



## Bachelorarbeit

### Entscheidungsbeeinflussende Faktoren zur Wahl des Transitionsziels bei Transmännern.

Eine explorative Studie über Transmänner in  
Deutschland und der Schweiz.

**Nicole Metzger**

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Referentin: Simone Hobi, M.Sc.,  
ZHAW Departement Angewandte Psychologie, Zürich

Schlieren, Mai 2013



Diese Arbeit wurde im Rahmen des Bachelorstudienganges am Departement P der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.



## **Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich allen Personen herzlich danken, die mich bei der Entstehung dieser Bachelorarbeit in irgendeiner Form unterstützt haben. Besonderer Dank gilt den 366 Transmännern, welche meine Arbeit durch ihre Teilnahme erst möglich machten. Vielen Dank auch an Niklaus Flütsch und Simone Hobi für ihre Unterstützung und wertvolle Mitarbeit, fachlich wie auch persönlich.

Meinem Partner, der mir die Anregung zu diesem Thema gab und mir stets unterstützend zur Seite stand.



## Vorwort

Die Schwierigkeit, allgemein verständliche und wissenschaftlich akzeptierte Terminologien und Definitionen zu finden, welche von Transmenschen als nicht verletzend oder diskriminierend empfunden werden, wurde in der Erarbeitung dieser Bachelorarbeit deutlich. Der Begriff *Transmann* wird in dieser Arbeit unabhängig des Transitionsstadiums verwendet, da explizit auf die Phase der Transition eingegangen wird, dies obwohl die Bezeichnung *Mann* für einige der Studienteilnehmer post-transitorisch als zutreffend empfunden wird. Auch die Unterteilung in Frauen und Männer anhand ihres bei der Geburt festgestellten Körpergeschlechts dient ausschliesslich der Unterscheidung der prä- und post-transitorischen sozialen und gesellschaftlichen Rolle und Wahrnehmung. In keiner Weise soll dadurch das Geschlechtsempfinden der einzelnen Personen beschrieben werden.

*Hoffentlich bildet die Umfrage die sehr unterschiedlichen Präferenzen von Trans\*-Personen hinreichend ab und kann dazu beitragen individuellere und weniger determinierende Lösungen [in der Behandlung von Transmenschen] zu finden. (anonymer Studienteilnehmer)*





## **Abstract**

Die vorliegende empirische Arbeit untersucht die Erwartungen, Ängste, sexuellen und sozialen Parameter, welche bei Transmännern zur Wahl des für sie gewünschten Transitionsziels führen. Speziell wurde untersucht, inwiefern die sexuelle Orientierung den Entscheid zu geschlechtsangleichenden Massnahmen beeinflusst. Zur empirischen Untersuchung dieser Fragestellung wurde eine gemischt quantitative und qualitative Erhebung in Form einer Online-Befragung an 366 Transmännern zwischen 16 und 66 Jahren in Deutschland und der Schweiz durchgeführt. Ein zusätzlich geführtes Experteninterview mit Dr. med. Niklaus Flütsch wurde zur Diskussion der Ergebnisse beigezogen. Die Auswertung des Fragebogens zeigt, dass Transmänner mit einer heterosexuellen Orientierung wie auch diejenigen mit einer heterosexuellen Identität zu genitalangleichenden Operationen tendieren und Transmänner, die sich nicht an der binären Geschlechterordnung orientieren, freier in der Wahl ihres Transitionsziels sind. Laut der vorliegenden Studie verzichteten viele Transmänner aufgrund der hohen Komplikationsrate chirurgischer Eingriffe auf eine Phalloplastik. Gemäss den vorliegenden Ergebnissen würden sich doppelt so viele Transmänner bei besseren Resultaten einen Penisaufbau als Transitionsziel wünschen, unabhängig ihrer sexuellen Identität oder Orientierung. Die vorliegende Arbeit stellt die bis anhin umfangreichste Befragung von Transmännern im deutschsprachigen Raum dar. Sie gewährt einen vertieften Einblick in die inner- und ausserpsychischen Vorgänge in Bezug auf den Transitionsprozess von Transmännern und trägt somit zur Aufklärung und Information von medizinischen und psychologischen Fachkräften bei.

*Keywords:* Transsexualität, Transidentität, Transmänner, Transition, Transitionsziel, Geschlechtsidentität, Gender Dysphoria, geschlechtsanpassende Massnahmen, genitalangleichende Operationen, sexuelle Orientierung, sexuelle Identität



## Inhalt

Ausgangslage.....	1
Aufbau der Arbeit.....	1
Ziel der Arbeit .....	2
Theoretischer Hintergrund.....	2
Fazit, Forschungsstand und Forschungslücke .....	11
Fragestellung .....	12
<b>Methode .....</b>	<b>13</b>
Design.....	13
Angaben zur Stichprobe .....	13
Erhebungsinstrumente .....	14
<b>Ergebnisse .....</b>	<b>16</b>
Beschreibung der Verfahren.....	16
Darstellung der Ergebnisse: Häufigkeitstabellen .....	17
Darstellung der Ergebnisse: Chi-Quadrat-Tests .....	32
<b>Diskussion.....</b>	<b>34</b>
Zusammenfassung der Untersuchung.....	35
Diskussion und Interpretation der Ergebnisse .....	35
Beantwortung der Fragestellung und Fazit.....	39
Methodenkritik und Ausblick.....	40
<b>Literatur .....</b>	<b>42</b>
<b>Glossar .....</b>	<b>48</b>

## Tabellen

<b>Tabelle 1.1</b>	Soziodemografische Charakteristik der Studienpopulation.....	17
<b>Tabelle 1.2</b>	Bildung und berufsbezogene Daten der Studienpopulation.....	18
<b>Tabelle 1.3</b>	Herkunftsfamilie und soziales Umfeld der Studienpopulation.....	18
<b>Tabelle 2.1</b>	Sexuelle Orientierung und Identität der Studienpopulation.....	20
<b>Tabelle 2.2</b>	Geschlechts-/sexuelle Identität der Partner/Partnerinnen.....	20
<b>Tabelle 2.3</b>	Sexuelle Anziehung früher und aktuell.....	21
<b>Tabelle 2.4</b>	Sexueller Verkehr früher und aktuell.....	21
<b>Tabelle 2.5</b>	Verliebt Sein früher und aktuell.....	22
<b>Tabelle 2.6</b>	Sexuelle Fantasien und Träume früher und aktuell.....	22
<b>Tabelle 2.7</b>	Erregendes erotisches Material früher und aktuell.....	23
<b>Tabelle 3.1</b>	Coming-out als Transmann/Transidenter.....	24
<b>Tabelle 4.1</b>	Traumatische Situationen.....	24
<b>Tabelle 4.2</b>	Gesundheit.....	24
<b>Tabelle 4.3</b>	Sexuelle Probleme aufgrund des Körpers.....	25
<b>Tabelle 4.4</b>	Erfahrung mit psychologischer Begleitung/Therapie.....	25
<b>Tabelle 4.5</b>	Psychologische Begleitung/Therapie.....	26
<b>Tabelle 5.1</b>	Transitions-Wunschziel und durchgeführte Massnahmen.....	26
<b>Tabelle 5.2</b>	Transition und geschlechtsanpassende Massnahmen.....	27
<b>Tabelle 5.3</b>	Veränderung des Wunsches nach geschlechtsanpassenden Massnahmen	27
<b>Tabelle 5.4</b>	Gründe Veränderungswunsch bez. geschlechtsanpassende Massnahmen	28
<b>Tabelle 5.5</b>	Wichtigkeit männlicher Vorname.....	28
<b>Tabelle 5.6</b>	Wichtigkeit Geschlechtsanpassung für Partner_in.....	29
<b>Tabelle 6.1</b>	Bedenken/Ängste bei geschlechtsanpassenden Massnahmen.....	29
<b>Tabelle 7.1</b>	Grösste Ressource im Transitionsprozess.....	31
<b>Tabelle 7.2</b>	Grösste negative Erfahrung im Transitionsprozess.....	31

## Abkürzungen

DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> . Das DSM (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen) ist das Klassifikationssystem der <i>American Psychiatric Association</i> . Die aktuellste, international gültige Ausgabe ist das DSM-IV-TR (Stand Dezember 2012).
FtM	<i>Female-to-male transgender person</i> . Frau-zu-Mann-Transsexueller oder Transmann.
HBIGDA	<i>Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association</i> . Ist die vorgängige Bezeichnung der WPATH (siehe unter WPATH).
ICD	<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i> . Die internationale Klassifikation psychischer Störungen wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben. Die aktuellste, international gültige Ausgabe ist das ICD-10 (Stand Dezember 2012).
MtF	<i>Male-to-female transgender person</i> . Mann-zu-Frau-Transsexuelle oder Transfrau.
SRS	<i>Sex reassignment surgery</i> . In der englischsprachigen Literatur Bezeichnung für chirurgische geschlechtsanpassende Massnahmen.
Trans*	Definition des Transgender-Network-Schweiz: “ <i>Trans*</i> meint die Tatsache, dass ein Mensch sich nicht dem Geschlecht zugehörig fühlt, dem er bei Geburt zugeordnet wurde. Diese Menschen kommen mit einem eindeutig männlich oder eindeutig weiblichen Körper zur Welt, sie identifizieren sich aber als das andere Geschlecht, als zwischen den Geschlechtern oder als ein bisschen von beiden. [...] Andere Begriffe dafür sind transgender, transident oder transsexuell (transgender-network.ch, 2013).
WPATH	<i>World Professional Association for Transgender Health</i> . Die Organisation hat das Ziel, die Behandlung sexueller Identitätsstörungen zu verbessern und die <i>Evidence based</i> -Pfleger, -Aufklärung, -Forschung, Interessenvertretung, öffentliche Meinungsbildung und den Respekt im Bereich der Gesundheit von Transgender zu fördern (wpath.org, 2012).



## **Ausgangslage**

Transmenschen sehen sich in ihrem Transitionsprozess und der Entscheidung zu geschlechtsangleichenden Behandlungen wie Hormontherapie und Operation von vielerlei Überlegungen, Sorgen und Einflüssen begleitet (zielgruppenspezifische Terminologien siehe Glossar). Nur ca. 43 Prozent bzw. 50 Prozent der Transmenschen wünschen gemäss Studien von Green und Blanchard (2000; zit. nach Rauchfleisch, 2012) eine chirurgische Angleichung an das Gegengeschlecht. Dennoch werden in der deutsch- und englischsprachigen Literatur hauptsächlich prä- und postmedizinische respektive prä- und posttransitorische Aspekte ausführlich behandelt und medizinisch-operative Techniken umfassend erläutert (Babaei, Safarinejad, Farrokhi & Iran-Pour, 2010; Bauquis, Pralong & Stiefel, 2011; Courtois, Terrier, Brassard, Ruffion & Morel-Journel, 2011; Takamatsu & Harashina, 2009; Steinle, 2011; Zimmermann et al., 2006). Auch existieren Empfehlungen für die psychologische Therapie von Transmenschen (Becker et al., 1997). Mögliche biopsychologische Ursachen der Transsexualität sind bereits dokumentiert (Cohen-Kettenis, van Goozen & van Trotsenburg, 2007; Rice, Friberg & Gavrilets, 2012), Partnerschaften von Transmenschen und die speziellen Anforderungen der Transition an die Partner und Partnerinnen werden erforscht (Brauckmann, 2002; Brown, 2010; Huxley, 1981; Kraemer, Hobi, Rufer, Hepp, Büchi & Schnyder, 2009). Die individuellen Einflüsse jedoch, die das Mass der Transition und das Transitionsziel beeinflussen, sind bis heute nicht erhoben. In dieser Arbeit wird erstmals im deutschsprachigen Raum in diesem Umfang der Frage nachgegangen, welche Erwartungen, Bedenken, sexuelle und soziale Parameter heute Transmänner in ihrer Wahl des für sie passenden Transitionsziels beeinflussen.

## **Aufbau der Arbeit**

Im Theorieteil dieser Arbeit wird die Basis für die im zweiten Teil folgende empirische Untersuchung der Forschungsleitfrage geschaffen. Die verschiedenen Ausprägungen von Sexualität und Geschlecht werden erörtert. Die Begriffe Transsexualismus bzw. Geschlechtsidentitätsstörung werden bestimmt. Die aktuellen Forschungsergebnisse zur Transition werden erläutert und mögliche Einflussfaktoren aufgezeigt. Zusätzlich werden die zu diesem Thema relevanten Daten zu Suizidalität und selbstverletzendem Verhalten präsentiert. Es folgen eine Aufzählung der möglichen Forschungslücken und die dieser Arbeit zugrunde liegenden Forschungsfragen. Im Methodenteil werden Angaben zur Stichprobe

wie auch zu den eingesetzten Erhebungsinstrumenten geliefert. Ein Experteninterview und ein internetbasierter Fragebogen bilden die Grundlagen der Empirie. Die Auswertung der Fragebogendaten mittels deskriptiver Statistik und qualitativer Inhaltsanalyse dient als Grundlage für die anschliessende Diskussion und Interpretation der Ergebnisse. Die Methodenkritik mit dem Ausblick auf mögliche zukünftige interessante Studienansätze zum Thema Transidentität und Transition schliessen diese Arbeit ab.

## Ziel der Arbeit

Mit dieser Arbeit sollen erstmals Informationen zu den Faktoren vorliegen, die Transmänner heute beim Entschluss zu ihrem persönlichen Transitionsziel beeinflussen. Diese Informationen sollen psychologisch-psychiatrischen Fachkräften einen vertieften Einblick in die inner- und ausserpsychischen Vorgänge bei Transmännern vor, während und nach ihrer Transition vermitteln. Das Verstehen der vielfältigen Einflüsse und deren Auswirkungen ist Voraussetzung für eine fundierte Beratung von Transmenschen.

## Theoretischer Hintergrund

**Begriffsbestimmungen zu Sexualität und Geschlecht.** Das biologische Geschlecht wird laut Steinle (2011) durch medizinische Untersuchungen im Uterus oder bei der Geburt, basierend auf den primären Geschlechtsmerkmalen, als männlich oder weiblich definiert. Ist eine eindeutige Zuteilung nicht möglich, wird von Intersexualität gesprochen.

**Geschlechtsidentität.** Vetter (2010) definiert *Geschlechtsidentität* als sexuelle Selbstidentifikation hinsichtlich des Geschlechtserlebens. Geschlechtsidentität stellt das Bewusstsein dar, eine weibliche oder männliche Person zu sein und entwickelt sich aus der *Kern-Geschlechtsidentität* (Grundwissen um das eigene Geschlecht), der *Geschlechtsrolle* (sozialisiertes Geschlechtsverhalten) und der *Geschlechtspartnerorientierung* (sexuelle Orientierung). Die Geschlechtsidentität ist nach dem 4. Lebensjahr durch äusserliche Einflüsse meistens nicht mehr veränderbar. Transmenschen fühlen sich hinsichtlich ihrer Geschlechtsidentität dem biologischen Geschlecht nicht zugehörig (Vetter, 2010).

**Sexuelle Orientierung.** Gemäss Vetter (2010) beschreibt die sexuelle Orientierung die erotische Ausrichtung einer Person bezogen auf das Geschlecht seines Partners. Die *Homosexualität* und die *Heterosexualität* bilden dabei ein Kontinuum, wobei die *Bisexualität*



*lität* die Mitte darstellt. Personen, welche keinerlei sexuelle Bedürfnisse verspüren und auch kein Sexualverhalten zeigen, gelten als *asexuell* (Vetter, 2010).

**Sexuelle Identität.** Laut dem Gender und Diversity Portal der Universität Freiburg (2013) beschreibt die *sexuelle Identität* das Selbstverständnis über das geschlechtliche Wesen, so wie ein Mensch sich selbst wahrnimmt und von anderen wahrgenommen werden will. Neben dem biologischen und sozialen Geschlecht umfasst sie auch die sexuelle Orientierung (heterosexuell, homosexuell, bisexuell oder asexuell). Zur Dimension der sexuellen Identität gehören auch Menschen die sich als transgender bezeichnen und sich mit der ihnen aufgrund der biologischen Geschlechtsmerkmale zugeschriebenen Geschlechtsrolle nicht oder nur unzureichend charakterisiert fühlen ([www.gleichstellung.uni-freiburg.de](http://www.gleichstellung.uni-freiburg.de), 2013). Savin-Williams (2011) sagt das Verschwinden der Kategorisierung in sexuelle Identitäten voraus, da Jugendliche aller sexuellen Ausrichtungen sich vermehrt einer Einteilung und Zuordnung ihrer sexuellen Identität verweigerten. Für sie sei sexuelle Diversität normal, akzeptabel und sogar wünschenswert (Savin-Williams, 2011).

**Sexuelle Präferenz.** Der Duden (2013) definiert Präferenz als Vorliebe oder ausgeprägte Neigung. Sexualpräferenz beschreibt die sexuelle Vorliebe oder sexuelle Neigung, die sich in entsprechenden sexuellen Verhaltensweisen zeigen.

**Begriffsbestimmungen Transsexualismus/Geschlechtsidentitätsstörung.** Harry Benjamin (1966) publizierte die erste klinische Abhandlung über transsexuelle Menschen, indem er seine Erfahrungen in der Begleitung dieser Patienten beschreibt. Die von ihm damals ausgeführten Definitionen werden auch heute noch zur Beurteilung transsexueller Patienten herangezogen (Benjamin, 1966; zit. nach Bauquis, Pralong & Stiefel, 2011).

**Klassifikation nach ICD-10.** In der *internationalen Klassifikation psychischer Störungen* (ICD-10) wird Transsexualität als Störung der Geschlechtsidentität unter *F64.0 Transsexualismus* aufgeführt. Folgende Kriterien sind für die Diagnose Transsexualismus gemäss ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2010, S. 263) zu erfüllen:

Es besteht der Wunsch, als Angehöriger des anderen anatomischen Geschlechts zu leben und anerkannt zu werden. Dieser geht meist mit dem Gefühl des Unbehagens oder der Nichtzugehörigkeit zum eigenen Geschlecht einher. Es besteht der Wunsch nach hormoneller und chirurgischer Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht soweit wie möglich anzugleichen.

Zudem sind als diagnostische Leitlinien zu beachten:

Die transsexuelle Identität muss mindestens 2 Jahre durchgehend bestanden haben und darf nicht ein Symptom einer anderen psychischen Störung, wie z.B. einer Schizophrenie, sein. Ein Zusammenhang mit intersexuellen, genetischen oder geschlechtschromosomalen Anomalien muss ausgeschlossen sein. (Dilling et al., 2010, S. 263)

**Klassifikation nach DSM-IV-TR.** Das DSM-IV-TR (Sass, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) ordnet Transsexualismus der Kategorie *Sexuelle Identitätsstörungen* zu und wird als *Geschlechtsidentitätsstörung* definiert. Da die Diagnose *Transsexualismus* des ICD zu eng an die Operationsindikation gebunden ist, ist der Operationswunsch im DSM seit 1994 ein mögliches, aber nicht zwingendes Kriterium (Rauchfleisch, 2012; Vetter, 2010) Das DSM-IV-TR (Sass et al., 2003, S. 643) fordert bei Jugendlichen und Erwachsenen unter Punkt 302.85 vier Kriterien für die Diagnosestellung:

- **Kriterium A:** Ein starkes und andauerndes Zugehörigkeitsgefühl zum anderen Geschlecht.
- **Kriterium B:** Anhaltendes Unbehagen im Geburtsgeschlecht oder Gefühl der Person, dass die Geschlechtsrolle des eigenen Geschlechts für sie nicht die richtige ist.
- **Kriterium C:** Das Störungsbild ist nicht von einem somatischen Intersex-Syndrom begleitet.
- **Kriterium D:** Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Zusätzlich zur Diagnose wird bei sexuell reifen Personen die sexuelle Orientierung codiert (Sass et al., 2003). Laut Vetter (2010) ist bezüglich des Kriteriums D nicht klar, ob Transmenschen unter der Störung selbst oder nicht eher unter den gesellschaftlichen Reaktionen und der fehlenden Akzeptanz leiden. In diesem Sinne haben Mitglieder der *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) für die 5. Revision des DSM, welches im Mai 2013 publiziert werden soll, folgende Vorschläge gemacht:

A majority (but not all) of the participants believed that a diagnosis related to Gender Identity Disorder should remain in the *DSM*, and many advocated changes in name, diagnostic criteria, and placement within the *DSM*. The proposed name is Gender Dysphoria, and the diagnostic criteria should be distress based. Placement should be outside the chapter on Sexual Disorders and possibly within Psychiatric Disorders Related to a Medical Condition. (Knudson, De Cuypere & Bockting, 2010, S. 115)

In ihren Vorschlägen betonen Knudson und ihre Mitarbeiter (2010), dass der Begriff *Gender Dysphoria* in jedem Fall dem Begriff *Gender Identity Disorder* vorzuziehen

sei, da die Diagnostikkriterien sich auf das Leiden und nicht auf die Identität der Personen fokussieren sollten (Knudson et al., 2010).

**Epidemiologie.** Zuverlässige Daten über die Prävalenz von transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörungen liegen nicht vor, da die Zahlen je nach Erhebungskriterien und Untersuchungsland stark variieren. In der 7. Version der *Standards of Care* (SOC) der *World Organisation of Transgender Health* (WPATH) wird die Prävalenz von Transfrauen zwischen 1:11'900 bis 1:45'000 und diejenige von Transmännern zwischen 1:30'000 bis 1:200'000 angegeben (WPATH, 2012). Bei einer aktuellen Bevölkerungszahl von 7,9 Millionen (Bundesamt für Statistik BFS, 2011) in der Schweiz bzw. 81,8 Millionen in Deutschland (Bundeszentrale für politische Bildung, 2013) kann somit von 39 bis 263 Transmännern in der Schweiz bzw. 409 bis 2'726 Transmännern in Deutschland ausgegangen werden.

**Ätiologie.** Vetter (2010) wie auch Cohen-Kettenis (2007) führen ein Wechselspiel somatischer, psychischer und sozialer Faktoren bei der Entwicklung der Geschlechtsidentität wie auch bei der Entstehung der Transidentität als mögliche Ursachen der Transsexualität auf. Laut Vetter (2010) existieren Hinweise auf genetische und hormonelle Einflussfaktoren, welche pränatal die Struktur und Funktion der Gehirne von Transmenschen verändern (Vetter, 2010; Cohen-Kettenis et al., 2007). Rice, Friberg und Gavrillets (2012) sehen die Entstehung der Homosexualität wie auch der Transsexualität in der Epigenetik, den sogenannten Epi-Marks. Werden diese bei der Weitergabe an die nächste Generation nicht überschrieben, kann die männliche Geschlechtsidentität vom Vater an die Tochter übergehen wie auch umgekehrt, die weibliche Geschlechtsidentität von der Mutter an den Sohn. Diese neue These bedarf jedoch weiterer Untersuchungen (Rice, Friberg & Gavrillets, 2012).

**Entwicklung und Prognose.** Etwa drei Viertel der Kinder mit einer Geschlechtsidentitätsstörung (GID) weisen später im Jugend- oder Erwachsenenalter eine homosexuelle oder bisexuelle Orientierung auf. Die GID scheint mit dem Coming-out zu verschwinden. Nur ein geringer Prozentsatz der Kinder mit GID behält diese in der Jugendzeit bei (Cohen-Kettenis, 2007; Fiedler, 2004). Fiedler (2004) und Vetter (2010) sprechen von einer *primären* und *sekundären Transsexualität*, wenn die ersten Anzeichen der Transsexualität in der Kindheit (primär) bzw. erst im frühen bis mittleren Erwachsenenleben (sekundär) auftreten. Die Gruppe der primären Transsexuellen ist betreffend der operativen Geschlechtsanpassung meist entschiedener und weist nach den Operationen eine höhere Zu-

friedenheitsrate auf als die der sekundären Transsexuellen, zudem zeigen erstere laut Studien keinen Transvestitismus in ihrer Vorgeschichte (Fiedler, 2004; Vetter, 2010). Becker (2009) gibt an, dass Transmänner mehrheitlich sexuell immer schon auf Frauen orientiert gewesen seien, in den letzten Jahren, die Anzahl sich als schwul verstehende Transmänner jedoch stetig zunehme.

**Transition: Begriffsbestimmungen und Stand der Forschung.** Welzer (1993) definiert Transitionen allgemein als komplexe, ineinander übergehende und sich überblendende Wandlungsprozesse. Sie stellen die Phasen eines Lebenslaufs während sich verändernden Kontexten dar (Welzer, 1993). In Bezug auf die Transsexualität beinhaltet die Transition gemäss Steinle (2011) mögliche Schritte wie das Coming-out gegenüber der Familie und Freunden, den Beginn der Hormontherapie, die Namensänderung und die geschlechtsangleichenden Operationen. Die Transition beschreibt die Phase des Veränderns der physischen und sozialen Erscheinung und hat eine bessere Repräsentanz der inneren Geschlechtsidentität nach aussen hin zum Ziel. Der Transitionsprozess ist individuell und kann sich über eine längere Zeit erstrecken (Steinle, 2011).

***Geschlechtsangleichende Massnahmen bei Transmännern.*** Mit der ersten medizinisch-chirurgischen Geschlechtsangleichung eines Mannes an das weibliche Geschlecht Mitte des 20. Jahrhunderts in Dänemark begann eine neue Ära in der Geschichte der Transsexualität (Bauquis et al., 2011). Seither sind in vielen verschiedenen Ländern tausende Operationen an Männern und Frauen durchgeführt worden (Rauchfleisch, 2012).

***Hormonelle Behandlung bei Transmännern.*** Laut Bauquis und seinen Mitarbeitern (2011) ist die Hormontherapie eine ebenso einschneidende Entscheidung wie diejenige zu einer Operation, da sich die Patienten und Patientinnen durch die hormonelle Substitutionstherapie in ihrem Fühlen und Erscheinungsbild ihrem Zielgeschlecht annähern und die sekundären Geschlechtsmerkmale sich dementsprechend verändern (Bauquis et al., 2011). Das Ziel der Testosteronbehandlung bei Transmännern ist eine Vermännlichung. Die Veränderungen umfassen die Vertiefung der Stimme, das Ende der Menstruation und die Ausbildung sekundärer männlicher Geschlechtsmerkmale wie die Körperbehaarung. Negative Nebeneffekte können Stimmungsschwankungen, gesteigerter Sexualdrang und erhöhte Aggressivität sein. Die gebräuchlichste Form der Hormonabgabe an Transmänner ist die intramuskuläre Injektion eines Testosteron-Esters (Steinle, 2011). Die meisten physischen Veränderungen erfolgen in den ersten zwei Jahren der Hormonbehandlung (WPATH, 2012). Verschiedene durch die Testosteroneinnahme bedingte Veränderungen (z.B. Haar-

ausfall, Stimmvertiefung oder Klitorisvergrößerung) sind auch bei Absetzung der Hormone irreversibel (Steinle, 2011).

*Operationen primärer Geschlechtsmerkmale.* Chirurgische Behandlungen beinhalten nach Bedarf, die Entfernung von Scheidegewebe (*Kolpektomie*) sowie die Gebärmutterentfernung (*Hysterektomie*) und beidseitige Entfernung der Eierstöcke (*Ovarektomie*) (Bauquis et al., 2011). Zum aktuellen Zeitpunkt stehen Transmännern zwei genitalangleichende Techniken zur Wahl: die Phalloplastik (Neopenis oder Penisaufbau) oder der Klitorispenoid (Klitpen). Bei letzterem handelt es sich um eine operative Freilegung der von den männlichen Hormonen vergrößerten Klitoris. Ein Standardkonzept bei Genitaloperationen von Transmännern gibt es nicht und die Techniken der Phalloplastik und der Surrogat-Hoden-Implantation sind noch im Erprobungsstadium (Becker et al., 1997). Selvaggi, Dhejne, Landen und Elander (2012), die WPATH (2012) wie auch Courtois, Terrier, Brasard, Ruffion und Morel-Journel (2011) betonen die hohen Komplikationsraten, die vielen erforderlichen Nach- und Korrekturoperationen und die optisch wie funktional meist sehr mässigen Operationsergebnisse beim Penisaufbau, weshalb viele Transmänner darauf verzichten (Courtois et al., 2011; Selvaggi et al., 2012; WPATH 2012).

*Operationen sekundärer Geschlechtsmerkmale.* Die Testosteronbehandlung reduziert das Brustvolumen bei den biologischen Frauen kaum, was eine Brustdrüsenentfernung (*Mastektomie*) notwendig macht (Bauquis et al., 2011). Andere, nicht-genitale operative Eingriffe bei Transmännern können Stimmbandoperationen, pectorale Implantate oder Liposuktion sein (WPATH, 2012).

*Post-operative Zufriedenheit.* Die wichtigste Erkenntnis aus katamnestischen Studien an postoperativen Verläufen transsexueller Personen ist die, dass weder die Hormonbehandlung noch die geschlechtsanpassenden Massnahmen allein zu einer dauerhaften psychischen Stabilisierung beitragen, sondern nur deren Einbettung in eine längere psychotherapeutische Behandlung (Preuss, 1999). Zimmermann et al. (2006) geben an, dass chirurgische Massnahmen bei einer geringen Gruppe von Transmenschen angebracht sind, häufig aber die einzige Möglichkeit zur Erhöhung der Lebenszufriedenheit darstellen. Die Operation löst in diesem Fall das Problem der „gender dysphoria“ durch die Verringerung des Unbehagens im biologischen Geschlecht (S. 433). In der Studie über die Lebensqualität von 16 Transmännern und 24 Transfrauen von Zimmermann et al. (2006) geben 75% der Transmänner bzw. 71% der Transfrauen eine hohe postoperative Zufriedenheit mit der neuen Geschlechtsidentität an (*sehr zufriedenstellend*). Die postoperative Zufriedenheit mit

dem Körper ist bei 81% der Transmänner *zufriedenstellend* und bei 50% der Transfrauen *sehr zufriedenstellend*. Die postoperative Zufriedenheit mit dem Sexualleben geben 44% der Transmänner und 38% der Transfrauen mit *zufriedenstellend* an, jedoch zeigen sich jeweils 25% der Personen un schlüssig.

Es kommt tatsächlich vor [dass Transmenschen die Geschlechtsanpassung nachträglich bereuen], nicht oft, aber es passiert. Und davor haben gerade die Therapeuten Angst, die Transmenschen begleiten. Ein Grund kann tatsächlich sein, dass man realisiert, dass das innere Empfinden falsch war. Oder die Operation ist nicht so rausgekommen, wie man sich das gewünscht hat. [...] Der wichtigste Punkt ist aber die mangelnde soziale Akzeptanz. Man hat zwar nun das Wunschgeschlecht, aber viele Freunde verloren, den Partner und möglicherweise gleich auch noch den Job. (Flütsch, 2012, „Nicht jeder will eine Operation, im Gegenteil,“ para. 15)

In der Studie von Zimmermann et al. (2006) ist die Zufriedenheit der Stichprobe im Bereich *Partnerschaft/Sexualität* im Vergleich zur „Normalpopulation“ signifikant niedriger. Die erhobenen Daten verweisen zudem auf eine häufige postoperative Änderung der sexuellen Orientierung. Auffallend ist laut den Untersuchern, dass trotz der ausdrücklichen Betonung des Wohlbefindens hinsichtlich der Operationsaspekte seitens der Probanden ein niedriger Level der „Dimensionen *Angstfreiheit, Lebensfreude, Entspannungsfähigkeit* und *körperlicher Leistungsfähigkeit*“ zu beobachten ist (Zimmermann et al., 2006, S. 437). In der Studie von de Cuypere et al. (2005) geben 83% der Transmänner mit einer Prothese und 60% derjenigen ohne Prothese eine Verbesserung ihres Sexlebens an. Dieselbe Stichprobe gibt mit 92% bzw. 50% an, dass Sexualität für sie ausserdem sehr wichtig sei, jedoch bei den Transmännern mit Prothese mehr als die Hälfte Schmerzen während des Geschlechtsverkehrs verspüren (de Cuypere et al., 2005).

**Transition am Arbeitsplatz.** Eine Studie des Transgender Networks (2012) zeigt, dass Coming-out und Transition am Arbeitsplatz für Transmenschen ein hohes Risiko für beruflichen Abstieg mit sich bringen. Rasche und unkomplizierte Unterstützung des Wohnorts (amtliche Dokumente) und des Betriebs sind ausschlaggebende Faktoren für die weiterbestehende Berufstätigkeit. Auch Law und seine Mitarbeiter (2011) bestätigen, dass die Unterstützung des Arbeitsbetriebs ein wichtiger Faktor zur Verbesserung der Arbeitsplatzsituation ist. Transmänner erleben am Arbeitsplatz Diskriminationen aufgrund ihres oft jugendlichen Aussehens (keinen Bartwuchs, kleinere Statur usw.), aber auch positive Konsequenzen ihrer Transition wie mehr Respekt, mehr Autorität und höhere Saläre (Law, Martinez, Ruggs, Hebl & Akers, 2011). Aufgrund schwerer Belästigungen von Mitarbeitenden sehen sich viele Transmenschen gezwungen, sich krankschreiben zu lassen oder

ihren Job zu kündigen. Viele sind post-transitorisch in einem Job tätig, der nicht ihrer Ausbildung entspricht und verdienen dementsprechend schlechter (Gagne et al., 1997; zit. nach Law et al., 2011). In der katamnesticen Studie von Zimmermann et al. (2006) gaben 27% der Transmenschen eine postoperative finanzielle Verschlechterung an, bei 50% sei die ökonomische Lage unverändert und bei 20% habe sie sich verbessert. 65% gaben an, dass sich ihr Verhältnis zu ihren Arbeitskollegen weder verschlechtert noch verbessert habe (Zimmermann et al., 2006). Law et al. (2011) schlagen aufgrund der Ergebnisse ihrer Studie zwei Strategien für eine möglichst gute Arbeitseinstellung und -befriedigung vor. Zum einen die persönliche Offenheit und Kommunikation der Transperson gegenüber Mitarbeitenden und Vorgesetzten, zum anderen die Unterstützung der Firma, unter anderem durch Diversity-Programme, welche Transmenschen explizit einbeziehen (Law et al., 2011).

***Transition in der Beziehung.*** Die Transition betrifft nicht nur die Transmenschen selbst, sondern ebenso sehr dessen Partner oder Partnerin. Gemäss Brown (2009) haben signifikant mehr Transmänner stabile und länger anhaltende Beziehungen als Transfrauen. Als möglicher Grund dafür erachtet sie die Sozialisierung der Transmänner als Frauen, was ihre Beziehungsfähigkeit und affektive Gerichtetheit erhöhe (Brown, 2009). Bis 1993 wurde davon ausgegangen, dass Transmänner ausschliesslich heterosexuelle Beziehungen nach ihrer Geschlechtsanpassung eingehen. Laut Coleman, Walter, Bockting und Gooren (1993) gehen Transmänner jedoch häufig homosexuelle Beziehungen ein. Dies betrifft insbesondere jene Transmänner, die sich vor der Transition in lesbischen Beziehungen nicht wohl fühlten und sich mit einer lesbischen Identität nicht oder nur schwer identifizieren konnten (Coleman et al., 1993). In der Literatur wird zum grössten Teil die Konstellation *Transmann mit heterosexuell definierter Partnerin* untersucht, jedoch gibt es mittlerweile Studien, die sich auch mit nicht-heterosexuellen Partnerinnen auseinandersetzen. Brown (2009), Joslin-Roher (2009) und Hobi (2008) betonen, dass in dieser Beziehungskonstellation für die Partnerin eine tiefgreifende Identitätskonfusion entsteht, welche ihre eigene sexuelle Identität, ihre soziale Identität und auch ihre Community und Peergroup umfasst. Joslin-Roher (2009) gibt an, dass die Rollentransition in jedem Fall mit Stress verbunden ist aufgrund der Veränderung des sozialen Status durch den Wechsel von einer sichtbar „queeren“ Identität zu einer für Aussenstehende heterosexuellen Identität. Studien zur Konstellation *Transmann mit heterosexuell definiertem Partner* sind nicht zu finden (Joslin-Roher, 2009).

**Psychologische Begleitung der Transition.** Transsexualität habe, so Rauchfleisch (2008), nichts mit psychischer Gesundheit oder Krankheit zu tun, psychische Gesundheit respektive Krankheit sei genauso möglich und verbreitet wie bei der Gesamtbevölkerung. Mögliche Themen in der psychologischen Begleitung von Transmenschen sind das Coming-out (Betroffene, Partner/Partnerin, Eltern/Kinder und Arbeitsplatz) und das Abschiednehmen vom bisherigen Leben mit Partnerin oder Partner, bis hin zur Neuorientierung der Identität oder der sexuellen Orientierung. Rauchfleisch (2008) fordert zudem, dass Kinder von Transmenschen in jedem Fall in den Prozess der Angleichung ihrer Mutter oder ihres Vaters an das Gegengeschlecht einbezogen sein sollten.

Es ist dringend notwendig, dass gerade auch die mit Kindern arbeitenden Therapeutinnen und Therapeuten [diesbezüglich] über ein fundiertes Wissen verfügen und der Homosexualität und Transidentität unvoreingenommen gegenüberstehen. (Rauchfleisch, 2008, S. 39)

Speziell bei Transmännern können Probleme in der Partnerschaft entstehen aufgrund der Ablehnung vieler Transmänner, im Intimbereich berührt zu werden, dies auch nach geschlechtsanpassenden Massnahmen (Hobi, 2008; Rauchfleisch, 2008). Einerseits braucht es dann eine individuelle Behandlung des Transmannes, um die Akzeptanz seines Körpers zu erreichen, andererseits muss in einer Paartherapie an den gegenseitigen Erwartungen und Enttäuschungen gearbeitet werden. Eine schlüssige Ätiologie gibt es weder für die Transidentität noch für die sexuelle Orientierung. Beide stellen aber gemäss Rauchfleisch (2008) unabhängige Dimensionen dar, da nicht wenige Transmenschen nach der Geschlechtsanpassung einen gleichgeschlechtlichen Partner, respektive eine gleichgeschlechtliche Partnerin suchen. Für die Arbeit mit Transmenschen sieht Rauchfleisch (2008) deshalb für psychologische Fachkräfte die gleichen zwei Voraussetzungen wie für die Arbeit mit homo- und bisexuellen Menschen (S. 37-41):

1. Es muss auf Seiten der Professionellen Unvoreingenommenheit gegenüber den verschiedenen sexuellen Orientierungen und sexuellen Identitäten bestehen.
2. Professionelle Fachkräfte müssen von der Unveränderbarkeit der sexuellen Orientierungen ausgehen.

Wenn diese Bedingungen seitens der Psychologen und Psychologinnen erfüllt werden, sind therapeutische Interventionen für Transmenschen eine wichtige Hilfe (Rauchfleisch, 2008). Rauchfleisch (2012) schlägt eine Sitzungsfrequenz von mindestens 1 Stunde pro Woche vor, um einen intensiven therapeutischen Prozess überhaupt zu ermöglichen. Um eine optimale Koordination der Massnahmen und Termine zu garantieren, sieht



Rauchfleisch (2012) die Zuteilung einer „Bezugsperson“ für den Klienten oder die Klientin aus dem Kreis der Fachpersonen, welche an der Behandlung beteiligt sind als sinnvoll. Dies würde nicht nur auf Seiten der Klienten und Klientinnen für einen klaren Ansprechpartner sorgen, sondern auch der Bezugsperson (sinnvollerweise ein Vertreter, eine Vertreterin der Psychologie oder Psychiatrie) die Möglichkeit geben, über eine längere Zeit, über mehrere Termine und mittels regelmässiger Gespräche den Entwicklungsprozess genau zu verfolgen (Rauchfleisch, 2012).

**Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität.** Hendricks und Testa (2012) heben in ihrer Studie das alarmierend hohe Suizid- und Selbstverletzungsrisiko in der Trans\*-Population hervor. Dickey (2011) zeigt in ihrer Studie über nicht-suizidales-selbstverletzendes Verhalten (NSSV) in der Transgender-Community auf, dass 41,8% ( $n=977$ ) der Studienteilnehmenden angeben, bereits Erfahrung mit selbstverletzendem Verhalten gemacht zu haben. Laut ihrer Studie berichteten Personen, die an der Transition gehindert wurden, häufiger über NSSV als solche, die nicht daran gehindert wurden. Häufigkeitsangaben zu NSSV in der deutschen Allgemeinbevölkerung fehlen. In der Schulstudie von Plener, Libal, Keller, Fegert und Muehlenkamp (2009) gaben 25,6 % der Jugendlichen an ( $n= 665$ , mittleres Alter 14.8; 2009), sich bereits mindestens einmal selbst verletzt zu haben. 6,5% gaben zudem an bereits einen Suizidversuch hinter sich zu haben. 239 der Jugendlichen ( $n=661$ ) gaben an schon über Suizid gesprochen, damit gedroht oder daran gedacht zu haben, jedoch nur 44 Personen gaben an, wirklich sterben zu wollen, als sie mit Suizid drohten (Plener et al., 2009). Die Suizidrate in der Schweiz betrug im Jahre 2010 laut OECD (2012) 15.1 auf 100'000 Einwohner und diejenige von Deutschland 9.9 auf 100'000 Einwohner.

## **Fazit, Forschungsstand und Forschungslücke**

In der bestehenden Literatur sind Studien über spezifische Teilbereiche wie die Gesundheit, die postoperative Zufriedenheit, die Beziehungszufriedenheit oder die operativen Techniken und Möglichkeiten zum Thema Transsexualität und Transidentität vorwiegend aus den USA und den Niederlanden zu finden (Brown, 2009; Cohen-Kettenis et al., 2007; Coleman et al., 1993; de Cuypere et al., 2005; Hendricks & Testa, 2012; Huxley, 1981; Selvaggi et al., 2012; Law et al., 2011; Joslin-Roher, 2009). In den letzten Jahren haben auch Studien im deutschsprachigen Raum, welche sich mit Transmenschen befassen, zugenommen (Bauquis et al., 2011; Hobi, 2008; Kraemer et al., 2009; Zimmermann,

2006). Keine der Studien exploriert jedoch die Lebensumstände, die sozialen Einflüsse und deren Auswirkungen auf die Entscheidung von Transmenschen für oder gegen genitalangleichende operative Massnahmen. In der therapeutischen Begleitung werden diverse Standards und Richtlinien (vgl. SOC der WPATH) konsultiert, um ansatzweise eine evidenzbasierte Behandlung anbieten zu können. Viele der Informationen, die den Fachpersonen zugänglich sind, bestehen aus Erfahrungsberichten und Schilderungen von einigen wenigen spezialisierten und trans\*-versierten Psychologen und Psychologinnen (Becker, 2009; Güldenring, 2009; Preuss, 1999; Rauchfleisch, 2012; Vetter, 2010). Es besteht, hauptsächlich im deutschsprachigen Raum, eine erhebliche Forschungs- und Datenlücke betreffend der Transition und den sie beeinflussenden Faktoren aus der Sicht der Betroffenen selbst. Psychologische Fachkräfte mit speziellen Kenntnissen und Erfahrung in der Begleitung von Transmenschen stehen aktuell wenige zur Verfügung. Es besteht ein grosser Bedarf an Aufklärung und Information von psychologischen wie auch medizinischen Fachleuten zum Wohle der Trans\*-Community und auch deren Angehörigen. Diese Studie soll zur Bildung einer ganzheitlichen Sichtweise im Umgang mit Transmenschen, insbesondere Transmännern beitragen und Fachpersonen Informationen zu sozialen, psychologischen und demografischen Einflüssen in Bezug auf den Transitionsprozess liefern. Sie soll die Diversität der Trans\*-Population aufzeigen und dazu beitragen, individuellere und weniger determinierende Lösungen in der Behandlung und therapeutischen Begleitung zu finden.

## **Fragestellung**

Die vorliegende explorative Arbeit befasst sich mit den Einflüssen, Erwartungen, sexuellen und sozialen Parametern, Ängsten und Bedenken, welche bei Transmännern zur Wahl des für sie richtigen Transitionsziels führen und soll insbesondere folgende Frage beantworten: Welche Faktoren haben einen entscheidenden Einfluss auf die Wahl des Transitionsziels bei Transmännern? Zudem interessiert, inwiefern die sexuelle Orientierung den Entscheid zu geschlechtsanpassenden Massnahmen bei Transmännern beeinflusst?

## Methode

### Design

Bei dieser Arbeit handelt es sich um eine empirische Untersuchung mit explorativem Charakter. Als Erhebungsinstrumente dienten einerseits ein Experteninterview und andererseits ein internetbasierter Fragebogen. Die Beantwortung der gestellten Fragen erfolgte über eine gemischt quantitative und qualitative Untersuchung, wobei der Schwerpunkt auf die Exploration von subjektiven Einschätzungen und Bewertungen im Zusammenhang mit den Fragestellungen und somit auf eine qualitative Betrachtung des Forschungsgegenstands gelegt wurde.

### Angaben zur Stichprobe

**Ein- und Ausschlusskriterien.** Um eine möglichst homogene Stichprobe zu erhalten, schloss diese Studie nur Transmänner mit ein. Die Teilnehmer konnten unabhängig ihres Transitionsstadiums und ihres Transitionsziels mitmachen, sofern sie den Wunsch verspürten, als Angehörige des männlichen Geschlechts zu leben und anerkannt zu werden. Intersexuelle Personen gehörten nicht zur Stichprobe. Bei einer internetbasierten Umfrage kann keine Überprüfung der Einschlusskriterien erfolgen, weshalb nicht-transsexuelle Teilnehmer generell nicht auszuschliessen waren.

**Rekrutierung der Studienteilnehmer.** Die Rekrutierung der Studienteilnehmer erfolgte über diverse Trans\*-Foren in Deutschland und der Schweiz wie auch über Mailinglisten von Trans\*-Communities (Anhang C). Zudem wurden persönliche Kontakte angeschrieben mit der Bitte, den Link zur Umfrage an bekannte Transmänner weiterzuleiten. Die Wahl der Online-Umfrage als Messinstrument sicherte den Teilnehmenden Anonymität, dadurch wurde eine verstärkte Teilnahme erhofft. Als Anreiz wurde unter den Studienteilnehmern, welche ihre E-Mail-Adresse hinterlegten, ein iPad Mini verlost.

**Poweranalyse.** Aufgrund der Poweranalyse mit dem T-Test für unabhängige Stichproben ( $p = 0.8$ ,  $\alpha = 0.05$ ) mit der Statistiksoftware G\*Power 3.1.5 (Faul, Erdfelder, Buchner & Lang, 2009) wurde eine Stichprobengröße von 64, bei einer erwarteten mittleren Effektstärke (0.3) ermittelt. Somit wurde die Stichprobe auf mindestens 64 Transmänner aus Deutschland und der Schweiz festgelegt.

## Erhebungsinstrumente

Die untersuchte Gruppe war zwecks sozialer Vernetzung und Informationsbeschaffung grösstenteils mit dem Gebrauch des Internets vertraut. Daher wurden die Daten mittels eines elektronischen Fragebogens über das Umfragetool *SurveyMonkey* (SurveyMonkey, Palo Alto, CA, USA) unter der Internet-Adresse: <https://de.surveymonkey.com/s/transmann-studie> erhoben. Zusätzlich zum Fragebogen wurde im Vorfeld ein Experteninterview durchgeführt, um qualitativ wertvolle Informationen und Fachwissen zu den einzelnen trans\*-bezogenen Themenbereichen zu erhalten, welche bei der Diskussion der quantitativen Ergebnisse möglicherweise zusätzliche Blickwinkel ermöglichen. Die Informationen des Experten flossen zudem in den Fragebogen mit ein.

**Experteninterview.** Das Experteninterview hatte die Form des leitfadenorientierten Interviews und war eine halbstrukturierte Befragung. Die Antworten erfolgten offen auf fertig formulierte Fragen, bei denen die Reihenfolge keine Rolle spielte. Der verwendete Interviewleitfaden (siehe Anhang A) konzentrierte sich auf die Expertenrolle des Befragten im Bereich der Transsexualität und explorierte Themen wie Medizin, Psychologie, Transition und persönliche Erfahrungen. Das Interview wurde am 19. November 2012 durchgeführt und dauerte etwa eine Stunde. Mit der Einwilligung des Befragten, wurde das Interview aufgezeichnet und anschliessend vollständig ins Schriftdeutsche transkribiert. Die gesamte Transkription umfasste 18 A4-Seiten (8'367 Wörter, 51'089 Zeichen).

**Fragebogenkonstruktion.** Der Fragebogen der vorliegenden Arbeit basierte auf dem von Eckloff (2003) erstellten Fragebogen zur empirischen Untersuchung von Geschlechtsidentität, Geschlechtsrolle und sexueller Orientierung. Jener Fragebogen wurde bereits in Studien an der Psychiatrischen Polyklinik des Universitätsspitals Zürich zur Abklärung der Geschlechtsidentität eingesetzt und basiert teilweise auf dem Klein Sexual Orientation Grid (1993). Auch die soziodemografischen Daten wurden weitgehend von Eckloff (2003) übernommen und hinsichtlich des Wordings für deutsche Transmänner angepasst. Da bei der vorliegenden Studie als Stichprobe nur Transmänner berücksichtigt wurden, wurde der ursprüngliche Fragebogen von Eckloff (2003) theoriegeleitet mit der Hilfe von Experten und Betroffenen sprachlich angepasst. Die Fragen nach männlichen und weiblichen Persönlichkeitsanteilen wurden weggelassen, da bei der angeschriebenen Stichprobe der Wunsch nach Anerkennung der männlichen Geschlechtsidentität in den Einschlusskriterien enthalten war. Durch das Einschliessen von Fragen zur Partnerin oder

zum Partner konnte das soziale Umfeld der befragten Transmänner erfasst werden. Der so erstellte Online-Fragebogen war in 5 Teile unterteilt und wie folgt gegliedert:

- Teil 1: Fragen zu Coming-out und Transition
- Teil 2: Fragen zur sexuellen Präferenz
- Teil 3: Fragen zum Gesundheitszustand
- Teil 4: Fragen zur Person
- Teil 5: Fragen zur Umfrage

Kuckartz, Ebert, Rädiker und Stefer (2009) weisen in ihrem Ratgeber *Evaluation online* auf die Wichtigkeit der Reihenfolge der Themenbereiche hin. Sogenannte „Aufwärmfragen“ sind zu Anfang leicht zu beantworten und schrecken nicht ab. Die Aufmerksamkeit der Teilnehmer ist gemäss Kuckartz et al. (2009) am Ende des ersten Drittels am höchsten, hier sollen die wichtigsten Fragen hin. Soziodemografische Daten sollten immer am Ende des Fragebogens erhoben werden, da sie auch noch mit geringer Aufmerksamkeit beantwortet werden können (Kuckartz et al., 2009).

**Fragebogenumsetzung.** Durch die Nutzung eines – bereits durch die ZHAW eingesetzten – Umfragetools (surveymonkey.de) konnte die Funktionalität der elektronischen Umfrage gewährleistet werden. Die Umsetzung war auch für nicht geschulte Anwender problemlos und effizient. Die Daten konnten am Schluss der Umfrage im CSV-Format aus dem Tool exportiert und in die Statistiksoftware SPSS, Version 20 (SPS Inc., Chicago, IL, USA) eingelesen werden. Die gestalterische Umsetzung war in SurveyMonkey sehr limitiert. Es wurde darauf geachtet, die ZHAW-Farben (weiss, blau und schwarz) einzusetzen und das ZHAW-Logo im Titelbalken zu platzieren. Die Fragen wurden durchgehend in schwarzer Schrift auf weissem Grund präsentiert. Ein Verlaufs balken, welcher dem User den aktuellen Stand der erledigten und der noch zu beantwortenden Seiten anzeigt, wurde im Tool aktiviert. Es wurden Multiple-Choice (*Check-Box*) und Single-Choice (*Radio-Button*) wie auch offene Fragen (*Textfeld*) verwendet. Nach der Eingabe der Internet-Adresse (<https://de.surveymonkey.com/s/transmann-studie>) gelangte der Teilnehmer direkt auf eine Begrüssungsseite (siehe Anhang D), auf welcher er über Sinn und Zweck der Studie informiert und über die Anonymität der Datenerhebung und deren Verwendung orientiert wurde. Auf der folgenden Seite wurde ausführlich auf die Ein- und Ausschlusskriterien hingewiesen und detailliert die Rahmenbedingungen der Studie erläutert. Auf den anschliessenden Seiten folgten dann die 60 Fragen. Durch einen *Weiter*-Button am Ende jeder Seite gelangte der User zur nächsten Seite, jedoch nur nach der Beantwortung aller

vorhergehenden Fragen. Zum Schluss wurde der User gebeten, ein kurzes Feedback zur Umfrage zu geben und die ungefähre Bearbeitungsdauer einzutragen. Jeder Teilnehmer konnte zudem an der Verlosung eines iPad Mini teilnehmen, falls er seine E-Mail-Adresse hinterlegte.

**Fragebogen-Pretest.** Der Pretest umfasste einen Probedurchgang, um den reibungslosen Ablauf, die Verständlichkeit der Fragen und die benötigte Beantwortungszeit des elektronischen Fragebogens zu prüfen. Aus den Rückmeldungen der zwei Pretest-Personen (Transmänner) resultierte das Hinzufügen der Fragen nach der Geschlechtsidentität und der sexuellen Identität des Partners respektive der Partnerin und die Frage nach einer zeitlichen Veränderung des Wunsches nach Geschlechtsangleichung. Zudem wurde neu nach einer möglichen Abhängigkeit des Transitionsziels von der Verbesserung der Operationstechniken gefragt. Technische Probleme wurden von den zwei Testpersonen keine gemeldet und die Fragen waren nach ihren Angaben auch verständlich und auf die Zielgruppe ausgerichtet formuliert.

## Ergebnisse

Die Erhebung der Daten für die vorliegende Studie erfolgte im Zeitraum vom 20. Januar 2013 bis zum 16. Februar 2013. Zum Zeitpunkt der Schliessung der Online-Umfrage hatten 395 Personen die Umfrage angefangen, 366 hatten sie bis zum Schluss bearbeitet. Einige Fragen, welche offen formuliert waren, wurden vereinzelt nicht beantwortet, was die variierende Stichprobengrösse von 357 bis 366 Personen erklärt. Die durchschnittliche Beantwortungsdauer des Fragebogens betrug 13,6 Minuten.

## Beschreibung der Verfahren

**Experteninterview.** Die Zusammenfassung des Experteninterviews ist in Anhang B zu finden. Themen im Zusammenhang mit der Expertenrolle des Befragten als Gynäkologe, Arzt und Transmann wurden anhand eines in Anhang A zu findenden Interviewleitfadens exploriert. Die Ergebnisse des Experteninterviews werden in der Diskussion zusammen mit den Ergebnissen der Umfrage besprochen.

**Online-Fragebogen.** Die Ergebnisse aus dem Online-Fragebogen sind kapitel- und fragebezogen nach der Auswahl-Häufigkeit deskriptiv-tabellarisch erfasst. Alle Antworten

auf offene Fragen wurden gemäss dem „Ablaufmodell induktiver Kategorienbildung“ aus der qualitativen Inhaltsanalyse von Mayring (2002) induktiv kategorisiert und den jeweiligen Häufigkeitstabellen beigelegt. Bei der statistischen Auswertung standen die vorgängig erwähnten, dieser Arbeit zugrunde liegenden Forschungsfragen im Vordergrund.

**Auswertung.** Die statistische Auswertung wurde mit Hilfe des SPSS, durchgeführt. Die Daten wurden in deskriptiven Häufigkeitstabellen dargestellt. Kategoriale Variablen wurden anhand von Mehrfelder- $\chi^2$ -Tests auf ihre Vergleichbarkeit untersucht. Bei einem signifikanten Ergebnis wurde bei mehr als vier Zeilenvariablen die Odds-Ratio berechnet und die Variable mit dem höchsten Einfluss eruiert. Ein  $p$ -Wert  $< .05$  wird als statistisch signifikant angesehen.

## Darstellung der Ergebnisse: Häufigkeitstabellen

**Beschreibung der Studienpopulation.** Die Stichprobe setzt sich insgesamt aus 366 Transmännern zusammen, deren Alter im Mittel 30 Jahre ( $Min = 16$  Jahre,  $Max = 66$  Jahre) beträgt. 33,1% der Teilnehmenden waren zum Zeitpunkt der Umfrage unter 25 Jahre alt. 86,3% der Studienteilnehmenden gaben als Herkunftsland Deutschland an, 7,1% die Schweiz. Wie **Tabelle 1.1** zu entnehmen ist, fühlte sich eine Mehrheit der Stichprobe keiner Religion zugehörig und 39,9% wollten sich auch nicht definieren.

**Tabelle 1.1** Soziodemografische Charakteristik der Studienpopulation, Häufigkeitstabellen

	%	<i>n</i>		%	<i>n</i>
<i>Herkunftsland (bis 18 Jahre)</i>			<i>Altersgruppen</i>		
		366			366
Deutschland inkl. ehem. DDR	<b>86,3</b>	<b>316</b>	unter 25 Jahre	<b>33,1</b>	<b>121</b>
Schweiz	7,1	26	zw. 25 – 30 Jahre	19,4	71
Österreich	4,1	15	zw. 31 – 35 Jahre	18,0	66
Andere	2,5	9	zw. 36 – 40 Jahre	15,3	56
			über 40 Jahre	14,2	52
<i>Religionszugehörigkeit</i>			<i>Selbstdefinition (Religiosität)<sup>a</sup></i>		
		366			366
keine Zugehörigkeit	<b>47,5</b>	<b>174</b>	keine Definition	<b>39,9</b>	<b>146</b>
römisch-katholisch	21,0	77	atheistisch	22,1	81
protestantisch	18,6	68	gläubig	16,7	61
andere christ. Gemeinschaften	5,7	21	spirituell	16,1	59
christ-katholisch	2,5	9	agnostisch	11,2	41
andere Kirchen/Gemeinschaften	4,7	17	religiös	2,5	9

<sup>a</sup> Mehrfachnennungen möglich

Wie in **Tabelle 1.2** zu sehen ist, waren 49,5% der Personen angestellt, 33,3% studierend. 145 Probanden verdienten monatlich weniger als 1'000 und 100 Personen zwischen 1'000 und 2'500 Euro oder Schweizer Franken bei einem Anteil Vollzeitbeschäftigter von 46,3%. Beim höchsten Bildungsabschluss gaben 132 der Befragten an, eine Matura oder Abitur zu haben, 102 Personen verfügen über einen Hochschulabschluss.

**Tabelle 1.2** *Bildung und berufsbezogene Daten der Studienpopulation, Häufigkeitstabellen*

	%	n		%	n
<i>Höchster Bildungsabschluss</i>			<i>Anstellungsverhältnis<sup>a</sup></i>		
		365			365
Hochschulabschluss	28,0	102	angestellt	<b>49,5</b>	<b>181</b>
Matura/Abitur	<b>36,2</b>	<b>132</b>	studierend	33,3	122
Berufslehre	24,1	88	arbeitslos	12,3	45
keine abgeschlossene Ausbildung	11,7	43	selbstständig erwerbend	10,1	37
			pensioniert/Rente	3,6	13
<i>Voll- oder Teilzeit-Tätigkeit</i>			<i>Beruf<sup>b</sup></i>		
		365			351
Vollzeit	<b>46,3</b>	<b>169</b>	Schüler oder Student	<b>31,3</b>	<b>110</b>
nicht berufstätig	23,3	85	Gesundheits- und Sozialwesen	16,0	56
Teilzeit	18,6	68	Handwerklicher Beruf	14,8	52
keine Angabe	11,8	43	Kaufmännischer Beruf	14,3	50
			Akademiker	7,4	26
			andere...	16,2	57
<i>Monatliches Einkommen (CHF/EURO)</i>					
		365			
weniger als 1000	<b>39,7</b>	<b>145</b>			
1000 bis 2500	27,4	100			
2500 bis 5000	11,2	41			
5000 bis 9000	2,7	10			
9000 bis 15000	0,6	2			
mehr als 15000	0,6	2			
keine Angabe	17,8	65			

<sup>a</sup> Mehrfachnennungen möglich, <sup>b</sup> induktiv kategorisiert

**Tabelle 1.3** *Herkunftsfamilie und soziales Umfeld der Studienpopulation, Häufigkeitstabelle*

	%	n		%	n
<i>Familienstand</i>			<i>Feste Partnerschaft</i>		
		365			366
ledig	<b>83,3</b>	<b>304</b>	Ja, mit...	50,5	185
verheiratet	6,6	24	- biologischer Frau	<b>39,0</b>	<b>143</b>
in eingetragener Partnerschaft	6,3	23	- biologischem Mann	11,2	41
geschieden/getrennt	3,3	12	- intersexuellem Mensch	0,3	1
verwitwet	0,5	2	Nein	49,5	181



<i>Geschwisterzahl</i>			<i>Wohnsituation<sup>a</sup></i>		
		365			365
eines	<b>46,3</b>	<b>169</b>	alleine	<b>41,1</b>	<b>150</b>
zwei	22,5	82	mit Partnerin/Partner	24,4	89
keines	15,9	58	bei den Eltern/einem Elternteil	21,1	77
mehr als zwei	13,7	50	in einer Wohngemeinschaft	10,7	39
keine Angabe	1,6	6	mit Partnerin/Partner und Kind(ern)	6,6	24
<i>Eltern getrennt oder geschieden?</i>			<i>Eigene Kinder</i>		
		365			366
nein	<b>61,1</b>	<b>223</b>	nein	<b>92,9</b>	<b>340</b>
ja	37,3	136	adoptierte Kinder	2,2	8
weiss ich nicht	1,6	6	leibliche Kinder	4,9	18

<sup>a</sup> Mehrfachnennungen möglich

**Tabelle 1.3** zeigt, dass 31% der Befragten mit ihrer Partnerin oder ihrem Partner zusammen lebten, bei 24 Personen lebte zusätzlich ein Kind im gleichen Haushalt. Insgesamt 26 Personen gaben an, eigene oder adoptierte Kinder zu haben. 31,8% der Befragten lebten bei ihren Eltern oder in einer Wohngemeinschaft, 41,1% lebten alleine. Bei der Partnerschaft gaben über 50% an, in einer festen Partnerschaft zu sein, 39% mit einer biologischen Frau und 11,2% mit einem biologischen Mann. Die Mehrheit der Personen war zum Zeitpunkt der Untersuchung ledig. Von den 365 Probanden gaben 169 an, eine Schwester oder einen Bruder zu haben, 82 Personen hatten zwei Geschwister und 58 Personen gaben an, keine Geschwister zu haben. Zusätzlich kreuzten 61,1% der Studienteilnehmenden an, dass die Ehe ihrer Eltern nicht geschieden sei.

**Sexuelle Orientierung und Identität.** Von 365 Personen der Stichprobe definierten 45,2% der Personen ihre sexuelle Orientierung als heterosexuell, 20,6% als bisexuell und 17,8% als homosexuell. 55 Personen verwendeten andere Bezeichnungen, um ihre sexuelle Orientierung zu definieren, wie **Tabelle 2.1** zeigt. 37,7% definierten ihre sexuelle Identität als *heterosexuell*, 20,8% als *trans\**, 15,3% als *queer* und 11,5% als *homosexuell*. 7 Personen definierten ihre sexuelle Orientierung als *asexuell*, jedoch definierten nur 4 Personen ihre sexuelle Identität auch als *asexuell*. 202 Personen gaben an, sexuell Frauen zu bevorzugen, 80 hatten eine sexuelle Präferenz für Männer und 66 Personen fühlten sich sexuell von anderen Transmännern angezogen bzw. 20 von Transfrauen. 2 Personen gaben an, sexuell sich selbst zu bevorzugen, also autosexuell zu sein (**Tab. 2.1**).

**Tabelle 2.1** Sexuelle Orientierung und Identität der Studienpopulation, Häufigkeitstabellen

	%	n		%	n
<i>Selbstdefinition sexuelle Orientierung</i>			<i>Sexuelle Orientierung, 4 Optionen</i>		
		365			365
heterosexuell	<b>45,2</b>	<b>165</b>	heterosexuell	<b>45,2</b>	<b>165</b>
bisexuell	20,6	75	bisexuell	20,6	75
homosexuell	17,8	65	homosexuell	17,8	65
pansexuell <sup>b</sup>	5,2	19	transsensual	1,4	5
queer <sup>b</sup>	3,0	11	andere...	15,0	55
ich will es nicht definieren <sup>b</sup>	2,2	8			
asexuell <sup>b</sup>	1,9	7			
transsensual	1,4	5			
ich weiss es nicht <sup>b</sup>	1,1	4			
menschenliebend, offen <sup>b</sup>	1,1	4			
autosexuell <sup>b</sup>	0,5	2			
<i>Selbstdefinition sexuelle Identität</i>			<i>Selbstdefinition sexuelle Präferenz<sup>a</sup></i>		
		366			366
heterosexuell	<b>37,7</b>	<b>138</b>	Frauen	<b>55,2</b>	<b>202</b>
trans*	20,8	76	Männer	21,9	80
queer	15,3	56	Frauen und Männer	20,2	74
homosexuell	11,5	42	Transmänner	18,0	66
bisexuell	8,7	32	Transfrauen	5,5	20
pansexuell <sup>b</sup>	1,9	7	andere z.B.:	9,3	34
weiss ich nicht <sup>b</sup>	1,4	5	- Menschen <sup>b</sup>	1,4	5
asexuell <sup>b</sup>	1,1	4	- keine sexuelle Präferenz <sup>b</sup>	1,4	5
andere <sup>b</sup>	1,1	4	- Queere Menschen <sup>b</sup>	0,8	3
ich will keine Definition <sup>b</sup>	0,5	2	- mich selbst <sup>b</sup>	0,5	2

<sup>a</sup> Mehrfachnennungen möglich, <sup>b</sup> induktiv kategorisiert

**Tabelle 2.2** Geschlechts-/sexuelle Identität der Partner/Partnerinnen, Häufigkeitstabellen

	%	n		%	n
<i>Sexuelle Identität Partner_in</i>			<i>Geschlechtsidentität Partner_in</i>		
		366			366
keine Beziehung	48,6	178	keine Beziehung	48,6	178
heterosexuell	<b>17,7</b>	<b>65</b>	weiblich	<b>34,5</b>	<b>126</b>
bisexuell	14,2	52	männlich	12,0	44
homosexuell	10,7	39	andere Bezeichnungen <sup>b</sup>	3,0	11
queer	4,4	16	trans*	1,9	7
trans*	0,3	1			
andere Bezeichnungen <sup>b</sup>	4,1	15			

<sup>a</sup> Mehrfachnennungen möglich, <sup>b</sup> induktiv kategorisiert

Stellvertretend gaben 65 Personen an, die sexuelle Identität ihres Partners oder ihrer Partnerin sei *heterosexuell*, 52 *bisexuell* und 39 definierten sie als *homosexuell*. Die Geschlechtsidentität des Partners oder der Partnerin wurde bei 34,5% als *weiblich* und bei 12% als *männlich* angegeben. 7 Personen gaben an, ihr Partner oder ihre Partnerin hätten

eine *trans*\* Geschlechtsidentität, jedoch bei nur einer Partnerin oder einem Partner sei auch die sexuelle Identität als *trans*\* zu beschreiben (**Tab. 2.2**).

**Tabelle 2.3** Sexuelle Anziehung früher und aktuell, Häufigkeitstabelle

	%	n
<i>Ich fühle mich sexuell angezogen...</i>		
1 ..immer schon von Frauen	<b>35,8</b>	<b>131</b>
2 ..früher von Männern, jetzt Frauen	5,7	21
3 ..meist von Frauen, manchmal Männern	19,4	71
4 ..von beiden Geschlechtern etwa gleich	8,8	32
5 ..phasenweise von Frauen oder Männern	4,9	18
6 ..meist von Männern, manchmal Frauen	9,8	36
7 ..früher von Frauen, jetzt Männern	3,6	13
8 ..immer schon von Männern	10,1	37
x ..weder von Männern noch von Frauen	1,9	7
Mittelwert	3,36	Minimum
Standardabweichung	2,398	Maximum
Varianz	5,751	

Wie in **Tabelle 2.3** ersichtlich, stuften sich auf einer Skala von 1 bis 8 (1= *heterosexuell*, 8= *homosexuell*), 131 der Probanden (35,8%) bei der Frage nach dem Gefühl der sexuellen Anziehung bei *heterosexuell* ein ( $M = 3.36$ ). 21 Personen (5,7%) gaben an, sich früher von Männern, jedoch aktuell von Frauen sexuell angezogen zu fühlen. 19,4% fühlten sich meist von Frauen und ab und zu von Männern sexuell angezogen. 7 Transmänner fühlten sich weder von Frauen noch von Männern sexuell angezogen, also asexuell.

**Tabelle 2.4** Sexueller Verkehr früher und aktuell, Häufigkeitstabelle

	%	n
<i>Ich verkehre sexuell...</i>		
1 ..immer schon mit Frauen	<b>38,8</b>	<b>142</b>
2 ..früher mit Männern, jetzt Frauen	10,1	37
3 ..meist mit Frauen, manchmal Männern	10,1	37
4 ..mit beiden Geschlechtern etwa gleich	2,5	9
5 ..phasenweise mit Frauen oder Männern	3,6	13
6 ..meist mit Männer, manchmal Frauen	6,0	22
7 ..früher mit Frauen, jetzt Männern	4,9	18
8 ..immer schon mit Männern	10,9	40
x ..weder mit Männern noch mit Frauen	13,1	48
Mittelwert	3,16	Minimum
Standardabweichung	2,600	Maximum
Varianz	6,762	

**Tabelle 2.4** zeigt, dass 38,8% der Teilnehmer sexuell immer schon mit Frauen und 10,9% immer schon mit Männern verkehrten ( $M = 3.16$ ). 48 Personen (13,1%) sagten aus, weder mit Frauen noch mit Männern sexuell zu verkehren.

**Tabelle 2.5** *Verliebt Sein früher und aktuell, Häufigkeitstabelle*

	%	n
<i>Ich verliebe mich...</i>		366
1 ..immer schon in Frauen	<b>49,2</b>	<b>180</b>
2 ..früher in Männer, jetzt Frauen	4,1	15
3 ..meist in Frauen, manchmal Männer	11,2	41
4 ..in beide Geschlechter etwa gleich	7,4	27
5 ..phasenweise in Frauen oder Männer	2,7	10
6 ..meist in Männer, manchmal Frauen	9,0	33
7 ..früher in Frauen, jetzt Männer	3,8	14
8 ..immer schon in Männer	10,1	37
x ..weder in Männer noch in Frauen	2,5	9
Mittelwert	3,03	Minimum 1
Standardabweichung	2,513	Maximum 8
Varianz	6,313	

Verliebt hatten sich 49,2% der Transmänner immer schon in Frauen und 10,1% immer schon in Männer ( $M = 3.03$ ). 11,2% gaben an, sich meist in Frauen zu verlieben und 9 Personen (2,5%) verlieben sich weder in Männer, noch in Frauen und 7,4% in beide Geschlechter etwa gleich häufig (**Tab. 2.5**).

**Tabelle 2.6** *Sexuelle Fantasien und Träume früher und aktuell, Häufigkeitstabelle*

	%	n
<i>Meine sexuellen Fantasien/Träume handeln...</i>		366
1 ..immer schon von Frauen	<b>30,6</b>	<b>112</b>
2 ..früher von Männern, jetzt Frauen	2,7	10
3 ..meist von Frauen, manchmal Männern	20,2	74
4 ..von beiden Geschlechtern etwa gleich	12,3	45
5 ..phasenweise von Frauen oder Männer	6,6	24
6 ..meist von Männern, manchmal Frauen	9,3	34
7 ..früher von Frauen, jetzt Männern	3,8	14
8 ..immer schon von Männern	11,2	41
x ..weder von Männern noch von Frauen	3,3	12
Mittelwert	3,63	Minimum 1
Standardabweichung	2,389	Maximum 8
Varianz	5,708	

112 der Probanden stuften ihre sexuellen Fantasien bei *heterosexuell* ein, 20,2% haben meist heterosexuelle und manchmal homosexuelle Fantasien und 12,3% fantasieren von beiden Geschlechtern etwas gleich häufig. Ausschliesslich homosexuelle Fantasien hatten 11,2% der Teilnehmenden. 12 Personen gaben an, weder von Frauen noch von Männern sexuelle Fantasien zu haben ( $M = 3.63$ ; **Tab. 2.6**).

**Tabelle 2.7** *Erregendes erotisches Material früher und aktuell, Häufigkeitstabelle*

	%	n
<i>Mich erregendes erotisches Material handelt...</i>		366
1 ..immer schon von Frauen	22,7	83
2 ..früher von Männern, jetzt von Frauen	0,8	3
3 ..meist von Frauen, manchmal Männern	16,4	60
4 ..von beiden Geschlechtern etwa gleich	22,7	83
5 ..phasenweise von Frauen oder Männern	8,7	32
6 ..meist von Männern, manchmal Frauen	10,4	38
7 ..früher von Frauen, jetzt von Männern	3,0	11
8 ..immer schon von Männern	9,8	36
x ..weder von Männern noch von Frauen	5,5	20
Mittelwert	3,91	Minimum 1
Standardabweichung	2,204	Maximum 8
Varianz	4,856	

**Coming-out als Transmann.** Wie der **Tabelle 3.1** zu entnehmen ist, gaben 197 Personen an, von ihrer Familie als Transmann akzeptiert und bei ihren weiteren Schritten in der Transition unterstützt worden zu sein. 165 erfuhren von ihrer Familie keine Unterstützung oder den Kontaktabbruch. 305 der Personen waren zum Zeitpunkt der Untersuchung bei ihrer Familie geoutet, 253 bei ihren engsten Freunden und 229 bei ihrem Partner, ihrer Partnerin. 314 Personen waren bei all ihren Bekannten und Freunden geoutet und 162 Personen auch bei ihren Studien- oder Arbeitskollegen und -kolleginnen. 15 Personen waren explizit nicht bei ihrer Familie und 8 Personen bei niemandem geoutet.

**Tabelle 3.1** *Coming-out als Transmann/Transidenter, Häufigkeitstabellen*

	%	n		%	n
Bei wem bin ich geoutet ? <sup>a</sup>		366	Reaktion der Familie <sup>a</sup>		366
bei der Familie	<b>83,3</b>	<b>305</b>	akzeptiert, anschl. Unterstützung	<b>53,8</b>	<b>197</b>
bei den engsten Freunden	69,1	253	ignoriert, Behandlung als Frau	17,5	64
bei Partner/Partnerin	62,6	229	akzeptiert, keine Unterstützung	16,9	62
bei allen Freunden	53,3	195	Kontaktabbruch der Familie	5,7	21
am Arbeitsplatz im Studium	44,3	162	abbringen vor weiteren Schritten	4,9	18
bei allen Bekannten	32,5	119	bei der Familie nicht geoutet	4,1	15
bin nicht geoutet	2,2	8	andere Reaktionen...	18,3	67

<sup>a</sup> Mehrfachnennungen möglich

**Gesundheit und psychologische Begleitung.** Von den 366 Probanden gaben 49,2% an, aufgrund ihrer äusserlichen Erscheinung schon einmal einer traumatischen Situation ausgesetzt worden zu sein. 22,4% gaben an, dass sie dies auch aufgrund ihrer sexuellen Präferenz erlebten (**Tab. 4.1**).

**Tabelle 4.1** *Traumatische Situationen, Häufigkeitstabellen*

	%	n		%	n
Aufgrund der sexuellen Präferenz		366	Aufgrund der äusserlichen Erscheinung		366
nein	<b>77,6</b>	<b>284</b>	nein	<b>50,8</b>	<b>186</b>
ja	22,4	82	ja	49,2	180

**Tabelle 4.2** *Gesundheit, Häufigkeitstabellen*

	%	n		%	n
Selbstverletzendes Verhalten		366	Suizidversuch		366
ja	<b>55,2</b>	<b>202</b>	nein	<b>67,8</b>	<b>248</b>
nein	41,5	152	ja	23,5	86
keine Aussage	3,3	12	keine Aussage	8,7	32
Aktuell geht es mir...		366			
1 schlecht	2,5	9	Mittelwert		3,20
2 mehrheitlich schlecht	15,0	55	Standardabweichung		0,780
3 mehrheitlich gut	<b>42,9</b>	<b>157</b>	Varianz		0,608
4 gut	39,6	145	Minimum		1
			Maximum		4

Auf die Frage nach dem aktuellen psychischen Wohlbefinden gaben 83% an, dass es ihnen *mehrheitlich gut* bis *gut* gehe, 17% antworteten mit *mehrheitlich schlecht* bis *schlecht* (1= *schlecht*, 4= *gut*;  $M=3.2$ ). Im Laufe ihres Lebens hatten 55,2% der Probanden

selbstverletzendes Verhalten gezeigt. 23,5% haben schon einmal ernsthaft versucht, sich das Leben zu nehmen (**Tab. 4.2**).

**Tabelle 4.3** Sexuelle Probleme aufgrund des Körpers, Häufigkeitstabellen

<i>Haben Sie in sexuellen Kontakten negative Erfahrungen aufgrund Ihres Körpers gemacht</i>	%	<i>n</i>	<i>Haben Sie das Gefühl in sexuellen Kontakten aufgrund Ihres Körpers nicht zu genügen?</i>	%	<i>n</i>
		366			366
Nein	<b>71,3</b>	<b>261</b>	Nein	<b>43,4</b>	<b>159</b>
Ja, beim Sex mit einem Mann	13,4	49	Ja, beim Sex mit einem Mann	14,5	53
Ja, beim Sex mit einer Frau	15,3	56	Ja, beim Sex mit einer Frau	41,8	153
			Ja, beim Sex mit einer Trans*-Person	0,3	1

41,8% der Teilnehmenden hatten das Gefühl, beim Sex mit einer Frau aufgrund ihres Körpers nicht zu genügen, im Vergleich zu 14,5% beim Sex mit einem Mann. Die Frage nach *negativen Erfahrungen beim Sex aufgrund des Körpers* bejahten 105 Personen (56 Frau, 49 Mann; **Tab. 4.3**).

**Tabelle 4.4** Erfahrung mit psychologischer Begleitung/Therapie, Häufigkeitstabelle

<i>Welche Erfahrung haben Sie mit psychologischer Beratung bis jetzt gemacht?</i>	366	
x keine Erfahrungen	4,6	17
1 nur negative Erfahrungen	1,4	5
2 mehrheitlich negative Erfahrungen	18,6	68
3 mehrheitlich positive Erfahrungen	<b>51,9</b>	<b>190</b>
4 nur positive Erfahrungen	23,5	86
Mittelwert	3,02	
Standardabweichung	0,707	
Varianz	0,499	
Minimum	1	
Maximum	4	

276 Personen hatten bis zum Untersuchungszeitpunkt *mehrheitlich positive Erfahrungen* oder *nur positive Erfahrungen* mit psychologischer Beratung gemacht. 68 Personen hatten *mehrheitlich negative Erfahrungen* und 5 Personen *nur negative Erfahrungen* gemacht (1= *nur negative Erfahrungen*, 4= *nur positive Erfahrungen*,  $M= 3.02$ ). 17 Probanden hatten bis zur Umfrage noch keine Erfahrungen mit psychologischer Beratung gemacht (**Tab. 4.4**).

**Tabelle 4.5** *Psychologische Begleitung/Therapie, Häufigkeitstabellen*

	%	n		%	n
<i>Sehen Sie Bedarf an psychologischen Trans*-Spezialisten?</i>		366	<i>Eher Dienste von psychologischen Trans*-Spezialisten beanspruchen?</i>		364
ja	<b>89,1</b>	<b>326</b>	ja	<b>78,8</b>	<b>287</b>
nein	10,9	40	nein	21,2	77

Auf die Frage, ob die Befragten einen Bedarf an spezialisierten und sensibilisierten psychologischen Fachkräften für Transsexuelle und ihre Angehörigen sehen, antworteten 89,1% mit ja und 78,8% gaben an, in einem trans\*-sensibilisierten Umfeld persönlich eher psychologische Beratung in Anspruch nehmen zu wollen (**Tab. 4.5**).

**Geschlechtsanpassende Massnahmen und Transition.** Insgesamt äusserten 88,5% der Befragten den Wunsch, eine Mastektomie durchführen zu lassen; nur 86,9% jedoch planen eine Hormonbehandlung als Massnahme. Eine Phalloplastik oder einen Klitorispenoid (Klitpen) wünschten sich 40,2%. Die Mehrzahl der Befragten (90,4%) hatte zum Zeitpunkt der Umfrage bereits geschlechtsangleichende Massnahmen durchgeführt: 240 Transmänner nahmen männliche Hormone, 176 befanden sich zum Zeitpunkt der Untersuchung in psychologischer Beratung oder Behandlung, und 80,3% der Befragten hatten bereits chirurgische Eingriffe hinter sich: 40,2% eine Mastektomie und 9,3% eine genitalangleichende Operation (Penisaufbau, Klitpen oder Scrotumplastik; **Tab. 5.1**).

**Tabelle 5.1** *Transitions-Wunschziel und durchgeführte Massnahmen, Häufigkeitstabellen*

	%	n		%	n
<i>Transitions-Wunschziel<sup>a</sup></i>		366	<i>Durchgeführte Massnahmen<sup>a</sup></i>		366
Mastektomie	<b>88,5</b>	<b>324</b>	männliche Hormone	<b>65,6</b>	<b>240</b>
Hormonbehandlung	86,9	318	psychologische Behandlung	48,1	176
Hysterektomie inkl. Ovariectomie	61,7	226	Mastektomie	40,2	147
Phalloplastik oder Klitpen	40,2	147	Hysterektomie inkl. Ovariectomie	23,0	84
keine Massnahmen geplant	3,0	11	noch nicht in Transition	9,6	35
			Hysterektomie exkl. Ovariectomie	6,6	24
			Ovariectomie exkl. Hysterektomie	1,4	5
			genitalangleichende Operationen:	9,3	34
			- Phalloplastik/Penisaufbau <sup>ab</sup>	5,2	19
			- Klitorispenoid/Klitpen <sup>ab</sup>	4,4	16
			- Scrotumplastik/Hodenaufbau <sup>ab</sup>	4,6	17

<sup>a</sup> Mehrfachnennungen möglich, <sup>b</sup> induktiv kategorisiert



Wie in **Tabelle 5.2** zu sehen ist, antworteten 55,2% auf die Frage nach einer Veränderung des Transitionsziels bei einer Verbesserung der phalloplastischen Operationstechniken, dass dies bei einer geringeren Komplikationsrate zutreffen würde 47,8% bejahten die Frage bei einer verbesserten Funktionalität und 45,4% bei einer verbesserten Ästhetik. 107 Personen gaben an, dass dies keinen Einfluss auf ihr Transitionsziel hätte. 94,8% der Transmänner werteten die Wichtigkeit der äusserlich sichtbaren Geschlechtsanpassung für sich selbst als *sehr wichtig* oder *wichtig* im Vergleich zu 5,2% der Personen, die sie als *nicht so wichtig* oder *gar nicht wichtig* einstufen (1= *gar nicht wichtig*, 4= *sehr wichtig*,  $M= 3.66$ ; **Tab. 5.2**).

**Tabelle 5.2** Transition und geschlechtsanpassende Massnahmen, Häufigkeitstabellen

	%	n		%	n
<i>Anderes Transitionsziel bei besserer Phalloplastik?<sup>a</sup></i>		366	<i>Wichtigkeit der äusserlich sichtbaren Geschlechtsanpassung?</i>		366
Ja, bei geringerer Komplikationsrate	55,2	202	4 sehr wichtig	72,4	265
Ja, bei verbesserter Funktionalität	47,8	175	3 wichtig	22,4	82
Ja, bei verbesserter Ästhetik	45,4	166	2 nicht so wichtig	4,4	16
Nein	29,2	107	1 gar nicht wichtig	0,8	3
Weiss nicht, habe mir keine Gedanken dazu gemacht.	9,6	35	Mittelwert		3.66
			Standardabweichung		0.601
			Varianz		0.361
			Minimum		1
			Maximum		4

<sup>a</sup> Mehrfachnennungen möglich

Gefragt nach einer Veränderung des Wunsches nach Geschlechtsanpassung gaben 280 Personen an, dass der Wunsch über die Zeit konstant geblieben sei. 86 Teilnehmer gaben an, dass sich der Wunsch verändert habe (**Tab. 5.3**).

**Tabelle 5.3** Veränderung des Wunsches nach g.a. Massnahmen, Häufigkeitstabelle

	%	n
<i>Hat sich der Wunsch nach Geschlechtsangleichung über die Zeit verändert?</i>		366
nein	76,5	280
ja	23,5	86

**Tabelle 5.4** Gründe für Veränderungswunsch bez.g.a. Massnahmen, Häufigkeitstabelle

<i>Tendenzen und genannte Gründe bezüglich des Veränderungswunsches<sup>b</sup></i>	<i>86</i>
Ich habe den Wunsch nach zusätzlichen geschlechtsangleichenden Massnahmen:	<b>43</b>
- der Wunsch ist mit der Zeit stärker geworden <sup>b</sup>	15
- ich möchte endlich als Mann wahrgenommen werden, mich als Mann fühlen <sup>b</sup>	10
- Erwachsen werden/anderes Körpergefühl erreichen <sup>b</sup>	8
- zunehmender Leidensdruck <sup>b</sup>	5
- die OP-Möglichkeiten und Ergebnisse haben sich verbessert <sup>b</sup>	5
Ich möchte auf (weitere) geschlechtsangleichende Massnahmen verzichten:	<b>39</b>
- unbefriedigende Ergebnisse und/oder zu hohes Komplikationsrisiko <sup>b</sup>	26
- mein Körpergefühl hat sich verbessert, ich kann meinen Körper akzeptieren <sup>b</sup>	6
- abnehmender Leidensdruck <sup>b</sup>	5
- ich möchte keine Hormonabhängigkeit <sup>b</sup>	2
Ich bin mir noch nicht sicher	4

<sup>b</sup> induktiv kategorisiert

Wie **Tabelle 5.4** zu entnehmen ist, tendierten 43 der 86 Studienteilnehmenden, welche eine Veränderung des Wunsches nach Geschlechtsangleichung mit ja beantworteten, zu zusätzlichen Massnahmen. 39 wollten auf weitere Massnahmen verzichten. Als Grund für den Wunsch nach zusätzlichen Massnahmen wurde unter anderem das Bedürfnis, „endlich als Mann“ wahrgenommen zu werden (10 Personen) oder das Gefühl haben zu wollen, endlich erwachsen zu sein (8 Personen), genannt. Beim Verzicht auf weitere Massnahmen spielte das Komplikationsrisiko eine grosse Rolle. Die Akzeptanz des eigenen Körpers und ein besseres Körpergefühl nannten 6 Personen. Aufgrund der Abhängigkeit von männlichen Hormonen haben 2 Personen vor, auf zusätzliche Massnahmen zu verzichten. 4 Transmänner waren sich zum Zeitpunkt der Umfrage noch nicht sicher, ob sich ihr Wunsch verändert habe.

**Tabelle 5.5** Wichtigkeit männlicher Vorname, Häufigkeitstabelle

	<i>%</i>	<i>n</i>
<i>Wie wichtig ist es Ihnen, mit männlichem Vornamen angesprochen zu werden?</i>		<b>366</b>
4 sehr wichtig	<b>79,0</b>	<b>289</b>
3 wichtig	16,4	60
2 nicht so wichtig	4,1	15
1 gar nicht wichtig	0,5	2
Mittelwert		3,74
Standardabweichung		0,556
Varianz		0,309
Minimum		1
Maximum		4

289 Personen erachteten es als *sehr wichtig*, mit dem männlichen Vornamen angesprochen zu werden. 60 Personen fanden dies *wichtig*, 15 Personen stufte dies als *nicht so wichtig* ein (1= *gar nicht wichtig*, 4= *sehr wichtig*,  $M= 3.74$ ; **Tab. 5.5**).

**Tabelle 5.6** Wichtigkeit Geschlechtsanpassung für Partner\_in, Häufigkeitstabelle

	%	n
<hr/>		
Wie wichtig ist Ihre Geschlechtsanpassung für Ihren Partner, Ihre Partnerin?		218
4 sehr wichtig	12,8	28
3 wichtig	19,3	42
2 nicht so wichtig	<b>45,4</b>	<b>99</b>
1 gar nicht wichtig	22,5	49
<hr/>		
Mittelwert		2,22
Standardabweichung		0,941
Varianz		0,885
Minimum		1
Maximum		4

99 Transmänner hatten den Eindruck, dass ihre Geschlechtsanpassung für ihren Partner oder ihre Partnerin *nicht so wichtig* sei, 49 Studienteilnehmer glaubten, sie sei für ihren Partner oder ihre Partnerin *gar nicht wichtig*. 42 bzw. 28 Personen nahmen an, dass die Geschlechtsanpassung für ihren Partner oder ihre Partnerin *wichtig* bzw. *sehr wichtig* sei (1= *gar nicht wichtig*, 4= *sehr wichtig*,  $M= 2.22$ ; **Tab. 5.6**).

**Bedenken oder Ängste bezüglich geschlechtsanpassender Massnahmen.** Zum Zeitpunkt der Untersuchung gaben 188 Studienteilnehmende (51,4%) an, gesundheitliche Bedenken hätten das grösste Gewicht in der Entscheidung bezüglich geschlechtsanpassender Massnahmen (**Tab. 6.1**).

**Tabelle 6.1** Bedenken/Ängste bei geschlechtsanpassenden Massnahmen, Häufigkeitstabelle

	%	n
<hr/>		
Bedenken/Ängste <sup>a</sup>		366
<hr/>		
gesundheitliche Bedenken	<b>51,4</b>	<b>188</b>
familiäre Bedenken	39,6	145
berufliche Bedenken	33,3	122
beziehungsbezogene Bedenken	27,9	102
andere Bedenken/Ängste...	17,8	65
keine Bedenken/Ängste	14,2	52
ethische Bedenken	7,4	27
religiöse Bedenken	4,4	16

---

Als andere Bedenken oder Ängste wurden genannt <sup>a b</sup> :		65
- Angst vor Resultat/Komplikationen oder an Operationen zu sterben	18,5	12
- Angst vor der Reaktion der Gesellschaft, des sozialen Umfelds	16,9	11
- Ästhetische oder funktionale Bedenken	13,8	9
- Person ist selbst nicht überzeugt, unsicher	12,3	8
- Nach den Massnahmen weder noch, ein Mischwesen zu sein	9,2	6
- Angst, es später zu bereuen	9,2	6
- Angst, dann doch nicht männlich genug zu sein	7,7	5
- Angst vor Persönlichkeitsveränderung oder Identitätsverlust	4,6	3
- Angst um die eigenen Kinder oder Angst, keine Kinder mehr kriegen zu können	4,6	3
- Angst, später keinen Partner, keine Partnerin zu finden	3,1	2
- Angst vor der Stimmveränderung (Musiker)	3,1	2

---

<sup>a</sup> Mehrfachnennungen möglich, <sup>b</sup> induktiv kategorisiert

Berufsbezogene Bedenken wurden häufiger genannt (33,3%) als beziehungsbezogene Bedenken (27,9%); 52 Personen (14,2%) gaben an, keinerlei Bedenken oder Ängste bezüglich geschlechtsanpassender Massnahmen zu haben. Auch bei den freien Antworten wurden die gesundheitlichen Aspekte am häufigsten genannt, dicht gefolgt von Bedenken bezüglich der Ästhetik oder der Funktionalität des Phallusaufbaus oder des Klitorispenoids. Für 11 Personen war die Angst vor der Reaktion des sozialen Umfelds und der Gesellschaft vorherrschend (**Tab. 6.1**).

**Ressourcen und negative Erfahrungen im Transitionsprozess.** Die Frage „*Welches war für Sie persönlich bis heute die grösste Ressource in ihrem Transitionsprozess?*“ konnten die Teilnehmenden offen beantworten. Die Antworten wurden mittels induktiver Kategorisierung (Mayring, 2002) in mehreren Durchgängen überarbeitet, wobei schlussendlich 12 Kategorien feststanden. Die grösste und am häufigsten genannte Ressource stellte für 132 Probanden Freunde und ein akzeptierendes und tolerantes soziales Umfeld dar. Der Kontakt zu anderen Transmännern, sei das durch spezialisierte Internetangebote oder Selbsthilfegruppen, wurde von 91 bzw. 80 Probanden als grösste Ressource gewertet. Je 71 Personen nannten als wichtigste Unterstützung die Familie resp. Partner oder Partnerin. Professionelle Hilfe wie Therapie, Beratung oder Coaching sahen 58 Personen als grösste Ressource (**Tab. 7.1**).

**Tabelle 7.1** Grösste Ressource im Transitionsprozess, Häufigkeitstabelle

Welches war für Sie persönlich bis heute die grösste Ressource in Ihrem Transitionsprozess? <sup>a</sup>	%	n
		362
Freunde und akzeptierendes soziales Umfeld <sup>b</sup>	<b>36,5</b>	<b>132</b>
TM spezialisierte Internetforen (v.a. ftm-portal.net) und Youtube <sup>b</sup>	25,1	91
Selbsthilfegruppen und Kontakt zu anderen Transmännern <sup>b</sup>	22,1	80
Familie (Eltern, Geschwister oder Grosseltern) <sup>b</sup>	19,6	71
Partner oder Partnerin <sup>b</sup>	19,6	71
Professionelle Hilfe (Therapie, Beratung, Begleitung) <sup>b</sup>	16,0	58
Selbstbewusstsein und innere Stärke <sup>b</sup>	6,6	24
Arbeitsumfeld (Kollegen oder Vorgesetzte) <sup>b</sup>	3,6	13
Medizinische Massnahmen (Hormone, Operationen) <sup>b</sup>	3,0	11
Hilfsmittel und Tricks (Binder usw.) <sup>b</sup>	1,4	5
Spiritualität oder Glaube <sup>b</sup>	0,6	2
Kinder <sup>b</sup>	0,3	1

<sup>a</sup> Mehrfachnennungen möglich, <sup>b</sup> induktiv kategorisiert

Das soziale Umfeld wurde einerseits als die grösste Ressource, andererseits jedoch auch als die grösste negative Erfahrung im Transitionsprozess genannt. 27,2% der Befragten gaben an, negative Erfahrungen im sozialen Umfeld und allgemein in der Gesellschaft gemacht zu haben. 73 Personen werteten den Umgang mit Behörden und Krankenkassen als grösste negative Erfahrung, 64 Probanden erlebten ihre grösste negative Erfahrung in der Familie. 40 Teilnehmende machten ihre grössten negativen Erfahrungen im Kontakt mit medizinischen oder psychologischen Fachpersonen. Keinerlei negative Erfahrungen hatten 63 Personen zum Zeitpunkt der Untersuchung gemacht (**Tab. 7.2**).

**Tabelle 7.2** Grösste negative Erfahrung im Transitionsprozess, Häufigkeitstabelle

Welches war für Sie persönlich bis heute die grösste negative Erfahrung in Ihrem Transitionsprozess? <sup>a</sup>	%	n
		357
Negative Erfahrung im sozialen Umfeld und in der Gesellschaft allgemein <sup>b</sup>	<b>27,2</b>	<b>97</b>
Negative Erfahrung im Umgang mit Behörden und Krankenkassen <sup>b</sup>	20,5	73
Negative Erfahrung in der Familie <sup>b</sup>	17,9	64
Keine negativen Erfahrungen <sup>b</sup>	17,7	63
Negative Erfahrung mit med. oder psychologischen Fachpersonen (Diskrimination, Themenunerfahrenheit, „Heilung“ o.ä.) <sup>b</sup>	11,2	40
Negative Erfahrung mit OP-Resultaten oder Hormonveränderungen <sup>b</sup>	5,0	18
Kontaktabbruch wegen Coming-out als Trans* (Familie und Freunde) <sup>b</sup>	4,8	17
Verlust der Beziehung wegen Coming-out als Trans* <sup>b</sup>	2,5	9
Negative Erfahrung mit der Informationsbeschaffung zum Thema Trans* <sup>b</sup>	0,6	2

<sup>a</sup> Mehrfachnennungen möglich, <sup>b</sup> induktiv kategorisiert

## Darstellung der Ergebnisse: Chi-Quadrat-Tests

Alle folgenden Chi-Quadrat-Test-Auswertungen sind in **Anhang E** detailliert aufgelistet wie auch die Vierfeldertafeln zur Berechnung des Chancenverhältnisses bei mehr als vier Zeilenvariablen.

**Sexuelle Orientierung vs. genitalangleichende Massnahmen.** Zur Beantwortung der Frage des Einflusses der sexuellen Orientierung in Bezug auf die Wahl der geschlechtsanpassenden Massnahmen wurde der Zusammenhang zwischen den Variablen „*sexuelle Orientierung*“ und „*Ich habe eine genitalangleichende Operation (Penisaufbau) als Ziel*“ mittels Chi-Quadrat-Test nach Pearson untersucht. Das Resultat zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der sexuellen Orientierung (AV) und dem Wunsch nach genitalangleichender Operation (UV) (Chi-Quadrat nach Pearson:  $x^2 = 37.145$ ,  $df = 3$ ,  $p = .000$ ). Mittels Vierfeldertabelle und Odds-Ratio-Berechnung wurde die sexuelle Orientierung mit dem höchsten Einfluss auf den  $x^2$  berechneten Zusammenhang eruiert. Die Chance mit einer heterosexuellen Orientierung eine genitalangleichende Operation als Transitionsziel zu haben, ist 3.35-mal höher als bei einer anderen sexuellen Orientierung (**Tab. E1.1-E1.2**).

**Sexuelle Identität vs. genitalangleichende Massnahmen.** Als signifikant erwies sich auch die Auswertung des Zusammenhangs zwischen der *sexuellen Identität* und dem *Wunsch nach genitalangleichenden operativen Massnahmen* (**Tab. E2.1**; Chi-Quadrat nach Pearson:  $x^2 = 42.844$ ,  $df = 4$ ,  $p = .000$ ). Gleichzeitig zeigte die Odds-Ratio-Berechnung, dass Transmänner, die ihre sexuelle Identität als heterosexuell definieren, eine 4.36-mal höhere Chance haben, sich eine genitalangleichende Operation als Transitionsziel zu setzen als solche, die sich als trans\*, homosexuell, bisexuell, queer, pansexuell oder anders definieren (**Tab. E2.2**).

**Sexuelle Präferenz vs. genitalangleichende Massnahmen.** Die Auswertung des Zusammenhangs zwischen der *sexuellen Präferenz* und dem *Wunsch nach genitalangleichenden operativen Massnahmen* erwies sich ebenfalls als signifikant (**Tab. E3.1**; Chi-Quadrat nach Pearson:  $x^2 = 30.97$ ,  $df = 3$ ,  $p = .000$ ). Gleichzeitig zeigte die Odds-Ratio-Berechnung, dass Personen mit einer sexuellen Vorliebe für Frauen, eine 3.33-mal höhere Chance haben, sich eine genitalangleichende Operation als Transitionsziel zu setzen als Personen, die andere sexuelle Präferenzen angaben (**Tab. E3.2**).

**Soziale Unterstützung vs. genitalangleichende Massnahmen.** Weiter interessierte, ob die soziale Unterstützung den Entscheid zu geschlechtsanpassenden Massnahmen bei Transmännern beeinflusst. Diese Auswertung zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der *Akzeptanz und Unterstützung durch die Familie* (AV) und dem *Wunsch nach genitalangleichender Operation* (UV) (Chi-Quadrat nach Pearson:  $x^2 = 6.453$ ,  $df = 1$ ,  $p = .011$ ). Die Effektstärke (Phi) ist mit 0.133 als klein zu bezeichnen (**Tab. E4.1**).

**Genitalangleichende Massnahmen vs. Parameter mit neg. Einfluss.** Das Ziel einer genitalangleichenden Operation fungierte hierbei als kategoriale (dichotome), unabhängige Variable und die anderen Parameter jeweils als kategoriale, teilweise auch dichotome abhängige Variablen. Die Auswertungen belegen, dass mehrere Parameter einen signifikanten Zusammenhang mit der Variablen „*Ich habe eine genitalangleichende Operation (Penisaufbau) als Ziel*“ aufwiesen: einen negativen Einfluss auf das Transitionsziel Penisaufbau hatten Parameter wie Bedenken bezüglich der Beziehung: „*Er oder sie liebt mich wegen seiner oder ihrer sexuellen Identität nicht mehr*“ (**Tab. E5.1**; Chi-Quadrat nach Pearson:  $x^2 = 5.830$ ,  $df = 1$ ,  $p = .016$ ; Phi-Koeffizient: 0.126) ebenfalls „*Er oder sie liebt mich wegen meinen körperlichen Veränderungen nicht mehr*“ (**Tab. E6.1**; Chi-Quadrat nach Pearson:  $x^2 = 9.025$ ,  $df = 1$ ,  $p = .003$ ; Phi-Koeffizient: 0.157). Gesundheitliche Bedenken und Ängste bezüglich geschlechtsanpassender Massnahmen wiesen auch einen signifikanten negativen Zusammenhang mit dem Wunsch zum operativen Penisaufbau auf (**Tab. E7.1**; Chi-Quadrat nach Pearson:  $x^2 = 8.304$ ,  $df = 1$ ,  $p = .004$ ; Phi-Koeffizient: 0.151).

**Genitalangleichende Massnahmen vs. Parameter mit pos. Einfluss.** Einen signifikant positiven Zusammenhang zeigen Parameter, welche die Wichtigkeit der äusserlichen Akzeptanz und Sichtbarkeit der Zugehörigkeit zum Zielgeschlecht erfragten wie „*Die äusserliche Geschlechtsanpassung ist mir...*“ (**Tab. E8.1-E8.2**; exakter Test nach Fisher:  $x^2 = 42.617$ ,  $p = .000$ ; Odds-Ratio: 6.25) oder „*Mit einem männlichen Vornamen angesprochen zu werden, ist mir...*“ (**Tab. E9.1-E9.2**; exakter Test nach Fisher:  $x^2 = 20.594$ ,  $p = .000$ ; Odds-Ratio: 2.89). Der Wunsch nach genitalangleichender Operation *aufgrund des Gefühls, in sexuellen Kontakten wegen des Körpers nicht zu genügen*, ist im sexuellen Kontakt mit einer Frau 2.57-mal höher als beim sexuellen Kontakt mit einem Mann (**Tab. E10.1-E10.2**). Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson für diese Auswertung zeigte auch hier einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Variablen (Chi-Quadrat nach Pearson:  $x^2 = 11.721$ ,  $df = 2$ ,  $p = .003$ ). Der Wunsch, eine Hysterektomie durchführen zu lassen, zeigte

einen signifikanten Zusammenhang mit dem Wunsch nach einem operativen Penisaufbau, unabhängig ob auch eine Ovarrektomie angestrebt wurde (**Tab. E11.1** bzw. **Tab. E12.1**; Chi-Quadrat nach Pearson:  $\chi^2 = 5.332$ ,  $df = 1$ ,  $p = .021$ ; Phi-Koeffizient: 0.121 bzw.  $\chi^2 = 21.442$ ,  $df = 1$ ,  $p = .000$ ; Phi-Koeffizient: 0.242). Wurden keinerlei Bedenken oder Ängste bezüglich der Entscheidung zu geschlechtsanpassenden Massnahmen geäußert, zeigte sich im Chi-Quadrat-Test nach Pearson ein signifikanter Zusammenhang mit dem Wunsch nach genitalangleichenden Operationen ( $\chi^2 = 13.689$ ,  $df = 1$ ,  $p = .000$ ) Die Effektstärke (Phi) ist mit 0.193 als klein zu bezeichnen (**Tab. E13.1**). Als signifikant erwies sich auch die Auswertung des Zusammenhangs zwischen dem Wunsch nach Genitalangleichung und der Variablen *Welches ist Ihr höchster Bildungsabschluss?* (**Tab. E14.1**; Chi-Quadrat nach Pearson:  $\chi^2 = 13.155$ ,  $df = 3$ ,  $p = .004$ ). Verfügt die Person nicht über eine abgeschlossene Ausbildung ist die Chance, dass sie sich eine genitalangleichende Operation als Transitionsziel wünscht 2.28-mal höher, als wenn sie eine Berufslehre oder einen höheren Studienabschluss vorweisen kann (**Tab. E14.2**).

**Nicht signifikante Ergebnisse.** Aufgrund der Auswertungen kann kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Wunsch zu genitalangleichenden Operationen und religiösen Bedenken (**Tab. E15.1**; Chi-Quadrat nach Pearson:  $\chi^2 = 3.192$ ,  $df = 1$ ,  $p = .074$ ) oder Bedenken wegen der Beziehung (**Tab. E16.1**; Chi-Quadrat nach Pearson:  $\chi^2 = 2.745$ ,  $df = 1$ ,  $p = .098$ ) festgestellt werden. Auch die beruflichen Bedenken weisen keinen signifikanten Zusammenhang mit dem Wunsch zu genitalangleichenden Massnahmen auf (**Tab. E17.1**; Chi-Quadrat nach Pearson:  $\chi^2 = 2.507$ ,  $df = 1$ ,  $p = .113$ ). Die Höhe des monatlichen Einkommens zeigte in der Chi-Quadrat-Auswertung ebenfalls keinen signifikanten Zusammenhang mit dem Ziel einer genitalangleichenden Operation (**Tab. E18.1**; Chi-Quadrat nach Pearson:  $\chi^2 = 1.680$ ,  $df = 2$ ,  $p = .432$ ).

## Diskussion

Im Folgenden werden die Ergebnisse der deskriptiven Statistik (siehe Ergebnisse) zuerst nochmals kurz zusammengefasst und in einem zweiten Schritt diskutiert und interpretiert. Eine kritische Stellungnahme zum methodischen Vorgehen sowie ein Ausblick auf weiterführende Forschungsansätze schliessen den empirischen Teil ab.



### **Zusammenfassung der Untersuchung**

Ziel der vorliegenden Bachelorarbeit ist es, die verschiedenen Faktoren zu erheben und zu untersuchen, welche den Entscheid des individuell gesetzten Transitionsziels bei Transmännern in Deutschland und der Schweiz beeinflussen. Dazu wurde eine internetbasierte Umfrage mit 60 Fragen zu Sexualität, sexueller Identität, Coming-out, Transitionsziel und sozialen Parametern mit 366 Transmännern durchgeführt. Zusätzlich wurde ein Experteninterview erhoben. Die Entwicklung der Untersuchungsinstrumente – Interviewleitfaden und Fragebogen – basiert auf dem im Theorieteil dargelegten Stand der Forschung im Bereich der Transsexualität.

### **Diskussion und Interpretation der Ergebnisse**

**Geschlechtsrollenbezogene Einflüsse.** In den Äusserungen der Teilnehmer dieser Umfrage wird klar, dass bei vielen der Wunsch, endlich als Mann und nicht mehr als „Mischwesen“ oder „ewiger Junge“ wahrgenommen zu werden, im Vordergrund ihrer Transition steht. Im Interview gibt Flütsch (Anhang B) an, mit der neuen, tieferen Stimme mehr Aufmerksamkeit zu erhalten, Law et al. (2011) erwähnen in diesem Zusammenhang die erhöhte Autorität und der daraus resultierende Respekt, welche mit der äusserlich sichtbaren Geschlechtsanpassung (Bartwuchs und tiefere Stimme) erfolgen. Auch die Wichtigkeit des männlichen Vornamens wird von denjenigen, welche eine Genitalangleichung wünschen, höher eingestuft als von denen, die diesen Schritt nicht gehen möchten. Die Angst auch nach erfolgten geschlechtsanpassenden Massnahmen nicht männlich genug zu wirken und deshalb ein schlechtes *Passing* in der Gesellschaft zu haben, scheint bei einigen Studienteilnehmern gross zu sein und in der Wahl zum gewünschten Transitionsziel als zusätzlicher Unsicherheitsfaktor zu wirken.

**Sexualitätsbezogene Einflüsse.** Die sexuelle Orientierung und die sexuelle Identität haben laut der vorliegenden Untersuchung einen grossen Einfluss auf das Bedürfnis oder das Gefühl der Notwendigkeit einer genitalangleichenden Operation. Sich als heterosexuell einstufende Transmänner empfinden sich gemäss den Ergebnissen als Mann gegenüber einer weiblichen Sexualpartnerin körperlich oft als ungenügend. Transmänner mit männlichen Sexualpartnern scheinen dies nicht in gleichem Masse zu empfinden. Zudem schätzen die Betroffenen die Wichtigkeit ihrer Geschlechtsanpassung bei einer biologisch weiblichen Partnerin viel höher ein als bei einem biologisch männlichen Partner. Diese

Einschätzung müsste vom Partner, der Partnerin bestätigt werden um als Wirkfaktor gelten zu können. Die Tendenz, dass heterosexuell definierte Transmänner, möglichst nicht als transsexuell erkannt werden wollen, also *stealth* (siehe Glossar) leben möchten wird durch die vorliegenden Daten bestätigt. Ein möglicher Erklärungsansatz wäre, dass homosexuelle Transmänner aufgrund ihrer Sexualität bereits aus dem Geschlechterschema fallen und die Anpasstheit dadurch vergleichsweise unwichtig scheint. Coleman et al. (1993) nehmen an, dass vor allem jene Transmänner, die sich vorher nicht als lesbisch definierten, nach der Transition homosexuelle Beziehungen eingehen. Die vorliegende Studie unterstützt diese Vermutung, da mehrheitlich Transmänner mit früheren Männerbeziehungen angaben, auch nach der Transition sexuell mit Männern zu verkehren.

**Partnerschaftsbezogene Einflüsse.** Gemäss den vorliegenden Studienresultaten stellt der Partner, die Partnerin für die Betroffenen eine ebenso wichtige Ressource dar wie die Familie. Auch Flütsch (Anhang B) bezeichnet die Partnerschaft als eine der wichtigsten Faktoren im Transitionsprozess. Die Angst aufgrund der körperlichen Veränderung vom Partner, von der Partnerin nicht mehr geliebt zu werden spielt laut den vorliegenden Ergebnissen eine signifikante Rolle in der Entscheidung gegen genitalangleichende Massnahmen. Die von Joslin-Roher (2009) und Hobi (2008) postulierte Identitätskonfusion der Partner oder Partnerinnen durch die Geschlechtsanpassung ihres Partners wurde in dieser Untersuchung als wichtiger hemmender Faktor in der Entscheidung zum Transitionsziel identifiziert. Fast die Hälfte der Studienteilnehmer gab zum Untersuchungszeitpunkt an, in keiner festen Beziehung zu sein. Es kann vermutet werden, dass der hohe Anteil an Betroffenen ohne Beziehung einerseits, die Diskrepanz zwischen der vorhandenen sexuellen Anziehung und dem Verzicht auf sexuellen Kontakt andererseits, die von Rauchfleisch (2008) und Hobi (2008) erwähnte Ablehnung sexueller Intimität bei Transmännern bestätigt und eine Tendenz zu asexuellem Verhalten aufzeigt. Es kann jedoch auch daran liegen, dass die Betroffenen mit ihrer Identitätskonfusion zu stark beschäftigt sind, um freie Kapazitäten für eine Beziehung aufbringen zu können.

**Traumata bezogene Einflüsse.** Obwohl fast die Hälfte der Probanden angibt, aufgrund ihrer äusserlichen Erscheinung mindestens einmal einer traumatischen Situation ausgesetzt gewesen zu sein und 55,2 Prozent in ihrem Leben schon selbstverletzendes Verhalten zeigten, definierten drei Viertel ihren psychischen Gesundheitszustand als gut bis sehr gut. Im Vergleich zur Transgender-Studie von Dickey (2011) mit 41,8 Prozent, ist der Anteil Personen mit selbstverletzendem Verhalten in dieser Studie deutlich erhöht. Ein

Drittel der Studienteilnehmer hat bereits einen ernsthaften Suizidversuch unternommen, verglichen mit den Suizidraten von 9.9 auf 100'000 bzw. 15.1 auf 100'000 in der Bevölkerung in Deutschland bzw. der Schweiz (OECD, 2012) ist dies eine alarmierend hohe Zahl.

**Einfluss des sozialen Umfelds.** Die von Vetter (2010) aufgestellte Hypothese, dass Transmenschen eher unter den gesellschaftlichen Reaktionen oder der fehlenden Akzeptanz in ihrem Umfeld leiden, als an der eigentlichen Störung selbst, scheint anhand der Rückmeldungen der Studienpopulation wahrscheinlich, gaben doch ein Drittel der Befragten an, ihre grösste negative Erfahrung im Transitionsprozess im sozialen Umfeld oder allgemein in der Gesellschaft erlebt zu haben. Im Gegenzug erwähnten mehr als ein Drittel der Probanden ein akzeptierendes soziales Umfeld als grösste Ressource in der Transition. Bei guter Akzeptanz und Unterstützung durch die Familie und das soziale Umfeld äussernten zudem mehr Transmänner den Wunsch nach einem Klitorispenoid oder einer Phalloplastik, was die Vermutung zulässt, ob allenfalls die Akzeptanz der transidenten Geschlechtsidentität durch die Angehörigen, von den Transmännern als Aufforderung oder Druck den „ganzen Weg“ gehen zu müssen verstanden wird. Möglich wäre auch, dass von der Familie unterstützte Betroffene eher über die nötigen Ressourcen für einen risikoreichen chirurgischen Eingriff verfügen.

**Medizinische Einflüsse.** Durch die Inexistenz eines Standards bei der operativen Technik des Phallusaufbaus sind Komplikationen und Nachoperationen die Regel (Courtis et al., 2011; Selvaggi et al., 2012; WPATH, 2010). Aufgrund der Rückmeldungen aus dieser Studie wird klar, dass die hohe Komplikationsrate einen erheblichen Einfluss auf die Entscheidung gegen eine genitalangleichende Operation hat. 55 Prozent der Befragten gaben an, einen Penisaufbau bei einer geringeren Komplikationsrate in Betracht zu ziehen. 47 Prozent bzw. 45 Prozent würden dies bei einer Verbesserung der Funktionalität oder der Ästhetik möglicherweise in Angriff nehmen. 26 Personen gaben zudem an, ihren ursprünglichen Wunsch nach einem Penisaufbau aufgrund der hohen Komplikationsraten fallen gelassen zu haben. Diese Zahlen lassen den Schluss zu, dass mehr als die Hälfte derjenigen Transmänner, welche in dieser Studie noch keinen Wunsch zu genitalangleichenden Massnahmen geäussert hatten, zukünftig eine Phalloplastik als Transitionsziel angeben würden, sollten Fortschritte in den operativen Techniken und der medizinischen Behandlung erfolgen. Durch den begonnenen Transitionsprozess mit Hormoneinnahme und psychologischer Begleitung kann laut vorliegender Untersuchung, der Wunsch nach einer genitalangleichenden Operation zurückgehen. Auch Flütsch (Anhang B) erzählte, dass er nach Beginn

der Hormonbehandlung das Gefühl gehabt habe, im eigenen Körper angekommen zu sein und mit der Akzeptanz des eigenen Körpers die Frage nach Männlichkeit oder Unweiblichkeit für ihn nicht mehr von Interesse gewesen sei.

**Einfluss der psychologischen Begleitung.** Flütsch (Anhang B) betonte im Interview die Wichtigkeit von spezialisierten psychologischen Fachkräften, um die Betroffenen wie auch ihre Angehörigen im Transitionsprozess optimal und professionell begleiten zu können. Es gehe nicht darum, im Unbewussten zu graben, sondern darum, Transmenschen während ihrer Transition zu coachen und zu stärken. Auch die Studienteilnehmer sahen mehrheitlich einen Bedarf an trans\* spezialisierten und informierten Fachkräften und würden wie auch Flütsch (Anhang B) ein grösseres Netzwerk auf Trans\*-Themen spezialisierter Psychologinnen und Psychologen begrüßen. Und obschon 40 Personen ihre grösste negative Erfahrung im Kontakt mit medizinischen oder psychologischen Fachpersonen sahen, gaben über 70 Prozent der Befragten an, mehrheitlich positive oder nur positive Erfahrungen mit psychologischer Begleitung gemacht zu haben. Die psychologische Therapie oder Begleitung scheint für den Transitionsprozess ein fast ebenso wichtiger Faktor zu sein wie die Familie oder die Partner und Partnerinnen und wird von den Betroffenen begrüsst. Um Transmenschen in ihrem Prozess unterstützen zu können, braucht es, wie Rauchfleisch (2008) fordert, Toleranz und Akzeptanz der Transidentität wie auch der sexuellen Orientierung gegenüber. Diese Haltung muss gemäss Flütsch (Anhang B) durch spezifische Aus- und Weiterbildungsangebote an Hausärzte und andere Fachpersonen vermittelt werden.

**Berufsbezogene Einflüsse.** Wichtig ist auch die Unterstützung am Arbeitsplatz, da 33 Prozent der Personen berufliche Bedenken angaben. 13 Personen sahen ihre grösste transitorische Ressource im Arbeitsumfeld. Die vorliegende Arbeit bestätigt die Theorie von Law et al. (2011), dass die Unterstützung des Arbeitsbetriebs ein wichtiger Faktor ist, und die daraus resultierende gute Arbeitsplatzsituation für Transmänner im Transitionsprozess eine wichtige Ressource darstellt. Bei der Betrachtung der Studiendaten fällt auf, dass im Vergleich zur Gesamtbevölkerung in Deutschland (Statistisches Bundesamt, 2012) ein hoher Anteil an Personen mit Hochschulabschluss (28% zu 7,2%) oder Hochschulreife (36,2% zu 26,6%) an der Studie teilnahmen, jener Anteil der Personen ohne abgeschlossene Ausbildung (11,7% zu 27,0%) oder mit einer Berufslehre (24,1% zu 50,2%) wiederum war stark verringert. Leider fehlen vergleichbare Trans\*-Studien um diese Ergebnisse einordnen zu können.

### **Beantwortung der Fragestellung und Fazit**

Aufgrund dieser Untersuchung zeigt sich, dass im Transitionsprozess individuell verschiedene Faktoren als Ressource oder Risiko wirken können. Die wichtigste Ressource ist jedoch ein tolerantes und akzeptierendes soziales Umfeld, welches die Familie, Partner und Partnerin, psychologische und medizinische Fachpersonen wie auch das Arbeitsumfeld einschliesst. Mindestens genauso wichtig ist der Zugang zu Informationen und Erlebnisberichten, sei es durch andere Transmänner in Selbsthilfegruppen oder trans\*-Foren auf dem Internet. Das Gefühl der Betroffenen, nicht alleine zu sein und durch den Prozess kompetent begleitet zu werden, ist auch ein wichtiger Ansatz für die psychologische Therapie und Begleitung. Nicht die Aufarbeitung der Vergangenheit steht bei den meisten im Vordergrund, sondern das Coaching und die professionelle Unterstützung während dieses belastenden und von Unsicherheiten geprägten Prozesses. Aufklärung und Information von Fachpersonen und Angehörigen ist daher dringend notwendig. Auch die Operationstechniken zur Erstellung einer Phalloplastik oder eines Klitorispenoids sind, im Gegensatz zu den genitalangleichenden Techniken bei den Transfrauen, noch nicht standardisiert und befinden sich immer noch im Entwicklungsstadium. Eine Verbesserung der Resultate wie auch der Operationsverfahren ist dringend notwendig, um auch denjenigen, welche aufgrund gesundheitlicher oder ästhetischer Bedenken von einer Phalloplastik absehen, ihr gewünschtes Transitionsziel zu ermöglichen. Das gesundheitliche Risiko einer genitalangleichenden Operation scheinen aktuell mehrheitlich sich selbst als heterosexuell definierende Transmänner einzugehen. Im sexuellen Kontakt mit biologischen Frauen fühlt sich diese Gruppe als „Mann ohne Penis“ häufig unzulänglich. Die Angst, im Vergleich mit biologischen Männern gegenüber ihrer Partnerin nicht bestehen zu können, bewegt sie vermutlich, sich einer Genitalangleichung zu unterziehen. Transmänner, die sich in ihrer sexuellen Identität nicht an der binären Geschlechterordnung orientieren und sich als trans\*, queer, bi- oder homosexuell definieren, scheinen auch in der Wahl ihres Transitionsziels freier zu sein. Somit zeigt sich auch hier ein potentieller Ansatz, durch Aufklärung und Information – und die daraus resultierende Akzeptanz in der Gesellschaft – den Betroffenen eine weniger geschlechtsdichotome Form der Transidentität aufzuzeigen und zu ermöglichen. Dadurch könnte der Druck sich einer der beiden Geschlechterformen angleichen zu müssen, verringert werden. Fällt dieser Druck weg, wird die Diskrepanz zwischen dem Geschlechtsempfinden und dem biologischen Geschlecht reduziert, das Leiden könnte gemindert werden.

### **Methodenkritik und Ausblick**

Die verwendeten Erhebungsmethoden erwiesen sich für die explorative, möglichst umfangreiche Erhebung der Einflussfaktoren zum Entscheid des individuellen Transitionsziel von Transmännern als erfolgreich. Dank der erstmalig in diesem Umfang erhobenen Daten dieser Population mittels des internetbasierten Fragebogens und den ergänzenden Aussagen aus dem Experteninterview konnte eine umfangreiche Betrachtung der das Transitionsziel beeinflussenden Faktoren erreicht werden. Diese Umfrage stellt ein wichtiger Schritt in der Beschaffung subjektiver Daten der Betroffenen selbst dar. Im Rahmen dieser Bachelorarbeit konnten nicht alle Daten abschliessend erläutert und untersucht werden, dies wird zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen. Um einen noch tieferen Einblick in die innerpsychischen Vorgänge von Transmännern bei der Entscheidung zum Transitionsziel zu erhalten, müsste eine qualitative Befragung der Betroffenen zum Thema durchgeführt werden. Der relativ hohe Anteil an Teilnehmern unter 25 Jahren ist aufgrund der gewählten Erhebungsform erklärbar, jedoch müsste in einer weiteren Studie auf eine gleichmässige Altersgruppenverteilung geachtet werden, um die Kohortenunterschiede besser erfassen zu können. Auch die Erhebung des aktuellen Transitionsstadiums müsste erweitert werden, um die bereits erfolgten Transitionsschritte und die Dauer und Form der Testosteroneinnahme zu explorieren. Eine umfassende Anamnese gäbe zusätzliche essentielle Informationen zur Wahl des Transitionsziels. Zusätzlich müsste abgefragt werden, ob zum Zeitpunkt der Erhebung die Transition für die Betroffenen abgeschlossen ist oder nicht. Um die Sicht der Partner oder Partnerinnen fremdanamnestisch nutzen zu können, könnte eine Doppelbefragung der Betroffenen und ihres jeweiligen Partners oder ihrer Partnerin sinnvoll sein. Joslin-Roher (2009) weist auf die Forschungslücke betreffend Studien, welche sich mit heterosexuellen männlichen Partnern von Transmännern beschäftigen, hin. In der vorliegenden Studie definierte mehr als die Hälfte der Transmänner mit einem männlichen Partner deren sexuelle Identität als heterosexuell, was den Bedarf an spezifischen Studien deutlich macht. Die Unterscheidung der Begrifflichkeiten „sexuelle Orientierung“ und „sexuelle Identität“ schien nicht allen Teilnehmenden klar. Eventuell wäre eine kurze vorgängige Präzisierung der Ausdrücke angebracht gewesen. Zukünftig könnte auch die vertiefte Auseinandersetzung mit den Parametern zum asexuellen Verhalten durch zusätzliche Studien erfolgen, da dieser Aspekt in dieser Studie auffällig war. Länderspezifisch wurde die Unzufriedenheit mit dem in Deutschland gesetzlich vorgeschriebenen Prozess durch Gutachter und Behörden deutlich. Eine Erhebung der Erfahrungen und eine Überprüfung der Re-

geln, insbesondere der vorgegebenen Wartefristen, wären hier angebracht. In der Schweiz wurde die Problematik der Informationsbeschaffung zu rechtlichen wie auch krankenkassenspezifischen Vorschriften in Bezug auf die Transition mehrmals erwähnt. Die Verwirrung durch die unterschiedlichen kantonalen Regelungen müsste durch eine umfassende Dokumentation oder Vereinheitlichung gemindert werden. Die hohe Beteiligung an dieser Umfrage und die umfassenden Beantwortungen der Fragen zeugen von einer hohen Relevanz und Aktualität des Themas und dem grossen Bedürfnis der Transmänner, ihre persönliche Sicht der Dinge darstellen zu dürfen. So äusserte die Mehrheit der Studienteilnehmer den Wunsch, die Ergebnisse der Studie einsehen zu können und bedankte sich gar für das Interesse an „ihrem Thema“.

*Ich finde es sehr gut, dass Sie solch eine Umfrage machen und ich finde es auch super, dass die Meinung der Transmänner gefragt wird. Hoffentlich waren meine Antworten eine Hilfe, ich habe es ehrlich und aufrichtig beantwortet. (anonymer Studienteilnehmer)*

*Ich hoffe sehr, dass Ihr Fragebogen dazu beiträgt, dass wir Betroffene es zukünftig leichter haben auf unserem Weg. Zwar ist es in Deutschland schon sehr gut mit der Akzeptanz, aber von Selbstverständlichkeit ist auch hier noch keine Rede. Alles Gute Ihnen! (anonymer Studienteilnehmer)*

*Aus dem Austausch mit anderen Schicksalsgenossen erfahre ich, dass Unwissenheit und falsche Diagnosen für grosse Umwege in der Behandlung sorgen können. Jede Auseinandersetzung mit dem Thema ist darum löblich und unterstützenswert. (anonymer Studienteilnehmer)*

*Sehr interessante, sinnvolle Studie, über die ich mich sehr freue. Wenn Sie Unterstützung benötigen, dürfen Sie gern auf mich zukommen. Ich finde es sehr, sehr wichtig, dass wir Transmänner einen Raum bekommen, in dem wir als selbstverständlicher Teil der Gesellschaft anerkannt sind. (anonymer Studienteilnehmer)*

*Finde es gut, dass immer mehr Studierende sich in ihrem Studium mit dieser Materie beschäftigen. Dadurch kommt auch vielleicht immer mehr Verständnis der Mitmenschen für Betroffene auf. Es mangelt doch in vieler Hinsicht noch an Information und Forschungsergebnissen auf diesem Gebiet. (anonymer Studienteilnehmer)*

*Super, dass es jemanden gibt, der sich wieder einmal intensiv mit dem Thema beschäftigt, da es immer noch viel zu wenige gibt, die überhaupt ihre Augen und Ohren dafür offen halten möchten! Nur so kann der Gesellschaft ein Stück weit mehr Akzeptanz entlockt werden und die Menschen können auch besser mit ihrer Problematik umgehen. Finde ich ganz toll! (anonymer Studienteilnehmer)*

*Ich drück dir die Daumen für die Bachelor Arbeit und freu mich, dass "mein Thema" dir wichtig ist! (anonymer Studienteilnehmer)*

*Ich danke Ihnen, dass Sie sich für dieses Thema interessieren! Studien zu Transmännern fehlen immer noch, v.a. in der Schweiz. (anonymer Studienteilnehmer)*

## Literatur

- Babaei, A., Safarinejad, M. R., Farrokhi, F., & Iran-Pour, E. (2010). Penile reconstruction, evaluation of the most accepted techniques. *Urology Journal*, 7 (2), 71-78.
- Bauquis, O., Pralong, F., & Stiefel, F. (2011). Operative Geschlechtsumwandlung bei Störungen der Geschlechtsidentität. *Schweiz Med Forum*, 11 (4), 58–64.
- Becker, S. (2009). Transsexuelle Entwicklungen: Verlaufsdiagnostik, Psychotherapie und Indikation zu somatischen Behandlungen. *Psychotherapie im Dialog*, 01 (10), 12-18. doi:10.1055/s-00000117
- Becker, S., Bosinski, H. A. G., Clement, U., Eicher, W., Goerlich, T. M., Hartmann, U., ... Wille, R. (1997). Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen. *Psychotherapeut*, 42, 256-262.
- Benjamin, H. (1966). *The Transsexual Phenomenon*. New York: Julian Press.
- Brauckmann, J. (2002). *Die Wirklichkeit transsexueller Männer. Mann werden und heterosexuelle Partnerschaften von Frau-zu-Mann-Transsexuellen*. Giessen: Psychosozial.
- Brown, N. R. (2009). "I'm in Transition Too": Sexual identity renegotiation in sexual-minority women's relationships with transsexual men. *International Journal of Sexual Health*, 21, 61-77. doi:10.1080/19317610902720766
- Brown, N. R. (2010). The sexual relationships of sexual-minority women partnered with trans men: A qualitative study. *Arch Sex Behav*, 39, 561-572. doi:10.1007/s10508-009-9511-9
- Bundesamt für Statistik BFS (2011). *Ständige Wohnbevölkerung nach Geschlecht und Staatsangehörigkeitskategorie, am Ende des Jahres* [On-line]. Zugriff am 14.12.2012. Verfügbar unter: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/key/bevoelkerungsstand/02.html>
- Bundeszentrale für politische Bildung (2013). *Bevölkerungsentwicklung* [On-line]. Zugriff am 18.01.2013. Verfügbar unter: <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61532/bevoelkerungsentwicklung>
- Cass, V. (1979). Homosexual identity formation: A theoretical model. *Journal of Homosexuality*, 43, 219-235. doi:10.1300/J082v04n03\_01



- Cohen-Kettenis, P. T., van Goozen, S. H. M., & van Trotsenburg, M. A. A. (2007). Das transsexuelle Gehirn. In S. Lautenbacher, O. Guentuerkuen & M. Hausmann (Hrsg.), *Gehirn und Geschlecht. Neurowissenschaft des kleinen Unterschieds zwischen Frau und Mann* (S. 125-141). Berlin: Springer.
- Coleman, E., Bockting, W. O., & Gooren, L. (1993). Homosexual and bisexual identity in sex-reassigned female-to-male transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 22 (1), 37-50. doi:10.1007/BF01552911
- Courtois, F., Terrier, J. E., Brassard, P., Ruffion, A., & Morel-Journel, N. (2011). Development of surgical phalloplasty techniques: Is there a gold standard ?. *Sexologies*, 21, 55-59. doi: 10.1016/j.sexol.2011.09.001
- De Cuyper, G., T'Sjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., De Sutter, P., Hoebeke, P., ... Rubens, R. (2005). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 34 (6), 679–690. doi:10.1007/s10508-005-7926-5
- Dickey, L. M. (2011). *Non-suicidal self-injury in the transgender community* (unveröff. Dissertation). University of North Dakota, Grand Forks, USA.
- Duden online (2013). *Online Wörterbuch* [On-line]. Zugriff am 17.01.2013. Verfügbar unter: <http://www.duden.de>
- Eckloff, T. (2003). *Geschlechtsidentität, Geschlechtsrolle und sexuelle Orientierung. Eine empirische Untersuchung* (unveröff. Diplomarbeit). Universität Hamburg, Fachbereich Psychologie.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G\*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160.
- Fiedler, P. (2004). *Sexuelle Orientierung und sexuelle Abweichung. Heterosexualität – Homosexualität – Transgenderismus und Paraphilien – sexueller Missbrauch – sexuelle Gewalt*. Weinheim: Beltz.
- Flütsch, N. (2011). Zwischen allen Stühlen. *Wendekreis*, 6, 10-13.
- Flütsch, N. (2012). Nicht jeder will eine Operation, im Gegenteil. *Migrosmagazin*, 36, [On-line]. Zugriff am 17.01.2013. Verfügbar unter: <http://www.migrosmagazin.ch/menschen/interview/artikel/eine-geschlechtsanpassung-ist-meist-sehr-heilsam>
- Gagne, P., Tewksbury, R., & McGaughey, D. (1997). Coming out and crossing over: Identity formation and proclamation in a transgender community. *Gender and Society*, 11, 478–508. doi: 10.1177/089124397011004006

- Green, R., & Blanchard, R. (2000). Gender identity disorders. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Hrsg.), *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 1*, 1646-1662.
- Güldenring, A. (2009). Phasenspezifische Konfliktthemen eines transsexuellen Entwicklungsweges. *Psychotherapie im Dialog, 01* (10), 25-31.  
doi:10.1055/s-00000117
- Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the minority stress model. *Professional Psychology: Research and Practice, 43* (5), 460-467.  
doi: 10.1037/a0029597
- Hobi, S. (2008). *Beziehung, Partnerschaften und Sexualität transsexueller Menschen. Eine qualitative Untersuchung der Partnerschaften transsexueller Menschen* (Bachelorarbeit, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Schweiz). Zugriff am 17.01.2013. Verfügbar unter: [http://www.zhaw.ch/fileadmin/user\\_upload/psychologie/Downloads/Bibliothek/Arbeiten/BA/ba0005.pdf](http://www.zhaw.ch/fileadmin/user_upload/psychologie/Downloads/Bibliothek/Arbeiten/BA/ba0005.pdf)
- Huxley, P. J., Kenna, J. C., & Brandon, S. B. (1981a). Partnership in transsexualism. Part I. Paired and nonpaired groups. *Archives of Sexual Behavior, 10*, (2), 133-141.
- Huxley, P. J., Kenna, J. C., & Brandon, S. B. (1981b). Partnership in transsexualism. Part II. The nature of the partnership. *Archives of Sexual Behavior, 10*, (2), 143-160.
- Klein, F. (1993). *The bisexual option* (2.Aufl.). NYC: Haworth Press.
- Knudson, G., De Cuypere, G., & Bockting, W. (2010). Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism, 12* (2), 115-118. doi:10.1080/15532739.2010.509215
- Kraemer, B., Hobi, S., Rufer, M., Büchi, S., & Schnyder, U. (2009). Partnerschaft und Sexualität von Frau-zu-Mann transsexuellen Männern. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* [On-line]. Zugriff am 19.01.2013. Verfügbar unter: [http://www.zora.uzh.ch/26146/2/26146\\_manuscript\\_V.pdf](http://www.zora.uzh.ch/26146/2/26146_manuscript_V.pdf)
- Kuckartz, U., Ebert, T., Rädiker, S., & Stefer, C. (2009). *Evaluation online. Internetgestützte Befragung in der Praxis*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Law, C., Martinez, L. R., Ruggs, E. N., Hebl, M. R., & Akers, E. (2011). Transparency in the workplace: How the experiences of transsexual employees can be improved. *Journal of Vocational Behavior, 79*, 710-723. doi:10.1016/j.jvb.2011.03.018

- Mayring, P. (2002). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung* (5.überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- OECD (2012). *Health at a glance: Europe 2012*, OECD Publishing.  
doi:10.1787/9789264183896-en
- Plener, P. L., Libal, G., Keller, F., Fegert, J. M., & Muehlenkamp, J. J. (2009). An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychological Medicine*, 39, 1549-1558.  
doi:10.1017/S0033291708005114
- Preuss, W. F. (1999). Die Aufgabe der Psychotherapie bei der Behandlung der Transsexualität. *Psychotherapeut*, 44, 300–306.
- Rauchfleisch, U. (2008). Paar- und familientherapeutische Interventionen bei Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transidenten (Transsexuellen). *Tagungsbericht über den 25. GLE-I Kongress in Berlin 2008* (S. 37-42). Wien: Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse.
- Rauchfleisch, U. (2012). *Transsexualität – Transidentität. Begutachtung, Begleitung, Therapie* (3.Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht.
- Recher, A. (2011). *Änderung von Name und amtlichem Geschlecht bei Transmenschen. Ein Vorschlag für eine (grund-)rechtskonforme Handhabung* (unveröff. Masterarbeit). Universität Zürich, Rechtswissenschaftliche Fakultät.
- Rice, W. R., Friberg, U., & Gavrillets, S. (2012). Homosexuality as a consequence of epigenetically canalized sexual development. *Quarterly Review of Biology*, 87 (4), 343-368.
- Sass, H., Wittchen, H. U., Zaudig, M., & Houben, I. (2003). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen TR-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Savin-Williams, R. C. (2011). Identity development among sexual-minority youth. *Handbook of Identity Theory and Research*, 5, 671-689.  
doi: 10.1023/A:1002058505138
- Selvaggi, G., Dhejne, C., Landen, M., & Elander, A. (2012). The 2011 WPATH standards of care and penile reconstruction in female-to-male transsexual individuals. *Advances in Urology*, 2012 (2012), 1-13. doi:10.1155/2012/581712
- SPSS (2012). *Version 20* [Computer Software]. Chicago, IL: SPS Inc.

- Statistisches Bundesamt (2012). *Bildungsstand der Bevölkerung 2012* [On-line]. Zugriff am 19.4.2013. Verfügbar unter: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Bildungsstand/BildungsstandBevoelkerung5210002127004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Bildungsstand/BildungsstandBevoelkerung5210002127004.pdf?__blob=publicationFile)
- Steinle, K. (2011). Hormonal management of the female-to-male transgender patient. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 56, 293-302. doi:10.1111/j.1542-2011.2011.00037
- SurveyMonkey (2012). *Online Umfragetool* [Computer Software]. Palo Alto, CA: SurveyMonkey.
- Takamatsu, A., & Harashina, T. (2009). Labial ring flap: a new flap for metoidioplasty in female-to-male transsexuals. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 62, 318-325. doi:10.1016/j.bjps.2008.11.038
- The World Professional Association for Transgender Health. (Hrsg.) (2012). *Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people (7.Version)* [On-line]. Zugriff am 02.01.2013. Verfügbar unter: <http://www.wpath.org>
- Transgender Network Switzerland (2012a). *Was ist Trans\*?* [On-line]. Zugriff am 02.01.2013. Verfügbar unter: <http://www.transgender-network.ch/information>
- Transgender Network Switzerland (2012b). *Transpersonen und Arbeitsmarkt in der Schweiz. Erste schweizweite Studie zur Situation von Transmenschen im Erwerbsleben* [On-line]. Zugriff am 31.01.2013. Verfügbar unter: [http://www.transgender-network.ch/wp-content/uploads/2012/06/2012-Transpersonen-und-Arbeitsmarkt-in-der-Schweiz\\_Abstract.pdf](http://www.transgender-network.ch/wp-content/uploads/2012/06/2012-Transpersonen-und-Arbeitsmarkt-in-der-Schweiz_Abstract.pdf)
- Universität Freiburg (2013). Gender und Diversity Portal: Sexuelle Identität [On-line]. Zugriff am 12.05.2013. Verfügbar unter: <http://www.gleichstellung.uni-freiburg.de/GDManagement/SexuelleIdentitaet>
- Vetter, B. (2010). *Transidentität – ein unordentliches Phänomen. Wenn das Geschlecht nicht zum Bewusstsein passt*. Bern: Hans Huber.
- Welzer, H. (1993). *Transitionen. Zur Sozialpsychologie biographischer Wandlungsprozesse*. Tübingen: edition diskord.
- WHO / Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2010). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V(F) (7.Aufl.)*. Bern: Hans Huber.

Zimmermann, A., Zimmer, R., Kovacs, L., Einödshofer, S., Herschbach, P., Henrich, G., ... Papadopulos, N. (2006). Lebenszufriedenheit transsexueller Patienten nach geschlechtsangleichenden Operationen. *Chirurg*, 77, 432–438.  
doi:10.1007/s00104-005-1138-3

## Glossar

Die hier aufgeführten Begrifflichkeiten sind teilweise nicht wissenschaftliche Definitionen, sondern Begriffe, welche die Betroffenen selbst verwenden und in der Trans\*-Community gebräuchlich sind.

**Alltagstest.** Gemäss den Behandlungsgrundsätzen der Standards der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung (Becker et al., 1997) ist es im Interesse der Patienten und Patientinnen, im Rahmen eines Alltagstests kontinuierlich und in allen sozialen Bereichen im gewünschten Geschlecht zu leben, um notwendige Alltags-Erfahrungen im Zielgeschlecht zu machen, bevor weitreichende und irreversible Folgen durch hormonelle oder chirurgische Massnahmen entstehen. In der Schweiz wird, je nach Kanton, ein Alltagstest vorausgesetzt, um chirurgische Massnahmen vornehmen zu dürfen. Dies hat für die Betroffenen oft einschneidende berufliche, soziale und familiäre Konsequenzen (Bauquis et al., 2011).

**Cis.** Dieser Ausdruck „beschreibt das Gegenteil von Trans\*, also die Kongruenz von Geschlechtsidentität und dem Geschlecht, das bei Geburt zugewiesen wurde“ (Recher, 2011, S. 7).

**Coming-out.** Der englische Begriff *Coming-out* stammt ursprünglich aus der Homosexualitätsforschung und bedeutet laut Duden (2012) „absichtliches, bewusstes Öffentlichmachen von etwas, insbesondere der eigenen Homosexualität“. Laut Fiedler (2004) und Rauchfleisch (2012) beinhaltet der Coming-out-Prozess bei Transmenschen das Gewahrwerden und Akzeptieren der eigenen transsexuellen Identität und den folgenden Prozess des Öffentlichmachens und Lebens dieser Identität in der Gesellschaft. Das verbreitete Sechs-Stufen-Modell des Coming-out-Prozesses von Cass (1979) beschreibt den Prozess von der Identitätskonfusion bis zur Identitätssynthese, also der vollkommenen Integration der Identität ins Selbstbild.

**Pansexuell.** Als pansexuell bezeichnen sich Personen, die sexuelle Attraktion aufgrund der Partnercharakteristik und nicht aufgrund der körperlichen Geschlechtsmerkmale verspüren (Savin-Williams, 2011).

**Passing.** Passing meint die Fähigkeit einer Person, als Mitglied des gewünschten Geschlechts erkannt und akzeptiert zu werden. In der Regel ist das Passing eine Kombina-

tion von äusserlichen Geschlechtsmerkmalen (Stimme, Bartwuchs), körperlicher Erscheinung (Kleider, Haarschnitt) und bestimmten Verhaltensweisen (Flütsch, 2011).

**Stealth.** Dieser, aus dem militärischen Umfeld stammende Begriff, bezeichnet die Tarnkappentechnik, welche die Radarortung eines Flugzeugs erschwert. In diesem Sinn beschreibt *Stealth* Transmenschen, die ohne Kontakt zur Transcommunity, in der angestrebten Geschlechterrolle leben und nicht als Transmenschen erkannt werden (*passen*). Nur wenige wissen von der Transsexualität der Person (z.B. Familie, Arzt usw.). In einigen Fällen ist auch der Partner oder die Partnerin nicht eingeweiht. Stealth zu leben ist für viele Transmenschen das Ziel ihrer Transition.

**Transfrau.** Eine Transfrau bezeichnet einen Menschen, der früher im biologischen Sinne ein Mann war und jetzt als Frau lebt (Brauckmann, 2002).

**Transgender.** Laut Steinle (2011) dient der Begriff Transgender als Oberbegriff für Menschen, die Geschlechtsidentitäten, Geschlechtsausdrücke oder Geschlechtsverhalten zeigen, welche gesellschaftlich nicht mit ihrem biologischen Geschlecht in Verbindung gebracht werden. Sie identifizieren sich als männlich, weiblich, beides oder keines von beiden, unabhängig ihrer Anatomie oder ihres Aussehens (Steinle, 2011).

**Transition.** Die Transition beschreibt die Phase des Veränderns der physischen und sozialen Erscheinung hin zum Zielgeschlecht und hat eine bessere Repräsentanz der inneren Geschlechtsidentität nach aussen hin zum Ziel. Der Transitionsprozess ist individuell und kann sich über eine längere Zeit erstrecken (Steinle, 2011).

**Transmann.** Ein Transmann ist eine bei Geburt als biologisch weiblich definierte Person, deren Geschlechtsidentität jedoch männlich ist (Steinle, 2011).

**Transmensch.** „Den Begriff Transsexualität lehnen viele Transmenschen ab, weil die Geschlechtsidentität nichts mit Sexualität zu tun hat“ (transgender-network.ch, 2013). Betroffene selbst benutzen aus diesem Grund für sich nicht den Begriff Transsexuelle, sondern Transmenschen.

**Queer.** Als queer bezeichnen sich sexualpolitische Bewegungen oder sexualpolitisch motivierte Personen, „teils als Selbstbezeichnung, teils um Politiken zu entwickeln, die sich nicht mit einer Anerkennung als Minderheit zufrieden geben, sondern um die gegebenen Vorstellungen darüber, was als *normal* gilt, zu problematisieren und zu verändern“ (genderkompetenz.info, 2012).





## **Anhang**

<b>Anhang A</b>	<b>Experten-Interview: Interviewleitfaden</b>
<b>Anhang B</b>	<b>Experten-Interview: Zusammenfassung</b>
<b>Anhang C</b>	<b>Internetforen- und Mailingliste</b>
<b>Anhang D</b>	<b>Online-Fragebogen</b>
<b>Anhang E</b>	<b>Ergebnisse</b>



## Anhang A

### Experten-Interview: Interviewleitfaden

**Transsexualität, eine Störung?** Transsexualität ist im ICD-10 unter den F-Störungen und im DSM-IV als Geschlechtsidentitätsstörung aufgeführt. Es werden kontroverse Diskussionen unter psychologischen Fachkräften geführt, ob diese in den neuen Ausgaben der beiden Systeme noch drin sein sollen.

- Was für Konsequenzen sehen Sie für die Betroffenen, betreffend medizinischer und psychologischer Betreuung, wenn die Diagnose nicht mehr gestellt wird? (Auswirkungen auf die Praxis? Krankenkassen?)
- Die Akzeptanz z.B. der Homosexualität ist nach dem Verschwinden aus den Klassifikationssystemen in der Bevölkerung gestiegen, unter anderem auch durch Öffentlichkeitsarbeit. Ist diese Entwicklung vergleichbar oder wo sehen Sie Unterschiede?
- Auf welche Problemfelder müssen psychologische Fachpersonen bei der Patienten-/Klientengruppe der Transmänner besonders achten oder eingehen?
- Welchen Handlungsbedarf sehen Sie, von Seiten der psychologischen Fachpersonen, im Umgang mit Transsexualität und Transmenschen?
- Welchen Handlungsbedarf sehen Sie in der Betreuung der Angehörigen von Transmenschen? (Familien- oder Paartherapie)
- Bräuchte es aus Ihrer Sicht, speziell auf die Bedürfnisse von Transmenschen ausgerichtete psychologische Therapieangebote? Welche Überlegungen bringen Sie zu dieser Aussage?
- Würde ein Zentrum für psychologische Betreuung von Transmenschen und ihren Angehörigen durch ausgebildete Fachkräfte, analog zu Ihrer gynäkologischen Sprechstunde, in Ihren Augen einem Bedürfnis entsprechen?

**Fragen zur Transition.**

- Welches sind Ihrer Meinung nach, besonders heikle Momente in der Transition von Transmännern?
- Um geschlechtsanpassende Massnahmen von der Krankenkasse bezahlt zu erhalten, ist eine vorgängige psychologische Begleitung vorgeschrieben. Welche Massnahmen sehen Sie als unterstützend?
- Welches sind aus Ihrer Sicht, die wichtigsten Ressourcen während der Transition?
- Zu welchen Transitionszielen tendieren Transmänner heute häufiger? Sehen Sie Unterschiede zu früher?
- Wie ist die Akzeptanz in der Transcommunity für Transgender, welche keine geschlechtsanpassenden Massnahmen wünschen?
- Welche staatlichen Anforderungen müssen erfüllt sein, um wie Sie eine Namensänderung eintragen zu können?
- Welche, um in der ID ein *Geschlecht: männlich* zu kriegen?

**Medizinische Fragen.**

- Was sind die medizinischen und gesundheitlichen Gefahren der Genitaloperation bei Transmännern?
- Welche verschiedenen Eingriffe sind nötig, um eine vollständige Genitalangleichung zu erhalten?
- Bis anhin waren die Ergebnisse solcher operativen Eingriffe nicht wirklich zufriedenstellend. Wie schätzen Sie die Qualität heute ein?
- Was ist das Vorgehen - heute in der Schweiz - um eine geschlechtsanpassende OP von den Krankenkassen bezahlt zu erhalten?

**Persönliches.**

- Haben Sie ihr erstes Coming-out als homosexuelle Frau in Bezug auf die Akzeptanz des Umfelds anders erlebt, als Ihr zweites als Transmann?
- Welches war Ihr schönster Moment während Ihrer Transition?
- Welche Unterschiede im Umgang mit Ihnen, nehmen Sie im Vergleich zu früher speziell wahr?
- Fühlen Sie sich jetzt in Ihrem richtigen Körper angekommen?
- Identifizieren Sie sich jetzt als „Mann“ im herkömmlichen Sinn oder haben Sie das Gefühl eine eigene/andere Identität gefunden zu haben?
- Wo sehen Sie für sich auch in Zukunft noch Problemfelder in Ihrem Leben als Mann?
- Wie stehen Sie selbst zu psychologischer Beratung im Allgemeinen?



## **Anhang B**

### **Experten-Interview mit Dr. N. Flütsch**

**Einleitung.** Dr. Niklaus Flütsch ist 48 Jahre alt, Transmann, Gynäkologe mit eigener Praxis und Leiter einer Sprechstunde für transidente Menschen in Zürich. Das Interview fand am 19. 11. 2012 in seiner Praxis in Zug statt. Die Fragen waren vorgehend in einem Leitfaden formuliert worden (Anhang A) und wurden in beliebiger Reihenfolge gestellt, je nach Verlauf des Interviews.

### **Zusammenfassung**

**Diagnose.** Da Transsexualität keine Krankheit per se sei, sondern eine Lebensvariante, ähnlich wie die Homosexualität, solle die Diagnose aus dem F-Kapitel für psychische Störungen des ICD rausgenommen werden und in eine somatische Diagnose geändert werden. Im DSM solle laut Dr. Flütsch, nur noch der resultierende Leidensdruck als Krankheit definiert werden. Um eine Bezahlung der geschlechtsangleichenden Massnahmen durch die Krankenkassen jedoch weiterhin zu ermöglichen - mit Blick auf ähnliche, erst durch den Leidensdruck entstandene „Krankheiten“ wie zum Beispiel Sterilität oder Schwangerschaft, – brauche es einen ICD-Code im somatischen Bereich.

**Coming-out und Ressourcen.** Herr Flütsch sieht das Coming-out als heikelsten Moment der Transition. Sich selbst die Transsexualität einzugestehen und dann dem Partner, der Partnerin, den Eltern und am Arbeitsplatz zu kommunizieren, sei der kritischste Moment in der Transition. Die Verlustangst, die damit verbunden sei, sei enorm. Nach Beginn der Transition sei die Hormontherapie für Aussenstehende fast der kritischere Moment als die späteren Operationen. Diese seien eher für die Partnerin oder den Partner ein Thema. Durch die Hormontherapie komme es am Arbeitsplatz, bei den Eltern oder im Freundeskreis immer wieder zu Begegnungen mit Personen, die einen vielleicht längere Zeit nicht gesehen hätten und dann überrascht seien beim Anblick der Veränderungen.

Wir altern ja alle, wir haben alle einmal eine andere Frisur, oder kriegen eine Brille plötzlich im Alter. Aber das sind halt nur so kleine Sachen. Man weiss, dass so Zeug passiert. Aber dass jemand plötzlich einen Bart hat, der vorher eine Frau war, ist vielleicht etwas, dass dann wirklich mehr Mühe macht.

Das Coming-out als Lesbe in den achtziger Jahren sei schlimmer gewesen als das Coming-out als Transmann. Wohl auch, weil Homosexualität damals noch nicht eine solche Selbstverständlichkeit gewesen sei wie heute und als Krankheit gewertet worden sei.

Das Coming-out als Transmann habe in einem Alter stattgefunden, wo seine Karriere eigentlich schon abgeschlossen gewesen sei und er seine Berufserfahrung, sein eigenes Geschäft gehabt habe. Das Coming-out jetzt sei viel grösser für ihn gewesen, aber die Ausserstehenden hätten viel gelassener reagiert, vor allem seine Mutter. Dies habe Herrn Flütsch positiv überrascht, auch weil für ihn so viel auf dem Spiel gestanden habe.

Also es war so, ich habe es damals so verglichen: Das ist wie wenn Sie aus dem Flugzeug springen und nicht wissen, ob der Fallschirm aufgeht, etwa so. Man springt einfach mal, vielleicht geht er ja nicht auf.

Die Familie, die Eltern seien die wichtigste Ressource oder auch eine Partnerin oder ein Partner. Er habe aber zur Zeit des Coming-out keine Beziehung geführt. Dr. Flütsch denkt, dass in seinem Fall auch die Berufserfahrung, eine abgeschlossene Ausbildung, gute Referenzen und ein guter Name eine wichtige Rolle gespielt hätten, da er keine Probleme gehabt habe, eine gute Stelle zu finden. Er fügt lachend an, dass seine soziale Kompetenz ihm bei der Kommunikation mit den Kollegen, Kolleginnen und Vorgesetzten sicher geholfen habe. Eine innere Haltung und Selbstsicherheit seien wichtige Faktoren, um nicht dauernd durch andere irritiert zu werden.

**Transition und Transitionsziel.** Früher sei von der Medizin gefordert worden, entweder Frau oder Mann zu sein. Sei dies von Jemandem nicht gewünscht worden, habe dies als Beweis gegolten, dass der oder die Betreffende nicht transsexuell sei.

Der Wunsch musste so stark drin sein, dass er alles auf der Welt machte und sich irgendwie ein Stück Hautlappen zwischen die Beine nähen liess und sagte, das ist nachher mein Penis.

Der äusserliche Beweis des inneren Wunsches habe geliefert werden müssen. Transmenschen seien dadurch teilweise zu Operationen gezwungen gewesen, die sie später bereut hätten. Heute werde dies von der Medizin nicht mehr gefordert. Die Geschlechter seien fliessender, nicht zuletzt auch wegen der zunehmenden Visibilität von Schwulen und Lesben, Transvestiten, Dragkings und Dragqueens.

**Medizinische und juristische Aspekte.** Aus medizinischer Sicht sei es absolut nicht notwendig, die Keimdrüsen zu entfernen. Es gäbe keine Untersuchung, die beweise, dass eine Testosterontherapie in Bezug auf die weiblichen Geschlechtsorgane krebserzeugend sei. Dr. Flütsch nimmt an, dass eine Hormontherapie bei Transmännern dazu führe, dass deren Gesundheitsprofil und -risiko sich demjenigen von Bio-Männern anpasse und somit vermehrt Herz-Kreislaufkrankungen auftreten könnten. Die gesellschaftliche Angst vor



schwangeren Männern oder zeugenden Frauen sei wahrscheinlich eher der Grund, warum noch immer die menschenrechtsverletzende Sterilisation gefordert würde, um eine Personenstandsänderung in der Schweiz vornehmen zu können. In Deutschland werde sie nicht mehr verlangt. Für die sogenannte „kleine Lösung“ (Vornamensänderung) werde in der Schweiz zukünftig voraus gesetzt, dass die Person den Namen in der Regel schon 2 Jahre verwende und in einem Programm (z.B. Psychotherapie) sei. Dr. Flütsch sieht als Ziel, dass ein Individuum beim Staat einen neuen Vornamen und eine Geschlechtsänderung verlangen könne, ohne Knüpfung an Bedingungen. Um in der Schweiz eine geschlechtsangleichende Operation von der Krankenkasse bezahlt zu erhalten, brauche es eine psychiatrische Beurteilung, welche gemäss Herrn Flütsch einfach die mit ein paar Sätzen begründete Diagnose sein sollte. Es brauche keine Blossstellung und Erklärung der gesamten Kindheit. Meist würden für die chirurgischen Eingriffe eine Hormontherapie von ca. einem Jahr und ein Gesuch an die Krankenkasse vorausgesetzt, zwischen den einzelnen Operationen gebe es dann auch wieder einzuhaltende Wartefristen. Die meisten von Dr. Flütsch's Patienten würden eine Hysterektomie inkl. Ovarektomie und eine Mastektomie wünschen. Erstere zwei seien krankenkassentechnisch einfach zu lösen, da die Operation medizinisch bzw. gesundheitlich begründet werden könne. Bei der Mastektomie werde es schon schwieriger, da dies häufig auch ein kosmetischer Eingriff sei. Viele gingen dafür ins Ausland und würden sie auf eigene Rechnung machen.

***Genitalanpassende Massnahmen.*** Aufgrund schlechter Ergebnisse in der Schweiz würden viele die genitalangleichenden Operationen in Deutschland machen lassen. Das CHUV (Centre hospitalier universitaire vaudois), bzw. Dr. Daverio in Lausanne, seien immer noch die einzigen Orte in der Schweiz, die einigermaßen zufriedenstellende Ergebnisse erreichen würden. Aber im Vergleich zu einem Dr. Schaff in München mit ca. 40 Operationen jährlich seien die Fallzahlen in der Schweiz mit ca. 5 Operationen im Jahr gering. Es könne davon ausgegangen werden, dass die Lernkurve dadurch sehr schlecht sei, Operationen nicht gute Ergebnisse böten und es keine Verbesserungen in der Behandlung und Durchführung gebe. Da zudem die Klitorispenoid-Technik hier nicht angeboten werde, müssten die Krankenkassen die Operationen im Ausland eigentlich übernehmen. Hinzu komme, dass die Kosten für die Krankenkassen in der Schweiz um ein Vielfaches teurer seien. Eine genitalangleichende Operation könne hier leicht 60'000 bis 70'000 Franken kosten.

**Identität als Mann.** Durch die Selbstverständlichkeit als Mann oder Frau aufzuwachsen, sei sich der Durchschnittsmensch seiner Geschlechtsidentität gar nicht bewusst. Erst wenn man z.B. schwul, lesbisch oder transsexuell sei, also dort wo es nicht übereinstimme, denke man darüber nach. Früher sei bei Herrn Flütsch im Vordergrund gestanden: Was bin ich? Was stimmt nicht mit mir als Frau? Heute merke er, dass es ihm nicht mehr wichtig sei, es interessiere ihn gar nicht, wie männlich er sei oder wie unweiblich. Jetzt, im eigenen Körper angekommen, könne er sich vom männlichen und weiblichen distanzieren, weil es jetzt irgendwie passe. Im Umgang mit anderen sei Herrn Flütsch aufgefallen, dass ihm mit der tieferen Stimme mehr zugehört werde.

Ganz am Anfang als ich meinen Stimmbruch bekam, habe ich gemerkt, dass mir die Leute mehr zuhören, dass eine tiefere Stimme effektiv mehr Aufmerksamkeit bekommt. Das hat mich überrascht und irgendwie auch beschäftigt. Man kann den genau gleichen „Chabis“ erzählen, aber mit tieferer Stimme hören einem die Leute mehr zu.

Wir seien wohl schon von klein auf trainiert, meint Dr. Flütsch, dass wichtige Sachen in einer tieferen Stimme gesagt würden. Das habe nichts mit seinem Äusseren zu tun gehabt, da er, als er es bemerkt habe, mit Maske und Haube im Operationssaal gestanden sei. Der Umgang mit seinen Patientinnen sei für Dr. Flütsch immer noch gleich, jedoch stelle er fest, dass diese jetzt mit anderen Themen zu ihm kämen, die früher Tabu gewesen seien wie z.B. Seitensprünge. Herr Flütsch bemerkt lachend, dass Frauen jetzt mehr mit ihm flirten würden und das sei für ihn ungewohnt, weil er ja als Jugendlicher nicht gelernt habe, damit umzugehen. Er sei im Begriff, eine zweite Pubertät zu durchlaufen, dies jedoch mit einem lachenden und einem weinenden Auge. Man sei halt doch nicht mehr 15, sondern 48 und könne nicht einfach aus der Zeit springen.

**Psychologische Begleitung.** Die Bestrebung psychologischer Fachkräfte müsse sein, jeden Patienten und jede Patientin so wahrzunehmen und zu respektieren, wie diese sich selbst sehen würden. Schlussendlich gehe es um Toleranz und Akzeptanz der Transsexuellen. Das Netzwerk zur Betreuung Transsexueller sei im Begriff sich aufzubauen, es gäbe gute Adressen, welche auch rege besucht würden. In Bezug auf die psychologische Betreuung von Angehörigen transsexueller Menschen jedoch bestehe ein grosser Handlungsbedarf. Das Angebot der Betreuung von transsexuellen Kindern und Jugendlichen fehle heute. Auch solche für Kinder die Trans\*-Eltern hätten oder für Eltern von transsexuellen Kindern und Jugendlichen. Dies führt Herr Flütsch auf mangelnde Erfahrung der Fachkräfte zurück. Das in der Transition von Transsexuellen sehr wichtige soziale Umfeld

(wie z.B. auch Partner und Partnerinnen) werde in seiner ungewollten Co-Transition mehrheitlich allein gelassen. Ein Zentrum für spezialisierte psychologische Fachkräfte könne da Abhilfe schaffen, indem es speziell auf deren Bedürfnisse abgestimmte Angebote anbieten könnte. Die Bedürfnisse der Eltern eines Transsexuellen seien nicht dieselben wie die des Partners oder der Partnerin. Eltern beschäftigten Themen wie die Handhabung der Kommunikation mit den Nachbarn, den Verwandten oder die eigenen Schuldgefühle, was dann eine biografische Arbeit beinhalte. Bei den Partnern und Partnerinnen seien Themen wie Sexualität oder Partnerschaft im Vordergrund. Wünschenswert fände Dr. Flütsch, dass schlussendlich niedergelassene Psychologen, Psychologinnen, Hausärzte und Hausärztinnen Transleute betreuen könnten. Dann wäre die Aufgabe eines Kompetenzzentrums auch die Aus- und Weiterbildung von Fachpersonen in diesem Bereich. Er persönlich finde psychologische Beratung wichtig, zum einen, um Vergangenes oder Unverarbeitetes aufarbeiten zu können, zum anderen, um ein Coaching während der ganzen Transition zu haben. Zu wissen, dass jemand da sei, einen unterstütze und führe in dieser belastenden Zeit, gestärkt zu werden, Ressourcen zu haben, dies sei wertvoll. Als nicht sinnvoll empfinde er die klassische Psychotherapie mit der Idee, irgendetwas aufdecken zu müssen, irgendeine „narzisstische Plombe“ aufbrechen zu müssen, um die Betroffenen zu heilen. Das sei ja zum Glück den „modern inspirierten“ Psychologen und Psychologinnen klar.



## Anhang C

### Liste der angeschriebenen Internetforen und Mailinglisten

---

#### Schweiz

<http://suendikat.ch/>

<http://www.tg-agenda.ch/>

<http://www.transgender-network.ch/>

<http://facebook.com/tgns.switzerland>

<http://www.ftm-portal.net>

<http://www.queeramnesty.ch/>

<http://transpersona.ch/>

#### Deutschland

<http://butch-femme.de/>

<http://www.transmann.de>

<http://hansexmen.de/>

<http://web5.hisilome.de/index.php>

<http://www.transinterqueer.org/>

<http://www.dgti.org/>

<http://www.switch-hh.de>

<http://www.mhc-hamburg.de>

---

#### Europa

<http://www.tgeu.org/>

<http://facebook.com/ilgaeurope>



## **Anhang D**

### **Online-Fragebogen**

*Einstiegsseite:*

### **Studie zur Transition von Transmännern**

Lieber Teilnehmer

In der vorliegenden Studie geht es um die beeinflussenden Faktoren, bei der Entscheidung zu geschlechtsanpassenden Massnahmen bei Transmännern. Ziel dieser wissenschaftlichen Studie ist es, bestehende wissenschaftlich-psychologische Vorstellungen betreffend der Transition von Transmännern zu überdenken und zur modernen Theoriebildung in diesem Bereich beizutragen. An der Studie teilnehmen können alle Transmänner und FTM-Transgender in der Schweiz und in Deutschland, unabhängig ihres Stadiums der Geschlechtsanpassung. Die Ergebnisse der Studie werden anonymisiert, ausgewertet und im Rahmen meiner Bachelorarbeit an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) publiziert. Rückschlüsse auf einzelne Teilnehmer der Befragung sind nicht möglich.

Falls Sie noch genauere Informationen wünschen, noch Fragen haben oder an den Resultaten der Untersuchung interessiert sind, wenden Sie sich bitte an folgende E-Mailadresse: metzgnic@students.zhaw.ch.

Mit der Teilnahme an der Studie erklären Sie sich gleichzeitig einverstanden, dass Ihre Daten im Rahmen dieser Arbeit anonymisiert ausgewertet werden.

Unter den Teilnehmenden dieser Studie, welche am Ende des Fragebogens ihre E-Mailadresse hinterlegen, wird nach Beendigung der Umfrage (März 2013) ein iPad Mini verlost.

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme

Nicole Metzger, Studentin in angewandter Psychologie an der ZHAW und  
Simone Hobi, Wissenschaftliche Mitarbeiterin in angewandter Psychologie an der ZHAW

*Informationsseite:*

### **Informationen zur Onlinebefragung**

In dieser Studie geht es um die beeinflussenden Faktoren bei der Entscheidung zu geschlechtsanpassenden Massnahmen bei Transmännern.

Was ist das Ziel?

Ziel dieser wissenschaftlichen Studie ist es, bestehende wissenschaftlich-psychologische Vorstellungen betreffend der Transition von Transmännern zu überdenken und zur modernen Theoriebildung in diesem Bereich beizutragen.

Anlass: Bachelorarbeit in Angewandter Psychologie

Leitung der Untersuchung:

Simone Hobi, M.Sc.:

Wissenschaftliche Mitarbeiterin in angewandter Psychologie an der ZHAW  
(Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften)

## EINFLÜSSE AUF DAS TRANSITIONSZIEL VON TRANSMÄNNERN Anhang D - 2

Nicole Metzger:

Studentin in angewandter Psychologie an der ZHAW

(Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften) in der Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Teilnehmende der Studie:

Transmänner und FTM-Transgender aus Deutschland und der Schweiz, unabhängig ihres Stadiums der Geschlechtsanpassung.

Form und Inhalt der Befragung: Fragebogen

1. Teil: Fragen zu Coming-out und Transition

2. Teil: Fragen zur sexuellen Präferenz

3. Teil: Fragen zum Gesundheitszustand

4. Teil: Angaben zur Person

5. Teil: Fragen zur Umfrage

Computergestützte Befragung:

- 60 Fragen (Multiple-Choice, Single-Choice oder offene Fragen)

- Anonymität der Antworten ist garantiert

Zeitaufwand: Ca. 15 Minuten

Ergebnisse:

Die Ergebnisse der Studie werden anonymisiert, ausgewertet und in der Bachelorarbeit publiziert. Interessierte erhalten auf Wunsch Zugang. Rückschlüsse auf einzelne Teilnehmer der Befragung sind nicht möglich.

Einverständnis:

Mit der Teilnahme an der Studie erklären Sie sich gleichzeitig einverstanden, dass Ihre Daten im Rahmen dieser Arbeit ausgewertet werden.

*Umfrage:*

### 1. Teil: Angaben zu Coming-out und Transition

Bitte wählen Sie aus den Antwortmöglichkeiten diejenige aus, die am ehesten auf Sie zutrifft und klicken Sie das entsprechende Kästchen an. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

**Bei wem sind Sie als Transmann geoutet?**

- bei meiner Partnerin, meinem Partner
- bei meiner Familie
- bei meinen engsten Freunden
- bei all meinen Freunden
- bei all meinen Bekannten
- an meinem Arbeitsplatz, bei meinen Mitstudierenden
- bin als Transmann nicht geoutet



**Wie hat Ihre Familie auf Ihr Coming-out als Transmann reagiert?**

- Sie akzeptierten Ihr Coming-out, wollten Sie jedoch nicht weiter darin unterstützen.
- Sie akzeptierten Ihr Coming-out und unterstützten Sie in Ihren weiteren Schritten.
- Sie ignorierten Ihr Coming-out und behandelten Sie weiterhin als Frau.
- Sie versuchten Sie vor einem weiteren Coming-out abzubringen.
- Sie brachen den Kontakt zu Ihnen ab.
- Sonstiges (bitte angeben) : \_\_\_\_\_

**Welche geschlechtsanpassenden Massnahmen haben Sie sich als Ziel vorgenommen (Wunschziel)?**

- eine genitalangleichende Operation (Penisaufbau)
- eine Mastektomie
- eine Hysterektomie mit beidseitiger Ovarektomie (Entfernung der Gebärmutter, Eierstöcke)
- eine Hormonbehandlung
- keine Massnahmen geplant

**In welchem Stadium der Transition befinden Sie sich aktuell?**

- Ich bin noch nicht in Transition.
- Ich bin in psychologischer Behandlung/Begleitung.
- Ich nehme männliche Hormone.
- Ich habe eine Mastektomie hinter mir.
- Ich habe eine Hysterektomie hinter mir (Entfernung der Gebärmutter).
- Ich habe eine Hysterektomie und Ovarektomie hinter mir (Entfernung der Gebärmutter, Eierstöcke).
- Ich habe folgende genitalangleichende Operation hinter mir: \_\_\_\_\_

**Hat sich Ihr Wunsch nach Geschlechtsangleichung über die Zeit verändert?**

- Nein
- Ja (bitte mögliche Gründe für Veränderung angeben)

**Würde eine Verbesserung der phalloplastischen Techniken (Penisaufbau-Operationen) eine Änderung Ihres Transitionsziels bewirken?**

- Nein
- Ja, wenn die Ästhetik verbessert würde.
- Ja, wenn die Funktionalität verbessert würde.
- Ja, wenn das Komplikationsrisiko geringer würde.
- Weiss nicht, habe mir dazu noch keine Gedanken gemacht.

**Wie wichtig ist die äusserlich sichtbare Geschlechtsanpassung für Sie?**

Die äusserlich sichtbare Geschlechtsanpassung ist mir...	gar nicht wichtig	nicht so wichtig	wichtig	sehr wichtig
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Welches waren/sind Ihre grössten Bedenken oder Ängste, in der Entscheidung zu geschlechtsanpassenden Massnahmen?**

- Ich habe/hatte berufliche Ängste/Bedenken.
- Ich habe/hatte Ängste/Bedenken wegen meiner Partnerschaft/Beziehung.
- Ich habe/hatte Ängste/Bedenken wegen meiner Eltern/Grosseltern/Geschwister.
- Ich habe/hatte ethische Ängste/Bedenken.
- Ich habe/hatte religiöse Ängste/Bedenken.
- Ich habe/hatte gesundheitliche Ängste/Bedenken.
- Ich habe/hatte keine Ängste/Bedenken.
- Sonstige Ängste/Bedenken: (bitte angeben): \_\_\_\_\_

**Wie wichtig ist es Ihnen, mit einem männlichen Vornamen angesprochen zu werden?**

Mit einem männlichen Vornamen angesprochen zu werden, ist mir...	gar nicht wichtig	nicht so wichtig	wichtig	sehr wichtig
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Wie wichtig ist Ihre Geschlechtsanpassung für Ihren Partner, Ihre Partnerin?**

Meine Geschlechtsanpassung ist für meinen Partner, meine Partnerin...	gar nicht wichtig	nicht so wichtig	wichtig	sehr wichtig	Ich bin in keiner Beziehung
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Welches sind Ihre Ängste/Bedenken betreffend Ihre Geschlechtsanpassung in Bezug auf Ihre Beziehung?**

- Ich bin nicht in einer Beziehung.
- Er/Sie liebt mich wegen meinen körperlichen Veränderungen nicht mehr.
- Er/Sie liebt mich wegen meiner veränderten sozialen Rolle nicht mehr.
- Er/Sie liebt mich wegen meiner evtl. Persönlichkeitsveränderung nicht mehr.
- Er/Sie liebt mich wegen seiner/ihrer sexuellen Identität nicht mehr.
- Ich habe keine Ängste betreffend meine Beziehung.
- Sonstiges (bitte angeben): \_\_\_\_\_

**Haben Sie in sexuellen Kontakten negative Erfahrungen aufgrund Ihres Körpers gemacht?**

- Nein
- Ja, beim sexuellen Kontakt mit einem Mann.
- Ja, beim sexuellen Kontakt mit einer Frau.
- Ja, beim sexuellen Kontakt mit einer Trans\*-Person.

**Haben Sie das Gefühl, in sexuellen Kontakten aufgrund Ihres Körpers nicht zu genügen?**

- Nein
- Ja, beim sexuellen Kontakt mit einem Mann.
- Ja, beim sexuellen Kontakt mit einer Frau.
- Ja, beim sexuellen Kontakt mit einer Trans\*-Person.

**Welches war für Sie persönlich bis heute die grösste Ressource (Hilfe/Unterstützung) in Ihrem Transitionsprozess?**

**Welches war für Sie persönlich bis heute die grösste negative Erfahrung in Ihrem Transitionsprozess?**

**Wie sieht Ihr Männerbild/ ideal aus? Oder haben Sie kein Ideal?**

**Wie sieht Ihr Frauenbild/ ideal aus? Oder haben Sie kein Ideal?**

## 2. Teil: Sexuelle Präferenz

Im Folgenden finden Sie neun Fragen zur sexuellen Präferenz. Bitte wählen Sie aus den Antwortmöglichkeiten diejenige aus, die am ehesten auf Sie zutrifft und klicken Sie das entsprechende Kästchen an. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Definition: Der im Folgenden verwendete Begriff "Geschlecht" bezieht sich auf das bei der Geburt festgestellte biologische Geschlecht (männlich/weiblich).

**Ich fühle mich sexuell angezogen...**

- ...schon immer ausschliesslich von Personen des weiblichen Geschlechts.
- ...früher von Personen des männlichen Geschlechts aber gegenwärtig nur von Personen des weiblichen Geschlechts.
- ...meistens von Personen des weiblichen Geschlechts und gelegentlich von Personen des männlichen Geschlechts.
- ...von Personen beider Geschlechter gleich häufig und mehr oder weniger regelmässig.
- ...phasenweise von Personen des weiblichen Geschlechts, in anderen Phasen aber von Personen des männlichen Geschlechts.
- ...meistens von Personen des männlichen Geschlechts und gelegentlich von Personen des weiblichen Geschlechts.
- ...früher von Personen des weiblichen Geschlechts aber gegenwärtig nur von Personen des männlichen Geschlechts.
- ...schon immer ausschliesslich von Personen des männlichen Geschlechts.
- ...weder von Personen des weiblichen Geschlechts noch von Personen des männlichen Geschlechts.

**Ich verkehre sexuell...**

- ...schon immer ausschliesslich mit Personen des weiblichen Geschlechts.
- ...früher mit Personen des männlichen Geschlechts aber gegenwärtig nur mit Personen des weiblichen Geschlechts.
- ...meistens mit Personen des weiblichen Geschlechts und gelegentlich mit Personen des männlichen Geschlechts.
- ...mit Personen beider Geschlechter gleich häufig und mehr oder weniger regelmässig.
- ...phasenweise mit Personen des weiblichen Geschlechts, in anderen Phasen aber mit Personen des männlichen Geschlechts.
- ...meistens mit Personen des männlichen Geschlechts und gelegentlich mit Personen des weiblichen Geschlechts.
- ...früher mit Personen des weiblichen Geschlechts aber gegenwärtig nur mit Personen des männlichen Geschlechts.
- ...schon immer ausschliesslich mit Personen des männlichen Geschlechts.
- ...weder mit Personen des weiblichen Geschlechts noch mit Personen des männlichen Geschlechts.

**Ich verliebe mich...**

- ...schon immer ausschliesslich in Personen des weiblichen Geschlechts.
- ...früher in Personen des männlichen Geschlechts aber gegenwärtig nur in Personen des weiblichen Geschlechts.
- ...meistens in Personen des weiblichen Geschlechts und gelegentlich in Personen des männlichen Geschlechts.
- ...in Personen beider Geschlechter gleich häufig und mehr oder weniger regelmässig.
- ...phasenweise in Personen des weiblichen Geschlechts, in anderen Phasen aber in Personen des männlichen Geschlechts.
- ...meistens in Personen des männlichen Geschlechts und gelegentlich in Personen des weiblichen Geschlechts.
- ...früher in Personen des weiblichen Geschlechts aber gegenwärtig nur in Personen des männlichen Geschlechts.
- ...schon immer ausschliesslich in Personen des männlichen Geschlechts.
- ...weder in Personen des weiblichen Geschlechts noch in Personen des männlichen Geschlechts.

**Meine sexuellen Phantasien und Träume handeln...**

- ...schon immer ausschliesslich von Personen des weiblichen Geschlechts.
- ...früher von Personen des männlichen Geschlechts aber gegenwärtig nur von Personen des weiblichen Geschlechts.
- ...meistens von Personen des weiblichen Geschlechts und gelegentlich von Personen des männlichen Geschlechts.
- ... von Personen beider Geschlechter gleich häufig und mehr oder weniger regelmässig.
- ...phasenweise von Personen des weiblichen Geschlechts, in anderen Phasen aber von Personen des männlichen Geschlechts.
- ...meistens von Personen des männlichen Geschlechts und gelegentlich von Personen des weiblichen Geschlechts.
- ...früher von Personen des weiblichen Geschlechts aber gegenwärtig nur von Personen des männlichen Geschlechts.
- ...schon immer ausschliesslich von Personen des männlichen Geschlechts.
- ...weder von Personen des weiblichen Geschlechts noch von Personen des männlichen Geschlechts.

**Erotisches Material, welches mich sexuell erregt handelt...**

- ...schon immer ausschliesslich von Personen des weiblichen Geschlechts.
- ...früher von Personen des männlichen Geschlechts aber gegenwärtig nur von Personen des weiblichen Geschlechts.
- ...meistens von Personen des weiblichen Geschlechts und gelegentlich von Personen des männlichen Geschlechts.
- ... von Personen beider Geschlechter gleich häufig und mehr oder weniger regelmässig.
- ...phasenweise von Personen des weiblichen Geschlechts, in anderen Phasen aber von Personen des männlichen Geschlechts.
- ...meistens von Personen des männlichen Geschlechts und gelegentlich von Personen des weiblichen Geschlechts.
- ...früher von Personen des weiblichen Geschlechts aber gegenwärtig nur von Personen des männlichen Geschlechts.
- ...schon immer ausschliesslich von Personen des männlichen Geschlechts.
- ...weder von Personen des weiblichen Geschlechts noch von Personen des männlichen Geschlechts.

**Wie würden Sie selbst Ihre sexuelle Orientierung am ehesten beschreiben?**

- homosexuell
- bisexuell
- heterosexuell
- transsensual
- Andere (bitte angeben): \_\_\_\_\_

**Wie würden Sie selbst Ihre sexuelle Präferenz am ehesten beschreiben?**

- Männer
- Frauen
- Männer und Frauen
- Transfrauen
- Transmänner
- Andere (bitte angeben): \_\_\_\_\_

**Wie würden Sie selbst Ihre sexuelle Identität am ehesten beschreiben?**

- homosexuell
- bisexuell
- heterosexuell
- trans\*
- queer
- Andere (bitte angeben): \_\_\_\_\_

**Glauben Sie, dass das in Zukunft so bleiben wird?**

- |                       |                       |                         |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|
| nein                  | bin unsicher          | ja, bin ziemlich sicher | ja, bin ganz sicher   | k.A.                  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### 3. Teil: Fragen zum Gesundheitszustand

Beantworten Sie bitte folgende Fragen spontan und aufrichtig. Auch wenn Sie zunächst vielleicht keine der vorgegebenen Antworten als zutreffend erachten sollten, bitte ich Sie, sich trotzdem für eine Alternativantwort zu entscheiden. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

**Waren Sie aufgrund Ihrer sexuellen Präferenz jemals einer traumatischen Situation ausgesetzt?**

- Ja
- Nein

**Waren Sie aufgrund Ihrer äusserlichen Erscheinung jemals einer traumatischen Situation ausgesetzt?**

- Ja
- Nein

**Haben Sie schon einmal versucht, sich selbst zu verletzen?**

- Ja
- Nein
- Keine Aussage

**Haben Sie schon einmal ernsthaft versucht, sich das Leben zu nehmen?**

- Ja
- Nein
- Keine Aussage

**Wie würden Sie Ihren aktuellen psychischen Gesundheitszustand beschreiben?**

- |                        |                       |                       |                       |                       |
|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Aktuell geht es mir... | schlecht              | mehrheitlich schlecht | mehrheitlich gut      | gut                   |
|                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Sehen Sie einen Bedarf an spezialisierten / sensibilisierten psychologischen Fachkräften für Transsexuelle und ihre Angehörige?**

- Ja  
 Nein

Weil...

**Würden Sie persönlich psychologische Beratung in einem spezialisierten / sensibilisierten Umfeld eher in Anspruch nehmen?**

- Ja  
 Nein

Weil...

**Was für Erfahrungen haben Sie mit psychologischer Beratung bis jetzt gemacht?**

	nur negative Erfahrungen gemacht	mehrheitlich negative Erfahrungen gemacht	mehrheitlich positive Erfahrungen gemacht	nur positive Erfahrungen gemacht	keine Erfahrungen gemacht
Mit psychologischer Beratung habe ich...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### 4. Teil: Angaben zur Person

Die in dieser Studie erhobenen Daten werden nur im Rahmen dieser Bachelorarbeit verwendet und vollständig anonymisiert. Beantworten Sie bitte alle Fragen spontan und aufrichtig. Auch wenn Sie zunächst vielleicht keine der vorgegebenen Antworten als zutreffend erachten sollten, bitte ich Sie, sich trotzdem für eine Alternativantwort zu entscheiden. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

**Bitte geben Sie ihr Geburtsjahr an:**

z.B. 1980



**Wie würden Sie das Umfeld beschreiben, in dem Sie vorwiegend aufgewachsen sind?**

- ländlich
- kleinstädtisch
- grossstädtisch
- mittelgrosse Stadt
- verschieden
- keine Angabe

**Würden Sie Ihr Umfeld eher als:**

- konservativ oder als
- liberal bezeichnen?

**Wo sind Sie aufgewachsen (bis 18 Jahre)?**

- Schweiz
- Deutschland
- Anderes Land (bitte angeben): \_\_\_\_\_

**Welcher Religion gehören Sie an?**

- Protestantisch
- Römischkatholisch
- Christkatholisch
- Christlich-orthodox
- Andere christliche Gemeinschaften
- Jüdische Gemeinschaften
- Islamische Gemeinschaften
- Andere Kirchen u. Religionsgemeinschaften
- Keine Zugehörigkeit

**Definieren Sie sich als:**

- gläubig
- religiös
- spirituell
- atheistisch
- agnostisch
- keine Definition

**Haben Sie leibliche Kinder?**

- ja
- nein

**Haben Sie adoptierte Kinder?**

- ja
- nein

**Leben Sie in einer festen Partnerschaft?**

- Ja [weiter mit nächster Frage]
- Nein [weiter mit Familienstand]

**Welches biologische Geschlecht hat Ihr Partner/Ihre Partnerin?**

- weiblich
- männlich
- intersex

**Welche Geschlechtsidentität hat Ihr Partner/Ihre Partnerin?**

- weiblich
- männlich
- trans\*
- Andere (bitte angeben): \_\_\_\_\_

**Welche sexuelle Identität hat Ihr Partner/Ihre Partnerin?**

- homosexuell
- bisexuell
- heterosexuell
- trans\*
- queer
- Andere (bitte angeben): \_\_\_\_\_

**Was ist Ihr Familienstand?**

- ledig
- in eingetragener Partnerschaft
- verheiratet
- geschieden/getrennt lebend
- verwitwet

**Wie wohnen Sie zurzeit?**

- allein
- in einer Wohngemeinschaft
- bei den Eltern/bei einem Elternteil
- mit meiner Partnerin/meinem Partner
- mit meiner Partnerin/meinem Partner und Kind(ern)

**Was sind Sie von Beruf?**

**Welches ist Ihr höchster Bildungsabschluss:**

- keine abgeschlossene Ausbildung
- Berufslehre
- Matura / Abitur
- Hochschulabschluss

**In welchem Anstellungsverhältnis sind Sie?**

- selbständig erwerbend
- angestellt
- pensioniert / in Rente
- studierend
- arbeitslos

**Sind Sie vollzeit- oder teilzeitberufstätig?**

- vollzeitberufstätig
- teilzeitberufstätig
- gar nicht berufstätig
- keine Angabe

**Wie hoch ist Ihr monatliches Einkommen? (in CHF/Euro)**

- weniger als 1000
- 1000 bis 2500
- 2500 bis 5000
- 5000 bis 9000
- 9000 bis 15000
- über 15000
- keine Angabe

**Wie viele Geschwister haben Sie?**

- keine
- eins
- zwei
- mehr als zwei
- keine Angabe

**Haben sich Ihre Eltern getrennt oder scheiden lassen?**

- Weiss ich nicht
- Nein
- Ja. Bitte geben Sie an, wie alt Sie da waren: \_\_\_\_\_



**Sie haben es geschafft!**

Ich danke Ihnen herzlich für Ihre Teilnahme!

**Falls Sie an der Verlosung des iPad Mini teilnehmen möchten, tragen Sie bitte hier Ihre E-Mail-Adresse ein (freiwillig).**

Der Gewinner wird per E-Mail informiert. Über die Verlosung wird keine Korrespondenz geführt. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Gerne dürfen Sie den Link zu dieser Studie an interessierte Bekannte weiterleiten, welche die Stichprobenkriterien erfüllen:

<https://de.surveymonkey.com/s/transmannstudie>

## Anhang E

### Ergebnisse

#### Chi-Quadrat-Berechnungen

**Tabelle E1.1** Sexuelle Orientierung und Wunsch nach genitalangleichender Operation

		Kreuztabelle			Gesamt
		Ich habe eine genitalangleichende Operation (Penisaufbau) als Ziel.		ja	
		nein			
Sexuelle Orientierung	homosexuell	Anzahl	49	16	65
		% der Gesamtzahl	13.4%	4.4%	17.8%
	heterosexuell	Anzahl	73	92	165
		% der Gesamtzahl	19.9%	25.1%	45.1%
	bisexuell	Anzahl	47	29	76
		% der Gesamtzahl	12.8%	7.9%	20.8%
	andere	Anzahl	50	10	60
		% der Gesamtzahl	13.7%	2.7%	16.4%
Gesamt	Anzahl	219	147	366	
	% der Gesamtzahl	59.8%	40.2%	100.0%	

Chi-Quadrat-Tests						
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)	Exakte Signifi- kanz (2-seitig)	Exakte Signifi- kanz (1-seitig)	Punkt- Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	<b>37.145<sup>a</sup></b>	<b>3</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>		
Likelihood-Quotient	38.910	3	.000	.000		
Exakter Test nach Fisher	38.148			.000		
Zusammenhang linear-mit- linear	8.113 <sup>b</sup>	1	.004	.004	.002	.001
Anzahl der gültigen Fälle	366					

a. 0 Zellen (0.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 24.10.

b. Die standardisierte Statistik ist -2.848.

Da 0 Zellen eine erwartete Häufigkeit von kleiner 5 haben, kann der Chi-Quadrat-Test nach Pearson verwendet werden. Das Resultat zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der *sexuellen Orientierung* (AV) und dem *Wunsch nach genitalangleichender Operation* (UV) (Chi-Quadrat nach Pearson:  $\chi^2 = 37.145$ ,  $df = 3$ ,  $p = .000$ ).

## EINFLÜSSE AUF DAS TRANSITIONSZIEL VON TRANSMÄNNERN Anhang E - 2

**Tabelle E1.2** Sexuelle Orientierung und Wunsch nach genitalang. Operation, Vierfeldertafel

		sexuelle Orientierung				total
		homosexuell	heterosexuell	bisexuell	andere	
genitalangleichende OP als Ziel	nein	49	73	47	50	219
	ja	16	92	29	10	147
total		65	165	76	60	366

		sexuelle Orientierung		total
		heterosexuell	andere	
genitalangleichende OP als Ziel	nein	73	146	219
	ja	92	55	147
total		165	188	366

Die Chance mit einer heterosexuellen Orientierung eine genitalangleichende Operation zu wünschen ist **3.35**-mal höher als bei einer anderen sexuellen Orientierung.



**Tabelle E2.1** *Wie würden Sie selbst Ihre sexuelle Identität am ehesten beschreiben? und Wunsch nach genitalang. Operation*

		Kreuztabelle			
			Ich habe eine genitalangleichende Operation (Penisaufbau) als Ziel.		Gesamt
			nein	ja	
Sexuelle Identität	homosexuell	Anzahl	26	11	37
		% der Gesamtzahl	7.7%	3.3%	11.0%
	heterosexuell	Anzahl	48	78	126
		% der Gesamtzahl	14.3%	23.2%	37.5%
	bisexuell	Anzahl	18	12	30
		% der Gesamtzahl	5.4%	3.6%	8.9%
	trans*	Anzahl	53	19	72
		% der Gesamtzahl	15.8%	5.7%	21.4%
	andere	Anzahl	56	15	71
		% der Gesamtzahl	16.7%	4.5%	21.1%
Gesamt	Anzahl	201	135	336	
	% der Gesamtzahl	59.8%	40.2%	100.0%	

Chi-Quadrat-Tests						
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)	Exakte Signifi- kanz (2-seitig)	Exakte Signifi- kanz (1-seitig)	Punkt- Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	<b>42.844<sup>a</sup></b>	<b>4</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>		
Likelihood-Quotient	43.551	4	.000	.000		
Exakter Test nach Fisher	42.870			.000		
Zusammenhang linear-mit- linear	21.132 <sup>b</sup>	1	.000	.000	.000	.000
Anzahl der gültigen Fälle	336					

a. 0 Zellen (0.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 12.05.

b. Die standardisierte Statistik ist -4.597.

Da 0 Zellen eine erwartete Häufigkeit von kleiner 5 haben, kann der Chi-Quadrat-Test nach Pearson verwendet werden. Das Resultat zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen *Wie würden Sie selbst Ihre sexuelle Identität am ehesten beschreiben?* (AV) und dem *Wunsch nach genitalangleichender Operation* (UV) (Chi-Quadrat nach Pearson:  $\chi^2 = 42.844$ ,  $df = 4$ ,  $p = .000$ ).

**Tabelle E2.2** *Wie würden Sie selbst Ihre sexuelle Identität am ehesten beschreiben? und Wunsch nach genitalang. Operation, Vierfeldertafel*

		Wie würden Sie selbst Ihre sexuelle Identität am ehesten beschreiben?		total
		heterosexuell	homosexuell/bisexuell/trans*/andere	
genitalangleichende OP als Ziel	nein	48	153	201
	ja	78	57	135
total		126	210	336

Die Chance sich eine genitalangleichende Operation als Transitionsziel zu wünschen ist **4.36**-mal höher wenn die Person ihre sexuelle Identität als heterosexuell definiert, als bei irgendeiner anderen sexuellen Identität inklusive jenen, welche sich einer Definition verwehren.

**Tabelle E3.1** *Wie würden Sie selbst Ihre sexuelle Präferenz am ehesten beschreiben? und Wunsch nach genitalang. Operation*

		Kreuztabelle			Gesamt	
		Ich habe eine genitalangleichende Operation (Penisaufbau) als Ziel.		nein		ja
Wie würden Sie selbst Ihre sexuelle Präferenz am ehesten beschreiben?	Männer	Anzahl	51	17	68	
		% der Gesamtzahl	13.9%	4.6%	18.6%	
	Frauen	Anzahl	87	101	188	
		% der Gesamtzahl	23.8%	27.6%	51.4%	
	Männer und Frauen	Anzahl	57	24	81	
		% der Gesamtzahl	15.6%	6.6%	22.1%	
	andere	Anzahl	24	5	29	
		% der Gesamtzahl	6.6%	1.4%	7.9%	
	Gesamt	Anzahl	219	147	366	
		% der Gesamtzahl	59.8%	40.2%	100.0%	

Chi-Quadrat-Tests						
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	<b>30.970<sup>a</sup></b>	<b>3</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>		
Likelihood-Quotient	31.961	3	.000	.000		
Exakter Test nach Fisher	31.138			.000		
Zusammenhang linear-mit-linear	4.501 <sup>b</sup>	1	.034	.036	.018	.004
Anzahl der gültigen Fälle	366					

a. 0 Zellen (0.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 11.65.

b. Die standardisierte Statistik ist -2.122.

Da 0 Zellen eine erwartete Häufigkeit von kleiner 5 haben, kann der Chi-Quadrat-Test nach Pearson verwendet werden. Das Resultat zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der *sexuellen Präferenz* (AV) und dem *Wunsch nach genitalangleichender Operation* (UV) (Chi-Quadrat nach Pearson:  $x^2 = 30.970$ ,  $df = 3$ ,  $p = .000$ ).

**Tabelle E3.2** *Wie würden Sie selbst Ihre sexuelle Präferenz am ehesten beschreiben? und Wunsch nach genitalang. Operation, Vierfeldertafel*

		Wie würden Sie selbst Ihre sexuelle Präferenz am ehesten beschreiben?		total
		Frauen	Männer/ Männer und Frauen	
genitalangleichende OP als Ziel	nein	87	132	219
	ja	101	46	147
total		188	178	366

Die Chance sich eine genitalangleichende Operation als Transitionsziel zu wünschen ist **3.33**-mal höher wenn die Person ihre sexuelle Präferenz mit Frauen angibt, als bei einer anderen sexuellen Präferenz.

**Tabelle E4.1** *Akzeptanz und Unterstützung durch Familie und Wunsch nach genitalangleichender Operation*

<b>Kreuztabelle</b>					
		Ich habe eine genitalangleichende Operation (Penisaufbau) als Ziel.			Gesamt
		nein			ja
		nein			ja
Meine Familie akzeptierte mein Coming-out als Transmann und unterstützte mich in meinen weiteren Schritten.	nein	Anzahl	113	56	169
		% der Gesamtzahl	30.9%	15.3%	46.2%
	ja	Anzahl	106	91	197
		% der Gesamtzahl	29.0%	24.9%	53.8%
Gesamt		Anzahl	219	147	366
		% der Gesamtzahl	59.8%	40.2%	100.0%

<b>Chi-Quadrat-Tests</b>						
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)	Exakte Signifi- kanz (2-seitig)	Exakte Signifi- kanz (1-seitig)	Punkt- Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	<b>6.453<sup>a</sup></b>	1	<b>.011</b>	<b>.014</b>	<b>.007</b>	
Kontinuitätskorrektur <sup>b</sup>	5.921	1	.015			
Likelihood-Quotient	6.494	1	.011	.014	.007	
Exakter Test nach Fisher				.014	.007	
Zusammenhang linear-mit- linear	6.435 <sup>c</sup>	1	.011	.014	.007	.003
Anzahl der gültigen Fälle	366					

a. 0 Zellen (0.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 67.88.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

c. Die standardisierte Statistik ist 2.537.

<b>Symmetrische Maße</b>						
		Wert	Asymptotischer Standardfehler <sup>a</sup>	Näherungsweise T <sup>b</sup>	Näherungsweise Signifikanz	Exakte Signi- fikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Phi	<b>.133</b>			.011	.014
	Cramer-V	.133			.011	.014
Intervall- bzgl. Intervallmaß	Pearson-R	.133	.052	2.556	.011 <sup>c</sup>	.014
Ordinal- bzgl. Ordinalmaß	Korrelation nach Spearman	.133	.052	2.556	.011 <sup>c</sup>	.014
Anzahl der gültigen Fälle		366				

a. Die Null-Hyphothese wird nicht angenommen.

b. Unter Annahme der Null-Hyphothese wird der asymptotische Standardfehler verwendet. c. Basierend auf normaler Näherung

Da 0 Zellen eine erwartete Häufigkeit von kleiner 5 haben, kann der Chi-Quadrat-Test nach Pearson verwendet werden. Das Resultat zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der *Akzeptanz und Unterstützung durch die Familie* (AV) und dem *Wunsch nach genitalangleichender Operation* (UV) (Chi-Quadrat nach Pearson:  $\chi^2 = 6.453$ ,  $df = 1$ ,  $p = .011$ ). Die Effektstärke (Phi) ist mit 0.133 als klein zu bezeichnen.

**Tabelle E5.1** *Er/sie liebt mich wegen seiner/ihrer sexuellen Identität nicht mehr und Wunsch nach genitalangleichender Operation*

		Kreuztabelle			
		Ich habe eine genitalangleichende Operation (Penisaufbau) als Ziel.		Gesamt	
		nein	ja		
Ängste/Bedenken:	nein	Anzahl	188	138	326
		% der Gesamtzahl	51.4%	37.7%	89.1%
Er/Sie liebt mich wegen seiner/ ihrer sexuellen Identität nicht mehr.	ja	Anzahl	31	9	40
		% der Gesamtzahl	8.5%	2.5%	10.9%
Gesamt		Anzahl	219	147	366
		% der Gesamtzahl	59.8%	40.2%	100.0%

Chi-Quadrat-Tests						
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)	Exakte Signifi- kanz (2-seitig)	Exakte Signifi- kanz (1-seitig)	Punkt- Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	<b>5.830<sup>a</sup></b>	1	<b>.016</b>	<b>.017</b>	<b>.011</b>	
Kontinuitätskorrektur <sup>b</sup>	5.034	1	.025			
Likelihood-Quotient	6.241	1	.012	.017	.011	
Exakter Test nach Fisher				.017	.011	
Zusammenhang linear-mit- linear	5.814 <sup>c</sup>	1	.016	.017	.011	.007
Anzahl der gültigen Fälle	366					

a. 0 Zellen (0.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 16.07.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

c. Die standardisierte Statistik ist -2.411.

Symmetrische Maße						
		Wert	Asymptotischer Standardfehler <sup>a</sup>	Näherungsweise T <sup>b</sup>	Näherungsweise Signifikanz	Exakte Signi- fikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Phi	<b>-.126</b>			.016	.017
	Cramer-V	.126			.016	.017
Intervall- bzgl. Intervallmaß	Pearson-R	-.126	.046	-2.427	.016 <sup>c</sup>	.017
	Korrelation nach Spearman	-.126	.046	-2.427	.016 <sup>c</sup>	.017
Anzahl der gültigen Fälle		366				

a. Die Null-Hypothese wird nicht angenommen.

b. Unter Annahme der Null-Hypothese wird der asymptotische Standardfehler verwendet.

c. Basierend auf normaler Näherung

Da 0 Zellen eine erwartete Häufigkeit von kleiner 5 haben, kann der Chi-Quadrat-Test nach Pearson verwendet werden. Das Resultat zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Bedenken *Er/Sie liebt mich wegen seiner/ihrer sexuellen Identität nicht mehr* (AV) und dem *Wunsch nach genitalangleichender Operation* (UV) (Chi-Quadrat nach Pearson:  $\chi^2 = 5.830$ ,  $df = 1$ ,  $p = .016$ ). Die Effektstärke (Phi) ist mit 0.126 als klein zu bezeichnen.



**Tabelle E6.1** *Er/sie liebt mich wegen meinen körperlichen Veränderungen nicht mehr und Wunsch nach genitalangleichender Operation*

		Kreuztabelle			
		Ich habe eine genitalangleichende Operation (Penisaufbau) als Ziel.		Gesamt	
		nein	ja		
Ängste/Bedenken:	nein	Anzahl	172	133	305
		% der Gesamtzahl	47.0%	36.3%	83.3%
Er/Sie liebt mich wegen meinen körperlichen Veränderungen nicht mehr.	ja	Anzahl	47	14	61
		% der Gesamtzahl	12.8%	3.8%	16.7%
Gesamt		Anzahl	219	147	366
		% der Gesamtzahl	59.8%	40.2%	100.0%

Chi-Quadrat-Tests						
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	<b>9.025<sup>a</sup></b>	1	<b>.003</b>	<b>.004</b>	<b>.002</b>	
Kontinuitätskorrektur <sup>b</sup>	8.186	1	.004			
Likelihood-Quotient	9.589	1	.002	.003	.002	
Exakter Test nach Fisher				.003	.002	
Zusammenhang linear-mit-linear	9.000 <sup>c</sup>	1	.003	.004	.002	.001
Anzahl der gültigen Fälle	366					

a. 0 Zellen (0.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 24.50.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

c. Die standardisierte Statistik ist -3.000.

Symmetrische Maße						
		Wert	Asymptotischer Standardfehler <sup>a</sup>	Näherungsweise T <sup>b</sup>	Näherungsweise Signifikanz	Exakte Signifikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Phi	<b>-.157</b>			.003	.004
	Cramer-V	.157			.003	.004
Intervall- bzgl. Intervallmaß	Pearson-R	-.157	.047	-3.034	.003 <sup>c</sup>	.004
	Korrelation nach Spearman	-.157	.047	-3.034	.003 <sup>c</sup>	.004
Anzahl der gültigen Fälle		366				

a. Die Null-Hypothese wird nicht angenommen.

b. Unter Annahme der Null-Hypothese wird der asymptotische Standardfehler verwendet.

c. Basierend auf normaler Näherung

Da 0 Zellen eine erwartete Häufigkeit von kleiner 5 haben, kann der Chi-Quadrat-Test nach Pearson verwendet werden. Das Resultat zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Bedenken *Er/Sie liebt mich wegen meinen körperlichen Veränderungen nicht mehr* (AV) und dem *Wunsch nach genitalangleichender Operation* (UV) (Chi-Quadrat nach Pearson:  $\chi^2 = 9.025$ ,  $df = 1$ ,  $p = .003$ ). Die Effektstärke (Phi) ist mit 0.157 als klein zu bezeichnen.

**Tabelle E7.1** *Ich habe/hatte gesundheitliche Bedenken, in der Entscheidung zu geschlechtsanpassenden Massnahmen und Wunsch nach genitalangleichender Operation*

<b>Kreuztabelle</b>					
		Ich habe eine genitalangleichende Operation (Penisaufbau) als Ziel.		Gesamt	
		nein	ja		
Ich habe/hatte gesundheitliche Bedenken oder Ängste, in der Ent- scheidung zu geschlechtsanpas- senden Massnahmen.	nein	Anzahl	93	85	178
		% der Gesamtzahl	25.4%	23.2%	48.6%
	ja	Anzahl	126	62	188
		% der Gesamtzahl	34.4%	16.9%	51.4%
Gesamt		Anzahl	219	147	366
		% der Gesamtzahl	59.8%	40.2%	100.0%

<b>Chi-Quadrat-Tests</b>						
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)	Exakte Signifi- kanz (2-seitig)	Exakte Signifi- kanz (1-seitig)	Punkt- Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	<b>8.304<sup>a</sup></b>	1	<b>.004</b>	<b>.004</b>	<b>.003</b>	
Kontinuitätskorrektur <sup>b</sup>	7.701	1	.006			
Likelihood-Quotient	8.332	1	.004	.004	.003	
Exakter Test nach Fisher				.004	.003	
Zusammenhang linear-mit- linear	8.282 <sup>c</sup>	1	.004	.004	.003	.001
Anzahl der gültigen Fälle	366					

a. 0 Zellen (0.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 71.49.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

c. Die standardisierte Statistik ist -2.878.

<b>Symmetrische Maße</b>						
		Wert	Asymptotischer Standardfehler <sup>a</sup>	Näherungsweise T <sup>b</sup>	Näherungsweise Signifikanz	Exakte Signi- fikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Phi	<b>-.151</b>			.004	.004
	Cramer-V	.151			.004	.004
Intervall- bzgl. Intervallmaß	Pearson-R	-.151	.052	-2.907	.004 <sup>c</sup>	.004
	Korrelation nach Spearman	-.151	.052	-2.907	.004 <sup>c</sup>	.004
Anzahl der gültigen Fälle		366				

a. Die Null-Hypothese wird nicht angenommen.

b. Unter Annahme der Null-Hypothese wird der asymptotische Standardfehler verwendet.

c. Basierend auf normaler Näherung

Da 0 Zellen eine erwartete Häufigkeit von kleiner 5 haben, kann der Chi-Quadrat-Test nach Pearson verwendet werden. Das Resultat zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen *Ich habe/hatte gesundheitliche Bedenken, in der Entscheidung zu geschlechtsanpassenden Massnahmen (AV)* und dem *Wunsch nach genitalangleichender Operation (UV)* (Chi-Quadrat nach Pearson:  $\chi^2 = 8.304$ ,  $df = 1$ ,  $p = .004$ ). Die Effektstärke (Phi) ist mit 0.151 als klein zu bezeichnen.

**Tabelle E8.1** *Wichtigkeit der äusserlich sichtbaren Geschlechtsanpassung und Wunsch nach genitalangleichender Operation*

		Kreuztabelle			
		Ich habe eine genitalangleichende Operation (Penisaufbau) als Ziel.		Gesamt	
		nein	ja		
Die äusserlich sichtbare Geschlechtsanpassung ist mir...	gar nicht wichtig	Anzahl	3	0	3
		% der Gesamtzahl	0.8%	0.0%	0.8%
	nicht so wichtig	Anzahl	14	2	16
		% der Gesamtzahl	3.8%	0.5%	4.4%
	wichtig	Anzahl	70	12	82
		% der Gesamtzahl	19.1%	3.3%	22.4%
	sehr wichtig	Anzahl	132	133	265
		% der Gesamtzahl	36.1%	36.3%	72.4%
	Gesamt	Anzahl	219	147	366
		% der Gesamtzahl	59.8%	40.2%	100.0%

Chi-Quadrat-Tests						
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	40.429 <sup>a</sup>	3	.000	.000		
Likelihood-Quotient	45.431	3	.000	.000		
Exakter Test nach Fisher	<b>42.617</b>			<b>.000</b>		
Zusammenhang linear-linear	35.163 <sup>b</sup>	1	.000	.000	.000	.000
Anzahl der gültigen Fälle	366					

a. 2 Zellen (25.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1.20.

b. Die standardisierte Statistik ist 5.930.

Da 2 Zellen eine erwartete Häufigkeit von kleiner 5 haben, muss der exakte Test nach Fisher verwendet werden. Das Resultat zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der *Wichtigkeit der äusserlichen sichtbaren Geschlechtsanpassung* (AV) und dem *Wunsch nach genitalangleichender Operation* (UV) (exakter Test nach Fisher:  $\chi^2 = 42.617$ ,  $p = .000$ ).

**Tabelle E8.2** *Wichtigkeit der äusserlich sichtbaren Geschlechtsanpassung und Wunsch nach genitalangleichender Operation, Vierfeldertafel*

		Die äusserlich sichtbare Geschlechtsanpassung ist mir...				total
		gar nicht wichtig	nicht so wichtig	wichtig	Sehr wichtig	
genitalangleichende OP als Ziel	nein	3	14	70	132	219
	ja	0	2	12	133	147
total		3	16	82	265	366

		Die äusserlich sichtbare Geschlechtsanpassung ist mir...		total
		Sehr wichtig	andere	
genitalangleichende OP als Ziel	nein	132	87	219
	ja	133	14	147
total		265	101	366

Die Chance sich eine genitalangleichende Operation als Transitionsziel zu wünschen ist **6.25**-mal höher wenn der Person die äusserlich sichtbare Geschlechtsanpassung sehr wichtig ist, als wenn sie wichtig, nicht so wichtig oder gar nicht wichtig ist.

**Tabelle E9.1** *Mit männlichem Vornamen angesprochen zu werden ist mir... und Wunsch nach genitalangleichender Operation*

		Kreuztabelle			Gesamt	
		Ich habe eine genitalangleichende Operation (Penisaufbau) als Ziel.		nein		ja
Mit einem männlichen Vornamen angesprochen zu werden, ist mir...	gar nicht wichtig	Anzahl	0	2	2	
		% der Gesamtzahl	0.0%	0.5%	0.5%	
	nicht so wichtig	Anzahl	10	5	15	
		% der Gesamtzahl	2.7%	1.4%	4.1%	
	wichtig	Anzahl	50	10	60	
		% der Gesamtzahl	13.7%	2.7%	16.4%	
	sehr wichtig	Anzahl	159	130	289	
		% der Gesamtzahl	43.4%	35.5%	79.0%	
	Gesamt	Anzahl	219	147	366	
		% der Gesamtzahl	59.8%	40.2%	100.0%	

Chi-Quadrat-Tests						
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	19.848 <sup>a</sup>	3	.000	.000		
Likelihood-Quotient	22.240	3	.000	.000		
Exakter Test nach Fisher	<b>20.594</b>			<b>.000</b>		
Zusammenhang linear-linear	5.800 <sup>b</sup>	1	.016	.016	.009	.004
Anzahl der gültigen Fälle	366					

a. 2 Zellen (25.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist .80.

b. Die standardisierte Statistik ist 2.408.

Da 2 Zellen eine erwartete Häufigkeit von kleiner 5 haben, muss der exakte Test nach Fisher verwendet werden. Das Resultat zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der *Wichtigkeit mit männlichem Vornamen angesprochen zu werden (AV)* und dem *Wunsch nach genitalangleichender Operation (UV)* (exakter Test nach Fisher:  $\chi^2 = 20.594, p = .000$ ).

**Tabelle E9.2** *Mit männlichem Vornamen angesprochen zu werden ist mir...  
und Wunsch nach genitalangleichender Operation, Vierfeldertafel*

		Mit einem männlichen Vornamen angesprochen zu werden, ist mir...				total
		gar nicht wichtig	nicht so wichtig	wichtig	Sehr wichtig	
genitalangleichende OP als Ziel	nein	0	10	50	159	219
	ja	2	5	10	130	147
total		2	15	60	289	366

		Mit einem männlichen Vornamen angesprochen zu werden, ist mir...		total
		Sehr wichtig	andere	
genitalangleichende OP als Ziel	nein	159	60	219
	ja	130	17	147
total		289	77	366

Die Chance sich eine genitalangleichende Operation als Transitionsziel zu wünschen ist **2.89**-mal höher wenn der Person mit einem männlichen Vornamen angesprochen zu werden sehr wichtig ist, als wenn es wichtig, nicht so wichtig oder gar nicht wichtig ist.



**Tabelle E10.1** *Haben Sie das Gefühl, in sexuellen Kontakten aufgrund Ihres Körpers nicht zu genügen? und Wunsch nach genitalangleichender Operation*

<b>Kreuztabelle</b>					
		Ich habe eine genitalangleichende Operation (Penisaufbau) als Ziel.		Gesamt	
				nein	ja
	nein	Anzahl	104	55	159
		% der Gesamtzahl	28.5%	15.1%	43.6%
Haben Sie das Gefühl, in sexuellen Kontakten aufgrund Ihres Körpers nicht zu genügen?	Ja, beim sexuellen Kontakt mit einem Mann.	Anzahl	38	15	53
		% der Gesamtzahl	10.4%	4.1%	14.5%
	Ja, beim sexuellen Kontakt mit einer Frau.	Anzahl	76	77	153
		% der Gesamtzahl	20.8%	21.1%	41.9%
Gesamt		Anzahl	218	147	365
		% der Gesamtzahl	59.7%	40.3%	100.0%

<b>Chi-Quadrat-Tests</b>						
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)	Exakte Signifi- kanz (2-seitig)	Exakte Signifi- kanz (1-seitig)	Punkt- Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	<b>11.721<sup>a</sup></b>	<b>2</b>	<b>.003</b>	<b>.003</b>		
Likelihood-Quotient	11.777	2	.003	.003		
Exakter Test nach Fisher	11.602			.003		
Zusammenhang linear-mit-linear	7.924 <sup>b</sup>	1	.005	.006	.003	.001
Anzahl der gültigen Fälle	365					

a. 0 Zellen (0.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 21.35.

b. Die standardisierte Statistik ist 2.815.

Da 0 Zellen eine erwartete Häufigkeit von kleiner 5 haben, kann der Chi-Quadrat-Test nach Pearson verwendet werden. Das Resultat zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem *Gefühl in sexuellen Kontakten aufgrund des Körpers nicht zu genügen* (AV) und dem *Wunsch nach genitalangleichender Operation* (UV) (Chi-Quadrat nach Pearson:  $\chi^2 = 11.721$ ,  $df = 2$ ,  $p = .003$ ).

**Tabelle E10.2** *Haben Sie das Gefühl, in sexuellen Kontakten aufgrund Ihres Körpers nicht zu genügen? und Wunsch nach genitalang. Operation, Vierfeldertafel*

		Haben Sie das Gefühl, in sexuellen Kontakten aufgrund Ihres Körpers nicht zu genügen?			total
		nein	Sex mit Frau	Sex mit Mann	
genitalangleichende OP als Ziel	nein	104	76	38	218
	ja	55	77	15	147
total		159	153	53	365

		Haben Sie das Gefühl, in sexuellen Kontakten aufgrund Ihres Körpers nicht zu genügen?		total
		Sex mit Frau	Sex mit Mann	
genitalangleichende OP als Ziel	nein	76	38	114
	ja	77	15	92
total		153	53	206

Die Chance sich eine genitalangleichende Operation als Transitionsziel zu wünschen ist **2.57**-mal höher wenn beim sexuellen Kontakt mit einer Frau das Gefühl aufgrund seines Körpers nicht zu genügen da ist, als wenn dies beim sexuellen Kontakt mit einem Mann vorkommt.

**Tabelle E11.1** *Ich habe eine Hysterektomie und Ovarektomie hinter mir und Wunsch nach genitalangleichender Operation*

<b>Kreuztabelle</b>					
		Ich habe eine genitalangleichende Operation (Penisaufbau) als Ziel.		Gesamt	
		nein	ja		
Ich habe eine Hysterektomie und Ovarektomie hinter mir (Entfernung der Gebärmutter, Eierstöcke).	nein	Anzahl	187	95	282
		% der Gesamtzahl	51.1%	26.0%	77.0%
	ja	Anzahl	32	52	84
		% der Gesamtzahl	8.7%	14.2%	23.0%
Gesamt		Anzahl	219	147	366
		% der Gesamtzahl	59.8%	40.2%	100.0%

<b>Chi-Quadrat-Tests</b>						
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)	Exakte Signifi- kanz (2-seitig)	Exakte Signifi- kanz (1-seitig)	Punkt- Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	<b>21.442<sup>a</sup></b>	1	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	
Kontinuitätskorrektur <sup>b</sup>	20.284	1	.000			
Likelihood-Quotient	21.122	1	.000	.000	.000	
Exakter Test nach Fisher				.000	.000	
Zusammenhang linear-mit- linear	21.383 <sup>c</sup>	1	.000	.000	.000	.000
Anzahl der gültigen Fälle	366					

a. 0 Zellen (0.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 33.74.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

c. Die standardisierte Statistik ist 4.624.

<b>Symmetrische Maße</b>						
		Wert	Asymptotischer Standardfehler <sup>a</sup>	Näherungsweise T <sup>b</sup>	Näherungsweise Signifikanz	Exakte Signi- fikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Phi	<b>.242</b>			.000	.000
	Cramer-V	.242			.000	.000
Intervall- bzgl. Intervallmaß	Pearson-R	.242	.052	4.759	.000 <sup>c</sup>	.000
	Korrelation nach Spearman	.242	.052	4.759	.000 <sup>c</sup>	.000
Anzahl der gültigen Fälle		366				

a. Die Null-Hyphothese wird nicht angenommen.

b. Unter Annahme der Null-Hyphothese wird der asymptotische Standardfehler verwendet.

c. Basierend auf normaler Näherung

Da 0 Zellen eine erwartete Häufigkeit von kleiner 5 haben, kann der Chi-Quadrat-Test nach Pearson verwendet werden. Das Resultat zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen *Ich habe eine Hysterektomie und Ovaryektomie hinter mir (AV)* und dem *Wunsch nach genitalangleichender Operation (UV)* (Chi-Quadrat nach Pearson:  $\chi^2 = 21.442$ ,  $df = 1$ ,  $p = .000$ ). Die Effektstärke (Phi) ist mit 0.242 als klein bis mittel zu bezeichnen.

**Tabelle E12.1** *Ich habe eine Hysterektomie ohne Ovarektomie hinter mir und Wunsch nach genitalangleichender Operation*

<b>Kreuztabelle</b>					
			Ich habe eine genitalangleichende Operation (Penisaufbau) als Ziel.		Gesamt
			nein	ja	
Ich habe eine Hysterektomie ohne Ovarektomie/Adnexektomie hinter mir (Entfernung der Gebärmutter).	nein	Anzahl	210	132	342
		% der Gesamtzahl	57.4%	36.1%	93.4%
	ja	Anzahl	9	15	24
		% der Gesamtzahl	2.5%	4.1%	6.6%
Gesamt		Anzahl	219	147	366
		% der Gesamtzahl	59.8%	40.2%	100.0%

<b>Chi-Quadrat-Tests</b>						
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	5.332 <sup>a</sup>	1	.021	.030	.019	
Kontinuitätskorrektur <sup>b</sup>	4.384	1	.036			
Likelihood-Quotient	5.206	1	.023	.030	.019	
Exakter Test nach Fisher				.030	.019	
Zusammenhang linear-linear	5.317 <sup>c</sup>	1	.021	.030	.019	.013
Anzahl der gültigen Fälle	366					

a. 0 Zellen (0.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 9.64.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

c. Die standardisierte Statistik ist 2.306.

<b>Symmetrische Maße</b>						
		Wert	Asymptotischer Standardfehler <sup>a</sup>	Näherungsweise T <sup>b</sup>	Näherungsweise Signifikanz	Exakte Signifikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Phi	.121			.021	.030
	Cramer-V	.121			.021	.030
Intervall- bzgl. Intervallmaß	Pearson-R	.121	.053	2.320	.021 <sup>c</sup>	.030
	Korrelation nach Spearman	.121	.053	2.320	.021 <sup>c</sup>	.030
Anzahl der gültigen Fälle		366				

a. Die Null-Hyphothese wird nicht angenommen.

b. Unter Annahme der Null-Hyphothese wird der asymptotische Standardfehler verwendet.

c. Basierend auf normaler Näherung

Da 0 Zellen eine erwartete Häufigkeit von kleiner 5 haben, kann der Chi-Quadrat-Test nach Pearson verwendet werden. Das Resultat zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen *Ich habe eine Hysterektomie ohne Ovarektomie hinter mir (AV)* und dem *Wunsch nach genitalangleichender Operation (UV)* (Chi-Quadrat nach Pearson:  $\chi^2 = 5.332$ ,  $df = 1$ ,  $p = .021$ ). Die Effektstärke (Phi) ist mit 0.121 als klein zu bezeichnen.

**Tabelle E13.1** *Ich habe/hatte keine Bedenken, in der Entscheidung zu geschlechtsanpassenden Massnahmen und Wunsch nach genitalangleichender Operation*

		Kreuztabelle			
		Ich habe eine genitalangleichende Operation (Penisaufbau) als Ziel.		Gesamt	
		nein	ja		
Ich habe/hatte keine Bedenken oder Ängste, in der Entscheidung zu geschlechtsanpassenden Massnahmen.	nein	Anzahl	200	114	314
		% der Gesamtzahl	54.6%	31.1%	85.8%
	ja	Anzahl	19	33	52
		% der Gesamtzahl	5.2%	9.0%	14.2%
Gesamt		Anzahl	219	147	366
		% der Gesamtzahl	59.8%	40.2%	100.0%

Chi-Quadrat-Tests						
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)	Exakte Signifi- kanz (2-seitig)	Exakte Signifi- kanz (1-seitig)	Punkt- Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	<b>13.689<sup>a</sup></b>	1	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	
Kontinuitätskorrektur <sup>b</sup>	12.583	1	.000			
Likelihood-Quotient	13.417	1	.000	.000	.000	
Exakter Test nach Fisher				.000	.000	
Zusammenhang linear-mit- linear	13.652 <sup>c</sup>	1	.000	.000	.000	.000
Anzahl der gültigen Fälle		366				

a. 0 Zellen (0.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 20.89.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

c. Die standardisierte Statistik ist 3.695.

Symmetrische Maße						
		Wert	Asymptotischer Standardfehler <sup>a</sup>	Näherungsweise T <sup>b</sup>	Näherungsweise Signifikanz	Exakte Signi- fikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Phi	<b>.193</b>			.000	.000
	Cramer-V	.193			.000	.000
Intervall- bzgl. Intervallmaß	Pearson-R	.193	.052	3.761	.000 <sup>c</sup>	.000
	Korrelation nach Spearman	.193	.052	3.761	.000 <sup>c</sup>	.000
Anzahl der gültigen Fälle		366				

a. Die Null-Hypothese wird nicht angenommen.

b. Unter Annahme der Null-Hypothese wird der asymptotische Standardfehler verwendet.

c. Basierend auf normaler Näherung

Da 0 Zellen eine erwartete Häufigkeit von kleiner 5 haben, kann der Chi-Quadrat-Test nach Pearson verwendet werden. Das Resultat zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen *Ich habe/hatte keine Bedenken, in der Entscheidung zu geschlechtsanpassenden Massnahmen* (AV) und dem *Wunsch nach genitalangleichender Operation* (UV) (Chi-Quadrat nach Pearson:  $\chi^2 = 13.689$ ,  $df = 1$ ,  $p = .000$ ). Die Effektstärke (Phi) ist mit 0.193 als klein zu bezeichnen.



**Tabelle E14.1** *Welches ist Ihr höchster Bildungsabschluss? und dem Wunsch nach genitalangleichender Operation*

<b>Kreuztabelle</b>					
		Ich habe eine genitalangleichende Operation (Penisaufbau) als Ziel.		Gesamt	
		nein	ja		
Welches ist Ihr höchster Bildungsabschluss:	keine abgeschlossene Ausbildung	Anzahl	18	25	43
		% der Gesamtzahl	4.9%	6.8%	11.8%
	Berufslehre	Anzahl	47	41	88
		% der Gesamtzahl	12.9%	11.2%	24.1%
	Matura / Abitur	Anzahl	80	52	132
		% der Gesamtzahl	21.9%	14.2%	36.2%
	Hochschulabschluss	Anzahl	73	29	102
		% der Gesamtzahl	20.0%	7.9%	27.9%
	Gesamt	Anzahl	218	147	365
		% der Gesamtzahl	59.7%	40.3%	100.0%

<b>Chi-Quadrat-Tests</b>						
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)	Exakte Signifi- kanz (2-seitig)	Exakte Signifi- kanz (1-seitig)	Punkt- Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	<b>13.155<sup>a</sup></b>	<b>3</b>	<b>.004</b>	.004		
Likelihood-Quotient	13.257	3	.004	.004		
Exakter Test nach Fisher	13.155			.004		
Zusammenhang linear-mit-linear	12.984 <sup>b</sup>	1	.000	.000	.000	.000
Anzahl der gültigen Fälle	365					

a. 0 Zellen (0.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 17.32.

b. Die standardisierte Statistik ist -3.603.

Da 0 Zellen eine erwartete Häufigkeit von kleiner 5 haben, kann der Chi-Quadrat-Test nach Pearson verwendet werden. Das Resultat zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem *höchsten Bildungsabschluss* (AV) und dem *Wunsch nach genitalangleichender Operation* (UV) (Chi-Quadrat nach Pearson:  $\chi^2 = 13.155$ ,  $df = 3$ ,  $p = .004$ ).

**Tabelle E14.2** *Welches ist Ihr höchster Bildungsabschluss? und dem Wunsch nach genitalangleichender Operation, Vierfeldertafel*

		Welches ist Ihr höchster Bildungsabschluss?				total
		keine abg. Ausbildung	Berufslehre	Matura/Abitur	Hochschulabschluss	
genitalangleichende OP als Ziel	nein	18	47	80	73	218
	ja	25	41	52	29	147
total		43	88	132	102	365

		Welches ist Ihr höchster Bildungsabschluss?		total
		keine abgeschlossene Ausbildung	andere	
genitalangleichende OP als Ziel	nein	18	200	218
	ja	25	122	147
total		43	322	365

Die Chance sich eine genitalangleichende Operation als Transitionsziel zu wünschen ist **2.28**-mal höher wenn die Person über keine abgeschlossene Ausbildung verfügt, als wenn sie eine Berufslehre oder einen höheren Studienabschluss vorweisen kann.

**Tabelle E15.1** *Ich habe/hatte religiöse Bedenken, in der Entscheidung zu geschl. anpassenden Massnahmen und dem Wunsch nach genitalangleichender Operation*

**Kreuztabelle**

			Ich habe eine genitalangleichende Operation (Penisaufbau) als Ziel.		Gesamt
			nein	ja	
			Ich habe/hatte religiöse Bedenken oder Ängste, in der Entscheidung zu geschlechtsanpassenden Massnahmen.	nein	
		% der Gesamtzahl	56.3%	39.3%	95.6%
	ja	Anzahl	13	3	16
		% der Gesamtzahl	3.6%	0.8%	4.4%
Gesamt		Anzahl	219	147	366
		% der Gesamtzahl	59.8%	40.2%	100.0%

**Chi-Quadrat-Tests**

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	3.192 <sup>a</sup>	1	.074		
Kontinuitätskorrektur <sup>b</sup>	2.329	1	.127		
Likelihood-Quotient	3.523	1	.061		
Exakter Test nach Fisher				.115	.059
Zusammenhang linear-mit-linear	3.184	1	.074		
Anzahl der gültigen Fälle	366				

a. 0 Zellen (0.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 6.43.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

Da 0 Zellen eine erwartete Häufigkeit von kleiner 5 haben, kann der Chi-Quadrat-Test nach Pearson verwendet werden. Das Resultat zeigt einen **nicht** signifikanten Zusammenhang zwischen *religiösen Bedenken* (AV) und dem *Wunsch nach genitalangleichender Operation* (UV) (Chi-Quadrat nach Pearson:  $x^2 = 3.192$ ,  $df = 1$ ,  $p = .074$ ).

**Tabelle E16.1** *Ich habe/hatte Bedenken wegen meiner Beziehung, in der Entscheidung zu geschl. anpassenden Massnahmen und dem Wunsch nach genitalangleichender Operation*

Kreuztabelle					
		Ich habe eine genitalangleichende Operation (Penisaufbau) als Ziel.		Gesamt	
		nein	ja		
Ich habe/hatte Bedenken oder Ängste wegen meiner Partnerschaft/Beziehung, in der Entscheidung zu geschlechtsanpassenden Massnahmen.	nein	Anzahl	151	113	264
		% der Gesamtzahl	41.3%	30.9%	72.1%
	ja	Anzahl	68	34	102
		% der Gesamtzahl	18.6%	9.3%	27.9%
Gesamt		Anzahl	219	147	366
		% der Gesamtzahl	59.8%	40.2%	100.0%

Chi-Quadrat-Tests					
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	2.745 <sup>a</sup>	1	.098		
Kontinuitätskorrektur <sup>b</sup>	2.365	1	.124		
Likelihood-Quotient	2.785	1	.095		
Exakter Test nach Fisher				.122	.061
Zusammenhang linear-mit-linear	2.738	1	.098		
Anzahl der gültigen Fälle	366				

a. 0 Zellen (0.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 40.97.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

Da 0 Zellen eine erwartete Häufigkeit von kleiner 5 haben, kann der Chi-Quadrat-Test nach Pearson verwendet werden. Das Resultat zeigt einen **nicht** signifikanten Zusammenhang zwischen *Bedenken wegen der Beziehung* (AV) und dem *Wunsch nach genitalangleichender Operation* (UV) (Chi-Quadrat nach Pearson:  $x^2 = 2.745$ ,  $df = 1$ ,  $p = .098$ ).

**Tabelle E17.1** *Ich habe/hatte berufliche Bedenken, in der Entscheidung zu geschl. anpassenden Massnahmen und dem Wunsch nach genitalangleichender Operation*

**Kreuztabelle**

			Ich habe eine genitalangleichende Operation (Penisaufbau) als Ziel.		Gesamt
			nein	ja	
			Ich habe/hatte berufliche Bedenken oder Ängste, in der Entscheidung zu geschlechtsanpassenden Massnahmen.	nein	
		% der Gesamtzahl	38.0%	28.7%	66.7%
	ja	Anzahl	80	42	122
		% der Gesamtzahl	21.9%	11.5%	33.3%
Gesamt		Anzahl	219	147	366
		% der Gesamtzahl	59.8%	40.2%	100.0%

**Chi-Quadrat-Tests**

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	2.507 <sup>a</sup>	1	.113		
Kontinuitätskorrektur <sup>b</sup>	2.162	1	.142		
Likelihood-Quotient	2.532	1	.112		
Exakter Test nach Fisher				.141	.070
Zusammenhang linear-mit-linear	2.500	1	.114		
Anzahl der gültigen Fälle	366				

a. 0 Zellen (0.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 49.00.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

Da 0 Zellen eine erwartete Häufigkeit von kleiner 5 haben, kann der Chi-Quadrat-Test nach Pearson verwendet werden. Das Resultat zeigt einen **nicht** signifikanten Zusammenhang zwischen *beruflichen Bedenken* (AV) und dem *Wunsch nach genitalangleichender Operation* (UV) (Chi-Quadrat nach Pearson:  $\chi^2 = 2.507$ ,  $df = 1$ ,  $p = .113$ ).

**Tabelle E18.1** *Monatliches Einkommen und Wunsch nach genitalangleichender Operation*

		Kreuztabelle			Gesamt
		Ich habe eine genitalangleichende Operation (Penisaufbau) als Ziel.		Gesamt	
			nein		ja
Wie hoch ist Ihr monatliches Einkommen? (in CHF/Euro)	weniger als 1000	Anzahl	94	50	144
		% der Gesamtzahl	31.6%	16.8%	48.5%
	1000 bis 5000	Anzahl	82	57	139
		% der Gesamtzahl	27.6%	19.2%	46.8%
	über 5000	Anzahl	10	4	14
		% der Gesamtzahl	3.4%	1.3%	4.7%
Gesamt	Anzahl	186	111	297	
	% der Gesamtzahl	62.6%	37.4%	100.0%	

Chi-Quadrat-Tests						
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	<b>1.680<sup>a</sup></b>	<b>2</b>	<b>.432</b>	<b>.428</b>		
Likelihood-Quotient	1.693	2	.429	.459		
Exakter Test nach Fisher	1.609			.437		
Zusammenhang linear-linear	.282 <sup>b</sup>	1	.596	.609	.334	.071
Anzahl der gültigen Fälle	297					

a. 0 Zellen (0.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 5.23.

b. Die standardisierte Statistik ist .531.

Da 0 Zellen eine erwartete Häufigkeit von kleiner 5 haben, kann der Chi-Quadrat-Test nach Pearson verwendet werden. Das Resultat zeigt einen **nicht** signifikanten Zusammenhang zwischen der *Höhe des monatlichen Einkommens* (AV) und dem *Wunsch nach genitalangleichender Operation* (UV) (Chi-Quadrat nach Pearson:  $x^2 = 1.680$ ,  $df = 2$ ,  $p = .432$ ).

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: