

Die operative Stimmerhöhung bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus

1. Einleitung

Transsexualität bedeutet das Vorliegen eines Widerspruchs zwischen ausgeprägtem somatischen Geschlecht und empfundener Geschlechtsidentität, wobei sich der Betroffene bei geno- und phenotypisch eindeutiger Geschlechtsdetermination psychisch dem jeweils anderen Geschlecht zugehörig fühlt. Nach EICHER [32] stellt Transsexualität eine komplexe und dauerhafte Transposition der Geschlechtsidentität dar, deren Ursache noch weitestgehend ungeklärt ist.

Obwohl schon in verschiedenen Epochen und Kulturen über Transsexualität und Geschlechterwechsel berichtet wurde, befasst sich die Wissenschaft erst seit ungefähr 40 Jahren intensiver mit dieser Problematik. In den letzten zwei Jahrzehnten ist dieses Thema u. a. durch das Inkrafttreten des Transsexuellengesetzes (1981) sowie durch Berichterstattungen in den Medien transparenter geworden. Dadurch beschäftigt man sich seit der jüngeren Vergangenheit intensiver mit der Problematik der Transsexuellen, versucht, sie besser zu verstehen und medizinisch einzuordnen. Weitverbreitetes Unverständnis sowie kontroverse Reaktionen der Umwelt sollten dadurch abgebaut werden.

Der Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören, ist bei beiden Geschlechtern zu beobachten. Demzufolge gibt es sowohl Mann-zu-Frau-, als auch Frau-zu-Mann-Transsexualität. Nach SPEHR [124] ist dieses Phänomen in allen Schichten der Bevölkerung vorhanden. Unter den Betroffenen findet man Theologen, Handwerker, Ärzte, Manager oder Arbeiter. In den letzten Jahren wurde eine enorme Zunahme der Patienten festgestellt, die eine Geschlechtsangleichung wünschten. Der Literatur nach ist dies u.a. auf Fortschritte in der Medizin sowie auf vermehrte Publikationen zu diesem Thema zurückzuführen.

Laut EICHER [32] wird die Zahl der Transsexuellen in Deutschland auf ca. 6000 geschätzt, wobei angenommen wird, dass die Dunkelziffer weitaus höher liegt. Interessant ist hierbei das zahlenmäßige Verhältnis der Mann-zu-Frau-Transsexuellen gegenüber den Frau-zu-Mann-Transsexuellen. Darüber gibt es unterschiedliche Meinungen. Im Jahr 1993 stellten OSBURG und WEITZE [103] in einer Untersuchung für das ehemalige Gebiet der Bundesrepublik ein Verhältnis von 2,3 : 1 zugunsten der Mann-zu-Frau-Transsexuellen fest. EICHER

[32] hingegen ist zu der Erkenntnis gekommen, dass zwischen männlicher und weiblicher Transsexualität ein ausgeglichenes Verhältnis besteht.

Inzwischen haben sich der kulturelle und soziale Status der Transsexuellen sowie ihre rechtliche Situation erheblich verändert. Neben Organisationen, Selbsthilfegruppen und Vereinigungen zur Lebensberatung dieser Personengruppen treffen sich Transsexuelle regelmäßig auf Tagungen und in Verbänden. Insgesamt erhalten die Betroffenen in der Gesellschaft zunehmend mehr Akzeptanz.

Durch die medizinische Behandlung (hormonell und operativ) und die Schaffung rechtlicher Bestimmungen (Vornamen- und Personenstandsänderung) werden den Transsexuellen Möglichkeiten geboten, den Wunsch nach ihrer neuen Geschlechtsidentität zu verwirklichen.

In der sexualwissenschaftlichen Literatur wird Transsexualismus als Krankheit anerkannt. BOSINSKI [18] zufolge handelt es sich um eine krankhafte Abweichung der Geschlechtsidentität vom biologischen Zuweisungsgeschlecht, die behandelt werden muss.

In ähnlicher Weise beschreibt SPEHR [124], dass Transsexualismus eine mit dauerhaften Konflikten verbundene und schließlich nicht mehr tragbare Belastung darstellt, die Transsexuelle zu einem Gegenstand der Medizin mit dringender Behandlungsbedürftigkeit werden lässt.

Zunächst haben sich – in Deutschland seit den 30er Jahren – Urologen bzw. Gynäkologen bemüht, für die chirurgische Umwandlung der primären Geschlechtsorgane weitgehend standardisierte Verfahren zu entwickeln, und das auch mit zufriedenstellendem Ergebnis.

Trotzdem fällt es vielen Betroffenen schwer, sich nach vollzogener Geschlechtsumwandlung wieder in das öffentliche Leben zu integrieren. Für Mann-zu-Frau-Transsexuelle stellt besonders das sekundäre Geschlechtsmerkmal „Stimme“ im Verlauf des Geschlechtsangleichungsprozesses ein großes Problem dar. Viele Mann-zu-Frau-Transsexuelle, die nach der Geschlechtsangleichung äußerlich und rechtlich als Frau leben, werden durch ihre Stimme häufig als männlich identifiziert. Die Betroffenen stoßen auf große Widerstände in unserer Gesellschaft, was starke soziale und psychische Probleme zur Folge haben kann. In Anbetracht einer bleibenden männlichen Stimmlage bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen nach der operativen Geschlechtsangleichung wächst die Notwendigkeit, effektive Therapiemethoden zur Stimmerhöhung zu entwickeln und einzusetzen.

Da im Unterschied zu Frau-zu-Mann-Transsexuellen Hormonbehandlungen keinen wesentlichen bzw. dauerhaften Einfluss auf die Stimmhöhe haben und auch eine alleinige logopädische Therapie keinen befriedigenden Erfolg zeigt, muss die Phonochirurgie mit in das therapeutische Konzept bei der Umwandlung der sekundären Geschlechtsmerkmale einbezogen werden. In der vorliegenden Arbeit wird die Wertigkeit der von uns in der HNO-Klinik der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg entwickelte Cricothyroidopexie über Miniplatten nach dem Prinzip von ISSHIKI [65] als Operationstechnik zur Stimmerhöhung untersucht. Sie soll eine dauerhafte Haltbarkeit der erzielten Stimmhöhe sichern.

1.1 Allgemeine Grundlagen

1.1.1 Definition der Transsexualität

Nach genauerer Durchsicht der sexualwissenschaftlichen Literatur zeigt sich, dass verschiedene Autoren für das Phänomen „Transsexualismus“ ähnliche Definitionen entwickelt haben. EICHER [32] und BÖHME [15] ordnen den Transsexualismus der psychischen Intersexualität zu. Intersexualität bedeutet in diesem Zusammenhang eine fehlerhafte Geschlechtsentwicklung, die sowohl morphologische als auch psychische Ursachen haben kann. Zur morphologischen Intersexualität gehören Störungen der Sexualdifferenzierung, die chromosomal oder gonadal bedingt sind. Zur psychischen Intersexualität werden Homosexualität, Transvestitismus und Transsexualismus gezählt. Dabei sind Transsexuelle Menschen, die sich im falschen Körper wähnen. Das heißt, ihr Erscheinungsbild ist männlich, aber sie empfinden sich als Frau, oder umgekehrt.

Unter Geschlechtsidentität versteht man das feste Bewusstsein der Zugehörigkeit eines Menschen entweder zum männlichen oder zum weiblichen Geschlecht. Die Geschlechtsidentität wird nicht allein durch körperliche Merkmale bestimmt, sondern auch durch psychosoziale Einflüsse in der frühen Kindheit. Allgemein sollte die Entwicklung der Geschlechtsidentität bis zum 3. Lebensjahr abgeschlossen sein. Die postnatale Differenzierung der Geschlechtsidentität erfolgt entsprechend MONET [94] nach 2 Prinzipien: 1. Identifikation mit Personen desselben Geschlechts, 2. Komplementierung mit Personen des anderen Geschlechts. Jeder Mensch trägt beide Schemata in sich. In speziellen Fällen kann das Gleichgewicht zwischen den beiden Schemata instabil werden.

Bei Transsexualität ist die Geschlechtsidentität dauerhaft und total transponiert, da die Patienten konträr zu ihren körperlichen Geschlechtsmerkmalen leben und empfinden. Nicht nur beim Transsexualismus liegt eine Störung der Geschlechtsidentität vor. Beim Transvestitismus wird jedoch von einer totalen episodischen, und bei der Homosexualität von einer partiellen und episodischen Transposition der Geschlechtsidentität ausgegangen. Die Abgrenzung des Transsexualismus zu anderen Geschlechtsidentitätsstörungen erweist sich als sehr schwierig [93].

Da die Aussagen bezüglich des Transsexualismus kaum voneinander differieren, seien hier nur einige Autoren wie EICHER [32], CLEMENT [23], BÖHME [15] und PFÄFFLIN [108] erwähnt, die auch im weiteren Verlauf der Arbeit von Bedeutung sind.

Transsexuelle entsprechen chromosomal, anatomisch und hormonell ihren phänotypischen Geschlechtsmerkmalen. In ihrer Geschlechtsidentität empfinden sie sich aber eindeutig dem anderen Geschlecht als zugehörig, und sie haben deshalb den dringenden Wunsch, ihrem psychologischen Geschlecht durch hormonelle und operative Behandlung angepasst zu werden. Transsexuelle Patienten streben demnach mit allen Mitteln eine Geschlechtsangleichung und eine Korrektur ihres Personenstandes an. Die Gesamtpersönlichkeit der/des Transsexuellen sehnt sich nach einer Existenz, die nicht mit ihren anatomischen und physiologischen Gegebenheiten übereinstimmt. Die Betroffenen fühlen sich im falschen Körper. „Das ICH ist durch das SOSEIN seines Körpers behindert“, so EICHER [32].

In ähnlicher Weise beschreibt CLEMENT [23] die Situation der Transsexuellen. Diese Patientengruppe lebt „... in dem Bewusstsein, dem anderen Geschlecht anzugehören“. Die Diskrepanz zwischen dem körperlichen Geschlecht und der subjektiven Geschlechtszugehörigkeit führt zu einem großen Leidensdruck. Das körperliche Geschlecht wird zwar realistisch wahrgenommen, aber subjektiv als falsch empfunden. Die Transsexuellen versuchen ihre äußere Erscheinung durch gegengeschlechtliches Verhalten und durch hormonelle und chirurgische Behandlung ihrem Empfinden anzugleichen.

Für BÖHME [15] bedeutet das Phänomen „Transsexualität“ die Entwicklung einer Geschlechtsidentität, die im Widerspruch zum somatischen Geschlecht steht. So sind Transsexuelle eindeutig dem weiblichen oder männlichen Geschlecht zuzuordnen, obwohl sie sich psychisch dem anderen Geschlecht als zugehörig fühlen.

PFÄFFLIN [108] versteht unter den Begriffen „Transsexualismus“ bzw. „Transsexualität“ ein Phänomen „... bei dem es um die Überschreitung der Geschlechtergrenzen geht. Es gibt Männer, die von sich sagen, sie erlebten sich als Frauen, und umgekehrt gibt es Frauen, die von sich sagen, sie erlebten sich als Männer.“

1.1.2 Geschichtliche Aspekte

Erste Hinweise auf transsexuelle Menschen sind in der griechischen Geschichte seit HERODOT [55], dem ersten griechischen Historiker (geb. 94 v.Chr.) zu finden. Auch in der römischen Mythologie beschreibt der römische Dichter OVID [105] (geb.43 v.Chr.) Geschlechtsverwandlungen. Das Phänomen, dass Männer lebenslang in der Rolle einer Frau leben, ist außerdem von den Indianern bekannt. Beschreibungen aus dem 19. Jahrhundert zufolge gab es unter den nordamerikanischen Indianerstämmen die sogenannten „Mannweiber“: „Dieser Mensch gehörte zu denen, die sich ganz so betragen wie Weiber und von den Indianern auch Weiber genannt werden.“ [129].

Parallel zu den Erkenntnissen der heutigen Zeit wurde das Phänomen „Transsexualität“ von frühester Kindheit an beobachtet und konnte durch Erziehungsmaßnahmen nicht verändert werden. Die Menschen wurden als „Gott gegeben“ hingenommen und trotzdem kulturell und auch sozial integriert [32]. Aus diesen Beschreibungen und Beobachtungen wird deutlich, dass der Transsexualismus zu allen Zeiten der Menschheit und in den unterschiedlichsten Kulturkreisen existierte. Dieses Phänomen ist demzufolge keineswegs als eine Modeerscheinung der heutigen Gesellschaft anzusehen.

1.1.2.1 Begriffsentwicklung

In der Literatur erfolgte die Begriffsbildung des Transsexualismus während der letzten 100 Jahre und ist als Folge einer längeren Entwicklung zu verstehen.

Erste Hinweise auf Transsexualismus in der Medizin stammen von dem französischen Arzt ESQUIROL [35] 1838, der Verhaltensweisen von Patienten beschrieb, die diesem Phänomen zugeordnet werden können. Den Begriff des Transsexualismus gab es allerdings zu dieser Zeit noch nicht. Mit der sich entwickelnden Sexualwissenschaft in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts

wurde auch dem Phänomen „Transsexualismus“ größere Aufmerksamkeit entgegengebracht.

Bereits 1877 beschrieb KRAFFT-EBING [77] Krankheitsfälle mit konträrem Sexualempfinden. Er unterschied Fälle, in welchen die konträre Sexualempfindung nur als temporäre Anomalie vorlag, von Fällen, in denen dieses Phänomen eine angeborene Erscheinung war. Hier kam es erstmals zur Unterscheidung einer dauerhaften Transposition der Geschlechtsidentität (Transsexualität) von einer partiellen Transposition der Geschlechtsidentität (Transvestitismus). Allerdings schreibt dieser Autor dem Sexualforscher Westphal das Verdienst zu, diese Erscheinung 1870 definiert zu haben.

1910 prägte der Sexualforscher HIRSCHFELD [60] den Ausdruck „Transvestitismus“. Wie auch andere Autoren unterschied er noch nicht zwischen Transvestiten, Transsexuellen und effeminierten Homosexuellen. Effemination bedeutet in diesem Zusammenhang eine Verweiblichung, das heißt das Auftreten weiblicher körperlicher und psychischer Geschlechtsmerkmale bei Männern. Weiterhin widmete sich Hirschfeld 1910 in seiner Arbeit einem der wohl berühmtesten Transvestiten aller Zeiten, dem Chevalier D'Eon. Der Franzose verbrachte von 83 Lebensjahren 49 Jahre als Mann und 34 Jahre als Frau. HIRSCHFELD [62] sprach als Erster vom „seelischen Transsexualismus“. In einer frühen Publikation des Sexualforschers, „Die intersexuelle Konstitution“ von 1923, dürfte der Terminus „Transsexualismus“ zum ersten Mal erschienen sein. Zu diesem Zeitpunkt nahm die medizinische Fachwelt generell noch keine Kenntnis von diesem Begriff.

In den meisten Publikationen wird die Bezeichnung „Transsexualismus“ dem Amerikaner CAULDWELL [20] zugeschrieben, der den Aufsatz mit dem Titel „Psychopathia transsexualis“ verfasste. BENJAMIN (1953) [6], PAULY (1965) [107], WALDINGER (1967) [132] sowie GREEN und MONEY (1969) [46] bewirkten mit ihren Arbeiten, dass sich der Begriff „Transsexualismus“ zur Beschreibung eines bestimmten, vom Transvestitismus abzugrenzenden Phänomens in der Fachliteratur durchsetzte. Besondere Bedeutung bei der Begriffsbestimmung des Transsexualismus hatte vor allem der Sexualforscher BENJAMIN (1953) [6]. Für ihn waren Transsexuelle Patienten, die sich einer geschlechtskorrigierenden Operation unterziehen wollten. Mit seiner Monographie „The Transsexual Phenomenon“ (1966) machte BENJAMIN [9] als Erster in der Literatur sowie auch in der Öffentlichkeit auf dieses Krankheitsbild aufmerksam.

Er unterschied klar den Transsexualismus vom Transvestitismus. „Man kann Transsexualismus als den höchsten Grad des Transvestitismus auffassen. in dem Wunsch nach einer geschlechtsangleichenden Operation liegt die Hauptdifferenzialdiagnose, die den Transsexuellen vom Transvestiten trennt“. Benjamin [8, S.81] zitiert nach DESIRAT [29] .

1.1.3 Ätiologie der Transsexualität

Einen bisher noch ungeklärten Sachverhalt stellt die Ätiologie der Transsexualität dar. Die Ursachen und Verlaufsbedingungen sind Gegenstand verschiedener theoretischer Ansätze. Im folgenden werden einige Faktoren genannt, die als Ursache für den Transsexualismus angenommen werden, wobei aus Platzgründen auf eine vollständige Ausführung der bisher vorliegenden Vermutungen verzichtet wurde.

Die Mehrheit der Autoren geht davon aus, dass den psychosozialen Faktoren ein hoher Stellenwert zukommt. Vertreter der biologischen Erklärungsmodelle dagegen sehen in genetischen oder endokrinologischen Einflussfaktoren wesentliche Ursachen für den Transsexualismus.

Trotz vieler schlüssiger psychologischer Abhandlungen und der Veröffentlichung psychiatrischer Fallbeispiele ist es noch nicht gelungen, die Psycho- und Sozialgenese transsexueller Entwicklungen auf einen Nenner zu bringen. Die Diskussionen darüber sind kontrovers. Es existieren verschiedene Hypothesen, von denen zur Zeit noch keine richtig überzeugend wirkt. Nach EICHER [32] stellt die transponierte Geschlechtsidentität den Kernpunkt der Transsexualität dar. Die Geschlechtsidentität, das dauerhafte subjektive Gefühl der Zugehörigkeit zum männlichen oder weiblichen Geschlecht, wird durch die Identifikation mit dem Elternteil unter dem prägenden Einfluss des Anderen mitbestimmt. GREEN und MONEY [45] vermuten bei Transsexuellen eine falsche Prägung in der frühesten Kindheit, die zu Abweichungen der Geschlechtskontrolle führen kann. Auffallend häufig sind bei vielen Transsexuellen anamnestisch zerbrochene oder unvollständige Familienstrukturen zu finden. EICHER [32] spricht in diesem Zusammenhang auch von asymmetrischen Familienstrukturen, die in einer Untersuchung in 53 % der Mann-zu-Frau-Transsexuellen gefunden wurden. Unter asymmetrischen Familienstrukturen versteht man in diesem Zusammenhang nicht nur die Trennung oder das Fehlen eines Elternteils, sondern auch eine äußerlich noch intakte, aber disharmonische Ehe.

Nach SIGUSCH [122] wurden transsexuelle Entwicklungen in den letzten Jahrzehnten unterschiedlichen Ursachen zugeordnet, z. B. zu Neurosen, Psychosen, Homosexualität oder Intersexualität. „Das zeigt dreierlei: die anhaltende Ratlosigkeit der Untersucher, die Abhängigkeit der Diagnose vom professionellen Blick des jeweiligen Experten und die Mannigfaltigkeit des sog. Transsexualismus“ [122, S. 871].

Allgemein anerkannt wird, dass es sich bei Transsexualität um eine Abweichung mit Krankheitswert bei gleichzeitigem Leidensdruck handelt [4].

Erste Hinweise auf eine organische Ursache zeigten Ergebnisse von SWAAB et al. [127]. Diese Forschergruppe fand 1987 einen größeren Nucleus suprachiasmaticus im Hypothalamus bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen als bei heterosexuellen Männern.

Neueste Forschungsergebnisse von KRUIJVER et al. [78] weisen auf signifikante Unterschiede des Somatostatin-Neurons im zentralen Anteil des „bed nucleus“ der Stria terminalis hin. Männer haben in der Regel die doppelte Anzahl von Somatostatin-Neuronen im Vergleich zu Frauen. Diese Forschungsgruppe hat herausgefunden, dass bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen die Anzahl dieser Neuronen im zentralen Anteil des „bed nucleus“ der Stria terminalis der Neuronenanzahl bei Frauen entspricht. Im Gegensatz dazu wurde bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen festgestellt, dass die Neuronenanzahl dem männlichen Level entspricht.

Aus den hier insgesamt aufgeführten Ursachen wird ersichtlich, dass eine große Vielfalt von Faktoren das Bild des Transsexualismus prägen und Gegenstand der weiteren Forschung bis zur vollständigen Ursachenaufklärung sind.

1.1.4 Symptome der Transsexualität

Transsexuelle Entwicklungen können sehr unterschiedlich verlaufen. Nach CLEMENT [23] gibt es sowohl Entwicklungen seit frühester Kindheit als auch spätere Verläufe, die sich erst im dritten oder vierten Lebensjahrzehnt zeigen. Die Mehrzahl der Transsexuellen versucht zunächst oft über Jahre ihre Empfindung zu unterdrücken und ein dem genetischen Geschlecht entsprechendes Leben zu führen. Der Zustand der Betroffenen erfährt aber auch durch das ernsthafte Mühen keine Änderung.

1.1.4.1 Kindheit

Übereinstimmend wird in der Literatur festgestellt, dass sich das paradoxe Zugehörigkeitsgefühl häufig bis in die früheste Kindheit zurück verfolgen lässt. Wie bereits erwähnt, ist die Geschlechtsidentität bis zum 3. Lebensjahr abgeschlossen. Daher lassen sich einige Symptome der Identifizierung mit dem Gegengeschlecht schon in den ersten Lebensjahren bemerken. Das Empfinden, dem anderen Geschlecht anzugehören, bleibt dauerhaft für das ganze Leben bestehen und wird nur selten durch eine Therapie umkehrbar. Von den Eltern wird oft ein stereotypes weibliches Spielverhalten der Kinder beobachtet, d. h. Knaben spielen gern mit Puppen, stricken oder drücken sich vor dem Fußballspielen.

1.1.4.2 Pubertät

Als besonders schwer erweist sich die Zeit der Pubertät, die mit vielen Krisen verbunden ist. Hier verschärft sich das Leiden, wenn sich das biologische Geschlecht in der äußeren Erscheinung durchsetzt. Der Gedanke verfestigt sich, im anderen Geschlecht leben zu wollen. Mit allen Mitteln versuchen die Betroffenen, die männlichen Körpermerkmale, insbesondere die primären Geschlechtsmerkmale, vor der Umwelt zu verbergen. So wird in der Literatur von Selbstverstümmelungs- und sogar Selbstkastrationsversuchen berichtet; pubertierende Knaben binden sich beispielsweise die Geschlechtsteile weg. Neben dem Streben nach vollständiger Imitation weiblicher Ausdrucks- und Lebensformen wird das sogenannte „Cross-Dressing“, das Anlegen weiblicher Kleidung als eine der wesentlichsten transsexuellen Verhaltensweisen in der Pubertät beobachtet [123].

Häufig kommt es zu Konflikten mit Eltern und Gleichaltrigen, die dieses geschlechtsuntypische Verhalten nicht akzeptieren. Die Ablehnung durch die Mitmenschen kann soweit führen, dass die jugendlichen Transsexuellen mit ihren Problemen ganz allein sind.

1.1.4.3 Erwachsenenalter

In dieser Zeit kommt es oft zur Kumulation der Probleme. SPEHR [124] schrieb dazu 1997, dass das äußere Erscheinungsbild, die soziale Rolle und die damit verbundene geschlechtsspezifische Erwartung für die Transsexuellen kaum noch zu ertragen sind.

Der weitere Lebensweg, speziell die Berufswahl und Ausbildung, ist in sofern problematisch, da die Mann-zu-Frau-Transsexuellen vorwiegend zu weiblichen Berufen tendieren. Die Realisierung stellt sie jedoch oftmals vor unüberwindbare Schwierigkeiten. Viele Betroffene ergreifen aus diesem Grund typisch männliche Berufe, wie auch später eine Studie darlegen wird.

Schwierigkeiten ergeben sich außerdem in der Partnerschaft. Für viele Betroffene ist es nicht leicht, einen Lebensgefährten zu finden. Beobachtungen zu Folge werden viele Ehen, die vor dem „Coming out“, dem sog. „Öffentlichmachen“ des transsexuellen Empfindens, geschlossen wurden, schnell wieder geschieden. Auslösende Momente für das „Coming out“ stellen Berichte aus der Medizin dar oder der Anschluss an Selbsthilfegruppen für Transsexuelle.

Früher oder später wird der Leidensdruck für die Betroffenen so groß, dass der Drang nach einer Geschlechtsangleichungsoperation übermächtig wird. Charakteristisch für die Transsexuellen ist, dass trotz aller Schwierigkeiten, z. B. aufwendige und schmerzhaft Operationen sowie Personenstandsänderungen, eine Geschlechtsangleichung mit allen Mitteln angestrebt wird. Transsexuelle Menschen fühlen sich in ihrer gesamten Kommunikationsfähigkeit durch das reale Körperbild deutlich beeinträchtigt. Der größte Wunsch besteht darin, in die Rolle des psychologisch empfundenen Geschlechts zu schlüpfen und mit der Umwelt kommunizieren zu können.

EICHER (1992) [32] stellte fest, dass viele Transsexuelle in einem hohen Maß depressiv und suizidgefährdet sind. Die Ursache dafür lässt sich sicherlich auf die innere Zerrissenheit in der Persönlichkeit zurückführen. Eine vollständige Harmonie zwischen dem Ich-Bewusstsein und der Körperlichkeit ist bei ihnen nicht zu erreichen, so dass sich viele Transsexuelle von der Umwelt isolieren.

1.1.5 Diagnose der Transsexualität

Die Diagnosesicherung ist kompliziert, da transsexuelle Entwicklungen sehr mannigfaltig und vielgestaltig sind. GOOREN [44] stellte dazu fest: „Man kann Transsexualität nicht wirklich diagnostizieren. Es gibt keine Laboruntersuchungen. Man kann dem Patienten nur glauben. Das ist eine schwierige Sache in der Medizin. ... Man muss einfach glauben, dass der Wunsch nach einer Geschlechtsumwandlung sehr groß ist. Und diese Glaubwürdigkeit ... muss sich mit der Zeit herausstellen. Deswegen müssen Transsexuelle (bereits vor ihrer

hormonellen und operativen Behandlung) die Rolle des anderen Geschlechts annehmen, in dieser Rolle leben und zeigen, dass sie das wollen und können.“. Ausgehend von diesem Zitat kann festgestellt werden, dass es von entscheidender Bedeutung ist, ob sich der transsexuelle Wunsch des Betroffenen als stabil herausstellt. Vor Beginn der körperlichen Angleichung an das andere Geschlecht muss sichergestellt sein, dass es sich wirklich um Transsexualität und nicht nur um vereinzelte transsexuelle Symptome bzw. andere Störungen der Geschlechtsidentität handelt. Eine sorgfältige und umfassende Abklärung der Diagnose Transsexualismus ist also vor jeder Therapie unerlässlich, weil die Behandlung mit tiefgreifenden, irreversiblen Veränderungen verbunden ist.

Die primäre Betreuung dieser Patienten erfolgt durch Psychologen bzw. Psychiater, die nach einem Betreuungszeitraum von ca. 1 – 2 Jahren zur endgültigen Diagnose Transsexualismus kommen können. SIGUSCH [122] schrieb dazu 1997, dass es entscheidend sei, die Diagnose Transsexualismus aus einer therapeutischen Beziehung heraus zu stellen. Auch hier wird deutlich, dass eine zuverlässige Beurteilung nur im Rahmen eines längerfristigen diagnostischen Prozesses möglich ist.

Zur sexualmedizinischen Untersuchung gehören neben einer biographischen Anamnese die Erhebung eines Ganzkörperstatus sowie der gynäkologische Befund. Außerdem sind endokrinologische, psychologische, ggf. sogar genetische Untersuchungen erforderlich [32].

In einer genauen Anamnese werden u. a. das soziale Umfeld des Patienten und seine Gesamtpersönlichkeit erfasst. Festgestellt wurde dabei, dass sich viele Anamnesen in dieser Hinsicht gleichen und die Beziehungen zu Mutter und Vater schon erste Hinweise auf die spätere Entwicklung geben können.

Bei der Ganzkörperuntersuchung wird besonderer Wert auf den Körperbau und die geschlechtsspezifische Fett- und Muskulaturverteilung gelegt.

Die psychologische Diagnostik schließt mehrere psychologische Tests sowie einen Alltagstest bei den einleitenden psychologischen Testuntersuchungen ein. Damit das abweichende Verhalten und Empfinden objektiviert werden kann, ist der sogenannte Alltagstest von entscheidender Bedeutung für die Diagnose Transsexualismus. Hierbei müssen die Betroffenen das von ihnen angestrebte Leben in der entsprechenden Geschlechterrolle über einen Zeitraum von ca. 1 – 2 Jahren öffentlich und im Beruf testen. Das heißt also, die Mann-zu-Frau-Transsexuellen

schlüpfen äußerlich in die Rolle einer Frau. Während dieses Zeitraumes ist es die Aufgabe des Psychiaters bzw. des Psychologen, genau zu beobachten und zu beurteilen, wie es dem Patienten gelingt, die empfundene Geschlechtsidentität in Sprache, Mimik, Gestik, Kleidung, Frisur und Verhalten überzeugend zu vermitteln.

Erst wenn diese komplexe Diagnostik zum Ergebnis führt, dass es sich in dem vorliegenden Fall wirklich um Transsexualismus handelt, sind die entscheidenden endokrinologischen und chirurgischen Maßnahmen zulässig.

Die endgültige Diagnose wird durch ein Gutachten bestätigt, welches aussagt „... dass es sich um eine irreversible Transposition der Geschlechtsidentität handelt, welche psychotherapeutisch unbeeinflussbar ist, dass eine Störung der Geschlechtsidentität durch eine psychotische Störung ausgeschlossen ist und dass geschlechtsangleichende Maßnahmen im Sinne einer endokrinologischen und operativen Therapie empfohlen werden“ [32].

1.1.6 Differentialdiagnostische Abgrenzung

Da die Behandlung des Transsexualismus mit irreversiblen Folgen verbunden ist, sollte im Vorfeld eine genaue differentialdiagnostische Abgrenzung zu anderen Störungen mit ähnlichen Symptomen erfolgen.

Die Neigung, z. B. die Kleider des anderen Geschlechts zu tragen oder in die gegengeschlechtliche Rolle zu schlüpfen, ist nicht nur bei Transsexuellen, sondern auch bei Homosexuellen oder Transvestiten zu beobachten. SIGUSCH [122] weist darauf hin, dass der Wunsch nach einer Geschlechtsumwandlung allein die Diagnose Transsexualität nicht rechtfertigen kann, weil dieser auch bei anderen Störungen beobachtet wird, beispielsweise auch im Versuch, Konflikte und Spannungen zu lösen.

Differentialdiagnostisch müssen Homosexualität, Transvestitismus, Adoleszenz-Konflikte und Psychosen ausgeschlossen werden, weil es hier auch zu Geschlechtsidentitätsstörungen kommen kann, die ebenfalls mit dem Wunsch nach einem Geschlechterrollenwechsel einhergehen können .

1.1.6.1 Homosexualität

Effeminierte (verweiblichte) Homosexuelle fühlen sich nicht als Frau wie Mann-zu-Frau-Transsexuelle. Die weibliche Verkleidung ist hier nur vorübergehend und meist von nebensächlicher Bedeutung. Trotz des Rollenspiels wollen Homosexuelle als Mann angesehen werden.

1.1.6.2 Transvestitismus

Transvestiten hingegen sind Menschen, die nur gelegentlich gegengeschlechtliche Kleidung tragen. Das Bewusstsein, selbst dem anderen Geschlecht anzugehören, ist bei Transvestiten nicht vorhanden. Transvestiten streben keine völlige gegengeschlechtliche Rollenübernahme an.

1.1.6.3 Adoleszenz-Konflikte

Von Adoleszenz-Konflikten sind häufig Jugendliche betroffen, die Persönlichkeitsstörungen aufweisen und durch ihre Entwicklung geängstigt sind. Unbewusst flüchten sie aus ihrer Geschlechterrolle und hoffen, dass sie als anderer Mensch mit dem Leben und den Problemen besser zurecht kommen. Besonders Ich-schwache Persönlichkeiten klammern sich an den Wunsch der Geschlechtsumwandlung. Gründe können unter anderem sein, dass die Betroffenen die Konflikte mit den Eltern, in der Schule oder dem Beruf nicht mehr bewältigen.

1.1.6.4 Psychosen

Auch Patienten mit Psychosen können transsexuelle Neigungen aufweisen. Diese gehen aber häufig mit Wahnvorstellungen und halluzinatorischen Wahrnehmungen einher. Die Betroffenen glauben, dass sich der eigene Körper in den des anderen Geschlechts verwandelt. In der Regel treten solche Vorstellungen zunehmend mit anderen psychotischen Störungen auf.

1.1.7 Rechtliche Lage in Deutschland

Durch die Schaffung gesetzlicher Bestimmungen erhalten Transsexuelle zunehmend mehr Rechtssicherheit. Die Betroffenen suchen nach Wegen, um juristisch und sozial anerkannt im gewünschten Geschlecht leben zu können.

SIESS [119] stellt fest, dass die begehrte Änderung bei Transsexuellen auch zahlreiche rechtliche Probleme zur Folge hat. Nachdem Transsexualismus als Krankheit anerkannt wurde, gab es über viele Jahre Meinungsverschiedenheiten darüber, ob die Krankenkassen verpflichtet seien, die hohen Behandlungskosten zu tragen. Die Kostenübernahme wird erst gewährleistet, wenn alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind, d. h. wenn alle psychotherapeutischen Behandlungs- und Umstimmungsversuche fehlschlagen. Erst dann wird die Geschlechtsangleichung als eine medizinisch notwendige Heilbehandlung angesehen, die das Leiden der Betroffenen lindern soll.

Seit Mitte der 50-er Jahre hat es eine Reihe von Gerichtsverfahren gegeben, die sich mit Anträgen transsexueller Menschen zur Änderung ihres Personenstandes befassten. Die nur unzureichende gesetzliche Regelung führte häufig zu Urteilen, die für die Betroffenen mit erheblichen Problemen verbunden waren. Erst seit Inkrafttreten des Transsexuellengesetzes am 1.01.1981 regeln juristische Voraussetzungen die Vornamens- und Personenstandsänderungen. In dem Gesetz wird differenziert zwischen einer sog. „kleinen Lösung“, die nur die alleinige Änderung des Vornamens vorsieht, und der sog. „großen Lösung“, d. h. der vollständigen Personenstandsänderung. Voraussetzung für die sog. kleine Lösung, wo nur der Vorname geändert wird, ist, dass sich die Person nicht dem eigenen biologischen Geschlecht zugehörig fühlt und seit mindestens drei Jahren den starken Wunsch hat, im entgegengesetzten Geschlecht leben zu wollen.

Bei der sog. großen Lösung, die eine gerichtliche Personenstandsänderung zur Folge hat, werden als Voraussetzungen die Erfüllung der Bedingungen der kleinen Lösung und die Durchführung einer geschlechtskorrigierenden Operation gefordert.

Für beide Lösungen sind jeweils die Gutachten von 2 unabhängigen Sachverständigen notwendig.

Für die Übernahme der Operationskosten der stimmerhöhenden Behandlung bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen liegt bisher keine einheitliche Regelung vor. Allerdings besteht ein Gerichtsurteil des Sozialgerichtes Bayreuth, AZ S 6 KR 73/96, wonach die stimmangleichende Behandlung nach dem Behandlungskonzept (ggf. unter Durchführung eines operativen Eingriffs) eines nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhauses, das durch vertragsärztliche Einweisung bestimmt wird, zu gewähren ist.

Zur Erläuterung soll der zugrunde liegende Fall kurz geschildert werden.

Eine Mann-zu-Frau-Transsexuelle, die eine Geschlechtsangleichung durchführen ließ, beantragte finanzielle Unterstützung bei ihrer Krankenkasse für die operative Anhebung der Stimme. Die Krankenkasse, die bereits die Kosten der Geschlechtsumwandlung übernommen hatte, gewährte diesen Eingriff zunächst nicht. Als Grund wurde angegeben, dass auch „normale“ Frauen unterschiedliche Stimmlagen haben. Von einer Stimmoperation wurde außerdem wegen zu geringer Erfolgsaussichten abgeraten. Darüber hinaus gibt es nach Aussage der Krankenkasse eine Reihe von Frauen, die eine tiefe Stimme haben, ohne dass hieraus auf die Diagnose einer Krankheit zu schließen wäre. Die Mann-zu-Frau-Transsexuelle legte daraufhin Widerspruch ein und erklärte erneut, dass sie sehr unter der tiefen, männlichen Stimme leide. Die Betroffene konnte zudem medizinische Gutachten von zwei verschiedenen Hals-Nasen-Ohren-Ärzten vorlegen, welche die stimmliche Situation der Patientin genau beschrieben. In beiden Schreiben wurde übereinstimmend eine Stimmtherapie empfohlen. Es wurde außerdem hervorgehoben, dass eine alleinige Stimmfunktionstherapie in diesem Fall nicht den gewünschten Erfolg bringt und damit eine operative Anhebung der mittleren Sprechstimmlage notwendig ist. Nach Ansicht der medizinischen Gutachter stellt dabei die operative Stimmerhöhung die Grundlage zur Verweiblichung des Stimmklanges dar, wobei eine postoperative Stimmfunktionstherapie zur Festigung des erhöhten Stimmklanges erforderlich ist.

Die Krankenkasse wies erneut den Widerspruch der Patientin zurück, da in ihrem Fall die medizinischen Voraussetzungen für die Leistungsgewährungen nicht erfüllt wären. Daraufhin wurde vom Gericht eine mündliche Verhandlung durchgeführt, um sich einen Eindruck zu verschaffen, inwiefern das Erscheinungsbild der Mann-zu-Frau-Transsexuellen und deren Stimme im normgerechten Verhältnis zu einander stehen.

In dem eben beschriebenen Fall war dies deutlich zu verneinen. Letztendlich hatte die Krankenkasse nach Beschluss des Gerichtes die Kosten der weiteren stimmangleichenden Behandlung zu tragen. Begründet wurde diese Entscheidung damit, dass die Patientin transsexuell ist, was als Krankheit gewertet wird und dementsprechend Leistungsansprüche der gesetzlichen Krankenversicherung zur Folge hat. Die geschlechtsangleichenden Maßnahmen als Krankenbehandlung sind demnach nicht nur auf die primären Geschlechtsorgane, sondern auch auf das sekundäre Geschlechtsmerkmal Stimme zu erstrecken.

1.2 Behandlung des Transsexualismus

Die Therapie des Transsexualismus besteht in der körperlichen Angleichung an das erstrebte Geschlecht durch endokrinologische und chirurgische Maßnahmen. Darüber hinaus ist während dieser Zeit eine psychologische Betreuung unbedingt notwendig. Nach WINKELMANN [138] ist für Transsexuelle eine komplexe Behandlung erforderlich, die eine Verbindung von medizinischen, therapeutischen und sozialpädagogischen Maßnahmen darstellt. Sozialpädagogische Maßnahme bedeuten in diesem Zusammenhang die prä- und postoperative Beratung der transsexuellen Patienten, um eine adäquate Unterstützung zu gewährleisten.

Die medizinische Behandlung des Transsexualismus erfolgt phasen- und stufenweise über einen Zeitraum von mehreren Jahren. Chirurgen, Urologen, Gynäkologen, Endokrinologen und Psychologen sind in die Therapie eingeschlossen. Vor Beginn jeder invasiven therapeutischen Maßnahme zur körperlichen Angleichung an das angestrebte Geschlecht muss die Diagnose Transsexualismus bestätigt sein. Nach SIGUSCH [122] war die Therapie des Transsexualismus noch vor einem Jahrzehnt umstritten. Während einige Experten für Psychotherapie plädierten, sprachen sich andere für die geschlechtsangleichende Operation aus. Nachfolgend sollen nur einige Stationen der Therapie- die psychologische sowie die hormonelle und operative Behandlung- dargelegt werden. Für umfassendere Informationen muss auf die sexualmedizinische Literatur verwiesen werden.

1.2.1 Psychologische Betreuung

Eine Psychotherapie bei Transsexuellen wird insgesamt als sehr schwierig angesehen. Bereits 1954 kam der amerikanische Sexualwissenschaftler BENJAMIN [7] zu der Feststellung, dass bei Transsexuellen psychiatrische und psychotherapeutische Maßnahmen nur selten greifen.

Beim Vorliegen einer wirklichen Transsexualität ist eine alleinige Psychotherapie nicht erfolgversprechend, da hier eine komplette Transposition der Geschlechtsidentität vorliegt. Inkomplette oder partielle Transpositionen, wie z. B. der Transvestitismus, können mit Erfolg psychotherapeutisch behandelt werden. Rückfälle seien jedoch auch hier häufig [8].

Heute wird die Psychotherapie bei Vorliegen von Transsexualität nur supportiv verstanden. Dann stellt sie allerdings eine sehr hilfreiche Maßnahme dar, indem

sie dem Betroffenen hilft, mit den Problemen fertig zu werden, die dabei auftreten, in der Rolle des angestrebten Geschlechtes zu leben [32].

Für Transsexuelle stellt das Zugehörigkeitsgefühl zum Gegengeschlecht nicht den Grund des Leidens, sondern den Ausweg dar. Daher wollen die Patienten die Symptomatik der Transsexualität nicht reduzieren, sondern optimieren, d. h. soweit wie möglich verbessern. Nach CLEMENT [23, S. 19] ist es für den Therapeuten wichtig, eine Haltung gegenüber dem Patienten zu entwickeln, die auf eine Begleitung der transsexuellen Entwicklung ausgerichtet ist. Gegenüber allen Manifestationen des transsexuellen Wunsches, also auch gegenüber der Operation, sollte der Therapeut neutral eingestellt sein.

Von großer Bedeutung ist die psychotherapeutische Betreuung vor, während und nach der Operation. Da sich die operative Behandlung der Transsexualität über viele Monate und sogar Jahre erstreckt, ist in diesem Zeitraum psychologische Unterstützung unbedingt notwendig. Außerdem sollte die Aufgabe des Psychologen bzw. des Psychotherapeuten darin bestehen, während der Betreuung die innere Stimmigkeit und Konstanz des transsexuellen Wunsches zu erfassen. Dem Patienten soll eine realistische Sicht der Möglichkeiten und Grenzen der Hormonbehandlung und Transformationsoperation gezeigt werden.

1.2.2 Hormonbehandlung

Ist die Diagnose Transsexualismus gutachterlich gesichert, stellt die gegengeschlechtliche Hormonbehandlung die Therapie der Wahl bei Transsexualismus dar. D. h. Mann-zu-Frau-Transsexuelle werden durch Östrogene, evtl. in Kombination mit Gestagen und Antiandrogenern therapiert, während Frau-zu-Mann-Transsexuelle Androgene, speziell Testosteronpräparate zur Substitution erhalten.

Die Hormonbehandlung stellt somit den ersten Schritt dar, den Körper des Patienten dem ersehnten Geschlecht anzupassen. Nach ein- bis sechsmonatiger Behandlung mit Östrogenen kommt es zur irreversiblen testikulären Atrophie, die eine permanente Infertilität zur Folge hat. Nach der Gabe von Testosteron-Präparaten kommt es nach einigen Wochen bis Monaten zum Stimmbruch sowie zu einer irreversibel auftretenden männlichen Behaarung [95].

Auf die Hormonbehandlung bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus wird an dieser Stelle kurz näher eingegangen, weil sie für die vorliegende Arbeit von Bedeutung ist. Eine schnelle Verweiblichung durch die Verabreichung von Östrogenen ist das

Ziel der Hormontherapie bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen. Die weiblichen Geschlechtshormone werden bewusst in einer sehr hohen Dosis gegeben (100 mg Progynon Depot[®] in 2wöchigen Abständen), damit die Patienten den gegengeschlechtlichen Hormoneffekt sehr deutlich wahrnehmen [32]. Kontraindikationen für die Hormontherapie stellen Leberschäden, ein gesteigertes Thromboembolierisiko sowie hormoninduzierte Tumore dar. Als erste Reaktion auf die Östrogengabe kommt es zur Vergrößerung der Mammillen und im weiteren Verlauf zur Zunahme des Brustdrüsengewebes. Nach einigen Monaten können bei den Ganzkörperuntersuchungen reduzierte, atrophische Hoden festgestellt werden. Im Laufe der Behandlung nimmt der Bartwuchs ab, jedoch nicht in einem befriedigenden Ausmaß, so dass immer eine Epilation notwendig ist [31].

Besonders auffällig ist eine gesteigerte psychische Stabilität, die meist bei den Betroffenen mit den körperlichen Veränderungen einhergeht. Die Patientinnen leben jetzt mit der Gewissheit, sich endgültig dem angestrebten Zustand zu nähern. Transsexuelle erleben die Hormonbehandlung oft als große Erleichterung [124].

Veränderungen bezüglich der Stimme bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen werden durch die gegengeschlechtliche Hormongabe nicht erreicht, da der Kehlkopf bereits männlich ausgewachsen ist. Die Stimme der Patienten wird aber im Verlauf der Hormonbehandlung als weicher beschrieben, allerdings wird dies mehr auf das Verhalten der Patienten zurückgeführt, die sich zunehmend bemühen, weiblicher und höher zu sprechen.

1.2.3 Behandlung primärer Geschlechtsorgane

Nach einem mindestens einjährigen Alltagstest und der anschließenden, ca. 6-monatigen Hormonbehandlung erfolgt die genitalangleichende Operation mit dem Ziel der weitest möglichen körperlichen Angleichung an das weibliche Geschlecht.

Wichtig ist, dem Patienten zu verdeutlichen, dass der chirurgische Eingriff zwar große Auswirkungen auf die äußere Erscheinung hat, jedoch allein nur wenig bei der Bewältigung des Alltagslebens in der neuen Geschlechtsrolle hilft. Der umgangssprachlich verwendete Begriff „Geschlechtsumwandlung“ ist aus medizinischer Sicht nicht korrekt und häufig irreführend, weil es sich hier lediglich um eine geschlechtskorrigierende oder geschlechtsangleichende Maßnahme handelt.

Erste Veröffentlichungen über genitalangleichende Operationen in Deutschland sind bei HIRSCHFELD [61] zu finden. Er beschreibt den Fall eines 25-jährigen Mädchens, welches eine Brustamputation vornehmen ließ. MÜHSAM [97] berichtete 1921 über Patienten mit transsexuellen Symptomen, die er zur Kastration überwiesen bekommen hatte.

Erst 1953 erregte die Biographie einer Mann-zu-Frau-Transsexuellen weltweites Aufsehen. Von HAMBURGER und STÜRUP [53] wurde der Fall „Christiane Jürgensen“, eine in Dänemark durchgeführte geschlechtsangleichende Operation, veröffentlicht. Nach hormonaler Kastration durch Östrogengabe erfolgte auch eine operative Kastration. 1967 ist die Geschichte der Christiane Jürgensen als Autobiographie bekannt geworden.

Im Jahre 1965 wurde von J. MONET am John's Hopkins Hospital, Baltimore, das erste „Gender Identity Program“ eingeführt, das sich mit der Diagnostik und Behandlung von Geschlechtsidentitätsstörungen beschäftigte.

Noch bis zum Anfang der 70-er Jahre wurden bei europäischen Transsexuellen die meisten genitalangleichenden Operationen in Casablanca durchgeführt, da der dort tätige französische Chirurg G. Burou große operative Erfahrungen damit hatte.

Später wurden dann auch zunehmend in Europa, speziell in Skandinavien, London, Paris und ebenfalls in Deutschland transsexuelle Patienten operiert. Zu Beginn der 80-er Jahre war man auf urologischem und gynäkologischem Gebiet soweit, für geschlechtsangleichende Operationen weitestgehend standardisierte Verfahren anwenden zu können, und das mit zufriedenstellenden Ergebnissen.

Die genitaltransformierende Operation bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen umfasst im wesentlichen zwei Schritte. Der erste Schritt besteht in der Mamma-Augmentationsplastik bei unbefriedigender Gynäkomastie nach Östrogenbehandlung. Im zweiten Schritt erfolgt die Genitaltransformation, wobei hier eine Entfernung des Hodens vorgenommen wird sowie eine Amputation des Penischaftes unter Erhaltung der Penishaut. Gleichzeitig wird eine Scheide zwischen Harnröhre, Blase, Prostata und Rektum gebildet, die möglichst durch Penishaut ausgekleidet wird. Anschließend erfolgt die Bildung einer Vulva mit großen und kleinen Labien aus Skrotalhaut, sowie die Ausformung der Harnröhrenmündung an weiblicher Stelle und einer Klitoris [32].

Mit der genitalangleichenden Operation ist zwar ein wesentlicher Schritt in das neue angestrebte Leben getan, aber noch viele weitere Behandlungsmaßnahmen

sind anschließend notwendig. So muss eine größere Anzahl von Mann-zu-Frau-Transsexuellen unter anderem damit rechnen, aufgrund medizinisch nicht behandelbarer Merkmale wie Körperbau oder Form der Hände erkennbar und damit immer auffällig zu bleiben. In diesem Zusammenhang sei wiederum hier auf das Problem einer tiefen männlichen Stimme bei vielen Mann-zu-Frau-Transsexuellen hingewiesen, meist in Kombination mit einem prominenten Adamsapfel. Diese und viele andere Probleme überschatten den ohnehin schon beschwerlichen Weg vom Mann zur Frau, auch nach stattgehabter geschlechtsangleichender Chirurgie.

PFÄFFLIN [108, S. 15] bemerkt dazu, dass nach abgeschlossener chirurgischer Behandlung nur noch von Frauen bzw. Männern gesprochen werden sollte. Das orientiert sich nach dem Geschlecht, dem sich der Betroffene nach der Operation zurechnet. Demzufolge wird in den folgenden Abschnitten für Mann-zu-Frau-Transsexuelle die weibliche Form verwendet.

Als besonders problematisch stellt sich bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen die männliche Körper- und Bartbehaarung, die markante und häufig zu große Nase und der männliche Kehlkopf mit dem großen Adamsapfel dar. Um die Bartbehaarung entfernen zu lassen, müssen sich die Patienten einer schmerzhaften Elektrolyse unterziehen. Dieses Verfahren ist sehr aufwendig, da dabei jeder einzelne Haarschaft verödet werden muss. Erst neuerdings sind lasermedizinische Behandlungen in den Vordergrund gerückt, die z. T. effektiver und weniger belastend sein sollen.

Auf die stimmlichen Probleme sowie auf die Reduktion der Prominentia laryngis wird in den weiteren Abschnitten eingegangen.