

Diplomarbeit

**Medizinische Versorgung transsexueller Personen mit
dem ICD-10 Schlüssel F 64.0 am LKH-
Universitätsklinikum Graz im Zeitraum 2010 bis 2017.
Eine retrospektive Studie.**

eingereicht von

Chris Stefan Walkner

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der gesamten Heilkunde

(Dr. med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie

unter der Anleitung von

ao.Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ med.univ. Éva Rásky

und

Univ.-Ass. Priv.-Doz. Dr.phil. Erwin Stolz, MA

Graz, Juli 2019

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 26.07.2019

Chris Stefan Walkner eh.

Diese Diplomarbeit wurde gefördert von der
Österreichischen Hochschüler_innenschaft



Danksagungen

Bedanken möchte ich mich bei ao. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Éva Rásky vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie für die Betreuung der Arbeit.

Weiters bei Alex für die vielseitige fachliche Unterstützung und Andrea Schlemmer vom Institut für Medizinische Informatik, Statistik und Dokumentation für die Hilfe bei der Datenrecherche. Danke auch an meine Kooperationspartner*innen am LKH-Universitätsklinikum Graz: Dr.ⁱⁿ Marie-Christine Bertholin y Galvez, PD Dr.ⁱⁿ Astrid Fahrleitner-Pammer und OA Dr. Christian Laback.

Vielen Dank an Sarah für die emotionale und fachliche Unterstützung und Ass.-Prof. Dr. Thomas Schoditsch vom Institut für Rechtswissenschaftliche Grundlagen der Karl-Franzens-Universität Graz für die fachlichen Tipps.

Ein herzliches Dankeschön gilt meiner Familie und meinen Freunden, vor allem Thomas, ohne die dieses Projekt nie zustande gekommen wäre.

Zusammenfassung

Einleitung: Epidemiologische Daten zu Transsexualität sind für Österreich kaum vorhanden. Diese Arbeit analysiert Daten bezüglich der medizinischen Versorgung von Transpersonen am LKH-Universitätsklinikum Graz. Weiters konnten Zahlen zu Geschlechtseintragsänderungen vom Bundesministerium für Inneres (BMI) erfragt werden. Zusätzlich wurden sechs Interviews mit Betroffenen geführt. Diese Arbeit gibt auch einen Überblick über geschichtliche Aspekte, aktuelle Empfehlungen zur Gesundheitsversorgung und den rechtlichen Rahmen für Transpersonen in Österreich.

Methoden: Für eine Einschätzung der medizinischen Versorgung wurden Personen mit dem ICD-10 Diagnoseschlüssel F64.0 am LKH-Universitätsklinikum Graz (Untersuchungszeitraum: 01.01.2010 – 31.01.2017) recherchiert. Die Prävalenz konnte mittels Daten vom BMI gefunden werden. Durch sechs teilstrukturierte Interviews wurden Erfahrungsberichte von Transpersonen zu ihrer Transition, dem Umgang mit Behörden und medizinisch-psychologischem Fachpersonal gesammelt.

Ergebnisse: Am LKH Graz konnten 283 Personen mit der Diagnose F64.0 gefunden werden. Die Kohorte besteht aus 106 Transfrauen (MtF) und 177 Transmännern ((FtM) (Ratio: 0,6/1). Das mediane Alter in den Untergruppen unterscheidet sich signifikant. (30 Jahre bei FtMs vs. 41 Jahre bei MtFs, $p < 0,0001$). Insgesamt wurden für den Untersuchungszeitraum 3286 Patient*innenkontakte, Tendenz steigend, registriert.

12,7% der Transpersonen hatten „Depressio“ als Nebendiagnose. An 121 Patient*innen wurden 241 operative Eingriffe vorgenommen, was durchschnittlich 2 Operationen pro Person ergibt.

Die Prävalenz von Geschlechtseintragsänderungen konnte mithilfe von Zahlen des BMI ermittelt werden. Von 2014 bis 2018 (hochgerechnet) wurden 1018 Personenstandsänderungen durchgeführt. Dies ergibt eine Prävalenz von 13,4/100 000.

In den Interviews wurden die Erfahrungen mit Behörden größtenteils als korrekt oder positiv bezeichnet. Im Umgang mit medizinisch-psychologischen Fachpersonal wurde häufig ein Mangel an Wissen zum Thema und Überforderung beschrieben. Als wichtigste Maßnahme zur Verbesserung der Situation nannten die Betroffenen mehrheitlich eine bessere finanzielle Absicherung (Kostenübernahme für Psychotherapie und Operationen).

Conclusio: Transsexualität ist häufiger, als die vorhandene Literatur erwarten lässt. Die Prävalenz in Österreich liegt bei 13,4/100 000, wobei diese Angabe als Minimalwert zu interpretieren ist.

Abstract

„Health Care for Transsexuals at the University Hospital Graz (LKH Graz) from 2010 to 2017. A Retrospective Analysis. “

Introduction: Data on transsexualism, especially on its prevalence and incidence, are scarce. This study tried to collect and analyse data from the University Hospital Graz (LKH Graz) on health care for adult transsexuals as well as interview data and data on prevalence of successful transitions in Austria. In addition, an overview of the history, current health care recommendations and the legal framework of transsexualism in Austria is given.

Methods: For epidemiological analysis of the provided health care, data on adult transsexuals diagnosed with the ICD-10 code F64.0 at the LKH Graz from 01/01/2010 up to 31/12/2017 was assessed. Prevalence was estimated by using data from the Austrian Ministry of the Interior (BMI) on legal sex changes. In addition, semi-structured interviews were conducted with six transsexuals on questions related to their status of transsexualism as well as their experiences with health care and civil service personnel.

Results: There have been found 283 people with the diagnosis F64.0 admitted to the LKH Graz, consisting of 106 Trans women (MtF) and 177 Trans men (FtM) (ratio 0.6/1). Median age between groups differed significantly (30 years for FtM vs 41 years for MtF, $p < 0.0001$). Over the 8 years assessed, 3286 patients' contacts have been found, with a steadily increase in frequency over the years.

The ancillary diagnosis “depression” was found in 12.7% of the cohort. 241 sex reassignment surgeries (SRS) have been performed on 121 persons throughout the study (resulting in an average SRS frequency of 2/person).

Prevalence of legal sex changes could be assessed in cooperation with the BMI. From 2014 up to and including 2018 (annualised), 1018 legal sex change requests have been submitted and approved, resulting in a prevalence of 13.4/100.000.

The interviews showed that recent contacts with civil service were described favourably, whereas there seemed to be a lack of competent personnel for medical care. The most important measures for improvements noted were coverage of costs for psychotherapy and surgery.

Conclusions: Transsexualism is much more frequent than literature suggests. The prevalence in Austria adds up to 13.4/100.000, and even this has to be seen as a nadir value of successful transitions (including legal sex change).

Inhaltsverzeichnis

DANKSAGUNGEN	V
ZUSAMMENFASSUNG.....	VI
ABSTRACT.....	VII
INHALTSVERZEICHNIS	VIII
GLOSSAR UND ABKÜRZUNGEN	X
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	XI
TABELLENVERZEICHNIS	XII
EINLEITUNG.....	1
A. THEORETISCHER TEIL – EINFÜHRUNG IN DAS THEMA TRANSSEXUALITÄT	4
1 HISTORISCHE ENTWICKLUNG	4
2 RECHTLICHE ASPEKTE UND BEHANDLUNGSEMPFEHLUNGEN	9
2.1 Rechtliche Aspekte	9
2.1.1 Exkurs Personenstandsänderung.....	14
2.2 Behandlungsempfehlungen	14
3 EINORDNUNG IN MEDIZINISCHE KLASSIFIKATIONSSYSTEME	16
3.1 Transsexualität im ICD-10	16
3.2 Transsexualität im DSM-5	16
3.3 Aktuelle Entwicklungen	18
4 ECKPUNKTE DER IDEALEN VERSORGUNG.....	18
4.1 Qualifikation von medizinisch-psychologischem Fachpersonal	19
4.1.1 Die Rolle der Hausärzt*innen.....	19
4.2 Medizinische und psychologische Behandlungsmöglichkeiten der Geschlechtsdysphorie	20
4.2.1 Exkurs Hormontherapie.....	20

5	AKTUELLE BEHANDLUNGSEMPFEHLUNGEN IN ÖSTERREICH	23
5.1	Diagnostischer Prozess	23
5.2	Therapeutischer Prozess	23
5.2.1	Hormontherapie.....	23
5.2.2	Chirurgische Maßnahmen (Operation).....	24
5.2.3	Anmerkungen.....	24
5.2.4	Weitere Unterstützungsmöglichkeiten.....	26
6	EPIDEMIOLOGIE.....	27
B.	EMPIRISCHER TEIL – EPIDEMIOLOGISCHE DATEN UND INTERVIEWS	30
7	MATERIAL UND METHODEN.....	30
7.1	Epidemiologische Daten	30
7.1.1	Kohortenbeschreibung.....	30
7.1.2	Statistik.....	31
7.2	Interviews	32
7.2.1	Samplebeschreibung	32
7.2.2	Vorgehen bei der Auswertung	32
8	ERGEBNISSE – RESULTATE	33
8.1	Epidemiologische Untersuchungen	33
8.1.1	Kohorte des LKH-Universitätsklinikums Graz.....	33
8.1.2	Daten des Österreichischen Bundesministeriums für Inneres.....	36
8.2	Interviews	37
8.2.1	Soziodemografische Angaben.....	41
8.2.2	Zusammenfassung der Interviews.....	42
9	DISKUSSION	44
10	LITERATURVERZEICHNIS.....	50
11	ANHANG.....	54

Glossar und Abkürzungen

BMI	Bundesministerium für Inneres
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GA	Gutachten
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IGM	Institut für Gerichtsmedizin Wien
PStÄ	Personenstandsänderung
VfGH	Verfassungsgerichtshof
VwGH	Verwaltungsgerichtshof
WHO	World Health Organisation
WPATH	World Professional Association for Transgender Health
ZMR	Zentrales Melderegister

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Mann in Frauenkleidern (4).....	5
Abb. 2 Frau als Soldat (4).....	6
Abb. 3 Transgender Pride Flag (2).....	7
Abb. 4 Unicode-Symbol für Transgender.....	8
Abb. 5 Empfehlungen für den Behandlungsprozess (6).....	25
Abb. 6 Patient*innenkontakte 2010 – 2017.....	33
Abb. 7 Stationäre Kontakte und operative Eingriffe 2010 - 2017.....	35
Abb. 8 Antworten zu Frage 5: Begleitung durch medizinisch-psychologisches Fachpersonal.....	39
Abb. 9 Antworten auf Frage 7: Maßnahmen zur Verbesserung der Lebenssituation	41

Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Begriffserklärungen	2
Tab. 2 Kurzübersicht: Rechtliche Situation in Österreich	13
Tab. 3 Wirkstoffe zur gegengeschlechtlichen Hormontherapie	21
Tab. 4 Absolute und relative Kontraindikationen für eine gegengeschlechtliche Hormontherapie bzw. entsprechende Wirkstoffe vgl. (42)	21
Tab. 5 Risiken einer gegengeschlechtlichen Hormontherapie	22
Tab. 6 Epidemiologie Europa (1)	28
Tab. 7 Epidemiologie außerhalb Europas (1)	29
Tab. 8 Patient*innenkontakte mit Transpersonen am LKH-Univ. Klinikum Graz	34
Tab. 9 Einzugsgebiet des LKH-Universitätsklinikums Graz für Transpersonen	34
Tab. 10 Geschlechtseintragsänderungen in Österreich lt. ZMR	36

Einleitung

Ein historischer Abriss zum Geschlechterverständnis zeigt, dass es seit Jahrtausenden Personen gibt, die nicht eindeutig als männlich oder weiblich kategorisiert werden können. Bekannt ist Hermaphroditos, eine Figur der griechischen Mythologie, die sowohl männliche als auch weibliche körperliche Merkmale aufweist.

Im Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Universität Graz wurde Transsexualität kaum thematisiert. Im Fach Psychiatrie wurde sie behandelt und in einem Gynäkologie-Skriptum wurde der Begriff Transsexualität kurz beschrieben. Von etwa 600 – 900 Betroffenen wird dort ausgegangen. (22) Trotz gründlicher Recherche konnte für Österreich nur die Information, dass von 1977 bis 2001 188 Personen am Departement für Gerichtsmedizin der Medizinischen Universität Wien begutachtet worden waren, (20) gefunden werden. Ein Artikel in einer Tageszeitung veröffentlichte die Zahl der betreuten Personen in der Transsexuellen-Ambulanz der Medizinischen Universität Wien. Demnach wurden im Jahr 2013 hormonell und/oder operativ 540 Personen bei ihrer Geschlechtsangleichung betreut – 340 von Mann zu Frau, 200 von Frau zu Mann. (26) Wissenschaftlich fundierte Zahlen zum Thema aus Österreich fehlen.

Das ist der Grund, aus welchem diese Diplomarbeit entstanden ist. Sie soll einen Überblick zur Thematik geben und erstmals Daten für Österreich und im Speziellen für das LKH-Universitätsklinikum Graz präsentieren.

Transsexualität ist ein sehr vielfältiges und komplexes Phänomen. Durch die Fülle an unterschiedlichen Begriffen kommt es häufig zu Fehlinterpretationen von Informationen und nicht zuletzt zu Unverständnis für die Situation der betroffenen Personen. Viele der Bezeichnungen kommen aus dem Englischen, das im Unterschied zum Deutschen grundsätzlich eine Unterscheidung zwischen „sex“, also dem biologisch-genetischen Geschlecht und „gender“, also dem sozialen Geschlecht, kennt. Diesen Unterschied beschreibt Suzanne J. Kessler in ihrem Buch *Lessons from the Intersexed* sehr treffend: „[It] still gives genitals [...] primary signifying status and ignores the fact that in the everyday world gender attributions are made without access to genital inspection. [...] What is primary in everyday life is the gender that is performed, regardless of the flesh’s configuration under the clothes.“ (27)

Deshalb soll hier gleich zu Beginn dargestellt werden, wie Termini in dieser Arbeit verwendet werden.

Begriff	Bedeutung
Geschlechtsidentität	Inhärentes Gefühl, männlich, weiblich, oder beides zu sein, ungeachtet des gesellschaftlich zugeschriebenen Geschlechts
Geschlechts-nonkonformität	Abweichen von der gesellschaftlich üblichen Darstellung des zugeschriebenen Geschlechts
Transgender	Überbegriff für Menschen, deren Geschlechtsidentität, -ausdruck und /oder -verhalten sich vom biologischen-genetischen Geschlecht unterscheidet
Nicht-binäre Personen	Menschen, die sich nicht bzw. nicht ausschließlich mit dem männlichen oder weiblichen Geschlecht identifizieren
Transsexuelle Person	Eine Person mit dem Wunsch im anderen Geschlecht zu leben und als entsprechend männlich oder weiblich anerkannt zu werden. Dies beinhaltet medizinische Behandlungen, um das äußere Erscheinungsbild dem Wunschgeschlecht möglichst anzunähern.
Transfrau (MzF)	Genetisch männliche Person mit weiblicher Geschlechtsidentität.
Transmann (FzM)	Genetisch weibliche Person mit männlicher Geschlechtsidentität.
Transperson	Person die transgender oder transsexuell ist. (MzF, FzM)
Transvestiten	Tragen gegengeschlechtlicher Kleidung, um die zeitweilige Erfahrung der Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht zu erleben. Der Wunsch nach dauerhafter Geschlechtsumwandlung oder chirurgischer Korrektur besteht nicht.
Sexuelle Orientierung	Bezeichnet die sexuelle Präferenz für ein biologisches oder mehrere biologischen Geschlechter
Geschlechtsdysphorie	Mehr oder weniger stark ausgeprägtes Gefühl des Unbehagens bezüglich der gesellschaftlichen Geschlechtszuschreibung aufgrund des biologischen Geschlechts
Transition	Weg der Angleichung an das Wunschgeschlecht
Transsexualismus	Diagnose entsprechend den Kriterien des ICD-10
Transsexualität	Im allgemeinen Sprachgebrauch verwendetes Synonym für Transsexualismus; keine medizinische Diagnose
Geschlechtsidentitätsstörung	Diagnose entsprechend der Kriterien des DSM-V
Intersexualität	Variation des biologisch-genetischen Geschlechtes, das weder als eindeutig männlich noch weiblich eingeordnet werden kann.
Pseudo-Hermaphroditen	Genetisch Träger von XX oder XY Geschlechtschromosomen, die durch unterschiedliche medizinische Ursachen ein uneindeutiges oder gegengeschlechtliches Erscheinungsbild zeigen.

Tab. 1 Begriffserklärungen

In der Medizin werden die Begriffe *männlich* und *weiblich* dichotom verwendet, ergänzt durch die Geschlechtsvariante *intersexuell*. Es wird allerdings von Forscher*innen auch in Frage gestellt, ob diese Kategorien ausreichen. Eine bekannte Arbeit von Anne Fausto-Sterling trägt den Titel: *The Five Sexes. Why Male and Female Are Not Enough*. (30) Man kann männlich und weiblich auch als entgegengesetzte Pole eines Kontinuums betrachten. Dies ermöglicht Personen mit undifferenzierter Geschlechtsidentität einen erweiterten Denk- und Handlungsspielraum, vergrößert aber wiederum die Menge der Begriffe zur Beschreibung von Geschlechtsidentitäten. In dieser Arbeit wird deshalb von einer dichotomen Geschlechtseinteilung ausgegangen.

Im Folgenden wird kurz die geschichtliche Entwicklung des Geschlechtsverständnisses beschrieben. Kapitel 1.2.1 zeigt die rechtlichen Rahmenbedingungen von Transsexualität in Österreich auf.

Es gibt in Österreich eine Behandlungsempfehlung bei Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (6) Anhand dieser und den Standards of Care der World Professional Association for Transgender Health (31) werden in Kapitel 1.2.2 die Eckpunkte einer idealen Versorgung von Transpersonen erörtert.

Einblicke in die sozialen Aspekte einer Transition ins andere Geschlecht konnten mittels sechs halbstrukturierter Interviews gewonnen werden. Wobei hier insbesondere die persönliche Identitätsfindung, Erfahrungen mit medizinisch-psychologischen Fachpersonal, sowie Behörden abgefragt wurden.

Den Kern dieser Arbeit stellt die Auswertung von Daten aus dem openMEDOCS-System (steiermärkisches medizinisch-pflegerisches Dokumentations- und Kommunikationsnetzwerk) des LKH Universitätsklinikums Graz dar.

A. Theoretischer Teil – Einführung in das Thema Transsexualität

1 Historische Entwicklung

Wie schon oben erwähnt, ist es kein neues Phänomen unserer Zeit Figuren und Personen als nicht eindeutig weiblich oder männlich zu kategorisieren.

Der Begriff „Hermaphrodit“ entstand in der griechischen Antike und bezeichnet noch heute in der Biologie doppelgeschlechtliche Lebewesen. Diese Individuen können sowohl weibliche als auch männliche Geschlechtsorgane und Keimzellen ausbilden.

So berichtet auch Anne Fausto-Sterling in ihrem Text *The Five Sexes* davon, dass in vielen Geschichten zu Menschheitsentstehung Intersexualität eine relevante Rolle einnimmt: „Early biblical scholars believed Adam began life as a hermaphrodite and later divided into two people – a male and a female – after falling from grace.“ (30)

Weiters muss auch darauf Bezug genommen werden, dass die gesellschaftliche Geschlechterausdifferenzierung im 18. und 19. Jahrhundert stattgefunden hat. Die westliche Medizin entwickelte sich über die Jahrhunderte von einer empirisch-spirituellen, zu einer deutlich naturwissenschaftlich geprägten Disziplin. Der technologische Fortschritt ermöglichte, beispielsweise durch die Erfindung des Mikroskops, ein besseres Verständnis der menschlichen Fortpflanzung. Die Frau war nicht mehr nur ein „Gefäß“, das die Nachkommenschaft des Mannes austrug. Die genauere Kenntnis der mikroskopischen Anatomie von Mann und Frau verfestigte auch die Differenzierung zwischen den Geschlechtern. Zuvor war der „gender“-Aspekt relevanter für das gesellschaftliche Zusammenleben. Besonders bei Menschen mit intersexuellen Geschlechtsausprägungen waren Kleidung und Benehmen mitprägend für das soziale Geschlecht.

Rund um 1900 beschäftigte sich der deutsche Mediziner Magnus von Hirschfeld mit verschiedenen Ausprägungen der Geschlechter. In seiner Arbeit *Geschlechtsübergänge* (4) beschreibt er eine große Anzahl von Geschlechtsvariationen -Intersexuelle, Pseudo-Hermaphroditen und auch, erstmals in der deutschsprachigen Literatur, Transsexuelle. Hirschfeld schreibt von einer „Umkehrung der Geschlechter.“

Unter anderem findet sich ein Mann, zu dessen Photographie Hirschfeld durch einen Kriminalbeamten gekommen war. (Abb. 1)

„Es ist die Photographie eines Mannes, welcher wegen unberechtigten Tragens von Frauenkleidern aufgegriffen und in Haft genommen wurde.“ (4)



Abb. 1 Mann in Frauenkleidern (4)

Da man Männer in Frauenkleidern als potentiell homosexuell ansah und männliche Homosexuelle damals kriminalisiert wurden, konnte Hirschfeld über polizeiliche Akten viele Daten für seine Forschung finden. Doch auch beim Militär entdeckt Hirschfeld Beispiele für eine „Umkehrung der Geschlechter“.

„Musketier Bertha Weiß vom 29. Regiment. Mit gefälschten Heimatspapieren war es ihr gelungen, als Soldat eingereicht zu werden.“ (4) (Abb.2)



Abb. 2 Frau als Soldat (4)

Weiter schreibt der deutsche Mediziner: „Es gibt übrigens kaum einen Krieg, an dem nicht vereinzelte Frauen als Soldaten teilgenommen haben; auch aus dem letzten russisch-japanischen Krieg besitze ich darüber Mitteilungen und Photographien.“ (4)

Medizinische Unterstützung war um 1900 keine Möglichkeit für Transpersonen. Ihr Verhalten wurde bestenfalls als sozial unerwünscht gesehen und die Betroffenen verstoßen oder wie oben gezeigt, als kriminell eingestuft.

Die erste chirurgische „Genitalumwandlung“ wurde 1931 in Deutschland durchgeführt. Bis 1953, als Christian Hamburger den Fall von Christine Jorgensen publik machte, blieb dies aber wenig bekannt. (7)

Im Jahr 1949 verwendete der amerikanische Sexualforscher David O. Cauldwell in seiner Arbeit: *Psychopathia transsexualis*. (32) erstmals den Term „transsexualism“, also Transsexualismus, in seiner modernen Bedeutung. Er beschreibt damit Individuen deren Geburtsgeschlecht von ihrer Geschlechtsidentität abweicht und dass diese Personen den Wunsch nach möglichst deutlicher körperlicher Angleichung zum Identitätsgeschlecht haben. Hirschfeld sah in seiner Beschreibung des *seelischen Transsexualismus* (33), in Abgrenzung zum Transvestitismus, eine Vorstufe des Hermaphroditismus.

Harry Benjamin, ein amerikanischer Mediziner mit deutschen Wurzeln, war ein weiterer Pionier in der Erforschung und Beschreibung der Transsexualität. Er war unter anderem mit Magnus Hirschfeld bekannt. 1966 erschien seine Arbeit mit dem Titel: *The Transsexual Phenomenon*. (34)

Einen Akzent für das Selbstverständnis von Transpersonen setzte Monica Helms 1999. Die US Navy Veteranin und Transgenderaktivistin entwarf die *Transgender Pride Flag*. (2) Sie besteht oben und unten aus zwei Streifen in hellblau, der traditionellen Farbe für männliche Babys, weiters zwei Streifen in rosa für weibliche Babys und einem weißen Streifen in der Mitte, für Menschen, die sich keinem Geschlecht zuordnen.



Abb. 3 Transgender Pride Flag (2)

Weiters gibt es ein Symbol für Transpersonen. Es kombiniert die Zeichen für weiblich (Venus ♀) und männlich (Mars ♂) und hat einen zusätzlichen Arm, der Transpersonen repräsentiert.



Abb. 4 Unicode-Symbol für Transgender

In Österreich wurde 1983 mit dem Transsexuellenerlass (BMI 18.7.1983, Zl. 10.582/24-IV/4/83) erstmals eine rechtliche Grundlage für die Personenstandsänderung für Transsexuelle geschaffen.

Seit dem Erkenntnis des Verwaltungsgerichtshofes (VwGH) vom 27. Februar 2009 (Zl. 2008/17/0054-8), dass die Beurkundung des Geschlechtswechsels im Wesentlichen von der Geschlechtsidentität abhängen muss, ist es in Österreich möglich, ohne somatische Maßnahmen eine Geschlechtseintragsänderung durchzuführen. Aufbauend auf dieses Erkenntnis entstand die derzeit gültige Behandlungsempfehlung bei Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus vom Bundesministerium für Frauen und Gesundheit. (6)

2 Rechtliche Aspekte und Behandlungsempfehlungen

2.1 Rechtliche Aspekte

In Österreich gibt es - anders als etwa in Deutschland - kein Transsexuellengesetz. Um einen rechtlichen Rahmen für die Personenstandsänderung von Transpersonen zu schaffen, veröffentlichte das Bundesministerium für Inneres 1983 den ersten Transsexuellenerlass (BMI 18.7.1983, Zl. 10.582/24-IV/4/83). Dort sind folgende Kriterien als Voraussetzung für eine Personenstandsänderung angegeben:

„3.2 [...] Um [...] eine einheitliche Beurteilung sicherzustellen, ist zur Erstellung der Gutachten das Institut für Gerichtsmedizin der Universität Wien heranzuziehen.

3.3 Das Gutachten muss erweisen, daß

3.3.1 der Antragsteller längere Zeit unter der zwanghaften Vorstellung gelebt hat, dem anderen Geschlecht zuzugehören, was ihn veranlaßt hat, sich geschlechtskorrigierenden Maßnahmen zu unterziehen;

3.3.2 diese Maßnahmen zu einer deutlichen Annäherung an das äußere Erscheinungsbild des anderen Geschlechts geführt haben;

3.3.3 mit hoher Wahrscheinlichkeit damit zu rechnen ist, daß sich am Zugehörigkeitsempfinden zum anderen Geschlecht nichts mehr ändern wird.“

Grundsätzlich ist es zu begrüßen, dass dadurch einheitliche Vorgaben für das Procedere geschaffen wurden. Man darf sich allerdings fragen, warum gerade das Institut für Gerichtsmedizin für die Begutachtung zuständig war. Die Diagnostik oblag auch damals den Fachärzt*innen für Psychiatrie. Ein weiterer interessanter Punkt ist, dass in dem Erlass niemals explizit geschlechtsangleichende Operationen gefordert waren. In der Praxis wurde dieser Punkt anders gehandhabt, was zu einem Spannungsverhältnis mit den Vorgaben des Erlasses führt.

In einer Broschüre zum Thema aus dem Jahr 2007, die sich an Betroffene, Angehörige und Ärzte wendet, findet sich folgende Aussage zu geschlechtsangleichenden Operationen: „Die Geschlechtsangleichung besteht prinzipiell aus jenem operativen Teil, der die Organe des bestehenden Geschlechts entfernt. Das bedeutet beim Mann die Entfernung von Hoden und Penis, bei der Frau die Entfernung der Eierstöcke und der Gebärmutter. Damit wird jede weitere Zeugungsfähigkeit bzw. Empfängnisfähigkeit beseitigt, wodurch auch die gesetzliche Voraussetzung des Geschlechtswechsels inklusive der Namensänderung gegeben ist“ (35).

Hier wird also von einer Fortpflanzungsunfähigkeit als Voraussetzung für die Personenstandsänderung geschrieben. Wie oben erwähnt, richtet sich diese Broschüre unter anderem an Betroffene und Ärzte. Sofern sie sich nicht über die genaue Rechtslage kundig machen, bekommen sie dadurch den Eindruck, dass eine „Zwangssterilisation“ Voraussetzung für die behördliche Anerkennung ist.

Eine weitere Passage in dieser Broschüre, verfasst von der bis 2006 zuständigen Gutachterin des Instituts für Gerichtsmedizin an der Universität Wien, lautet: „Nach erfolgter Operation kann die transsexuelle Person gemäß Erlass des BMI vom 18.7.1983 (geändert 1996) am zuständigen Standesamt die Personenstandsänderung (Antrag auf Änderung der Eintragung über das Geschlecht im Geburtenbuch) und an der Bezirksverwaltungsbehörde die Vornamensänderung beantragen.“ (35)

Auch hier entsteht der deutliche Eindruck, dass die Operation Voraussetzung für die Personenstandsänderung ist: Freilich spricht der Erlass 10.582/24-IV/4/83 nur von einer „deutlichen Annäherung an das äußere Erscheinungsbild des anderen Geschlechts“. Ob es durch diese impliziten Vorgaben zu unnötigen operativen Eingriffen gekommen ist, bleibt offen.

Der Erlass von 1983 stellt auch fest, dass eine bereits eingegangene Ehe automatisch endet, wenn ein Partner sein Geschlecht ändert, was im Transsexuellenerlass 1996 (36.250/66-IV/4/96 vom 27.11.1996) präzisiert wurde:

„2.4 Ein Randvermerk über die Änderung des Geschlechts im Geburtenbuch darf nur dann eingetragen werden, wenn der Antragsteller oder die Antragstellerin nicht verheiratet ist.“

Somit können nur mehr nicht verheiratete Personen zur Personenstandsänderung zugelassen werden. De facto wurde damit ein „Scheidungszwang“ geschaffen.

Eine Neuerung war auch die Erleichterung der Vornamensänderung:

„3.2 Eine Vornamensänderung in einen geschlechtsneutralen Vornamen oder in Vornamen, von denen zumindest der an erster Stelle stehende ein geschlechtsneutraler Vorname ist, kann derzeit auch ohne geschlechtskorrigierende Maßnahmen bewilligt werden; das Vorliegen von Transsexualität sollte aber, schon um Kosten im Namensänderungsverfahren zu vermeiden, durch ein entsprechendes Gutachten nachgewiesen werden.“

Das bedeutet, in diesem Fall kann ein Gutachten eingereicht werden, es ist aber nicht verpflichtend.

Der Transsexuellen-Erlass 1996 wurde am 8. Juni 2006 durch den Österreichischen Verfassungsgerichtshof (VfGH) aufgehoben (V 4/06-7 vom 8. Juni 2006). Der VfGH gab der Beschwerde von Sandra H. recht, der eine Personenstandsänderung aufgrund ihrer bestehenden Ehe verwehrt wurde. Da der Erlass außerdem gesetzeswidrig kundgemacht worden war, hob der VfGH nicht nur den „Scheidungszwang“ (Punkt 2.4), sondern den gesamten Erlass auf.

Durch die Aufhebung des Erlasses durch den VfGH Mitte 2006 gab es von da an keine gesetzliche Regelung mehr.

Um Rechtssicherheit zu schaffen wurde am 12. Jänner 2007 vom Bundesministerium für Inneres (BMI) ein Erlass herausgegeben, der beinhaltet, dass Personenstandsänderungen zu genehmigen sind, wenn die AntragstellerIn „ein psychotherapeutisches Gutachten und den Befund der geschlechtsanpassenden Operation“ vorlegt (BMI, VA 1300/0013-III/2/2007).

Im Februar 2009 konkretisierte das BMI die vorzunehmenden chirurgischen Eingriffe (BMI VA 1300/0063-III/2/2009). Damit wurden nun zum ersten Mal eindeutig operative Maßnahmen verlangt, wenn auch mit dem Zusatz „Die Durchführung folgender geschlechtsanpassender Operationen sind in der Regel notwendig.“ versehen. Es wurde also erstmals ein Rechtstext verfasst, den man als *Operationszwang* werten kann. In dem Schreiben wird nun auch das - bis dahin verpflichtende - Gutachten des Instituts für Gerichtsmedizin der Universität Wien, durch einen entsprechenden Facharztbefund ersetzt.

Das erste Urteil zum Operationszwang entstand aus dem Verfahren von Michaela P. Als einer Jahrzehnte als Frau lebenden Person, wurde ihr die Namens- und Personenstandsänderung ausschließlich aus dem Grund verwehrt, dass sie sich keiner genitalanpassenden Operation unterzogen hat. Der VfGH stellte dazu am 27. 2. 2009 (VwGH Zl. 2008/17/0054-8) fest, dass die Beurkundung des Geschlechtswechsels im Wesentlichen von der Geschlechtsidentität abhängen muss: „Ist dieses Zugehörigkeitsempfinden aller Voraussicht nach weitgehend irreversibel und nach außen in der Form einer deutlichen Annäherung an das äußere Erscheinungsbild des anderen Geschlechts zum Ausdruck gekommen, ist der österreichischen Rechtsordnung kein Hindernis zu entnehmen, das eine personenstandsrechtliche Berücksichtigung des für die Allgemeinheit relevanten geschlechtsspezifischen Auftretens hindern würde.“ Dabei stellte der VfGH erstmals explizit fest, „dass ein schwerwiegender operativer Eingriff - wie etwa die von der belangten Behörde geforderte Entfernung der primären Geschlechtsmerkmale - keine notwendige Voraussetzung für eine deutliche Annäherung an das äußere

Erscheinungsbild des anderen Geschlechts ist“. Damit wurde ihr Bescheid „wegen Rechtswidrigkeit seines Inhalts aufgehoben“ (VwGH Zl. 2008/17/0054-8).

Als Reaktion darauf hat das BMI am 11. Mai 2010 die Erlässe zwischen 2007 und 2010 aufgehoben. (BMI-VA 1300/0139-III/2/2010). Seitdem gilt in Österreich folgende Rechtsauffassung: „Der Verwaltungsgerichtshof hat festgestellt, dass für den Bereich des österreichischen Personenstandsrechts jedenfalls in den Fällen, in denen eine Person unter der zwanghaften Vorstellung gelebt hat, dem anderen Geschlecht zuzugehören, und sich geschlechtskorrigierenden Maßnahmen unterzogen hat, die zu einer deutlichen Annäherung an das äußere Erscheinungsbild des anderen Geschlechts geführt haben, und bei der mit hoher Wahrscheinlichkeit damit zu rechnen ist, dass sich am Zugehörigkeitsempfinden zum anderen Geschlecht nichts mehr ändern wird, die betreffende Person als Angehörige des Geschlechts anzusehen ist, das ihrem äußeren Erscheinungsbild entspricht.“

Jahr	Rechtliche Situation in Österreich
1983 (10.582/24-IV/4/83)	Erster Transsexuellenerlass des BMI a) Einheitliche Regelung der PStÄ, Voraussetzung: GA des IGM. Das GA muss u.a. bestätigen, dass Behandlungen zu einer deutlichen Annäherung an das äußere Erscheinungsbild des anderen Geschlechts geführt haben. In der Praxis wurden genitalangleichende Operationen verlangt. b) Feststellung, dass eine bereits eingegangene Ehe automatisch endet, wenn ein Partner sein Geschlecht ändert.
1996 (36.250/66-IV/4/96)	a) Änderung des Geschlechts darf nur eingetragen werden, wenn AntragstellerIn nicht verheiratet ist - „Scheidungszwang“ b) Erleichterung der Vornamensänderung: Änderung in einen geschlechtsneutralen Vornamen kann auch ohne geschlechtskorrigierende Maßnahmen bewilligt werden
2006 (4/06-7)	Aufhebung des Erlasses von 1996 durch den VfGH. Begründung: „Scheidungszwang“ und Kundmachung sind gesetzeswidrig. Dadurch keine rechtliche Regelung für die PStÄ mehr.
2007 (1300/0013-III/2/2007)	Neuer Erlass des BMI. Voraussetzungen für PStÄ: zumindest ein psychotherapeutisches GA und der Befund der geschlechtsanpassenden Operation.
Feb. 2009 (1300/0063-III/2/2009)	a) Konkretisierung der verlangten operativen Maßnahmen. Erstmals eindeutiger rechtlicher Operationszwang. b) Bisheriges GA des IGM wird durch einen Facharztbefund ersetzt
Ende Feb. 2009 (2008/17/0054-8)	Erstes Urteil zum Operationszwang. Der VfGH stellt fest, dass a) die Beurkundung des Geschlechtswechsels im Wesentlichen von der Geschlechtsidentität abhängen muss und b) eine genitalanpassende Operation keine notwendige Voraussetzung für die deutliche Annäherung an das äußere Erscheinungsbild des anderen Geschlechts ist.
2010 (1300/0139-III/2/2010)	Aufhebung der Erlässe zw. 2007 und 2010 durch das BMI. Seitdem gilt im Personenstandsrecht für einen Geschlechtseintragsänderung, dass die Person a) Maßnahmen getroffen haben muss, die zu einer deutlichen Annäherung an das äußere Erscheinungsbild des anderen Geschlechts geführt haben und b) mit hoher Wahrscheinlichkeit damit zu rechnen ist, dass sich am Zugehörigkeitsempfinden zum anderen Geschlecht nichts mehr ändert.

PStÄ Personenstandsänderung, GA Gutachten, IGM Institut für Gerichtsmedizin Wien, VfGH Verfassungsgerichtshof, VwGH Verwaltungsgerichtshof, BMI Bundesministerium für Inneres

Tab. 2 Kurzübersicht: Rechtliche Situation in Österreich

2.1.1 Exkurs Personenstandsänderung

Hier soll kurz darauf eingegangen werden, was in der Praxis für eine Änderung des Personenstandes erforderlich ist.

Es bedarf einer Stellungnahme eines Facharztes/einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, die folgende Punkte enthält:

- die Diagnose Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus in der Klassifikation der derzeit verwendeten Fassung des DSM bzw. ICD
- die Feststellung, dass die Geschlechtsdysphorie beziehungsweise der Transsexualismus ohne Behandlung aus heutiger Sicht mit sehr großer Wahrscheinlichkeit als dauerhaft und irreversibel eingestuft werden kann
- die Mitteilung, dass sich das äußere Erscheinungsbild der gewünschten Geschlechtsrolle deutlich angenähert hat

2.2 Behandlungsempfehlungen

1997 hat das Gesundheitsministerium nach Beratung durch den Obersten Sanitätsrat die ersten *Empfehlungen für den Behandlungsprozess von Transsexuellen* herausgegeben.(36)

Vor Beginn jeder Behandlung wurden, neben einer urologisch-gynäkologischen, bei Bedarf auch endokrinologischen bzw. zytogenetischen Abklärung, eine psychiatrische sowie eine psychotherapeutische (psychologische) Diagnosestellung verlangt.

1. Danach hat über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr oder 50 Stunden eine kontinuierliche Psychotherapie zu erfolgen, die nicht nur therapeutischen Zielen dient, sondern auch die diagnostische Bewertung vertiefen soll.
2. Zur Bewilligung einer Hormonbehandlung wird danach ein psychotherapeutischer Befund sowie ein psychiatrisches Gutachten verlangt, das die Indikation psychischer und somatischer Behandlungskomponenten feststellen muss.
3. Die Hormonbehandlung muss, unter Beibehaltung der psychotherapeutischen Behandlung mindestens ein Jahr durchgeführt werden, bevor weitere Schritte unternommen werden können. Parallel dazu muss ein "Alltagstest" (d.h. Leben bereits unter den geänderten geschlechtlichen Bedingungen) begonnen werden.
4. Für die Bewilligung operativer Eingriffe muss danach ein weiteres psychiatrisches Gutachten die Kontinuität und Unbeeinflussbarkeit des transsexuellen Wunsches belegen. vgl.(36)

Daraus ergab sich, dass der Weg von der Erstdiagnose bis zur Möglichkeit chirurgischer Maßnahmen zumindest rund zwei Jahre dauerte. Engagierte Betroffene und Selbsthilfeeinrichtungen für Transpersonen haben im Laufe der Jahre immer wieder ihre Anliegen eingebracht und einige Veränderungen in den Behandlungsempfehlungen erreicht. Beispielsweise wurde die Verpflichtung 50 Stunden, beziehungsweise mindestens ein Jahr kontinuierliche Psychotherapie zu absolvieren kritisiert, da dies eine massive finanzielle Hürde für manche Betroffene darstellte. Weiters haben sich die rechtlichen Grundlagen wie oben beschrieben fortwährend verändert.

Auch die medizinisch-psychologische Sichtweise hat sich aufgrund neuer Erkenntnisse zum Thema weiterentwickelt. Anfangs hat sich die Behandlung in erster Linie an jenen Personen orientiert, die den körperlichen Geschlechtswechsel möglichst vollständig erreichen wollten. Sogar innerhalb der *Trans-community* gab es Diskussionen, ob jemand, der keine chirurgische Geschlechtsanpassung vornehmen lassen wollte, nun eine *echte* Transperson ist. Heute spricht man allgemeiner von Geschlechtsnonkonformität. Diese kann aufgrund eines persönlichen Leidensdrucks behandlungsbedürftig sein, oder auch nur ein Ausdruck der individuellen Interpretation von Geschlecht.

Die aktuellen österreichischen Behandlungsempfehlungen vom 20. Juni 2017 orientieren sich an den Standards of Care der World Professional Association for Transgender Health (WPATH). Details dazu werden in Kapitel 1.4 Eckpunkte einer idealen Versorgung dargestellt. In diesem Zusammenhang ist wichtig zu wissen, dass die Behandlungsempfehlungen nicht nur als Information für medizinische-psychologisches Fachpersonal dienen. Auch die österreichischen Krankenkassen orientieren sich im Allgemeinen an dieser Leitlinie, wenn es um die Kostenübernahme von Behandlungen geht. Für die Steiermärkische Gebietskrankenkasse (STGKK) wurde dies bestätigt: „Die STGKK hält sich an die aktuellen Empfehlungen des Bundesministeriums“. Und weiter: „Alle chirurgischen Eingriffe die notwendig für eine leitlinienkonforme Therapie sind werden im öffentlichen Krankenhaus durchgeführt und sind daher von der Gebietskrankenkasse mitfinanziert“ (persönliche Kommunikation mit Dr. E. Schaffler, Ärztliche Leitung der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse).

3 Einordnung in medizinische Klassifikationssysteme

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Herausgeber der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD, engl.: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). Entstanden ist dieses System ursprünglich um 1900, um eine einheitliche Nomenklatur zur statistischen Auswertung von Todesfällen zu definieren. Die ICD wurde stetig überarbeitet und erweitert und dient heute zur generellen Systematisierung medizinischer Diagnosen. Derzeit ist international die zehnte Version, also ICD-10, in Verwendung.

Ein weiteres System zu Diagnostik psychischer Störungen ist das DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), herausgegeben von der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (APA, engl.: American Psychiatric Association). Die fünfte Auflage, DSM-5, ist momentan in Verwendung.

Beide Systeme sind weitgehend miteinander vereinbar. Es ist also möglich, vom einen in das andere System umzucodieren.

3.1 *Transsexualität im ICD-10*

In der derzeit verwendeten ICD-Fassung ist Transsexualität folgendermaßen codiert.

F64.0 Transsexualismus

F64.0 ist definiert als „Der Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden. Dieser geht meist mit Unbehagen oder dem Gefühl der Nichtzugehörigkeit zum eigenen anatomischen Geschlecht einher. Es besteht der Wunsch nach chirurgischer und hormoneller Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht soweit wie möglich anzugleichen.“ (37) F codiert psychische und Verhaltensstörungen. Unter F64.- findet man allgemein Störungen der Geschlechtsidentität.

3.2 *Transsexualität im DSM-5*

Im DSM-5 sind folgende Aspekte zur Diagnostik von 302.85: Gender Dysphoria (Jugendliche und Erwachsene) angegeben:

Kriterium A: Deutliche Inkongruenz zwischen dem Geschlechtsidentitätserleben/Geschlechtsrollenverhalten und dem zugewiesenen Geschlecht von mindestens 6 Monaten Dauer, manifestiert durch mindestens 2 der folgenden Kriterien:

- deutliche Inkongruenz zwischen dem Geschlechtsidentitätserleben/Geschlechtsrollenverhalten und den primären und/oder sekundären

Geschlechtscharakteristika (oder, bei Jungadoleszenten, die antizipierte Entwicklung der sekundären Geschlechtscharakteristika)

- starker Wunsch, aufgrund der deutlichen Inkongruenz zu dem Geschlechtsidentitätserleben/Geschlechtsrollenverhalten von den primären und/oder sekundären Geschlechtscharakteristika befreit zu sein (oder, bei Jungadoleszenten, der Wunsch die antizipierte Entwicklung der sekundären Geschlechtscharakteristika zu verhindern)
- starker Wunsch nach den primären und/oder sekundären Geschlechtscharakteristika des anderen Geschlechts
- starker Wunsch, das andere Geschlecht zu sein (oder eine alternative Geschlechtsform, die sich von dem zugewiesenen Geschlecht unterscheidet)
- starker Wunsch, als das andere Geschlecht behandelt zu werden (oder als eine alternative Geschlechtsform, die sich von dem zugewiesenen Geschlecht unterscheidet)
- starke Überzeugung, über die typischen Gefühle und Reaktionsweisen des anderen Geschlechts zu verfügen (oder einer alternativen Geschlechtsform, die sich von dem zugewiesenen Geschlecht unterscheidet).

Kriterium B: Der Zustand ist assoziiert mit klinisch relevantem Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

- Subtyp I: In Verbindung mit einer Störung der Geschlechtsentwicklung (z.B. ein adrenogenitales Syndrom oder eine Androgenresistenz): Die hier zutreffende Störung soll zusätzlich codiert werden.
- Subtyp II Posttransition: Die betreffende Person lebt vollständig in der gewünschten Geschlechtsrolle (unabhängig davon, ob eine formale Personenstandsänderung stattgefunden hat). Mindestens eine Maßnahme zur Veränderung der geschlechtsspezifischen Erscheinung des Körpers fand oder findet statt (z.B. Behandlung mit Sexualhormonen und deren Suppression, Brust und genitalchirurgische Maßnahmen). (38)

3.3 Aktuelle Entwicklungen

Am 18. Juni 2018 wurde eine erste Version der 11. Auflage der ICD veröffentlicht. Die Systematik der Codierung mit Buchstaben und Ziffern wurde überarbeitet, was dazu führt, dass die Thematik der Transsexualität nunmehr unter HA60 zu finden ist. Des Weiteren kam es zu einer wesentlichen Veränderung der Begrifflichkeit. Im ICD-11 wurde der Terminus „Transsexualismus“ durch „Gender incongruence of adolescence or adulthood“ (39) ersetzt. Damit wurde einer Forderung des Weltverbandes für Transgender Gesundheit (WPATH, engl.: The World Professional Association for Transgender Health) Rechnung getragen. In einer Stellungnahme der WPATH vom Mai 2010 verlangte das Gremium die „weltweite Entpsychopathologisierung von Geschlechtsnichtkonformität“ (31).

„Geschlechtsdysphorie ist keine Krankheit, sondern ein Zustand, der aufgrund äußerer Einflüsse und der Beschäftigung mit der eigenen Identität mit krankheitsähnlichen Symptomen einhergehen kann.“ (40)

4 Eckpunkte der idealen Versorgung

Die Grundlage jeder tragfähigen therapeutischen Beziehung besteht in der respektvollen Begegnung mit dem/der Klient*in. Vor allem in der Begleitung von geschlechtsnonkonformen Personen ist eine Pathologisierung des individuellen Ausdruckes von Geschlechtlichkeit zu vermeiden. Besonders für medizinisch-psychologisches Fachpersonal, das mit der Thematik wenig bis gar nicht vertraut ist, kann es eine Herausforderung darstellen, das Gegenüber nicht in die eigenen Vorstellungen von Geschlechtsrollen zu kategorisieren.

Es muss klar sein, dass Geschlechtsnonkonformität nicht gleichzusetzen ist mit Geschlechtsdysphorie. Geschlechtsdysphorie beschreibt einen Leidenszustand und kann bis zum Wunsch nach möglichst vollständiger körperlicher Angleichung an das Gegengeschlecht gehen. Die Maßnahmen die nötig sind, um den Betroffenen zu helfen ihre Identität zu verwirklichen und einen Ausdruck ihrer Geschlechtlichkeit zu finden, der ihnen entspricht, können sehr unterschiedlich sein.

4.1 Qualifikation von medizinisch-psychologischem Fachpersonal

Um Betroffenen eine adäquate, individuelle Unterstützung zu gewährleisten, hat die WPATH eine Liste an Kompetenzen erarbeitet. Diese Kenntnisse und Fertigkeiten sollten Fachkräfte für psychische Gesundheit idealerweise mitbringen, wenn sie mit geschlechtsnonkonformen und transsexuellen Personen arbeiten:

- Ein Masterabschluss (oder höherer) in klinischen Verhaltenswissenschaften
- Kompetenz in der Anwendung des DSM und der ICD
- Fähigkeit auftretende psychische Symptome zu diagnostizieren und diese von der Geschlechtsdysphorie abzugrenzen
- Nachweis von Supervision und Fertigkeiten in Psychotherapie und Beratung
- Kenntnisse über geschlechtsnonkonforme Identitäten und Verhaltensweisen und über die diagnostische Einschätzung und Behandlung der Geschlechtsdysphorie
- Laufende Fortbildung in Diagnostik und Behandlung von Geschlechtsdysphorie

Medizinisch-psychologisches Fachpersonal, das neu auf diesem Gebiet ist, sollte (ungeachtet ihres Ausbildungsstandes und anderer Erfahrungen) unter Aufsicht von entsprechend kompetenten Fachkräften arbeiten. vgl. (31)

In Österreich besteht bezüglich der idealen Qualifikation von Fachpersonal noch Entwicklungspotential. In den durchgeführten Interviews (siehe Kapitel Methoden bzw. Resultate) wurde von den Betroffenen mehrmals erwähnt, dass sie deutliche Irritationen und auch Überforderung mit dem Thema bei medizinisch-psychologischen Fachkräften wahrgenommen haben.

4.1.1 Die Rolle der Hausärzt*innen

Hausärzt*innen sind oft die erste Anlaufstelle für Personen mit Geschlechtsdysphorie. Aus diesem Grund spielen sie eine wichtige Rolle in der Betreuung von Transpersonen. Als Generalist*innen, die ihre Patient*innen und ihr Lebensumfeld oft schon lange kennen, haben sie aber die Möglichkeit, die geäußerte Geschlechtsdysphorie in einem individuellen Kontext zu sehen. So fällt den Hausärzt*innen auch die Aufgabe zu, die Patient*innen entsprechend weiterzuverweisen. Um eine adäquate Unterstützung von Transpersonen sicherzustellen, sollte auch den Generalist*innen die Möglichkeit zu Fortbildungen geboten werden. Eine praktikable Option, um Grundlagenwissen zu Geschlechtsdysphorie und Transsexualität zu vermitteln, sind e-learning Angebote. (41)

4.2 Medizinische und psychologische Behandlungsmöglichkeiten der Geschlechtsdysphorie

Für Menschen, die eine Behandlung ihrer Geschlechtsdysphorie benötigen, gibt es eine Reihe von Behandlungsmöglichkeiten. Welche der Behandlungsschritte wann in Anspruch genommen werden, kann individuell sehr unterschiedlich sein.

- Änderung des Ausdrucks ihrer Geschlechtlichkeit und Wechsel der Geschlechtsrolle (das kann bedeuten, in manchen oder in allen Bereichen in einer Geschlechtsrolle zu leben, die der eigenen Geschlechtsidentität entspricht)
 - Hormontherapie zur Feminisierung oder Maskulinisierung des Körpers
 - Chirurgische Interventionen, um die primären und sekundären Geschlechtsmerkmale zu verändern (z. B. Brustbereich, äußere und/oder innere Genitalien, Gesichtsformen, Körperkonturen)
 - Psychotherapie (Einzel-, Paar-, Familien oder Gruppentherapie), um das Geschlechtsidentitätserleben, die Geschlechtsrolle, und den Ausdruck der Geschlechtlichkeit zu ergründen, negative Auswirkungen von Geschlechtsdysphorie und Stigmatisierung auf die psychische Gesundheit zu thematisieren, Verringerung von internalisierter Transphobie, Förderung von sozialer und peer-group Unterstützung, Verbesserung des Körperbildes oder Förderung der Belastbarkeit.
- (31)

4.2.1 Exkurs Hormontherapie

Da für viele Transpersonen die gegengeschlechtliche Hormontherapie der erste und oft ungeduldig herbeigesehnte Schritt zu einer körperlichen Annäherung an das Wunschgeschlecht bedeutet, soll hier kurz darauf eingegangen werden. Bei chirurgischen Interventionen ist vielen Menschen bewusst, dass sie damit Risiken eingehen. Dass man mit der Applikation von Hormonen massiv in den fein gesteuerten endokrinologischen Regelkreis des Körpers eingreift, wird von Betroffenen gerne unterschätzt. Auch setzt man mit dieser Therapie die ersten (potenziell) irreversiblen Maßnahmen, um den Körper zu verändern

Mann-zu-Frau	Wirkstoff
Östrogen:	Estradiol
Anti-Androgene:	Spironolacton
	Progesteron
	Cyproteronacetat
	Metroxyprogesteronacetat
	Histrelin
	Finasterid
	GnRH-Agonist
Frau-zu-Mann	Wirkstoff
Testosteron:	Testosteron

Tab. 3 Wirkstoffe zur gegengeschlechtlichen Hormontherapie

Vor der Therapie ist ein Risikoscreening unabdingbar, damit beeinflussbare Risikofaktoren behandelt und absolute sowie relative Kontraindikationen für bestimmte Wirkstoffe frühzeitig erkannt werden können. Dieses Procedere ermöglicht es, wenn nötig andere Behandlungswege zu finden, *bevor* eine Hormontherapie begonnen wird.

Beeinflussbare Risikofaktoren sind unter anderem Hypertonie, Hypercholesterinämie, Diabetes mellitus, Nikotinabusus und Bewegungsarmut.

Absolute	<ul style="list-style-type: none"> • Geschlechtsdysphorie als Symptom anderer Erkrankungen • Non-Compliance • Kinderwunsch • Zustand nach Thromboembolie • Nicht eingestellte(r) Hypertonie, Diabetes mellitus, Epilepsie • Ischämische Herzkrankungen • Therapierefraktäre Migräne • Leberinsuffizienz/-zirrhose • AIDS • Pos. BRCA 1 / 2 • Hormonsensitive Tumoren • Aktueller Medikamenten-, Drogen- oder Alkoholabusus
Relative	<ul style="list-style-type: none"> • Adipositas per magna • Hyperprolaktinämie • Schwerer Nikotinabusus • Otosklerose • Thalassämie • Lebererkrankungen • HIV-Infektion

Tab. 4 Absolute und relative Kontraindikationen für eine gegengeschlechtliche Hormontherapie bzw. entsprechende Wirkstoffe vgl. (42)

Die Patient*innen sollen in der Vorbereitung auch eine möglichst realistische Einschätzung davon bekommen, welche körperlichen Veränderungen durch diese Therapie möglich sind.

Unrealistische Zielvorstellungen führen unweigerlich zu Frustrationserlebnissen. Weiters ist eine psychotherapeutische Begleitung besonders in der ersten Zeit der Hormontherapie dringend empfohlen. Die Hormonwirkung ist unter anderem psychotrop und die körperlichen Veränderungen haben auch zu sozialen Folgen. Es kommt zu einer Art *zweiten Pubertät*.

Nach Ausschluss der absoluten Kontraindikationen und Behandlung allfälliger Risikofaktoren kann mit der individuell abgestimmten Hormonbehandlung begonnen werden.

Zu erwartende Effekte der maskulinisierenden Hormone sind:

- Fette Haut/Akne, Zunahme von Gesichts- und Körperbehaarung, Haarausfall am Kopf, Zunahme der Muskelmasse, Vertiefung der Stimme, Umverteilung des Körperfetts, Aussetzen der Menstruation und Vergrößerung der Klitoris.

Zu erwartende Effekte der feminisierenden Hormone sind:

- Umverteilung des Körperfetts, Abnahme der Muskelmasse, Verdünnung und Abnahme der Körper- und Gesichtsbehaarung, sanftere Haut, Libidoreduktion, Brustwachstum, Abnahme des Hodenvolumens und der Spermienproduktion.

Wie ausgeprägt diese Effekte bei dem/der jeweiligen Patient*in sind, ist nicht verlässlich vorherzusagen. Zum Teil gibt es einen Zusammenhang mit der Dosierung und Applikationsart der Medikamente. Auch die körperliche Grundbeschaffenheit und das Alter können einen Einfluss auf das Ergebnis der Therapie haben.

Wie oben erwähnt, ist die gegengeschlechtliche Hormontherapie auch mit Risiken verbunden. Tab. 5 bietet eine Übersicht über die wichtigsten Punkte, gereiht nach abnehmender Wahrscheinlichkeit:

Feminisierende Hormone	Maskulinisierende Hormone
Venös-thromboembolische Erkrankungen	Polyzytämie
Hypertriglyzeridämie	Schlafapnoe
Gallensteine	Erhöhte Leberenzymwerte
Erhöhte Leberenzymwerte	Hyperlipidämie
Kardiovaskuläre Erkrankungen	Kardiovaskuläre Erkrankungen
Bluthochdruck	Bluthochdruck
Diabetes mellitus Typ 2	Diabetes mellitus Typ 2

Tab. 5 Risiken einer gegengeschlechtlichen Hormontherapie

5 Aktuelle Behandlungsempfehlungen in Österreich

Angelehnt an die Standards of Care der WPATH wurden die aktuellen, österreichischen Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus des Ministeriums für Frauen und Gesundheit erarbeitet. Gemäß diesen Empfehlungen (6) wird im Folgenden der Ablauf der Betreuung beschrieben. In Abbildung 5 sind die Bausteine des Behandlungsablaufs schematisch dargestellt. Die Behandlung ist gegliedert in einen diagnostischen Prozess und, bei entsprechender Indikationsstellung, einen therapeutischen Prozess. Der therapeutische Prozess wiederum ist ebenfalls zweiteilig. Der erste Punkt zeigt die erforderlichen Schritte, um eine Hormonbehandlung einzuleiten, der zweite beschreibt das Vorgehen vor einem etwaigen operativen Eingriff.

5.1 Diagnostischer Prozess

Der diagnostische Prozess ist dreiteilig und besteht aus

- klinisch-psychologischer Diagnostik (Testung)
- psychotherapeutischer Diagnostik und
- psychiatrischer Diagnostik.

Aus den daran beteiligten Fachkräften wird von dem/der Patient*in eine fallführende Person ernannt. Die Aufgabe des/der Fallführenden ist, die einzelnen Ergebnisse der verschiedenen Disziplinen in einer Stellungnahme zusammenzufassen. Aus dieser Stellungnahme soll der Konsens über die Diagnose Transsexualismus eindeutig hervorgehen und auch die Indikationsstellung für etwaige weitere Behandlungsschritte enthalten sein. Wichtig ist die Feststellung, dass die Geschlechtsdysphorie beziehungsweise der Transsexualismus ohne Behandlung aus heutiger Sicht mit sehr großer Wahrscheinlichkeit als dauerhaft eingestuft werden kann. Basierend auf dieser Stellungnahme kann nun mit dem therapeutischen Prozess begonnen werden.

5.2 Therapeutischer Prozess

5.2.1 Hormontherapie

Beim Wunsch nach einer gegengeschlechtlichen Hormonbehandlung ist eine urologisch-gynäkologische Untersuchung und ein Risikoscreening hinsichtlich Kontraindikationen für eine Hormonbehandlung beziehungsweise bestimmte Wirkstoffe indiziert. Bei Bedarf kann auch eine zytogenetische Untersuchung angezeigt sein. Weiters sind vor der Hormonbehandlung eine klinisch-psychologische oder eine psychotherapeutische Stellungnahme und eine psychiatrische Kontrolluntersuchung inklusive Indikationsstellung

für eine entsprechende Behandlung notwendig. Aus diesen Komponenten ist nun wiederum eine Stellungnahme des/der Fallführenden zu verfassen. Sie soll eine Behandlungsempfehlung bezüglich weiterer körperlicher und psychischer Therapie, sowie die gemeinsame Indikationsstellung der verschiedenen eingebundenen Disziplinen für eine Hormontherapie enthalten. Erst wenn diese konsensuale Indikationsstellung gegeben ist, darf mit einer hormonellen Therapie begonnen werden. Diese muss in regelmäßigen Abständen (fach-) ärztlich kontrolliert und bei Bedarf adaptiert werden.

Parallel zur Hormontherapie ist eine begleitende psychotherapeutische und/oder psychiatrische Betreuung empfohlen.

5.2.2 Chirurgische Maßnahmen (Operation)

Grundsätzlich können geschlechtsangleichende chirurgische Maßnahmen auch ohne vorhergehende Hormontherapie erfolgen. Jedenfalls sind vor operativen Eingriffen eine (neuerliche) klinisch-psychologische oder eine psychotherapeutische Stellungnahme und eine psychiatrische Kontrolluntersuchung nötig. Von dem/der Fallführenden werden die erhobenen Befunde in einer Stellungnahme zusammengefasst. Aus dieser muss ein klarer Konsens hinsichtlich der Kontinuität und Unbeeinflussbarkeit des transsexuellen Wunsches beziehungsweise der angestrebten Geschlechtsrolle hervorgehen. Aus der Stellungnahme ergibt sich die Indikationsstellung für eine operative Behandlung.

Auch in dieser Behandlungsphase soll die Möglichkeit einer psychotherapeutischen und/oder psychiatrischen Begleitung gegeben sein.

5.2.3 Anmerkungen

Alle Stellungnahmen, die im Zuge des Behandlungsprozesses angefertigt werden, verlieren ihre Gültigkeit nach maximal zwölf Monaten.

Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus (Schematische Darstellung)

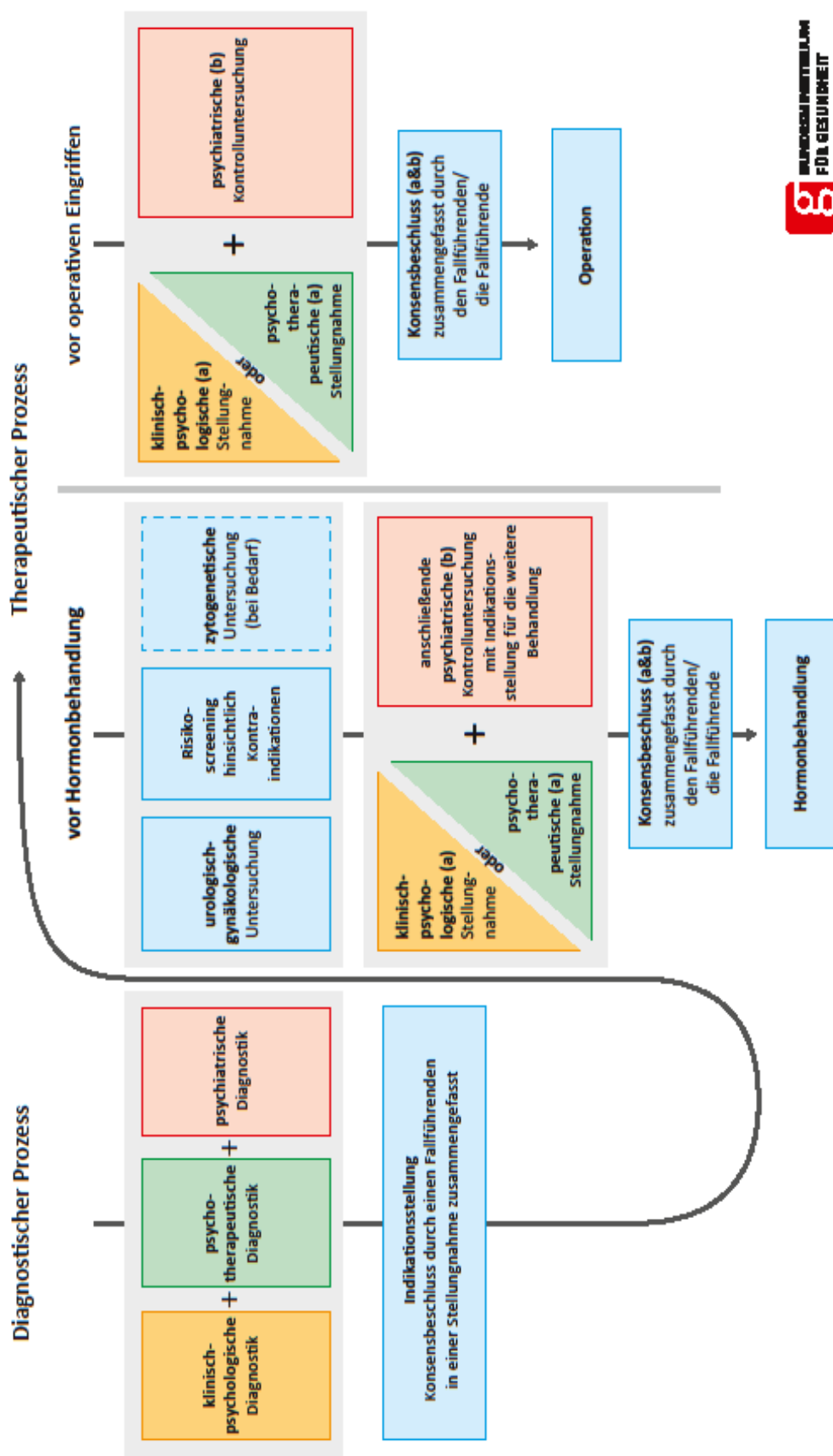


Abb. 5 Empfehlungen für den Behandlungsprozess (6)

5.2.4 Weitere Unterstützungsmöglichkeiten

Abgesehen von medizinischen und psychologischen Interventionen können auch folgende Unterstützungsmöglichkeiten eine Erleichterung für Personen mit Geschlechtsdysphorie und deren Angehörige bringen:

- Offline und online Unterstützung für Betroffene und deren Angehörige durch Kontakt zu Selbsthilfegruppen
- Sprach-, Stimm- und Kommunikationstraining, um sich besser der Geschlechtsidentität entsprechend ausdrücken zu können
- Haarentfernung durch Laserbehandlung und andere Techniken
- Ausstopfen der Kleidung an Hüfte und Gesäß und kaschieren der Genitalien durch Wegdrücken
- Abbinden der Brüste und Ausstopfen der Kleidung im Genitalbereich
- Namens- und Geschlechtseintragsänderungen in offiziellen Dokumenten

6 Epidemiologie

Wie eingangs erwähnt, gibt es zur Transgender-Thematik kaum Zahlenmaterial, das sich auf Österreich bezieht. In der deutschen Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung von Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit (43) wird darauf eingegangen, dass Übersichtsarbeiten zur Epidemiologie eine Herausforderung darstellen. Gründe dafür sind unterschiedliche Definitionskriterien des Trans-Themas (klinische Daten versus Selbsterleben bzw. Selbstbeschreibung). Selbst wenn man ausschließlich klinische Daten vergleichen möchte, muss man auf die Erhebungsmethode und die Einschlusskriterien achten.

In den Tabellen 4 und 5 zeigt sich, dass zur Berechnung der Prävalenz sowohl klinische als auch juristische Daten verwendet wurden. Hier ist also nur eine eingeschränkte Vergleichbarkeit gegeben und somit Vorsicht bei generalisierenden Aussagen geboten.

Wenn man sich die Zahlen der Behandelten an Gender-Kliniken in Europa ansieht, reichen die Angaben der Prävalenz von 0,45/100 000 in Schweden (8) bis 8,05/100 000 in den Niederlanden. (16)

Betrachtet man chirurgisch versorgte Personen, so nennen De Cypere et al. (Belgien) 4,28/100 000 (24) und Tsoi (Singapur) 23,60/100 000.(12) Wobei Tsoi angibt, dass diese hohe Prävalenz auf die gute Verfügbarkeit der chirurgischen Versorgung zurückzuführen ist.

Aussagen bezüglich der zeitlichen Entwicklung sind ebenfalls schwierig, da man bei den Angaben eben den Zugang zur Behandlung und auch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für Transpersonen bedenken muss.

Die Zahlen legen allerdings nahe, dass durch eine Enttabuisierung der Thematik und bessere Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten die Anzahl an Personen, die aufgrund von Geschlechtsdysphorie medizinische Hilfe suchen, steigt.

Tabelle Epidemiologie

Autor*in	Quelle	Publikations-jahr	Untersuchungs-zeitraum	Land	Methode	Anzahl der Individuen	Prävalenz 100 000	Verhältnis MtF/FtM
EUROPA								
Walinder	(3)	1967	n/a	Schweden	Befragung aller Psychiater, wieviele Transsexuelle ihnen bekannt sind. 3/4 haben geantwortet.	110	1,42	2,8/1
Walinder	(8)	1971	1967 - 1970	Schweden	Zuweisungen zu einer Gender-Klinik	27	0,45	1/1
Hoenig und Kenna	(9)	1974	1958 - 1968	England und Wales	Zuweisungen zu einer Gender-Klinik	66	1,92	3,2/1
O'Gorman	(11)	1982	1968 - 1982	Nordirland	Zuweisungen zu einer Gender-Klinik	28	1,92	2,8/1
Eklund et al.	(14)	1988	1976 - 1986	Niederlande	Behandelt an einer Gender-Klinik (Hormone)	538	2,77	3/1
Bakker et al.	(15)	1993	1976 - 1990	Niederlande	Behandelt an einer Gender-Klinik (Hormone)	713	4,42	2,5/1
Van Kesteren et al.	(16)	1996	1975 - 1992	Niederlande	Behandelt an einer Gender-Klinik (Hormone)	998	8,05	3/1
Weitze und Osburg	(17)	1996	1981 - 1990	Westdeutschland	Fragebogen an Gerichte die Geschlechtseintragsänderungen bearbeiten	733	2,10	2,3/1
Landen et al.	(18)	1996	1972 - 1996	Schweden	Pflegedokumentation	233	3,42	1,4/1
Wilson et al.	(19)	1999	1998	Schottland	Patient*innenregister in Hausarztpraxen via Fragebogen, Hormontherapie oder postoperativ	160	4,79	4/1
Van Trotsenburg	(20)	2002	1977 - 2001	Österreich	Postop. Transsexuelle; im Rahmen einer Geschlechtseintragsänderung begutachtet	188	n/a	n/a
Van Trotsenburg	(20)	2002	n/a	Österreich	Zuweisungen zu einer Gender-Klinik	n/a	n/a	2/1
Olsson und Möller	(21)	2003	1972 - 2002	Schweden	Anträge für geschlechtsangleichende Maßnahmen	402	5,91	1,61/1
Gomez-Gil et al.	(23)	2006	1996 - 2004	Spanien (Katalonien)	Zuweisungen zu einer Gender-Klinik	182	3,88	2,6/1
De Cypere et al.	(24)	2007	1985 - 2006	Belgien	Alle Transpersonen die von plastischen Chirurgen operiert wurden	412	4,28	2,43/1
Vujavic et al.	(25)	2008	1987 - 2006	Serbien	Zuweisungen zu einer Gender-Klinik	147	2,25	1/1
Dhejne et al.	(28)	2014	1969 - 2010	Schweden	Anträge für geschlechtsangleichende Maßnahmen (chirurgisch und rechtlich)	681	16,67	1,6/1
Judge et al.	(29)	2014	2005 - 2014	Irland	Zuweisungen zur endokrinen Abteilung für Hormontherapie	218	6,77	2,7/1

Tab. 6 Epidemiologie Europa (1)

Tabelle Epidemiologie								
Autor*in	Quelle	Publikationsjahr	Untersuchungszeitraum	Land	Methode	Anzahl der Individuen	Prävalenz 100 000	Verhältnis MtF/FtM
NICHT EUROPA								
Benjamin	(5)	1967		USA	Schätzung	270	n/a	8/1
Pauly	(7)	1968		USA	Schätzung	128	n/a	4/1
Ross et al.	(10)	1981	1979 – 1981	Australien	Fragebogen an alle Psychiater in Australien via Journal	272	2,40	6,1/1
Tsoi	(12)	1988	1986	Singapur	geschlechtsangleichende Operation	458	23,60	3/1
Baba et al.	(13)	2011	2003 – 2011	Japan		342	6,09	0,4/1

Tab. 7 Epidemiologie außerhalb Europas (1)

B. Empirischer Teil – Epidemiologische Daten und Interviews

7 Material und Methoden

7.1 Epidemiologische Daten

7.1.1 Kohortenbeschreibung

Über das Institut für medizinische Informatik, Statistik und Dokumentation wurden Daten aus dem openMEDOCS-System (steiermärkisches medizinisch-pflegerisches Dokumentations- und Kommunikationsnetzwerk) des LKH Universitätsklinikums Graz zum Thema Transsexualität recherchiert. Die Abfrage wurde für den Zeitraum 01.01.2010 bis 31.12.2017 für das gesamte LKH-Universitätsklinikum Graz durchgeführt. Einschlusskriterien waren ICD-10 Code "F64.0" in der Diagnosentabelle sowie eine

Freitextsuche: wie *"*transgender*"* oder wie *"*transsex*"* oder wie *"*Transidentität*"*

Ausgeschlossen wurden Patient*innen, bei denen Transsexualität als Nebendiagnose aufscheint.

Es konnten 283 Patient*innen mit der Diagnose Transsexualität gefunden werden.

Weitere Fragestellungen zu diesen 283 Personen wurden wie folgt bearbeitet:

- 1) Wie viele Personen wurden pro Jahr betreut?

Aufstellung der ambulanten und stationären Bewegungen der Patient*innen.

Dabei ist zu beachten, dass nicht jeder Kontakt zwingend mit der Diagnose Transsexualität zusammenhängen muss.

- 2) Verteilung: Frau-zu-Mann (FzM, FtM) und Mann-zu-Frau (MzF, MtF)

Informationen aus der Diagnosentabelle und/oder den Ambulanzbriefen

- 3) Einzugsgebiet des LKH Graz anhand von Bundesländern (PLZ), mit gesonderter Angabe von Graz-Stadt.

PLZ und Ort aus der Patienten-Stamm-Tabelle

- 4) Häufigkeit der (Neben-)Diagnose „Depressio“

ICD-10 Code "F32*" oder "F33*" in der Diagnosentabelle sowie Freitextsuche: wie "*depressio*"

- 5) Wie viele chirurgische Interventionen bezüglich Transsexualität wurden im Untersuchungszeitraum am LKH Graz durchgeführt?

Daten aus OP-Berichten der Plastischen Chirurgie und der Frauenklinik.

Zu dieser Kohorte liegt ein Ethikvotum vor. (EK-Nummer: 30-504 ex 17/18)

Neben den Informationen des LKH-Univ.-Klinikum Graz konnten Daten über Personenstandsänderungen in ganz Österreich über das Referat für Personenstandswesen des Bundesministeriums für Inneres (44) recherchiert werden. Da das Österreichische Zentrale Melderegister (ZMR) seit 2014 elektronisch geführt wird, konnten die jährlichen Zahlen der Personenstandsänderungen von 2014 bis 2018 erhoben werden.

7.1.2 Statistik

Die Datenverarbeitung erfolgte in Microsoft® Excel® für Office 365. Das Signifikanzniveau wurde auf 0,05 festgelegt. Für den Vergleich der Altersverteilung der beiden Untergruppen (MtF vs. MtF) wurde der Median berechnet. Die Signifikanzprüfung des Unterschiedes erfolgte mittels Mann-Whitney-U-Test. Für alle anderen Vergleiche wurde der Chi²-Test verwendet.

7.2 Interviews

7.2.1 Samplebeschreibung

Über die Transgender Selbsthilfegruppe Graz konnte im Herbst 2018 der Kontakt zu sechs Interviewpartner*innen hergestellt werden. Einschlusskriterien waren Volljährigkeit und die medizinische Diagnose F 64.0 Transsexualismus. Drei Personen identifizierten sich als Transmann, zwei als Transfrau. Eine Person beschrieb sich als nicht-binär, ordnete sich aber in den Kategorien FtM/MtF den Transfrauen zu. Im Oktober und November 2018 wurden sechs teilstrukturierte Interviews durchgeführt und vollständig transkribiert. (Der Interviewleitfaden befindet sich im Anhang).

7.2.2 Vorgehen bei der Auswertung

Die Interviews wurden mittels Aufnahmegerät aufgezeichnet. Ziel der Auswertung war, das Typische und Gemeinsame der Gespräche herauszuarbeiten. Die Analyse fand in den folgenden Arbeitsschritten nach Mayring (45), statt:

1. Zusammenfassen der Aussagen nach den Interviewfragen
2. Herausarbeiten von Kategorien, denen die Interviewpassagen zugeordnet werden können
3. Statistische Auswertung der einzelnen Kategorien
4. Beschreibung und Interpretation besonders aussagekräftiger Interviewpassagen.

8 Ergebnisse – Resultate

8.1 Epidemiologische Untersuchungen

8.1.1 Kohorte des LKH-Universitätsklinikums Graz

Die folgenden Ergebnisse konnten durch die Auswertung der openMEDOCS-Daten von 01.01.2010 bis 31.12.2017 gefunden werden.

Anzahl der betreuten Transpersonen

Insgesamt wurden 283 Personen im Alter zwischen 17 und 71 Jahren (Stichtag: 01.01.2018) mit der Diagnose Transsexualität gefunden. Das mediane Alter der Gruppen (FtM vs. MtF) unterscheidet sich hierbei signifikant. (30a vs. 41a, $p < 0,0001$)

Im Untersuchungszeitraum wurden insgesamt 3286 Patient*innenkontakte mit Transpersonen registriert. Im Durchschnitt fanden 411 Kontakte pro Jahr statt. Wie aus Abb. 6 und Tab. 8 ersichtlich, hat die Anzahl der jährlichen Kontakte zugenommen. Im Jahr 2017 gab es am LKH-Universitätsklinikum Graz täglich rund zwei Kontakte mit Transpersonen.

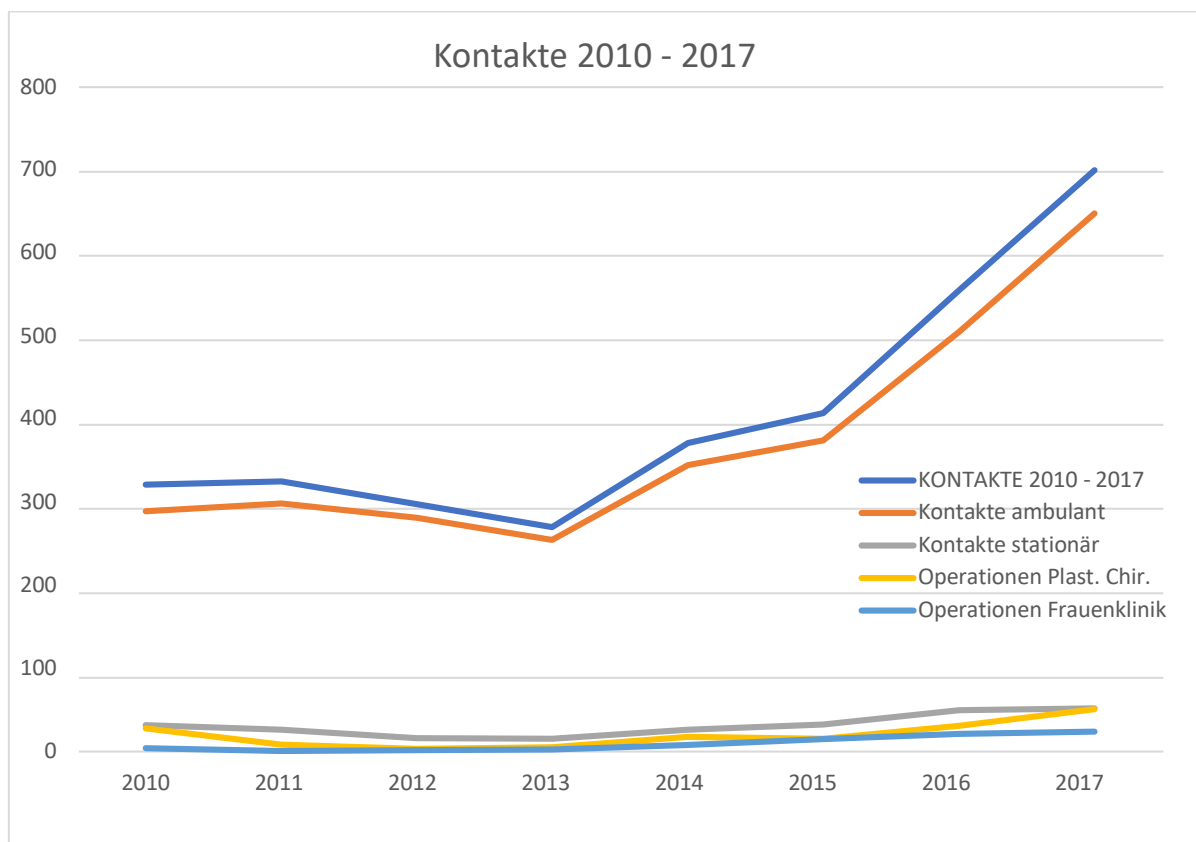


Abb. 6 Patient*innenkontakte 2010 – 2017

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
KONTAKTE 2010 - 2017	327	331	304	277	377	412	558	700
Kontakte ambulant	295	304	287	261	350	379	508	648
Kontakte stationär	32	27	17	16	27	33	50	52
Operationen Plast. Chir.	28	9	4	6	18	16	31	51
Operationen Frauenklinik	4	1	2	3	8	15	21	24

Tab. 8 Patient*innenkontakte mit Transpersonen am LKH-Univ. Klinikum Graz

Über den gesamten Untersuchungszeitraum verteilten sich die Patient*innenkontakte auf 92,3% ambulante und 7,7% stationäre. Dabei stieg der Anteil der ambulanten Kontakte von 90,2% (2010) auf 92,6% (2017) und der Anteil der stationären sank von 9,8% (2010) auf 7,4% (2017).

Verteilung: Transmänner (FtM) und Transfrauen (MtF)

Die Kohorte beinhaltet 106 Transfrauen und 177 Transmänner. Dies ergibt eine Ratio MtF/FtM von 0,60/1.

Einzugsgebiet des LKH-Universitätsklinikums Graz

Die betreuten Transpersonen kamen aus ganz Österreich, sowohl aus städtischen Regionen wie auch aus ländlichen. Rund ein Drittel der Patient*innen wohnten in Graz.

Wohnort (Bundesland)	Anzahl	Anteil
1xxx – Wien (auch teilweise für benachbarte Orte in Niederösterreich)	22	7,8%
2xxx – östliches und südliches Niederösterreich, auch teilweise für Nordburgenland	11	3,9%
3xxx – westliches Niederösterreich und kleine Teile südöstliches Oberösterreich	3	1,1%
4xxx – Oberösterreich und kleine Teile westliches Niederösterreich	15	5,3%
5xxx – Salzburg und westliches Oberösterreich	4	1,4%
6xxx – Nordtirol und Vorarlberg	1	0,4%
7xxx – Burgenland, soweit es nicht unter 2xxx oder 8xxx fällt	4	1,4%
8xxx – Steiermark, Teile des Bezirks Bezirk Jennersdorf im Südburgenland	206	72,8%
9xxx – Kärnten und Osttirol	17	6,0%
<i>Graz</i>	91	32,2%

Tab. 9 Einzugsgebiet des LKH-Universitätsklinikums Graz für Transpersonen

Häufigkeit der (Neben-)Diagnose „Depressio“

Von den 283 Patient*innen konnte bei 36 (12,7%) zusätzlich die Diagnose „Depressio“ erhoben werden. Die Häufigkeit der Diagnose bei Transmännern (13%) und Transfrauen (12,3%) zeigte keinen signifikanten Unterschied.

Chirurgische Interventionen bei Transsexualität am LKH-Universitätsklinikum Graz

Im Untersuchungszeitraum wurden insgesamt 254 stationäre Kontakte verzeichnet und 241 transsexualitätsbezogene operative Eingriffe durchgeführt. Dies entspricht einem jährlichen Durchschnitt von 30 Operationen. *Insgesamt erhielten 121 Personen eine chirurgische Therapie, somit wurden durchschnittlich zwei Eingriffe pro Person durchgeführt.* Diese können auch im Rahmen eines stationären Kontaktes stattgefunden haben.

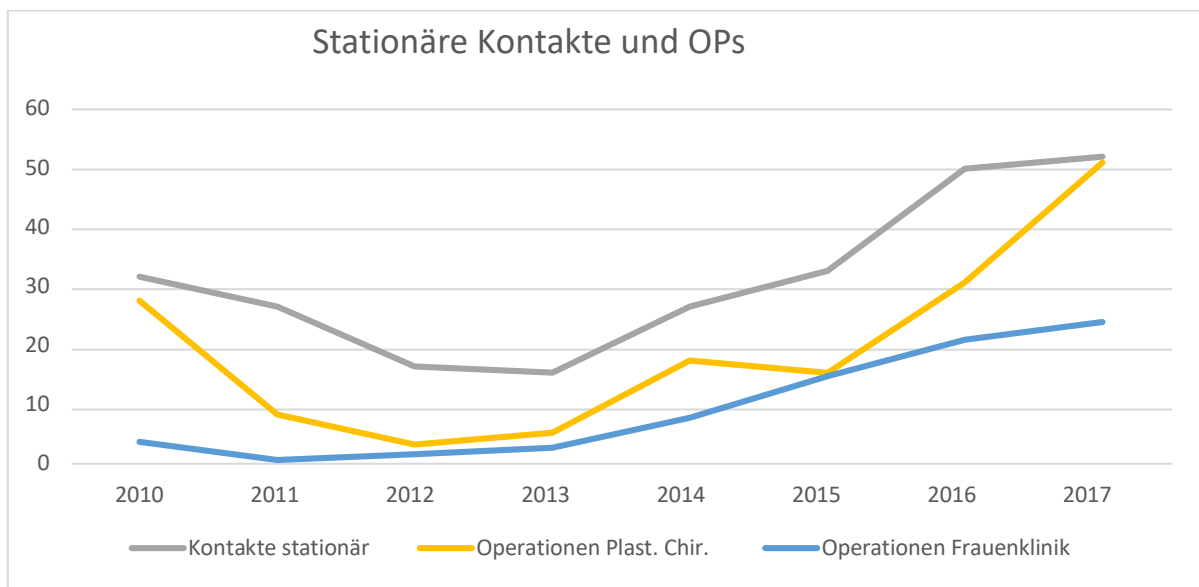


Abb. 7 Stationäre Kontakte und operative Eingriffe 2010 - 2017

8.1.2 Daten des Österreichischen Bundesministeriums für Inneres

Zusätzlich zu den Daten des LKH-Universitätsklinikums Graz konnten vom Bundesministerium für Inneres Fallzahlen zu Geschlechtseintragsänderungen in ganz Österreich erfragt werden (persönliche Kommunikation mit MR N. Kutscher, BMI). Seit 2014 existiert in Österreich das Zentrale Melderegister (ZMR), deshalb waren die Zahlen der Geschlechtseintragsänderungen ab diesem Jahr zugänglich.

Jahr	Anzahl
2018	283 ¹⁾
2017	247
2016	193
2015	182
2014	113

Tab. 10 Geschlechtseintragsänderungen in Österreich lt. ZMR

¹⁾ Da die Informationen im November 2018 übermittelt wurden, wurde die Anzahl von 259 Fällen für das Gesamtjahr hochgerechnet: $259/11 \cdot 12 = 283$

Ausgehend von den Zahlen aus Tab. 10 konnte die Inzidenz für 2018 ermittelt werden:

$$283 \text{ Fälle} / 7\,580\,083 \text{ Personen}^{2)} = 0,0000373$$

Inzidenz: 3,7/100 000

Die Prävalenz, bezogen auf die Informationen von 2014 bis 2018, wurde wie folgt ermittelt:

$$1018 \text{ Fälle} / 7\,580\,083 \text{ Personen}^{2)} = 0,0001343$$

Prävalenz: 13,4/100 000

²⁾ Österreichische Gesamtbevölkerung ab 15 Jahre zum Stichtag 1.1.2019 (46)

8.2 Interviews

In diesem Kapitel sollen die Ergebnisse der sechs Gespräche mit Betroffenen gezeigt werden. Die Gespräche wurden anonymisiert, deswegen werden die Interviewpartner*innen im Folgenden mit *Person* bezeichnet. Der jeweilige Buchstabe dazu ist unabhängig vom realen Namen.

Die ersten sieben Fragen beschäftigten sich mit der Identitätsfindung der Gesprächspartner*innen und ihren Erfahrungen mit medizinisch-psychologischem Fachpersonal und Behörden. Weiters sollten die Betroffenen beschreiben, was aus ihrer Sicht wichtige Maßnahmen zur Verbesserung ihrer Lebenssituation wären. Den Abschluss bildeten sechs Fragen zu soziodemografischen Aspekten.

Frage 1: In welchem Alter wurde Ihnen bewusst, dass Identität und Körper nicht übereinstimmen?

Die Antwortkategorien beziehen sich auf das Alter, in dem die Personen eine benennbare Geschlechtsproblematik erkannten. Für den größeren Teil war das spätestens in der Pubertät der Fall, wie die folgende Interviewpassage exemplarisch zeigt: Person B: *„Seit der Pubertät hatte ich das Gefühl, dass irgendetwas nicht passt. Es war mir auch damals schon klar, dass es mit meinem Geschlecht zu tun hat. Das Gefühl, dass irgendetwas passieren muss, dass es so nicht weitergehen kann, das hatte ich mit circa 21 Jahren.“*

Zwei Personen konnten erst im Erwachsenenalter klar beschreiben, dass sie ein Problem mit ihrer geschlechtlichen Zuordnung hatten. Die Mehrzahl der Gesprächspartner*innen berichtete allerdings von einem, nicht genauer definierbaren, Unbehagen bereits in der Kindheit.

Mit der Pubertät veränderte sich das Äußere durch die Wirkung der Geschlechtshormone deutlich. Die Differenz zwischen dem gefühlten Geschlecht und der körperlichen Erscheinung wurde deutlicher. Vier von sechs Personen berichteten von einer Depression ab der Pubertät, oder spätestens dem frühen Erwachsenenalter.

Frage 1.1: Konnten Sie sich diesbezüglich jemandem (Angehörige, Freunde) anvertrauen?

Diese Frage haben alle sechs Gesprächspartner*innen verneint. Wobei eine Person erzählt hat, dass sie die Möglichkeit gehabt hätte. Sie wollte sich aber niemandem anvertrauen.

Person C: *„Ich hätte es machen können, habe ich aber nicht. Ich habe jahrelang versucht es mit mir selbst auszumachen. Das war meine Entscheidung.“*

Ein interessantes Detail kam in fünf von sechs Antworten vor: Die Betroffenen hatten keine passenden Worte für ihren Zustand. Sie kannten die Begriffe *transgender* bzw. *transsexuell* nicht, oder konnten sie nicht auf sich anwenden. Somit waren sie gar nicht in der Lage zu formulieren, was genau sie belastet hat; beispielsweise erzählt Person F: *„Dann sind wir irgendwann zu einer Party einer Freundin eingeladen gewesen. Dort habe ich eine Transfrau getroffen. [...] Langsam ist mir klar geworden, was los ist. Ich hatte ja vorher nicht mal einen Begriff dafür. [...] Damals war ich 27 Jahre.“*

Frage 2: In welchem Alter haben Sie erstmals professionelle Hilfe bzgl. Transsexualität aufgesucht?

Alle Befragten waren über zwanzig Jahre alt. Die Hälfte der Personen war sogar älter als 25 Jahre. Vergleicht man diese Informationen mit den Angaben aus Frage 1, sieht man, dass bei allen mehrere Jahre vergangen sind, bis sie professionelle Unterstützung gesucht beziehungsweise erhalten haben. Bei zwei Personen ist sogar mehr als ein Jahrzehnt vergangen.

Frage 3: Empfinden Sie Ihre Transition als abgeschlossen?

Diese Frage wurde fünfmal mit Nein und einmal mit Ja beantwortet. Welchen Zustand die Betroffenen für sich als passend empfinden, ist unterschiedlich, wie die beiden folgenden Interviewpassagen anschaulich machen:

Person D: *„Ich habe bewusst meinen neutralen Vornamen gewählt. Ich will das Transpersonen genauso ernst genommen werden, in dem Durchbrechen von Stereotypen.“*

Person E: *„Das ist eine sehr schwierige Frage, muss ich ehrlich sagen. Weil „abgeschlossen“ individuell sehr unterschiedliche Bedeutungen hat. Für manche heißt es, die geschlechtsangleichende Operation erledigt zu haben. Ich bin eher der Mensch, der sagt: „Vorsicht, ich muss mich wohlfühlen.“*

Frage 4: Welche professionellen Unterstützungsmöglichkeiten haben Sie in Anspruch genommen?

Zu dieser Frage gab es drei vorgegebene Antwortkategorien: *Psychotherapeutische*, *endokrinologische* und *chirurgische* Unterstützung. Mehrfachantworten waren möglich. Die Gesprächspartner*innen konnten außerdem ergänzende Aussagen dazu machen.

Alle Befragten hatten bereits psychotherapeutische und endokrinologische Therapiemöglichkeiten genutzt. Drei Personen hatten bereits Operationen vornehmen lassen, zwei planten chirurgische Eingriffe, wie beispielsweise Person E berichtet:

„Chirurgisch steht bei mir jetzt noch der Brustaufbau an. Der wird für Transfrauen aber nicht von der Kasse übernommen.“

Eine Person hat zu weiteren chirurgischen Optionen keine Angabe gemacht.

Frage 5: Wie haben Sie die Begleitung durch Psycholog*innen, Psychiater*innen und andere Mediziner*innen erlebt?

Auf diese Frage wurden pro Interviewpartner*in oft mehrere Eindrücke geschildert, da die verschiedenen Berufsgruppen unterschiedliche Zuständigkeiten haben. Psychiater*innen erstellen beispielsweise Gutachten, die für den weiteren Verlauf der Transition sehr relevant sind. Chirurg*innen wiederum ermöglichen den Betroffenen, den Körper an das Wunschgeschlecht anzunähern. Die Ausgangssituationen für die Begleitung sind also sehr unterschiedlich.

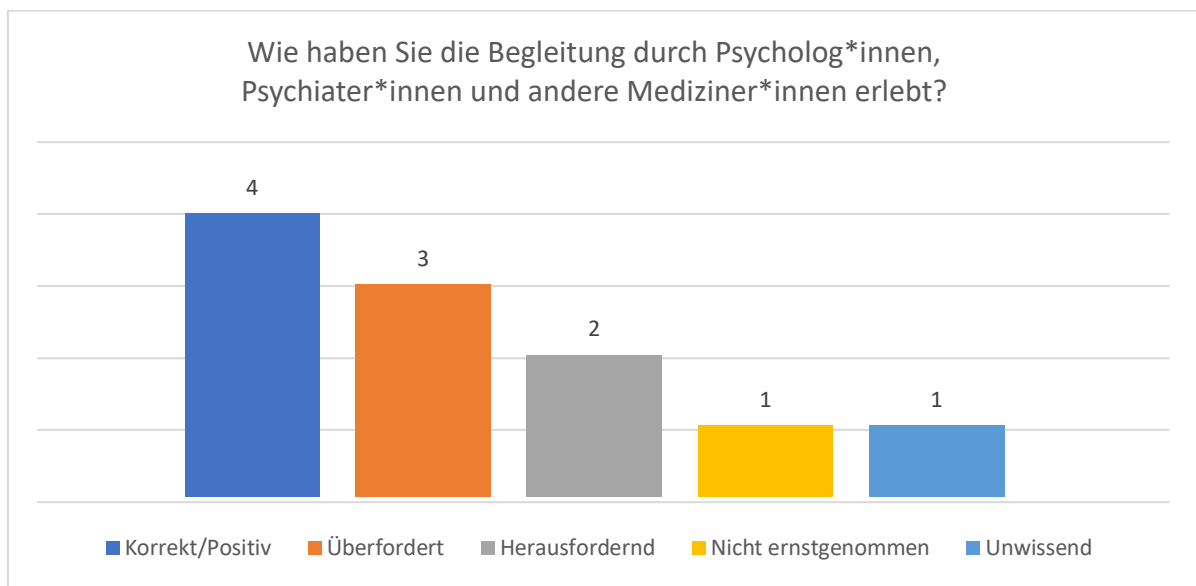


Abb. 8 Antworten zu Frage 5: Begleitung durch medizinisch-psychologisches Fachpersonal

Aus den Interviews geht hervor, dass die positiven Bewertungen mehrheitlich von den Personen stammen, die aktuell mit medizinisch-psychologischem Fachpersonal zu tun hatten. Die Beschreibung *überfordert* wurde von drei der sechs Gesprächspartner*innen genannt und bezog sich auf Ärzt*innen, Psycholog*innen und Krankenhauspersonal, wie folgende Interviewpassagen exemplarisch zeigen:

Person A: „Generell waren viele Ärzte überfordert und ich war nicht in ihr Weltbild passend.“

Person B: *„Manche Abteilungen waren, das hat man gemerkt, einfach überfordert. Aber grundsätzlich habe ich keine Probleme gehabt, sie haben sich immer bemüht.“*

Zweimal wurde die Zusammenarbeit speziell mit Psychiater*innen als *herausfordernd* beschrieben; Person F erzählt beispielsweise: *„Ich habe immer im Hinterkopf gehabt, dass, wenn sie [Anm: die Psychiaterin] mir meine Gutachten nicht schreibt, ich dafür nach Wien pendeln müsste. [...] Und ich hab immer das Gefühl gehabt, dreimal mehr Mann sein zu müssen, als jeder der so auf die Welt gekommen ist.“*

Frage 6: Wie haben Sie den Umgang mit Behörden erlebt?

Eine Person beschrieb sowohl positive wie auch negative Erfahrungen mit Behörden. Insgesamt wurde der Umgang mit Behörden fünfmal als korrekt oder positiv bezeichnet und zweimal negativ dargestellt. Auffällig war auch hier, dass die Betroffenen, die rezent mit Behörden zu tun hatten, den Kontakt weitgehend positiv erlebt haben. Dass Behörden mit Transpersonen korrekt umgehen, wird aber nicht als selbstverständlich angesehen, worauf die Formulierung „Glück gehabt“ in der folgenden Aussage hindeutet:

Person E: *„Also die Behördenwege haben wirklich top funktioniert. Glück gehabt.“*

Frage 7: Was wäre aus ihrer Sicht die wichtigste Maßnahme zur Verbesserung der Lebenssituation von Transpersonen in Österreich?

Auf diese Frage wurden von zwei Gesprächspartner*innen mehrere Maßnahmen genannt, die sie als gleich wichtig ansahen. Eine Person beschrieb die Übernahme der Psychotherapiekosten, einen selbstbestimmten Zugang zu medizinischer Versorgung und Personenstandsänderungen, sowie Antidiskriminierungsarbeit als die wichtigsten Maßnahmen. Eine andere Person gab eine bessere finanzielle Absicherung und mehr Fachleute, die sich mit dem Thema auskennen, als Punkte an.

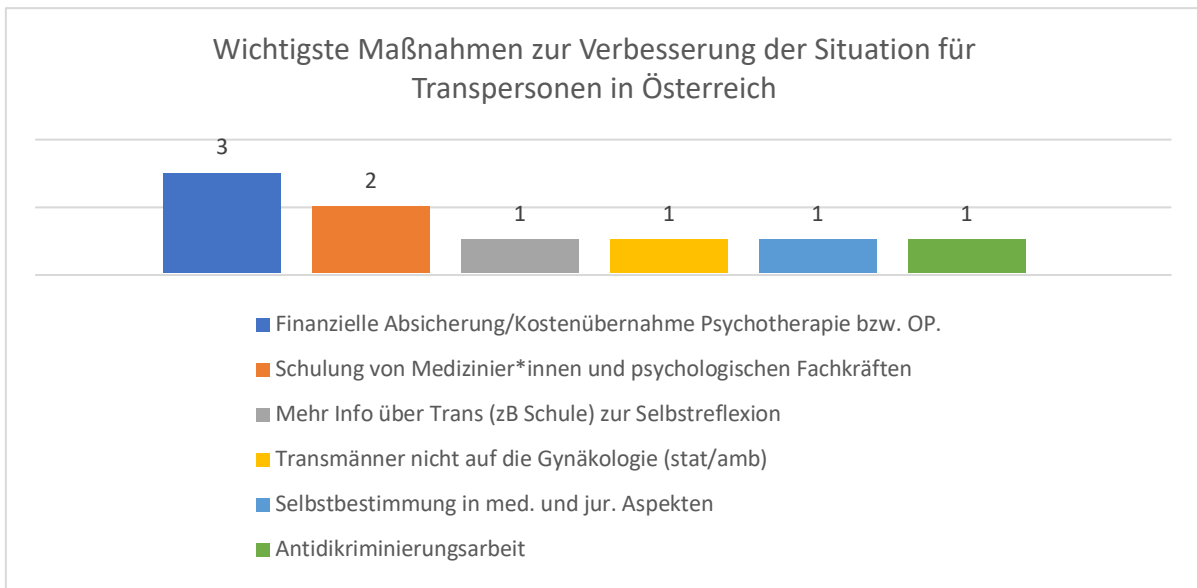


Abb. 9 Antworten auf Frage 7: Maßnahmen zur Verbesserung der Lebenssituation

Die Hälfte der Befragten hielt eine bessere finanzielle Absicherung bzw. die Kostenübernahme von Psychotherapie und chirurgischen Maßnahmen für wichtig:

Person D: „*Es sollten die Psychotherapiekosten übernommen werden, vor allem weil Psychotherapiestunden ja eine Bedingung sind.*“

Eine bessere Schulung von Ärzt*innen und psychologischen Fachkräften zum Thema Geschlechtsdysphorie und Transsexualität wurde zweimal genannt; Person A sagt dazu beispielsweise: „*Anders ausgedrückt: Würden Sie einen Mechaniker, der sich auf VW spezialisiert hat, an Ihrem Cadillac lassen?*“

Weitere Punkte waren: Mehr Information über Transsexualität, beispielsweise in Schulen; dass Transmänner nicht auf der Gynäkologie versorgt werden sollten; selbstbestimmter Zugang zu medizinischer Versorgung und Personenstandsänderung und als Schlagwort: Antidiskriminierungsarbeit.

8.2.1 Soziodemografische Angaben

Im zweiten Teil der Interviews wurden soziodemografische Daten abgefragt, um die Aussagen der Gesprächspartner*innen im gesellschaftlichen Kontext verorten zu können.

Frage 8: Alter

In den vorgegebenen Kategorien (*bis 25J / 26 – 35J / 36 – 45J / 46 – 55J / 56 – 65J / ab 66J*) haben sich die Interviewpartner*innen folgendermaßen zugeordnet: Drei

Betroffene waren bis 25 Jahre alt und je eine Person entfiel auf die Kategorien 26 - 35 Jahre, 36 - 45 Jahre und 46 - 55 Jahre.

Frage 9: Transfrau (MtF) oder Transmann (FtM)

In diesen Kategorien haben sich je drei Personen den Transfrauen und den Transmännern zugeordnet. Wie eingangs erwähnt, beschrieb sich eine Interviewpartner*in als nicht-binär, ordnete sich aber in den Kategorien FtM/MtF den Transfrauen zu.

Frage 10: Höchste abgeschlossene Ausbildung

Vier Personen gaben *Matura* als höchsten Bildungsabschluss an und zwei ein *abgeschlossenes Studium*.

Frage 10.1: Derzeit ausgeübter Beruf

Zu dieser Frage gab es vier vorgegebene Kategorien: *Angestellte*r* / *Arbeiter*in* / *selbstständig* / *sonstiges*. Die Gruppe *Sonstiges* umfasste beispielsweise Arbeitssuchende oder studierende Personen.

Frage 11: Größe des Wohnortes

Hier waren die Kategorien *Dorf*, *Kleinstadt* und *Großstadt* vorgegeben. Als Großstädte zählten in diesem Zusammenhang Landeshauptstädte, in denen mehr als 100 000 Menschen leben. Alle sechs Gesprächspartner*innen lebten in einer Großstadt.

Frage 12: Beziehungsstatus

Zu dieser Frage gab es vier Antwortkategorien: *Single* / *in einer Beziehung* / *geschieden* / *sonstiges*. Mehrfachantworten waren möglich. Vier Personen beschrieben sich als Single. Wobei zwei der Singles betont haben, dass sie nicht aus Mangel an Möglichkeiten, sondern aufgrund einer bewussten Entscheidung dafür, alleinstehend waren. Eine Person lebte in einer Beziehung und eine Person ordnete ihren Beziehungsstatus unter *sonstiges* ein. Zwei der sechs Gesprächspartner*innen waren geschieden.

Frage 12.1: Leibliche Kinder

Diese Frage beantworteten 5 Personen mit nein und eine mit ja.

8.2.2 Zusammenfassung der Interviews

Über die Transgender Selbsthilfegruppe Graz konnten im Herbst 2018 sechs Interviewpartner*innen gefunden werden. Voraussetzungen für die Teilnahme waren Volljährigkeit und die medizinische Diagnose F 64.0 Transsexualismus. Drei Personen identifizierten sich als Transmann, zwei als Transfrau. Eine Person beschrieb sich als nicht-binär, ordnete sich aber in den Kategorien FtM/MtF den Transfrauen zu.

Der größere Teil der Befragten berichtete von einem, nicht genauer definierbaren, Unbehagen bereits in der Kindheit. In der Pubertät wurde der Mehrheit der Gesprächspartner*innen klar, dass ihre gefühlte Identität und ihr Geschlecht nicht übereinstimmten.

Bei allen Interviewpartner*innen dauerte es mehrere Jahre, bis sie diesbezüglich professionelle Hilfe gesucht, beziehungsweise bekommen haben.

Der Umgang mit medizinisch-psychologischem Fachpersonal wurde viermal als korrekt oder positiv beschrieben. Dreimal wurde das Personal als überfordert wahrgenommen und zweimal wurde der Umgang mit den Professionist*innen als herausfordernd angesehen.

Personen die eher rezent mit medizinisch-psychologischem Personal, oder mit Behörden zu tun hatten, bewerteten diese Kontakte positiver, als Betroffene, deren Kontakte länger zurück lagen.

9 Diskussion

Die Untersuchung des Phänomens Transsexualismus bzw. Geschlechtsdysphorie, führte zu interessanten und zum Teil auch überraschenden Ergebnissen.

Die rechtliche Situation für Menschen, die sich nicht dem zugeordneten Geschlecht angehörend fühlten, war bis 1983 unklar. Die Betroffenen waren bisweilen vom guten Willen von Ärzt*innen und Beamt*innen abhängig, wenn es um eine Änderung des Geschlechtseintrages ging. Einzelpersonen erkämpften vor Gericht Verbesserungen der Situation. Seit 2010 gelten im Personenstandsrecht folgende Voraussetzungen für eine Personenstandsänderung: Dass die Person

- a) Maßnahmen getroffen haben muss, die zu einer deutlichen Annäherung an das äußere Erscheinungsbild des anderen Geschlechts geführt haben und
- b) mit hoher Wahrscheinlichkeit damit zu rechnen ist, dass sich am Zugehörigkeitsempfinden zum anderen Geschlecht nichts mehr ändert. (VwGH Zl. 2008/17/0054-8)

Diese Regelung ist positiv zu bewerten, da medizinische Interventionen keine Voraussetzung mehr sind. So haben Betroffene die Möglichkeit ihren Körper – wenn überhaupt – nur soweit zu verändern, dass er ihrer gefühlten Identität entspricht. Durchaus risikobehaftete Eingriffe werden nun nur mehr bei medizinisch-psychologischer Indikation vorgenommen.

Auch in der Medizin gibt es Veränderungen in der Terminologie und Diagnostik von Transsexualität. Noch ist im deutschsprachigen Bereich ICD-10 in Verwendung, der die Diagnose „Transsexualismus“ als psychische Störung einordnet. In der 2018 veröffentlichten 11. Fassung des ICD wird die Thematik mit Begriffen wie „Geschlechtsinkongruenz“ und „Geschlechtsdysphorie“ beschrieben. Des Weiteren ist die Situation nicht mehr im Kapitel für psychische Störungen zu finden, sondern unter „Zustände im Zusammenhang mit sexueller Gesundheit“. (47) Dies ist ein wichtiger Schritt zur Entpathologisierung von Geschlechtsinkongruenz von Personen. Die neuen Begriffe werden auch der Vielfalt von Menschen, die sich nicht mit ihrem zugeschriebenen Geschlecht identifizieren können, besser gerecht.

Der Weltverband für Transgendergesundheit (WPATH) hat Versorgungsempfehlungen veröffentlicht, an denen sich die österreichischen Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie orientieren. Diese geben eine klare

Richtschnur für die Betroffenen und auch das medizinisch-psychologische Fachpersonal und ermöglichen eine individualisierte Begleitung und Therapie. Bei einer Forderung der WPATH besteht in Österreich jedoch noch deutlicher Verbesserungsbedarf. Selbst in Graz, der zweitgrößten Stadt Österreichs, gibt es zu wenig gut qualifiziertes Fachpersonal im Bereich Transgender-Gesundheit. Bis auf wenige spezialisierte Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen gibt es hier eine Versorgungslücke. Es kommt durchaus vor, dass Betroffene die begleitenden Professionist*innen informieren müssen, was sie brauchen und wie der Ablauf grundsätzlich geregelt ist. Die Antworten auf die Interviewfrage: „Wie haben Sie die Begleitung durch Psycholog*innen, Psychiater*innen und andere Ärzt*innen erlebt?“ zeigte hier deutliche Ergebnisse. Neben korrekt/positiv, wurde das Fachpersonal von einem Großteil der Befragten als überfordert, unwissend und herausfordernd beschrieben. Das Fort- und Weiterbildungsangebot für interessierte Professionist*innen sollten dringend erweitert werden. Und auch allgemeines medizinisches Personal, wie z.B. Pflegekräfte, sollten in ihrer Ausbildung kurz über das Thema informiert werden. Die Unwissenheit macht Begegnungen mit Transpersonen für alle Beteiligten mühsamer und zum Teil wirklich belastend.

Um das Hauptthema dieser Arbeit, nämlich die quantitative Größenordnung des Themas Transsexualität in Österreich, zu beforschen, wurden Daten aus dem openMEDOCS-System (steiermärkisches medizinisch-pflegerisches Dokumentations- und Kommunikationsnetzwerk) des LKH-Universitätsklinikums Graz herangezogen. Zusätzlich konnten Informationen über die Anzahl von Geschlechtseintragsänderungen vom Österreichischen Bundesministerium für Inneres gewonnen werden

Die Auswertung der Daten des LKH-Universitätsklinikums Graz führte zu teilweise überraschenden Ergebnissen. Die Altersspanne der betreuten Transpersonen reichte von 17 bis 71 Jahre (bezogen auf 2018). Das Durchschnittsalter der Transmänner betrug 32 Jahre (Median: 30J), das der Transfrauen 40 Jahre (Median: 41J). Diese Zahlen zeigen, dass Transsexualität bzw. Geschlechtsdysphorie kein neues Phänomen, oder eine „Modeerscheinung“ sind. Die Enttabuisierung des Themas führt zu einer breiteren Bekanntheit und durch mediales Interesse werden Transpersonen ein sichtbarer Teil der Gesellschaft. Man darf annehmen, dass es immer noch eine hohe Dunkelziffer an Personen gibt, die nicht den Weg zu medizinisch-psychologischer Unterstützung finden. Wie viele Suizide mit Geschlechtsdysphorie in Verbindung stehen, bleibt unklar.

Bezüglich der Kontakte von Transpersonen zum LKH-Universitätsklinikums Graz wurde ein deutlicher Anstieg von 2010 bis 2017 verzeichnet. Der Anstieg ist teilweise dadurch zu erklären, dass Transpersonen ihre Diagnose ihr Leben lang behalten und somit auch, beispielsweise ein Aufenthalt auf der Dermatologie, zu den Kontakten zählt.

Der zwischenzeitliche Rückgang der Kontakte (2012, 2013) kann seine Ursache in einer veränderten Versorgungssituation haben. Wie schon erwähnt, gibt es wenig kompetentes Fachpersonal und so kann ein Wechsel von einzelnen Mitarbeiter*innen, die Betreuungsmöglichkeiten signifikant beeinflussen.

Im Jahr 2017 wurden im Schnitt zwei Kontakte täglich verzeichnet.

Die Untersuchung der am LKH-Universitätsklinikum Graz behandelten Transpersonen zeigte, dass diese auch aus ländlichen Gebieten Österreichs stammten. Weitere Forschung zu den Lebensbedingungen von Transmännern und Transfrauen außerhalb von Städten ist angezeigt, um diese Informationslücke zu schließen.

Die Ratio MtF zu FtM in der untersuchten Kohorte beträgt 0,60/1. Dieser Wert weicht stark von den Angaben in anderen Studien ab. Olsson und Möller (21) präsentieren eine Ratio von 1,61/1 und Judge et al. (29) geben einen Wert von 2,7/1 an. Generell sind die behandelten Transfrauen in den europäischen Studien in der Überzahl. Das Verhältnis in Graz ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass es am LKH-Universitätsklinikum Graz eine Transmann-Ambulanz gibt, aber kein entsprechendes Angebot für Transfrauen. Diese Einrichtung erklärt auch den signifikanten Unterschied in der Altersverteilung von MtF und FtM. In der Transmann-Ambulanz erhalten FtMs ab 16 Jahren medizinische Unterstützung.

Aus dem openMEDOCS-System wurde weiters die Häufigkeit der (Neben-)Diagnose „Depressio“ abgefragt. 36 (12,7%) der 283 gefundenen Transpersonen hatten diese Diagnose. Zwischen den Untergruppen FtM und MtF gab es keinen signifikanten Unterschied. Im Vergleich zur österreichischen Gesamtbevölkerung (48) findet man die Diagnose „Depressio“ bei Transpersonen hochsignifikant häufiger (7,7% vs. 12,7%, $p < 0,00001$) (48). Budge et al. (49) berichten, dass sogar rund 50% der untersuchten Transpersonen depressive Symptome zeigen. Hier sind zwei Aspekte besonders zu beachten. Transpersonen leiden stark darunter, dass ihre Geschlechtsidentität, zumindest bis zur erfolgreichen Anpassung, von ihrer Umwelt nicht, bzw. falsch, wahrgenommen wird. Ein „Nicht-man-selbst-sein-Können“ betrifft grundlegende Dimensionen der menschlichen Existenz. Der zweite Punkt ist, dass Transpersonen nach wie vor gesellschaftlich

stigmatisiert sind. Hier gibt es zwar Fortschritte im öffentlichen Bewusstsein, aber als Normvariante wird Transsexualität noch nicht gesehen.

Dadurch, dass in dieser Arbeit nur Daten eines Universitätsklinikums in Österreich untersucht werden konnten, ist es nicht möglich, Aussagen über die medizinisch-psychologische Versorgung von Transpersonen im gesamten Bundesgebiet zu machen.

Über das Österreichische Bundesministerium für Inneres konnte die Anzahl der Geschlechtseintragsänderungen von 2014 bis 2018 ermittelt werden. Diese Informationen ergeben eine Prävalenz von $13,4/100\ 000$. Es ist zu beachten, dass dieser Wert nur auf fünf aufeinanderfolgende Jahre bezogen ist und deshalb als *Minimalwert* interpretiert werden muss. Trotzdem ist die Prävalenz im Vergleich zu anderen europäischen Studien deutlich höher als erwartet. Die angegebenen Häufigkeiten erstrecken sich von $0,45/100\ 000$ (8) bis zu $8,05/100\ 000$ (16). Nur eine Studie beschreibt eine Prävalenz von $16,67/100\ 000$ (28), was der für Österreich gefundenen Größenordnung entspricht. Gründe dafür können in verschiedenen Erhebungsmethoden liegen. Unterschiede in der Versorgungssituation und andere rechtliche Rahmenbedingungen haben auch Einfluss auf die Anzahl der gefundenen Personen. Dass Autoren teilweise mit unvollständigen Datenmaterial, z.B. durch kurze Untersuchungszeiträume, gearbeitet haben, ist anzunehmen. Inkludiert man die von Van Trotsenburg (20) gefundenen 188 Personen, die von 1977 bis 2001 im Rahmen eines Antrags auf Geschlechtseintragsänderung begutachtet wurden, steigt die Prävalenz in Österreich auf $15,9/100\ 000$.

$$1018 + 188^1) / 7\ 580\ 083\ \text{Personen}^2) = 0,000159$$

Prävalenz: 15,9/100 000

¹⁾Postop. Transsexuelle; im Rahmen einer Geschlechtseintragsänderung begutachtet (1977 – 2001) (20)

²⁾ Österreichische Gesamtbevölkerung ab 15 Jahre zum Stichtag 1.1.2019 (46)

Zum Vergleich: Dieser Wert entspricht der Größenordnung von Hundertjährigen in Österreich. (50) Mehr als 100 Jahre alt zu werden, bzw. eine Geschlechtseintragsänderung vornehmen zu lassen, sind also ähnlich seltene Ereignisse. Die eine, wie die andere Personengruppe ist aber Teil unserer Gesellschaft und hat das Recht in ihren Bedürfnissen wahrgenommen zu werden.

Dabei kann Prävalenz der Geschlechtseintragsänderungen nur eine Teilmenge der Transpersonen abbilden. Zum Ersten müssen für die Änderung des Personenstandes gewisse Voraussetzungen (siehe Kap. 2.1) erfüllt sein und zum Zweiten ist nicht für jede Person mit

Geschlechtsdysphorie eine rechtliche Änderung des Geschlechtseintrages nötig, um zu subjektivem Wohlbefinden zu gelangen. Welchen Prozentsatz an Personen, die sich nicht (ausschließlich) mit ihrem zugeschriebenen Geschlecht identifizieren, die gefundene Prävalenz abbildet, muss durch weitere Studien untersucht werden. Man darf davon ausgehen, dass bisher nur ein kleiner Teil der Betroffenen damit valide dargestellt werden kann.

Im Zuge dieser Diplomarbeit wurden auch sechs Interviews mit Transpersonen geführt. Ein interessanter Punkt, der von den Betroffenen häufig beschrieben wurde, war ein Fehlen von Begriffen. Fünf der sechs Personen erzählten davon, dass sie keine passenden Worte für ihren Zustand hatten. Bei allen Gesprächspartner*innen sind mehrere Jahre vergangen, bis sie professionelle Unterstützung bezüglich ihrer Geschlechtsdysphorie gesucht, beziehungsweise erhalten haben. Aus diesem Blickwinkel ist es erfreulich, dass die mediale Aufmerksamkeit zu dem Thema steigt und über das Internet leichter Informationen beschafft werden können. Allerdings steigt damit auch das Risiko von Fehldiagnosen. Transsexualität bzw. Geschlechtsdysphorie ist meist eine Selbstdiagnose. Hier liegt es nun an gut ausgebildeten Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen, diese Selbsteinschätzung zu überprüfen. Derzeit gibt es in Deutschland eine heftige Kontroverse, wie schnell und selbstbestimmt Personen mit Geschlechtsdysphorie Hormontherapie und chirurgische Interventionen erhalten sollen. (51) Einerseits soll man die Belastung für die Betroffenen nicht unnötig verlängern, andererseits können eine Fehleinschätzung der Situation und unrealistische Erwartungen an die Medizin, zu irreversiblen Folgen führen.

Wie oben erwähnt, wird in den Interviews deutlich, dass es noch zu wenig kompetente Unterstützung für Betroffene gibt.

Für die analytische Reichweite der Interviewergebnisse ist eine wichtige Einschränkung notwendig. Alle Gesprächspartner*innen kamen aus einer Großstadt (hier: Landeshauptstadt mit > 100 000 Einwohner*innen). Im städtischen Raum sind die medizinisch-psychologischen Anlaufstellen vielfältiger als im Ländlichen. Weiters weisen Städte eine größere Heterogenität bezüglich ihrer Bevölkerung auf als ländliche Gebiete. Die Unterstützungsmöglichkeiten für betroffene Personen, wie auch das soziale Umfeld, in dem sie leben, haben Einfluss auf ihre Gesundheit und Lebenszufriedenheit. Wie es Transpersonen im ländlichen Raum geht und welche Verbesserungsmaßnahmen sie als wichtig empfinden, kann aus den hier erhobenen Daten nicht abgeleitet werden. Eine andere Limitation ist dadurch gegeben, dass alle Interviewpartner*innen über ein relativ hohes

Bildungsniveau verfügten. Über die Situation von Transpersonen aus bildungsferneren Schichten kann in dieser Arbeit also keine Aussage gemacht werden. Auch die Frage, welche Erfahrungen Menschen mit niedrigerer Bildung, beispielsweise im Umgang mit medizinisch-psychologischem Fachpersonal oder Behörden gemacht haben, kann in dieser Arbeit nicht beantwortet werden.

Auf die Frage, was die wichtigste Maßnahme zur Verbesserung der Situation von Transpersonen in Österreich wäre, wurde am häufigsten eine bessere finanzielle Absicherung gefordert. Der finanzielle Aspekt der Behandlung stellt manche Betroffene vor große Hürden. Da die Psychotherapiekosten nur teilweise von den Krankenkassen übernommen werden, diese Begleitung aber wichtig ist und auch Voraussetzung für medizinische Therapien, ist hier eine Verbesserung angezeigt. Transfrauen stehen auch vor dem Problem, dass ein chirurgischer Brustaufbau beispielsweise von der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse als rein kosmetisch gesehen wird. Diese argumentiert, dass durch die Hormontherapie ein Brustwachstum gegeben ist und lehnen die Kostenübernahme für den Aufbau im Allgemeinen ab. Hier sollten für die Betroffenen individuell passende Lösungen gefunden werden.

Diese Arbeit soll einen ersten Einblick in die Themen Geschlechtsdysphorie und Transsexualität sowie dessen Häufigkeit bieten. Diese Thematik ist sowohl medizinisch – psychologisch, als auch rechtlich und soziologisch sehr vielschichtig und interessant. Sie bedarf größerer wissenschaftlicher Aufmerksamkeit, um sie besser zu verstehen, dementsprechend gute Unterstützung zu bieten und gesellschaftliche Vorurteile abzubauen.

10 Literaturverzeichnis

1. Arcelus J, Bouman WP, Van Den Noortgate W, Claes L, Witcomb G, Fernandez-Aranda F. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *Eur Psychiatry*. 2015;30(6):807-15.
2. Fairyrington S. The Smithsonian's Queer Collection. *The Advocate*. 2014.
3. Walinder J. *Transsexualism: a study of forty-three cases*. Goteborg: Scandinavian University Books; 1967.
4. Hirschfeld M. *Geschlechtsübergänge*. Leipzig: Verlag der Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene; 1906.
5. Benjamin H. Transvestitism and transsexualism in the male and female. *J Sex Res*. 1967;3:107-27.
6. Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus nach der Klassifikation in der derzeit gültigen DSM bzw. ICD-Fassung: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz; 2017 Available from: https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitsfoerderung/Psychische_Gesundheit/Transsexualismus_Geschlechtsdysphorie/.
7. Pauly IB. The Current Status Of The Sex Change Operation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1968;Vol. 147.
8. Walinder J. Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. *Br J Psychiatry*. 1971;119(549):195-6.
9. Hoenig J, Kenna JC. The prevalence of transsexualism in England and Wales. *Brit J Psychiat*. 1974;124(579):181–90.
10. Ross MW, Walinder J, Lundstrom B, Thuwe I. Cross-cultural approaches to transsexualism. A comparison between Sweden and Australia. *Acta Psychiatr Scand*. 1981;63(1):75-82.
11. O’Gorman E. A preliminary report on transsexualism in Northern Ireland. *Ulster Med J*. 1982;50(1):46–9.
12. Tsoi WF. The prevalence of transsexualism in Singapore. *Acta Psychiatr Scand*. 1988;78(4):501-4.
13. Baba T, Endo T, Ikeda K, Shimizu A, Honnma H, Ikeda H, et al. Distinctive features of female-to-male transsexualism and prevalence of gender identity disorder in Japan. *J Sex Med*. 2011;8(6):1686-93.

14. Eklund PL, Gooren LJ, Bezemer PD. Prevalence of transsexualism in The Netherlands. *Br J Psychiatry*. 1988;152:638-40.
15. Bakker A, Van Kesteren PJ, Gooren LJ, Bezemer PD. The prevalence of transsexualism in The Netherlands. *Acta Psychiatr Scand*. 1993;87(4):237-8.
16. van Kesteren PJ, Gooren LJ, Megens JA. An epidemiological and demographic study of transsexuals in The Netherlands. *Arch Sex Behav*. 1996;25(6):589-600.
17. Weitze C, Osburg S. Transsexualism in Germany: empirical data on epidemiology and application of the German Transsexuals' Act during its first ten years. *Arch Sex Behav*. 1996;25(4):409-25.
18. Landen M, Walinder J, Lambert G, Lundström B. Factors predictive of regret in sex reassignment. *Acta Psychiatr Scand*. 1996;97(4):284-9.
19. Wilson P, Sharp C, Carr S. The prevalence of gender dysphoria in Scotland: a primary care study. *Br J Gen Pract*. 1999;49(449):991-2.
20. Van Trotsenburg M. Transsexualität: Überblick über ein Phänomen mit besonderer Berücksichtigung der Österreichischen Sicht. *Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe*. 2002;20:8-22.
21. Olsson SE, Moller AR. On the incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden, 1972-2002. *Arch Sex Behav*. 2003;32(4):381-6.
22. Petru E. *Gynäkologie: Pathologie und Humangenetik: Servicebetrieb ÖH-Uni Graz GmbH*; 2010. 36 p.
23. Gomez Gil E, Trilla Garcia A, Godas Sieso T, Halperin Rabinovich I, Puig Domingo M, Vidal Hagemeyer A, et al. [Estimation of prevalence, incidence and sex ratio of transsexualism in Catalonia according to health care demand]. *Actas Esp Psiquiatr*. 2006;34(5):295-302.
24. De Cuyper G, Van Hemelrijck M, Michel A, Crael B, Heylens G, Rubens R, et al. Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *Eur Psychiatry*. 2007;22(3):137-41.
25. Vujovic S, Popovic S, Sbutega-Milosevic G, Djordjevic M, Gooren L. Transsexualism in Serbia: a twenty-year follow-up study. *J Sex Med*. 2009;6(4):1018-23.
26. Baltaci K. *Von cissexuell bis Transvestit: Die Spielarten der Geschlechter*. Die Presse. 2013.
27. Kessler SJ. *Lessons from the Intersexed*. Piscataway, New Jersey, USA: Rutgers University Press; 1998.

28. Dhejne C, Oberg K, Arver S, Landen M. An analysis of all applications for sex reassignment surgery in Sweden, 1960-2010: prevalence, incidence, and regrets. *Arch Sex Behav.* 2014;43(8):1535-45.
29. Judge C, O'Donovan C, Callaghan G, Gaoatswe G, O'Shea D. Gender dysphoria - prevalence and co-morbidities in an irish adult population. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2014;5:87.
30. Fausto-Sterling A. The Five Sexes: Why male and female are not enough. *The Sciences.* 1993;March/April 1993:20–4.
31. Coleman E. BW, et al. Standards of Care Versorgungsempfehlungen für die Gesundheit von transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Personen. 2012.
32. Cauldwell DO. Psychopathia Transexualis. *Sexology.* 1949;16:274–80.
33. Hirschfeld M. Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen unter besonderer Berücksichtigung der Homosexualität 1923.
34. Benjamin H. *The Transsexual Phenomenon* 1966.
35. Fischl FH, Vlasich E. *Transsexuell - Transgender Der Weg ins andere Geschlecht* 2007.
36. Empfehlungen für die Behandlung Transsexueller in Österreich bis 2014: *TransX Austria*; Available from: <http://www.transx.at/Pub/Behandlungsempfehl%2079-14.php>.
37. Krollner B. *ICD-Code.de* Available from: <http://www.icd-code.de/suche/icd/code/F64.-.html?sp=Stranssex>.
38. Nieder O, Briken P, H. R-A. Transgender, Transsexualität und Geschlechtsdysphorie: Aktuelle Entwicklungen in Diagnostik und Therapie. *PSYCH up2date.* 2013.
39. World Health Organisation; Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/90875286>.
40. Streit S. Geschlechtsdysphorie ist keine Krankheit, sondern ein Zustand. *Ärzte Woche.* 2019.
41. The role of the GP in caring for gender-questioning an transgender patients [press release]. *Royal College of General Practitioners* 2019.
42. Van Trotsenburg M, Cohen EMR., Noe M. Die hormonelle Behandlung transsexueller Personen. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie.* 2004;3:171-83.

43. Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung [Internet]. 2018 [cited 01.02.2019]. Available from: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/138-001.html>.
44. Kutscher N. Österreichisches Bundesministerium für Inneres
45. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken: Beltz; 2015.
46. Bevölkerung zu Jahresbeginn 2002-2019 nach fünfjährigen Altersgruppen und Geschlecht [Internet]. Statistik Austria. 2019 [cited 20.06.2019]. Available from: http://statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/index.html.
47. ICD-11 [Internet]. World Health Organisation 2019 [cited 20.06.2019]. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f577470983>.
48. Mental health and related issues statistics [Internet]. eurostat. 2015 [cited 28.06.2019]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mental_health_and_related_issues_statistics#Extent_of_depressive_disorders.
49. Budge SL, Adelson JL, Howard KA. Anxiety and depression in transgender individuals: the roles of transition status, loss, social support, and coping. J Consult Clin Psychol. 2013;81(3):545-57.
50. 100- und Mehrjährige zu Jahresbeginn 2002-2019 nach Geschlecht und Bundesland [Internet]. Statistik Austria. 2019 [cited 11.06.2019]. Available from: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/index.html.
51. Kramarz S. Geschlechtsinkongruenz: Aktuelle Leitlinie setzt neue Maßstäbe, ist aber umstritten Available from: https://deutsch.medscape.com/artikelansicht/4907710?nlid=128438_3081&src=WNL_mdplnews_190307_MSCPEDIT_DE&uac=208759FK&faf=1.

11 Anhang

Interviewleitfaden

In welchem Alter wurde Ihnen bewusst, dass Identität und Körper nicht übereinstimmen?

Konnten Sie sich diesbezüglich jemandem (Angehörige, Freunde) anvertrauen?

In welchem Alter haben Sie erstmals professionelle Hilfe bzgl. Transsexualität aufgesucht?

Empfinden Sie Ihre Transition als abgeschlossen?

Welche professionellen Unterstützungsmöglichkeiten haben Sie in Anspruch genommen?

Psychotherapeutische / endokrinologische / chirurgische

Wie haben Sie die Begleitung durch Psycholog*innen, Psychiater*innen und andere Ärzt*innen erlebt?

Wie haben Sie den Umgang mit Behörden erlebt?

Was wäre aus ihrer Sicht die wichtigste Maßnahme zur Verbesserung der Lebenssituation von Transpersonen in Österreich?

Soziodemografische Angaben:

Alter

Bis 25J / 26 – 35J / 36 – 45J / 46 – 55J / 56 – 65J / ab 66J

MtF/FtM

Höchste abgeschlossene Ausbildung

Derzeit ausgeübter Beruf

Angestellte*r/Arbeiter*in/selbstständig/sonstiges

Größe des Wohnortes

Dorf / Kleinstadt / Großstadt

Beziehungsstatus

Single / in einer Beziehung / geschieden / sonstiges

Leibliche Kinder

Ja / Nein