehr einer Psychose, Borderline-Syndrom*

Manchmal konnten Mediziner aber bei transsexuellen Patienten beim besten Willen keinen Wahn diagnostizieren. Olkon / Sherman würden einen Geschlechtsumwandlungswilligen, der nicht nur von einer Sissyboy-Kindheit, sondern auch von (menstruations-)periodischen Kopfschmerzen und schlaflosen Nächten berichtete,<sup>60</sup> gern als schizophren diagnostizieren. Doch trotz dessen mangelnder Einsicht in die Absurdität seiner Ansinnen, vom Arzt der Psychiatrischen Klinik ein Gutachten, das seine Weiblichkeit bestätigt, und die Amputation seiner Genitalien und die Konstruktion einer Vagina zu verlangen, schrieben sie: „Yet we could not discover in his crude depersonalization any evidence of delusion, hallucination or actual splitting of personality. We, therefore, prefer to consider this absurdity not as a classical schizophrenic personality but rather to relegate his behavior to a form of psychopathic trends.”<sup>61</sup>

Insbesondere in der nicht psychoanalytisch orientierten Psychiatrie war konstitutionelle Psychopathie bei Patienten mit transsexuellen Wünschen die Alternativdiagnose zum Geschlechtsverwandlungswahn bzw. zur Schizophrenie. Die Psychopathologisierung Transsexueller stand in der Tradition der Sexualpathologie des 19. Jahrhunderts. Olkon / Sherman stellten zu ihrem Patienten fest, der sich nicht um die öffentliche Meinung kümmern und sich durch nichts von seinem Lebensstil abbringen lassen wolle: „His lack of social responsibility and emotional bizarreness are characteristics of the psychopath but in this instance they were shown to be extreme.“<sup>62</sup> Cauldwell verallgemeinerte seine Einzelfalldiagnose einer Patientin<sup>63</sup>

---

<sup>58</sup> Gutheil (1923), S. 569, 550.

<sup>59</sup> Die Patientin habe sich schon als Kind als Junge gefühlt und Jungenkleidung getragen. Aufgrund der nicht überwundenen starken präödiipalen Mutterbindung sei ihre Homosexualität überdeterminiert: „Female transvestism, therefore, is not a manifestation of homosexuality but of a drive for masculinity.“ (Barahal (1953), S. 393, 437f.).

<sup>60</sup> Olkon / Sherman (1944), S. 160f.

<sup>61</sup> Olkon / Sherman (1944), S. 165. Auch Worden / Marsh konnten, obwohl ihnen das Geschlechtsumwandlungsbegehren der fünf von ihnen untersuchten Mann-zu-Frau-Transsexuellen nicht geheuer war – „they are going around literally beseeching anyone to completely destroy their genitals“ –, keine Psychose „in any ordinary sense of the word“ diagnostizieren. (Worden / Marsh (1955), S. 1292.)

<sup>62</sup> Olkon / Sherman (1944), S. 165.

<sup>63</sup> Cauldwells Patientin, eine der wenigen weiblichen Fälle in der Frühphase des Diskurses der Transsexualität, wusste nach einem fehlgeschlagenen Selbstnormalisierungsversuch in einem College für Frauen genau, was sie wollte: Brustamputation, Entfernung der Eierstöcke, Verschluss der Vagina, eine Phalloplastik und männliche Hormone. (Cauldwell (1949), S. 278) Cauldwells Behauptung, ein künstlicher Penis habe nur einen kosmetischen Effekt, wurde vom Herausgeber der Zeitschrift relativiert: diese seien „biologically effective“ - allerdings nur bei Männern (Kriegsverstümmelungen). (ebd.)

zum Bild von Transsexuellen als amoralische und antisoziale Psychopathen: deren Psychopathie manifestiere sich „in such practices as seduction, parasitism, violation of the social codes (...), frequently kleptomania and actual thievery, pathological lying, and other criminal and unsocial tendencies“.<sup>64</sup>

Im zitierten Text von 1949 prägte Cauldwell für das in Frage stehende Phänomen den Begriff „psychopathia transexualis“. Er stellte sich damit nicht in die Tradition Hirschfelds, der bereits 1923 – allerdings nicht im Zusammenhang von Wünschen nach Geschlechtsumwandlung – von „seelischem Transsexualismus“ gesprochen hatte,<sup>65</sup> sondern in die Tradition Krafft-Ebings. Für diese psychische Krankheit machte Cauldwell die hereditäre Konstitution und vor allem ungünstige Einflüsse in der Kindheit – er nannte übermäßig nachsichtige Eltern – verantwortlich.<sup>66</sup> Olkon / Sherman sprachen von einem „original, constitutional emotional defect“.<sup>67</sup> Bürger-Prinz [u. a.] postulierten eine pathologische Konstitution als „fruchtbaren Boden“, den sie durch „eine Labilität im Charaktergefüge“ charakterisierten.<sup>68</sup>

Für die Differenzierung von Transsexualität und Psychose einflussreich war erste größere Überblicksarbeit zur Transsexualität von Lukianowicz. Dieser stellte 1959 fest,<sup>69</sup> dass die Kombination von Transvestitismus bzw. Transsexualität und Psychoneurose oder Psychose zufällig sei. Auch Transsexuelle seien nicht immun gegen psychische Krankheiten, entwickelten diese beispielsweise *reaktiv*, wenn sie ihrem Drang nicht nachgeben könnten. Als einzig möglichen ätiologischen Zusammenhang postulierte er, dass ein Verlust moralischer und sozialer Hemmungen bei einer psychopathischen Persönlichkeit unerwünschtes Verhalten und antisoziale Tendenzen entstehen lasse. Gegenüber dem temporären Hemmungsverlust bei einer Psychose sei dieser bei einer Psychopathie wie der Transsexualität permanent.<sup>70</sup>

Im selben Jahr veröffentlichte Gordon Northrup einen Fallbericht, in dem er nicht den transsexuellen Wunsch als psychotisch qualifizierte, sondern Transsexualität als Abwehr einer Psychose interpretierte. Der bereits seit Jahren als Frau lebende Transsexuelle habe sozialen Erfolg<sup>71</sup> und seine zwischenmenschlichen Beziehungen seien nur wenig gestört – obwohl psychologische Tests schwere Störungen anzeigten und er eine „quasidelusional defense (transvestism)“ benutze. Das erklärte sich Northrup dadurch, dass sein Patient seinen Wahn in

---

<sup>64</sup> Cauldwell (1949), S. 280.

<sup>65</sup> Hirschfeld (1984 [1923]), S. 15.

<sup>66</sup> Cauldwell (1949), S. 280.

<sup>67</sup> Olkon / Sherman (1944), S. 166.

<sup>68</sup> Bürger-Prinz / Albrecht / Giese (1953), S. 31. Eine Spezifizierung psychogenetischer Faktoren der Transsexualität erübrigte sich für Bürger-Prinz [u. a.], da sie die „Entstehung von Perversionen und Süchten überhaupt“ in einen Topf werfen. (a.a.O., S. 31f.) Vgl.: Bürger-Prinz / Weigel (1940), S. 142.

<sup>69</sup> Im gleichen Jahr erschien der vergleichsweise kurze Überblick von Randell. (Randell (1959).)

<sup>70</sup> Lukianowicz (1959), S. 54; vgl. Randell: “Thought disorder in the schizophrenic sense did not appear, and the occasional delusion of shrinkage of unwanted organs and change of stature appeared to be motivated interpretation and fantasy. The condition is to some extent associated with other forms of psychopathic behavior.” (Randell (1959), S. 1451.)

<sup>71</sup> Den Erfolg machte Northrup nicht nur an Heim, männlichem Lebenspartner und Geld, sondern auch daran fest, dass jener zu den wenigen gehört, denen in den USA zumindest die Kastration erlaubt worden ist. (Northrup (1959), S. 335f.)

die Gruppe projiziere: durch die Tendenz anderer, den transsexuellen Wahn zu unterstützen, werde dieser für den Patienten *und für andere* weniger sichtbar. Dadurch werde es unwahrscheinlich, dass der Patient von einer Psychotherapie profitiert: „Both the patient and the other members of his interpersonal situations acted *as if* he were a woman: (...) they were not confronting him with reality [meine Hervorh.].“<sup>72</sup>

Diese beiden Texte markieren die in den 1960er Jahren beginnende Tendenz, Transsexualität nicht per se als Psychose zu qualifizieren.<sup>73</sup> In diesem Sinne seiner Zeit voraus war Solms, der bereits Anfang der 1950er Jahre selbst „Trugwahrnehmungen“ einer Frau nicht als Psychose diagnostiziert hat. Er erklärte deren zeitweise auftretendes Gefühl, einen Penis zu haben, durch die Stärke des Wunsches, so dass die „Wunscherfüllungsphantasien zeitweilig nicht mehr auf ihre Realität geprüft würden“.<sup>74</sup> Selbst in Fällen von genitaler Selbstverstümmelung diagnostizierte Solms nicht notwendig eine Psychose. Er habe bei einem Geschlechtsumwandlungswilligen, der „nach ruhiger Überlegung und (...) unter möglicher Wahrung der Asepsis und Schutz vor einem übermäßigen Blutverlust sich selbst den Penis abgehackt“ hat, „keinerlei Anhalte für ein psychotisches Geschehen“ feststellen können.<sup>75</sup> Solms führte genitale Selbstverstümmelungen in nicht-psychotischen Fällen auf eine „neurotische (...) Nichtakzeptierung der eigenen Geschlechtszuordnung“, die er als „Angst vor der eigenen Sexualität“ deutete, zurück, gepaart mit einer Schwäche der Ich-Funktion (mangelnde Selbsterhaltungsfunktion und Realitätsprüfung).<sup>76</sup>

Die „phänomenologischen Differenzqualitäten zwischen Transsexualismus und Psychose“ wurden allerdings später, so Runte, „durch die ätiologische Inanspruchnahme psychoanalytischer Denkmodelle klinisch teilweise revidiert“.<sup>77</sup> Ein frühes Beispiel dafür gaben Greenberg [u. a.] 1960. Sie hielten die bislang gegebenen psychoanalytischen Erklärungen des Emaskulationswunsches für nicht plausibel und stellten die durch transvestitische Frauenmörder illustrierte Hypothese auf, dass „emasulation in transsexualities may be a defense against homicide directed especially toward the mother figure or mother-surrogates“.<sup>78</sup>

Diskursgeschichtlich wichtig hinsichtlich dieser Revidierung waren die Vertreter der Hypothese, Transsexualität diene der Abwehr von Homosexualität, allen voran Charles Socarides. Für Socarides war der männliche Transsexuelle ein effeminierter Homosexueller, der sich

---

<sup>72</sup> Northrup (1959), S. 336.

<sup>73</sup> Ein Beispiel für den medizinischen Diskurs in Deutschland war Hofer, der meinte, „das simultane Vorkommen von Transvestitismus und Psychose ist wohl relativ selten“. (Hofer (1961), S. 21) Er hob „die ständige Aktualität der Diskrepanz zwischen somatischem Geschlecht und gewünschter Geschlechtsrolle“ hervor. (a.a.O., S. 11.)

<sup>74</sup> Solms (1952), S. 985. Den Glauben eines Transsexuellen (12. Fall im zitierten Text), seit seiner passiven Beziehung zu einem Homosexuellen „habe eine ‚Geschlechtsumwandlung‘ bei ihm eingesetzt“, sowie die Mitteilung eines anderen Falles (13. Fall des zitierten Textes), seine Brüste hätten zu wachsen begonnen, als er in der Zeitung von einer Geschlechtsumwandlung gelesen habe, lässt der Endokrinologe Overzier unkommentiert. (Overzier (1955), S. 162f.)

<sup>75</sup> Solms (1952), S. 984.

<sup>76</sup> Solms (1952), S. 985f.

<sup>77</sup> Runte (1996), S. 198.

<sup>78</sup> Greenberg [u. a.] (1960), S. 210, 234.

an die Vorstellung klammere, sein Geschlecht durch den psychotischen Mechanismus der Verleugnung, mit Hilfe chirurgischer Maßnahmen, zu verändern. Sein Wunsch nach Geschlechtsumwandlung solle seine Homosexualität beseitigen und die Schuld an der homosexuellen Objektwahl mildern. Transsexualität diene der Abwehr einer paranoiden Psychose, die durch die Angst auslösenden homosexuellen Beziehungen drohe.<sup>79</sup>

In der Tradition von Socarides qualifizierte der Psychoanalytiker Springer 1981 Transsexualität als „kranke Homosexualität“. Männliche Transsexuelle sah er als Nachfahren der Ulrichs'schen Urninge. Transsexualität und Homosexualität könnten unter dem Begriff ‚konträge Sexualempfindung‘ zusammengefasst werden.<sup>80</sup> Der männliche Transsexuelle richte die gesellschaftliche Ablehnung von Homosexualität gegen sich selbst, so dass er seine Identitätsproblematik nicht symbolisch lösen könne:<sup>81</sup> „So bedarf er der heterosexuellen Mimikry, um sich seine homosexuellen Triebwünsche zu ermöglichen.“<sup>82</sup> Transsexualität war für Springer „zumindest als ‚Borderline-Geschehen‘, wenn nicht als psychotischer Prozeß aufzufassen“. Bei diesen Patienten seien ein „zumindest partielle(r) Realitätsverlust“ und „Elemente wahnhafter Verarbeitung“ und „wahnhaften Erlebens“ festzustellen. „Der Transsexuelle (...) gestaltet zwar sein Selbst in der Welt nicht halluzinatorisch oder illusionär um, (...) die realen Gegebenheiten werden nicht in psychotischer Weise umerlebt, andererseits versucht er jedoch, (...) Hilfe in Anspruch zu nehmen, daß seine innere Realität zur äußeren Realität werde.“<sup>83</sup> Die für den psychotischen Prozess bestimmende innere Realität sei bei Transsexuellen und Psychotikern gleich. Der Unterschied bestehe darin, dass in der Psychose der äußere Leib unverändert bleibe, während dessen er im Fall der Transsexualität „im Dienste der inneren Realität umgestaltet werden soll“.<sup>84</sup>

Auch Dienes, der 1973 die Genese von Frau-zu-Mann-Transsexualität auf eine nicht überwundene präödpale Mutterbindung zurückführte, revidierte teilweise die Differenzierung von Transsexualität und Psychose. Er interpretierte eine transsexuelle Entwicklung als Übersteigerung des Männlichkeitskomplexes. Es finde eine neurotische Verarbeitung des Penisneides statt und das Mädchen identifiziere sich mit dem als omnipotent vorgestellten Vater. Männlichkeitswünsche von Frauen seien einerseits als neurotisch zu qualifizieren, da sie sich mehr auf das soziale Gebiet bezögen.<sup>85</sup> Andererseits seien sie eine Perversion aufgrund der engen Verbindung zur Homosexualität und eines auf den imaginierten gegengeschlechtlichen Kör-

---

<sup>79</sup> Socarides (1969), S. 1423. Für Desirat traf Socarides Behauptung nur für sekundäre Transsexuelle zu. (Desirat (1982), S. 133.)

<sup>80</sup> Springer (1981), S. 122.

<sup>81</sup> Springer (1981), S. 146f.

<sup>82</sup> Springer (1981), S. 230. Springer verstieg sich zur Formulierung, „die Unterstützung und Erfüllung ‚transsexueller‘ Wünsche homosexueller Männer“ sei ein „Versuch einer Art ‚Endlösung‘ der männlichen Homosexualität“. (Springer (1981), S. 239.)

<sup>83</sup> Springer (1981), S. 149.

<sup>84</sup> Springer (1981), S. 149.

<sup>85</sup> Frau-zu-Mann-Transsexuelle hätten eine gesteigerte Sensibilität für die gesellschaftliche Benachteiligung der Frau. (Dienes (1973), S. 90) Die Weiblichkeitswünsche von Männern dagegen würden der privaten sexuellen Sphäre entspringen. (a.a.O., S. 6f.)

per bezogenen Narzissmus.<sup>86</sup> Aufgrund einer wahnhaften Leugnung der Realität und einer magischen illusionierten Umdeutung des eigenen Körpers und der Seele (Frau-zu-Mann-Transsexuelle empfänden ihren Körper bzw. ihre weiblichen Geschlechtsmerkmale als Makel und fühlten sich minderwertig) sah Dienes die Störung von Geschlechtsidentität, Körperbild und Körpererfahrung in der Nähe der narzisstischen Neurose im Sinne der Psychose.<sup>87</sup>

Waren aufgrund der in den Kasuistiken registrierten Symptome die Diagnosen Psychose und Schizophrenie problematisch geworden, so konstruierten Psychiater im Folgenden Transsexualität als Borderline-Syndrom. Dieses wurde charakterisiert als eine stabile, pathologische Ich-Struktur auf der Grenze zwischen einer neurotischen und psychotischen Struktur.<sup>88</sup> Northrup betonte schon 1959 in Hinblick auf seinen Fall: "Although he did not appear to be acutely psychotic, there were many indications of marked schizoid and paranoid tendencies."<sup>89</sup> Der Wunsch nach Geschlechtsumwandlung wurde zum Hauptsymptom einer die gesamte Persönlichkeit determinierenden Pathologie erklärt.

Burchard charakterisierte die „abnorme bzw. psychopathologische Persönlichkeitsstruktur“ von Transsexuellen durch eine hysterische Persönlichkeitsverfassung,<sup>90</sup> psychosexuelle Infantilität (Verkümmerung intimer Sozialbezüge schon in frühester Kindheit neben einem Persistieren frühinfantiler Identifikationshaltungen) und einen biologisch-sexuellen Autismus (bis zur Anorgasmie), der die „zwischenmenschlichen Kontakte in direkter Proportion zum Grade ihrer Intimität blockiert“.<sup>91</sup> Transsexualität qualifizierte er als „gemeinsame Endstrecke (...) abnormer sexueller Entwicklungen“ und als „eine Erfüllung und Radikallösung des Transvestitismus“.<sup>92</sup> Als Psychodynamik postulierte Burchard, dass aus dem vereitelten „Habenwollen“ des anderen Geschlechts ein das Objekt introjizierendes „Seinwollen“ werde.<sup>93</sup> Der Transvestit sei sich „als Verwandelter selbst genug“, er sei „narzißtischer als der Narzißt selbst (...), denn das Spiegelbild ist diesem noch ferner, als jenem die auf den eigenen Leib imaginierte Frauengestalt“.<sup>94</sup> Burchards pathogenetischem Modell lag der heterosexuelle (männliche) Transvestit zugrunde; „auf das gleiche (Origo-)Geschlecht fixierte ‚heterosexuel-

---

<sup>86</sup> Dienes (1973), S. 15, 102.

<sup>87</sup> Dienes (1973), S. 104. Die männliche Identifizierung von Frau-zu-Mann-Transsexuellen diene als Abwehr 1. gegen den Verlust der mütterlichen Liebe und gegen die narzisstische Kränkung durch die Liebesversagung, 2. gegen eine zu große Abhängigkeit von der Mutter, die sich mit der Selbständigkeit des Ichs nicht vertrage, und 3. gegen die Bedrohung durch den Mann. (a.a.O., S. 84.)

<sup>88</sup> Eicher (1992), S. 49. Vgl. die ausführliche Darstellung zur Diagnose „Borderline-Pathologie“ nach Kernberg in Sigusch [u. a.] (1979), S. 260-268.

<sup>89</sup> Northrup (1959), S. 335.

<sup>90</sup> Burchard (1961), S. 5, 7.

<sup>91</sup> Burchard (1961), S. 33f.

<sup>92</sup> Burchard (1961), S. 3, 24. Auch Person / Ovesey meinten, Transsexualität sei keine „unitary disorder, but a final common pathway for patients who otherwise differ markedly in family history, developmental history, psychodynamic patterning, personality structure, and clinical course.“ (Person / Ovesey (1974a), S. 4.)

<sup>93</sup> Burchard (1961), S. 26.

<sup>94</sup> Burchard (1961), S. 66, 17.

le Transsexuelle““ erfasst es nicht.<sup>95</sup>

Einige Borderline-Theorien bezogen ausdrücklich gegen formulierte Theorien zur Begründung einer transsexuellen Identität und zur Legitimation von Geschlechtsumwandlungen Stellung. So die von Person / Ovesey Mitte der 1970er Jahre vertretene Position gegen die im letzten Kapitel analysierte Theorie Stollers.<sup>96</sup> Gegen dessen Theorie, männliche Transsexuelle hätten ihr Leben lang eine konfliktfrei entstandene weibliche Kerngeschlechtsidentität, meinten sie, Transsexualität, Transvestitismus und effeminierte Homosexualität „stemmed from unresolved separation anxiety during the separation-individuation phase of infantile development.“ Der Transsexuelle entwickle eine „reparative fantasy of symbiotic fusion with his mother“. Während Transsexualität durch eine „ambiguity of core gender identity“ zu charakterisieren sei, sei die Kerngeschlechtsidentität bei Transvestitismus und effeminiert Homosexualität, die sich später entwickeln würden, „predominantly male“; in diesen Fällen sei aber die Geschlechtsrolle merklich gestört.<sup>97</sup>

Die zweideutige Kerngeschlechtsidentität des primären Transsexuellen, der sich in seiner Kindheit sowohl Jungen als auch Mädchen gegenüber fremd gefühlt habe, bleibe solange bestehen, bis er in der späten Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter lerne, dass es Transsexualismus gibt: „Only then does he resolve the ambiguity through a transsexual identity and sex reassignment.“<sup>98</sup> Für den männlichen Transsexuellen sei Einsamkeit und Depression und eine „obsessive preoccupation with gender-related items“ charakteristisch. „In sum, then, primary transsexuals are schizoid-obsessive, socially withdrawn, asexual, unassertive, and out of touch with anger. (...) In our opinion, they most resemble a subgroup of the borderline syndrome.“<sup>99</sup>

Gemeinsame Charakteristika von Transsexualität und Borderline-Syndrom seien, so Person / Ovesey: „chronic anxiety, empty depression, sense of void, oral dependency, defective self-identity, and impaired object-relations with absence of trust and withdrawal from intimacy.“<sup>100</sup> Person / Ovesey vermuteten, durch eine gegenüber den emotionalen Bedürfnissen des Kindes unsensible Mutter sei die Separationsangst produziert worden.<sup>101</sup> „The transsexual acts out his unconscious fantasy surgically and symbolically becomes his own mother.“<sup>102</sup> Die Entwicklungsstufen Transsexualität, Transvestitismus und effeminierte Homosexualität seien nicht klar getrennt: „Under conditions of stress, the transsexual impulse may arise defensively

---

<sup>95</sup> Runte (1996), S. 561f.

<sup>96</sup> Vgl.: Person / Ovesey (1974a), S. 7, 180; Person / Ovesey (1978), S. 310. Lothstein, dessen Position noch dargestellt wird, bezog gegen den simplifizierenden Behaviorismus der Lerntheorie Stellung. (Lothstein (1983), S. 215.)

<sup>97</sup> Person / Ovesey (1974a), S. 4f. Nach Margaret Mahler findet die Ablösung-Individuationsphase zwischen dem 4. und 36. Monat statt. (Eicher (1992), S. 49.)

<sup>98</sup> Person / Ovesey (1974a), S. 8.

<sup>99</sup> Person / Ovesey (1974a), S. 19.

<sup>100</sup> Person / Ovesey (1974b), S. 188.

<sup>101</sup> Person / Ovesey (1974a), S. 13f.

<sup>102</sup> Person / Ovesey (1978), S. 308.

as a regressive phenomenon in some effeminate homosexuals and transvestites."<sup>103</sup> Bei Frauen gebe es ausschließlich diese sekundäre Transsexualität, die sich bei homosexuellen Frauen mit einer männlichen Geschlechtsrollenidentität entwickle.<sup>104</sup>

1983 veröffentlichte der Psychoanalytiker Lothstein die Ergebnisse der ersten größeren Studie zur Frau-zu-Mann-Transsexualität. Er hatte zwischen 1973 und 1980 53 Frau-zu-Mann-Transsexuelle untersucht und sah damit zwei häufig im Diskurs vertretene Positionen als widerlegt an: Zum einen sei durch Langzeitstudien noch nicht belegt, dass männliches Verhalten von Mädchen in der Kindheit die Wahrscheinlichkeit einer späteren Transsexualität erhöhe. Zum anderen repräsentierten weibliche Transsexuelle im Vergleich zu Mann-zu-Frau-Transsexuellen keine homogenere Gruppe mit stabileren Lebensläufen, denn von seinen Patientinnen seien 40% als psychotisch, schizophren oder Borderline zu diagnostizieren.<sup>105</sup> Die Wurzeln der transsexuellen „multideterminierten“ Entwicklung sah Lothstein zwar in der prä-ödiipalen Phase liegen, doch die Hauptkonflikte entstünden in Adoleszenz mit dem Bewusstsein sexueller Gefühle gegenüber Frauen – dass Frau-zu-Mann-Transsexuelle auch Männer lieben könnten, blieb unberücksichtigt – und der gesellschaftlichen Ablehnung von Homosexualität: „She may resort to primitive magical thinking, reasoning, ‚I must be a boy trapped in a girl’s body.‘“ Diese Behauptung könne zum Kern des Selbstsystems werden. Als Rationalisierung werde sie der Fokus der Leugnung des weiblichen Körpers und weiblichen Selbstsystems.<sup>106</sup> Lothstein verstand Frau-zu-Mann-Transsexualität im Sinn der Selbstpsychologie Kohuts als gestörtes Selbstsystem. Diese Frauen hätten in der Kindheit eine gestörte „gender-self representation secondary to an impaired ego mechanism governing their gender-self constancy“ entwickelt:<sup>107</sup> „For these women, the transsexual wish for SRS [= Sex Reassignment Surgery; V. W.] can be seen as a restitutive attempt to prevent the disintegration of the self.“<sup>108</sup>

Lothstein qualifizierte das Versprechen, durch eine chirurgische Geschlechtsumwandlung ein kohärentes Gender-Selbst zu schaffen, als Surrogat. Das könne nur durch eine psychoanalytische Psychotherapie erreicht werden. Gleichwohl gestand er zu: „Sex reassignment surgery cannot succeed in healing the split in the self (it may, however, in many cases abrogate the patients anxiety).“ Und: „For a few select patients, SRS in addition to psychotherapy may,

---

<sup>103</sup> Person / Ovesey (1974a), S. 5. Zu den sekundären homosexuellen Transsexuellen: „In general, homosexuals suffer greatly from castration anxiety and under ordinary circumstances have no wish to part with their penises. (...) only under conditions of stress (...) effeminate homosexuals regressively consider sacrificing their penises to the overriding need for dependent security.“ (Person / Ovesey (1974b), S. 181) Bei Transvestiten, die dauerhaft in der anderen Geschlechtsrolle lebten, könne der transsexuelle Wunsch unter Stress als „confusion between loving and becoming“ entstehen. (a.a.O., S. 187.)

<sup>104</sup> Person / Ovesey (1974a), S. 6.

<sup>105</sup> Lothstein (1983), S. 62, 77f., 94. Lothstein qualifizierte Transsexualität als „profound psychological disorder“. (a.a.O., S. 233) Transsexuelle zeigten immer eine Entwicklungshemmung und eine Ich-Schwäche bzw. Ich-Defekte. (a.a.O., S. 206) und hätten überwiegend eine Borderline-Persönlichkeitsstruktur. (a.a.O., S. 222.)

<sup>106</sup> Lothstein (1983), S. 206.

<sup>107</sup> Lothstein (1983), S. 229.

<sup>108</sup> Lothstein (1983), S. 232.

however, be the treatment of choice.“<sup>109</sup>

Auch nachdem Geschlechtsumwandlungen längst Praxis geworden waren – basierend auf der offiziellen Klassifikation als Krankheit und in einigen Ländern flankiert durch Durchführungsgesetze (Transsexuellengesetze) – verstummten die Kritiker nicht. Doch angesichts des im Laufe der Jahrzehnte in vielen Fällen erfolgreich durchgeführten Geschlechtswechsels wurde nun der legitimatorischen Position des Diskurses bezogen auf die sogenannten primären Transsexuellen zugestimmt. In diesen Fällen – für Docter sozusagen die legitimen OP-Kandidaten – bestehe die Störung der Geschlechtsidentität seit frühester Kindheit und sei vermutlich auf biologische Ursachen und die frühe Mutter-Kind-Beziehung zurückzuführen; genauere Ursachen seien unbekannt.<sup>110</sup> Doch in den meisten Fällen läge sekundäre Transsexualität vor. Hier bestehe keine lebenslange Identitätsstörung. Der Wunsch nach Geschlechtsumwandlung entstehe bei hetero- und bisexuellen Männern aus einer Geschichte fetischistischen Crossdressings heraus, bei homosexuellen Männern aus einem Crossdressing beispielsweise als „female impersonator“.<sup>111</sup> Der transsexuelle Wunsch sei durch Stress oder Krisen induziert und gehe wieder vorüber. Sekundäre Transsexuelle wurden als narzisstische oder Borderline-Persönlichkeit charakterisiert. Sie sähen die Operation als magische bzw. ad hoc Lösung an und hätten übertriebene, unrealistische Erwartungen bezüglich der weiblichen Rolle. Ihre Urteile seien nicht wahnhaft, aber durch große Vereinfachungen und Fehlurteile gekennzeichnet. Sie hätten intensive Ängste und Konflikte in der Männerrolle, wodurch die Operation die Bedeutung einer „a kind of cure-all“ bekomme; die Frauenrolle diene ihrem Angstmanagement.<sup>112</sup>

Eine OP-freundliche Variante der Pathologisierung formulierte Pfäfflin 1993. Er bezeichnete die transsexuelle Symptomatik als kreative Abwehrleistung des Ich.<sup>113</sup> Pfäfflin hatte bei Transsexuellen keine eindeutig transponierte Geschlechtsidentität feststellen können, sondern eher Identitätszweifel bzw. eine Hemmung der geschlechtsadäquaten Identitätsausbildung.<sup>114</sup> Der Kern der transsexuellen Abwehr liege in der Angst der Patienten, der Analytiker könne den schwachen Kern ihrer Identität vernichten und an dessen Stelle den eigenen setzen. Der (Gegen-)Übertragungshass sei nicht auszuhalten, so dass der Therapeut gemeinsam mit dem Patienten den Ausweg suche: der vom Patienten als subjektiv realitätsgerecht angesehene

---

<sup>109</sup> Lothstein (1983), S. 244, 276.

<sup>110</sup> Docter (1988), S. 70.

<sup>111</sup> Docter (1988), S. 32. Docter sprach diesbezüglich von einem immer stärker werdenden „sexual script“. Darunter verstand er ein „network of ideas, expectancies, knowledge, judgments, and memories which guide complex behavior. We think of these cognitive schema as subsystems of the self, all part of the management system of human behavior.“ (a.a.O., S. 3.)

<sup>112</sup> Docter 1988, S. 29, 32f. Docter meinte, derart definierte sekundäre Transsexualität sei nur bei Männern anzutreffen. (a.a.O., S. 71.)

<sup>113</sup> Pfäfflin (1993), S. 74. Abwehr verstand Pfäfflin im Sinne Anna Freuds als systemerhaltende regulative Funktion, die die Integration und Kohäsion des Ich bewahrt. (a.a.O., S. 83.)

<sup>114</sup> Pfäfflin (1993), S. 76. Dass für Außenstehende eher die Nicht-Identität als die Identität wahrnehmbar sei, äußerte Pfäfflin bereits 1980 gelegentlich der Diskussion des Gesetzentwurfs zum Transsexuellengesetz im Nachrichtenmagazin *Der Spiegel*. (Pfäfflin (1980), S. 208.)



Operationswunsch werde auch als objektiv realitätsgerecht angesehen. Die Therapeuten gerieten in den „Sog der subjektiven Einschätzungen der Patienten“. Die Operation sah Pfäfflin als „kreative(n) Ausbruch aus dem Gefängnis der Geschlechtsidentitätslosigkeit“. Der leibhaftige Schmerz werde ertragen, um den seelischen zu mildern.<sup>115</sup>

Mitte der 1950er Jahre wurde programmatisch behauptet, dass eine operative Therapie aufgrund der Schwere der die Persönlichkeit bestimmenden Pathologie wahrscheinlich scheitern werde: „The need for surgery that these persons share does not in itself represent a disease entity but rather a symptomatic expression of many complex and diverse factors. (...) Since (...) this problem pervades the entire personatity, it seems unlikely that it can be removed by amputation of the genitals.“<sup>116</sup> Der Zweifel am Erfolg derartiger Operationen ließ sich auch durch Bekundungen der Patienten, sie seien froh über die Operation, nicht zerstreuen. Das Urteil, Geschlechtsumwandlungen seien unmoralisch, war eine andere Variante, diese abzulehnen.<sup>117</sup> Doch bereits in den 1960er Jahren konzedierte Kritiker von operativen Geschlechtsumwandlungen trotz ihrer Pathologisierung transsexueller Wünsche, dass ein solcher Eingriff bei einigen wenigen Transsexuellen positive Auswirkungen auf ihre psychische Situation haben könne und deswegen in diesen Ausnahmefällen zu akzeptieren sei – und sei es, um eine Suizidgefahr zu umgehen.<sup>118</sup> Bei einigen Psychiatern – Ira Pauly ist ein prominentes Beispiel – wich die anfängliche Skepsis sogar innerhalb weniger Jahre einer operationsfreundlichen Haltung.<sup>119</sup>

Doch die Entwicklung der transsexuellen Praxis ab Ende der 1960er Jahre ging weit darüber hinaus, den geäußerten Wunsch nach Geschlechtsumwandlung nur ausnahmsweise zu erfüllen. So sinnierten OP-Kritiker wie Langer Mitte der 1980er Jahre, ob die Häufigkeitszunahme von Transsexuellen nicht „herbeigeschrieben und herbeigeredet“ worden sei, und machten für die 1970er Jahre – „eingebettet in eine Matrix verschiedener sozialer Faktoren“, die von Langer leider nicht näher bezeichnet werden – „eine Kollaboration der Transsexuellen, der psychologischen und der chirurgischen Medizin“ aus, „die als folie à trois nicht schlecht bezeichnet ist“.<sup>120</sup>

In den 1980er Jahren meldeten sich wieder verstärkt Psychiater zu Wort, die der mittler-

---

<sup>115</sup> Pfäfflin (1993), S. 84f. Pfäfflins Position ähnlich ist die von Rosenfeld, die mit Bezug auf Morgenthalers ‚Plomben-Theorie‘ Transsexualität als kreative Ich-Leistung bezeichnete. Die Sehnsucht Transsexueller nach Eindeutigkeit einer brüchigen Geschlechtsidentität sei verständlich. Die Annahme einer konträrgeschlechtlichen Identität sei jedoch ein Phantasma. (Rosenfeld (1995).)

<sup>116</sup> Worden / Marsh (1955), S. 1297f.

<sup>117</sup> Pauly gibt diese Position in seinem Überblicksartikel als häufig von Psychiatern gegebene Qualifizierung von Geschlechtsumwandlungen wieder, schließt sich ihr aber nicht an. Pauly (1965), S. 178.

<sup>118</sup> Ein frühes Beispiel dafür ist Johannes Burchard. Vgl.: Burchard (1961), S. 20, 63. In einem Aufsatz von 1965 meinte Burchard sogar: „The best therapy in these cases [= asexuelle Transsexuelle; V.W.] seems to be emasculation and transforming plastic surgery.“ (Burchard (1965), S. 42) Weitere Beispiele sind John Randell (1969) und Hans Peter Dienes: vgl.: Dienes (1973), S. 105.

<sup>119</sup> Mitte der 1960er Jahre stand Pauly Geschlechtsumwandlungen noch stark ablehnend gegenüber und pathologisierte transsexuelle Wünsche. Ende der 1960er Jahre nahm er eine bedeutend moderatere Position ein.

<sup>120</sup> Langer (1985), S. 68, 83.

weile vollzogenen medizinischen Konstruktion der Transsexualität kritisch gegenüber standen und eine (Wieder-)Besinnung auf die Alternative Psychotherapie forderten. Die Sichtweise, dass diese nutzlos sei, hätten insbesondere die „Fürsprecher“ der Transsexuellen aus folgenden Gründen unkritisch übernommen: „(1) patient pressure for a medical-surgical intervention; (2) the surgeon’s interest in performing the surgery; (3) the conflict between psychiatry and medicine regarding the role of psychiatry in medicine; and (4) reports of transsexual ‚cures‘ with SRS.“<sup>121</sup> Die Gegner von Geschlechtsumwandlungen wiesen nun umgekehrt darauf hin, dass die Ablehnung der Behandelbarkeit von hochgradigen Störungen der Geschlechtsidentität nicht „ubiquitär“ sei. Sie hielten „trotz aller Schwierigkeiten“ eine „psychologische Behandlung für möglich“.<sup>122</sup> Transsexualität als ein „komplexes psychopathologisches System“ könne jedenfalls nicht „als klinische Einheit anderen sexuellen Verhaltensabweichungen“ zugeordnet und „in gleicher Weise durch ‚Gewährenlassen‘“ behandelt werden, „wie man es bei den anderen Deviationen bisweilen tut.“<sup>123</sup>

Langer übte Selbstkritik und meinte, die psychologische Medizin habe versagt, „indem sie Transsexuelle und plastische Chirurgie gewissermaßen kurzgeschaltet habe – vereint in der verallgemeinert psychochirurgischen Sicht, dass körpermedizinische Eingriffe seelisches Leiden lindern“. Transsexuelle hätten eine Persönlichkeitsstörung vom Borderlinetyp, die nur psychotherapeutisch zu behandeln sei. Allerdings müsse die therapeutische Technik die „Abwehrstilformen der Patienten“ berücksichtigen. Die „Verfügbarkeit operativer Möglichkeiten“ sei nicht von vorneherein ausschließen. Erst das erlaube „manchem Patienten die Einsicht, daß er nicht transsexuell ist“.<sup>124</sup>

#### *11.1.4 Der typische Transsexuelle – pathologisierte Variante*

Der Wille zur Pathologisierung bestimmte die Charakterisierung des ‚typischen Transsexuellen‘ im psychiatrischen Diskurs. Dieser wohl erstmals von Worden / Marsh zusammengestellte und in der Folgezeit ergänzte und variierte Katalog erwies sich als langlebig und ist beispielsweise noch Ende der 1970er Jahre bei Sigusch [u. a.] zu finden.<sup>125</sup> Frau-zu-Mann-Transsexualität war zumindest bis Ende der 1960er Jahre im psychiatrischen Diskurs nur ein Randthema. Dass die mediales Aufsehen erregenden Fälle Mann-zu-Frau-Transsexuelle waren und dass Transsexualität zunächst als Extremform des (männlichen) Transvestitismus wahrgenommen worden ist – die Psychiatrisierung der perversen Lust konzentrierte sich immer schon auf den Mann –, mögen Gründe dafür gewesen sein. So enthielt die Kasuistik von Worden / Marsh nur Mann-zu-Frau-Transsexuelle. Lukianowicz meinte grundsätzlich, „transsexualism is a typically male sexual deviation“.<sup>126</sup>

---

<sup>121</sup> Lothstein (1983), S. 265.

<sup>122</sup> Springer (1981), S. 206, 240.

<sup>123</sup> Springer (1981), S. 230.

<sup>124</sup> Langer (1985), S. 73, 82f.

<sup>125</sup> Sigusch [u. a.] (1979), S. 251f.

<sup>126</sup> Lukianowicz (1959), S. 49.

Im Zentrum des Kataloges stand der an Mann-zu-Frau-Transsexuelle gerichtete Vorwurf, sie hätten ein unrealistisches Frauenbild. Diese Kritik sollte zum einen die biologistische Hypothese konstitutioneller Weiblichkeit, zum anderen den Wunsch der Operationswilligen, *ganz* Frau zu sein, widerlegen: „They all show an extremely shallow, immature, and grossly distorted concept of what a woman is like socially, sexually, anatomically, and emotionally. For our subjects the word woman has a rather autistic meaning quite different from that generally understood by most adults.“<sup>127</sup>

Insbesondere die anthropologisch-daseinsanalytische Psychiatrie benutzte den Vorwurf der „Diskrepanz zwischen Sein und Seinwollen“<sup>128</sup> als Argument gegen biologistische Ursachenhypothesen,<sup>129</sup> zur Pathologisierung des transsexuellen Begehrens und gegen operative Geschlechtsumwandlungen. Mann-zu-Frau-Transsexuelle böten eine lächerliche Imitation von Weiblichkeit, die sie auch bei Ihresgleichen, nur nicht bei sich selbst, als eine solche erkennen würden.<sup>130</sup> Psychoanalytiker disqualifizierten die weibliche Identifizierung Transsexueller als infantil: “this individual is most concerned with the external trappings of femininity, those which he can learn by imitative action.“<sup>131</sup> Für andere Psychiater ist das weibliche Rollenverständnis des Transsexuellen „superficial and unrealistic“.<sup>132</sup> Dem „echt Weiblichen“ wird die „Schablonenhaftigkeit, das gewollt Unechte und das grotesk Überbetonte“ des *weibischen* Mannes gegenübergestellt. Dieser habe eine „abstrakte() und lebensfremde()“ Vorstellung von der „Mann-Weib-Polarität“.<sup>133</sup> Das „‘typisch Weibliche‘“ männlicher Transsexueller sei „nur die Kehrseite“ des verneinten „angeblich ‚typisch Männlichen‘“.<sup>134</sup> Sie hätten ein idealisiertes Wunsch erfüllendes Konzept von Weiblichkeit (Frau-zu-Mann-Transsexuelle entsprechend von Männlichkeit),<sup>135</sup> das Weibliche sei ihr Wunschbild: „Aphoristisch könnte man behaupten, daß niemand das Weibliche leidenschaftlicher erstrebe und höher schätze als der

---

<sup>127</sup> Worden / Marsh (1955), S. 1293.

<sup>128</sup> Bürger-Prinz / Albrecht / Giese (1953), S. 26.

<sup>129</sup> Bereits 1940 argumentierten Bürger-Prinz / Weigel mittels ihrer Behauptung einer äußerlichen „Imitation des weiblichen Daseins“, der Darstellung einer Illusion, gegen biologistische Ursachenhypothesen. (Bürger-Prinz / Weigel (1940), S. 140-142.)

<sup>130</sup> Bürger-Prinz / Albrecht / Giese (1953), S. 34; vgl.: Plate (1958), S. 16. Transsexuelle imitierten nur weibliche Einstellungen und Präferenzen. Dieses männliche Bild von Weiblichkeit sei von tatsächlicher Weiblichkeit, entstanden durch den Konditionierungsprozess und hormonell-chemisch-psychosomatischen Interaktionen, verschieden. (Randell (1969), S. 375) Vgl. Springer, der meinte, Transsexuellen sei nur die soziale und ästhetische Dimension des anderen Geschlechts zugänglich, wohingegen sie die biologische, psychologische und funktionale Dimension an sich niemals erfahren könnten. (Springer (1981), S. 141.)

<sup>131</sup> Greenberg [u. a.] (1960), S. 230.

<sup>132</sup> Pauly (1965), S. 178.

<sup>133</sup> Barylla (1956), S. 225, 222. Hofer sah „die polare Struktur der Geschlechtslage als Mannsein und Frausein“ als Grund dafür, dass ein Nichtgelingen der Erfüllung der Geschlechtsrolle zum Verlangen nach deren Wechsel führt. (Hofer, Gunter: Transvestitismus und Geschlechtsrolle, in: *Psychiatria et Neurologia* 140 (1960), S. 499-519; hier: S. 500) Vgl. die Position Langers Mitte der 1980er Jahre: Langer (1985), S. 70.

<sup>134</sup> Bürger-Prinz / Albrecht / Giese (1953), S. 35. Burchard sah eine abnorme Identifikation mit dem Weiblichen und eine Abwehr gegenüber dem Männlichen als komplementär an. (Burchard (1961), S. 27.)

<sup>135</sup> Randell (1959), S. 1451.

männliche Transsexuelle.“<sup>136</sup>

Das Männlichkeitskonzept von Frau-zu-Mann-Transsexuellen wurde entsprechend beurteilt: es sei oberflächlich; es fehle „the rich inner sense of maleness which evolves out of a lifelong developmental, biological-familial-individual and social process.“<sup>137</sup>

Das Wissen, was ‚echte‘ Weiblichkeit bzw. Männlichkeit ist, reklamierten die Psychiater für sich. Sie warfen ihren transsexuellen Patienten vor, dass der von ihnen angestrebte weibliche Idealtypus über die Realität hinauschieße, wie ihr tatsächliches Streben weit hinter dieser zurückbleibe.<sup>138</sup> Wie die psychiatrischen Experten auf eine Konkretisierung der unterstellten Geschlechternormen verzichteten, weil sie auch nur Stereotype reproduzieren würden, so trifft der Vorwurf einer unrealistischen Vorstellung vom „gegengeschlechtlichen Existenzmodus“ auch die psychiatrischen Experten und ist Symptom des Mangels einer „Meta-Ebene, von der aus man seine Objektivität beurteilen könnte“.<sup>139</sup>

Ein weiteres typisierendes Charakteristikum Transsexueller bezog sich auf eine Kritik der wesentlichen Stütze der biologistischen Legitimation transsexueller Wünsche: den frühen Beginn der transsexuellen Entwicklung: „Such subjective claims as ‘I always dearly wished to be a girl’ are referred by patients to a very early but unspecified age, usually ‘ever since I can remember’.“<sup>140</sup> Den Patienten wurde ihre transsexuelle Vergangenheit als „wishful falsification of memory“ vorgehalten. Deren Katalysator sei häufig die Lektüre von Berichten über Geschlechtsumwandlungen in Zeitungen und Zeitschriften, die mit dem Wunsch, das andere Geschlecht zu sein, auch die passende Biographie entstehen lasse.<sup>141</sup> In den Anamnesen werde „durchweg ein roter Faden angeboten, den der Betroffene als seine lebenslang durchgehende innere Leidenslinie erlebt oder noch erlebt wissen möchte“.<sup>142</sup> Die Ähnlichkeit der Lebensgeschichten, die Transsexuelle berichteten, beruhe auf einer „severe and extensive disturbance of memory“, die sichtbar werde, wenn nach anderen als den spontan berichteten Aspekten ihrer Kindheit, die die frühzeitige Transsexualität belegen sollen, gefragt werde.<sup>143</sup> Das Problem, dass Erinnerungen, abgesehen von bewussten Verfälschungen, immer schon als von der Gegenwart ausgehende Interpretation verzerrt sind, wurde nicht thematisiert.

Des Weiteren wurde männlichen Transsexuellen entweder ein in der Regel schwacher und grundsätzlich homosexueller Geschlechtstrieb attestiert<sup>144</sup> oder aber ihr Wunsch nach Ge-

---

<sup>136</sup> Burchard (1961), S. 24.

<sup>137</sup> Lothstein (1983), S. 132.

<sup>138</sup> Bzw. zurückbleiben müsse, weil sich „das Individuelle, welches sich nicht im Vollzug des Geschlechtsleibes aufgeben kann, (...) laufend an das Typische“ verliere. (Hofer (1960), S. 515.)

<sup>139</sup> Runte (1996), S. 129.

<sup>140</sup> Lukianowicz (1959), S. 51.

<sup>141</sup> Lukianowicz (1959), S. 51. Randell sprach von „wish-fulfilling selected memories“. (Randell (1959), S. 1448.)

<sup>142</sup> Burchard (1961), S. 8. Auch Dienes riet zur Skepsis bezüglich des von den Transsexuellen früh datierten Beginns ihrer Empfindung. (Dienes (1973), S. 94.)

<sup>143</sup> Worden / Marsh (1955), S. 1294f. Pauly meinte, der Transsexuelle sei „usually an unreliable historian“ mit „selective memory and tendency to distort“. (Pauly (1965), S. 175.)

<sup>144</sup> Lukianowicz (1959), S. 45, 49.

schlechtsumwandlung wurde als Wunsch, geschlechtslos zu werden, interpretiert.<sup>145</sup> Wie die Entfernung der männlichen Genitalien Priorität genieße, weil Erektionen das weibliche Selbstbild zerstörten und deswegen Angst erregten, so sei weibliche genitale Sexualität für Mann-zu-Frau-Transsexuelle kein wichtiges Ziel.<sup>146</sup> Transsexualität sei ein Konflikt, der der genitalen Sexualität vorausgehe; die Operation sei ein Versuch des Transsexuellen, asexuell zu werden und sich infantile Wünsche zu erfüllen. Dazu seien Transsexuelle sogar bereit, ihre Orgasmusfähigkeit aufzugeben.<sup>147</sup> Psychoanalytiker spekulierten, dass das Verlangen nach „Geschlechtslosigkeit“ nicht nur im Dienst der Überwindung von Triebangst, sondern auch von Realangst stehe (vor der Frau, der deren idealisierende Identifizierung gegenüber stehe): Thomäs Patient meinte, „eigentlich paßt weder ein männliches noch ein weibliches Geschlechtsteil zu mir“.<sup>148</sup>

Dass nicht „der weibliche Körper ganz intendiert wird“, d. h. „an einem künstlichen weiblichen Genitale“ kein Interesse bestehe, wurde als „destruktive Tendenz“ des Transsexuellen interpretiert, die sich in der „Verödung der sexuellen Intimsphäre“ demonstriere.<sup>149</sup> Doch eine indifferente Haltung gegenüber einer genitalplastischen Operation seitens Transsexueller konnte in den 1950er und 1960er Jahren auch in einer Skepsis begründet liegen, ob das chirurgische Produkt Empfindungen ermöglicht.<sup>150</sup> Wie Psychiater den Wunsch nach einer Vaginalplastik als Ausweis der Authentizität des von Transsexuellen behaupteten weiblichen Empfindens erwarteten, so betonten sie zugleich, dass auch trotz einer solchen Operation „schon im Hinblick auf die (...) fehlende geschlechtliche Rolle einer Frau in Bezug auf einen Mann“ – die fehlende Reproduktivität – „ein unausgleichbares Defizit an Weiblichkeit“ zurückbleibe.<sup>151</sup> Aufgrund dessen sah Burchard „mehr homosexuell gefärbte Transvestiten in einer glücklicheren Lage“.<sup>152</sup> Offenbar hielt er hier passiven Analverkehr für typisch und meinte, dass diese Transvestiten auch in den Augen ihrer Sexualpartner postoperativ Männer blieben. Hofer dachte an eine Lösung auf einer anderen Ebene: der Transsexuelle könne die „Diskrepanz zwischen Sexualität und Geschlechtsrolle“ nur überwinden, wenn der Transsexuelle und sein Partner „durch ein ‚nongenitales‘ und ‚cerebrales‘ Erlebnis befriedigt“ seien.<sup>153</sup>

Schließlich wurden Transsexuellen Eigenschaften zugeschrieben, die aus dem psychiatrischen Postulat der grundsätzlichen Vergeblichkeit ihres Begehrens resultierten: „The subjects all showed a desperate hunger for attention, recognition, and acceptance, and a marked feeling

---

<sup>145</sup> Burchard sprach sogar vom „Ideal der Geschlechtslosigkeit“. (Burchard (1961), S. 25.)

<sup>146</sup> Worden / Marsh (1955), S. 1295f.

<sup>147</sup> Knorr [u. a.] (1968), S. 520; vgl.: Knorr [u. a.] (1969), S. 276.

<sup>148</sup> Thomä (1957), S. 120f.

<sup>149</sup> Hofer (1960), S. 507, 516.

<sup>150</sup> So fragte sich ein Transsexueller, was er mit einem „künstlichen weiblichen Genitale (...) schon für Empfindungen haben“ könne. (Hofer (1960), S. 507.)

<sup>151</sup> Burchard (1961), S. 16.

<sup>152</sup> Burchard (1961), S. 16.

<sup>153</sup> Hofer (1961), S. 25.

of being rejected and ignored. (...) All of the subjects seemed to experience a state of urgency and impatience.”<sup>154</sup> Die Geschlechtlichkeit sei „genetisch festgelegt“ und „die biologischen Geschlechtsfunktionen“ seien „keinem geschichtlichen Wandel unterworfen“.<sup>155</sup> Schon gar keinem lebensgeschichtlichen Wandel, herumoperieren hilft nichts: „das Schicksal des Leibes läßt sich nicht verleugnen.“<sup>156</sup>

„Allein das Annehmen des je zugefallenen Körpers fundiert die personale Selbstverwirklichung. (...) Die gesuchte und nicht erreichte Anerkennung der Veränderung des Geschlechts [läuft] im Zirkel der Selbstbezogenheit. (...) Korrekturen sind daher auch unzweckmäßig (...).“<sup>157</sup> Da „Weibliches“ als „lediglich im sexuell-weiblichen Leib voll existent“ gesetzt wurde, erlebe sich der Transsexuelle in einer „Rolle, mit der er sich identifiziert, ohne daß sich diese Rolle jemals ganz erfüllt“.<sup>158</sup> Der ständig in sich selbst laufende Zirkel von Darstellung, Wunsch und Sein, durch den Bürger-Prinz [u. a.] das transsexuelle Begehren charakterisierten,<sup>159</sup> sei dessen Motor. Der transsexuelle Drang erfasse und durchdringe progredient die Persönlichkeit und gipfle im Verlangen nach Geschlechtsumwandlung,<sup>160</sup> sauge gleich einer Sucht „einen großen Erlebnisbereich des betreffenden Menschen“ auf,<sup>161</sup> werde zu einem „obcessional urge“.<sup>162</sup> Dem Umwandlungsprozess sei die Tendenz zur Vervollkommnung inhärent. Er solle das ständige Reiben von „Wunsch und Darstellung an dem Erlebnis des eigenen Leibes“<sup>163</sup> mindern und die Verleugnung der „Wirklichkeit seiner Geschlechtlichkeit“ dadurch erträglicher machen, dass der „Illusion des ‚Wunders der Geschlechtsmetamorphose‘ ein Stück Realität“ verliehen wird.<sup>164</sup> „Der Patient ist gleichsam nicht mehr in der Lage, einen Stillstand zu finden. Immer weiter durchmustert er kritisch sein Spiegelbild, um Abweichungen [von seinem Idealbild; V. W.] zu entdecken. (...) Das zunächst einmal mit der Verkleidung begonnene und bis zum Wunsche nach operativer Umgestaltung fortschreitende Unternehmen wird ständig korrigiert, verfeinert und kultiviert; es hat kein Ende.“<sup>165</sup>

So werde die Geschlechtsumwandlung „bei allem Aufgehen in quasi weibliche Passivität mit männlicher Penetranz betrieben“.<sup>166</sup> Besser ins Geschlechterstereotyp passt die Mann-zu-

---

<sup>154</sup> Worden / Marsh (1955), S. 1293f.

<sup>155</sup> Thomä (1957), S. 84f.

<sup>156</sup> Bürger-Prinz / Albrecht / Giese (1953), S. 41.

<sup>157</sup> Hofer (1961), S. 29; vgl.: Hofer (1960, S. 507, 511; Barylla (1956), S. 225.

<sup>158</sup> Bürger-Prinz / Albrecht / Giese (1953), S. 41, 39.

<sup>159</sup> „Der T.[ransvestit/Transsexuelle] nimmt die Berechtigung seines Tuns aus der Vollkommenheit seiner Darstellung, die Darstellung aus dem Wunsch, den Wunsch aus dem angeblichen Sein und das Sein wieder aus der Darstellung.“ (Bürger-Prinz / Albrecht / Giese (1953), S. 37.)

<sup>160</sup> Barylla (1956), S. 220.

<sup>161</sup> Bürger-Prinz / Weigel (1940), S. 140.

<sup>162</sup> Lukianowicz (1959), S. 50.

<sup>163</sup> Bürger-Prinz / Albrecht / Giese (1953), S. 34.

<sup>164</sup> Thomä (1957), S. 121.

<sup>165</sup> Bürger-Prinz / Albrecht / Giese (1953), S. 35f.

<sup>166</sup> Burchard (1961), S. 18; vgl.: Plate (1958), S. 15.

Frau-Transsexuellen zugeschriebene „weibliche Gefallsucht“,<sup>167</sup> ihre „geltungsüchtige Schau-  
stellung“,<sup>168</sup> denn der operierte Transvestit „benötigt die ununterbrochene Bestätigung von  
außen her, weil sein Glaube an die eigene Perfektion ab ovo kränkelt“. <sup>169</sup> Transsexuelle seien  
frei von Selbstvorwürfen; sie fühlten sich als missverstandene und falsch behandelte Opfer  
der Gesellschaft, anstatt die Angemessenheit ihres Wunsches nach einer verstümmelnden  
Operation in Frage zu stellen.<sup>170</sup> Einige Transsexuelle konnten, wie Hofer es nennt, medizini-  
schen Beistand erlisten: durch ihre Kooperationsbereitschaft setzten Ärzte erst diesen „pro-  
gressive, malignant course“ der Transsexualität in Gang: „any permissive gesture or concessi-  
on always brings some new, more far-reaching, and more morbid demands.“<sup>171</sup>

Als Abschluss und quasi Zusammenfassung der Psychiatrisierungen transsexuellen Begeh-  
rens sei der 1979 von Volkmar Sigusch, Bernd Meyenburg und Reimut Reiche aufgestellte  
Katalog von Leitsymptomen erwähnt, der die deutschsprachige Fachdiskussion nachhaltig  
beeinflusst hat. Die dort entworfenen typischen Transsexuellen wurden als Borderline-  
Patienten qualifiziert.<sup>172</sup> Sie wurden wie folgt charakterisiert: 1. innere Gewissheit, dem fal-  
schen Geschlecht anzugehören, ohne psychotische Symptome zu haben; 2. kein gehäuftes  
Auftreten abweichender körperlicher Geschlechtsmerkmale; 3. Transsexuelle sind vom Ver-  
langen nach einem Geschlechtswechsel besessen (suchtartiger Charakter); 4. Hass und Ekel  
auf geschlechtsspezifische Merkmale des eigenen Körpers; 5. gegengeschlechtliche Verhal-  
tensweisen in der Kindheit; 6. cross-dressing ist nicht sexuell erregend; eine perfekte Imitati-  
on des anderen Geschlechts wird angestrebt; 7. untergeordnete Bedeutung der erlebten Sexua-  
lität oder Asexualität; 8. starke Abwehr und Ablehnung der Homosexualität; empfinden sich  
selbst als heterosexuell; 9. im ärztlichen Gespräch wirken Transsexuelle „oft kühl, distanziert  
und affektlos, starr, untangierbar, fassadenhaft, demonstrativ und nötigend, dranghaft beses-  
sen und eingeengt, merkwürdig uniform, monoton, typisiert“; 10. Ablehnung von Psychothe-  
rapie; 11. gestörte zwischenmenschliche Beziehungen, Neigung zu starker Idealisierung oder  
Abwertung; 12. wenn Transsexuelle den Eindruck haben, in ihrem Wunsch behindert zu wer-  
den, „reagieren sie oft gereizt, aggressiv bis hin zu schweren Verstimmungen“ (Selbstmord-  
/Verstümmelungsversuche).<sup>173</sup>

Die Psychiatrisierung des transsexuellen Begehrens basierte auf einer Geschlechtskon-

---

<sup>167</sup> Plate (1958), S. 15.

<sup>168</sup> Bürger-Prinz / Weigel (1940), S. 125.

<sup>169</sup> Burchard (1961), S. 16f.

<sup>170</sup> Northrup (1959), S. 335; Worden / Marsh (1955), S. 1295. Greenberg [u. a.] bezeichneten ihren Patienten  
als hochgradig egozentrisch. (Greenberg [u. a.] (1960), S. 230.)

<sup>171</sup> Lukianowicz (1959), S. 52.

<sup>172</sup> Sigusch [u. a.] lehnten die von Person / Ovesey vertretene Ätiologiehypothese eines Verschmelzungswun-  
sches des männlichen Transsexuellen mit seiner Mutter ab. Sie sei zu weit, da auch andere Störungen als  
Transsexualität daraus ableitbar seien, z. B. Homosexualität; sie sei zu eng, da auch andere Störellemente bei  
der Herausbildung von Transsexualität denkbar seien. (Sigusch [u. a.] (1979), S. 268f.)

<sup>173</sup> Sigusch [u. a.] (1979), S. 250-252. Einige der genannten Punkte vertrat auch Pfäfflin (Abteilung Sexualfor-  
schung der Psychiatrischen Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf), z. B. die Unersättlichkeit des Verlan-  
gens und das nötigend-erpresserische Verhalten der Transsexuellen. (Pfäfflin (1980), S. 208f.)

struktion, die eine weibliche bzw. eine männliche Geschlechtsidentität an das als nicht veränderbar behauptete Körpergeschlecht knüpft. Damit war von vornherein ausgeschlossen, dass der Wunsch nach Geschlechtsumwandlung durch eine authentische Geschlechtsempfindung begründet werden kann. Transsexuelle bleiben notwendig hinter dem als natürlich gesetzten Wesen des anderen Geschlechts zurück. Die kulturellen Geschlechternormen kann letztlich nur das jeweilige biologische Geschlecht erfüllen. Ein Geschlechtermodell, das die Geschlechtsidentität, die subjektive Empfindung, zum entscheidenden Kriterium der Geschlechtsbestimmung erklärt, ist die Voraussetzung für eine Legitimation transsexueller Wünsche.

Dass Vorkämpfer in Sachen Entpsychiatisierung der Transsexualität wie Stoller Mitte der 1980er Jahre angesichts des „Geschlechtsumwandlungs-Operationsbooms“<sup>174</sup> wieder verstärkt auf eine Psychotherapie gesetzt haben zeigt, dass der Ätiologiediskurs zur Transsexualität stark von Entwicklungen der transsexuellen Praxis abhängig gewesen ist. Die strategische Dimension ätiologischer Theorien, Geschlechtsumwandlungen wahlweise zu ermöglichen oder zu verhindern, zeigt auch die umgekehrte 180-Grad-Wende zur Entpathologisierung der Transsexualität von Volkmar Sigusch, der Anfang der 1990er Jahre Transsexuelle nicht mehr als „all bad“, sondern als „all good“<sup>175</sup> qualifiziert hat.

## 11.2 Die pragmatische Konstruktion von Transsexuellen

Dispositivgeschichtlich setzte sich nicht die Psychiatisierung transsexueller Wünsche, sondern das operative Management von Geschlechtsumwandlungen durch. Einen Meilenstein in dieser Entwicklung stellte die Einrichtung so genannter Gender-Identity Kliniken Ende der 1960er Jahre in den USA dar, denn dadurch wurde das Wechselspiel von Behandlung und Erforschung Transsexueller, das sich an unterschiedlichen Orten eigendynamisch entwickelt hatte, institutionalisiert. Die in der zweiten Hälfte 1970er Jahre erreichte Emanzipation transsexueller Wünsche durch die Medizin – die offizielle Klassifikation von Transsexualität im Katalog der Krankheiten der Weltgesundheitsorganisation sowie der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft – lief zur Emanzipation der Homosexualität von der Medizin parallel. In beiden Fällen handelte es sich um die Entpsychiatisierung des Phänomens.

### 11.2.1 Konstruktive Wechselwirkungen: Behandlung und Erforschung der Transsexualität

Kritiker wie Befürworter von Geschlechtsumwandlungen waren sich darin einig, dass die Ursachen dieser Identitätsstörung trotz aller Spekulationen letztlich unbekannt seien:<sup>176</sup> „But ‚I think‘, ‚I believe‘, ‚it seems‘, ‚it appears‘, ‚surely‘ (...) are the marks left by our lack of precise observations - and these phrases dominate our literature.“<sup>177</sup> Mit diesem Eingeständnis

---

<sup>174</sup> Langer (1985), S. 67.

<sup>175</sup> Pfäfflin (1993), S. 73.

<sup>176</sup> Z. B.: Benjamin (1966), S. 37; Knorr [u. a.] (1968), S. 522; Pauly (1968), S. 463; Green (1974b), S. XV.

<sup>177</sup> Stoller (1968a), S. 106.



einher ging die Formulierung von Forschungsdesideraten.<sup>178</sup> Und das, obwohl – oder weil – die von Transsexuellen empfundene Identität für nicht objektivierbar gehalten worden ist.<sup>179</sup> Die Bezeichnung transsexuell sei primär selbstreferentiell. Der Patient habe sich die Diagnose selbst gestellt.<sup>180</sup> Dass ihr Gefühl nicht vermittelbar ist, ist Transsexuellen auch bewusst: „I want to put this overwhelming drive into understandable words that will make someone else get a feel of how I feel. The stereotyped transsexual description is, ‚I feel like a woman trapped in a man’s body‘. OK - that is so and right, but it still doesn’t communicate what it feels like to a man who doesn’t feel that way and to a woman who would find it a very difficult circumstance to imagine.“<sup>181</sup>

Varianten der Ulrichs’schen Metapher einer ‚weiblichen Seele im männlichen Körper‘ (oder umgekehrt) durchziehen den Diskurs, bei den Befürwortern als die Behandlung legitimierende Wiedergabe der Selbstbeschreibung ihrer Patienten,<sup>182</sup> bei Kritikern als Ausdruck einer psychiatrischen Symptomatik.<sup>183</sup>

Die Forderung nach Ursachenforschungen hat eher rhetorischen oder legitimatorischen Charakter angesichts einer längst begonnenen transsexuellen Praxis, die u. a. in den USA durch die Einrichtung so genannter Gender-Identity-Kliniken institutionalisiert wurde. Diese Praxis ermöglichte allerdings die Befriedigung ganz praktischer Forschungsinteressen. Allen voran die der plastischen Chirurgie, die nicht mehr nur auf Patienten mit genitalen Missbildungen beschränkt nun auch an Transsexuellen ihre Techniken perfektionieren könne. Das komme dann der Allgemeinheit zu Gute.<sup>184</sup> Neben Urologie und Gynäkologie profitierte auch die Hormonforschung durch die Erforschung und Behandlung von Transsexuellen. Doch nicht nur die somatische Medizin hat ihre Interessen. Transsexuelle wurden auch als Schlüssel zum Verständnis der ‚normalen‘ Entwicklung der Geschlechtsidentität und von Männlichkeit und Weiblichkeit beforscht.<sup>185</sup> Des Weiteren ließen Psychiater „zu Versuchszwecken“ auch als antisozial oder hysterisch diagnostizierte Transsexuelle zur Geschlechtsumwandlung zu, um zu sehen, ob sich durch die Operation ihr Verhalten bessert.<sup>186</sup> Die medizinische Einwilli-

---

<sup>178</sup> Green (1969c), S. 467ff.; Money (1969), S. 112; Stoller (1969), S. 166-168; Lothstein (1983), S. 180.

<sup>179</sup> Kuiper / Cohen-Kettenis (1988). Docter schreibt, „Gender identity is a hypothetical construct; it cannot be assessed without resource to highly subjective information.“ (Docter (1988), S. 74.) Und weiter: „This construct (...) is both elusive and intangible.“ (a.a.O., S. 32.)

<sup>180</sup> Pfäfflin (1993), S. 19. Vgl. Money: „There is only one person who has maximum direct access to your gender identity. That person is yourself.“ (Money (1988), S. 77.)

<sup>181</sup> Feinbloom (1976), S. 197. Feinbloom zitierte hier aus einem Brief eines Transsexuellen.

<sup>182</sup> Benjamin (1966), S. 9; Stoller (1968a), S. 89; Pauly (1969b), S. 83; Stoller (1975), S. 72; Money (1988), S. 58; Eicher (1992), S. 20, 61.

<sup>183</sup> Burchard (1961), S. 64; Randell (1969), S. 367; Ovesey / Person (1973), S. 64; Springer (1981), S. 102, 113; Lothstein (1983), S. 56; Rosenfeld (1995), S. 2.

<sup>184</sup> Money / Schwartz (1969), S. 255, 265; vgl.: Hoopes (1969), S. 335; Benjamin (1966), S. 101; Pauly (1968), S. 468; Ihlenfeld (1974), S. 250.

<sup>185</sup> Ihlenfeld (1974), S. 250; Stoller (1975), S. 284; Derogatis [u. a.] (1978), S. 234; Pauly / Edgerton (1986), S. 318..

<sup>186</sup> Knorr [u. a.] (1968), S. 519. Die Autoren nannten folgende Eigenschaften ihrer Patienten: „inadequate social and moral judgment and a long history of petty and sometimes major criminal offenses“, „usually unreliable“, „frequently a history of homosexual behavior, usually in the passive role“, „dressed in dramatic and

gung in die gewünschte Operation wurde von der Bereitschaft des Transsexuellen abhängig gemacht, an einer präoperativen Evaluation sowie an einer Langzeit-Follow-Up-Studie mitzuarbeiten.<sup>187</sup> Zumindest wurde ein Dank an die Forschungsinstrumente bzw. Forschungsobjekte ausgesprochen: „I think we are in debt and owe our gratitude to the transsexual who has made all of this research possible.“<sup>188</sup>

Die Wechselwirkung zwischen der Entwicklung des Krankheitsbildes ‚Transsexualität‘ und den medizinischen Behandlungsmöglichkeiten wurde schon in den 1960er Jahren thematisiert: „In an ironic sense this syndrome may be considered iatrogenic, in that advances in surgical technique and hormone therapy now permit the partial realization of fantasies of sexual metamorphosis.“<sup>189</sup> Vor 20 oder 30 Jahre habe der Wunsch nach Geschlechtsumwandlung schon deshalb als wahnhaft qualifiziert werden müssen, weil die Realität keine Lösung zur Verfügung gehabt habe.<sup>190</sup> Mit der wachsenden Bekanntheit dieser Lösungen wurde eine steigende Nachfrage erwartet.<sup>191</sup> Und diese Lösungen waren seitens der Transsexuellen auch zu nutzen: wer keine operative Geschlechtsumwandlung durchführen lassen wollte, galt nicht als ‚echter Transsexueller‘.<sup>192</sup>

Die Mediziner, die bereit waren, Geschlechtsumwandlungen zu legitimieren bzw. durchzuführen, sahen sich zu einer Rechtfertigung ihrer pragmatischen Konstruktion von Transsexuellen veranlasst. So formulierte Green, einer der Herausgeber des ersten Sammelbands zum Thema, 1969 als Schlusssatz des Buches: „The research described in this text into the nature of an unusual human anomaly is consistent with the tradition of scientific inquiry and medicine – to identify basic phenomena, understand underlying mechanisms, dispassionately assess methods of resolution, and in the process try to reduce human suffering. This is the essence of current interest in transsexualism and sex reassignment.“<sup>193</sup>

Behandlungsprogramme in Gender-Identity-Kliniken waren Experimentierfelder mit humanitärem Anspruch. Medizinisch-psychiatrische Forschungsinteressen und Empathie für das Leiden Transsexueller waren ausschlaggebend für eine Haltung, die Wünschen nach Geschlechtsumwandlung gegenüber offen war. Die Patienten mussten, so formulierten Pfäfflin / Junge, die Behandler davon überzeugen, „daß diese Form der Therapie (...) subjektiv zur Leidensminderung beitrug“. Und dass die „defensive Haltung der Behandler (...) einer offensiveren“ wich, sei darauf zurückzuführen, dass dem „als zwiespältig erlebte(n) Behandlungsprogramm“ durch die mit ihm verknüpften Forschungsinteressen „etwas von seiner Zwielfichtig-

---

seductive female clothing“, „exhibitionistic“. (ebd.) Vgl.: Knorr [u. a.] (1969), S. 275.

<sup>187</sup> Pauly (1968), S. 469.

<sup>188</sup> Pauly (1974a), S. 49.

<sup>189</sup> Pauly (1965), S. 172; vgl.: Pauly / Edgerton (1986), S. 316; Pfäfflin (1993), S. 5; Wolff (1993), S. 9.

<sup>190</sup> Knorr [u. a.] (1969), S. 279; vgl.: Pauly (1969a), S. 38. Der Operationskritiker Springer merkte an, dass das klinische Bild der Konträrsexualität durch die technische Machbarkeit von Geschlechtsumwandlungen kulturell überformt sei. (Springer (1981), S. 122f.)

<sup>191</sup> Green (1969b), S. 281.

<sup>192</sup> Stoller (1968a), S. 164; Benjamin (1971), S. 77; Eicher (1992), S. 155.

<sup>193</sup> Green (1969c), S.473.

keit genommen wurde“.<sup>194</sup>

Mediziner, die sich operativen Geschlechtsumwandlungen gegenüber offen zeigten, empfanden sich als couragiert und fortschrittlich. Zu unrecht, wie Kritiker vorwarfen und die Forderungen Transsexueller als Verführung des Arztes disqualifizierten, der aus seiner Machtposition, diesen Wunsch erfüllen zu können, einen narzisstischen Gewinn ziehe.<sup>195</sup> Zur Mythenbildung taugten insbesondere plastische Chirurgen, die trotz aller moralischen, rechtlichen, medizinischen und finanziellen Einwände derartige Operationen durchführen würden: „In fact, a surgeon dealing with such a case has to be a missionary content to hope that his reward will be in heaven.“<sup>196</sup> Fogh Anderson, der Chirurg des dänischen Teams, das u. a. Christine Jorgensen operiert hat, wurde als einer der frühen Pioniere gefeiert, der den Mut gehabt habe, gemäß seiner eigenen Überzeugung zu handeln. Der Laudator war Milton Edgerton, Chirurg und Mitbegründer der ersten ‚Gender Identity Clinic‘ in den USA am Johns Hopkins Krankenhaus in Baltimore. Die „Rehabilitation“ dieser Patienten habe in den USA den Anstoß gegeben, diese Patienten eingehender und mit „some additional surgical courage“ zu untersuchen.<sup>197</sup>

Der Einrichtung der Gender-Identity-Klinik in Baltimore, die von der ‚Erickson Educational Foundation zur Erforschung der Transsexualität‘ finanziell unterstützt wurde,<sup>198</sup> vorausgegangen war die Operation eines farbigen Mannes, der bei Benjamin in New York in Behandlung gewesen war. Das Johns Hopkins Krankenhaus sicherte sich für diese erste im Februar 1965 durchgeführte Geschlechtsumwandlung durch eine gerichtliche Anordnung ab. Die Klinik schuf bewusst einen Präzedenzfall, dem dann die Justiz folgen sollte.<sup>199</sup> Dieser Fall sei zunächst geheim geblieben, bis am 4.10.1966 die *New York Daily News* davon berichtet habe. Um dann keine Sensationsberichte zu provozieren, sei eine Presseerklärung abgegeben worden in der Hoffnung, dass diese in der *New York Times* wiedergegeben wird.<sup>200</sup>

Die Kalkulation ging auf. Der sachlich die Position der Klinik wiedergebende Artikel in der *New York Times* vom 21.11.1966 begann auf der ersten Seite: „The Johns Hopkins Hospital has quietly begun performing sex change surgery.“ Es sei „the first American hospital to give official support“. Der Autor des Artikels gab die metaphorische Selbstbeschreibung der Transsexuellen wieder, „they have the apparently unshakeable conviction that they are either

---

<sup>194</sup> Pfäfflin / Junge (1992), S. 442.

<sup>195</sup> Springer (1981), S. 194.

<sup>196</sup> de Savitsch (1958), S. 90.

<sup>197</sup> Edgerton (1974), S. 2; vgl. das Lob von Benjamin. (Benjamin (1966), S. 14.)

<sup>198</sup> Meyerowitz (2002), S. 7. Die Stiftung war 1964 von dem wohlhabenden Frau-zu-Mann-Transsexuellen Reed Erickson gegründet worden. (ebd.)

<sup>199</sup> Money / Schwartz (1969), S. 255, 258. Die Gender Identity Klinik in Los Angeles ging den umgekehrten Weg und befragte das Recht nach einem Präzedenzfall für derartige Operationen. Ergebnis war, dass Geschlechtsumwandlungen nur bei Intersexualität bzw. biologischen Irrtümern erlaubt seien. (a.a.O., S. 257) Vgl.: o. Verf. (1966); Benjamin (1966), S. 116. Laut Meyerowitz wurde bereits 1964 an der Universitätsklinik San Francisco die erste Geschlechtsumwandlung durchgeführt. Nachdem die Presse davon erfahren hatte, sei eine defensive Pressemitteilung herausgegeben worden, dass kein Behandlungsprogramm für Transsexuelle eingerichtet werden soll. (Meyerowitz (2002), S. 217f.)

<sup>200</sup> Money / Schwartz (1969), S. 255f.

female being trapped in a male body or males trapped in a female body.“ Er zitierte einen Psychiater mit den Worten „they are shockingly normal except for that one area“ und den plastischen Chirurgen Hoopes mit den Worten: „these people need and deserve help“. Benjamin wurde genannt als derjenige, der „has led the fight to have these persons regarded as a distinct medical phenomenon.“ Außerdem wurde das Team der Gender-Identity-Klinik benannt: John Hoopes und Milton Edgerton (plastische Chirurgen), Howard Jones (Gynäkologe), Norman Knorr (Psychiater und plastischer Chirurg), Claude Migeon (Kinderarzt), John Money (medizinischer Psychologe und Kinderarzt), John Meyer (Psychiater), Horst Schirmer (Urologe), Sanford Wolf (Psychiater).<sup>201</sup>

Dieser Presseerklärung vom 21.11.1966 über die bereits Ende 1965 erfolgte Einrichtung einer Gender-Identity-Klinik, gefolgt von einem Artikel im *Time Magazine* vom 2.12.1966, wurde ein größerer Einfluss auf die medizinische Konstruktion der Transsexualität zugebilligt als den Enthüllungen des Falls Jorgensen.<sup>202</sup> Das Wissen, dass Geschlechtsumwandlungen nun auch offiziell in den USA möglich waren, induzierte transsexuelle Entwicklungen. Nach den Zeitungsberichten gingen über 1000 Wünsche nach Geschlechtsumwandlung beim Johns Hopkins Krankenhaus ein.<sup>203</sup> Die im gleichen Jahr erschienene erste Monographie zum Thema von Benjamin sowie von Transsexuellen veröffentlichte Autobiographien – im Folgejahr erschien Jorgensens Lebensbericht – erhöhten weiter die Verfügbarkeit des von informationshungrigen Betroffenen gewünschten Wissens.

Operationen zur Geschlechtsumwandlung wurden zunächst in Dänemark, den Niederlanden und in Schweden, einige auch in Mexiko durchgeführt.<sup>204</sup> Benjamin, „the father of transsexualism“,<sup>205</sup> dessen New Yorker Privatpraxis nach der Jorgensen-Operation 1953 zu der Adresse für Menschen mit transsexuellen Wünschen innerhalb und außerhalb der USA geworden war,<sup>206</sup> hatte 1948 seinen ersten transsexuellen Patienten zur Operation (Kastration, Penisamputation und Konstruktion einer Vagina) nach Deutschland vermittelt, da in den USA kein Urologe zur Operation bereit war. Der Generalstaatsanwalt von Wisconsin hatte interveniert und diese Operation gemäß dem Mayhem-Statut<sup>207</sup> verhindert.<sup>208</sup> Später ließ Benjamin

---

<sup>201</sup> Buckley (1966).

<sup>202</sup> Green (1969a), S. 241. Der *Time*-Artikel titelte „A Body to Match the Mind“ (o.Verf. (1966).)

<sup>203</sup> Money / Schwartz (1969), S. 263.

<sup>204</sup> Benjamin (1966), S. 119. Gemäß eines Berichts des Committee on Public Health der New York Academy of Medicine wurden in den USA bis 1956 keine Geschlechtsumwandlungen vorgenommen. (Ploeger / Flamm (1976), S. 537.)

<sup>205</sup> Green (1974b), S. XVIII. Als einen Beitrag zur Konstruktion des „Mythos Harry Benjamin“ vgl.: Wheeler / Schaefer (1988).

<sup>206</sup> Pfäfflin / Junge (1992), S. 162. Enthielt Benjamins Patientenkartei zwischen 1938 und 1953 10 Fälle mit Geschlechtsidentitätsstörung, so für den Zeitraum 1953 – 1965 schon 350 Fälle; für den Zeitraum 1965 – 1979 dann 1200 Fälle. (Wheeler / Schaefer (1988), S. 179.

<sup>207</sup> Das Mayhem-Statut galt nicht in allen US-Bundesstaaten, z. B. nicht in Minnesota, was die Arbeit der dortigen Gender-Identity-Klinik ermöglichte. (Hastings (1969).)

<sup>208</sup> Schaefer / Wheeler (1995), S. 78f. Diesem angeblich ersten transsexuellen Operationskandidaten in den USA wurde von der Klinik empfohlen, als Homosexueller zu leben. (Sulcov (1973), S. 17)

seine Patienten vor allem in Casablanca operieren.<sup>209</sup> Trotz diagnostizierter stabiler psychischer Zustände und durch Psychiater ausgesprochene Empfehlungen einer Geschlechtsumwandlung trauten sich vor der Einrichtung von Gender-Identity-Kliniken Chirurgen nicht, diese Operationen durchzuführen.<sup>210</sup> Entscheidend für die Ablehnung derartiger Operationen war weniger die Angst davor, den Patienten zu verletzen, als die Angst vor dem Verlust ihrer ärztlichen Reputation.<sup>211</sup> Die Angst des Chirurgen, wegen einer Geschlechtsumwandlung strafrechtlich zur Verantwortung gezogen zu werden – z. B. auf der Grundlage des genannten Mayhem-Statuts – war unbegründet.<sup>212</sup> Einer der ersten US-amerikanischen Chirurgen, der sich zu einer Geschlechtsumwandlung bereit fand, war der Chirurg Elmer Belt in Los Angeles, der 1956 einen Benjamin-Patienten operiert hat.<sup>213</sup>

Die Einrichtung der Gender-Identity-Klinik in Baltimore wurde maßgeblich von John Money betrieben. Da auf Grund der großen Nachfrage nur ein Bruchteil der Patientenwünsche erfüllt werden konnte, hatte ihre Installierung hauptsächlich eine symbolische Funktion.<sup>214</sup> Doch hatte die Einrichtung dieser Klinik auch eine Signalwirkung. Ihr folgten Kliniken u. a. in New York, Los Angeles, Minnesota und Stanford. Zwischen 1966 und 1986 entstanden in den USA ca. 40 Gender-Identity-Kliniken.<sup>215</sup> Bis Ende der 1970er Jahren wurden an diesen US-Kliniken mehr als 1000 Geschlechtsumwandlungen durchgeführt.<sup>216</sup> Seit 1969 wurden ‚International Gender Dysphoria Symposia‘ abgehalten. Auf den neun Symposien zwischen 1969 und 1985 nahmen ca. 150 Wissenschaftler aus der ganzen Welt teil: „the modern era of the gender identity movement“.<sup>217</sup>

Laut Eicher misslang der Versuch der Einrichtung einer entsprechenden Klinik in München 1975 auf Grund der Obstruktion einiger Fachvertreter.<sup>218</sup> Operationen zur Geschlechtsumwandlung galten in Deutschland aber nicht als sittenwidrig. 1969 wurde das Gesetz zur freiwilligen Kastration vom deutschen Bundestag verabschiedet. Der Bundesgerichtshof hat 1971 in einem Urteil festgestellt, dass diese Operationen in Ausnahmefällen „zur Vermeidung schwerster seelischer und körperlicher Beeinträchtigungen“ zulässig seien.<sup>219</sup>

---

<sup>209</sup> Money / Schwartz (1969), S. 257.

<sup>210</sup> Sulcov (1973), S. 25.

<sup>211</sup> Pauly (1968), S. 467; Hoopes [u. a.] (1968), S. 512.

<sup>212</sup> Holloway konnte in seiner Analyse des US-amerikanischen Case Laws keinen derartigen Fall finden. Er schloss, dass Chirurgen Geschlechtsumwandlungen ohne Angst vor einer strafrechtlichen Verantwortung durchführen können vorausgesetzt, der gründlich informierte Patient hat seine schriftlich Zustimmung gegeben. (Holloway (1974), insb. S. 33-39.

<sup>213</sup> Schaefer / Wheeler (1995), S. 80.

<sup>214</sup> Meyerowitz (2002), S. 218-220.

<sup>215</sup> Duchow (1980), S. 9; Money / Schwartz (1969), S. 253; Pauly / Edgerton (1986), S. 315. Laut Sigusch [u. a.] nahmen von diesen 40 Kliniken 15 auch geschlechtsumwandelnde Operationen vor. (Sigusch [u. a.] (1979), S. 250.

<sup>216</sup> Meyerowitz (2002), S. 222.

<sup>217</sup> Pauly / Edgerton (1986), S. 317f.

<sup>218</sup> Eicher (1995), S. 63.

<sup>219</sup> Sigusch [u. a.] (1979, S. 305. Nach § 226 StGB ist ein „Eingriff in die körperliche Integrität nur dann eine rechtswidrige Körperverletzung, wenn er trotz der Einwilligung gegen die guten Sitten verstößt“. (ebd.)

Kritiker chirurgischer Geschlechtsumwandlungen kritisierten die Installation dieser Behandlungsprogramme als sentimental begründete „Kollaboration mit neurotischen Wünschen“ und hielten mit Nachdruck an der Diagnose „Borderline-Psychotiker“ fest.<sup>220</sup> Springer führte 1981 die zunehmende pragmatische Zustimmung zu operativen Geschlechtsumwandlungen unter deutschen Sexualmedizinern auf die „Übernahme von Strömungen in der amerikanischen Sexologie“ zurück.<sup>221</sup> Doch diese Strömungen waren zumindest 1969 in den USA noch ein kleines Rinnsal. Eine Umfrage von 400 Psychiatern, Gynäkologen, Urologen und Allgemeinmedizinern in den USA ermittelte eine überwältigend große Ablehnung von operativen Geschlechtsumwandlungen.<sup>222</sup>

Legitimiert wurden die irreversiblen Eingriffe durch die Behauptung, eine Psychotherapie sei nicht möglich.<sup>223</sup> Für die meisten Menschen – unterstellen Green / Money – sei es zwar schwierig oder unmöglich, Empathie für Transsexuelle zu empfinden,<sup>224</sup> doch sei eine operative Geschlechtsumwandlung die einzige Möglichkeit, um dem unverschuldeten Leiden der Patienten – „an undeserved misfortune“<sup>225</sup> – abzuhelfen.<sup>226</sup> Erfolgsberichte von Psychotherapien wurden kurzerhand als fragwürdig abqualifiziert. Es wurde behauptet, bei den Behandelten habe es sich nicht um „echte Transsexuelle“ gehandelt.<sup>227</sup> Diese Behauptung kritisierten wiederum Kritiker. Springer meinte, die medizinischen Anwälte der Transsexuellen hätten alle keine Erfahrung mit ernsthaften Psychotherapien und würden durch gegenseitiges Zitieren diesen „Mythos der Unbehandelbarkeit“ von Transsexualität produzieren.<sup>228</sup> Person / Ovesey waren in ihrer Einschätzung differenzierter und machten für die begrenzten Erfolgsaussichten einer Psychotherapie vor allem den Unwillen der Transsexuellen verantwortlich, bedingt durch die Verfügbarkeit von operativen Eingriffen sowie durch den Hang der Psychiater, Transsexuelle für psychotisch zu halten.<sup>229</sup>

Ärzte, die Geschlechtsumwandlungen eher skeptisch gegenüber standen, befürworteten

---

<sup>220</sup> So z. B. Meerloo in einem Leserbrief zur Errichtung der Gender-Identity-Klinik an der Johns Hopkins Universität. (Meerloo (1967/68).)

<sup>221</sup> Springer (1981), S. 165.

<sup>222</sup> Die mit 9% höchste Zustimmung ermittelte Green bei Psychiatern. Dieser Prozentsatz steigerte sich unter den Bedingungen: nicht psychotisch, 2 Jahre Therapie, behandelnder Psychiater befürwortet OP auf 45%. (Green (1969a), S. 236f.) 80% der Befragten hielten Transsexuelle für schwer neurotisch, 15% für psychotisch. (a.a.O., S. 241.)

<sup>223</sup> Z. B.: Burchard (1961), S. 60; Benjamin (1966), S. 64; Stoller (1968a), S. 92; Pauly (1969a), S. 48; Ihlenfeld (1974), S. 248; Sigusch [u. a.] (1979), S. 288; Eicher (1992), S. 20, 156.

<sup>224</sup> Green / Money (1975), S. XV.

<sup>225</sup> Benjamin (1966), S. 69. Money / Schwartz zogen eine Parallele zur Verurteilung der Homosexualität durch Kirche und Recht, der sie die Sichtweise der Medizin als progressiv gegenüber stellten: „A sin and a crime are ostensibly of free choice; a developmental anomaly is not.“ (Money / Schwartz (1969), S. 263.)

<sup>226</sup> Es sei einfacher, den Patienten für verrückt zu erklären als die Verantwortung für eine irreversible Entscheidung zu tragen. Mangels Alternativen sei den Operationen zuzustimmen. (Pauly (1969b), S. 80) Vgl.: Stoller (1968a), S. 249; Ihlenfeld (1974), S. 250. Abraham hatte diese bereits 1931 als „eine Art Notoperation“ bezeichnet. (Abraham (1931), S. 226.)

<sup>227</sup> Eicher (1992), S. 162.

<sup>228</sup> Springer (1981), S. 200.

<sup>229</sup> Person / Ovesey (1974b), S. 190.

diese trotzdem, weil sie eine resozialisierende Funktion habe und aus sozial behinderten Individuen brauchbare und nützliche Bürger machen könne<sup>230</sup> – ein Argument, das auf den sexualpathologischen Diskurs zur Kastration im frühen 20. Jahrhundert zurückgeht. Die empathischen Mediziner legten umgekehrt Wert auf die Feststellung, dass sie nicht jedem Therapie resistenten Transsexuellen zur Operation verhelfen würden: „Sex reassignment may not be obtained as a whim or caprice of individual choice in the manner in which a person decides to get his body tattooed.“<sup>231</sup> Als wichtiges Kriterium formulierten sie, dass aus der Operation eine „reasonably successful ‚woman‘“ hervorgeht. Benjamin nannte diesbezüglich die Aspekte: Aussehen; stabile Persönlichkeit; Rückhalt und Unterstützung seitens der Familie; Fähigkeit, für ihren Lebensunterhalt zu sorgen. Stoller beschränkte sich darauf, die postoperative Unsichtbarkeit von Transsexuellen zu fordern: die Patienten „pass silently, completely, and permanently into society as woman“.<sup>232</sup> In der Tradition Hirschfelds stellte Benjamin seinen operierten Patienten eine Bescheinigung aus, dass der männliche Personenstand nicht mehr den „Fakten“ entspreche, um so eine Eheschließung zu ermöglichen.<sup>233</sup>

### *11.2.2 Diagnostischer Pragmatismus: die Auswahl geeigneter OP-Kandidaten*

„Er nehme aber an, daß viele so leiden müßten wie er und deshalb werde er die erfolgte ‚Umwandlung‘ sofort in einer Illustrierten veröffentlichen lassen.“<sup>234</sup> – „The most troubling aspect is that the easier it is to have such procedures done, the more patients request them.“<sup>235</sup> – “While the whole area of the initiation of young teenagers into transsexualism by deviant sexual subgroups has been virtually ignored, every gender clinician knows how powerful a force that is in the consolidation and crystallization of a transsexual identity.“<sup>236</sup>

Auch bezogen auf Transsexualität wurde die Verführungsthese formuliert, Transsexuelle könnten als Mentoren fungieren und durch ihr Rollenmodell aus einem Transvestiten einen ‚sekundären‘ Transsexuellen machen.<sup>237</sup> Verbreiteter war die Auffassung, dass das Wissen um die Operationsmöglichkeiten die Identitätsbildung Transsexueller anrege. Durch das Studium einschlägiger Literatur werde aus dem Wunsch das wichtigste Ziel im Leben. Aus der Selbstdiagnose ‚transsexuell‘ resultiere die Erwartungshaltung, dass der Arzt die hormonellen und chirurgischen Eingriffe vornehme.<sup>238</sup> Einige Transsexuelle besorgten sich schon vor der Erstuntersuchung Hormone auf dem Schwarzmarkt, andere würden sich eine Behandlung

---

<sup>230</sup> Burchard (1961), S. 63; Randell (1969), S. 380; vgl.: de Savitsch (1958), S. 95.

<sup>231</sup> Money / Schwartz (1969), S. 261.

<sup>232</sup> Benjamin (1966), S. 110; Stoller (1975), S. 252.

<sup>233</sup> Benjamin (1966), S. 144.

<sup>234</sup> So ein Patient in: Overzier (1958a), S. 200.

<sup>235</sup> Stoller (1966), S. 98.

<sup>236</sup> Lothstein (1983), S. 131.

<sup>237</sup> Docter (1988), S. 75.

<sup>238</sup> Pauly (1965), S. 175; Person / Ovesey (1974a), S. 8, 17; Stoller (1975), S. 247f.; Springer (1981), S. 103; Désirat (1982), S. 89; Lothstein (1983), S. 57; Langer (1985), S. 68.

durch demonstrative Suizidalität oder Selbstkastrationsversuche erzwingen.<sup>239</sup>

Selbstdiagnose einerseits und feste Erwartung hinsichtlich der Art der Behandlung andererseits machen Transsexualität zu einem medizinisch-psychiatrischen Sonderfall. Es soll psychiatrisch festgestellt werden, dass die Patienten – abgesehen von ihrer Geschlechtsidentitätsstörung – nicht psychisch krank sind, damit dann diese Identitätsstörung durch eine Behandlung des Körpers behoben werden kann. Die Radikalität des Eingriffs steht in krassem Gegensatz zur nicht objektivierbaren Selbstdiagnose einer „inneren Gewißheit, Mann oder Frau zu sein“.<sup>240</sup> Die bloße Mitteilung dieser inneren Gewissheit kann für Mediziner kein hinreichendes Symptom zur Diagnose transsexuell sein. Die Macht der Diagnose liegt bei der (Human-)Wissenschaft Medizin, der Patient hat geduldig seine Prüfung zu getragen und das mitgeteilte Ergebnis zu akzeptieren. Den geäußerten Operationswunsch schien nur Benjamin als Definition von Transsexualität zu akzeptieren,<sup>241</sup> auch wenn Kritiker einen anderen Eindruck hatten und meinten, in der anschwellenden Literatur zur Transsexualität „the diagnosis of transsexual (sic) became synonymous with SRS“.<sup>242</sup> Meist wurde dieser Wunsch entweder als notwendige aber nicht hinreichende Bedingung für die Diagnose ‚transsexuell‘ betrachtet<sup>243</sup> oder es wurde darauf hingewiesen, dass nicht jeder, der sich operieren lasse, als transsexuell gelten könne.<sup>244</sup>

Die Medizin entwickelte einen Katalog von Symptomen, durch den die intuitive Selbstdiagnose des Patienten intersubjektiv überprüfbar, im wörtlichen Sinn operationalisierbar gemacht werden sollte, um dann mit wissenschaftlicher Autorität die Diagnose ‚transsexuell‘ stellen und die somatischen Eingriffe sanktionieren zu können. Einige Symptome bezogen sich auf die legitimatorischen Hypothesen der Genese von Transsexualität. Dass bei der Diagnose viele Manipulationsmöglichkeiten seitens der Patienten bestehen – schließlich beziehen sich viele Leitsymptome auf die biographische Vergangenheit<sup>245</sup> oder auf Gefühle –, war den Diagnostikern bewusst.<sup>246</sup> Die frühkindliche Geschichte sei nicht nur schwer zu erinnern und zu beweisen. Transsexuelle hätten ungenaue Erinnerungen an ihre Kindheit oder würden ihre Biographie entsprechend den vermuteten Erwartungen der Diagnostikers verändern.<sup>247</sup>

---

<sup>239</sup> Eicher (1992), S. 25, 27, 82.

<sup>240</sup> Stellvertretend sei hier Eichers Definition von Geschlechtsidentität wiedergegeben: „Bei dem inneren Gefühl oder der inneren Gewißheit, Mann oder Frau zu sein, handelt es sich um eine innere Erfahrung im Sinne einer Selbstwahrnehmung, die mehr darstellt, als das Ergebnis einer Übernahme der Rolle von außen. Diesen Erfahrungswert der Gesamtpersönlichkeit bezeichnen wir mit Geschlechtsidentität.“ (Eicher (1992), S. 15.)

<sup>241</sup> Benjamin (1966), S. 21.

<sup>242</sup> Lothstein (1983), S. 58.

<sup>243</sup> Sulcov (1973), S. 35.

<sup>244</sup> Stoller wies darauf hin, dass sich in Ländern, in denen Geschlechtsumwandlungen leichter zu bekommen seien, auch meist homosexuelle Prostituierte und ‚Female Impersonators‘ operieren lassen würden. (Stoller (1968a), S. 189.)

<sup>245</sup> „The main symptoms of ‘transsexualism’ are verbal; (...) these doctors treat these verbal presentations as if they primarily referred to real events in the patient's biography.“ (Sulcov (1973), S. 279.)

<sup>246</sup> Désirat (1982), S. 89; Eicher (1992), S. 64.

<sup>247</sup> Benjamin (1966), S. 21, 35, 80; Stoller (1966), S. 98f.; Kubic / Mackie (1968), S. 435; Knorr [u. a.] (1968),



Doch wurde das ignoriert: „Whether fact or fantasy, this is a typical story of the early childhood history as presented by the adult male transsexual.“<sup>248</sup>

Folgende im Diskurs genannte Leitsymptome lassen sich zusammenstellen:

1. Die nicht veränderbare Überzeugung biologisch normaler Personen, dem anderen Geschlecht anzugehören.<sup>249</sup> Transsexuelle würden sich mit Gedanken, Gefühlen und insbesondere dem „sense of ‚gender identity‘“ des anderen Geschlechts identifizieren.<sup>250</sup> Männliche Transsexuelle fühlten sich „essentially female though with a male body“.<sup>251</sup>
2. Transsexuelle würden nicht wahnhaft die äußere Realität ihres anatomischen Geschlechts leugnen. Sie leugneten nur, dass ihre Identität ihrem biologischen Status angemessen ist. Es liege keine Psychose vor.<sup>252</sup>
3. Eine natürliche ungekünstelte Darstellung der gegengeschlechtlichen Rolle: „no performance quality to the transsexual’s feminine behavior“.<sup>253</sup> Transsexuelle würden Interessen, Haltungen, Verhaltenweisen des anderen Geschlechts zeigen und permanent in der anderen sozialen Rolle leben wollen.<sup>254</sup>
4. Bei Männern habe das Cross Dressing keinen fetischistischen Charakter, sondern wirke als Beruhigung und Erleichterung. Es sei keine Karikatur: „they are feminine, not effeminate“.<sup>255</sup>
5. Starke Ablehnung oder Hass auf den eigenen Körper, insbesondere Ekel vor den Geschlechtsteilen; bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen keine sexuelle Befriedigung durch den

---

S. 517; Knorr [u. a.] (1969), S. 273; Pauly (1969a), S. 49; Stoller (1975), S. 129; Ploeger / Flamm (1976), S. 504f.; Pfäfflin (1980), S. 208. Um ihre Biographie zu fälschen, würden Transsexuelle sogar Schauspieler engagieren, die Familienmitglieder spielen. (Petersen / Dickey (1995), S. 149.)

<sup>248</sup> Pauly (1969a), S. 41. Vgl.: „Even if these people are not giving the facts, they all independently invented the same false story.“ (Stoller (1975), S. 56.)

<sup>249</sup> Kubie / Mackie (1968), S. 432. Vgl.: Pauly (1969a), S. 37.

<sup>250</sup> Knorr [u. a.] (1968), S. 518.

<sup>251</sup> Stoller (1968a), S. 179; vgl.: a.a.O., S. 132.

<sup>252</sup> Benjamin (1966), S. 105; Knorr [u. a.] (1968), S. 518; Stoller (1968a), S. 102, 132; Stoller (1975), S. 31, 75.

<sup>253</sup> Stoller (1975), S. 120, 149.

<sup>254</sup> Pauly (1965), S. 172; Stoller (1975), S. 75.

<sup>255</sup> Stoller (1968a), S. 179; Green (1969b), S. 282; Pauly (1969b), S. 72; Person / Ovesey (1974a), S. 16 (für ‚primäre Transsexuelle‘); Stoller (1975), S. 147, 30; Sigusch [u. a.] (1979), S. 251; Eicher (1992), S. 61. Abweichend meinten Buhrich / McConaghy in diversen Aufsätzen, dass sich Fetischismus und Transsexualität nicht gegenseitig ausschließen. Sie konstruierten Kategorien zwischen dem „nuclear transvestism“ und Transsexualität: den „marginal transvestism“, den sie durch fetischistisches Crossdressing und Wünsche nach hormonellen und/oder chirurgischen Veränderungen des Körpers charakterisierten, sowie den „fetishistic transsexualism“. Entscheidend für die Zuordnung zu diesen beiden Zwischenkategorien war die Selbstidentifikation der Patienten. (Buhrich / McConaghy (1979)); vgl.: Buhrich / McConaghy (1977a) (1977b) (1977c) (1977d) (1978). Umgekehrt betonten verschiedene Autoren die nicht fetischistischen Aspekte oder Erscheinungsformen des Transvestitismus, z. B.: Bruce (1967); Ovesey / Person (1973), Person / Ovesey (1978); Brierley (1979); Gosselin / Wilson (1980); Docter (1988). Die Selbstidentifikation von Transvestiten charakterisierten Person / Ovesey durch eine Koexistenz von weiblicher und männlicher Identität, durch eine „vertical split of the ego“. (Person / Ovesey (1978), S. 316) Brierley meinte, Transvestiten hätten eine bipolare Geschlechtsrolle; Transvestitismus könne auch als Flucht vor der männlichen Rolle gedeutet werden. (Brierley (1979), S. 234.)

Penis, der entfernt werden soll;<sup>256</sup> bedingt durch die Konflikte mit dem (Geschlechts-) Körper geringes sexuelles Bedürfnis bis hin zur Asexualität.<sup>257</sup>

6. Postoperative Heterosexualität. Alle Transsexuellen bestünden darauf, nicht homosexuell zu sein, auch wenn sie Personen des gleichen Geschlechts begehren würden. Sie würden Homosexualität ablehnen oder sich vor dieser ekeln.<sup>258</sup> Mann-zu-Frau-Transsexuelle würden männliche ‚straighte‘ Männer bevorzugen, Frau-zu-Mann-Transsexuelle „fall deeply in love with normal or homosexual girls, often those of a soft, feminine type“.<sup>259</sup> Benjamin erklärte sogar „a good deal of heterosexuality“ (anatomisch gesehen) zur Gegenanzeige für eine Geschlechtsumwandlung<sup>260</sup> und meinte, das sexuelle Motiv sei für eine Geschlechtsumwandlung entscheidend: „Their sex drive is not that of a homosexual man but that of a woman who is strongly attracted to normal heterosexual men.“<sup>261</sup> Erst ab Mitte der 1970er Jahre, bezogen auf Frau-zu-Mann-Transsexuelle noch später,<sup>262</sup> setzte sich langsam die Ansicht durch, nicht alle Transsexuellen müssten postoperativ heterosexuell sein.<sup>263</sup> Dass

---

<sup>256</sup> Burchard (1965), S. 42; Pauly (1965), S. 175; Benjamin (1966), S. 13f.; Stoller (1968a), S. 179; Green (1969b), S. 282f.; Randell (1969), S. 367; Dienes (1973), S. 75f.; Person / Ovesey (1974a), S. 16; Stoller (1975), S. 147; Sigusch [u. a.] (1979), S. 251; Duchow (1980), S. 91f.; Désirat (1982), S. 121. Differentialdiagnostisch formulierte Benjamin bereits 1954: der Transvestit betrachte seinen Penis als Organ, das ihm Lust verschafft. Der Transsexuelle empfinde dadurch Ekel. (Benjamin (1954), S. 220) Ebenso genieße der Homosexuelle seinen Penis, „uses it whenever possible in all sorts of sexual situations.“ (Stoller (1975), S. 149.)

<sup>257</sup> Burchard (1961), S. 33; Burchard (1965), S. 41; Benjamin (1966), S. 22 (bezogen auf Typ 5: „true transsexual / moderate intensity“) und S. 49: „Many transsexuals have no overt sex life at all.“. Person / Ovesey meinten, der primäre Transsexuelle sei „essentially asexual and shows little interest in either sex“. (Person / Ovesey (1974a), S. 15.)

<sup>258</sup> Pauly (1965), S. 172, 175; Kubie / Mackie (1968), S. 436; Pauly (1969a), S. 42; Stoller (1968a), S. 147f.; Ploeger / Flamm (1976), S. 512; Désirat (1982), 86, 114.

<sup>259</sup> Stoller (1975), S. 147; Benjamin (1966), S. 149.

<sup>260</sup> Benjamin (1971), S. 79.

<sup>261</sup> Benjamin (1966), S. 113f. Neben diesen sexuell aktiven Typus (männlicher) Transsexualität stellte Benjamin einen Typus, der asexuell ist oder zumindest eine niedrige Libido hat. (a.a.O., S. 22.)

<sup>262</sup> Feinbloom meinte 1976, einige Mann-zu-Frau-Transsexuelle seien postoperativ lesbisch, doch von postoperativen Schwulen (also Männer begehrenden Frau-zu-Mann-Transsexuellen) habe sie noch nichts gehört. (Feinbloom (1976), S. 31) Langer meinte noch 1985, „für alle transsexuellen Frauen scheint zu gelten, daß sie gynäphil sind“. (Langer (1985), S. 75) Pauly berichtete 1992, „more recently so called female to gay male transsexualism has been identified“; sein frühester Literaturhinweis ist: Blanchard, Ray / Clemmensen, Leonard H. / Steiner, Betty W.: Heterosexual and homosexual gender dysphoria, in: Archives of Sexual Behavior 16 (1987), S. 139-152.

<sup>263</sup> In den Leitsymptomen von Sigusch [u. a.] hieß es 1979 noch pauschal, „Transsexuelle (...) empfinden sich selber als heterosexuell“. (Sigusch [u. a.] (1979), S. 252) Eicher stellte 1992 fest, Heterosexualität sei zwar die Regel, könne aber nicht mehr als Leitsymptom gelten. Er habe bereits 1977 darauf hingewiesen, dass (postoperativ gesehen) Homosexualität kein Ausschlusskriterium für Transsexualität sei. (Eicher (1992), S. 171, 31) Vgl.: Kröhn [u. a.] (1981), S. 26. Ray Blanchard (Gender Identity Klinik, Toronto) typologisierte in den 1980er Jahren in seinen Studien Mann-zu-Frau-Transsexuelle in zwei Grundkategorien: homosexuell und heterosexuell, letztere mit den Unterkategorien hetero-, bi- und asexuell. (Blanchard (1985), (1988)) Dabei stellte er fest, dass sich die sexuelle Orientierung durch die Geschlechtsumwandlung nicht ändert. Von den präoperativ als heterosexuell eingestuften Mann-zu-Frau-Transsexuellen lebte nach der Operation keine mit einem Mann, dagegen fast jede zweite mit einer Frau zusammen. Das gilt für die präoperativ als homosexuell eingestuften Mann-zu-Frau-Transsexuellen entsprechend. (Blanchard, Ray / B. Steiner / Leonard H. Clemmensen: Gender Dysphoria, Gender Reorientation, and the Clinical Management of Transsexualism, in: Journal of Consulting and Clinical Psychology 53 (1985), S. 295-304; zit. nach Pfäfflin / Junge 1992), S. 312.) Abweichend dazu stellte Tully 1992 fest, dass sich bei den meisten Mann-zu-Frau-Transsexuellen, die sich sexuell von Frauen angezogen fühlten, die Richtung des Begehrens im Laufe der

Eicher Transsexuellen, die postoperativ homosexuell leben, eine doppelte Transposition der Geschlechtsidentität attestiert zeigt, dass er den anderen Fall als Norm setzt. Normabweichungen erwartete er in der Häufigkeit, wie es in der Normalbevölkerung Homosexuelle gibt.<sup>264</sup> Bockting / Coleman sprachen von einem „heterosexist paradigm of mental health“:<sup>265</sup> Noch Mitte der 1990er Jahre schlossen 3 der 19 befragten Gender-Identity-Kliniken Patienten von ihrem Behandlungsprogramm aus, die postoperativ als lesbische Frau bzw. schwuler Mann leben wollten.<sup>266</sup>

7. Die gegengeschlechtliche Identifikation und die Präferenz für die andere Geschlechtsrolle besteht seit der frühen Kindheit und seitdem das ganze Leben lang:<sup>267</sup> „Bei Transsexuellen besteht eine dauerhafte und totale Transposition dieser Geschlechtsidentität.“<sup>268</sup> Das Wort „Tomboy“ sei ein wichtiger Schlüssel zum Kindheitsverhalten von Frau-zu-Mann-Transsexuellen, das Wort „Sissy“ zu dem von Mann-zu-Frau-Transsexuellen.<sup>269</sup> Das Kind lerne das gegengeschlechtliche Verhalten so spontan und natürlich, daß es wie biologisch determiniert wirke.<sup>270</sup>

Standardisierte psychologische Tests wurden als Möglichkeit angesehen, die von Transsexuellen behauptete Geschlechtsidentität und -rolle zu überprüfen.<sup>271</sup> Das Bem Sex Role Inventory war laut Eichler der meistbenutzte Test – generell, nicht nur bezogen auf Transsexualität. Als dessen Vorteil galt, Männlichkeit und Weiblichkeit auf zwei getrennten Skalen zu ermitteln, sie also nicht als einander ausschließende Persönlichkeitseigenschaften zu erheben. Auf diese Tests gehe ich nicht weiter ein, zum einen, weil sie nur der Bestätigung von Geschlechterrollenstereotypen dienen,<sup>272</sup> zum anderen, weil zumindest für das Thema Geschlechterrollen sensible Menschen wissen, wo sie ihr Kreuz zu machen haben. So ist es nicht verwunderlich, dass Transsexuellen auf der Basis derartiger Tests eine Übererfüllung der gegengeschlechtlichen Rolle vorgehalten werden konnte. Ihr Verhalten sei stark an Geschlechterstereotypen orientiert und oft übertrieben.<sup>273</sup> Das konnte, so Tully, aber auch daran liegen, dass die begutachtenden Ärzte eine explizite Geschlechtsdarstellung für ein positives OP-

---

transsexuellen Entwicklung verändert habe. Nur bei einer Minorität dieser Fälle sei diese Attraktion erhalten geblieben. (Tully (1992), S. 115, 124.)

<sup>264</sup> Eicher (1992), S. 22.

<sup>265</sup> Bockting / Coleman (1992), S. 149.

<sup>266</sup> Petersen / Dickey (1995), S. 145. Um welche 3 der befragten US-amerikanischen, kanadischen und europäischen Kliniken es sich handelt, schrieben die Autoren leider nicht.

<sup>267</sup> Pauly (1968), S. 460; Pauly (1969a), S. 58; Kubie / Mackie (1968), S. 432; Stoller (1975), S. 147; Désirat (1982), S. 81; Lothstein (1983), S. 56; Docter (1988), S. 27; Eicher (1992), S. 20.

<sup>268</sup> Eicher (1992), S. 17.

<sup>269</sup> Money / Primrose (1968), S. 475; Money / Brennan (1968), S. 490.

<sup>270</sup> Stoller (1968a), S. 93.

<sup>271</sup> Eine 1995 veröffentlichte Umfrage ergab, dass zwei Drittel aller Gender-Identity-Kliniken in den USA, Canada und Europa mindestens 2 standardisierte psychologische Tests mit ihren Patienten durchführen. (Petersen / Dickey (1995), S. 142f.)

<sup>272</sup> Zum Bem Sex Role Inventory und zur Kritik an derartigen Tests vgl.: Eichler (1980). Die Tests messen die Realität an den Stereotypen anstatt die Realität zur Korrektur dieser Stereotype zu benutzen. (a.a.O., S. 66.)

<sup>273</sup> Money / Primrose (1968), S. 476, 481; vgl.: Money / Brennan (1968).

Gutachten erwarten.<sup>274</sup>

Was die erwartete natürliche Weiblichkeit von Mann-zu-Frau-Transsexuellen alles umfassen musste, verdeutlicht ex negativo folgende Aufstellung von Stoller. Je mehr der genannten Punkte zutreffen, desto größer sei die Wahrscheinlichkeit postoperativer Schwierigkeiten und Psychosen: 1. Der Transsexuelle hat Erektionen durch Frauenkleider; 2. Es gibt Lebensphasen, in denen er als Mann gelebt hat und nicht als effeminiert oder feminin angesehen worden ist; 3. Er war verheiratet und hat Kinder; 4. Er freut sich über seinen Penis; 5. Er tut nicht alles für eine Operation; 6. Er zögert bei einer ihm angebotenen Operation; 7. Er erlaubt einem anderen Mann, seinen Penis zu masturbieren; 8. Er erinnert sich nicht daran, in der gesamten von ihm erinnerbaren Zeit feminin gewesen zu sein; 9. Er macht bekannt, als Mann geboren zu sein; 10. Er wählt nicht den letzten, technisch möglichen Weg medizinischer Eingriffe.<sup>275</sup>

Doch bei aller ärztlicherseits erwarteten Operations- und Technikbegeisterung der Transsexuellen wurde auch neben einer „adequate intelligence“ und „ego strength with an absence of depression, alcoholism, drug addiction, or sociopathic behavior“ ein „realistic understanding of the limitations of surgical gender reassignment as well as realistic plans for the future“ verlangt.<sup>276</sup> Angesichts der wechselseitig bestehenden Erwartungen ist es kein Wunder, dass selbst Benjamin Verhalten und Charakter vieler Transsexueller als Handikap empfunden hat: „From a so-called ‚character neurosis‘ to outspoken hostile, paranoid demands for help from the doctor, all kinds of objectionable traits may exist. (...) Many transsexuals are utterly self-centered, concerned with their own problems only.“<sup>277</sup>

Zur Diagnostik entwickelte sich ab Ende der 1960er Jahre eine umfangreiche Fachdiskussion, die zum einen nach innen verschiedene Typen von Transsexuellen unterschieden, zum anderen eine Differentialdiagnose von Transsexualität, Transvestitismus und Homosexualität versucht hat. Benjamin hat in seiner Monographie 1966 eine ausschließlich phänomenologische Typologie von „sex and gender role disorientation and indcision“ von Männern entworfen: sechs Typen vom gelegentlichen Pseudotransvestiten bis zum „true transsexual / high intensity“. Eine scharfe wissenschaftliche Abgrenzung von Transvestitismus und Transsexualität sei unmöglich: er konstruierte einen Typ „transsexual / nonsurgical“, der zwischen beiden Phänomen hin und her schwanke und ein unentschiedenes „gender feeling“ habe: „But, if honest with himself, he would want to be sex-changed.“<sup>278</sup> Doch vor allem Stoller lehnte die

---

<sup>274</sup> Tully (1992), S. 202.

<sup>275</sup> Stoller (1968a), S. 163f.; vgl. den Katalog an Operationsausschlussgründen in Stoller (1975), S. 253.

<sup>276</sup> Dixer hat 1981 neun im Diskurs häufig genannte Kriterien zur Auswahl geeigneter Kandidaten für eine operative Geschlechtsumwandlung zusammengestellt. Außer den drei genannten sind das: „evidence of life-long cross-gender identity“, „inability to live in one’s biological gender role“, „capacity to pass effortlessly and continuously in society as a member of the opposite sex“, „no evidence of ambivalence due to involvement in some transient situational event“, „an absence of heterosexual marriage or any sexual activity or pleasure in the anatomic sex“ und „cross-dressing must never have been sexually exciting“. (Dixer (1981), S. 17f.) Die Transsexuellen müssten intelligent genug sein, um alle Folgen ihrer Entscheidung einschätzen zu können. (Pauly (1968), S. 469.)

<sup>277</sup> Benjamin (1966), S. 67.

<sup>278</sup> Benjamin (1966), S. 21f., 60. Benjamins Typ 6 (transsexual / high intensity) ist ausschließlich homosexuell (Kinsey-Skala 6), sein Typ 5 (true transsexual / moderate intensity) ist überwiegend homosexuell (Kinsey-

Vorstellung eines "continuum of cross-dressing" ab. Es verhindere ein weitergehendes Verstehen von ‚echter‘ Transsexualität.<sup>279</sup> Stollers Legitimation von Geschlechtsumwandlungen basierte auf einer Theorie, die diese als eigene konfliktfrei entstandene Identität konstruiert.

Die im Diskurs wichtigste Typisierung haben Person / Ovesey 1974 mit der Unterscheidung von primären und sekundären Transsexuellen vorgenommen. Erstere seien Fälle mit einer lebenslangen konträrgeschlechtlichen Identität und Rolle – also bezogen auf den oben genannten Symptomenkatalog mehr oder weniger idealtypische Fälle. Sekundäre Transsexuelle seien Spätentwickler, bei denen sich der Wunsch nach Geschlechtsumwandlung erst in der Pubertät oder Adoleszenz aus einer homosexuellen oder transvestitischen Biographie heraus entwickelt habe. Person / Ovesey gingen also von Übergängen von der Homosexualität bzw. dem Transvestitismus zur Transsexualität aus. Sie sahen alle drei Phänomene als Resultat einer konfliktuösen Entwicklung an.<sup>280</sup>

Ungeachtet der nosologischen Bewertung transsexueller Wünsche durch Person / Ovesey wurde diese Typologie auch von Befürwortern von Geschlechtsumwandlungen aufgegriffen, weil sie phänomenologische Aspekte mit der psychosexuellen Entwicklung verbunden hat, was in Hinblick auf legitimatorische Argumentationen (eine lebenslange Transposition der Geschlechtsidentität) wichtig war.<sup>281</sup> In der Phase bis zur offiziellen Etablierung der Transsexualität als operable Identitätsstörung hat diese Typisierung ihre strategisch-diagnostische Funktion in dem Sinne erfüllt, dass von den meisten Mediziner, auch von Person / Ovesey, nur die „wahren“ oder „primären“ Transsexuellen als geeignete Operationskandidaten angesehen wurden.<sup>282</sup> In den 1980er Jahren ist diese Typisierung dann zunehmend unwichtiger geworden. Der transsexuelle Wunsch wurde nicht mehr auf (früh-)kindliche idealtypische

---

Skala 4-6). (a.a.O., S. 22) Benjamin charakterisierte wie die meisten Autoren Transvestiten als überwiegend heterosexuell. Eine Ausnahme stellten Psychoanalytiker wie Stekel oder Fenichel dar, die Transvestitismus als unbewusste Homosexualität verstanden haben – für Brierley eine unangreifbare Phantasie der Psychoanalyse. (Brierley (1979), S. 164.)

<sup>279</sup> Stoller (1975), S. 157. Nicht jeder, der eine Geschlechtsumwandlung wünscht, ist für Stoller deswegen schon ein „true transsexual“. (a.a.O., S. 159) Letztlich grenzte aber auch Stoller Transsexualität gegen effeminierte Homosexualität und gegen Transvestitismus durch den Grad der Weiblichkeit ab: „one essential difference is the quantitative one, the matter of degree.“ (Stoller (1968a), S. 178.) Stoller konstruierte neben dem fetischistischen Transvestiten den Typus „Phasen-Frau“, der das nicht-erotische Verlangen habe, sich in der Gesellschaft unerkannt als Frau zu bewegen. Im Unterschied zum Transsexuellen habe sich dieser mit der phallischen Frau identifiziert und sehe sich bewusst auch als solche. (a.a.O., S. 177) Der Transsexuelle wolle dagegen eine „biologically normal women“ werden. (a.a.O., S. 188.)

<sup>280</sup> Person / Ovesey (1978), S. 310. Burchard bezeichnete Transsexualität als Erfüllung und Radikallösung des Transvestitismus. (Burchard (1961), S. 24.)

<sup>281</sup> So schrieb Pauly, der ‚echte‘ von ‚Pseudo‘-Transsexuellen unterschieden hat: echte Transsexuelle würden bereits eine Umkehr der Geschlechtsrolle zeigen, bevor sie überhaupt wüssten, was Homosexualität oder genitale Sexualität sei. ( Pauly (1969a), S. 43) In ihrem Artikel über die „Gender-Identity-Bewegung“ schreiben Pauly / Edgerton, die legitimen Operationskandidaten „establish themselves as primary transsexuals“. (Pauly / Edgerton (1986), S. 320.)

<sup>282</sup> Lothstein (1983), S. 58. Die Typisierung von Person / Ovesey sah für Frauen allerdings keine primäre Transsexualität vor – „the transsexual syndrome in women develops only in homosexuals with a masculine gender role identity“ (Person / Ovesey (1974a), S. 6). Offenbar galt es hier, die Mahnung zu beherzigen, bei der Entscheidung, sekundäre Typen zu operieren, ganz vorsichtig zu sein. (Person / Ovesey (1974b), S. 191) Für Désirat gab es dagegen sowohl primäre als auch sekundäre Frau-zu-Mann-Transsexuelle. Letztere hielt sie für psychotherapierbar. (Désirat (1982), S. 245)

Entwicklungen zurückgeführt, sondern als „final common pathway“ bezeichnet, der auf idiosynkratischen Erlebnissen, Erfahrungen der jeweiligen Biographie und imaginativen Fähigkeiten beruhe.<sup>283</sup> Die Besonderheit jedes individuellen Falls wurde hervorgehoben.<sup>284</sup> Statt der als zu primitiv kritisierten Typisierung wurde entweder ein besseres Klassifikationssystem gefordert<sup>285</sup> oder es wurde betont, dass primäre und sekundäre Transsexuelle höchstens Extreme markierten, zwischen denen das Gros normalverteilt sei.<sup>286</sup>

Die Differentialdiagnose von Transsexualität, Transvestitismus und Homosexualität hatte bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen einen anderen Stellenwert. Zum einen, weil es einhellige Meinung war, dass es kein dem fetischistischen männlichen Transvestitismus vergleichbares Phänomen gebe. Selbst bei homosexuellen Frauen, die sich männlich kleideten, habe diese Kleidung keine fetischistische Bedeutung.<sup>287</sup> Es sei nicht möglich, eine scharfe Trennlinie zwischen Transvestitismus und Transsexualität zu ziehen; das transsexuelle Begehren von Frauen wurde als letzte Konsequenz des Wunsches der Aneignung männlicher Attribute verstanden.<sup>288</sup> Ebenso war die Meinung vorherrschend, dass sich Transsexualität nur bei homosexuellen Frauen entwickle.<sup>289</sup>

Die Erkenntnis, dass bei Transsexualität im Widerspruch zur medizinischen Regel die Lehrbuchfälle gehäuft in der Realität zu finden seien, ließ die Gender-Identity-Klinik in Stanford bereits Anfang der 1970er Jahre einen radikal pragmatischen Weg einschlagen. Um nicht immer wieder die gleiche bewusst manipulierte oder unbewusst – durch Vergessen, Verdrängen, Verleugnen oder Rationalisieren – retrospektiv ‚verbesserte‘ Biographie hören zu müssen, verzichteten die Ärzte völlig auf diagnostische Kriterien. Psychotische Patienten ausgenommen reichte der geäußerte Operationswunsch aus, um in das Behandlungsprogramm aufgenommen zu werden. Wie sich die “liberalization of previously rigid and truly unrealistic diagnostic criteria” für Fisk “in an evolving and almost naturalistic fashion” aus der Praxis ergab,<sup>290</sup> so war die konkrete Entscheidung, einer gewünschten Geschlechtsumwandlung zuzustimmen, Gefühlssache: “The involved team members felt strongly that patients experienc-

---

<sup>283</sup> Tully (1992), S. 252f. Pfäfflin sprach von der „gemeinsame(n) Endstrecke unterschiedlicher psychopathologischer Verläufe“. (Pfäfflin (1993), S. 69) Vgl. Langer (1985), S. 67. Person / Ovesey hatten Transsexualität bereits 1974 so qualifiziert. (Person / Ovesey (1974a), S. 4.)

<sup>284</sup> Lothstein meinte, statt von Transsexualität solle besser von Transsexualitäten gesprochen werden. (Lothstein (1983), S. 207) Sigusch [u. a.] meinten, primäre und sekundäre Transsexuelle stellten „bestenfalls die Extrempunkte eines Kontinuums „dar. (Sigusch [u. a.] (1979), S. 272) Vgl. Langer (1985), S. 75.

<sup>285</sup> Docter (1988), S. 61. Zu Docters Typologie: a.a.O., S. 9-38.

<sup>286</sup> Pfäfflin (1993), S. 64.

<sup>287</sup> Stoller (1968a), S. 194, 196. Der fetischistische Transvestitismus komme umgekehrt hauptsächlich bei heterosexuellen Männern vor. (Stoller (1975), S. 143) Vgl.: Person / Ovesey (1978), S. 307.

<sup>288</sup> Dienes (1973), S. 102.

<sup>289</sup> Person / Ovesey (1974a), S. 6; vgl.: „I believe female transsexualism looks more ‚homosexual‘ than does male transsexualism.“ (Stoller (1975), S. 242) Vgl.: Désirat (1982), S. 114. Abweichend zu Person / Ovesey meinte Désirat wie Sigusch [u. a.], dass es auch primäre Frau-zu-Mann-Transsexuelle gebe. (a.a.O., S. 264) Vgl.: Sigusch [u. a.] (1979), S. 273. Für Langer bestanden zwischen primärer und sekundärer Transsexualität fließende Übergänge. So seien auch bei Frauen primäre Formen und unterschiedliche Entwicklungen zur Transsexualität anzunehmen. (Langer (1985), S. 75.)

<sup>290</sup> Fisk (1974), S. 10.

ing subjective gender disorders were indeed legitimate medical patients, and that likely all, or hopefully at least a large segment, would benefit from surgical sex conversion as part of an overall rehabilitative experience”.<sup>291</sup>

Es wurden also auch Patienten in das Behandlungsprogramm aufgenommen, die „not accurately qualify for the diagnostic term ‚transsexual‘“. <sup>292</sup> Da eine „surgery upon demand situation“ als zu heikel erschien, wurde eine „grooming clinic“<sup>293</sup> eingerichtet, die den Mann-zu-Frau-Transsexuellen (Frau-zu-Mann-Transsexuelle waren in Stanford offenbar nicht vorgesehen) Kosmetik und Styling beibrachte: man versuchte, den Behandlungserfolg nicht durch die Diagnose ‚klassischer‘ Symptome zu garantieren, sondern durch die Erwartung einer möglichst überzeugenden, d. h. unauffälligen Geschlechtsdarstellung des Wunschgeschlechts.

Donald Laub, der zuständige Chirurg in Stanford, relativierte – vielleicht auch zur eigenen Entlastung – die Bedeutung des operativen Eingriffs: „Surgery (...) is not ‚sex change‘ but rather only a rearrangement of one aspect of the patient's total life. Surgery merely confirms what the patient has already proven by a trial of two years of complete and successful cross-living.“<sup>294</sup> Laubs Verständnis der Hürde der zweijährigen Testphase drückte seine Bezeichnung der Behandlung als „total management“ aus: weniger Chirurgie als ein „psychiatric program of behavioral modification“ mache die Behandlung des Patienten aus, die ihn den gesellschaftlichen Normen konform machen sollte.<sup>295</sup>

Zu den Kritikern dieses Pragmatismus gehörte der Direktor der Gender-Identity-Klinik in Baltimore, Jon K. Meyer. Mangelnde Sachkenntnis könne nicht auf Dauer Rechtfertigung dafür sein, sich ausschließlich auf die Selbstdiagnose der Patienten zu beziehen. Doch sah Meyer auch, dass die Mehrzahl der Fälle nicht in die diagnostische Kategorie Transsexualität passte. Es gebe viele Wege zum Wunsch nach Geschlechtsumwandlung. Nur bei wenigen Transsexuellen könne von einer umgekehrten Geschlechtsidentität im Sinne Stollers gesprochen werden.<sup>296</sup> Die Hauptkriterien für die Bewerberauswahl für eine Operation am Johns Hopkins Krankenhaus lesen sich trotz Meyers Kritik nicht weniger pragmatisch.<sup>297</sup>

---

<sup>291</sup> Fisk (1974), S. 7.

<sup>292</sup> Fisk (1974), S. 10. Als „classical or pathognomonic aspects of ‚transsexualism‘“ nannte Fisk neben dem lebenslangen Gefühl, dem anderen Geschlecht anzugehören, ein früh aufgetretenes, andauerndes und vor allem nicht erotisch besetztes Transvestieren und eine Ablehnung homosexuellen Verhaltens (Fisk (1974), S. 8).

<sup>293</sup> Fisk (1974), S. 9.

<sup>294</sup> Laub (1974), S. 210.

<sup>295</sup> Laub (1974), S. 208, 210. Aspekte dieses „total management“ waren: Berufsberatung / Umschulung, kosmetische Beratung / Bodybuilding, Verhaltensberatung, Prüfung durch die Peergroup im Rahmen von Selbsthilfegruppen, mehrmonatiges Zusammenleben mit einem bereits erfolgreich operierten Patienten, Kontakte zu Polizeirevier wegen Namensänderung/ Personenstand, Rechtsanwaltskontakt, Beratung für Versicherungs-, Renten- und Mietfragen.

<sup>296</sup> Meyer (1974), S. 31f. Einige der von Meyer genannten Motivationen weisen ihn eher als Skeptiker aus: Unwohlsein in der anatomisch kongruenten Rolle; Furcht vor Entdeckung und Schwierigkeiten; Bedürfnis nach Sanktionierung homosexuellen Sexes; Wunsch nach einem stabilen Familienleben; die Operation als Weg, Ordnung in den gestörten Gefühlshaushalt zu bringen; den Eltern ‚trotzig‘ den gegengeschlechtlichen Kinderwunsch ‚erfüllen‘; die Operation als Rache gegenüber bestimmten Personen. (a.a.O., S. 33.)

<sup>297</sup> 1. Volljährigkeit; 2. US-Amerikanische Staatsbürgerschaft; 3. Bereitschaft zu jahrelangen Nachuntersuchungen, deshalb Wohnort möglichst in der Nähe der Klinik; 4. Benennung einer nahe stehenden Person

Im Diskurs wurden folgende wichtige Schritte der Behandlungspraxis von Transsexuellen genannt: 1. In einer psychiatrischen Evaluation wird festgestellt, dass keine Psychose vorliegt und dass der Patient intelligent und emotional stabil ist.<sup>298</sup> Es wird geklärt, ob der Wunsch ich-synton und authentisch motiviert ist (Psychotherapie wird abgelehnt oder war erfolglos; keine Rollenambivalenzen bzw. –wechsel oder Übergangssituationen).<sup>299</sup> 2. In einem Alltags-test müsse der Operationskandidat mindestens ein oder zwei Jahre in der gewünschten Geschlechtsrolle gelebt und für seinen Lebensunterhalt gesorgt haben.<sup>300</sup> Dieser Test diene der Selbstvergewisserung des Transsexuellen und ermögliche ihm gegebenenfalls eine Rückkehr in die alte Geschlechtsrolle.<sup>301</sup> 3. Eine Behandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen wird als Test der psychischen Reaktion auf die Verweiblichung oder Vermännlichung gewertet, bevor die Operation den Geschlechtswechsel unumkehrbar mache.<sup>302</sup> 4. Chirurgische Eingriffe zur Geschlechtsumwandlung.

Sigusch [u. a.] stellten 1979 in ihrer Überblicksarbeit zur Transsexualität fest, dass „die Behandlung Transsexueller bei uns nach wie vor weithin unregelt und unbefriedigend“ sei. Transsexuelle würden „gegenwärtig medizinisch, rechtlich und sozial in einem Niemands-land“ leben. Zugleich sei „es aber sehr viel einfacher geworden, ob nun transsexuell oder nicht, einen Arzt, wenn schon nicht zur Operation, so doch zu einer gegengeschlechtlichen Hormonbehandlung zu veranlassen“. Diese „laxe Haltung“ sei „für die Patienten riskant“.<sup>303</sup> Das eigene Untersuchungs- und Behandlungsprogramm an der Universitätsklinik Frankfurt / Main beschrieben die Autoren mit folgenden Schritten: 1. Psychosoziale Untersuchung und Psychotherapie (analytisch oder stützend); 2. Körperliche Untersuchungen; 3. Einbeziehen eines zweiten Untersuchers; 4. Gespräch mit dem Partner / der Partnerin über die Behandlungsfolgen; 5. Behandlung mit gegengeschlechtlichen Sexualhormonen; 6. Bei biologisch männlichen Patienten Epilationstherapie; 7. Antrag auf Vornamensänderung; 8. Geschlechtsrollenwechsel, insbesondere im Berufsleben; 9. Internistische und gynäkologische Kontrolluntersuchungen; 10. Vorbereitung genitalkorrigierender Operationen; 11. Genitalkorrigierende Operation; 12. Antrag auf Personenstandsänderung; 13. Umstellen auf orale Hormontherapie; 14. Postoperative Nachuntersuchungen.<sup>304</sup>

Auf dem 6. International Gender Dysphoria Symposium in San Diego im Februar 1979 wurde der Entwurf erster *Standards of Care* für die Auswahl und Behandlung von Patienten

---

zur seelischen und moralischen Unterstützung; 5. Patient muss ledig oder geschieden sein; 6. Polizeiliches Führungszeugnis; 7. Mindestens ein oder zwei Jahre Leben in der anderen Geschlechtsrolle mit der Fähigkeit, sich selbst zu ernähren; dazu begleitend Hormontherapie; 8. Keine Psychosen oder Anfallsleiden. (Money / Ehrhardt (1970), S. 71.)

<sup>298</sup> Benjamin (1966), S. 105.

<sup>299</sup> Knorr [u. a.] (1968), S. 517, 520.

<sup>300</sup> Money / Ehrhardt (1970), S. 71.

<sup>301</sup> Eicher (1992), S. 68.

<sup>302</sup> Benjamin (1966), S. 94.

<sup>303</sup> Sigusch [u. a.] (1979), S. 249.

<sup>304</sup> Sigusch [u. a.] (1979), S. 289-298.



mit Geschlechtsidentitätsstörungen diskutiert, verändert, beschlossen und im Anschluss von der Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association veröffentlicht. Um die Verbreitung dieser Standards zu erhöhen, wurden sie 1985 im *Archives of Sexual Behavior* erneut publiziert.<sup>305</sup> Diese Standards seien als Minimalanforderungen zu verstehen. Es wurde insbesondere darauf hingewiesen, dass viele Experten empfehlen würden, die in den Standards angegebenen Zeitparameter zu verdoppeln oder zu verdreifachen. In jedem Fall sei eine Empfehlung für eine Geschlechtsumwandlung nur von einer Fachperson mit nachgewiesenen Erfahrungen in Psychotherapie, Sexualtherapie und Genderberatung und –therapie auszusprechen.<sup>306</sup> Wesentliche Aspekte der insgesamt 16 Behandlungsstandards und 31 Behandlungsprinzipien sind: keine Behandlung „on demand“, sondern nur nach gründlicher Evaluation der Motivation des Patienten; eine Behandlungsempfehlung muss vor Behandlungsbeginn in schriftlicher Form vorliegen; auch Personen, die nicht als transsexuell diagnostiziert worden sind, wie intersexuelle und schizophrene Patienten werden nicht grundsätzlich ausgeschlossen, wenn diese sonst die in den Standards of Care aufgestellten Erfordernisse erfüllen; der Arzt muss den Patienten auf die möglichen Nebenwirkungen einer Hormontherapie hinweisen; der Empfehlung für eine Hormontherapie sollte eine mindestens dreimonatige psychotherapeutische Arzt-Patienten-Beziehung vorangegangen sein; für eine Empfehlung chirurgischer Eingriffe muss eine zweite Meinung eines Kollegen eingeholt werden, der den Patienten mindestens ein Mal persönlich untersucht hat; der ersten Empfehlung eines Arztes für eine chirurgische Geschlechtsumwandlung sollte eine mindestens sechsmonatige psychotherapeutische Beziehung vorangegangen sein; vor der Durchführung der Geschlechtsumwandlung sollte der Patient mindestens 12 Monate vollzeit in der sozialen Rolle des anderen Geschlechts gelebt haben; dem chirurgischen Eingriff sollte eine urologische Untersuchung vorausgehen; kein Arzt sollte derartige Eingriffe ohne die schriftliche Empfehlung von mindestens zwei Ärzten durchführen.<sup>307</sup>

Eine 1995 veröffentlichte Erhebung ergab, dass nur ein Viertel der Gender-Identity-Kliniken in den USA, Kanada und Europa diese als Minimalstandards definierten Kriterien befolgen; die meisten Kliniken würden konservativere Regeln zu Grunde legen.<sup>308</sup> In Deutschland initiierte 1994 die Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung die Erarbeitung eigener *Standards of Care*. Auch wenn die Kommissionsvorsitzende Sophinette Becker meinte, anders als die Standards der Benjamin-Gesellschaft sollten diese Standards Pfusch verhindern, „ohne daß wir einen so normierten Weg bekommen, der keine individuellen Möglich-

---

<sup>305</sup> Pfäfflin / Junge (1992), S. 437; Pauly / Edgerton (1979), S. 318. Vgl.: Walker [u. a.] (1985).

<sup>306</sup> Standards of Care (1985), S. 80, 82.

<sup>307</sup> Standards of Care (1985), S. 84-88. Darauf dass die Behandlungsrichtlinien Operationen auch bei Intersexen und nicht akuten und langzeitbehandelten Psychotikern zulassen, wiesen Pfäfflin / Junge hin. (Pfäfflin / Junge (1992), S. 437.)

<sup>308</sup> 27 Kliniken wurden angeschrieben, 19 antworteten (8 US-amerikanische, 2 canadische und 9 europäische). Darunter waren alle staatlich finanzierten Klinken und Universitätskliniken. (Petersen / Dickey (1995).)

keiten mehr zuläßt“<sup>309</sup> schlägt zum Beispiel das Kommissionsmitglied Eicher vor, dass „mit der hormonellen Vorbehandlung (...) erst nach Sicherung der Diagnose, also frühestens zum Ende der einjährigen Betreuungszeit“ – d. h. nach dem mindestens einjährigen „real life test“ – begonnen werden sollte. Eicher definierte aber auch Operationstechniken als Standard, um qualitativ gute Ergebnisse zu erzielen, sei es um bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen Ovarialkarzinome zu vermeiden, sei es um bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen eine funktionsfähige Neovagina zu erreichen. Da sich „die Phalloplastik noch im Experimentierstadium“ befände, könne diesbezüglich „noch keine allgemein gültige Empfehlung erfolgen“.<sup>310</sup>

Kockotts Bemerkung, dass eine Operation ohne Vor- und Nachsorge einem Kunstfehler gleichkomme, ist Ausdruck der ärztlichen Sorge um die Patienten, aber auch Ausdruck des Willens, Herr des Verfahrens zu sein.<sup>311</sup> Doch das kann von Transsexuellen als ärztliche Bevormundung empfunden werden.<sup>312</sup> Dass sich viele Transsexuelle im Ausland ohne psychiatrische Evaluation operieren lassen würden, wurde ärztlicherseits beklagt.<sup>313</sup> Um auch diese Operationswilligen zu erreichen, hatte Benjamin bereits 1963 einen „Ratschlag“ im „Sexology Magazine“ veröffentlicht, in dem er auf die ernstesten Konsequenzen dieser Entscheidung hinwies und versuchte, bei den transsexuellen Lesern eine selbstkritische Einschätzung bezüglich ihrer Wirkung in der anderen Geschlechtsrolle zu erreichen.<sup>314</sup> 1988 beklagte Docter angesichts der Möglichkeit für den „transsexual-to-be“, Hormone über Mailorder zu bestellen und sich durch andere Transsexuelle beraten zu lassen: „Although there are clear standards recommended for selection of transsexual applicants, it would appear possible to arrange for such surgery in the United States virtually in the absence of any licensed professionals. (...) Whether this circumvention of professionals is actually in the best interest of persons having gender difficulties remains to be seen.“<sup>315</sup>

---

<sup>309</sup> Weller (1995), S. 4. Kommissionsmitglieder waren Sophinette Becker, Ulrich Clement, Wolf Eicher, Thomas Goerlich, Götz Kockott, Dieter Langer, Uwe Hartmann, Gunter Schmidt, Wilhelm Preuß, Alfred Springer, Reinhard Wille, Hartmut Bosinski. (a.a.O., S. 5.)

<sup>310</sup> Eicher (1995), S. 63f. Die Deutsche Gesellschaft für Sexuallforschung hat Mitte der 1970er Jahre folgende Kriterien als Voraussetzungen für geschlechtsumwandelnde Operationen vorgeschlagen: 1. abgeschlossene psychosexuelle Entwicklung, d. h. keine Operation bei Patienten unter 20; 2. gründliche somatische Diagnose; 3. ein bis zwei Jahre ärztliche Beobachtung; 4. mindestens ein Jahr Alltagstest in der anderen Geschlechtsrolle, dabei Hormontherapie; 5. Die OP-Indikation stellen zwei unabhängige Spezialisten; 6. Aufklärung über OP-Risiken und die unsichere rechtliche Situation; 7. postoperative ärztliche und soziale Nachbetreuung; 8. Psychose u.ä. als Kontraindikation. (Eicher (1992), S. 76.)

<sup>311</sup> Eicher zitiert zustimmend die Meinung von Götz Kockott. (1992), S. 76.)

<sup>312</sup> „Als Last und pure Schikane wird empfunden, was in seriösen Behandlungszentren zur Auflage gemacht wird.“ (Pfäfflin (1980), S. 208) Pfäfflin räumte aber ein, dass manche Transsexuelle ihren Weg auch ganz allein fänden. (a.a.O., S. 209) Vgl.: Petersen / Dickey (1995), S. 150.

<sup>313</sup> Benjamin (1966), S. 106; Pfäfflin (1980), S. 208.

<sup>314</sup> Wiederabdruck dieses „advice“ in: Benjamin (1966), S. 107-110. Das „Sexology“-Magazin „used the cover of science to present sex to a popular audience“ und „often emphasized the stranger side of the science of sex“. (Meyerowitz (2002), S. 32.)

<sup>315</sup> Docter (1988), S. 37.

### 11.2.3 Katamnesen – notwendig erfolgreiche Operationen

Gender-Identity-Kliniken wurden zunächst versuchsweise eingerichtet.<sup>316</sup> Doch „nachdem das Eis gebrochen ist“,<sup>317</sup> gab es faktisch keinen Weg mehr zurück zu einer prinzipiellen Verweigerung gewünschter Geschlechtsumwandlungen. Das medizinische Projekt Geschlechtsumwandlung musste ein Erfolg werden – allein schon wegen der Irreversibilität der Eingriffe. Die Transsexuellen waren – weil die Operation ihr Lebensprojekt zum Abschluss bringt – psychodynamisch zum Erfolg verdammt: „They *have* to believe that their sufferings have been worthwhile and have ended in success. If they do not reach this happy consummation of their efforts, they have to admit a failure. I have shown that in two cases such failure lead to suicide.“<sup>318</sup> Und die Operateure registrierten gern den Erfolg der umstrittenen Operationen.

Pauly wies 1965 auf die grundsätzliche Problematik katamnestischer Untersuchungen hin: „The criteria for success are difficult to determine, and this leaves the reporting author vulnerable to his own bias. Also, it is possible that positive outcomes are more likely to be reported, because of the controversial nature of these demasculinizing procedures. (...) Frequently the criterion for success is the patient's statement that he is happy that he had surgery. But what is the evidence for better adjustment?“<sup>319</sup> Auch Lothstein kritisierte die mangelhafte Operationalisierung von Erfolgskriterien und das Fehlen von Kontrollgruppen<sup>320</sup> und bezweifelte die berichteten globalen Erfolgsraten von 68-86% bei Geschlechtsumwandlungen. Die Nachuntersuchungen würden nur einen Teil der Patienten erreichen. Weit mehr Patienten fänden außerhalb von Gender-Identity-Kliniken auf dem freien Markt ihren OP-Platz.<sup>321</sup> Entsprechend leitete das Ziel, die Fortsetzung des Behandlungsprogramms nicht zu gefährden, die Auswahl von Patienten für das Behandlungsprogramm der Gender-Identity-Klinik in Stanford: „I now admit very candidly that in the early phases we were avowedly seeking candidates who would have the best chances for success so that the overall program could or would be continued. (...) Due to inexperience and naivete we went about seeking so-called ‚ideal candidates‘, and a great emphasis was placed upon attempting to exclusively treat only classical, or ‚textbook

---

<sup>316</sup> So der Leiter der Gender-Identity-Klinik, Hoopes, in der Presseerklärung zur Einrichtung der Klinik. (MONEY / Schwartz (1969), S. 268.)

<sup>317</sup> Richter (1978), S. 54.

<sup>318</sup> Randell (1969), S. 376; vgl.: Richter (1978), S. 63f.; Langer (1985), S. 82. Vgl. Pfäfflin, der meinte, auf Grund der Irreversibilität der Eingriffe habe der Transsexuelle gar keine andere Wahl als die Entscheidung der Operation im Nachhinein für richtig zu erklären, zu bagatellisieren oder zu idealisieren. (Pfäfflin (1993), S. 49.)

<sup>319</sup> Pauly (1965), S. 177f. Erfolgsberichte basierten auf einer „anecdotal evidence from patients“. (Dixen (1980), S. 15) Docter meinte, wenn die subjektive Beurteilung des Transsexuellen über den Erfolg der Operation entscheide, könne diese als erfolgreich qualifiziert werden. Doch bei anderen Kriterien (Berufskarriere, Beziehungsstabilität, Bildungsfortschritt, soziale Rehabilitation) sehe das weniger überzeugend aus. (Doxter (1988), S. 68.)

<sup>320</sup> Die laut Pfäfflin / Junge erste prospektive Studie mit Kontrollgruppe (eine Gruppe Transsexueller wurde innerhalb kurzer Zeit operiert, eine andere zunächst in eine längerfristige Therapie geschickt; nach 2 Jahren wurden beide Gruppen verglichen) veröffentlichten Mate-Kole / Freschi / Robin 1990. Die Ergebnisse wurden als Beleg dafür angesehen, dass eine Operation zu einer messbaren Verbesserung der Situation des Patienten führen kann. (Pfäfflin / Junge (1992), S. 350-352.)

<sup>321</sup> Lothstein (1982), S. 422, 424; vgl.: Lothstein (1980), S. 548.

cases‘ of transsexualism.“<sup>322</sup>

Benjamin sah schon vor dem offiziellen Start entsprechender Behandlungsprogramme in den USA den Erfolgsdruck: “One handicap to be considered is that lack of complete success may discourage continued acceptance of these patients for surgery.”<sup>323</sup> Und vermeldete bereits 1964 Erfolg: begeistert von der postoperativen Entwicklung seiner Patienten betonte er, diese Ergebnisse seien „hinreichend, um die prinzipielle Ablehnung der endokrinen und operativen Behandlung des Transsexualismus zu entkräften“.<sup>324</sup> In seiner Monographie 1966 stellte Benjamin fest, dass die Operationsergebnisse in einem Drittel der Fälle als gut und in mehr als die Hälfte der Fälle als zufrieden stellend zu bewerten seien. Den meisten Transsexuellen gehe es besser, manchen subjektiv, manchen objektiv, manchen sowohl als auch. Die Freude werde manchmal nur durch unbefriedigende Genitalien und notwendige Nachoperationen getrübt. Trotzdem: „To compare the Jonny I knew with Joanna of today is like comparing a dreary day of rain and mist with a beautiful spring morning or funeral march with a victory song.“<sup>325</sup> Einflussreich war Paulys Sammelreferat über die in der Literatur dokumentierten Fälle von Geschlechtsumwandlung (1968), insbesondere seine Feststellung, dass ein bezogen auf den sozialen und emotionalen Status zufrieden stellendes Ergebnis zehn Mal wahrscheinlicher sei als ein nicht zufrieden stellendes Ergebnis: „These findings have provided the bedrock for continued support of sex reassignment surgery.“<sup>326</sup> Als ebenso einflussreich sind die zwei im ersten Sammelband zum Thema 1969 veröffentlichten Katamnesen anzusehen, da dieser Band neben Benjamins Monographie zu den Standardwerken des transsexuellen Diskurses zu rechnen ist. Dass der OP-Kritiker Randell, der Transsexuelle als psychiatrisch abnorm und die Geschlechtsumwandlung als eine bloße Neutralisierung qualifiziert hatte, resümierte: „The improved psychological adjustment of these individuals after operation bears striking witness to the efficacy of sex-reassignment surgery,“<sup>327</sup> dürfte seine behandlungslegitimierende Wirkung nicht verfehlt haben.

Erfahrungsberichte aus Gender-Identity-Kliniken waren Erfolgsgeschichten.<sup>328</sup> Häufig wurden Pauschalurteile getroffen derart: „Obwohl die Gruppe der Patientinnen sehr unterschiedlich war, scheint es so, daß es allen besser geht.“<sup>329</sup> Oder es wurde zusammenfassend

---

<sup>322</sup> Fisk (1974), S. 8.

<sup>323</sup> Benjamin (1966), S. 104.

<sup>324</sup> Benjamin (1964b), S. 500.

<sup>325</sup> Benjamin (1966), S. 126. Kriterien seiner Bewertung waren: physische und mentale Gesundheit, emotionale Lage, sozialer Status, Haltung von Familie und Gesellschaft, Sexualleben. (a.a.O., S. 122) Benjamin untersuchte in New York und San Francisco zwischen 1953 und 1966 insgesamt 249 Männer, von denen er 152 als transsexuell diagnostiziert hat. Von diesen wiederum wurden bis Ende 1964 51 operiert. (a.a.O., S. 118f.)

<sup>326</sup> Lothstein (1982), S. 418.

<sup>327</sup> Randell (1969), S. 380. Pomeroy stellte in seiner Untersuchung fest: „Without an exception those that were operated felt better about themselves both psychologically and sexually.“ (Pomeroy (1969).)

<sup>328</sup> Z. B.: Hastings / Markland (1978); Weatherhead / Powers [u. a.] (1978). Beide Papiere wurden auf dem 4. Gender-Identity-Kongress 1978 präsentiert.

<sup>329</sup> Hunt, D. Daniel / Hampson, John L.: Follow-Up of 17 Biological Male Transsexuals after Sex-Reassignment Surgery, in: American Journal of Psychiatry 137 (1980), S. 432-438; hier: S. 435; zit. nach

festgestellt, dass die Behandlung „die Lebensumstände der Patienten objektiv verbessert und ihnen subjektiv das Leben angenehmer macht“.<sup>330</sup> Wie stark der empfundene Rechtfertigungsdruck war, macht ein kurzes Vortragspapier deutlich, das Money auf der ersten *International Gender Identity Conference* in 1969 London gehalten hat. Er erwähnte nicht nur, dass alle 17 Mann-zu-Frau-Transsexuellen und 6 von 7 Frau-zu-Mann-Transsexuellen trotz zum Teil bestehender postoperativer Komplikationen oder enttäuschender OP-Ergebnisse mit ihrer Entscheidung zufrieden waren, sondern auch: „There were no cases of decline in occupational status. (...) No one was actually unemployed. (...) None of the patients became, post-operatively, public charges. (...) The cost to society for policing and jailing transsexuals did not increase after sex reassignment. (...) None needed psychiatric treatment for the first time postsurgically.“<sup>331</sup>

Auch aufwendiger betriebene katamnestische Studien mündeten in der nicht minder pauschalen Erkenntnis, dass sich gegenüber der anamnestischen Beurteilung die katamnestische Beurteilung in allen drei Bereichen der beruflichen, sozialen und psychischen Situation signifikant ( $p < 0,01$ ) verbessert habe.<sup>332</sup> Andere Untersuchungen rückten auf Grund der Nichtobjektivierbarkeit der Geschlechtsidentitätsstörung die subjektiven Kriterien bei der Bewertung des Therapieerfolgs in den Mittelpunkt und erklärten objektive Verbesserungen der Lebenssituation zu sekundären Effekten, die nicht geeignet seien, den Behandlungserfolg zu messen.<sup>333</sup> Versuche, diese subjektive Seite des Erlebens der Patienten durch psychometrische Tests zu erheben, hatten das wenig überraschende Ergebnis, dass postoperativ eine statistisch signifikante positive Verschiebung in allen Einschätzungsskalen ermittelt werden konnte.<sup>334</sup>

Auf die Fülle der katamnestischen Literatur gehe ich nur exemplarisch ein. Die Überblicksarbeit von Nachuntersuchungen nach Geschlechtsumwandlung von Pfäfflin / Junge, die 76 Einzelarbeiten und 8 Sammelreferate zwischen 1961 und 1991 berücksichtigt hat, kann als ‚Meta‘-Nachuntersuchung an deren Stelle treten. Die Autoren stellten fest, dass die meisten Nachuntersuchungen der Rechtfertigung dienen würden: mit statistischen Verfahren werde versucht der Nachweis zu erbringen, dass die Therapie wirksam ist.<sup>335</sup> Trotz dieser analyti-

---

Pfäfflin / Junge (1992), S. 267.

<sup>330</sup> Money / Ehrhardt (1970), S. 86. Die objektiven als weitgehend interpretationsfrei bezeichneten Kriterien waren: dauerhafte Partnerbeziehung, Beruf, Straffälligkeit, psychiatrische Behandlung, subjektive Bewertung des Geschlechtswechsels. (a.a.O., S. 76.)

<sup>331</sup> Money (1971), S. 164.

<sup>332</sup> Junge (1987), S. 74.

<sup>333</sup> Kuiper / Cohen-Kettenis (1988), S. 441. Diese Studie ist nahezu eine Totalerhebung der bis dato in den Niederlanden behandelten Transsexuellen. (Pfäfflin / Junge (1992), S. 332. Zu den mit einer Geschlechtsumwandlung oft einhergehenden sozialen Problemen vgl.: Cohen-Kettenis / Kuiper (1988).

<sup>334</sup> Pfäfflin (1993), S. 91. Dass Pfäfflin ermittelt hat, dass Transsexuelle postoperativ besser Eigenschaften ihres Ursprungsgeschlechts in ihre Selbstbild integrieren konnten als vorher, (a.a.O., S. 51) ist ebenfalls nicht überraschend. Schließlich fehlte der Druck, die psychometrischen Tests im Sinne einer Übererfüllung der Geschlechterrollenstereotype auszufüllen. Pfäfflin interpretierte dieses Ergebnis als Stütze der Auffassung, Transsexualität sei eine psychoneurotische Symptombildung. (ebd.)

<sup>335</sup> Pfäfflin / Junge (1992), S. 390, 395. 37 Arbeiten stammen aus den USA, 13 aus Deutschland (sämtlich nach 1980), die weiteren aus Canada, Australien, Singapur und verschiedenen europäischen Ländern. (a.a.O., S. 396f.) 1980 veröffentlichte das Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf eine Untersuchung von 19

schen Distanz ist auch diese Arbeit dem Rechtfertigungsdiskurs zuzurechnen, den sie zusammenfassend darstellt.<sup>336</sup> Auch nach 1991 ging der Rechtfertigungsdiskurs weiter.<sup>337</sup> Neben klassische Katamnesen sind epidemiologische und demographische Studien getreten.<sup>338</sup>

Pfäfflin / Junge resümierten ihre Erhebung, dass „die Nachuntersuchungen und Sammelreferate (...) übereinstimmend zu dem Ergebnis [kommen], daß die geschlechtsumwandelnden Behandlungen wirksam sind. Durchgängig und ausgeprägt überwiegen positive bzw. erwünschte Wirkungen.“ Diese Feststellungen würden „trotz des breiten Spektrums der Haltungen der Autoren“ gegenüber diesen Behandlungen gelten. Die Rate unbefriedigender Ergebnisse bewege sich in den frühen Sammelreferaten um die 10%.<sup>339</sup> In den Katamnesen bis 1980 sei es darum gegangen, die „Wirksamkeit der umstrittenen operativen Eingriffe nachzuweisen“; „das Forschungsinteresse galt der Entwicklung der Gender Identity“. Die Patienten seien „in manchen Einrichtungen eher Forschungsobjekte, nicht Subjekte, die psychiatrischer und/oder psychotherapeutischer Behandlung bedurft hätten“. So sei die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der Patienten überwiegend „marginal abgehandelt“ worden.<sup>340</sup> Erst in Untersuchungen ab 1980 seien einzelne Erfolgsfaktoren der Behandlung wie kontinuierlicher Kontakt zu einem organisierten Forschungsprogramm, Beratung und Psychotherapie, Leben in den anderen Geschlechtsrolle, Hormonbehandlung, Qualität der operativen Eingriffe und juristische Anerkennung des Geschlechtswechsels untersucht worden.<sup>341</sup>

Die Katamnesen erhoben meist Daten in folgenden Bereichen:<sup>342</sup> 1. Subjektive Zufriedenheit bzw. psychosocial adaption bzw. functioning;<sup>343</sup> 2. Sozioökonomisches Funktionsniveau (Kontaktfähigkeit in Partnerschaften, mit Angehörigen, am Arbeitsplatz etc. sowie ökonomische Verbesserungen);<sup>344</sup> 3. Partnerschaft und sexuelles Erleben;<sup>345</sup> 4. Psychische Stabilität.

---

Fällen. (Spengler (1980)) 1981 veröffentlichte das Universitätsklinikum Kiel eine Untersuchung von 24 Fällen (Kröhn [u. a.] (1981).)

<sup>336</sup> Vgl. das entsprechende Resümee der Autoren in: Junge / Pfäfflin (1988), sowie auch ihre eigene rechtfertigende Follow-up Studie: Pfäfflin / Junge (1990).

<sup>337</sup> Z. B. in Dissertationen: Schernitzky (1995); Essers (1996).

<sup>338</sup> Katamnesen aus Ländern mit einer längeren Behandlungstradition wie Schweden und Deutschland sind beispielsweise: Bodlund / Kullgren (1996); Jarrer [u. a.] (1996). Für eine katamnestische Untersuchung aus einem Land mit einer kurzen Tradition vgl.: Rakic / Starcevic [u. a.] (1996). In Jugoslawien wurde die erste Geschlechtsumwandlung 1989 durchgeführt. Epidemiologische Studien erschienen z. B. zur transsexuellen Praxis in den Niederlanden und Deutschland: Kesteren [u. a.] (1996); Weitze / Osburg (1996).

<sup>339</sup> Pfäfflin / Junge (1992), S. 419f.

<sup>340</sup> Pfäfflin / Junge (1992), S. 406f.

<sup>341</sup> Pfäfflin / Junge (1992), S. 423.

<sup>342</sup> Vgl.: Pfäfflin / Junge (1992), S. 424-426.

<sup>343</sup> In der ersten größeren europäischen katamnestischen Studie nennt Randell 1969 als Faktoren des „postoperative life adjustment“ das subjektive Erleben, im sozialen Umfeld ganz als Frau angenommen worden zu sein, und die gelungene körperliche Angleichung an ein weibliches Erscheinungsbild. (Randell (1969), S. 367.)

<sup>344</sup> Ein Beispiel: Hastings Kriterien des sozialen Erfolgs der Operation waren 1. ein völlig unauffälliges Leben des Mann-zu-Frau-Transsexuellen als Frau in seiner Umgebung, 2. wenig oder kaum Kontakt mit früheren transsexuellen Freunden und 3. die Teilnahme am öffentlichen Leben. Als ökonomische Erfolgsfaktoren nannte er: „Completely self-supporting. Saved money for surgery“. (Hastings / Markland (1978), S. 332, 330.)

Am uneinheitlichsten und wenigsten positiv seien die Ergebnisse bezüglich des letzten Bereichs, wo häufig postoperativ keine Veränderung zu verzeichnen gewesen sei.

Unbefriedigende Ergebnisse einer Geschlechtsumwandlung waren im katamnesticen Diskurs die Ausnahme von der Regel. Die Unzufriedenheit korrelierte vor allem mit der mangelhaften Qualität der chirurgischen Eingriffe.<sup>346</sup> Aber laut Pfäfflin / Junge stellten viele Nachuntersuchungen trotz ‚objektiv‘ schlechtem Operationsergebnis eine subjektive Zufriedenheit mit der Geschlechtsumwandlung fest. Seltener werde auch trotz ‚objektiv‘ gutem Operationsergebnis subjektive Unzufriedenheit festgestellt.<sup>347</sup> Noch seltener sind Berichte über postoperative psychische Probleme bis hin zur Psychose<sup>348</sup> oder über den Wunsch, ins Ausgangsgeschlecht zurückzuwechseln.<sup>349</sup> Pfäfflin / Junge ermittelten insgesamt Berichte über 20 Mann-zu-Frau- und 5 Frau-zu-Mann-Transsexuelle, die in die alte Geschlechtsrolle zurückgekehrt sind.<sup>350</sup> Drei Faktoren seien für dieses schlechte Ergebnis wesentlich: 1. Die differentialdiagnostische Indikation: einige Patienten entwickelten Psychosen oder paranoide Reaktionen; 2. Ein fehlender ‚Alltagstest‘ in der gewünschten Geschlechtsrolle;<sup>351</sup> 3. Mangelhafte Anwendung operativer Möglichkeiten (in den 1960er und frühen 1970er Jahren vergingen manchmal Jahre zwischen Kastration / Penisamputation und scheidenplastischer Operati-

---

<sup>345</sup> Subjektiven Angaben zur „Funktionstüchtigkeit“ der konstruierten Genitalien sowie zur Orgasmusfähigkeit sei mit „äußerster Skepsis“ zu begegnen. (Richter (1978), S. 63) Doch waren Transsexuelle trotz mangelnder Orgasmusfähigkeit *auch sexuell* mit ihrem Operationsergebnis zufrieden. Zum Teil waren sie auch präoperativ nicht orgasmusfähig. (Lief / Hubschman (1993)) Dass postoperative Transsexuelle, die mit einem Partner zusammen gelebt haben, der die als überwertige Idee qualifizierte Transsexualität akzeptiert und geteilt hat, sozial stabiler waren als Transsexuelle ohne Partnerschaft, ist ein zu erwartendes Ergebnis. (Huxley [u. a.] (1981).)

<sup>346</sup> Vgl. zu chirurgischen Komplikationen folgenden Beitrag auf dem 4. Gender-Identity-Kongress 1978: Jayaram [u. a.] (1978). Ross / Need meinten, vor allem schlechte chirurgische Ergebnisse würden Transsexuelle an ihren Geschlechtswechsel erinnern, was psychische Probleme auslöse. (Ross / Need (1989).)

<sup>347</sup> Pfäfflin / Junge (1992), S. 422. So wurden beispielsweise am Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf Mann-zu-Frau-Transsexuelle noch in zwei Schritten (nachträgliche Konstruktion einer Vagina) operiert. Das wirke sich auf die Patienten „deutlich nachteilig aus“. (Spengler (1980), S. 102) Die Autoren der Nachuntersuchung mit der höchsten Quote unzufriedener Ergebnisse (4 von 13) betonten die hohe Korrelation zwischen kosmetisch und funktionell guten OP-Ergebnissen und einer sexuell zufrieden stellenden Situation. (Lindemalm [u. a.] (1986)) Pauly / Edgerton machten für eine Unzufriedenheit mit dem Ergebnis der Geschlechtsumwandlung bzw. für eine persönliche und soziale Instabilität vor allem das kosmetische und funktionale Ergebnis der plastisch-chirurgischen Operation verantwortlich. Weitere Faktoren seien: fortgeschrittenes Alter, erhebliche heterosexuelle Erfahrungen, eine unterbrochene Hormontherapie, instabile Persönlichkeit, Unfähigkeit, für seinen Lebensunterhalt zu sorgen, fehlende Unterstützung durch die Familie, Unfähigkeit, unerkannt im anderen Geschlecht zu leben („passing“), und Kriminalität. (Pauly / Edgerton (1986), S. 325f.)

<sup>348</sup> Z. B.: Childs (1977).

<sup>349</sup> Blanchard [u. a.] stellten in einer Studie fest, dass keiner der 36 Männer begehrenden Mann-zu-Frau-Transsexuellen, dagegen aber 4 der 14 Frauen begehrenden Mann-zu-Frau-Transsexuellen ihre Operationsentscheidung bedauerten oder ihr ambivalent gegenüber ständen. Sie meinten, „that heterosexual applicants for sex reassignment should be evaluated with particular caution, although a heterosexual preference is not an absolute contradiction for surgery“. (Blanchard / Steiner [u. a.] (1988), S. 198.)

<sup>350</sup> Aufgrund der unklaren Grundgesamtheit aller in Katamnesen dokumentierten Fälle – es sei nicht eindeutig, welche Fälle doppelt erfasst worden sind – könne der Prozentsatz der bedauerten Geschlechtsumwandlungen nur näherungsweise bestimmt werden. Pfäfflin behauptete, er liege bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen unter 1%, bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen bei 1 bis 1,5 %. (Pfäfflin (1992).)

<sup>351</sup> Das Fehlen eines Alltagstest machten Money / Wolff für die Rückkehr eines Mann-zu-Frau-Transsexuellen in die männliche Geschlechtsrolle verantwortlich. (Money / Wolff (1973).)

on) bzw. ungenügende Qualität der Operationsergebnisse.<sup>352</sup>

Auch Nachuntersuchungen von Operations-Skeptikern wie die Studie von Lothstein aus der Gender-Identity-Klinik in Cleveland / Ohio stellten fest, dass postoperativ „most patients (about 65%) adjust better socially and sexually“ – vorausgesetzt die Geschlechtsumwandlung finde eingebunden in ein Behandlungsprogramm einer Gender-Identity-Klinik statt.<sup>353</sup> Lothstein betonte aber zugleich, dass diese operierten Patienten zum Teil schwere psychische Probleme haben würden wie Depressionen, Selbstmordgedanken, Gefühle von Unsicherheit oder Angst bezüglich der Funktionalität ihrer neuen Genitalien. Erwartungsgemäß wird an Kliniker appelliert, das Diktum von der Nutzlosigkeit einer Psychotherapie aufzugeben. Denn einige Operationskandidaten könnten auch ohne Operation stabilisiert werden.<sup>354</sup> In vereinzelt Kasuistiken einer Psychotherapie, die die ‚Seele‘ an den Körper anpassen konnte, wurde betont, dass diese nicht als *die* Behandlungsmethode von Transsexualität vorgeschlagen werden solle, dass aus dem Therapieerfolg aber nicht geschlossen werden könne, der betreffende Patient sei gar nicht transsexuell gewesen.<sup>355</sup>

Die zu Lothstein gewissermaßen komplementäre Nachuntersuchung präsentierte Fisk auf dem 4. Gender Identity Kongress 1978. Das Stanford University Gender Dysphoria Program habe bei fünf „high risk“ Patienten, „who by all acceptable standards were deemed severely psychologically impaired, including the diagnosis of psychosis“, „extraordinary results“ erreicht. In drei Fällen seien die Symptome der Psychose mit der Geschlechtsumwandlung verschwunden, in den anderen zwei Fällen habe sich die nicht-psychotische Psychopathologie positiv verändert.<sup>356</sup> Infolge dessen plädierte Fisk für eine weitere Liberalisierung der Kriterien zur Aufnahme in ein Behandlungsprogramm an Gender-Identity-Kliniken. Eine langjährige Vorbereitungszeit auf die operative Geschlechtsumwandlung vorausgesetzt, könnten auch Patienten davon profitieren, „who initially present as extremely poor candidates for gender reorientation“.<sup>357</sup>

Der katamnestic Diskurs hat seinen Zweck der Rechtfertigung operativer Geschlechtsumwandlungen erfüllt. Daran hat auch die am meisten beachtete und umstrittenste katamnestic Studie von Meyer / Reter aus dem Jahr 1979 nichts geändert, die – fälschlicherweise, wie Pfäfflin / Junge betont haben – mit der Einstellung der Geschlechtsumwandlungsope-

---

<sup>352</sup> Pfäfflin / Junge (1992), S. 432-434. Pauly / Edgerton gaben einen kurzen Überblick über die sich verändernden Operationstechniken. (Pauly / Edgerton (1986), S. 321-323.)

<sup>353</sup> Lothstein (1980), S. 559. Die Ergebnisse der Geschlechtsumwandlungen, die an der Case Western Reserve University in Cleveland / Ohio vor der Einrichtung der Gender-Identity-Klinik durchgeführt wurden, charakterisierte Lothstein als „fair to poor“. (a.a.O., S. 556.)

<sup>354</sup> Lothstein (1980), S. 560f.

<sup>355</sup> Barlow [u. a.] (1973), S. 576. Vgl. weitere Kasuistiken: Barlow [u. a.] (1977); Davenport / Harrison (1977).

<sup>356</sup> Fisk (1978), 354f. Fisk betonte auf dem 4. Gender-Identity-Kongress (1978), dass zur Zeit der Behandlung keine Symptome einer Psychose vorhanden waren. (a.a.O., S. 368.)

<sup>357</sup> Fisk (1978), S. 367f. Fisk hatte 1974 den Begriff „Gender Dysphoria Syndrome“ eingeführt, weil viele Operationskandidaten nicht den diagnostischen Kriterien der Transsexualität entsprochen haben. (a.a.O., S. 352.)



rationen am Johns Hopkins Krankenhaus in Verbindung gebracht worden ist.<sup>358</sup> Die Studie stellte fest, dass die operative Geschlechtsumwandlung im Sinne einer sozialen Rehabilitation keine objektiven Vorteile habe, auch wenn sie für den Patienten subjektiv befriedigend sein könne.<sup>359</sup>

Langer, ein Kritiker der Operationspraxis, merkte 1985 an: „Die Veröffentlichungen aus der Zeit vor 10 bis 15 Jahren waren bemüht, den Leser mit dem Phänomen bekannt zu machen und auf die guten Erfolge geschlechtskorrigierender Maßnahmen hinzuweisen. Kritiker gab es schon immer. (...) Sie blieben in der Minderzahl, konnten den Publikations- (und Operations-)Prozeß aber nicht nennenswert beeinflussen.“<sup>360</sup> Es wurden überwiegend Erfolge dokumentiert trotz der zum Teil weniger an diagnostischen Kriterien denn an pragmatischen Überlegungen orientierten Auswahl der Behandlungskandidaten. Darauf ist zurückzuführen, dass nicht nur im medizinischen Diskurs die rigiden Konstruktionen ‚echter‘ oder ‚primärer‘ Transsexualität an Bedeutung verloren haben, sondern auch für die offizielle Klassifizierung der Transsexualität als Krankheit ziemlich offene Formulierungen gewählt worden sind.

#### 11.2.4 Die offizielle Klassifikation als operable Störung der Geschlechtsidentität

Die Strategie des Legitimationsdiskurses, gepaart mit der zum Erfolg verdamnten transsexuellen Praxis, ging auf. Diesbezügliche Indikatoren sind die Aufnahme von Transsexualität in den Diagnoseschlüssel der Weltgesundheitsorganisation, der für alle Mitgliedsstaaten der WHO verbindlich ist, sowie in den Diagnoseschlüssel der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft.<sup>361</sup> Die erste und zweite Fassung des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-I und DSM-II) von 1952 bzw. 1968 sowie die 8. Revision der *International Classification of Diseases* der WHO von 1967 erwähnten noch keine Geschlechtsidentitätsstörungen.<sup>362</sup> Keine zehn Jahre nach der Eröffnung der ersten Gender-Identity-Klinik wurde Transsexualität 1975 auf der WHO-Konferenz als verbindliche psychiatrische Diagnose

---

<sup>358</sup> Pfäfflin / Junge (1992), S. 258. Z. B. Docter stellte diese Verbindung her. (Docker (1988), S. 68f.) Laut Pfäfflin wurde diese Studie vom Krankenhaus nur vorgeschoben. Dagegen seien hausinterne Intrigen für die Entscheidung von Gewicht gewesen. (Pfäfflin (1980), S. 209) Money hat in einer persönlichen Mitteilung Lothstein gegenüber angegeben, dass die Beendigung des Operationsprogramms nicht aus wissenschaftlichen, sondern aus politischen Gründen erfolgt sei. (Lothstein (1980), S. 548.)

<sup>359</sup> Meyer / Reter (1979), S. 1015. Meyer / Reter verglichen operierte Transsexuelle und solche, die als Kandidaten für die Behandlung akzeptiert, aber nicht (gleich) operiert worden waren, weil sie noch nicht mindestens ein Jahr in der anderen Geschlechtsrolle gelebt hatten. Dass sie nicht nur bei den Operierten, sondern auch bei dieser Gruppe ein „significant change in adjustment“ feststellen konnten (a.a.O., S. 1014), überrascht nicht, denn auch die Erwartung der baldigen Operation zeigte sicher ihre Wirkung. Pfäfflin / Junge qualifizierten diese Arbeit auf Grund von unsinnigen Wertungsskalen als unbrauchbar. (Pfäfflin / Junge (1992), S. 262) Zur präoperativen Stabilisierung Transsexueller ab dem Zeitpunkt der eindeutigen Stellung der Diagnose transsexuell vgl.: Bronisch (1985); Fahrner [u. a.] (1987).

<sup>360</sup> Langer (1985), S. 68.

<sup>361</sup> Vgl. die Bewertung Paulys, der die Aufnahme von Transsexualität und anderen Geschlechtsidentitätsstörungen in das *DSM-III* als deren Legitimation qualifiziert hat. (Pauly (1992), S. 1.)

<sup>362</sup> ICD-8 erwähnte im Abschnitt „Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und andere Geistesstörungen“ (300-309) unter „sexuelle Abnormitäten“ (302) u.a. Homosexualität (302.0), Fetischismus (302.1) und Transvestitismus (302.3). (ICD-8 (dt.) (1968), S. 29f.; zum DSM vgl.: Lothstein (1983), S. 59.

beschlossen – und zwar als eine nichtpsychotische psychische Störung.<sup>363</sup> In der 9. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-9) heißt es im Abschnitt „302 Sexual deviations and disorders“: „302.5 Trans-sexualism: Sexual deviation centred around fixed beliefs that the overt bodily sex is wrong. The resulting behaviour is directed towards either changing the sexual organs by operation, or completely concealing the bodily sex by adopting both the dress and behavior of the opposite sex. Excludes: transvestism (302.3).“<sup>364</sup>

Zeitlich ungefähr parallel zur *ICD-9* wurde die dritte Revision des Handbuchs der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft auf den Weg gebracht, in das die Diagnose Transsexualität ebenfalls aufgenommen worden ist. Der Einfluss des *DSM-III* war bereits kurz nach seiner Veröffentlichung 1980 beachtlich – national wie auch international. Es ist nicht nur in den USA weitgehend akzeptiert worden, sondern auch ins Japanische, Chinesische und in verschiedene europäische Sprachen übersetzt worden.<sup>365</sup> Anders als das knapp formulierte Klassifikationssystem der WHO enthielt das *DSM* diagnostische Angaben. Diese griffen die Argumentation des Legitimationsdiskurses der Transsexualität auf. Dass nur spekulative diffuse Angaben zur Ätiologie der Transsexualität gemacht werden konnten, war kein Hindernis. Im Gegenteil, das *DSM* stellte ab der dritten Revision seinen deskriptiven atheoretischen Zugang heraus, nicht nur weil bei den meisten psychischen Störungen die Ätiologie unbekannt sei, sondern weil „the inclusion of etiologic theories would be an obstacle to use of the manual by clinicians of varying theoretical orientations“.<sup>366</sup>

Unter der Überschrift „psychosexual disorders“ fanden sich im *DSM-III* neben Paraphilien und psychosexuellen Funktionsstörungen erstmals „gender identity disorders“. Die gegebene Definition von Geschlechtsidentität und -rolle ist Originalton John Money: „The essential feature of the disorders included in this subclass is an incongruence between anatomic sex and gender identity. Gender identity is the private experience of gender role, and gender role is the public expression of gender identity. Gender role can be defined as everything that one says and does including sexual arousal, to indicate to others or to the self the degree to which one is male or female. Disturbance in gender identity is rare, and should not be confused with the far more common phenomena of feelings of inadequacy in fulfilling the expectations associated with one’s gender role.“<sup>367</sup>

---

<sup>363</sup> ICD-9 (dt.) (1980), S. XV. Die 9. Revision der ICD trat im Januar 1979 in Kraft. (DSM-III-R (1987), S. XVIII).

<sup>364</sup> ICD-9 (1977), S. 197. Als weitere Diagnose 302.6 wurden „Störungen der psychosexuellen Identität“ bzw. der Geschlechtsrolle „in der Präadoleszenz bei noch nicht ausgereifter Psychosexualität“ aufgenommen als eine Variante, bei der „die Identifikation mit Verhalten und Erscheinungsbild des anderen Geschlechts (...) nicht fixiert“ sei. Die häufigste Form sei „Feminismus bei Jungen“. (ICD-9 (dt.) (1980), S. 61; vgl.: ICD-9 (1977), S. 197) Die Ausschlussdiagnose Transvestitismus wurde durch die „sexuelle Lust durch das Anlegen von Kleidern des anderen Geschlechtes“ ohne dabei „die Identität des anderen Geschlechts (...) übernehmen“ zu wollen, charakterisiert. (ICD-9 (dt.) (1980), S. 60.)

<sup>365</sup> DSM-III-R (1987), S. XVIII.

<sup>366</sup> DSM-III-R (1987), S. XXIII. Diesen Pragmatismus, der sich wenig um ätiologische und nosologische Fragen kümmerte und sich mit einer deskriptiven Symptomatologie als Grundlage der Diagnosestellung begnügte, hat beispielsweise Pfäfflin kritisiert. (Pfäfflin (1993), S. 76.)

<sup>367</sup> DSM-III (1980), S. 261; vgl. DSM-III-R (1987), S. 71.

Als Geschlechtsidentitätsstörungen wurden Transsexualität, „gender identity disorder of childhood“ und „atypical gender identity disorder“ unterschieden.<sup>368</sup> Die legitimatorische Behauptung einer linearen psychosexuellen Entwicklung der Transsexualität auf der Basis eines strengen Geschlechtsdimorphismus schlug sich nicht nur beim angenommenen „age at onset“ von Transsexualität nieder – „individuals who develop Transsexualism often evidenced gender identity problems as children“<sup>369</sup> –, sondern auch im eigenen Diagnose-Schlüssel einer Geschlechtsidentitätsstörung im Kindesalter. Kritiker sahen durch diese eigenständige Kategorie den Mythos kindlicher Transsexualität perpetuiert,<sup>370</sup> denn die bezüglich der Störung im Kindesalter als prädisponierend genannten Faktoren entstammen der ich-psychologischen Theorie Stollers zur Genese von Transsexualität. Es waren zusammengefasst die extreme Nähe zwischen Mutter und Sohn bzw. die für die Tochter emotional nicht erreichbare Mutter.<sup>371</sup>

“The essential features are a persistent feeling of discomfort and inappropriateness in a child about his or her anatomic sex and the desire to be, or insistence that he or she is, of the other sex. (...) This is not merely the rejection of stereotypical sex role behavior as, for example, in ‘tomboyishness’ in girls or ‘sissyish’ behavior in boys, but rather a profound disturbance of the normal sense of maleness or femaleness. (...) In a small number of cases, the disorder becomes continuous with Transsexualism.”<sup>372</sup>

Als diagnostische Kriterien für „gender identity disorder of childhood“ werden genannt: 1. ein nachdrücklich und ständig geäußelter Wunsch, ein Junge bzw. Mädchen zu sein, oder das Beharren darauf, ein Junge bzw. Mädchen zu sein; 2. Beginn der Störung vor der Pubertät; 3. Eine beharrliche Ablehnung der weiblichen bzw. männlichen anatomischen Struktur, ausgedrückt durch die wiederholte Äußerung mindestens einer der folgenden Behauptungen: bei Mädchen „(1) that she will grow up to become a man (not merely in role), (2) that she is biologically unable to become pregnant, (3) that she will not develop breasts, (4) that she has no vagina, (5) that she has, or will grow, a penis“, bei Jungen „(a) that he will grow up to become a woman (not merely in role), (b) that his penis or testes are disgusting or will disappear, (c) that it would be better not to have a penis or testes.“ Für Jungen wurde wahlweise zum Symptom der Ablehnung der anatomischen Struktur folgendes drittes Kriterium genannt: „preoccupation with female stereotypical activities as manifested by a preference for either cross-dressing or simulating female attire, or by a compelling desire to participate in the games and pastimes of girls“.<sup>373</sup>

---

<sup>368</sup> DSM-III (1980), S. 18.

<sup>369</sup> DSM-III (1980), S. 262; vgl.: DSM-III-R (1987), S. 71, 75.

<sup>370</sup> Lothstein (1983), S. 79.

<sup>371</sup> DSM-III (1980), S. 265. In der nächsten Revision wurden die prädisponierenden Faktoren offener formuliert. Ein für Mädchen und Jungen genannter Faktor ist die fehlende Bestärkung geschlechtsrollenkonformen Verhaltens des Kindes durch die Eltern. (DSM-III-R (1987), S. 73.)

<sup>372</sup> DSM-III (1980), S. 264f.

<sup>373</sup> DSM-III (1980), S. 265f. In die 9. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten wurde außer der Diagnose Transsexualität die der „Störungen der psychosexuellen Identität“ in der „Präadoleszenz“ eingefügt; in diesen Fällen sei „bei noch nicht ausgereifter Psychosexualität“ die „Identifikation mit Verhalten und Erscheinungsbild des anderen Geschlechts (...) nicht fixiert“. (ICD-9 (dt.) (1980), S. 61) Diese Störung

Dass im *DSM-III* umgekehrt die hauptsächliche Beschäftigung von Mädchen mit stereotyp männlichen Tätigkeiten nicht zum Symptom erklärt wurde zeigt, dass dieses Verhalten für verbreiteter und weniger pathologisch gehalten wurde. In der revidierten Fassung des *DSM-III* wurde stattdessen als alternatives Diagnosekriterium bei Mädchen eingeführt: „persistent marked aversion to normative feminine clothing and insistence on wearing stereotypical masculine clothing“.<sup>374</sup> Dass in diesem *DSM-III-R* die Jungen diagnostisch davon befreit worden sind, ihren intensiven Wunsch, ein Mädchen zu sein, auch ständig äußern zu müssen,<sup>375</sup> wurde später als inkonsequent empfunden<sup>376</sup> und im *DSM-IV* wieder rückgängig gemacht.<sup>377</sup>

Die diagnostischen Kriterien für Transsexualität im *DSM-III* sind überraschend offen formuliert worden: „A. Sense of discomfort and inappropriateness about one’s anatomic sex. B. Wish to be rid of one’s own genitals and to live as a member of the other sex. C. The disturbance has been continuous (not limited to periods of stress) for at least two years. D. Absence of physical intersex or genetic abnormality. E. Not due to another mental disorder, such as Schizophrenia.“<sup>378</sup> Trotz der Annahme, dass Transsexualität häufig bis ins Kindesalter zurückzuverfolgen sei, wurden zur Diagnose nur zwei Jahre als Mindestdauer der Identitätsstörung verlangt – ein Kriterium, das auch die so genannten sekundären Transsexuellen erfüllten. Es wurden (bezogen auf das anatomische Geschlecht) asexuelle, homosexuelle und heterosexuelle Typen unterschieden; bei den letztgenannten Typen könne die transsexuelle Entwicklung später beginnen. Der Wunsch nach Geschlechtsumwandlung war ein Diagnosekriterium, nur Geschlechtsumwandlungen wurden als Therapieform erwähnt. Angst und Depressionen seien häufig und würden von Transsexuellen auf die Unmöglichkeit, in der gewünschten Geschlechtsrolle zu leben, zurückgeführt. Im Allgemeinen koexistiere bei Transsexuellen eine Persönlichkeitsstörung, doch wurde in differentialdiagnostischer Abgrenzung zur Schizophrenie betont, dass „the insistence by an individual with Transsexualism that he or she is of the other sex is, strictly speaking, not a delusion since what is invariably meant is that the individual *feels* like a member of the other sex rather than a true belief that he or she *is* a member of the other sex“. Außerdem wurde erwähnt, dass sich in einigen Fällen ein erotisch besetzter Transvestismus zur Transsexualität entwickeln könne. Quasi als Fortschreibung der bezüglich der „Gender Identity Disorder of Childhood“ erwähnten prädisponierenden Faktoren wurde bei der Diagnose Transsexualität nun genannt: „extensive, pervasive, childhood femininity in a boy or childhood masculinity in a girl increases the likelihood of Transsexual-

---

wurde in der 10. Revision der Klassifikation in „Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters“ umbenannt und ihre Charakterisierung derjenigen des *DSM-III-R* angeglichen. (ICD-10 (dt.) (1991), S. 227f.)

<sup>374</sup> *DSM-III-R* (1987), S. 73. Im *DSM-III-R* wurde die Ablehnung der weiblichen Anatomie durch mindestens eins der folgenden Kriterium diagnostiziert: „(a) an assertion that she has, or will grow, a penis, (b) rejection of urinating in a sitting position, (c) assertion that she does not want to grow breasts or menstruate“. (ebd.)

<sup>375</sup> *DSM-III-R* (1987), S. 73.

<sup>376</sup> Bradley / Blanchard [u. a.] (1991), S. 336.

<sup>377</sup> *DSM-IV* (1994), S. 537.

<sup>378</sup> *DSM-III* (1980), S. 263f.

lism. Transsexualism seems always to develop in the context of a disturbed parent-child relationship“.<sup>379</sup>

Sah das *DSM-III* als Alternativdiagnose zur Transsexualität im Erwachsenenalter nur “atypical gender identity disorder“ vor (eine nicht näher spezifizierte Kategorie für Fälle, die nicht als Transsexualität kategorisierbar waren), so wurde in der revidierten Fassung *DSM-III-R* die Kategorie nichttranssexueller Geschlechtsidentitätsstörungen („Gender Identity Disorder of Adolescence or Adulthood, Nontranssexual Type (GIDAANT)“) ergänzt. Dieser neuen Kategorie wurden z. B. homosexuelle Crossdresser und Transvestiten, bei denen das Crossdressing keinen fetischistischen Charakter mehr hat, zugerechnet. Differenzkriterium zur Transsexualität war, dass die so diagnostizierten keinen permanenten Wunsch nach geschlechtsumwandelnden Eingriffen haben. Wenn sich dieser Wunsch entwickle – bei den sogenannten ‚sekundären Transsexuellen‘ –, sei die Diagnose von ‚GIDAANT‘ in Transsexualität zu ändern.<sup>380</sup> Verschwanden jetzt andere nichttranssexuelle Formen von Geschlechtsidentitätsstörungen nicht mehr unter ‚sonstiges‘, so wurde gleichwohl Transsexualität als separate diagnostische Kategorie nicht aufgegeben: „some forms of gender identity disturbance are on a continuum, whereas others may be discrete.“<sup>381</sup> Eicher führte diese Diagnosekategorie der nichttranssexuellen Identitätsstörungen auf die Verbreitung des Begriffs „gender dysphoria syndrome“ zurück, worunter alle Störungen der Geschlechtsidentität, auch Homosexualität und Transvestismus fallen würden. Diese Entwicklung habe die Abtrennung der Transsexualität als Diagnose notwendig gemacht.<sup>382</sup>

Weitere Änderungen im *DSM-III-R* waren, dass weder physische Intersexualität oder eine genetische Anomalie noch eine Schizophrenie mehr als Ausschlusskriterien für die Diagnose Transsexualität genannt worden sind. Die Vielfalt klinischer Erfahrungen fand auch in der Erwähnung ihren Niederschlag, dass in einigen Fällen die Geschlechtsidentitätsstörung spontan verschwunden sei und dass es vereinzelt Rückumwandlungswünsche gebe.<sup>383</sup>

---

<sup>379</sup> *DSM-III* (1980), S. 262f. In den diagnostischen Kriterien des Transvestismus wurde festgelegt, dass die sexuelle Erregung durch das Cross-dressing zumindest in der Anfangsphase des Transvestismus vorhanden gewesen war. (a.a.O., S. 270.)

<sup>380</sup> *DSM-III-R* (1987), S. 76f. Die Diagnosekriterien für ‚GIDAANT‘ lauteten: „A. Persistent or recurrent discomfort and sense of inappropriateness about one’s assigned sex. B: Persistent or recurrent cross-dressing in the role of the other sex, either in fantasy or actuality, but not for the purpose of sexual excitement (as in Transvestic Fetishism). C. No persistent preoccupation (for at least two years) with getting rid of one’s primary and secondary sex characteristics and acquiring the sex characteristics of the other sex (as in Transsexualism). D. The person has reached puberty.“ (a.a.O., S. 77.)

<sup>381</sup> *DSM-III-R* (1987), S. 71.

<sup>382</sup> Eicher (1992), S. 18. Ursprung dieser Entwicklung war die Gender-Identity-Klinik in Stanford. Für Fisk war Transsexualität ‚im klassischen Sinn‘ neben effeminierte Homosexualität, Transvestitismus, schizoide Persönlichkeit und, von Fisk nur in einem Fall beobachtet, einer abklingenden Psychose zu einer Subdiagnose des Syndroms Geschlechtsidentitätsstörung: „Gender dysphoria syndrome is a descriptive term, encompassing selective clinical situations or a set of psychosocial symptoms and/or behaviors that have been reported by a group of deeply troubled and often desperate patients seeking gender reorientation, including surgical sex conversion.“ (Fisk (1974), S. 7.)

<sup>383</sup> *DSM-III-R* (1987), S. 74-76. Die diagnostischen Kriterien für Transsexualität im *DSM-III-R* lauteten: „A: Persistent discomfort and sense of inappropriateness about one’s assigned sex. B. Persistent preoccupation for at least two years with getting rid of one’s primary and secondary sex characteristics and acquiring the sex characteristics of the other sex. C. The person has reached puberty.“ (a.a.O., S. 76.)

Auch wenn ein nicht dauerhafter Wunsch nach einer Geschlechtsumwandlung Kriterium für die Diagnose einer nichttranssexuellen Geschlechtsidentitätsstörung war, so bezweckte diese neue Kategorie doch umgekehrt ärztlicherseits die Klärung der Operationsfrage. Diejenigen Patienten, die eine Geschlechtsumwandlung bekommen sollten, sollten als transsexuell diagnostiziert werden, die als für derartige Eingriffe ungeeignet angesehenen Patienten entsprechend als ‚GIDAANT‘. Sei es bislang darum gegangen – so 1991 die Arbeitsgruppe zur Entwicklung des Abschnitts Gender-Identity-Disorders im DSM-IV –, Diagnosekriterien zu formulieren, „permitting clinicians to make safe judgments about who should and should not have surgery“, so sei jetzt der klinischen Erfahrung Rechnung zu tragen, dass „children, adolescents, and adults with gender identity disorders (...) vary greatly with regard to the severity, constancy, and natural history of their gender dysphoria“ und „that differences between individuals who proceed towards SRS and those who do not may be more quantitative than qualitative“.<sup>384</sup> Entsprechend schlug die Arbeitsgruppe vor, „to uncouple the clinical diagnosis of gender dysphoria from criteria for approving patients for SRS“ und die beiden Diagnosekategorien Transsexualität und ‚GIDAANT‘ unter der Kategorie „Gender Identity Disorders“ zusammenzuziehen.<sup>385</sup> Die Trennung von Diagnosekriterien und Kriterien für eine operative Geschlechtsumwandlung ermöglichte für die DSM-IV-Arbeitsgruppe auch die Auflösung der separaten Kategorie „Gender Identity Disorders of Childhood“, denn „the essential, common elements of gender identity disorder could be applied to patients at different phases of the life cycle, i.e., childhood, adolescence, and adulthood“.<sup>386</sup>

Im DSM-III-R war durch die neue Zuordnung der Geschlechtsidentitätsstörungen zu den „Disorders Usually First Evident in Infancy, Childhood, or Adolescence“ die Hypothese einer linearen psychosexuellen Entwicklung zur Transsexualität noch einmal gestärkt worden. Diese Zuordnung wurde Anfang der 1990er Jahre für nicht mehr adäquat gehalten. Es sei zwar von Vorteil, so die DSM-IV-Arbeitsgruppe, dass diese Kategorisierung „forced more attention to and recognition of gender identity disorders on the part of child and adolescent clinicians“. Sie sei aber insbesondere für diejenigen Fälle von Transsexualität bei Erwachsenen unangemessen, bei denen keine Verhaltensauffälligkeiten in der Kindheit evident seien.<sup>387</sup> Im DSM-IV wurde zwar keine gesonderte Gruppe „Gender Identity Disorders“ eingerichtet, wie von der Arbeitsgruppe vorgeschlagen. Stattdessen wurden diese Störungen wieder zurück zu den Sexualstörungen geschoben unter der Unterschrift „Sexual and Gender Identity Disorders“. Die Geschlechtsidentitätsstörungen hatten keine Untergruppen mehr, von der Kategorie

---

<sup>384</sup> Bradley / Blanchard [u. a.] (1991), S. 334.

<sup>385</sup> Bradley / Blanchard [u. a.] (1991), S. 337f. Pauly gehörte zu den Kritikern dieser Entscheidung. Dass die Diagnose Transsexualität ein bloßer Reflex des Patientenwunsches nach Geschlechtsumwandlung sei, rechtfertige nicht die Aufgabe des seit über 40 Jahren benutzten Begriffes ‚Transsexualität‘. (Pauly (1992), S. 4f.) Die Position von Bockting / Coleman (Gender Dysphoria Program in Minneapolis), „our approach moves away from trying to distinguish the ‘true transsexual’ (...) from the ‘nontranssexual applicant for sex reassignment’“, (Bockting / Coleman (1992), S. 134) kann als Befürwortung der Entwicklung des *DSM* gelesen werden.

<sup>386</sup> Bradley / Blanchard [u. a.] (1991), S. 341.

<sup>387</sup> Bradley / Blanchard [u. a.] (1991), S. 335.

„Gender Identity Disorder Not Otherwise Specified“ einmal abgesehen.<sup>388</sup>

Die diagnostischen Kriterien für Geschlechtsidentitätsstörungen im zur Zeit gültigen DSM-IV<sup>389</sup> sind erstens – im Wesentlichen wie gehabt – „a strong and persistent cross-gender identification“, zweitens – statt des Kriteriums ‚Wunsch nach Geschlechtsumwandlung‘ – „persistent discomfort with his or her sex or sense of inappropriateness in the gender role of that sex“, drittens – wieder aufgenommen – „the disturbance is not concurrent with a physical intersex condition“ und vierstens – um die Schwere der Störung zu dokumentieren, vielleicht als Ersatz für das Kriterium der mindestens 2-jährigen Dauer des Wunsches nach Geschlechtsumwandlung im DSM-III-R – „the disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning“.<sup>390</sup> Die 10. Revision der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation, die 1992 offiziell von der WHO eingeführt und in den Folgejahren dann für die Mitgliedsländer verbindlich geworden ist,<sup>391</sup> orientierte sich mit ihren drei Klassifikationen Transsexualismus (F64.0), Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen (F64.1) und Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters (F64.2) an den Kategorien des DSM-III-R.<sup>392</sup> Diese 10. Revision der ICD wird jährlich überarbeitet. An den drei genannten Klassifikationen hat sich in der Fassung von 2007 nichts geändert.<sup>393</sup>

Im medizinischen Diskurs verliefen die Emanzipation der Homosexualität *von* der Medizin und die Emanzipation der Transsexualität *durch* die Medizin parallel. Mitte der 1970er Jahre wurde in der American Psychiatric Association und von der Weltgesundheitsorganisation die Aufnahme der Transsexualität in den Diagnosekatalog sowie die Streichung der Homosexualität aus diesem Katalog diskutiert. Die Diagnose Transsexualität wurde in die ICD-9 (1977) und das DSM-III (1980) aufgenommen. 1973 hatte die American Psychiatric Association den

---

<sup>388</sup> DSM-IV (1994), S. 532-538.

<sup>389</sup> Die Vorbereitungen zum Revisionsprozess zum DSM-V begannen bereits 1999. 2007 sollen die einzelnen Arbeitsgruppen eingesetzt werden. Die Veröffentlichung des DSM-V ist für 2011 geplant. ([www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)).

<sup>390</sup> DSM-IV (1994), S. 537f. Wichtige Änderungen des DSM-IV im Vergleich zum DSM-III-R sind noch: 1. Bei Kindern ist die Äußerung des Wunsches, das andere Geschlecht zu sein, kein notwendiges Kriterium mehr. Die DSM-IV-Arbeitsgruppe führte ins Feld, dass viele Kinder eine ausgeprägte gegengeschlechtliche Identifikation hätten, obwohl sie diesen Wunsch nicht äußerten. (Bradley / Blanchard [u. a.] (1991), S. 337) 2. Die Arbeitsgruppe plädierte dafür, eine fetischistische Erregung nicht als Ausschlusskriterium der Diagnose ‚Geschlechtsidentitätsstörung‘ anzusehen. Denn es habe sich gezeigt, dass mehr als die Hälfte der heterosexuellen Männer, bei denen sich die Identitätsstörung aus einem fetischistischen Transvestismus entwickelt habe, immer noch durch das Crossdressing sexuell erregt würden. So wurde für diese Fälle die Möglichkeit der Doppeldiagnose eingeführt. (a.a.O., S. 338) 3. Die Unterklassifizierung nach sexuellen Präferenzen wurde umbenannt, so dass die Typen klarer verständlich sind und die Selbstwahrnehmung der Patienten wiedergeben. Statt ‚homosexuell‘ und ‚heterosexuell‘ wurden die Bezeichnungen „Sexually Attracted to Males“ bzw. „to Females“ bzw. „to Both“ bzw. „to Neither“ eingeführt. (a.a.O., S. 339) Zur erwähnten Studie zur Kritik am wechselseitigen Ausschluss der Diagnose ‚gender dysphoria‘ und fetischistischem Crossdressing vgl.: Blanchard / Clemmensen (1988).

<sup>391</sup> ICD-10 (dt.) (1991), S. 6.

<sup>392</sup> ICD-10 (dt.) (1991), S. 226-228. Die Klassifikation F64.1 entspricht in etwa der nichttranssexuellen Geschlechtsidentitätsstörung.

<sup>393</sup> [www.icd-code.de/icd/code/F64.-.html](http://www.icd-code.de/icd/code/F64.-.html) (Abfrage am 12.07.2007).

Beschluss gefasst, „homosexuality itself“<sup>394</sup> aus dem Diagnosekatalog psychischer Störungen zu streichen. Als psychische Störung wurde jedoch nur die ‚Homosexualität selbst‘ aus dem *DSM* gestrichen. Die so genannte ich-dystone Homosexualität blieb als soziogene pathologische Erscheinung bestehen: „The factors that predispose to Ego-dystonic Homosexuality are those negative societal attitudes toward homosexuality that have been internalized.“ Coming-out-Schwierigkeiten, Schwierigkeiten „in adjusting to a new awareness of his or her homosexual impulses“<sup>395</sup> sollten aber nicht zur Diagnose führen. Als diagnostische Kriterien wurden bestimmt: “A. The individual complains that heterosexual arousal is persistently absent or weak and significantly interferes with initiating or maintaining wanted heterosexual relationships. B. There is a sustained pattern of homosexual arousal that the individual explicitly states has been unwanted and a persistent source of distress.”<sup>396</sup> Im *DSM-III-R* und *DSM-IV* wurde dann die separate Diagnosekategorie „ego-dystonic homosexuality“ aufgelöst, gleichwohl aber „persistent and marked distress about one’s sexual orientation“ als ein Beispiel für die Diagnose „Sexual Disorder Not Otherwise Specified“ genannt.<sup>397</sup> Hatte die 9. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten der WHO noch die Diagnosekategorie Homosexualität beibehalten und nur halbherzig mit dem Zusatz versehen, „Homosexualität ist hier unabhängig davon zu verschlüsseln, ob sie als psychische Störung betrachtet wird oder nicht“,<sup>398</sup> so wurde in der 10. Revision verkündet, „die frühere, diskriminierende Diagnose Homosexualität gibt es als nosologische Entität nicht mehr.“<sup>399</sup> Sie wurde auch hier durch die Kategorie „ichdystone Sexualorientierung“ ersetzt.<sup>400</sup>

Mit Tomas Szasz ist anzumerken, dass auf Grund der Macht der Heteronormativität eine Unzufriedenheit mit einer heterosexuellen Orientierung bislang noch nicht als Krankheit betrachtet worden ist.<sup>401</sup> Die scharfe Kritik von Socarides an der Entscheidung, Homosexualität als psychiatrische Diagnose zu streichen, verdeutlichte noch einmal die Bedeutung derartiger normativer medizinischer Konstruktionen für das Sexualitäts- wie für das Geschlechtsdispositiv. Socarides meinte, „the consequences of this action are of a formidable nature. Not only will the homosexual be victimized, but the entire area of research in the development of gender-identity will be damaged.“<sup>402</sup> Er wollte also nicht auf die homosexuellen Forschungsobjekte verzichten und meinte – darin ganz auf der Höhe der Sexualpathologie des späten 19. Jahrhunderts –, eine Pathologisierung schütze Homosexuelle vor schlimmerer Diskriminierung. Dass Homosexuelle als Objekte zur Erforschung der Geschlechtsidentität angesehen

---

<sup>394</sup> *DSM-III* (1980), S. 282.

<sup>395</sup> *DSM-III* (1980), S. 281.

<sup>396</sup> *DSM-III* (1980), S. 282.

<sup>397</sup> *DSM-III-R* (1987), S. 296; vgl.: *DSM-IV* (1994), S. 538.

<sup>398</sup> *ICD-9* (dt.) (1980), S. 60.

<sup>399</sup> *ICD-10* (dt.) (1991), S. 18.

<sup>400</sup> *ICD-10* (dt.) (1991), S. 233.

<sup>401</sup> Szasz (1980), S. 82.

<sup>402</sup> Socarides, Charles W.: *Beyond Sexual Freedom*. New York 1975, S. 89; zit. nach: Szasz (1980), S. 23.



worden sind, zeigt die Langlebigkeit und Wirkmächtigkeit der Konstruktion von Homosexualität über eine innere Weiblichkeit, zeigt das Ineinandergreifen der Mechanismen des Sexualitätsdispositivs – Psychiatrisierung der perversen Lust – und des Geschlechtsdispositivs – biopsychologische Erforschung der Entwicklung von Geschlecht und Sexualität.

Psychiater, die die von einigen Transsexuellengruppen vorgebrachte Forderung ablehnten, Transsexualität aus dem *DSM* zu streichen, hielten eine solche Emanzipation der Transsexualität von der Medizin nicht nur für nicht möglich, sondern aus forschungsstrategischen Gründen auch nicht für wünschenswert. Analog zum Fall der Homosexualität würden diese Gruppen die Meinung vertreten, dass die Klassifizierung von Transsexualität als psychiatrische Störung Transsexuelle stigmatisiere und „that gender dysphoria or GID [= Gender Identity Disorders; V. W.] are simply a normal variant of the human condition“. Dem hielt Pauly entgegen: 1. Anders als Homosexuelle bräuchten Transsexuelle „the medical or psychiatric profession in order to pursue his/her lifestyle“; 2. Individuen mit Geschlechtsidentitätsstörung zeigten signifikant häufig psychische Störungen; demgegenüber zeigten „non-clinical samples of homosexuals (...) no more psychopathology than heterosexuals“; 3. Die Klassifikation als Störung sei Voraussetzung für eine Übernahme der Behandlungskosten durch die Versicherung.<sup>403</sup> Aber letztlich ging es Pauly wie Socarides im Fall der Homosexualität um die Sicherstellung der Forschung(-subjekte): „Perhaps the most significant reason for retaining GID in the diagnostic classification system is the extent to which research in this field has been facilitated by having standardized criteria available for correctly diagnosing individuals with GID. (...) This has greatly increased our knowledge and understanding of GID.“<sup>404</sup>

#### *11.2.5 Juristischer Geschlechtswechsel*

Die medizinische Konstruktion der Transsexualität – die Etablierung von Diagnose und hormonellen und chirurgischen Behandlungsschritten zur Angleichung des körperlichen Erscheinungsbildes an die Geschlechtsidentität – war immer schon begleitet vom personenstandsrechtlichen Problem, den postoperativen Widerspruch zwischen Geschlechtsidentität und körperlichem Erscheinungsbild einerseits und Vorname und Personenstand andererseits aufzulösen. So versuchten Hirschfelds Gutachten für einzelne Patienten einen Wechsel des Personenstands oder zumindest des Vornamens in einer Zeit zu erreichen, als gerade erst begonnen worden war, mit hormonellen und chirurgischen Eingriffen zum Geschlechtswechsel zu experimentieren. Doch ist eine juristische Konstruktion der Transsexualität – als Normierung von Bedingungen eines rechtlichen Geschlechtswechsels – nur auf der Basis ihrer medizinischen Konstruktion als dauerhafte, eindeutige, nicht willkürliche und nicht psychotherapierbare Störung der Geschlechtsidentität denkbar. Beide Konstruktionen dienten der Sicherung der gesellschaftlichen Ordnung der Zweigeschlechtlichkeit.

Gesetzliche Regelungen sollten, so formulierte es Schneider 1975 zur Zeit erster diesbezüglicher Gesetzesinitiativen in der Bundesrepublik Deutschland, nicht nur den Problemen

---

<sup>403</sup> Pauly (1992), S. 9f.

<sup>404</sup> Pauly (1992), S. 11.

der Transsexuellen, sondern auch dem Interesse der Öffentlichkeit gerecht werden.<sup>405</sup> Entscheidende Voraussetzung eines solchen wünschenswerten Gesetzes sei das Prinzip der Rechtssicherheit: es müsse die Dauerhaftigkeit des seelischen Empfindens des Transsexuellen feststehen sowie die Willkürlichkeit seiner Entscheidung ausgeschlossen sein.<sup>406</sup> Der Jurist Schneider nannte weitere ordnungspolitische Eckpunkte eines möglichen zukünftigen Gesetzes. Eine Personenstandsänderung sei nicht nur an die transsexuelle Identität und an deren Manifestation in der neuen Geschlechtsrolle zu binden, sondern auch an eine Operation, um zum einen eine Mutter- und Vaterschaft von Transsexuellen, zum anderen eine homosexuelle Ehe und Vergehen gegen § 175 StGB auszuschließen. Eine Operation bringe die feste Etablierung der neuen Geschlechtsrolle zum Ausdruck. Außerdem müsse der Transsexuelle für einen juristischen Geschlechtswechsel mindestens 21 Jahre alt und unverheiratet sein.<sup>407</sup>

Dass mit einer gesetzlichen Regelung des Geschlechtswechsels die medizinische Konstruktion der Transsexualität zementiert werden würde, bemerkten auch deren Kritiker. Mediziner, die gegenüber der operativen Geschlechtsumwandlung die Psychotherapie als Alternative hoch hielten, befürchteten, dass es „nach der Verabschiedung des Transsexuellengesetzes noch schwieriger werden wird, alternative Behandlungsmethoden zu entwickeln und durchzusetzen“.<sup>408</sup> Und nach Inkrafttreten des Gesetzes in Deutschland wurde kritisiert, das „Gesetz, das aus humanitären und fortschrittlich-liberalen Gründen geschaffen wurde, leistet inzwischen seinen Beitrag zur Förderung eines letztlich inhumanen Operationsbooms und ist in dieser Förderung weit ab vom heutigen Entwicklungsstand der Transsexualitätsforschung.“<sup>409</sup> In Frankreich votierte der Staatsrat mit einem von Juristen und Medizinern gemeinsam erstellten Bericht 1989 gegen ein französisches Transsexuellengesetz mit der Argumentation, dass ein Gesetz „durch seine Publizität (...) Ansteckungsgefahr, also nur noch mehr Unruhe in die Gesellschaft bringen“ werde.<sup>410</sup> Was engagierte und organisierte Betroffene bewirken können, hatte sich in Italien gezeigt: Es gab Transsexuellen-Demos in Großstädten, zur Jahreswende 1981/82 zog ein „Geschwader von 38 Beschwerdeführern“ zum Europäischen Menschenrechtsgerichtshof, im Februar 1982 wurde im römischen Senat am Gesetz geschmiedet, am 4.5.1982 trat das „Gesetz zur Berichtigung der Geschlechtszuordnung“ in Kraft.<sup>411</sup> Der

---

<sup>405</sup> Schneider (1975), S. 235.

<sup>406</sup> Schneider (1975), S. 104, 180. In Frankreich mehrten sich, so Will, ab Mitte der 1970er Jahre die einem Personenstandswechsel stattgebenden Urteile „in dem Maße, in dem es den ärztlichen Sachverständigen gelingt, Richter der ersten und bald auch der zweiten Instanz davon zu überzeugen, daß transsexuelle Menschen nicht aus Willkür, sondern unter Zwang handeln“. (Will (1992), S. 131.)

<sup>407</sup> Schneider (1975), S. 203-215. Der Bundesgerichtshof sah in seinem Urteil vom 21.09.1971 die Gefahr, dass „männliche Transsexuelle“ mittels ihrer „einigermaßen funktionstüchtige(n) äußere(n) Geschlechtsorgane (...) die Straftatbestände des § 175 (...) verwirklichen“. (BGHZ (1972), S. 70.)

<sup>408</sup> Pfäfflin (1980), S. 211.

<sup>409</sup> Langer (1985), S. 78.

<sup>410</sup> Will (1992), S. 136.

<sup>411</sup> Will (1992), S. 123. In Deutschland zogen nur zwei Einzelkämpfer vor den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte. (ebd.) Eine größere Öffentlichkeit erlangte hier das Thema Transsexualität durch den Auftritt einer saarländischen Ärztin in der Fernseh-Talkshow von Hans-Jürgen Rosenbauer im September 1976 nach ihrer Umwandlung vom Mann zur Frau. Im selben Jahr hatte der Deutsche Bundestag aufgrund einer

französische Staatsrat argumentierte weiter, ein Gesetz könne „auch rasch überholt sein angesichts der Fortschritte in der Medizin, die dem Syndrom eines Tages vielleicht durch Anpassung der Psyche an die Physis beikomme anstatt umgekehrt“.<sup>412</sup> Befürworter rechtlicher Regelungen wussten umgekehrt, dass eine operative Geschlechtsumwandlung als alternativlose Behandlungsform gelten muss: „If opposing medical views are able to demonstrate that sex-change procedures are not the only effective treatment, the possibility of judicial recognition of a transsexual’s post-operative sex will be weakened.“<sup>413</sup> Sind Gesetze erst einmal in Kraft, leisteten sie – so stellt es Will für Deutschland und Italien fest – ihren Beitrag dazu, „das Rechtsbewußtsein weiter Bevölkerungskreise umzuprägen“ und erfüllten insofern „auch eine gewisse therapeutische Funktion“.<sup>414</sup>

Eine Reihe von Staaten hatte bis Anfang der 1990er Jahre Bedingungen für eine rechtliche Anerkennung der transsexuellen Identität geschaffen. Diese „Lücke im System“ – „keine Kodifikation, kein Fallrecht konnte auf“ die „Möglichkeit geschlechtsanpassender Operationen (...) gefaßt sein“ –, wurde jedoch nicht immer mittels Gesetzgebung gefüllt, sondern manchmal auch durch Verwaltung oder Rechtsprechung.<sup>415</sup> In Österreich, Dänemark, Norwegen, Israel sowie der DDR wurde bzw. wird auf dem Verwaltungsweg entschieden, in Österreich z. B. durch den Innenminister auf der Basis eines fachmedizinischen Gutachtens.<sup>416</sup> Richterrechtliche Regelungen gibt es beispielsweise in den USA und der Schweiz. In der Schweiz reichen die stattgegebenen Personenstandsänderungen bis ins Jahr 1931 zurück. Richter entscheiden – autorisiert durch den entsprechenden Passus im Zivilgesetzbuch – nach der Regel, die sie als Gesetzgeber aufstellen würden, und stellen einfach auf überzeugende postoperative Gutachten hin das neue Geschlecht und den geänderten Vornamen fest.<sup>417</sup> In den USA waren Mitte der 1970er Jahre in 33 Bundesstaaten Personenstandsänderungen nach Geschlechtsumwandlung möglich.<sup>418</sup> 1995 war das in den USA generell der Fall, ebenso in Kanada und vie-

---

Initiative einiger Abgeordneter die Bundesregierung ersucht, „einen Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Personenstandsgesetzes vorzulegen“. (Becker (1980), S. 341.)

<sup>412</sup> Will (1992), S. 136.

<sup>413</sup> Taitz (1987), S. 67.

<sup>414</sup> Will (1992), S. 125.

<sup>415</sup> Will (1992), S. 114. Die von Will so genannte Lücke im System wäre zumindest kleiner ausgefallen, wenn heutige Gesetze wie das deutsche und das österreichische BGB, aber auch schon der französische Code Civil nicht davon ausgehen würden, dass es keine geschlechtslosen oder zwitterhaften Menschen gibt und dass in Zweifelsfällen nach dem überwiegenden Geschlecht unmittelbar nach der Geburt ein Geschlecht zugewiesen werden kann und muss. Dem gegenüber hatten alte Rechtsbücher wie das Bayerische Landrecht, das BGB des Königreich Sachsens oder das Preußische Allgemeine Landrecht von 1794 so genannte Zwitterparagrafen. (Vgl.: Schneider (1975), S. 8-10.)

<sup>416</sup> Will (1992), S. 116. In Österreich wurde ein Gesetz für unzweckmäßig gehalten, „solange die medizinischen Fragen nicht ausdiskutiert und die Kriterien ausländischer Gesetze so unterschiedlich seien, zumal es ‚offenkundig nur um wenige Fälle‘ gehe“. (ebd.)

<sup>417</sup> Will (1992), S. 115.

<sup>418</sup> Sigusch [u. a.] (1979), S. 305. Gemäß eines Berichts des Committee on Public Health der New York Academy of Medicine wurden in den USA zwischen 1956 und 1966 21 Transsexuellen eine Personenstandsänderung genehmigt. (Ploeger / Flamm (1976), S. 537) Laut Benjamin (1966) war eine Personenstandsänderung in einigen US-Bundesstaaten eine einfache Formsache. Ein Formular und das Zertifikat des Arztes genügten zur Ausstellung einer neuen Geburtsurkunde. In anderen Bundesstaaten sei dafür ein Gerichtsbe-

len europäischen Ländern, allerdings manchmal nur in Form einer Abänderung der Originalurkunde und nicht der Ausstellung einer neuen Urkunde. Dieser Personenstandswechsel wurde jedoch meist für Eheschließungen nicht anerkannt oder führte zur Auflösung von Ehen.<sup>419</sup> Petersen / Dickey resümierten, dass die volle rechtliche Anerkennung von Transsexuellen nur in den Ländern bestehe, die spezielle gesetzliche Regelungen getroffen hätten. Denn sonst hänge der Status mehr von der Kooperation der Verwaltung oder von Präzedenzfällen ab.<sup>420</sup>

Das weltweit erste ‚Transsexuellengesetz‘ wurde am 21. April 1972 in Schweden erlassen; das „Gesetz zur Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in gewissen Fällen“ trat am 1. Juli 1972 in Kraft. Signifikanterweise – in Hinblick auf die legitimierende Kodierung von Transsexualität als Intersexualität – wurde von dem im Vorfeld eingesetzten Komitee „the question of ‚gender role““ von Transsexuellen *und* somatischen Intersexuellen problematisiert. Ein rechtlicher Geschlechtswechsel wurde im Gesetz an die Bedingungen schwedischer Staatsbürger, mindestens 18 Jahre alt, unverheiratet und fortpflanzungsunfähig geknüpft, d. h. nicht unbedingt an geschlechtsanpassende Operationen.<sup>421</sup> Weitere gesetzliche Regelungen folgten u.a. in Deutschland (1980), Italien (1982), den Niederlanden (1985) und der Türkei (1988), in Deutschland und Italien wie in Schweden als Sondergesetz, in den Niederlanden und der Türkei als Änderung zivilrechtlicher Normen.<sup>422</sup> Die Regelungen der Niederlande qualifiziert Will als die liberalsten und am besten durchdachten. Transsexuelle müssten das zuständige Landgericht nur in drei Punkten überzeugen: dass sie nicht verheiratet, dauerhaft steril und dauerhaft überzeugt sind, dem Gegengeschlecht anzugehören. Es gebe keine Altersgrenze, keine feste Probezeit und auch Ausländer seien einbezogen, die mindestens ein Jahr im Land gelebt haben und eine gültige Aufenthaltserlaubnis besitzen.<sup>423</sup>

---

schluss notwendig. In anderen Bundesstaaten sei wiederum eine Personenstandsänderung bei Transsexualität gar nicht möglich. (Benjamin (1966), S. 143f.)

<sup>419</sup> Die Frage der Gültigkeit einer von Transsexuellen geschlossenen Ehe bzw. die Frage, unter welchen Bedingungen der Ehepartner einer Transsexuellen oder die Ehepartnerin eines Transsexuellen das Recht hat, sich scheiden oder die Ehe annullieren zu lassen, wird in den USA an der Fähigkeit zum genitalen Sex festgemacht. Während eine Frau-zu-Mann-Transsexuelle gegenüber der Partnerin ihre Unfähigkeit zur „normal copulation“ deutlich machen müsse, könne es der persönlichen Entscheidung des Mann-zu-Frau-Transsexuellen überlassen bleiben, was er seinem Partner enthülle, da er „fully capable of copulation“ sei. (Holloway (1974), S. 44) Andere Juristen behaupteten in Überschätzung der chirurgischen Möglichkeiten, „a female-to-male transsexual is able to have a functioning penis constructed by plastic surgery,“ und meinten, Transsexuelle, die auf eine phalloplastische Operation verzichteten, dürften sich nicht wundern, wenn das Gericht sie weiterhin für eine Frau halten würde. (Taitz (1987), S. 59) Auch das Bundesverfassungsgericht begründete in seinem Urteil vom 11.10.1978 die Heiratsfähigkeit einer Mann-zu-Frau-Transsexuellen damit, dass dieser postoperativ dank des chirurgischen Könnens „mit einem männlichen Partner geschlechtlich normal“ verkehren könne. (BVerfGE (1979), S. 300.)

<sup>420</sup> Petersen / Dickey (1995), S. 141f., 147f.

<sup>421</sup> Walinder / Thuwe (1976), S. 255. Die Verfahren zur Genehmigung der geschlechtsanpassenden Operation sowie zur Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit obliegen der Obersten Sozialbehörde. (Will (1992), S. 116) Ein medizinisch-juristisches Expertengremium dieser Behörde trifft die Entscheidungen. (Walinder / Thuwe (1976), S. 256.)

<sup>422</sup> Will (1992), S. 117, 125. Das italienische Gesetz kennt anders als die Gesetze in Schweden und Deutschland keine Altersgrenzen und keinen Staatsbürgervorbehalt. (a.a.O., S. 123) Einen guten internationalen Überblick über den Stand juristischer Regelungen zur Transsexualität geben Basedow / Scherpe (2004).

<sup>423</sup> Will (1992), S. 126f. Der Bericht des „Gezondheidsraad“ von 1965 ging so weit, strafrechtliche Sanktionen für operative Geschlechtsumwandlungen einführen zu wollen. Erst der zweite diesbezügliche Bericht von

Bis Ende der 1970er Jahre scheiterten in der Bundesrepublik Deutschland<sup>424</sup> meist Verfahren zur Änderung des Personenstands bei den zuständigen Obergerichten – Amtsgerichte hatten dem Antrag nicht selten nachgegeben.<sup>425</sup> Als das Kammergericht Berlin 1970 abweichend auch von seiner eigenen bisherigen Rechtsprechung einen Antrag positiv entscheiden wollte, legt es den Fall gemäß gesetzlicher Vorschrift dem Bundesgerichtshof vor. Dieser entschied am 21.9.1971, dass dem Antrag auf Personenstandsänderung nach Personenstandsgesetz (PStG) nach einer operativen Geschlechtsumwandlung nicht stattgegeben werden könne:<sup>426</sup> denn „das Prinzip der eindeutigen und unwandelbaren Einordnung des Menschen in die alternative Kategorie ‚männlich‘ – ‚weiblich‘ [durchzieht] als selbstverständliche Voraussetzung nicht nur das gesamte soziale Leben, sondern auch die gesamte Rechtsordnung“.<sup>427</sup> Zugleich folgten die Richter des BGH jedoch der medizinischen Konstruktion der Transsexualität und äußerten Verständnis dafür, dass ein Transsexueller, bei dem die „Umwandlung mehr oder weniger gelungen ist, ein anerkanntes Bedürfnis haben kann, auch rechtlich dem Gegengeschlecht zugeordnet zu werden“.<sup>428</sup> Allerdings könne Transsexuellen eine Zugehörigkeit zum „Gegengeschlecht im Rechtssinne (...) nicht im Wege richterlicher Rechtsfortbildung verschafft werden“. Nur dem Gesetzgeber sei es möglich, „durch eine sachgerechte Normierung“ Kriterien für die „Geschlechtseinordnung Transsexueller zu bestimmen“.<sup>429</sup> Doch der Gesetzgeber wurde nicht tätig.

Eine im Januar 1972 eingelegte Verfassungsbeschwerde gegen das BGH-Urteil wurde vom Bundesverfassungsgericht am 11.10.1978 entschieden.<sup>430</sup> Das Bundesverfassungsgericht hob das BGH-Urteil auf Grund der Verletzung der Grundrechte des transsexuellen Beschwerdeführers aus Artikel 2, Absatz 1 Grundgesetz (freie Entfaltung der Persönlichkeit) in Verbindung mit Artikel 1, Absatz 1 Grundgesetz auf. Auch das Verfassungsgericht gründete seine

---

1977 brachte die Wende. (a.a.O., S. 126) Vgl.: Gooren / van der Reijt [u.a.] (1994).

<sup>424</sup> In der DDR bestimmte eine im Februar 1976 erlassene ministerielle Verfügung, dass volljährige unverheiratete DDR-Bürger die chirurgische Behandlung und anschließend eine rückwirkende Berichtigung von Vornamen und Geschlecht im Geburtenbuch beantragen können. (Will (1992), S. 318.)

<sup>425</sup> Schneider (1975), S. 86. Laut Becker hätten bereits in den 1960er Jahren obergerichtliche Urteile versucht, „im Wege der richterlichen Rechtsfortbildung dem Anliegen von Transsexuellen gerecht zu werden“. (Becker (1980), S. 339) Vgl. zur Rechtsprechung vor 1978 auch: Sieß (1996), S. 58-66.

<sup>426</sup> Schneider (1975), S. 86. Eine Personenstandsänderung sehe das PStG bei somatischen, nicht aber bei psychisch-sexuellen Fehlentwicklungen vor. (a.a.O., S. 93f.) Sigusch [u. a.] wiesen darauf hin, dass der BGH dem Antragsteller gern geholfen hätte, sich aber aus rechtspolitischen, nicht jedoch aus rechtsdogmatischen Gründen daran gehindert sah. (Sigusch [u. a.] (1979), S. 304.)

<sup>427</sup> BGHZ (1972), S. 67.

<sup>428</sup> BGHZ (1972), S. 71. Die Richter des BGH hoben hervor, dass „insbesondere psychische Merkmale geschlechtsrelevant“ seien und dass sich „bei und nach Eintritt der Pubertät (...) eine dem Gegengeschlecht zuzurechnende seelische Verfassung“ zeigen könne. Des Weiteren betonten sie, dass „ein solches Geschehen (...) vom Willen des Betroffenen unabhängig [sei] und (...) von ihm als Schicksal erfahren“ werde: „Die Entwicklung sei auch in ihrer Tendenz unumkehrbar. Weder durch psychotherapeutische noch durch hormonale Maßnahmen könne sie aufgehalten oder gar beseitigt, wohl aber gefördert werden.“ (A.a.O., S. 68) Die Richter erkannten die Notwendigkeit der „genitalverändernden Operationen“ in Ausnahmefällen an, „in denen sie zur Vermeidung schwerster seelischer und körperlicher Beeinträchtigungen unerlässlich“ erschiene und nicht als „sittenwidrig bewertet werden“ könne. (A.a.O., S. 71.)

<sup>429</sup> BGHZ (1972), S. 71f.

<sup>430</sup> Sigusch [u. a.] (1979), S. 304.

Entscheidung auf die medizinischen Konstruktion der Transsexualität und erklärte, dass es „Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG gebietet (...), die Eintragung des männlichen Geschlechts eines Transsexuellen im Geburtenbuch jedenfalls dann zu berichtigen, wenn es sich nach den medizinischen Erkenntnissen um einen irreversiblen Fall von Transsexualismus handelt und eine geschlechtsanpassende Operation durchgeführt ist“.<sup>431</sup> Das Verfassungsgericht sah auch kein Problem darin, dass man durch die Berichtigung des Geschlechtseintrages „einen Angehörigen seines früheren Geschlechts heiraten kann“. In der Bevölkerung möge eine solche Ehe zwar als unsittlich abgelehnt werden, doch „rational nicht zu begründende Auffassungen können dem Abschluß einer Ehe (...) nicht entgegen stehen“.<sup>432</sup> In Abgrenzung zum BGH-Urteil hielt es das Verfassungsgericht für „zweifelhaft, ob die These von der Unwandelbarkeit des Geschlechts (...) in der (...) geschilderten Absolutheit noch haltbar ist“.<sup>433</sup> Es stellte weiterhin gegen den BGH fest, dass die Richter zur grundrechtskonformen Rechtsfortbildung verpflichtet seien, weil zwar eine Gesetzeslücke bestehe, aber angesichts der verfassungsrechtlichen Lage nicht von einer Lücke im Recht gesprochen werden könne. Nichtsdestotrotz bejahten die Verfassungsrichter ein gesondertes Gesetz, denn „im Interesse der Rechtssicherheit“ erscheine es „geboten, daß der Gesetzgeber die personenstandsrechtlichen Fragen einer Geschlechtsumwandlung und deren Auswirkungen regelt“.<sup>434</sup> Mit dieser Grundsatzentscheidung waren Personenstandsänderungen in Deutschland möglich.<sup>435</sup>

Gesetzesinitiativen von SPD-Parlamentariern, nicht der Regierung, reichen bis 1972, das Jahr des schwedischen Transsexuellengesetzes, zurück – die Bundesregierung verschleppte und „dilettierte medizinisch wie juristisch“. Erst als eine seit 1974 beim Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte anhängige Beschwerde im Dezember 1977 von der vorgeschalteten Kommission zugelassen worden ist und nach der mündlichen Verhandlung im Mai 1978 damit zu rechnen war, dass sie „für begründet erklärt würde“, kam Bewegung ins Verfahren. Trotz „dieser für die Betroffenen günstigen Konstellation formierten sich im Parlament (...) erhebliche Widerstände“, als der Entwurf im Juni 1979 von der sozial-liberalen Bundesregierung unter Bundeskanzler Helmut Schmidt endlich eingebracht worden ist. Am 10. September 1980 wurde das „Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen (Transsexuellengesetz – TSG)“ beschlossen; es trat am 1. Januar 1981 in Kraft.<sup>436</sup>

---

<sup>431</sup> BVerfGE (1979), S. 286. So stellten die Richter fest: „Als medizinisch gesichert gilt aber, das Transsexualismus nichts mit Homosexualität oder Fetischismus zu tun hat und von den psychosexuellen Anomalien und Perversionen klar getrennt werden kann. (...) Im Vordergrund steht für sie [=Transsexuelle; V.W.] nicht die Sexualität, sondern das Streben nach der Einstimmigkeit von Psyche und Physis.“ (a.a.O., S. 287, 299.)

<sup>432</sup> BVerfGE (1979), S. 300.

<sup>433</sup> BVerfGE (1979), S. 298. Fest auf dem Boden der Geschlechterrollenstereotype attestierte das Verfassungsgericht dem Beschwerdeführer, dass schon „seine berufliche Tätigkeit als Krankenschwester“ dafür spreche, dass ihm „das Gefühl, ein Mann zu sein“, gänzlich fehle und „sein soziales Verhalten dem einer Frau angepaßt“ sei. (A.a.O., S. 299.)

<sup>434</sup> BVerfGE (1979), S. 303.

<sup>435</sup> Pfäfflin / Junge (1990), S. 334.

<sup>436</sup> Will (1992), S. 120. Bundesgesetzblatt, Jahrgang 1980, Teil I, Nr. 56, S. 1654-1658.

Im Gesetz werden im Rahmen der sogenannten ‚kleinen Lösung‘ die Voraussetzungen geregelt, unter denen Transsexuelle ihre Vornamen in eindeutige Vornamen des anderen Geschlechts ändern lassen können. Bedingungen sind: 1. der Zwang, entsprechend der transsexuellen Prägung zu leben, besteht seit mindestens drei Jahren und wird sich aller Wahrscheinlichkeit nach nicht mehr ändern; 2. der Antragsteller ist deutscher Staatsbürger oder staaten- oder heimatloser Ausländer oder Asylberechtigter oder ausländischer Flüchtling mit Aufenthalt oder Wohnsitz in Deutschland.<sup>437</sup> Nach persönlicher Anhörung des Transsexuellen bestellt das zuständige Gericht zwei unabhängig voneinander tätige Gutachter. Bei positiver Begutachtung und nach Stellungnahme eines von der jeweiligen Landesregierung bestimmten Vertreters des öffentlichen Interesses wird beim Standesamt der neue Namenseintrag vorgenommen. Die Bestimmung, dass die Vornamensänderung unwirksam wird, wenn nach Rechtskraft dieser Entscheidung ein Kind des Antragstellers geboren wird oder dieser eine Ehe schließt, ist nicht dem Wohl des Transsexuellen, sondern dem ‚öffentlichen Interesse‘ am Schutz der Rechtsinstitute Ehe und Familie geschuldet. Dass bereits verheiratete Transsexuelle von der ‚kleinen Lösung‘ Gebrauch machen können,<sup>438</sup> entspricht sowohl diesem öffentlichen wie dem individuellen Interesse. Mit der ‚kleinen Lösung‘ wird der Alltag Transsexueller erheblich erleichtert, da in den meisten Ausweispapieren nun Foto und Vorname dem neuen Geschlecht entsprechen – nur im EU-Pass ist auch die Geschlechtszugehörigkeit eingetragen. Die ‚kleine Lösung‘ ist insbesondere für die Transsexuellen eine Option, die die Voraussetzungen für die ‚große Lösung‘ nicht erfüllen wollen oder können.

Die so genannte ‚große Lösung‘ bestimmt die Bedingungen eines Personenstandswechsels. Zusätzlich zu den Bedingungen der kleinen Lösung muss die den Antrag stellende Person nicht verheiratet und dauernd fortpflanzungsunfähig sein und sich „einem ihre äußeren Geschlechtsmerkmale verändernden operativen Eingriff unterzogen“ haben, „durch den eine deutliche Annäherung an das Erscheinungsbild des anderen Geschlechts erreicht worden ist“.<sup>439</sup> Das gerichtliche Verfahren verläuft entsprechend dem der ‚kleinen Lösung‘. Die ‚große Lösung‘ gewährt „ab Rechtskraft der gerichtlichen Entscheidung über die Personenstandsänderung die volle Rechtsstellung im neuen Geschlecht (...), bei Eheschließung, Rente, Berufstätigkeit usw. (§ 10 Abs. 1 TSG)“.<sup>440</sup>

Das Mindestalter von 25 Jahren sowohl für die Vornamens- als auch für die Personenstandsänderung wurde durch Urteile des Bundesverfassungsgerichts aufgehoben. Auf Grund einer Klage eines operierten 21-jährigen Transsexuellen wurde mit Urteil vom 16.03.1982 die

---

<sup>437</sup> D.h., dass Ausländer das deutsche Transsexuellengesetz nicht in Anspruch nehmen können. (Eicher 1992, S. 169.)

<sup>438</sup> Augstein (1992), S. 103.

<sup>439</sup> § 8, Abs. 1 TSG. Die vorgeschriebenen operativen Eingriffe implizieren weder eine phalloplastische Operation bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen noch die Anlage einer Neovagina bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen, wohl aber eine Brustverkleinerung und die Entfernung der inneren Geschlechtsorgane bzw. die Entfernung von Penis und Hoden. Von verschiedener Seite wurde aus ordnungspolitischen Gründen bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen eine Scheidenverschlussoperation gefordert, z.B. von Sieß. (Sieß (1996), S. 146f.) Dass eine bestehende Ehe geschieden werden muss, bezeichnet Eicher als unzumutbare Härte. (Eicher 1992, S. 167.)

<sup>440</sup> Augstein (1992), S. 105.

Altersgrenze für die ‚große Lösung‘ für verfassungswidrig erklärt: Da „der Gesetzgeber (...) die geschlechtskorrigierende Operation vor Erreichung einer bestimmten Altersgrenze nicht verbietet und den Transsexuellen letztendlich selbst darüber befinden läßt, ob und wann er den therapeutisch gebotenen Eingriff vornehmen lassen will“, bleibe ihm „im Rahmen des Art. 3 Abs. 1 GG kein Gestaltungsraum, der es zuließ, die Personenstandsänderung eines Transsexuellen von der Erreichung einer starren Altersgrenze auch dann abhängig zu machen, wenn er die übrigen Voraussetzungen für die ‚große Lösung‘ erfüllte“.<sup>441</sup> Erst am 26.01.1993 erging das entsprechende Urteil des Bundesverfassungsgerichts für die Vornamensänderung, ebenfalls mit Bezug auf Art. 3 Abs. 1 GG. In ihrer Urteilsbegründung betonten die Richter, dass der Sinn der ‚kleinen Lösung‘, die Erprobung des Rollenwechsels schon vor einer geschlechtsanpassenden Operation zu erleichtern, dafür spreche, diese Möglichkeit auch jüngeren Transsexuellen zu eröffnen.<sup>442</sup>

Der von Gegnern des Gesetzes „beschworene mögliche Mißbrauch“ des Gesetzes ist „nicht eingetreten“; „die Zahl der Antragstellungen ist (...) sehr viel kleiner geblieben als erwartet“.<sup>443</sup> Nach einer vorliegenden Analyse wurden in den ersten zehn Jahren nach Verabschiedung des TSG nur 1422 Entscheidungen getroffen, davon 683 nach § 1 TSG (‚kleine Lösung‘), 733 nach § 8 TSG (‚große Lösung‘). Sechs Anträge wurden abgelehnt. Diejenigen, die die Vornamensänderung als Erprobungsphase nutzten, ließen durchschnittlich zwei Jahre zwischen Vornamens- und Personenstandsänderung vergehen. Die Zahl derer, die dauerhaft bei der ‚kleinen Lösung‘ bleiben, wird auf 20% bis 30% geschätzt. Nach der Zahl der Entscheidungen ergibt sich eine Zehnjahresprävalenz von 2,4 bis 2,1 pro 100.000 volljährige Einwohner.<sup>444</sup>

Während sich in Deutschland um die Jahrtausendwende eine Initiative für eine Reform des Transsexuellengesetzes bzw. für dessen Ersatz durch ein Transgendergesetz stark gemacht hat,<sup>445</sup> war in anderen EU-Ländern die Rechtslage Transsexueller noch weitaus prekärer.

---

<sup>441</sup> BVerfGE (1982), S. 134f.

<sup>442</sup> BVerfGE (1993), S. 101. Der Gesetzentwurf des Transsexuellengesetzes sah ursprünglich eine Altersgrenze von 18 Jahren für die ‚kleine Lösung‘ und von 25 Jahren für die ‚große Lösung‘ vor. (a.a.O., S. 89) Auf Betreiben der CDU/CSU-Opposition wurde eine einheitliche Altersgrenze von 25 Jahren festgesetzt. (a.a.O., S. 90) Nach der Aufhebung der Altersgrenze für die ‚große Lösung‘ werde, so das Gericht, „die Intension des Gesetzentwurfs – mit der kleinen Lösung die Notwendigkeit oder zumindest die Eilbedürftigkeit von Operationen zu relativieren – ins Gegenteil verkehrt. (a.a.O., S. 91) Osburg / Weitze konnten feststellen, „daß das Gebot der Altersgrenze von 25 Jahren in etlichen Fällen nicht beachtet wurde“, also auch Transsexuellen unter 25 Jahren eine Vornamensänderung bewilligt worden ist. (Osburg / Weitze (1993), S. 105.)

<sup>443</sup> Pfäfflin (1987), S. 151.

<sup>444</sup> Osburg / Weitze (1993), S. 94.

<sup>445</sup> Medizinische und juristische Experten sowie Betroffene halten das TSG für verbesserungsbedürftig. (z. B.: Eicher (1992), S. 170; Augstein (1996), S. 79f.) Nach Meinung der Betroffenen seien „Dinge in Kauf genommen [worden], die letztendlich gegen das Grundgesetz und die Menschenwürde verstoßen (Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit, körperliche Unversehrtheit, Verbot der Diskriminierung aufgrund des Geschlechts, und Schutz der Familie beispielsweise).“ (Projektgruppe Gesetz und Geschlecht: Pressemitteilung zur Gründung der PGG, in: <http://transmann.virtualave.net/transinfo/pgg-presse-gruend.htm>, S. 1) Am 31.10.2000 wurde von der ‚Projektgruppe Gesetz und Geschlecht‘ der Entwurf eines „Gesetz(es) über die Wahl oder Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit (Transgendergesetz TrGG)“ vorgelegt. (Projektgruppe Gesetz und Geschlecht: Entwurf des Gesetzes über die Wahl oder Ände-



Frankreich und Großbritannien seien als Länder genannt, in denen eine Personenstandsänderung für Transsexuelle noch nicht möglich ist.<sup>446</sup> Der französische Kassationshof wiederholte im Mai 1990 sein ‚Nein‘ bezüglich vier beantragter Personenstandsänderungen: „Auch wenn Transsexualität medizinisch anerkannt ist, kann sie nicht zu einem wahren Geschlechtswechsel führen; der Transsexuelle mag gewisse Merkmale seines Ausgangsgeschlechts verloren haben, hat damit aber nicht die des Gegengeschlechts erworben.“<sup>447</sup> Höchste Richter als Verfechter der Nichtverfügbarkeit des Personenstandes als eines unumstößlichen Grundsatzes der staatlichen Ordnung. Höchste Richter, die Gerichte nicht dem Diktat medizinischer Gutachten unterworfen sehen wollten.<sup>448</sup> Dass ein Jahr vor diesem Urteil des Kassationshofs der bereits erwähnte Bericht des Staatsrats zwar die Schaffung eines Transsexuellengesetzes abgelehnt hat, aber die Möglichkeit einer Personenstandsänderung durch Richterrecht „durchaus eröffnet sehen will“ und die Situation der Rechtsprechung trotz einer gewissen Zurückhaltung einiger Obergerichte als positiv bewertet hat, zeigt, dass in Frankreich der „Schwarze Peter“ zwischen Gesetzgeber und Gerichten hin und her geschoben worden ist. Quasi als ‚kleine Lösung‘ erkannte der Kassationshof 1990 in einem Fall Transsexualität als wichtigen Grund für eine Vornamensänderung an.<sup>449</sup> In Großbritannien war dagegen eine Namensänderung „schon immer leicht zu bewerkstelligen“, eine nachträgliche Änderung der Geburtsurkunde ist aber nach wie vor unmöglich, „denn das seit 1837 bestehende Registriersystem dient allein der Auskunft über historische Fakten“.<sup>450</sup> Die 1969 auf dem ersten Gender Identity-Kongress in London von Juristenseite ausgedrückte Hoffnung, dass „the judges would exercise common sense and say ‚no‘, there must clearly be a recorded change“, erfüllte sich nicht.<sup>451</sup>

Zwei englische Klagen vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte in Straßburg blieben erfolglos. Der Gerichtshof verneinte 1986 (Fall Rees) und 1990 (Fall Cossey), dass das englische Recht gegen Artikel 8 (Achtung des Privatlebens) und Artikel 12 (Recht auf Eheschließung) der Europäischen Menschenrechtskonvention verstößt. Er gestand den einzelnen Staaten einen weiten Ermessensspielraum für nationale Regelungen zu; die Bewahrung der unterschiedlichen gewählten juristischen Lösungen bleibe noch abzuwarten. Doch als „Wink mit dem Zaunpfahl an die Adresse der diesmal noch obsiegenden Regierung“ wies der Gerichtshof in seinem Urteil darauf hin, dass „gerade im Hinblick auf wissenschaftliche

---

rung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit (Transgendergesetz TrGG), in: <http://transmann.virtualave.net/transinfo/trggmkomm.html>, S. 1) Diese Projektgruppe setzt sich primär aus Vertretern und Vertreterinnen politischer und/oder Selbsthilfegruppen der Betroffenen zusammen. Juristische und medizinische Fachleute waren als Berater tätig, u. a. die Rechtsanwältin Maria S. Augstein und der Psychiater und Psychotherapeut Friedemann Pfäfflin. Der Entwurf sieht u. a. Erleichterungen bei Vornamensänderung und beim Ehe- und Lebenspartnerschaftsrecht vor.

<sup>446</sup> Will wies 1992 darauf hin, nach Osburg / Weitze hat sich daran auch 1996 noch nichts geändert. (Weitze / Osburg (1996), S. 411.)

<sup>447</sup> Will (1992), S. 132f.

<sup>448</sup> Laut Will ist das Verhältnis von Juristen zur Medizin nirgendwo so distanziert wie in Frankreich. (Will (1992), S. 133.)

<sup>449</sup> Will (1992), S. 136 138.

<sup>450</sup> Will (1992), S. 139.

<sup>451</sup> Green, D. (1971), S. 151.

und gesellschaftliche Fortschritte die Notwendigkeit angemessener Steuerung durch den Gesetzgeber im Auge zu behalten“ sei. Erst die Klage einer Französin, die bereits seit fast 20 Jahren geschlechtsanpassend operiert war, hatte Erfolg: am 25. März 1992 stellte der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte eine Verletzung des Artikels 8 der Konvention durch Frankreich fest und verurteilte den Staat zur Zahlung von Schmerzensgeld und zur Übernahme der Verfahrenskosten.<sup>452</sup> Der Gerichtshof machte Frankreich klar, dass die Rechtslage für Transsexuelle zu ändern sei, ohne genau vorzuschreiben wie. Eine nicht rückwirkende Anmerkung auf der Geburtsurkunde wird für die wahrscheinlichste Lösung gehalten.<sup>453</sup> Da der Gerichtshof in seinem Urteil nicht auf veränderte soziale oder wissenschaftliche Bedingungen abgestellt habe, sondern auf die Unterschiedlichkeit der Geburtsregister in Großbritannien und Frankreich – das britische Register gebe im Gegensatz zum französischen nicht die aktuelle Identität wieder –, habe das Urteil keine Auswirkungen auf die Rechtslage Transsexueller in Großbritannien.<sup>454</sup>

Die Anerkennung von Transsexualität als Krankheit beförderte schließlich zumindest in einigen Ländern die Kostenübernahme für geschlechtsumwandelnde Maßnahmen durch das Sozialversicherungssystem. Da in den USA und in einigen Provinzen Kanadas die Kosten für eine Geschlechtsumwandlung nicht von der Krankenversicherung übernommen wurden (Stand 1995),<sup>455</sup> bekam dort das Kriterium ‚Arbeitsfähigkeit‘ für den Erfolg von Geschlechtsumwandlungen einen ganz konkreten Sinn: „Since the financial responsibility for this rehabilitation in the United States is on the shoulders of the patients themselves, we can synopsise rehabilitation to one concept - getting a job for the patient.“<sup>456</sup> Plädoyers für eine staatliche Kostenübernahme bei Geschlechtsumwandlungen argumentierten mit deren Erfolg. Da katamnestiche Untersuchungen nahelegen würden, „that the procedure, for purposes of Medicaid funding, is neither ‚unnecessary‘ nor ‚experimental‘“, sei „the categorical exclusion of SRS from Medicaid coverage (...) therefore unappropriate“.<sup>457</sup> Außerdem könnten Transsexuelle, die sich eine Geschlechtsumwandlung finanziell nicht leisten können, so verzweifelt werden, dass sie sich selbst kastrieren.<sup>458</sup> Dagegen werden in Europa zumindest in den Ländern, die Gender-Identity-Kliniken betreiben, die Kosten für eine Geschlechtsumwandlung von der Krankenversicherung übernommen.<sup>459</sup>

In Deutschland hat „die Rechtsprechung der Sozialgerichte (...) eindeutig die Linie, daß

---

<sup>452</sup> Will (1992), S. 141, 144.

<sup>453</sup> Millns (1992), S. 564. Die Alternative wäre eine Änderung des Originaleintrags des Geschlechts auf der Geburtsurkunde. (ebd.).

<sup>454</sup> Millns (1992), S. 562, 564.

<sup>455</sup> Petersen / Dickey (1995), S. 145f.

<sup>456</sup> Laub (1974), S. 209.

<sup>457</sup> Gordon (1991). Umgekehrt nutzten in den USA Gesundheitsversicherungen die kritische katamnestiche Studie von Meyer / Reter (1979) dazu, eine Kostenübernahme bei Geschlechtsumwandlungen abzulehnen. (Bockting / Coleman (1992), S. 132f.)

<sup>458</sup> Krieger [u. a.] (1982).

<sup>459</sup> Petersen / Dickey (1995), S. 145. So übernehmen z. B. in den Niederlanden Krankenkassen und private Versicherungen die Behandlungskosten ganz. (Gooren / van der Reijt [u.a.] (1994), S.164.)

Transsexualität rechtlich als Krankheit zu betrachten ist und geschlechtsumwandelnde Operationen eine medizinisch notwendige Heilbehandlung der ‚Krankheit‘ Transsexualität darstellen<sup>460</sup>. Das führten Kritiker auf wenig gründliche Erfolgskatamnesen zurück, die es bewirkt hätten, „daß wir heute auf dem besten Weg sind, daß auf dem Wege von Gerichtsentscheidungen Krankenkassen zur Übernahme aller Umwandlungskosten gezwungen werden.“<sup>461</sup> Mit Urteil vom 6.08.1987 hat dies das Bundessozialgericht höchstrichterlich bestätigt: „Daß diese Behandlung medizinisch umstritten ist, (...) schließt sie nicht als Leistung aus. Ist, wie hier, der Nachweis der Zweckmäßigkeit einer ärztlichen Behandlung im Einzelfall erbracht, dann ist diese Leistung selbst dann zu erbringen, wenn ihre Zweckmäßigkeit nicht allgemein anerkannt ist.“<sup>462</sup>

Am Ziel: Auf der Basis unterstellter biologischer oder biopsychologischer Theorien wurde die Krankheit Transsexualität als eindeutige unwillentliche dauerhafte und nicht therapierbare Geschlechtsidentitätsstörung konstruiert und ein operatives Management von Wünschen nach Geschlechtsumwandlung etabliert, wurden pragmatische Kriterien für die Auswahl geeigneter Kandidaten für eine Operation aufgestellt, wurde der Erfolg dieser Eingriffe dokumentiert, wurde die Krankheit offiziell u. a. von der Weltgesundheitsorganisation anerkannt, wurden auf der Grundlage der medizinischen Konstruktion Bedingungen eines juristischen Geschlechtswechsels definiert. Treibende Kräfte dieser ‚Gender-Identity-Bewegung‘ waren nicht nur Empathie für das Leiden Transsexueller an ihrem Körpergeschlecht, sondern auch medizinische Interessen der Forschung und der Praxis: der Erforschung der Determinanten von Geschlecht und Sexualität, der Erforschung der Entwicklung der Geschlechtsidentität und von Intersexualität sowie der Weiterentwicklung der plastisch-chirurgischen Praxis und der Endokrinologie. Diskurs und Praxis der Transsexualität leisteten darüber hinaus ihren Beitrag zur Festigung der Ordnung der Zweigeschlechtlichkeit und des Glaubenssatzes, dass sich niemand sein Geschlecht frei wählt.

---

<sup>460</sup> Augstein (1992), S. 106.

<sup>461</sup> Langer (1985), S. 82. Langer bezieht sich auf die Katamnesen aus den Kliniken in Hamburg (Spengler (1980)) und Kiel (Kröhn [u. a.] (1981)).

<sup>462</sup> BSGE (1988), S. 85.