

Das sexuelle Elend der Transsexuellen

Trans*Personen und sexuelle Gesundheit¹

Eva Fels

Wer nach „Transsexuelle“ und „Sex“ googelt landet unwillkürlich in einer Welt voll Pornographie und Prostitution. Die Klischees sind oft erdrückend eindeutig.

Das öffentliche Bild von Transgenders ist nach wie vor von einer Figur geprägt, die man, wenn man noch (C.G.) Jung genug ist, als TG-Archetyp bezeichnen könnte: Es ist Dr. Frank N. Furter, der sich mit der 1977 in unsere Kinos gekommenen „Rocky Horror Picture Show“ in das kollektive Bewusstsein eingebrannt hat. Er ist, medizinisch diagnostiziert, ein Vertreter des „fetischistischen Transvestitismus“(ICD 10, F65.1). Er ist bisexuell, ausschweifend und übergriffig. Er verkörpert eine bizarre Erotik, wie es fast nur Außerirdischen möglich ist. Und er ist ja auch nicht von dieser Welt. Tatsächlich haben sexuelle Fantasien mit Transgender-Objekten oft den Beigeschmack von mit Sex mit Außerirdischen.



¹) Der Text basiert auf dem Referat bei der Tagung „Trans*Personen und sexuelle Gesundheit“, Wien 18.1.2019 sowie dem Vortrag „Sexuelles Elend“ bei TransX am 2.9.2019

Wissen über Transgender-Personen ist heute wesentlich verbreiteter als 1977. Nach dem fünf Jahre später in unsere Kinos gekommenen Film „E.T. – Der Außerirdische“ reicht es noch nicht an das Wissen über Außerirdische heran.

Die Sexualisierung von TGs betrifft vordergründig in erster Linie Transfrauen, da Männer per se kaum sexualisiert dargestellt werden. Lediglich Cineasten dürften sexuell hyperaktive Transmänner aus Scheirl's „Dandy Dust“ in Erinnerung sein. Die „Rocky-Horror“ hat das Klischee aller Personen mit nicht-vulgärer Geschlechtsidentität gefärbt.

Dr. Frank N. Furter ist „gestört“. Nach der WHO-Klassifikation ICD-10 werden Transgenderismen als Verhaltens- und Persönlichkeitsstörung (F60-F69) betrachtet. Mit der Neufassung ICD-11 wird Geschlechts-Inkongruenz als eine „Bedingung der sexuellen Gesundheit“ (Abschnitt 17) verstanden. Was von vielen Trans*-Aktivisten als „historische Errungenschaft“ (Transgender Europe) gefeiert wurde, haben andere kritisiert. Die Transfrau Phaylen Fairchild schreibt etwa: „Ich mag nicht unter derselben Kategorie klassifiziert werden wie Errektionsstörung, Sadismus und Pädophilie oder Personen mit erhöhtem HIV- und STI-Risiko“². Früher litten Trans* unter einer Persönlichkeitsstörung. „Jetzt sind wir sexuell abnormal.“

Ich kann mich dieser Kritik nicht anschließen. Schließlich stand schon im ICD-10 die Transsexualität neben den Störungen der Sexualpräferenz (F65), die Fetischismus, Exhibitionismus, Voyeurismus, Sadomasochismus, Nekrophilie und Pädophilie umfassten.

Dr. Frank N. Furter lebt noch weiter.

Die Hamburger „Spezialambulanz für Sexuelle Gesundheit und Transgender-Versorgung“ behandelt neben Trans- und Inter-Personen auch „Sexuelle Funktionsstörungen“ und „Ungewöhnliche sexuelle Wünsche und Neigungen“.

Um nicht missverstanden zu werden: Transgenderismen schließen per se keine „ungewöhnlichen sexuellen Wünsche“ aus. Ebenso wenig wie Kreislauferkrankungen. Doch diese Beispiele geben einem das Gefühl, dass TG gerade das Paradebeispiel für sexuelle Ungesundheit sind.

Sexuelle Orientierungen

Die Sexualität von Transgenders ist ebenso vielfältig wie diese selbst. Es existieren alle Formen. Betrachten wir einmal die sexuelle Orientierung nach Eigendefinition der Betroffenen, die ja mit der sexuellen Praxis nicht unbedingt übereinstimmen muss. Evident ist, dass Bisexualität mit einer Häufigkeit von 10,2% bis 11,5% wesentlich verbreiteter ist als bei Cis-Personen (1,4% bis 2,4%)³. Unter Nicht-Gender-Konformen Personen fand man Spitzenwerte von 23% Bisexuellen⁴.

Etwa 86% der Transmänner sind heterosexuell, d.h. sie bevorzugen weibliche Partnerinnen⁵. Dies entspricht dem Anteil der Heterosexuellen unter Cis-Männern⁶. Dagegen sind nur 34% der Transfrauen von Heteronormativität geprägt⁷.

²) <https://medium.com/@Phaylen/from-bad-to-worse-world-health-organization-reclassifies-transgender-as-a-sexual-health-condition-a9d9cf405707>

³) Nach J. M. Downing und J. M. Przedworski (2018): Die jeweils höheren Werte beziehen sich auf (Trans)-Frauen.

⁴) ebd.

⁵) Durchschnittswerte von 106 F2M und 165 M2F aus der Studie von vier Trans-Kliniken in Deutschland, den Niederlanden und Norwegen, Kreukels u.a. (2012)

⁶) J. Haversath, K.M. Gärtner, S. Kliem. u.a. (2017)

⁷) Siehe Fußnote 5.

Schon Magnus Hirschfeld war erstaunt, dass die meisten „Damen“, die er in schwulen Bars antraf, nur an Intimitäten mit Frauen interessiert waren. Wer sexuell auf ein bestimmtes Geschlecht konditioniert wurde, bleibt dem in der Regel auch nach dem Geschlechtswechsel treu.

Etwa 13% bis 43% der Trans-Personen ändern mit dem eigenen Geschlecht auch das Wunschgeschlecht ihrer Sexualpartner⁸. Bei ursprünglich heterosexuellen M2F dürfte der Anteil bei 26% liegen⁹. Dies mag Anpassungen an die heteronormative Dominanz oder Veränderung der hormonellen Triebkräfte widerspiegeln. Die genitalanpassenden Operationen selbst hatten allerdings keinen Einfluss auf die sexuelle Orientierung¹⁰.

Früher wurde auch unterstellt, dass Transfrauen ja ohnedies nur homosexuelle Männer wären, die zur Befriedigung ihrer eigenen Homosexualitätsabwehr zunächst ihr Geschlecht wechseln müssten um ihr Begehren zu legitimieren¹¹. Die These mag in extrem patriarchalen homophoben Gesellschaften plausibel erscheinen, tatsächlich ist sie aber absurd, da entsprechende Wunschstrukturen jedem Therapeuten vor der Ausstellung von Gutachten aufstoßen müssen.

Schwerer zu erklären ist, dass auch homosexuelle TGs nach dem Geschlechtswechsel oft wieder homosexuell bleiben. Insbesondere Butches in lesbischen Kontexten vermännlichen zu schwulen Männern. Es scheint, als ob die Attraktion zu einem bestimmten Geschlecht variabler ist, als die eigene Verortung in einem monosexuellen System.

Sexuelle Gesundheit

Die WHO definiert¹² sexuelle Gesundheit als einen

„... Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität und nicht nur das Fehlen von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen.

Sexuelle Gesundheit setzt eine positive und respektvolle Haltung zu Sexualität und sexuellen Beziehungen voraus sowie die Möglichkeit, angenehme und sichere sexuelle Erfahrungen zu machen, und zwar frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt. Sexuelle Gesundheit lässt sich nur erlangen und erhalten, wenn die sexuellen Rechte aller Menschen geachtet, geschützt und erfüllt werden.“

„Sexuelle Rechte“ inkludieren das Recht auf körperliche Unversehrtheit. Der Operations- bzw. Sterilisationszwang wurde in Europa erst seit 2004 schrittweise abgeschafft. In Österreich wurde er 2009 durch das VwGH-Urteil im Fall Michaela P. überwunden¹³. Er besteht aber immer noch in zehn vor allem Süd-Ost-europäischen Staaten¹⁴. Drei Ostbalkanländer sehen überhaupt keine Möglichkeit für Personenstandsänderung vor¹⁵.

⁸) siehe <https://www.them.us/story/sexual-attraction-after-transition> sowie mehrere Studien. Sabra L. Katz-Wise, Sari L. Reisner u.a (2016) berichten, dass sogar 64% der Post-Transsexuellen eine Änderung ihrer sexuellen Orientierung erlebten.

⁹) Vincent J. Cornelisse, Rosemary A. Jones, Christopher K. Fairley and Sonia R. Grover (2017).

¹⁰) Lelle J-D., Schaff J., Zavlin D. u.a. (2017)

¹¹) siehe etwa A. Springer (1981)

¹²) <http://www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>

¹³) Für Details siehe <https://www.transx.at/Pub/Rechtsentwicklung.php>

¹⁴) https://tgeu.org/wp-content/uploads/2018/05/MapB_TGEU2018_Online.pdf

¹⁵) ebd.

Dass Transgenders ihre Sexualität frei von Zwang und Gewalt ausleben können, ist nicht immer gewährleistet. Es gibt auch hier alles, vom Menschenhandel mit Transfrauen bis zu gewalttätigen Partnern.

Eine Meta-Datenanalyse von 2013 zeigte, dass weltweit 19,1% der M2F HIV-positiv waren¹⁶. Im Spitzenfeld liegen afrikanische Transfrauen mit einem 33%igen Infektionsgrad. Bei Trans-Sexarbeiterinnen dürfte HIV neunmal häufiger sein als bei Cis-Sexarbeiterinnen¹⁷. Das hohe Risiko liegt in dem häufigeren Analverkehr. Bei Neovaginas treten beim Eindringen leichter Verletzungen, Blutungen und beim Fisten auch Hautablösungen auf als bei Cis-Frauen. Die vaginale Befeuchtung (Lubrikation) ist signifikant schwächer als bei CisFrauen. Dagegen dürften Transmänner keine AIDS-Risikogruppe sein. Allerdings gibt es dazu keine zuverlässigen Daten.

Eine kanadische Untersuchung aus dem Jahr 2012 befragte 433 M2F-TGs nach ihrer Sexualität während des letzten Jahres. 19% hatten hoch riskante Sexualerfahrungen, 15% gingen der Sexarbeit nach während 51% überhaupt keinen Sex hatten¹⁸.

Die Werte verdeutlichen die extreme Heterogenität von Transfrauen, wie wir sie auch bei uns kennen. Sexarbeiter haben meist weniger Kontakt zur übrigen Trans-Szene, da ihre Arbeit dann beginnt, wenn sich die anderen gemütlich treffen. Sie haben heute weitgehend Migrationshintergrund. Für Teile von ihnen ist Frauenkleidung nur Arbeitskleidung. Genitalanpassende Operationen oder erektionsschwächende Hormonbehandlungen sind mit der Arbeit kaum vereinbar, da sie zu einer Entwertung der ansonsten höher bezahlten Trans-Sexarbeiterinnen führen. Da sich die Anpassungswünsche zumeist auf Bartepilation und Brustaufbau reduzieren finden sich von ihnen kaum Spuren in offiziellen Behandlungsstatistiken Transsexueller und den zahlreichen Studien, die auf dem „Material“ der TG-Kliniken aufbauen.

Den Schutz, den früher Transvestiten in der Homosexuellen-Szene gesucht haben, finden sie heute wesentlich befriedigender in den Fetisch- und Bondage-SM-Szenen, wo Cross-Dressing kein Fauxpas ist. Abziehbilder von Frank N. Furter konnten hier neben Zwangsverweiblichungen noch überleben. Swinger-Clubs und diverse Events verlocken zu riskanten sexuellen Spielen.

Die Szene überlappt sich zum Teil mit jener der Transgender-Gruppen, die oft von Transsexuellen dominiert werden. Reine TS- oder TV-Gruppen existieren in Österreich nicht (mehr).

Daneben gibt es viele isoliert oder zurückgezogen lebende TGs. Viele wollen nicht als Trans-Personen erkannt werden, verschweigen ihre Vergangenheit so gut es geht. Wer unangenehme Auseinandersetzungen vermeiden möchte landet oft in einer Blase aus Depression und Isolation.

Aufgrund meiner nun fast 20-jährigen Erfahrung mit Transgender-Gruppen würde ich schätzen, dass höchstens 50% der Transfrauen dieser Gruppen Sexualität praktizieren. Mit steigendem Alter geht die Aktivität gegen Null. Daher meine These:

Das häufigste Symptom der angeschlagenen sexuellen Gesundheit von Trans*-Personen ist deren sexuelle Abstinenz.

In einer holländischen Studie von 2015 wurden M2F zwei Jahre nach ihrer genitalanpassenden Operation zu ihrer Sexualität befragt¹⁹. Dabei erklärten 45% seit ihrer Operation nicht mehr sexuell aktiv gewesen zu sein, weitere 12% hatten seither nur einmal Geschlechtsverkehr.

¹⁶) Baral u.a. (2013)

¹⁷) TVT (2018), S. 17.

¹⁸) Bauer u.a. (2012)

Lelle, Schaff u.a. (2017) stellten fest, dass nur 17% der M2F vor genitalanpassenden Operationen von regelmäßigem Sexualverkehr berichten²⁰. Samples von TGs zeigen, dass diese ihre Sexualität deutlich unbefriedigender erleben als der Bevölkerungsdurchschnitt²¹.

Beruhet die vegetarische Sexualität auf sexuellen Funktionsstörungen? Der ICD bietet dafür einige Modelle an:

ICD-10, F52.2: Versagen genitaler Reaktionen

Es mag überraschen, dass Transfrauen selbst nach jahrelanger Behandlung mit Testosteronblockern noch – wenngleich weniger leicht erregbar - erektionsfähig sind. Genitalanpassende Operationen bergen Risiken von Dysfunktionalität, Rückbildungen und Gewebeabstoßungen. Eine Studie von 2007 – die meisten Betroffenen dürften noch leben – berichtet, dass nach M2F GaOPs bei 2,2% eine komplette Vaginalstenose und bei 11% zu geringe Scheidentiefe (< 8cm) auftrat²².

Eine Schwedische Studie von 2010 deckt Orgasmusstörungen bei von 32% der Transsexuellen auf. Bei 10% traten schwere Störungen auf, die Orgasmen verunmöglichten²³.

Steigern Hormontherapien und geschlechtsanpassende Operationen die Häufigkeit von Geschlechtsverkehr und Masturbation? Einige Studien unterstützen diese Hypothese²⁴. Nach Nikkelen, Baudewijntje und Kreukels stimmt das aber nur für Transmänner, deren sexuelle Aktivität während des davor liegenden Halbjahres signifikant zwischen 43% (ohne Behandlungswunsch) und 67% (abgeschlossene Behandlung) abweicht. Transfrauen ohne Behandlungsbedarf haben häufiger (58% im letzten Halbjahr) Sex als jene in und nach den Anpassungen (44% bzw. 45%).

Schlechte Ergebnisse von GaOPs führen meist zu einem zerstörten Selbstbild und kränkelndem Selbstbewusstsein. Kontaktängste und Depressionen sind oft die Folge. Zum Glück haben sich die Operationsergebnisse in den letzten Jahren deutlich verbessert.

Für Transmänner werden in Österreich nach wie vor keine befriedigenden Penoidaufbauten angeboten. Dennoch wurde auch hier einem Transmann die Kostenübernahme durch die Krankenkasse verwehrt, da er weder die Entfernung von Eierstöcken, Gebärmutter und Vagina, noch die Verlängerung der Harnröhre in das Penoid anstrebte. Gerade Letzteres stellt einen aufwendigen und höchst riskanten Eingriff dar. Die Kasse begründete ihre Ablehnung der einfacheren und günstigeren Operation folgendermaßen: „der Wunsch nach Erhalt des klitoralen Empfindens widerspreche dem Wesen einer Geschlechtsanpassung, zumal biologischen Männern dieses Empfinden nicht zugänglich sei.“

¹⁹⁾ Buncamper u.a. (2015)

²⁰⁾ Die Studie ist insofern dubios, als sich der Wert auf „regular sexual vaginal intercourse“ bezieht (S.5). Ignoriert man die Transfrauen, die nur sexuelles Interesse an Männern haben, so hatten unter dem Rest 29% regelmäßigen Sexualverkehr. Der Anteil der M2F mit regelmäßigem Verkehr steigt nach einem Jahr nach der SRS auf 57,7%, was deutlich höher als bei Cis-Frauen (25,2%) und sogar Cis-Männern (32,7%) liegt (Gärtner K.M., Haversath J., Kliem S. u.a. 2017). Selbst in der sexuell aktivster Altersgruppe der 25 - 29 Jährigen hatten während des letzten Jahres 47% der Frauen und 60% der Männer Vaginalverkehr (ebd.). Die von plastischen Chirurgen erstellte TS-Studie sollte wohl den hohen Wert der chirurgischen Eingriffe untermauern.

²¹⁾ Nikkelen S. W.C., B. P. C. Kreukels (2018) S. 378 zitieren Skevington, Lotfy, & O’Connell (2004): 27% bis 41% der TGs sind mit ihrem Sexualleben zufrieden (Gesamt: 47%), 27% bis 39% sind unbefriedigt (Gesamt: 21%).

²²⁾ Kheyfets O, u.a. (2007), basierend auf 136 zwischen 1986 und 2007 durchgeführten Operationen

²³⁾ Annika Johansson (2017) basierend auf 42 Interviews mit Transsexuellen 4 bis 16 Jahre nach ihrer Behandlung.

²⁴⁾ Klein, C., & Gorzalka, B. B. (2009) sowie Annika Johansson (2017) bejahen diese Frage.

Es besteht bei der Kassa offensichtlich die Vorstellung, dass befriedigendes sexuelles Empfinden für Transsexuelle überflüssig, ja unpassend sein sollte²⁵.

ICD-10, F52.0: Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen²⁶

Eine Dämpfung der Libido tritt bei Transfrauen infolge der Hormontherapie in der Regel auf. Mangelndes sexuelles Verlangen ist nach ICD 10 und ICD 11, eine behandlungsbedürftige Krankheit, wenn sie mit einem Leidensdruck der Betroffenen einhergeht. Dies ist bei Transfrauen aber nur äußerst selten der Fall. In der Regel wird das gedämpfte Begehren als Entlastung, ja als Befreiung empfunden: „Ich bin kein Sklave des Testosterons mehr²⁷“. Dafür wird Intimität deutlich sensibler und ganzheitlicher erlebt: „Irgendwann hat es Klick gemacht und Orgasmen wurden etwas Spirituelles und Magisches.“²⁸

Bei Post-operierten M2F tritt vermindertes sexuelles Verlangen (HHDS) häufig, laut einer niederländischen Studie bei 34% der Befragten²⁹, laut einer schwedischen Studie bei 26%³⁰, auf. Bei Cis-Frauen sind – je nach Analyse – nur 10%³¹ bis 23%³² davon betroffen.

Asexuell lebende TGs bedauern in der Regel weniger die mangelnde Sexualität als das Fehlen einer Partnerschaft.

Asexualität

Zum Teil identifizieren sich Trans-Personen auch als Asexuelle. Allerdings sind Personen, die sich selbst als asexuell bezeichnen nicht immer über ihre Triebe erhaben. Nach einem Online-Fragebogen³³ könnte bei 41% von ihnen die „Askese“ auf andere Ursachen zurückgeführt werden und zwar mangelnde Gelegenheiten (25%), Demisexualität (nur mit vertrauten Personen, 15%), Funktionsstörungen (22%) und Schüchternheit (7%).

ICD-10, F52.1: Sexuelle Aversion und mangelnde sexuelle Befriedigung

Sexuelle Aversion tritt auf, wenn „sexuelle Partnerbeziehungen ... mit so großer Furcht oder Angst verbunden (sind), dass sexuelle Aktivitäten vermieden werden.“

Viele Transsexuelle erleben jahrelang Abwehr- und Ekelgefühle gegenüber den eigenen Sexualorganen. Dies stellt eine so große Hemmschwelle dar, dass kein spielerischer Zugang zur Entwicklung der Sexualität möglich ist. Von genitalen Anpassungen wird oft ein neuer Zugang zur Sexualität erhofft. Das stellt sich in der Regel aber als illusorisch heraus: Wer in seiner Jugend keine Sexualität entwickeln konnte, kann sich ihr auch später kaum öffnen.

Es ist fragwürdig ob hier von anhaltender Sexualangst, also Genophobie gesprochen werden kann. Die dafür typischen Angstreaktionen bei körperlicher Nähe werden kaum berichtet, möglicherweise auch aufgrund erfolgreicher Abwehrstrategien, die intime Beziehungen von vornherein verhindern.

²⁵) Der Betroffene versucht den Entscheid juristisch zu bekämpfen. Derzeit ist noch kein Urteil verfügbar.

²⁶) zitiert nach <http://www.icd-code.de/icd/code/F52.2.html>

²⁷) Lana, zitiert nach „Transfrauen erzählen, wie die Hormonersatztherapie ihre Sexualität verändert hat“, Broadly, 16.3.2016; <https://broadly.vice.com/de/article/jpy7g7/transfrauen-erzaehlen-wie-die-hormonersatztherapie-ihre-sexualitaet-veraendert-hat>

²⁸) Zoey, ebd.

²⁹) Els Elaut, Griet De Cuypere, Petra De Sutter u.a. (2008)

³⁰) Annika Johansson (2017)

³¹) Shifren JL et al. Obstet Gynecol (2008)

³²) Els Elaut, Griet De Cuypere, Petra De Sutter u.a. (2008)

³³) https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20161116_OTS0029/asexuelle-viele-denken-irrtuemlich-asexuell-zu-sein

Die Diskrepanz zwischen eigenem Leibesbild und dem Körper erfordert von den Partnern Transsexueller eine besondere Sensibilität. Vielen Transmännern ist die Berührung, ja auch die Betrachtung ihrer Brüste durch die Partner unerträglich. Transfrauen vermeiden die Offenlegung ihres Penis.

ICD 10, F 66.2: Sexuelle Beziehungsstörung: Die Geschlechtsidentität oder sexuelle Orientierung bereitet bei der Aufnahme oder Aufrechterhaltung einer Beziehung mit einem Sexualpartner Probleme.

Sowohl M2F als auch F2M erleben ihre Sexualität signifikant seltener und unbefriedigender, wenn sie keine festen Beziehungen und/oder eine gedämpfte Zufriedenheit mit ihrem Körper haben³⁴.

Beziehungslosigkeit tritt vor allem bei Transfrauen auf. Transmänner leben wesentlich häufiger in stabilen heterosexuellen Beziehungen. Transfrauen haben dagegen selten längere stabile Beziehungen zu Männern. Hauptproblem ist, dass sich ihre Partner dem Homosexualitätsverdacht aussetzen müssen. Dass ein Mann seine Trans-Freundin zum Kaffee zu seiner Familie mitnimmt, ist sehr unwahrscheinlich. Das schließt freilich Sex nicht aus, sofern man bereit ist, sich auf diesen zu beschränken. Eine Transfrau bedauerte einmal: „Ich hätte einmal so gerne einen one-night-stand, aber über mehr als drei Stunden hinaus hab ich es noch nicht geschafft.“

Mit Frauen leben Transfrauen eher in stabileren lesbischen Beziehungen. Immer häufiger treten Beziehungen zwischen Transpersonen, insbesondere unter Non-Binaries, auf. Körperlich beschränken sich die Partnerschaften dabei oft auf reine Kuschelbeziehungen. Emotional erweisen sie sich allerdings als recht tragfähig.

Wo bleibt die Intimität?

Vielleicht liegt das mangelnde sexuelle Engagement Transsexueller aber auch an den Angriffen auf ihre Intimität. Im Rahmen des Behandlungsprozesses müssen sie ihre Genitale sowohl vor als auch nach den chirurgischen Eingriffen immer wieder offen legen. Das Pochieren der Neovagina, das Transfrauen nach der Operation häufig, letztlich aber lebenslanglich vornehmen sollen, verwandelt den Intimbereich in eine medizinische Baustelle. Routinebehandlungen drängen die Sensibilität und erotische Gefühle ab.

Aber auch in sozialen Interaktionen wird ein obszön offener Umgang von TGs mit ihren Genitalen erwartet. Wer bei einer Party jemand kennenlernt und so frei ist ihm sein Ursprungsgeschlecht zu offenbaren muss damit rechnen, schon bald nach vorgenommenen Operationen und der Funktionalität des Genitals befragt zu werden. Von Transsexuellen wird erwartet, dass sie bereitwillig über Themen Auskunft geben, die sonst bestenfalls vor gemeinsamen Sex angesprochen werden.

Mich hat immer schockiert, dass dieses unverfrorene verbale Grapschen zwischen die Beine auch bei ansonst sensiblen Menschen auftritt. Und ich bin auch verwundert, wie viele TS in solchen Situationen bereit sind, Auskunft zu geben.

Dr. Frank N. Furter geistert also noch immer herum.

³⁴) Nikkelen S. W.C., B. P. C. Kreukels (2018)

LITERATUR

- Baral SD, Poteat T, Stromdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer (2013); Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis* 13(3): 214–222
- Bauer GR, Travers R, Scanlon K, Coleman TA. (2012); High heterogeneity of HIV-related sexual risk among transgender people in Ontario, Canada: a province-wide respondent-driven sampling survey. *BMC Public Health* 12: 292.
- Buncamper ME, Honselaar JS, Bouman MB, Ozer M, Kreukels BP, Mullender MG. (2015); Aesthetic and functional outcomes of neovaginoplasty using penile skin in male-to-female transsexuals. *J Sex Med*; 12(7): 1626 - 1634.
- Elaut E., De Cuypere G., De Sutter P., Luk Gijs, Van Trotsenburg M., Heylens G., Kaufman J-M., Rubens R., T’Sjoen G. (2008); Hypoactive sexual desire in transsexual women: prevalence and association with testosterone levels. *European Journal of Endocrinology* (2008) 158 393–399
- Haversath J., Gärtner K.M., Kliem S., Vasterling I., Strauss B., Kröger C. (2017); Sexualverhalten in Deutschland; Ergebnisse einer repräsentativen Befragung. *Deutsches Ärzteblatt* Jg. 114, Heft 33–34 , S. 545-550
- Janelle M. Downing, Julia M. Przedworski (2018), Health of Transgender Adults in the U.S., 2014–2016. *AJPM*, Vol 55, Is 3, p. 336-344
- Johansson A. (2017), Sexual health in 42 individuals post gender confirming treatment. 2nd E-Path conference. <http://programme.exordo.com/epath2017/delegates/presentation/55/>
- Kheifets O., Wimpissinger F., Angel K., Stackl W. (2007); Transsexualismus: Von Mann zu Frau. *CliniCum Urologie* 3/2007
- Klein, C., & Gorzalka, B. B. (2009). Continuing medical education: Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: A review. *The Journal of Sexual Medicine*, 6, 2922–2939. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01370.x
- Kreukels B.P.C., Haraldsen I.R., De Cuypere G., Richter-Appelt H., Gijs L., Cohen-Kettenis P.T. (2012), *Eur Psychiatry*. 2012 Aug; 27(6):445-50.
- Nikkelen S. W.C., B. P. C. Kreukels (2018); Sexual Experiences in Transgender People: The Role of Desire for Gender-Confirming Interventions, Psychological Well-Being, and Body Satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44:4, 370-381
- Sabra L. Katz-Wise, Sari L. Reisner, Jaclyn White Hughto, Colton L. Keo-Meier (2016); Differences in Sexual Orientation Diversity and Sexual Fluidity in Attractions Among Gender Minority Adults in Massachusetts. *The Journal of Sex Research* Vol 54, No 1, p. 74-84, <https://doi.org/10.1080/00224499.2014.1003028>
- Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. (2008), Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol* 2008;112:970-8
- Skevington, S. M., Lotfy, M., O’Connell, K. A. (2004). The World Health Organization’s WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the

international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*, 13, 299–310. doi: 10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00

Springer A. (1981); *Pathologie der geschlechtlichen Identität, Transsexualismus und Homosexualität, Theorie, Klinik, Therapie*. Springer-Verlag, Wien.
<https://link.springer.com/content/pdf/bfm%3A978-3-7091-7041-0%2F1.pdf>

TvT, *Transrespect versus Transphobia Worldwide* (2018); *Global trans perspectives on health and wellbeing: TvT community report Vol. 20*. Berlin. <https://transrespect.org/en/tvt-publication-series/>

Vincent J. Cornelisse, Rosemary A. Jones, Christopher K. Fairley and Sonia R. Grover (2017); *The medical care of the neovagina of transgender women: a review*; *Sexual Health*, Vol 15, No 5, 2017, p.442-450

Zavlin D., Schaff J., Lelle J-D., Jubbal K.T., Herschbach P., Henrich G., Ehrenberger B., Kovacs L., Machens H-G., Papadopulos N. A. (2017); *Male-to-Female Sex Reassignment Surgery using the Combined Vaginoplasty Technique: Satisfaction of Transgender Patients with Aesthetic, Functional, and Sexual Outcomes*. *Aesthetic Plastic Surgery* 42(4):1-10