



universität
wien

DIPLOMARBEIT / DIPLOMA THESIS

Titel der Diplomarbeit / Title of the Diploma Thesis

„Die Lebensqualität von transidenten Frauen und Männern
in Deutschland im Vergleich“

verfasst von / submitted by

Sabrina Wallner-Schwingenschrot

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Magistra der Naturwissenschaften (Mag.rer.nat.)

Wien, 2020 / Vienna, 2020

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 190 313 445

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Lehramtsstudium UniStG
UF Geschichte, Sozialkunde, Polit. Bildung
UF Biologie und Umweltkunde

Betreut von / Supervisor:

A.o. Univ.-Prof. Mag.rer.nat. Mag.phil
Dr.rer.nat (PhD) Sylvia Kirchengast

Widmung

*Für meine Eltern, Rosemarie und Erich, und meinen Ehemann Alexander!
Danke für eure Unterstützung und euren Glauben an mich! Ihr seid mein Fels in der
Brandung, mein Licht im Schatten und ohne euch, wäre ich heute nicht da, wo ich
bin!*

Danksagung

Zu allererst möchte ich meiner Betreuerin Ao. Univ.-Prof. Mag. rer. nat. Mag. phil. Dr. rer. nat. (PhD) Sylvia Kirchengast für ihre fachliche und praktische Unterstützung und die hilfreichen Gespräche danken.

Des Weiteren möchte ich Jonas Fischer und Christian Schabel-Blessing für ihre fachliche Kompetenz, ihren Rat und die unterstützenden Gespräche danken. Vielen Dank auch für die Verbreitung der Umfrage über die Facebook-Gruppe des Vereins TransMann e.V.

Ich danke auch allen anderen Personen und Vereinen, die die Umfrage weitergeleitet und dafür geworben haben. Außerdem möchte ich allen Teilnehmer_innen der Umfrage danken. Danke für die Geduld und Zeit, die ihr dafür investiert habt. Nur dadurch war diese Diplomarbeit möglich.

Ein großer Dank geht auch an Wiebke Fuchs, die mir den Fragebogen aus der Forschungsarbeit „Studie zur Lebenssituation von transsexuellen Personen in Nordrhein-Westfalen“ zur Verfügung gestellt hat, den ich adaptiert in meine Umfrage eingebaut habe.

Bei meiner Familie möchte ich mich besonders bedanken. Ich danke meinen Eltern, die mich in allen Lebenslagen unterstützt, motiviert und begleitet haben. Ich danke euch für eurer Verständnis und eure endlose Liebe. Ich danke auch meinen Schwestern, Nina, Barbara und Julia, die mich ebenso unterstützt, motiviert und die stets ein offenes Ohr für mich haben. Außerdem danke ich meinem Großvater Günther und meiner, leider bereits 2006 verstorbenen, Großmutter Hildegard, die immer an mich geglaubt haben und von denen ich ebenso Unterstützung und endlose Liebe erhalten habe.

Mein größter Dank geht an meinen Ehemann Alexander, der meine Diplomarbeit Korrektur gelesen und bei der Erstellung des Fragebogens geholfen hat. Ich danke dir, dass du mich so liebst, wie ich bin und mich in keiner Weise ändern willst. Du hast mich in allen Belangen unterstützt, mich immer aufgefangen und mich motiviert weiterzumachen, gerade auch in den letzten Jahren meines Studiums. Durch deinen unerschütterlichen Glauben an mich, habe ich gelernt selbst an mich zu glauben. Durch dich ist mein Leben um ein Vielfaches schöner geworden.

Vorwort

Diese Diplomarbeit behandelt das Thema Transidentität und vergleicht die Lebenssituation und die Lebensqualität von transidenten Frauen und Männern in Deutschland. Dabei ist die Diplomarbeit in sieben Kapitel unterteilt. Im ersten Kapitel wird allgemein kurz auf das Geschlecht eingegangen. Im Zuge des zweiten Kapitels werden verschiedene Aspekte einer Geschlechtsinkongruenz/Transidentität definiert und erklärt und damit ein kurzer Überblick zu diesem Thema gegeben. Im dritten Kapitel werden die Forschungsfragen, die Hypothese und im vierten Kapitel die Methodik erklärt. Im fünften Kapitel werden die Ergebnisse der quantitativen Befragung vorgestellt und im Anschluss im sechsten Kapitel diskutiert. Am Ende der Arbeit wird noch ein kurzes Fazit wiedergegeben.

In dieser Arbeit werden vor allem die Begriffe transidente Personen, Transgender, Personen mit Geschlechtsinkongruenz oder trans Personen verwendet. Diese Termini wurden der AWMF-S3-Leitlinien entnommen, wie auch die Termini „trans Frau (MtF)“ und „trans Mann (FtM)“. Generell wird allerdings der Terminus, der in den, für diese Arbeit herangezogenen, Studien und der Literatur verwendet wurde, beibehalten. Dies geschieht, um keine Unstimmigkeiten und Ungenauigkeiten in Bezug auf den untersuchten Personenkreis hervorzurufen, denn es werden zum Beispiel mit dem Begriff „Transgender“ mehr Zielgruppen (Identitätsgruppen) angesprochen als mit der Bezeichnung „transsexuelle Person“. Aus diesem Grund wird vor allem im medizinischen Kontext häufig von transsexuellen Personen zu lesen sein. Die Verwendung von manchen Bezeichnungen, wie zum Beispiel transsexuelle Personen, entspricht damit nicht den persönlichen Präferenzen der Autorin, sondern den in den Studien verwendeten Termini. Des Weiteren wird in dieser Arbeit ein Unterstrich gebraucht, zum Beispiel Therapeut_innen an Stelle von Therapeuten und Therapeutinnen. Dies geschieht, um auch jene Personen miteinzubeziehen, die sich nicht ausschließlich einem Geschlecht zuordnen. Ab dem 4. Kapitel wird häufig der Begriff transidente Personen zu lesen sein. Dies geschieht in Anpassung an die gerichtete und auf Literatur basierende Hypothese.

Wenn von dem (empfundene) Geschlecht gesprochen wird, dann ist dies in keiner Weise diskriminierend gemeint. Es handelt sich dabei nicht um eine Umpolung oder Nicht-Anerkennung des Geschlechtes, sondern dies soll eine Unklarheit der geschlechtlichen Ebene vorwegnehmen und eine Verwechslung mit dem chromosomalen Geschlecht und/oder Zuweisungsgeschlecht verhindern. Dieser Terminus wurde ebenso der AWMF-S3-Leitlinien entnommen (vgl. AWMF-S3-Leitlinie 2018).

Die Fokussierung auf eine einzige Literatur basierende Hypothese geschah auf Anraten und um den Rahmen einer Diplomarbeit nicht zu überschreiten. Der Autorin ist bewusst, dass die Beschränkung des untersuchten Personenkreises auf transidente Personen im Zusammenhang mit der Hypothese Kritik erfahren wird. Dies geschah allerdings nicht aus Unwissenheit oder Ablehnung von anderen Geschlechtsidentitäten, sondern aus oben genannten Gründen.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	2
Tabellenverzeichnis	2
1 Das Geschlecht	5
1.1 Ebenen der Geschlechtlichkeit	6
2 Transsexualität	9
2.1 Terminologie	9
2.2 Diagnostik	12
2.3 Prävalenz	16
2.4 Zur Lebensqualität von transidenten Personen	18
2.5 Zur Lebenssituation von transidenten Personen	21
2.6 Faktoren, die die Lebensqualität und die Lebenssituation beeinflussen	26
3 Forschungsfrage und Hypothese	28
4 Material und Methode	30
4.1 Die Auswahl der Teilnehmer_innen	30
4.2 Der Fragebogen	31
4.3 Durchführung der Befragung	32
4.4 Statistische Analyse und Auswertung	32
5 Ergebnisse	36
5.1 Beschreibung der Teilnehmer_innen	36
5.1.1 Soziodemographische Daten	36
5.1.2 Angaben zur Transition	44
5.1.3 Medizinische Angaben	48
5.2 Auswertungen zur Lebenssituation von transidenten Personen	54
5.2.1 Diskriminierung	54
5.2.2 Selbst- und Fremdwahrnehmung	55
5.2.3 Trans-Dasein im Alltag	57
5.2.4 Freizeit und Sport	58
5.2.5 Leben im öffentlichen Raum	59
5.2.6 Ausbildung/Fortbildung/Weiterbildung	60
5.2.7 Beruf	62
5.2.8 Familien- und Freundeskreis	64
5.2.9 Unterstützung	65
5.2.10 Gesundheitssystem	66
5.3 WHOQOL-BREF	71
5.3.1 Domänen des WHOQOL-BREF	73
5.3.2 Einfluss ausgewählter Faktoren auf die Domänen des WHOQOL-BREF	81
6 Diskussion	94

6.1	<i>Einschränkungen</i>	99
7	Schlussfolgerungen	101
8	Literaturverzeichnis	102
9	Anhang	110
9.1	<i>Zusammenfassung</i>	110
9.2	<i>Abstract</i>	111
9.3	<i>Regressionsanalyse Detail</i>	112
9.4	<i>Fragebogen</i>	122

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Graphische Darstellung des Alters der Teilnehmer_innen.....	37
Abbildung 2:	Regionale Verteilung der Teilnehmer_innen (n=284 – 176 FtM, 108 MtF)	40
Abbildung 3:	Stand der Teilnehmer_innen bezüglich der Inanspruchnahme einer Hormontherapie und/oder geschlechtsmodifizierender Operationen (HT = Hormontherapie, OP = geschlechtsmodifizierende Operation)	48
Abbildung 4:	Vergleich der Werte der Probandinnen mit den Normwerten der deutschen, weiblichen Allgemeinbevölkerung	76
Abbildung 5:	Vergleich der Werte der Probanden mit den Normwerten der deutschen, männlichen Allgemeinbevölkerung.....	78
Abbildung 6:	Vergleich der Werte der Probandinnen und der Probanden für die vier Domänen.....	79
Abbildung 7:	Hypothesenübersicht zu den Einflussfaktoren auf die Lebensqualität	85

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Die vier Domänen des WHOQOL-BREF (Angermeyer 2000)	34
Tabelle 2:	Soziodemographische Daten (Alter).....	37
Tabelle 3:	Soziodemographische Daten (Familienstand, Kinder, Unterbringungsart der Kinder).....	38
Tabelle 4:	Soziodemographische Daten (Wohnsituation, Größe des Wohnortes).....	39
Tabelle 5:	Herkunftsland der Eltern der Teilnehmer_innen	41
Tabelle 6:	Soziodemographische Daten (Höchster Schulabschluss, Beschäftigungsverhältnis, Einkommen)	42
Tabelle 7:	Angaben zur Transition (Age of Onset, Alltagstest, Bereiche, in denen die Geschlechtsidentität nicht immer gelebt wird)	44
Tabelle 8:	Angaben zur Transition (Mindesttherapiezeit, Hormonelle Behandlung, Pubertätsblocker, Vornamens- und Personenstandsänderung).....	46
Tabelle 9:	Angaben zur Transition (Geschlechtsmodifizierende Operationen, Maskulinisierende und feminisierende Operationen)	47
Tabelle 10:	Angaben zur Transition (Abschluss der Transition).....	48
Tabelle 11:	Erkrankungen und/oder gesundheitliche Störungen	49

Tabelle 12: Einteilung der Erkrankungen und gesundheitlichen Störungen in Kategorien (nach ICD-10).....	49
Tabelle 13: Aufschlüsselung der psychischen und Verhaltensstörungen.....	51
Tabelle 14: Prävalenz einiger psychischer und Verhaltensstörungen der Teilnehmer_innen	52
Tabelle 15: Diskriminierungserfahrungen der Teilnehmer_innen.....	55
Tabelle 16: Angaben zur Selbst- und Fremdwahrnehmung.....	56
Tabelle 17: Akzeptanz der Transidentität durch die Umwelt	57
Tabelle 18: Hinderung der Teilnahme an Sport- und Freizeitaktivitäten durch die Transidentität.....	58
Tabelle 19: Angaben zum Leben im öffentlichen Raum als transidente Person	59
Tabelle 20: Ergebnisse der Fragen zum Ausbildungs-, Fortbildungs- bzw. Weiterbildungsplatz	60
Tabelle 21: Ergebnisse zu den Fragen zum Berufsleben.....	62
Tabelle 22: Ergebnisse zu den Fragen zum Familien- und Freundeskreis	64
Tabelle 23: Ergebnisse der Fragen zu verschiedenen Unterstützungsmöglichkeiten	66
Tabelle 24: Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitssystem	66
Tabelle 25: Ergebnisse zu den Fragen im Zusammenhang mit den Krankenkassen und dem MDK.....	67
Tabelle 26: Ergebnisse der Fragen im Zusammenhang mit den Erfahrungen im transbezogenen Gesundheitssystem und dem medizinischen Fachpersonal	69
Tabelle 27: Ergebnisse der Fragen im Zusammenhang mit den Erfahrungen im transbezogenen Gesundheitssystem und der Selbstbezahlung von geschlechtsmodifizierenden Behandlungen	71
Tabelle 28: Beurteilung der eigenen Lebensqualität und Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit.....	72
Tabelle 29: Ergebnisse des Globalwertes der Probanden und Probandinnen (inkl. der Normwerte der deutschen männl. und weibl. Allgemeinbevölkerung) (vgl. Angermeyer 2000)	72
Tabelle 30: Cronbachs Alpha (Item-Skala-Statistik) für die vier Domänen des WHOQOL-BREF	74
Tabelle 31: Ergebnisse der 4 Domänen des WHOQOL-BREF der Probandinnen (inkl. der Normwerte der deutschen, weiblichen Allgemeinbevölkerung) (Angermeyer 2000)	75
Tabelle 32: Ergebnisse der 4 Domänen des WHOQOL-BREF der Probanden (inkl. der Normwerte der deutschen, männlichen Allgemeinbevölkerung) (Angermeyer 2000)	77
Tabelle 33: Ergebnisse der 4 Domänen des WHOQOL-BREF der Probanden und Probandinnen.....	78
Tabelle 34: Ergebnisse der Aufschlüsselung der verschiedenen Aspekte der vier Domänen des WHOQOL-BREF	80
Tabelle 35: Einfluss der unabhängigen Faktoren auf die Domänen des WHOQOL-BREF der Teilnehmer_innen.....	86
Tabelle 36: Einfluss der unabhängigen Faktoren auf die Domänen des WHOQOL-BREF der Teilnehmer	87
Tabelle 37; Einfluss der unabhängigen Faktoren auf die Domänen des WHOQOL-BREF der Teilnehmerinnen.....	87
Tabelle 38: Übersicht über die Ergebnisse der Hypothesenprüfung bei den Daten der Teilnehmer und der Teilnehmerinnen (aufgeteilt nach dem Geschlecht)	91

Tabelle 39: Einfluss der unabhängigen Faktoren auf die physische Domäne aller Teilnehmer_innen	112
Tabelle 40: Einfluss der unabhängigen Faktoren auf die psychische Domäne der Teilnehmer_innen	112
Tabelle 41: Einfluss der unabhängigen Faktoren auf die Domäne der sozialen Beziehungen der Teilnehmer_innen.....	113
Tabelle 42: Einfluss der unabhängigen Faktoren auf die Umwelt-Domäne der Teilnehmer_innen	114
Tabelle 43: Übersicht über die Ergebnisse der Hypothesenprüfung bei den Daten aller Teilnehmer_innen	115
Tabelle 44: Einfluss der unabhängigen Faktoren auf die physische Domäne der Teilnehmer	115
Tabelle 45: Einfluss der unabhängigen Faktoren auf die physische Domäne der Teilnehmerinnen	116
Tabelle 46: Einfluss der unabhängigen Faktoren auf die psychische Domäne der Teilnehmer	117
Tabelle 47: Einfluss der unabhängigen Faktoren auf die psychische Domäne der Teilnehmerinnen	118
Tabelle 48: Einfluss der unabhängigen Faktoren auf die Domäne der sozialen Beziehungen der Teilnehmer	118
Tabelle 49: Einfluss der unabhängigen Faktoren auf die Domäne der sozialen Beziehungen der Teilnehmerinnen.....	119
Tabelle 50: Einfluss der unabhängigen Faktoren auf die Umwelt-Domäne der Teilnehmer	120
Tabelle 51: Einfluss der unabhängigen Faktoren auf die Umwelt-Domäne der Teilnehmerinnen	120

1 Das Geschlecht

„Das Wort „Geschlecht“ bedeutet ursprünglich nicht mehr als „Art“.“ (Haeberle 2005) Es weist damit darauf hin, dass es zwei „Arten“ von Menschen gibt, genauer gesagt zwei Geschlechter, das weibliche und das männliche Geschlecht. Das lateinische Wort Sexus bedeutet schneiden oder trennen und betont damit ebenso eine Trennung der Menschen in zwei Gruppen. Dies ist allerdings eine sehr eingeschränkte und rein binäre Sichtweise des Geschlechtes. Das Empfinden des eigenen Geschlechtes geht über die angeborenen körperlichen Aspekte des Geschlechtes weit hinaus und Menschen können sich nicht nur eindeutig einem Geschlecht zugehörig fühlen (vgl. Haeberle 2005). Die Geschlechtsidentität von nonbinären Menschen liegt außerhalb der Norm der Zweigeschlechtlichkeit. Das Geschlecht kann dabei zum Beispiel als weder männlich noch weiblich, weiblich und männlich zur gleichen Zeit, als verschiedene Geschlechter zu unterschiedlichen Zeiten oder als gar kein Geschlecht empfunden werden (vgl. Motmans et al. 2017).

Das Geschlecht selbst hat drei Grundaspekte:

1. Das körperliche Geschlecht (Sexus)

Zur Bestimmung des körperlichen Geschlechts werden die körperlichen Aspekte des Geschlechtes herangezogen, das chromosomale, gonadale, endokrine, gonoduktale und genitale Geschlecht. Bei den meisten Menschen stimmen alle fünf Kriterien in einem Geschlecht überein. Es gibt jedoch auch Menschen, die sich nicht eindeutig in allen 5 Ebenen einem Geschlecht zuordnen lassen. Dazu gehören zum Beispiel intersexuelle Menschen, die sowohl weibliche als auch männliche Geschlechtsmerkmale aufweisen und auch Transgender, die sich einer Hormontherapie unterziehen und/oder geschlechtsmodifizierende Operationen durchführen haben lassen.

2. Die Geschlechtsrolle (Genus)

Die Basis für die Geschlechtsrolle sind bestimmte psychosoziale Eigenschaften, die je nach Geschlecht entweder unterdrückt oder gefördert werden. Meistens entspricht die übernommene Geschlechtsrolle dem körperlichen Geschlecht. Wie stark jemand als feminin oder maskulin wahrgenommen wird, hängt damit zusammen, wie sehr der Mensch mit seiner Geschlechtsrolle übereinstimmt. Bei einigen Personen weichen das körperliche Geschlecht und die Geschlechtsrolle voneinander ab. Dies ist zum Beispiel bei transsexuellen und nonbinären Personen der Fall.

3. Die sexuelle Orientierung

Diese wird anhand der Vorliebe für sexuelle Partner ermittelt. Zum größeren Teil werden die Menschen von Partnern des anderen Geschlechts sexuell angezogen (Heterosexualität). Eine kleinere Gruppe empfindet jedoch gleichgeschlechtliche Partner anziehender (Homosexualität) beziehungsweise sowohl gleich- als auch gegengeschlechtliche Partner (Bisexualität) (vgl. Haeberle 2005). Die sexuelle Orientierung ist allerdings nicht nur auf Hetero-, Homo- und Bisexualität beschränkt. Daneben gibt es noch viele weitere Formen der sexuellen Orientierungen. Beispiele dafür sind die Asexualität (von keinem Geschlecht angezogen) und die Pansexualität (von allen Geschlechtern angezogen) (vgl. Nieder et al. 2016/2).

1.1 Ebenen der Geschlechtlichkeit

Bei der Befruchtung wird das chromosomale Geschlecht eines Menschen festgelegt. In den ersten Wochen der Schwangerschaft sind keine Unterschiede zwischen einem chromosomal männlichen und einem chromosomal weiblichen Embryo zu erkennen. Die Zugehörigkeit zu einem Geschlecht wird erst mit der Zeit sichtbar. Nach der Geburt wird anhand der äußeren Geschlechtsorgane bestimmt, ob es sich um einen Jungen oder ein Mädchen handelt. Im Säuglings- und Kindesalter sehen sich beide Geschlechter ähnlich, erst mit Vollendung der geschlechtlichen Reife werden die Geschlechtsunterschiede deutlich (vgl. Haeberle 1983).

Die Unterteilung der Menschen nach dem biologischen Geschlecht in zwei Gruppen ist einfach und funktioniert über die kulturellen, sozialen und Altersgrenzen hinweg. Sie verleitet aber auch dazu Menschen nur nach zwei Geschlechtern einzuordnen und anzunehmen, dass beide Geschlechter grundverschieden sind. Das Geschlecht lässt sich allerdings in der Praxis nicht so einfach kategorisieren und ist äußerst vielschichtig. Man unterscheidet dabei verschiedene Ebenen der Geschlechtlichkeit:

1. Chromosomales Geschlecht

In allen Körperzellen eines chromosomalen Mannes befinden sich ein X- und ein Y-Chromosom. Das männliche chromosomale Geschlecht ist daher heterogametisch (Männlich = XY).

In allen Körperzellen einer chromosomalen Frau befinden sich zwei X-Chromosomen. Das weibliche chromosomale Geschlecht ist daher homogametisch (Weiblich = XX).

2. Gonadales und endokrines Geschlecht

Wenn Androgen-produzierende Hoden vorhanden sind, handelt es sich um das männliche gonadale und endokrine Geschlecht.

Wenn Östrogen-produzierende Eierstöcke vorhanden sind, handelt es sich um das weibliche gonadale und endokrine Geschlecht.

3. Gonoduktales Geschlecht

Das männliche gonoduktales Geschlecht besitzt Nebenhoden, Samenleiter, Samenbläschen und Prostata.

Das weibliche gonoduktales Geschlecht besitzt Eileiter, eine Gebärmutter und eine Vagina.

4. Genitales Geschlecht

Damit sind die äußeren primären Geschlechtsorgane gemeint. Große und kleine Schamlippen und die Klitoris findet man beim weiblichen genitalen Geschlecht, beim männlichen genitalen Geschlecht findet man hingegen Skrotum und Penis.

5. Zerebrales Geschlecht

Das Sexualhormonsekretionszentrum im Sexualzentrum des Hypothalamus funktioniert beim weiblichen zerebralen Geschlecht zyklisch und tonisch.

Das Sexualhormonsekretionszentrum im Sexualzentrum des Hypothalamus funktioniert beim männlichen zerebralen Geschlecht nur tonisch.

6. Zuweisungsgeschlecht

Darunter versteht man das Geschlecht, das dem Säugling bei der Geburt von der Hebamme zugewiesen wird. Der Genitalbefund gilt dabei als Zuweisungskriterium.

7. Erziehungsgeschlecht

Die Erziehung eines Mädchens oder eines Jungen erfolgt nach den kulturell üblichen geschlechtstypischen Rollenerwartungen. Dabei handelt es sich um die, innerhalb der eigenen Kultur üblichen Normen, Regeln und Anforderungen an das Verhalten eines Jungen bzw. Mannes oder eines Mädchens bzw. einer Frau.

8. Geschlechtsidentität

Darunter versteht man die persönliche Identifizierung mit der männlichen oder weiblichen Rolle, etwas dazwischen oder keinem von beiden. Dies schließt die eigene Gewissheit ein, einem, beiden oder keinem Geschlecht anzugehören, und die Erfahrung, Individualität und das Erleben der eigenen Geschlechtsidentität (vgl. Beier et al. 2005; Haeberle 1983).

In der Regel stimmen die einzelnen Ebenen der Geschlechtlichkeit miteinander überein, aber dies ist nicht immer der Fall. Einzelne Ebenen können durchaus unabhängig voneinander sein und sich unterscheiden. So kann ein Neugeborenes innere weibliche Geschlechtsorgane besitzen, aber die äußeren Geschlechtsorgane wirken „unvollständig männlich“. Dadurch kann es dazu kommen, dass dem Kind nach der Geburt das männliche Geschlecht zugewiesen und es als Junge erzogen wird. Ein anderer Fall ist die Transsexualität. Hier stimmen die Geschlechtsidentität und das zugewiesene Geschlecht nicht überein (vgl. Haeberle 1983).

2 Transsexualität

Nicht bei jeder Person sind das entwickelte Identitätserleben und die körperlichen Geschlechtsmerkmale miteinander konform (vgl. Nieder et al. 2013).

„Menschen, deren Geschlecht nicht (bzw. nicht komplett und/oder dauerhaft) mit ihren körperlichen Merkmalen übereinstimmt, nutzen zur Selbstbeschreibung viele Begriffe: Transgender, Transidentität, Transsexualität, Transgeschlechtlichkeit, Trans*oder einfach Trans“ (AWMF-S3-Leitlinie 2018).

2.1 Terminologie

Der Begriff „Trans*“ oder einfach „Trans“ ist ein Überbegriff und bezieht alle oben genannten Begriffe mit ein. Die Bezeichnung „Trans“ umfasst dabei sowohl binäre Personen, die sich eindeutig einem Geschlecht zugehörig fühlen, als auch nonbinäre Personen, deren Geschlechtsidentität außerhalb der Norm der Zweigeschlechtlichkeit liegt. Mit dem Begriff „Trans“ ist nicht automatisch der Wunsch verbunden, sich mit Sexualhormonen behandeln und/oder geschlechtsmodifizierende Operationen durchführen zu lassen und/oder sich weiteren geschlechtsmodifizierenden Maßnahmen, wie etwa einem Logopädietraining oder einer Epilation zu unterziehen. Der Wunsch kann allerdings auch gegeben sein und wird mit dem Begriff „Trans“ nicht ausgeschlossen.

Allen oben genannten Begriffen ist gemein, dass eine Differenz zwischen der Geschlechtsidentität bzw. dem (empfundenen) Geschlecht bzw. der (empfundenen) Geschlechtszugehörigkeit und den körperlichen Geschlechtsmerkmalen vorliegt. Man spricht daher auch von einer Geschlechtsinkongruenz. Wenn eine Person anhaltendes Leid aufgrund dieser Diskrepanz empfindet und/oder darunter leidet, dass andere Personen das eigene Geschlecht als empfunden falsch wahrnehmen, dann wird dies als Geschlechtsdysphorie bezeichnet (vgl. AWMF-S3-Leitlinie 2018). Auch der Begriff der Geschlechtsdysphorie schließt nicht automatisch den Wunsch nach körperlichen Veränderungen ein. Bei einigen Personen wird der Leidensdruck bereits verringert, wenn sie ein Leben, gemäß ihrer freien und selbst gewählten Geschlechtsrolle, führen können (vgl. Nieder et al. 2013).

Der Begriff „Transgender“ ist in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts entstanden und damit jünger als der Begriff „Transsexualität“. Die Bezeichnung „Transgender“ verleitet anhand des Wortlautes dazu, den Begriff in erster Linie in Verbindung mit der Bezeichnung „Gender“ zu setzen (vgl. Schneider 2012). Unter Gender versteht man

das, auf psychosozialer Ebene selbst wahrgenommene und auf sozialer Ebene eingenommene Geschlecht (vgl. Beier et al. 2005). Der Begriff „Transgender“ umfasst allerdings mehr als den Wechsel der sozialen Rolle des Geschlechtes ohne körperliche Veränderungen, auch wenn die Bezeichnung ursprünglich in dieser Form verwendet wurde. Dies geschah, um eine Abgrenzung zu transsexuellen Personen zu erhalten, die geschlechtsmodifizierende Maßnahmen durchführen lassen wollen bzw. damals noch nach gesetzlichen Richtlinien durchführen lassen mussten, um eine Vornamens- und Personenstandsänderung veranlassen zu können (vgl. Schneider 2012). Heute wird die Bezeichnung „Transgender“ als ein Oberbegriff für Personen verwendet, bei denen eine Differenz zwischen der Geschlechtsidentität und den körperlichen Geschlechtsmerkmalen vorliegt und/oder die ihr Geschlecht außerhalb der Grenzen der Geschlechtsbinarität erfahren. Darin inkludiert ist sowohl der Wunsch nach körperlichen Veränderungen als auch der Wunsch keine körperlichen Veränderungen vornehmen zu lassen (vgl. Kozee et al. 2012).

Oft verbindet man mit der Bezeichnung „Transsexualität“ den Ausdruck des Gefühls im falschen Körper zu leben. Bei der Transsexualität geht es aber weniger um den gesamten Körper, sondern in erster Linie werden die geschlechtsspezifischen Merkmale als falsch und nicht übereinstimmend mit der eigenen Geschlechtsidentität empfunden (vgl. Nieder et al. 2013). Eine transsexuelle Person bezeichnet sich selbst als eine Person, die dem entgegengesetzten Geschlecht (in Bezug auf das Zuweisungsgeschlecht) angehört, und zwar auf mentaler, sozialer und geschlechtlicher Ebene. Die meisten transsexuellen Personen wünschen körpermodifizierende Maßnahmen, allerdings entscheidet jede transsexuelle Person für sich selbst, welche körpermodifizierenden Maßnahmen durchgeführt werden sollen (vgl. Motmans et al. 2010). Die persönlichen Entwicklungen im Zusammenhang mit der Transsexualität können in ihrem Verlauf stark variieren. Dabei spielen viele Faktoren eine Rolle, wie etwa der Zeitpunkt, an dem eine Inkongruenz zwischen den körperlichen Geschlechtsmerkmalen und der erlebten Geschlechtsidentität ins Bewusstsein geraten und zum Ausdruck gebracht wurde oder auch der Zeitpunkt, an dem der Wunsch nach körperlichen Veränderungen auftrat. Dies kann sich in verschiedenen Alterslagen und in verschiedenen Schlüsselphasen zeigen (vgl. Nieder et al. 2013). Generell unterscheidet man in Bezug auf das Alter, in dem einer Person die Transsexualität bewusst wurde bzw. sie Anzeichen dafür zeigte, zwischen einem Early-Onset (EO) und einem Late-Onset (LO). Von einem Early-Onset spricht man, wenn bereits im Zuge der Entwicklung während der Kindheit einige oder alle Kriterien der Geschlechtsdysphorie nach DSM-5 erfüllt wurden. Von einem Late-Onset spricht man, wenn dies erst nach der Pubertät

bzw. im Erwachsenenalter der Fall war (vgl. Nieder et al. 2010). Ein Mann, der zur Geburt weiblich ausgeprägte körperliche Geschlechtsmerkmale besaß, wird als transsexueller Mann bezeichnet. Eine Frau, die zum Zeitpunkt der Geburt männlich ausgeprägte körperliche Geschlechtsmerkmale aufwies, gilt als transsexuelle Frau. In diesem Kontext wird auch die Bezeichnung „Frau-zu-Mann“-Transsexuelle und „Mann-zu-Frau“-Transsexuelle verwendet (vgl. Nieder et al. 2013). Durch den Begriff „Frau zu Mann (FzM, Female to Male - FtM)“ soll beschrieben werden, dass eine Person, mit einem weiblichen Zuweisungsgeschlecht, sich dem männlichen Geschlecht zugehörig fühlt und mitunter eine Angleichung an den männlichen Körper sucht. Mit dem Begriff „Mann zu Frau (MzF, Male to Female –MtF)“ soll ausgedrückt werden, dass eine Person, mit einem männlichen Zuweisungsgeschlecht, sich dem weiblichen Geschlecht zugehörig fühlt und womöglich eine Angleichung an den weiblichen Körper wünscht (vgl. Rauchfleisch 2016).

Der Bestandteil Sex des Wortes „Transsexualität“ geht auf den englischen Begriff „sex“ zurück. Sex steht für das biologische Geschlecht und beinhaltet alle, auf das Geschlecht bezogene Merkmale des Körpers. Im deutschsprachigen Raum wird jedoch die, im Sprachgebrauch stattfindende, Verknüpfung des Wortes „Transsexualität“ mit dem Begriff der Sexualität kritisiert und aus diesem Grund wird diese Bezeichnung auch von vielen Personen abgelehnt (vgl. Nieder et al. 2013). Nicht die sexuelle Ausrichtung und die Art der gelebten Sexualität stehen im Vordergrund, sondern die geschlechtliche Identität eines Menschen. Daher wird von vielen Personen der Begriff Transidentität präferiert. In diesem Zusammenhang wird auch die Bezeichnung von „Frau-zu-Mann“-Transidenten und „Mann-zu-Frau“-Transidenten verwendet. Einige geschlechtsinkongruente Menschen bezeichnen sich selbst als trans Mann (FtM), als trans Frau (MtF), trans Menschen oder trans Personen (vgl. Rauchfleisch 2016). Nicht jede Person ist mit diesen Begriffen einverstanden. Einige lehnen diese ab, da sie die Bezeichnung „Trans“ als stigmatisierend und diskriminierend empfinden und gemäß ihres (empfundenen) Geschlechts bzw. der (empfundenen) Geschlechtszugehörigkeit als Frau oder Mann bezeichnet werden wollen.

Auch der Begriff der Transidentität wird von einigen Personen kritisiert und abgelehnt. Die Begründung dafür ist, dass nicht das Erleben der Identität nicht im Einklang mit dem Körper, sondern der Körper nicht in Einklang mit dem Erleben der Identität steht. Aus diesem Grund wird von jenem Personenkreis der Begriff der Transgeschlechtlichkeit bevorzugt (vgl. Nieder et al. 2013).

Bei vielen Menschen weicht das erlebte Geschlechtsempfinden von ihrem Geburts-geschlecht ab. Neben den oben genannten Begriffen existieren noch viele weitere Bezeichnungen, um eine Geschlechtsinkongruenz zu beschreiben. Beispiele dafür sind Gender-non-konform, Genderqueer, Fluid, Cross-Dressing, Androgyn, No-Gen-der, Gender-free oder Agender (vgl. Kozee et al. 2012; Motmans et al. 2010). Eine Studie von Factor und Rothblum hat gezeigt, dass sich Personen mit Geschlechtsin-kongruenz mit den verschiedensten Labels selbstkategorisieren und sich diese im Laufe des Lebens verändern können (vgl. Factor/Rothblum 2008). Das Verständnis für die Erfahrungen von Menschen mit Geschlechtsinkongruenz wird eingeschränkt, wenn Identitäten zu sehr auf die Zugehörigkeit zu einer Gruppe bzw. auf eine be-stimmte Bezeichnung reduziert werden (vgl. Kozee et al. 2012). Aus diesem Grund ist es wichtig, dass jede Person das Recht hat die eigene Identität, ohne Furcht vor Diskriminierung, selbst zu definieren und dies von der Gesellschaft akzeptiert wird (vgl. Koyama 2003). Eine individuelle Definition der eigenen Geschlechtsidentität sollte uneingeschränkt bestärkt werden. Es ist dringend an der Zeit eine Sichtweise des Geschlechtes in Form von nur zwei Geschlechtern (Zwei-Geschlechter-Norm) abzulegen und sicherzustellen, dass jede Person ihr Geschlecht so ausdrücken kann, wie sie will und sich damit komfortabel fühlt (vgl. Nieder/Richter-Appelt 2011).

2.2 Diagnostik

Zur Diagnostik werden aktuell in erster Linie zwei Klassifikationssysteme herangezo-gen, die 10. Version der „International Classification of Diseases (ICD-10)“ der Welt-gesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 1990 und die 5. Version des „Diag-nostischen und Statistischen Manual (DSM)“ der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung aus dem Jahr 2013 (vgl. WHO-ICD 2017; BehandlerNetzwerk München 2017).

Bei der ICD-10 handelt es sich um ein internationales Klassifikationssystem (vgl. WHO-ICD o.J.). Die Transsexualität ist darin als Persönlichkeits- und Verhaltensstö-rung (F6) kategorisiert und als eine von mehreren Geschlechtsidentitätsstörungen (F64) klassifiziert (vgl. ICD-10 2016). In der ICD-10 wird der Transsexualismus (F64.0) beschrieben als der (vgl. Nieder et al. 2013)

„Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechts zu leben und anerkannt zu werden, meist einhergehend mit Unbehagen oder dem Gefühl der Nichtzu-gehörigkeit zum eigenen anatomischen Geschlecht. Zusätzlich besteht der Wunsch nach chirurgischer und hormoneller Behandlung, um den eigenen

Körper dem bevorzugten Geschlecht so weit wie möglich anzugleichen“ (Nieder et al. 2013).

„Aus den diagnostischen Leitlinien des ICD-10 für Transsexualismus ergibt sich, dass die transsexuelle Identität mindestens 2 Jahre durchgehend bestehen muss, nicht Symptom einer anderen psychischen Störung sein darf und ein Zusammenhang mit intersexuellen, genetischen oder geschlechtschromosomalen Anomalien ausgeschlossen sein muss“ (Beier et al. 2000).

Anhand der Diagnose nach ICD-10 wird der Transsexualismus als psychische Störung eingeordnet. Verfechter_innen von Transrechten, Expert_innen, verschiedene Länder, die europäische Kommission für Menschenrechte und das europäische Parlament sind sich einig, dass die Klassifizierung als psychische Störung äußerst problematisch ist. Die Einordnung als psychische Störung führt zu einer Stigmatisierung und beruht nicht auf heutigen wissenschaftlichen und klinischen Fakten (vgl. Drescher 2013). Transgender erfahren damit eine doppelte Belastung. Sie sind dadurch nicht nur einer Stigmatisierung als Transgender ausgesetzt, sondern auch der Stigmatisierung aufgrund einer diagnostizierten psychischen Störung. Dies wirkt sich nicht nur negativ auf den Gesundheitszustand aus, sondern schränkt auch die Wahrnehmung der Menschenrechte ein und sorgt für zusätzliche Barrieren im Gesundheitswesen (vgl. Drescher et al. 2012). Die ICD-10 wurde bereits überarbeitet, aber wird erst ab 01. Jänner 2022 offiziell Anwendung finden (vgl. ICD-11-Daten 2018). In der ICD-11 war es das Ziel einer Stigmatisierung entgegenzuwirken, die Psychopathologisierung zu überwinden und dennoch eine Diagnose zu ermöglichen, welche weiterhin Zugang zu medizinischer Versorgung und eine Kostenübernahme der Versicherungsträger/Krankenkassen gewährleistet (vgl. Drescher et al. 2012). In der ICD 11 tritt die Bezeichnung „Geschlechtsinkongruenz (GI)“ anstelle von Transsexualismus. Die Geschlechtsinkongruenz wird nicht mehr als psychische Störung klassifiziert, sondern dem Kapitel „Conditions Related to Sexual Health“ zugeordnet (vgl. Reed et al. 2016; ICD-11 2018). Für die Diagnose ist es nicht mehr Voraussetzung, dass bei Menschen mit Geschlechtsinkongruenz ein Leidensdruck auftritt (vgl. Klein et al. 2015; ICD-11 2018). Der Wunsch nach chirurgischer und hormoneller Behandlung ist ebenso keine zwingende Voraussetzung mehr für die Diagnose. Die neuen diagnostischen Leitlinien besagen, dass mindestens zwei der folgenden Punkte für einige Monate durchgehend bestehen müssen (vgl. Reed et al. 2016; ICD-11 2018):

- a strong dislike or discomfort with the one's primary or secondary sex characteristics (in adolescents, anticipated secondary sex characteristics) due to their incongruity with the experienced gender;

- a strong desire to be rid of some or all of one's primary and/or secondary sex characteristics (in adolescents, anticipated secondary sex characteristics) due to their incongruity with the experienced gender;
- a strong desire to have the primary and/or secondary sex characteristics of the experienced gender (ICD-11 2018).

Die, für die Diagnose notwendige Dauer des Bestehens der Geschlechtsinkongruenz wird, mit der ICD-11, von zwei Jahren auf mehrere Monate reduziert. Eine Diagnose ist mit dem Beginn der Pubertät möglich, davor nicht. Für den Erhalt einer Diagnose reicht es allerdings nicht aus nur Präferenzen bezüglich des Geschlechtes und ein, vom chromosomalen Geschlecht abweichendes, Verhalten aufzuweisen (vgl. ICD-11 2018).

Eine genaue Beschreibung der Geschlechtsdysphorie (GD) findet man in dem „Diagnostischen und Statistischen Manual (DSM)“ der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung:

„DSM-5 302.85: Gender Dysphoria

„A. Eine ausgeprägte Inkongruenz (Nicht-Übereinstimmung; Nicht-Deckungsgleichheit) zwischen der erfahrenen/erlebten Geschlechtszugehörigkeit und der zugeschriebenen Geschlechtszugehörigkeit, von mindestens 6-monatiger Dauer, die sich durch wenigstens zwei der folgenden Merkmale manifestiert:

1. Eine ausgeprägte Inkongruenz (Nicht-Übereinstimmung; Nicht-Deckungsgleichheit) zwischen der erfahrenen/erlebten Geschlechtszugehörigkeit und den primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmalen (oder bei jungen Heranwachsenden, den erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmalen).
2. Ein starker Wunsch, die primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale aufgrund einer ausgeprägten Inkongruenz (Nicht-Übereinstimmung; Nicht-Deckungsgleichheit) mit der erfahrenen/erlebten Geschlechtszugehörigkeit loszuwerden (oder bei jungen Heranwachsenden, die Entwicklung der erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmale zu verhindern).
3. Ein starkes Verlangen nach den primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmalen des anderen Geschlechts.
4. Ein starker Wunsch, dem anderen Geschlecht (oder einem alternativen Geschlecht, das vom zugewiesenen abweicht) anzugehören.

5. Ein starker Wunsch, wie ein Angehöriger des anderen Geschlechts (oder eines alternativen Geschlechts, das vom zugewiesenen abweicht) behandelt zu werden.
 6. Eine feste Überzeugung, dass man die typischen Gefühle und Reaktionen des anderen Geschlechts (oder eines alternativen Geschlechts, das vom zugewiesenen abweicht) habe.
- B. Der Zustand verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder eine Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Es gibt zwei Unterkategorien:

- „Mit einer Störung der Geschlechtsentwicklung“ [Disorder of Sex Development / DSD]
- „Nach Transition“: Die Person hat den Geschlechtsrollenwechsel vollzogen und lebt vollständig im gewünschten Geschlecht (mit oder ohne rechtliche Anerkennung des Geschlechtswechsels) und hat sich wenigstens einer gegengeschlechtlichen medizinischen Behandlung unterzogen (oder bereitet eine solche vor), das heißt einer regelmäßigen gegengeschlechtlichen Hormonbehandlung oder einer geschlechts-angleichenden Operation, um das ersehnte Geschlecht zu bekräftigen (z. B. operative Penisentfernung, Vaginoplastik bei männlichem Geburtsgeschlecht; Mastektomie oder Phalloplastik bei weiblichem Geburtsgeschlecht)“ (Behandlernetzwerk München 2017).

Der Begriff „Dysphorie“ wurde von der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung bewusst gewählt, um keine Assoziation mit einer Störung hervorzurufen, wie im Fall der Bezeichnung „Gender Identity Disorder“, die noch in der DSM-4 verwendet wurde. Die (Trans-) Identität bzw. die geschlechtsinkongruenten Erlebens- und Verhaltensweisen einer Person werden mit der DSM-5 von sich aus nicht mehr in Verbindung mit einer (psycho) pathologischen Störung gebracht (vgl. Nieder et al. 2013). Nur dann, wenn ein Leidensdruck erzeugt wird, der klinisch relevant ist, geht die DSM-5 von einer Störung aus. In der DSM-5 wird deutlich dargelegt, dass die Geschlechtsdysphorie nicht an die Norm der Zweigeschlechtlichkeit gebunden ist, sondern auch Nonbinarität miteinschließt. Die sexuelle Orientierung ist bei der Diagnostik nach DSM-5 nicht mehr direkt von Bedeutung (vgl. Nieder et al. 2016/1). Früher wurde angenommen, dass es einen Zusammenhang zwischen der sexuellen Orientierung und dem Ergebnis der Behandlung von Personen mit Geschlechtsdysphorie gibt. Anhand eines Vergleiches von diversen Studien, die zu diesem Thema zwischen 2010

und 2015 veröffentlicht wurden, konnte allerdings empirisch keine Verbindung nachgewiesen werden (vgl. Nieder et al. 2016/2). Die sexuelle Orientierung hat damit empirisch gesehen keine nachweisbare Wirkung auf das Ergebnis der Behandlung (vgl. Nieder et al. 2016/1).

Die Geschlechtsdysphorie wird von der DSM-5 weiterhin als Störungsbild mit Krankheitswert geführt. Mit dieser Diagnose soll der Zugang zu medizinischen Diensten und die Kostenübernahme durch Krankenkassen/Versicherungsträger weiterhin gewährleistet werden (vgl. Nieder et al. 2013). Die Kostenübernahme ist allerdings von dem, im jeweiligen Land vorherrschenden, Gesundheitssystem abhängig. In vielen Ländern werden die Kosten für eine hormonelle und operative Behandlung nicht übernommen (vgl. UNDP-Transgender health and human rights 2013).

2.3 Prävalenz

Die Daten in Bezug auf die Prävalenz von Geschlechtsdysphorie, Geschlechtsinkongruenz und Transsexualismus sind nicht eindeutig. Sie unterscheiden sich je nach Art der verwendeten Definitionskriterien und der Methodik. Die Daten zur Berechnung der Prävalenz stammen zum Großteil aus klinischen Studien, die, über einen bestimmten Zeitraum, im Zuge der Inanspruchnahme medizinischer Dienste, ermittelt wurden. Daneben gibt es noch eine Reihe von nicht klinischen Studien, die zum Beispiel mittels einer Bevölkerungsstichprobe durchgeführt wurden, und „convenience samples“. Dabei handelt es sich um Stichproben, die nicht repräsentativ sind und bei leichter Zugänglichkeit, wie etwa über eine Selbsthilfegruppe, online oder offline erhoben wurden (vgl. Nieder et al. 2016/1).

In einer Studie von Arcelus et al. aus dem Jahr 2015 wurde ein systematischer Überblick über 21 Studien zur Prävalenz von Transsexualismus gegeben und eine Meta-Analyse der verwertbaren Daten aus 12 Studien durchgeführt. Die berechnete Prävalenz ergab 4,6 in 100.000 Individuen. Die Prävalenzrate betrug bei den MtF-Transsexuellen 6,8:100.000 und bei den FtM-Transsexuellen 2,6:100.000. Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass sich die Prävalenz in den letzten 50 Jahren erhöht hat (vgl. Arcelus et al. 2015). Collin et al. haben 2016 eine Meta-Analyse von 27 Studien zur Prävalenz von Transgender durchgeführt. Die allgemeine Prävalenz betrug 6,8:100.000 für eine Diagnose in Zusammenhang mit einer Geschlechtsinkongruenz und 9,2:100.000 für die Inanspruchnahme von körpermodifizierenden Maßnahmen im Zusammenhang mit einer Geschlechtsangleichung. Des Weiteren wurde die

Selbsteinschätzung als Trans analysiert und eine Prävalenzrate von 351:100.000 ermittelt (vgl. Collin et al. 2016). In Deutschland wurde anhand der Anzahl von Personen, die zwischen 1991 und 2000 einen Antrag auf Änderung des Personenstandes nach dem Transsexuellengesetz (TSG) gestellt haben, eine Prävalenzrate von 4,26:100.000 ermittelt. Die Prävalenzrate von MtF-Transsexuellen ergab in diesem Zeitraum 5,48:100.000 und die der FtM-Transsexuellen 3,12:100.000. Das Verhältnis der Geschlechter betrug 1,5:1 zugunsten der MtF-Transsexuellen (vgl. Meyer zu Hoberge 2009). Anhand der Studie von Brunner et al., in der die Daten des statistischen Bundesamtes in Deutschland in Bezug auf stationäre Behandlungen in einem Krankenhaus von Patienten mit einer diagnostizierten sexuellen Störung (nach ICD-10) in dem Zeitraum von 2000 bis 2014 untersucht wurden, konnte gezeigt werden, dass sich die Anzahl der behandelten Personen mit einer F-64 Diagnose seit dem Jahr 2000 2,6-fach erhöht hatte (vgl. Brunner et al. 2017). Mit einer Erhöhung der klinischen Prävalenz wird auch in den nächsten Jahren gerechnet. Zum einen ist dies durch einen allgemeinen Anstieg der Prävalenzraten zu erwarten und zum anderen auch durch die veränderten Diagnosekriterien mit der ICD-11 und der DSM-5 und den dadurch erweiterten Möglichkeiten zur Nutzung von körpermodifizierenden Maßnahmen. Klinische Fragestellungen werden voraussichtlich mehr an Bedeutung gewinnen, die bisher von den diagnostischen Kriterien nach ICD-10 ausgeschlossen waren, wie zum Beispiel nonbinäre Identitäten, Abberationen auf chromosomaler Ebene oder Psychosen (vgl. AWMF-S3-Leitlinie 2018).

Daten, die aus nicht klinischen Studien gewonnen wurden, deuten auf eine höhere Prävalenz hin. Mit klinischen Studien können Personen mit Geschlechtsinkongruenz, die keinen Wunsch nach körperlichen Veränderungen haben und/oder keine medizinischen Leistungen in Anspruch nehmen wollen und damit weder eine_n Psychiater_in, noch medizinische Dienststellen aufsuchen, nicht erfasst werden. Dies trifft auch auf Menschen mit Geschlechtsinkongruenz zu, die aus Angst vor Stigmatisierung die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen meiden und/oder keinen Zugang zu derartigen Leistungen haben (vgl. Nieder et al. 2016/1). In den Niederlanden wurde zum Beispiel eine große Onlinebefragung von 8064 Personen im Alter von 17 bis 70 durchgeführt. Diese ergab, dass 4,6 % der Personen mit männlichem Zuweisungsgeschlecht und 3,2% der Personen mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht ihre Geschlechtsidentität als ambivalent einordneten. 1,1% der Personen mit männlichem Zuweisungsgeschlecht und 0,8% der Personen mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht wiesen eine inkongruente Geschlechtsidentität auf. 0,6% der Personen mit

männlichem Zuweisungsgeschlecht und 0,2% der Personen mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht gaben an, eine Hormontherapie und/oder operative Geschlechtsmodifikationen zu wünschen (vgl. Kuypers/Wijzen 2014).

Die, mittels Onlineumfragen durchgeführten, Stichproben von trans Personen zeigen außerdem die Vielfalt der Geschlechtsidentitäten (vgl. Nieder et al. 2016/1). Des Weiteren wird damit auch sichtbar, dass viele trans Personen ihre Geschlechtsidentität außerhalb der Norm der Zweigeschlechtlichkeit wahrnehmen. 2011 wurde in den USA eine Studie mit 6456 geschlechtsinkongruenten Personen durchgeführt. 67 % ordneten ihr Geschlecht binär ein, wie zum Beispiel als FtM-Transgender oder Mann, MtF-Transgender oder Frau. 33% identifizierten ihr Geschlecht als nonbinär, wie etwa als Gender-non-konform, Genderqueer oder Agender (vgl. Grant 2011). Das Ergebnis spiegelt sich auch in europäischen Studien wider, zum Beispiel in dem EU LGBT-Survey der European Union Agency for fundamental rights aus dem Jahr 2014. Darin wurden 6579 geschlechtsinkongruente Personen befragt. 39 % der Befragten identifizierten sich als nonbinär (vgl. FRA 2014; Nieder et al. 2016/1). In einer Studie in Deutschland gaben circa 20% der befragten trans Personen (n=415) an, dass sie ihre Geschlechtsidentität als nonbinär einordnen (vgl. Nieder et al. 2017). Generell deuten die Ergebnisse aus mehreren Studien allerdings ebenso auf ein 2/3:1/3 Verhältnis von binären und nonbinären Trans Personen in Deutschland hin (vgl. AWMF-S3-Leitlinie 2018).

2.4 Zur Lebensqualität von transidenten Personen

„Quality of life (QoL) refers to a subjective evaluation that is embedded in a cultural, social and environmental context. It is a multidimensional concept and its assessment covers four domains: physical health, psychological health, social relationships, and environment (vgl. Rollero et al. 2014).

Durch eine Metaanalyse von 14 Studien zur Lebensqualität von Transgender konnten Nobili et al. feststellen, dass Transgender durchschnittlich eine geringere QoL als die Allgemeinbevölkerung aufweisen, egal um welche Domäne es sich handelte. Besonders im Bereich der mentalen Gesundheit zeigte sich deutlich, dass die QoL im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erniedrigt war. Da nicht ausreichend Daten über Personen vor dem Beginn der medizinischen Transition vorhanden waren, kann in dieser Metastudie nicht eindeutig belegt werden, ob signifikante Unterschiede in Bezug auf die QoL zwischen Personengruppen vor und nach der medizinischen Transi-

tion vorhanden sind. Die Ergebnisse der, zur Metaanalyse verwendeten, Studien deuten allerdings darauf hin, dass sich die QoL nach der Inanspruchnahme von geschlechtsmodifizierenden Maßnahmen verbessert (vgl. Nobili et al. 2018).

Sehr viele Forschungsarbeiten wurden in einem klinischen Kontext durchgeführt und daher wurde häufig primär der Zusammenhang der Lebensqualität mit der psychischen und körperlichen Gesundheit vor, im Zuge und/oder nach der Transition untersucht. Newfield et al. haben zum Beispiel in einer Studie in den USA die gesundheitsbezogene Lebensqualität von 376 FtM Transgender untersucht. Es zeigte sich, dass die gesundheitsbezogene QoL (Quality of life) der FtM Transgender signifikant geringer war als bei der gesamten Population der USA. Vor allem im Bereich der geistigen Gesundheit zeigten sich deutlich niedrigere Werte als bei der restlichen Bevölkerung der USA. Die Ursachen dafür konnten in der Studie nicht ermittelt werden. Newfield et al. haben auch die QoL-Ergebnisse von FtM Transgender ohne bzw. vor und nach dem Erhalt einer Hormontherapie miteinander verglichen. Unter Berücksichtigung der erhaltenen Daten war in der Studie zu erkennen, dass FtM Transgender unter Hormontherapie eine höhere Lebensqualität aufwiesen als FtM Transgender ohne Hormontherapie (vgl. Newfield et al. 2006). Im Gegensatz dazu untersuchten Ainsworth et al. die gesundheitsbezogene QoL von 247 MtF-Transgender und wie diese durch geschlechtsmodifizierende Operation und/oder eine chirurgische Feminisierung des Gesichts beeinflusst wird. Die, auf die mentale Gesundheit bezogene, QoL war bei allen MtF-Transgender im Vergleich zur weiblichen Allgemeinbevölkerung erniedrigt. Es zeigte sich, dass die, auf die geistige Gesundheit bezogene, QoL bei MtF-Transgender am geringsten war, die keinerlei geschlechtsmodifizierende Operation und/oder eine chirurgische Feminisierung des Gesichts durchführen haben lassen. Auch wenn die QoL in Bezug auf die mentale Gesundheit bei allen Gruppen der MtF-Transgender im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erniedrigt war, war in der Studie zu erkennen, dass geschlechtsmodifizierende Operationen und/oder eine chirurgische Feminisierung des Gesichts die, auf die geistige Gesundheit bezogene, QoL verbesserten (vgl. Ainsworth/Spiegel 2010). Kuhn et al. untersuchten in der Schweiz die QoL von 55 transsexuellen Personen (52 MtF und 3 FtM) und 20 Kontrollpersonen 15 Jahre nach geschlechtsmodifizierenden Operationen. Die Kontrollgruppen wurden so gewählt, dass sie dem Alter und BMI der teilnehmenden transsexuellen Personen entsprachen. In den meisten Kategorien zeigten sich keine Unterschiede in der QoL der transsexuellen Personen und der Kontrollgruppe, allerdings war die QoL im Bereich der allgemeinen Gesundheit und die allgemeine Lebenszufriedenheit im Vergleich zu den Kontrollpersonen verringert. In Bezug auf physische und persönliche

Einschränkungen hatten transsexuellen Personen ebenso schlechtere Ergebnisse als die Kontrollgruppe. Die Einschränkung in Zusammenhang mit der Rolle (gibt Auskunft über den Einfluss der Gesundheit auf die Fähigkeit zu arbeiten und/oder an täglichen Aktivitäten teilzunehmen) zeigte sich bei den transsexuellen Personen allerdings geringer als bei der Kontrollgruppe. Dies kann, laut den Autoren, als Indiz dafür gesehen werden, dass sich die teilnehmenden transsexuellen Personen gut in ihre Geschlechtsidentität eingelebt und sie generell ein gutes Wohlbefinden hatten. Ebenso wurde auch nach der Qualität der Emotionen und des Schlafes und nach Beschwerden bezüglich einer Inkontinenz gefragt, da sich in einer vorhergehenden Studie gezeigt hatte, dass Inkontinenz ein häufig auftretendes Problem bei transsexuellen Personen darstellt. In dieser Forschungsarbeit gab es jedoch keine Unterschiede zwischen der Kontrollgruppe und den transsexuellen Teilnehmer_innen in den oben genannten Bereichen. Die Daten von MtF- und FtM-Transsexuellen wurden nicht separat miteinander verglichen, da die Anzahl der, an der Studie teilnehmenden, FtMs zu gering dafür war (vgl. Kuhn et al. 2009). Die QoL von weiblichen und männlichen Transgender haben hingegen Motmans et al in der Studie „Female and Male Transgender Quality of life: Socioeconomic and Medical Differences“ miteinander verglichen. Der Vergleich der Analysen der QoL von 83 trans Frauen und 65 trans Männern aus den Niederlanden ergaben, dass trans Frauen im Bereich der allgemeinen Gesundheit und körperlichen Funktionen schlechtere Ergebnisse zeigten, dafür aber im Bereich der körperlichen Schmerzen ein besseres Ergebnis als trans Männer aufwiesen. Trans Männer zeigten im Vergleich zur generellen männlichen Bevölkerung der Niederlande eine geringere Lebensqualität, wie etwa im Bereich der allgemeinen und psychischen Gesundheit, der sozialen Funktionsfähigkeit (gibt Auskunft über den Einfluss der Gesundheit auf die Beteiligung an sozialen Aktivitäten) und der Vitalität. Die Gründe dafür sind unklar. Eine mögliche Erklärung für die geringeren Werte im Gebiet der psychischen Gesundheit sieht Motmans darin, dass trans Männer mehr unter der mentalen Belastung aufgrund der Anzahl der Operationen, der möglichen Komplikationen und dadurch erneut notwendigen Operationen leiden als trans Frauen. Eine weitere Hypothese ist, dass die erhaltenen Werte im Allgemeinen zeigen, dass die Anzahl der depressiven Störungen bei trans Männern ansteigt, allerdings bedarf dies noch weiterer Abklärung und Erforschung. Die Lebensqualität der trans Frauen unterschied sich nicht wesentlich von der generellen Lebensqualität der weiblichen Bevölkerung der Niederlande, auch nicht im Bereich der psychischen Gesundheit. Motmans erklärt dies zum Teil mit dem hohen Zufriedenheitsfaktor der Patient_innen an der Universitätsklinik. Motmans et al konnten in dieser Studie keinen Unterschied in der Lebensqualität von trans Männern mit geschlechtsmodifizierenden

Operationen und ohne geschlechtsmodifizierenden Operationen erkennen, allerdings hatten trans Männer mit einem Penisaufbau bessere Werte im Zusammenhang mit der allgemeinen Vitalität und weniger Einschränkungen in Bezug auf emotionale Probleme. Als möglichen Teilgrund für den, nicht vorhandenen Unterschied der QoL zwischen trans Männer mit und ohne geschlechtsmodifizierende Operationen wurde genannt, dass die befragten FtM Transgender ohne geschlechtsmodifizierende Maßnahmen sich bereits in Behandlung der Klinik befanden und diese dadurch wussten, dass die gewünschten geschlechtsmodifizierenden Maßnahmen in Zukunft durchgeführt werden würden (vgl. Motmans et al. 2012). In der Studie von Jellestad et al. aus dem Jahr 2018 wurde die gesundheitsbezogene QoL von 143 trans Personen in der Schweiz untersucht. Die QoL der transfemininen und transmaskulinen Personen lag unter der QoL der Allgemeinbevölkerung. Es konnte kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen der QoL der transfemininen und transmaskulinen Personen festgestellt werden, allerdings lag die QoL im Bereich der physischen Funktion und der generellen Gesundheit bei transmaskulinen Personen höher als bei den transfemininen Personen. Die QoL im Bereich der körperlichen Schmerzen lag hingegen bei den transfemininen Personen höher als bei den transmaskulinen Personen (vgl. Jellestad et al. 2018).

2.5 Zur Lebenssituation von transidenten Personen

In Bezug auf die allgemeine Lebenssituation von Transgender gibt es ebenso mehrere Studien. Vor allem finden sich hier nationale und internationale Forschungsarbeiten, die von größeren Institutionen oder Organisationen bzw. trans Organisation in Auftrag gegeben wurden, wie etwa der FRA (European Union Agency for fundamental rights), der National Gay and Lesbian Task Force, dem National Center for Transgender Equality in den USA, der TGEU (TransGender Europe), der ILGA (The European Region of the International Lesbian and Gay Association) oder der WPATH (vgl. FRA 2014; Grant et al. 2011; Whittle et al. 2007; Turner et al. 2009; WPATH 2012). In Deutschland gibt es nur wenige Studien über die Lebenssituation von Transgender. Als Beispiele seien hier die „Studie zur Lebenssituation von Transsexuellen in Nordrhein-Westfalen“ von Fuchs et al. aus dem Jahr 2012, die Expertise von Franzen und Sauer zur „Benachteiligungen von Trans*Personen, insbesondere im Arbeitsleben“ im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes aus dem Jahr 2010 und die Forschungsarbeit von LesMigraS „...Nicht so greifbar und doch real. Eine quantitative und qualitative Studie zu Gewalt- und (Mehrfach-) Diskriminierungserfahrungen von lesbischen, bisexuellen Frauen und Trans* in Deutschland.“ aus dem Jahr 2012, genannt (vgl. Fuchs et al. 2012; Franzen/Sauer 2010; LesMigraS 2012). Im Mittelpunkt

dieser Arbeiten stehen die Diskriminierungen von Transgender und die Auswirkungen auf die Lebenssituation. Generell kann man sagen, dass die Mehrzahl der trans Personen Diskriminierungen ausgesetzt sind und aufgrund ihrer Geschlechtsidentität verbale, psychische und/oder physische Gewalt erfahren haben. Die Folge daraus ist, dass viele trans Personen, aus Angst vor den Auswirkungen, ihre Geschlechtsidentität nicht offen leben und diese zum Beispiel im beruflichen, sozialen, privaten Bereich und/oder im Bereich der Bildung verstecken. Oftmals findet ein Outing erst dann statt, wenn die Vornamens- und Personenstandänderung durchgeführt wurde und/oder ein entsprechendes Passing vorhanden ist. Trans Personen stehen daher der Bedrohung von sozialer Isolation gegenüber. Zudem haben Angst- und Unsicherheitsgefühle einen negativen Einfluss auf die körperliche und mentale Gesundheit. Depressionen und Selbstmordversuche treten bei trans Personen häufiger auf. Trans Personen erfahren auch eine Ungleichbehandlung im beruflichen Kontext. So sind die Arbeitslosenzahlen unter trans Personen besonders hoch. Viele trans Personen sind erwerbsunfähig. Die Chancen auf eine Karriere sind minimiert und oftmals erhalten trans Personen ein, für ihre Qualifikation, zu niedriges Gehalt. Im Bereich der Bildung zeigt sich, dass trans Personen durchschnittlich schlechtere Noten haben als Personen, die nicht (mehrfacher/häufiger) Diskriminierung ausgesetzt sind. In Bezug auf die Wohnverhältnisse gibt es ebenso oft Unsicherheiten. Die Wohnungssuche wird durch Diskriminierungen aufgrund der Geschlechtsidentität erschwert und trans Personen sind öfter von Obdachlosigkeit oder von dem Risiko einer Obdachlosigkeit betroffen. Diskriminierungen erfahren trans Personen auch häufig auf Ämtern und Behörden, aber auch bei Anlaufstellen, wie zum Beispiel der Gewerkschaft, der Polizei, im medizinischen Bereich und zum Teil auch bei Beratungsstellen. In diesem Zusammenhang wurde öfters von einer Insensibilität, einem geringen Informationsstand und einem Mangel an Kompetenz für die Anliegen von trans Personen berichtet (vgl. Franzen/Sauer 2010; Fuchs et al. 2012; LesMigraS 2012; FRA 2014; Grant et al. 2011; Whittle et al. 2007; Turner et al. 2009; Motmans et al. 2010).

Weltweit werden täglich Transgender und Gender non-konforme Personen nicht nur diskriminiert und ungleich behandelt, sondern erfahren aufgrund ihrer Geschlechtsidentität auch häufig verbale, psychische und/oder physische Gewalt (vgl. Grant et al. 2011). Die Diskriminierung und Ungleichbehandlung von trans Personen findet in allen Bereichen des Lebens statt. Bei einer Studie der LesMigraS in Deutschland gaben die befragten trans Personen (n=228) an, dass sie häufig aufgrund ihrer Geschlechtsidentität beschimpft und beleidigt wurden. Diskriminierendes Verhalten, das von Ver-

achtung und Demütigung geprägt war, wurde ebenso oft erlebt. Über 30% der befragten Personen waren Opfer von sexualisierter Gewalt. Häufig wurde auch angegeben, dass andere Personen auf verbaler Ebene zudringlich waren, indem sie zum Beispiel, unangebrachte, unangenehme und intime Fragen zur Geschlechtsidentität, zur Sexualität, dem Körper und den vorgenommen geschlechtsmodifizierenden Maßnahmen stellten. Die häufigsten diskriminierenden Erfahrungen wurden am Arbeitsplatz (50%) und im Gesundheitssystem (44,7%) gemacht. 35,5% der teilnehmenden Personen gaben an, dass sie bei Behörden und Ämtern Ablehnung und Diskrimination erfuhren. Innerhalb der Community kam es am seltensten zu Diskriminierungen. 28,4% der Teilnehmer_innen gaben an, dass sie innerhalb der Community auf keine Akzeptanz trafen und diskriminiert wurden (vgl. LesMigraS 2012). In dem Survey der European Agency for fundamental rights gaben 54% der befragten trans Personen (n=6597) an, dass sie aufgrund ihrer Geschlechtsidentität Diskriminierung ausgesetzt waren (vgl. FRA 2014). 63% der Teilnehmer des National Transgender Discrimination Survey (n=6450) in den USA gaben an, dass sie bereits eine ernsthafte Diskriminierung erlebt haben. Dabei handelt es sich um Vorkommnisse, die sich stark auf die Lebensqualität der betroffenen Personen auswirken und die sowohl die finanzielle Existenz wie auch die emotionale Stabilität stark gefährden. Beispiele für ernsthafte Diskriminierungsvorfälle aufgrund der Geschlechtsidentität sind der Verlust der Arbeitsstelle, Mobbing in der Schule und am Ausbildungsplatz, das dazu geführt hat, dass die betroffene Person die Schule/den Ausbildungsplatz aufgeben musste, körperliche und sexuelle Übergriffe, gescheiterte Beziehungen (Partner_in, Kinder und Familie), ein Räumungsbefehl, Obdachlosigkeit, die Ablehnung von Behandlungen im Gesundheitssystem und Inhaftierungen. 23% der befragten Personen gaben an, dass sie schwerster Diskriminierung (betroffen von drei oder mehr der oben genannten Punkte) ausgesetzt waren (vgl. Grant et al. 2011). Trans Personen erfahren zu einem hohen Grad Gewalt und Verbrechen, denen Hass als Motivation zugrunde liegt. Jede zweite trans Person, die an dem Survey der European Agency for fundamental rights teilgenommen hat, war im Jahr vor der Befragung Opfer von Beschimpfungen, Bedrohungen und/oder Gewalt aufgrund der Geschlechtsidentität. 44% der befragten trans Personen gaben an, dass sie innerhalb des Jahres vor der Befragung sogar mehrmals Beschimpfungen, Bedrohungen und/oder Gewalt ausgesetzt waren. 8% der trans Personen sagten, dass sie im Jahr vor der Befragung physisch und/oder sexuell attackiert wurden. Opfer von Gewalt, die von Hass motiviert waren, waren vor allem trans Frauen (18%) und männliche Cross-Dresser (14%) (vgl. FRA 2014). Eine Studie zum Thema „Transphobic Hate Crime in the European Union“ ergab, dass

79% der teilnehmenden trans Personen (n=2669) bereits irgendeine Form von transphoben Kommentaren, Beschimpfungen, Belästigungen, Bedrohungen und Gewalttaten in ihrem Leben erfahren haben. Trans Frauen waren mit 67% häufiger betroffen als trans Männer mit 57%. In Bezug auf die Arten der transphoben Taten kamen Turner et al. zu dem Ergebnis, dass diese zu 44% aus transphoben Kommentaren, zu 27% aus Beschimpfungen, zu 15% aus bedrohendem Verhalten, zu 7% aus physischen Gewalttaten und zu 2% aus sexuellem Missbrauch bestanden. Im deutschsprachigen Gebiet kam es am häufigsten zu transphoben Kommentaren und Beschimpfungen, gefolgt von physischen Gewalttaten, bedrohendem Verhalten und sexuellem Missbrauch. Insgesamt nahmen 592 deutschsprachige trans Personen (57% FtM, 43% MtF) an der Befragung teil (vgl. Turner et al. 2009). In der qualitativen Studie von LesMigraS in Deutschland zeigte sich ebenso, dass psychische und verbale Gewalt den größten Anteil der erfahrenen Gewalt bei einer Mehrzahl der befragten Personen ausmachte. Gewalt ist damit im alltäglichen Leben von LGBTIQ*-Personen erschreckend gegenwärtig (vgl. LesMigraS 2012). Besonders schwerwiegend sind die Diskriminierung und Gewalttaten gegenüber trans People of Color (vgl. Grant et al. 2011). Von Personen, die Mehrfachdiskriminierungen ausgesetzt sind, wird der öffentliche Raum oftmals als Raum mit Gefahren empfunden, denn körperliche Gewalttaten und Übergriffe geschehen immer wieder im öffentlichen Raum, auch tagsüber. 50% der Personen, die Mehrfachdiskriminierungen ausgesetzt waren, hatten Schwierigkeiten sich gegen Diskriminierung zu wehren, da sie oft nicht wussten aus welchen Gründen sie genau diskriminiert wurden (vgl. LesMigraS 2012). Neben Personen, die Mehrfachdiskriminierungen ausgesetzt sind, konnte in dem Survey der European Agency for fundamental rights auch ermittelt werden, dass besonders junge, arbeitslose und/oder einkommensschwache trans Personen diskriminiert wurden (vgl. FRA 2014).

Die Polizei und/oder rechtliche Stellen wurden von trans Personen nach einer Diskriminierung oder nach Gewalttaten nur selten einbezogen. Dies lag hauptsächlich daran, dass die betroffenen Personen der Ansicht waren, dass ihnen Hilfe verwehrt würde (vgl. LesMigraS 2012). Auf dieses Thema wurde auch im Survey der European Agency for fundamental rights eingegangen. Über drei von fünf trans Personen meldeten diskriminierende Vorfälle und/oder verbale und körperliche Gewalttaten nicht, weil sie der Meinung waren, dass sich nichts ändern und ihnen nicht geholfen werden würde. Sie dachten auch, dass es der Vorfall nicht wert wäre angezeigt zu werden. Weitere Gründe für eine nicht erfolgte Anzeige waren die Überzeugung nicht ernst

genommen zu werden und der Widerwillen, im Zuge dessen, die sexuelle Orientierung und/oder die Geschlechtsidentität vor Personen des öffentlichen Lebens preisgeben zu müssen. Dennoch waren trans Personen laut der Studie eher dazu bereit Diskriminierungserfahrungen bei der Polizei oder anderen Stellen anzuzeigen als andere Gruppen der LGBTIQ*-Community. Trans Frauen waren am ehesten bereit dies zu tun, am wenigsten Cross-Dresser und Gender-Variante-Personen. Auch Gewalttaten meldeten trans Personen häufiger bei der Polizei als andere Gruppen der LGBTIQ*-Community. 21% zeigten kürzlich hass-motivierte Vorfälle an, 24% nur den schwersten Vorfall. Am wenigsten waren trans Männer dazu bereit gewalttätige Vorfälle zu melden. Weibliche Cross-Dresser und trans Frauen waren laut der Studie am ehesten bereit dies zu tun (vgl. FRA 2014). Von negativen Erfahrungen in Zusammenhang mit unterlassener Hilfe von Seiten der Polizei und rechtlichen Stellen wurde ebenso erzählt. Mehrere trans Personen berichteten, dass ihnen bei der Anzeige einer Diskriminierung und/oder Gewalttat von der Polizei und rechtlichen Stellen nicht die notwendige Ernsthaftigkeit zugemessen wurde. Ebenso wurden den erfolgten Anzeigen nur unzureichend nachgegangen. Aufgrund der Abweichung von gesellschaftlichen Normen wurden trans Personen auch häufig als verursachende Person des Konfliktes gesehen und nicht als Opfer einer Diskriminierungs- und/oder Gewalttat (vgl. LesMigraS 2012). Besonders trans Frauen waren hiervon betroffen. In den Augen der Justiz wurden oftmals trans Frauen als Männer wahrgenommen und erfuhren eine dementsprechende Behandlung. Übergriffe auf trans Frauen wurden dadurch als Streit zwischen Männern gesehen und nicht als Übergriffe von Männern auf Frauen (vgl. Turner et al. 2009).

„These experiences have several ramifications for trans people. Firstly, while hate crime has an increased impact on the victim compared to other crime, trans people have become additionally victimised while reporting crimes to the police. Secondly, hate crime not only has an impact on feelings of safety for the individual victim, but furthermore, stories about an individual’s negative experiences will circulate through the trans community’s and impact upon their trust in the police. These narratives resonate in the examination of the case studies and exemplify some reasons why transphobic hate crime remains underreported (Turner et al. 2009).“

In der europaweiten Studie von Turner et al aus dem Jahr 2009 wurde auch nach dem Vertrauen in die Polizei, in Bezug auf eine angemessene Behandlung gemäß der Geschlechtsidentität, gefragt. Die Mehrheit der befragten trans Personen gab an, dass sie diesbezüglich kein oder nur ein geringes Vertrauen in die Polizei hat. Von

den teilnehmenden, deutschsprachigen Personen gaben 46% an, dass sie, diesen Punkt betreffend, kein Vertrauen in die Polizei und 23%, dass sie ein großes Vertrauen in die Polizei haben (vgl. Turner et al. 2009).

Durch die Diskriminierung, die Stigmatisierung und die Vorurteile gegenüber trans Personen, wird von der Gesellschaft ein Minderheitenstress erzeugt, den trans Personen noch zusätzlich zum allgemeinen, für alle Menschen bekannten, Stress ausgesetzt sind (vgl. Meyer 2003). Der psychische Stress kann noch verstärkt werden durch auftretende Probleme, Vernachlässigung und Missbrauch innerhalb der Familie, des Freundes- und Bekanntenkreises (vgl. WPATH 2012). Generell können drei Prozesse, in Bezug auf das Minderheiten-Stress-Modells und die Lebenssituation von trans Personen, differenziert werden (vgl. Loos et al. 2016):

1. „direkte Diskriminierungen durch das Umfeld und die Gesellschaft
2. Antizipation von Diskriminierungserfahrungen
3. internalisierte trans* Negativität, d. h. die Übernahme und Verinnerlichung negativer Stereotype und Vorurteile in Bezug auf die eigene Person und den zugeschriebenen Minderheitenstatus (Loos et al. 2016)“.

Alle drei, durch die Diskriminierungserfahrungen, ausgelösten Prozesse haben große Auswirkungen auf die Lebenssituation und die Lebensqualität von Transgender. Wird man dafür diskriminiert, dass man so lebt, wie man ist, dann kann dies, durch eine erhöhte psychische Belastung, zu einer Minderung des Wohlbefindens und der Lebensfreude führen (vgl. FRA 2014; Loos et al. 2016).

2.6 Faktoren, die die Lebensqualität und die Lebenssituation beeinflussen

Es gibt zahlreiche Faktoren, die die Lebenssituation und die Lebensqualität von Transgender beeinflussen können. Die Einflussfaktoren können sich dabei positiv, aber auch negativ auf die Lebensqualität bzw. die Lebenssituation auswirken (vgl. Nobili et al. 2018). In Zusammenhang mit den soziodemographischen Daten zeigte sich zum Beispiel in einer Studie von Motmans et al., dass Transgender mit einem geringen Einkommen, ohne berufliche Anstellung, mit höherem Alter, ohne eine Partnerschaft und mit geringerer Bildung eine geringere QoL aufweisen (vgl. Motmans et al. 2012). Auch in der Metastudie von Nobili et al. wurde angegeben, dass sich eine Unterstützung durch die Familie und das soziale Umfeld, eine Partnerschaft, ein höheres Einkommen, eine Anstellung, eine höhere Bildung und ein jüngeres Alter positiv auf die Lebensqualität auswirken (vgl. Nobili et al. 2018). Des Weiteren gibt es Unterschiede in der Lebensqualität in Abhängigkeit vom Geschlecht (vgl. Rollero et al.

2014). Das Vorhandensein von Krankheiten hat häufig einen negativen Einfluss auf die Lebensqualität (vgl. Rollero et al. 2014; De Piccoli/Rollero 2015; Prus 2011). Einzelne Faktoren können sich unterschiedlich auf Männer und auf Frauen auswirken, wie zum Beispiel die soziale Unterstützung (vgl. Rollero et al. 2014).

In Bezug auf die Transition zeigte sich in einigen Studien ein positiver Einfluss einer Hormontherapie und von geschlechtsmodifizierenden Operationen auf die Lebensqualität (vgl. Gómez-Gil et al. 2014; Nguyen et al. 2018; Gorin-Lazard et al. 2012; Newfield et al. 2006; Murad et al. 2010; Fisher et al. 2016; Ainsworth/Spiegel 2010; Kuhn et al. 2009; Hepp et al. 2002). Ebenso wirkt sich eine rechtskräftig durchgeführte Personenstands- und Vornamensänderung, wie auch der Abschluss der Transition und ein gutes Passing positiv auf die Lebenssituation einer Trans Person und damit auch auf die Lebensqualität aus (vgl. Hepp et al. 2002; Fuchs et al. 2012; Franzen/Sauer 2010; LesMigraS 2012). Häufige Diskriminierungserfahrungen verschlechtern die Lebenssituation von Transgender, wie auch eine geringe Akzeptanz der Transidentität durch die Umwelt (vgl. FRA 2014; Loos et al. 2016; Franzen/Sauer 2010; LesMigraS 2012; Fuchs et al. 2012; Motmans et al. 2010).

3 Forschungsfrage und Hypothese

Im Rahmen dieser Diplomarbeit wurde die Lebensqualität und die Lebenssituation von transidenten Menschen in Deutschland untersucht. Im Zuge dessen wurde auf folgende Forschungsfragen eingegangen:

- Wie stellt sich die Lebensqualität und die Lebenssituation von transidenten Frauen (MtFs) und Männern (FtMs) in Deutschland dar?
- Gibt es einen Unterschied in der Lebensqualität und Lebenssituation von transidenten Männern und Frauen?
- In welchen Bereichen zeigt sich ein Unterschied der Lebensqualität bzw. der Lebenssituation von transidenten Frauen und Männern?

Im Zuge der Beantwortung der oben genannten Fragen soll folgende gerichtete Hypothese verifiziert oder falsifiziert werden:

- MtFs haben eine signifikant niedrigere Lebensqualität und eine schlechtere Lebenssituation als FtMs.

Bei dieser Hypothese handelt es sich um eine Literatur gestützte Hypothese. Wie sich in einigen Studien gezeigt hat, erfahren trans Frauen häufiger Diskriminierungen als trans Männer und haben oftmals eine geringere Lebensqualität und eine schwierigere Lebenssituation. Die empirische Studie von Fuchs et al. über die Lebenssituation von Transsexuellen in Nordrhein-Westfalen (n=98 mittels Fragebogen, n=30 mittels Interviews) zeigt zum Beispiel deutlich, dass transidente Menschen häufig einer multiplen Belastungssituation in unterschiedlichen Bereichen des Lebens ausgesetzt sind. Diese kommen vermehrt während der Phase der Transition vor und sind mitunter darauf zurückzuführen, dass die betroffenen Personen noch kein gutes Passing haben. Im Rahmen der Studie konnte festgestellt werden, dass trans Frauen häufig eine schlechtere Lebenssituation haben als trans Männer. Begründet wurde dies in der Forschungsarbeit damit, dass trans Männer oftmals durch die Hormonbehandlung ein besseres Passing aufweisen als trans Frauen und dass trans Männer durch die Geschlechtsangleichung einen sozialen Aufstieg und Statusgewinn als Mann erleben. Im Gegensatz dazu erfahren trans Frauen, noch zusätzlich zur Diskriminierung aufgrund der Transidentität, eine gesellschaftliche Diskriminierung als Frau. Bei der Studie von Wiebke Fuchs zeigte sich auch, dass trans Frauen häufiger Anfeindungen und tätlichen Übergriffen ausgesetzt waren als trans Männer (vgl. Fuchs et al. 2012). Ein ähnliches Ergebnis wurde auch in anderen Studien präsentiert. Trans Frauen wa-

ren häufiger als trans Männer psychischen und/oder physischen Gewalttaten und Diskriminierungen in verschiedenen Bereichen ausgesetzt (vgl. Franzen/Sauer 2010; Hepp et al. 2002; FRA 2014). Bei Betrachtung der europaweiten Studie der FRA, ist zu erkennen, dass sich die teilnehmenden Personen vor allem im Bereich der Arbeitswelt diskriminiert fühlten. Auch hier waren trans Frauen häufiger von Diskriminierung betroffen als trans Männer (vgl. FRA 2014). Auch im Bereich der Gesundheit zeigten sich Unterschiede zwischen Transgender Frauen und Transgender Männer. Motmans et al. zeigten zum Beispiel mit der Studie „Female and Male Transgender Quality of life: Socioeconomic and Medical Differences“, dass trans Männer in einigen Bereichen eine höhere Lebensqualität als trans Frauen aufwiesen. Die Analysen ergaben, dass trans Frauen im Bereich der allgemeinen Gesundheit und körperlichen Funktionen schlechtere Ergebnisse zeigten, dafür aber im Bereich der körperlichen Schmerzen ein besseres Ergebnis als trans Männer hatten (vgl. Motmans et al. 2012).

4 Material und Methode

Um die Hypothese verifizieren oder falsifizieren zu können, wurde eine quantitative Onlinebefragung von transidenten Personen durchgeführt.

4.1 Die Auswahl der Teilnehmer_innen

Zur Verifizierung oder Falsifizierung der Hypothese wurde der Personenkreis der Teilnehmer_innen auf transidente Personen bzw. auf Personen, die sich eindeutig bzw. vorwiegend einem Geschlecht zugehörig fühlen, beschränkt. Ziel der Erhebung war es, in einer Querschnittsstudie circa 100 transidente Männer und 100 transidente Frauen zu befragen und damit ausreichend Daten zu erlangen, um die Lebensqualität und die Lebenssituation beider Gruppen miteinander vergleichen zu können. Die Festlegung auf ungefähr 100 Personen pro Identitätsgruppe geschah, um statistisch relevante Aussagen treffen zu können.

Da trans Frauen durchschnittlich später mit der Transition beginnen als trans Männer, gab es nach oben keine Altersbeschränkung (vgl. Nieder et al. 2016/1). Das Mindestalter der teilnehmenden Personen wurde auf 18 Jahre festgelegt, da für Minderjährige andere gesetzliche Bestimmungen gelten und sich dadurch der trans Weg und die erlebten Situationen zum Teil unterscheiden.

Der zu untersuchende Personenkreis wurde des Weiteren auf Personen begrenzt, die sich am Weg der Transition befinden und bereits soweit wie möglich im (empfundene) Geschlecht leben bzw. auf Personen, die die Transition schon beendet haben. Diese Eingrenzung war notwendig, um eine Vergleichbarkeit hinsichtlich der Lebensqualität, der Lebenssituation und der Erfahrungen im persönlichen, beruflichen und gesellschaftlichen Umfeld, mit den Behörden, den Gutachtern und in Hinsicht auf die medizinische Versorgung zu ermöglichen. Es wurde davon abgesehen die Onlinebefragung nur auf Personen zu beschränken, die bereits den Weg der Transition für sich abgeschlossen haben, da sich einerseits der trans Weg von Person zu Person unterscheidet und andererseits der Fokus dadurch auf Personen fallen würde, die womöglich durch eine längere Hormoneinnahme und geschlechtsmodifizierenden Operationen bereits ein gutes Passing aufweisen. Gerade jener Personenkreis, der sich noch am Anfang der Transition befindet und häufiger Diskriminierungen ausgesetzt ist, womöglich durch ein (noch) schlechtes Passing, wäre damit nicht erfasst worden (vgl. Fuchs et al. 2012). Ebenso wurde darauf verzichtet den Kreis der befragten Menschen auf Personen zu beschränken, die in allen Bereichen des alltäglichen Lebens

im empfundenen Geschlecht leben. Erstens entscheidet jede trans Person für sich selbst in welchen Bereichen die Geschlechtsidentität gelebt wird und zweitens können auch viele Personen aus Angst vor Diskriminierung nicht permanent in dem (empfundenen) Geschlecht leben. In einer Studie von Whittle et. al. gaben zum Beispiel 42% der trans Personen, die nicht permanent in ihrer Geschlechtsidentität leben, an, dass der Grund dafür die Arbeitsstelle war (vgl. Whittle et al. 2007). Die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes bzw. der Position auf der Arbeitsstelle kann daher zum Beispiel dazu führen, dass einige trans Personen davon absehen ihre Geschlechtsidentität am Arbeitsplatz zu zeigen und dadurch zu einem Doppelleben gezwungen sind (vgl. Franzen/Sauer 2010).

Die Eingrenzung der Teilnehmer_innen auf die beschriebenen Parameter geschah somit ausschließlich aus Gründen der Vergleichbarkeit.

Insgesamt nahmen 290 Personen (180 FtM, 110 MtF) an der Onlinebefragung teil. Das Alter der Teilnehmer_innen reicht von 18 bis zu 73 Jahren. Trans Männer hatten zum Zeitpunkt der Befragung ein durchschnittliches Alter von 31 Jahren (M:30,76, SD:9,642) und trans Frauen von 45 Jahren (M:45,45, SD:13,118).

4.2 Der Fragebogen

Der Fragebogen wurden in deutscher Sprache verfasst und setzte sich, nach einer kurzen Einleitung und Erklärung, aus vier Teilen zusammen:

1. Der erste Teil umfasste Fragen zu den soziodemographischen Daten der Teilnehmer_innen.
2. Der zweite Teil beschäftigte sich mit der sozialen und medizinischen Transition.
3. Der dritte Teil bestand aus dem WHOQOL-BREF. Dabei handelt es sich um ein Instrument zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität, das international vergleichbar ist. Der WHOQOL-BREF ist die Kurzform des WHOQOL-100 und wurde extra dafür entwickelt auch in seiner Kürze eine umfassende Einschätzung der Lebensqualität zu gewährleisten. Dadurch ist es möglich, aufgrund des geringen Zeitaufwandes bei der Beantwortung der Fragen, auch noch eine größere Anzahl anderer Daten im Rahmen einer Studie zu erheben (vgl. WHOQOL-BREF 1996). Befragt wurde der Zeitraum der letzten zwei Wochen in Form einer Likert-Skala.

4. Die Grundlage des vierten Teils bildete eine Adaption und zusammengefasste Version des Fragebogens aus der Studie von Wiebke Fuchs et al. zur Lebenssituation von transidenten Menschen in Nordrhein-Westfalen. Dabei handelt es sich nicht um einen standardisierten und international vergleichbaren Fragebogen, aber durch die Verwendung dieses Fragebogens war es möglich spezifischere Bereiche zur Lebenssituation von transidenten Personen abzudecken, welche der WHOQOL-BREF nicht erfasste. Dazu zählen zum Beispiel die Themenbereiche Diskriminierung und die Erfahrungen nach dem äußeren Outing im Kreis der Familie und im beruflichen Umfeld (vgl. Fuchs et al. 2012). Die Fragen bezogen sich auf das letzte Jahr vor der Umfrage und wurden ebenso in Form einer Likert-Skala gestellt.

4.3 Durchführung der Befragung

Die Lebensqualität und Lebenssituation von transidenten Menschen wurde mittels einer anonymen Onlinebefragung ermittelt. Die Umfrage wurde mit UniPak erstellt und war von 17.01.2017 bis 23.03.2017 online.

Die Verbreitung der Umfrage fand über soziale Medien, insbesondere Facebook und per Mail statt. Auf Facebook wurden diverse öffentliche trans Gruppen angeschrieben und um das Posten der Umfrage gebeten. Bei der Verbreitung mittels Mail wurde das Schneeballsystem genutzt. Insgesamt wurden über 100 Mails mit dem Link der Umfrage, einer kurzen Erläuterung und der Bitte um Verbreitung, an diverse trans Vereine, Beratungsstellen und trans Gruppen versendet. Von einer Verbreitung über Kliniken im Bereich der trans Gesundheitsversorgung wurde abgesehen, um auch jene Personen erreichen zu können, die nicht in einer Klinik vorstellig wurden.

Die Dauer der Befragung betrug circa 15-20 Minuten.

4.4 Statistische Analyse und Auswertung

Die gewonnenen Daten wurden im Anschluss an die Onlineumfrage mittels des Statistikprogramms „IBM SPSS Statistics 25“ ausgewertet. Insgesamt konnten alle 290 Fragebögen für die Auswertung verwendet werden.

Die Auswertungen wurden so durchgeführt, dass die Daten verschiedener Variablen zwischen den Geschlechtern verglichen wurden. Zu Beginn wurde anhand von deskriptiver Statistik Mittelwert, Standardabweichungen, Minimum-Maximum und der

Median ermittelt. Zum Vergleich des durchschnittlichen Alters der trans Frauen und der trans Männer wurde ein t-Test bei zwei unabhängigen Stichproben angewandt. Zum größten Teil wurden bei der weiteren Analyse der Daten Kreuztabellen verwendet und mit Hilfe von Chi-Quadrat-Tests wurde die statistische Signifikanz ermittelt. Waren erwartete Zelhäufigkeiten von ≤ 5 vorhanden, dann wurde der exakte Test nach Fisher (in SPSS handelt es sich dabei automatisch um den Fisher-Freemant-Halton-Test, der auch für Tabellen, die größer als 2x2 sind, gültig ist) angewandt. Bei zu großen Datensets mit einer erwarteten Zelhäufigkeit von ≤ 5 wurde die Monte Carlo – Methode angewandt, da eine Berechnung mit dem exakten Test nach Fisher aus Kapazitätsgründen nicht möglich war. In allen Fällen wurde von einer statistischen Signifikanz ab $p < 0,05$ ausgegangen. Im Regelfall wurden von einer zweiseitigen Signifikanz, nur im Zuge der multiplen Regression wurde von einer einseitigen Signifikanz ausgegangen (vgl. Schwarz et al. 2019; Field 2018).

Zur Auswertung von Mehrfachantworten wurde in SPSS unter Mehrfachantworten ein neues Variablenset angelegt und dieses mittels Häufigkeitstabellen und Kreuztabellen analysiert. Da all jene Variablen als Dichotomien codiert waren, wurde immer der Wert 1 gezählt. Die angegebenen Prozentangaben bei Mehrfachantworten in den Häufigkeitstabellen beziehen sich auf die Prozent der Fälle. Da in SPSS bei Mehrfachantwortensets nur die Überprüfung der Signifikanz mittels eines Pearson-Chi²-Tests möglich ist, dieser aber bei Zelhäufigkeiten unter 5 ungültig ist, konnte in einigen Fällen keine gültige statistische Signifikanz ermittelt werden. Des Weiteren wurden zwei neue Mehrfachantwortensets im Zuge der Auswertung angelegt. In der Online-Befragung wurde unter Anderem danach gefragt, an welchen Erkrankungen bzw. gesundheitlichen Störungen die befragte Person leidet. Da sich Erkrankungen und gesundheitliche Störungen nachweislich auf die Lebensqualität auswirken können, wurde im Zuge der Auswertung dieser Frage ein Mehrfachantwortenset angelegt und die Erkrankungen bzw. gesundheitlichen Störungen den verschiedenen Kategorien des Klassifizierungssystem des, derzeit noch gültigen, ICD-10 zugeordnet (vgl. ICD-10-Code 2019). Dies geschah, um eine bessere Einsicht zu erhalten. Angaben zu Erkrankungen und/oder gesundheitlichen Störungen, die nicht eindeutig einer Kategorie zugeordnet werden konnten, da in der Befragung nicht nach den Ursachen der Erkrankungen und/oder gesundheitlichen Störungen gefragt wurde, wurden ausgelassen. Dies war bei einer Person, die angab ein selbstverletzendes Verhalten aufzuweisen (T, X, F, Y oder Z-Kategorie) und bei 3 Personen, die angaben, dass sie an Schlafstörungen leiden (G oder F-Kategorie), der Fall. Da die meisten Teilnehmer_innen, die angaben, dass sie an einer Erkrankung und/oder gesundheitlichen Störung

leiden, psychische und Verhaltensstörungen aufwiesen, wurden diese zur Auswertung nochmals extra anhand der gegebenen Antworten in einem Mehrfachantwortenset aufgeschlüsselt (vgl. Ebermann 2019).

Bei der Analyse der Daten des WHOQOL-BREF wurden zuerst die Daten untersucht, bereinigt und dann in 4 Domänen zusammengefasst (physische Gesundheit, psychische Gesundheit, soziale Beziehungen und Umwelt). Die einzelnen Domänen beinhalten folgende Aspekte:

Tabelle 1: Die vier Domänen des WHOQOL-BREF (Angermeyer 2000)

Domänen des WHOQOL-BREF	
Domain	Facets incorporated within domains
Physical health	Activities of daily living Dependence on medicinal substances and medical aids Energy and fatigue Mobility Pain and discomfort Sleep and rest Work Capacity
Psychological	Bodily image and appearance Negative feelings Positive feelings Self-esteem Spirituality / Religion / Personal beliefs Thinking, learning, memory and concentration
Social relationships	Personal relationships Social support Sexual activity
Environment	Financial resources Freedom, physical safety and security Health and social care: accessibility and quality Home environment Opportunities for acquiring new information and skills Participation in and opportunities for recreation / leisure activities Physical environment (pollution / noise / traffic / climate) Transport

Die interne Konsistenz der vier Domänen wurde mittels Cronbach Alpha ermittelt. Die interne Konsistenz stellte sich als hoch dar (siehe Tabelle 30) und daher musste kein Item überarbeitet bzw. ausgeschlossen werden (vgl. Angermeyer et al. 2000). Da alle vier Domänen in etwa die Normalverteilungsannahme erfüllten, wurde zum Vergleich der Mittelwerte der Teilnehmer bzw. der Teilnehmerinnen und der Normwerte der deutschen männlichen bzw. weiblichen Allgemeinbevölkerung der Einstichproben-t-

Test herangezogen. Zum Vergleich der Mittelwerte der einzelnen Domänen der trans Männer und trans Frauen wurde der t-Test bei zwei unabhängigen Stichproben verwendet. Ein weiterer Grund für die Wahl der t-Tests war die relative Robustheit des t-Tests gegenüber leichten Verletzungen der Normalverteilungsannahme (vgl. Woodward/Elliott 2007; Field 2018). Zur grafischen Darstellung der Werte der Teilnehmer und Teilnehmerinnen, wie auch der deutschen weiblichen und männlichen Allgemeinbevölkerung wurde ein Liniendiagramm gewählt. Dies geschah nach der Vorlage im Handbuch für den WHOQOL-BREF. Auf eine konfirmatorische Faktorenanalyse wurde verzichtet, da es sich bei dem WHOQOL-BREF um ein valides und reliables Messinstrument zur Erfragung der Lebensqualität handelt (vgl. Angermeyer et al. 2000).

Als nächster Schritt wurde der Einfluss ausgewählter unabhängiger Variablen auf die einzelnen Domänen des WHOQOL-BREF mittels multipler Regression untersucht. Für das Regressionsmodell wurden folgende 15 unabhängige Variablen herangezogen: Geschlecht, Alter, Familienstand, Schulabschluss, Einkommen, Hormone, Operationen, Vornamensänderung, Abschluss der Transition, weitere Krankheiten und/oder gesundheitliche Störungen, Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit, Diskriminierung, seitdem im (empfundenes) Geschlecht nach außen gelebt wird, Passing, Akzeptanz der Transidentität durch die Umwelt und Zufriedenheit mit der Unterstützung durch die Familie. Die Variablen wurden anhand von Studien ausgewählt, in denen diese einen Einfluss auf die Lebensqualität bzw. die Lebenssituation gezeigt haben (Fuchs et al. 2012; Motmans et al. 2012; Franzen/Sauer 2010; FRA 2014; Loos et al. 2016; Nobili et al. 2018). Die Regressionsanalysen wurden für jede Domäne einzeln durchgeführt. Dabei wurde zuerst der Einfluss auf die gesamten Daten aller Teilnehmer_innen für jede einzelne Domänen getestet, um einen möglichen Einfluss des (empfundenes) Geschlechts aufzeigen zu können. Im Anschluss wurde der Einfluss der unabhängigen Variablen auf die aufgeteilten Daten der Teilnehmer bzw. der Teilnehmerinnen für jede einzelne Domäne geprüft, da sich gezeigt hat, dass einzelne Faktoren eine unterschiedliche Wirkung auf die Lebensqualität von Frauen und Männern haben können (vgl. Rollero et al. 2014). Im Zuge der Regressionsanalysen der separierten Daten der trans Männer und der trans Frauen, wurde die Variable (empfundenes) Geschlecht entfernt. Da bei den multiplen Regressionen von einem gerichteten Einfluss der unabhängigen Variable auf die abhängige Variable ausgegangen wurde, wurde eine einseitige Testung vorgenommen, weshalb die p-Werte halbiert werden konnten (vgl. Schwarz et al. 2019; Field 2018).

5 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Auswertungen der, aus der Onlinebefragung erhaltenen, Daten präsentiert. Die geschlechtsspezifischen Bezeichnungen beziehen sich in diesem Kapitel stets auf das (empfundene) Geschlecht und nicht auf das Zuweisungsgeschlecht bei der Geburt. Wenn daher von Teilnehmerinnen, Probandinnen oder trans Frauen die Rede ist, dann werden damit jene Personen angesprochen, die als (empfundenes) Geschlecht weiblich angegeben haben, wie auch bei Teilnehmer, Probanden oder trans Männer jene Personen gemeint sind, die als (empfundenes) Geschlecht männlich angegeben haben. Die Termini „(empfundenes) Geschlecht“, „trans Frau“ (MtF) und „trans Mann“ (FtM) wurden der aktuellen AMWF-S3-Leitlinie entnommen (vgl. AMWF-S3-Leitlinie 2018).

5.1 Beschreibung der Teilnehmer_innen

Insgesamt nahmen 290 Personen an der Onlinebefragung teil. Von den 290 Personen gaben 180 Personen ihr (empfundenes) Geschlecht als männlich (62,1%) und 110 Personen als weiblich (37,9%) an. Trans Männer waren damit in der Onlinebefragung überrepräsentiert.

5.1.1 Soziodemographische Daten

Das Alter der Teilnehmer_innen ($n=290$) reicht von 18 bis zu 73 Jahren und unterscheidet sich statistisch signifikant in Bezug auf das (empfundene) Geschlecht (t-Test: $T=-10,190$, $p=0,000$). Beim Vergleich der Daten der männlichen und weiblichen Probanden ergibt sich, dass trans Männer zum Zeitpunkt der Befragung ein durchschnittliches Alter von 31 Jahren und trans Frauen von 45 Jahren aufwiesen. Die jüngste befragte MtF hatte ein Alter von 20 Jahren, der jüngste befragte FtM von 18 Jahren. Die älteste Teilnehmerin war 73 Jahre und der älteste Teilnehmer 61 Jahre alt. Trans Frauen waren zur Zeit der Umfrage somit durchschnittlich älter als trans Männer. Es handelt sich daher bei den männlichen Probanden eher um ein jüngeres Untersuchungskollektiv und bei den weiblichen Probanden eher um ein älteres Untersuchungskollektiv. Bei einem jüngeren Untersuchungskollektiv stehen durchschnittlich mehr Personen noch am Anfang ihrer Ausbildung bzw. beruflichen Karriere als bei einem älteren Untersuchungskollektiv. Dies hat natürlich Einfluss auf die ökonomische Positionierung. Ebenso kann sich in Bezug auf das Alter die generelle Lebenssituation unterscheiden, zum Beispiel in Zusammenhang mit dem Familienstand

und mit der Anzahl der Teilnehmer_innen mit Kindern (vgl. LesMigraS 2012). Dies ist bei der Präsentation der nachfolgenden Ergebnisse zu berücksichtigen.

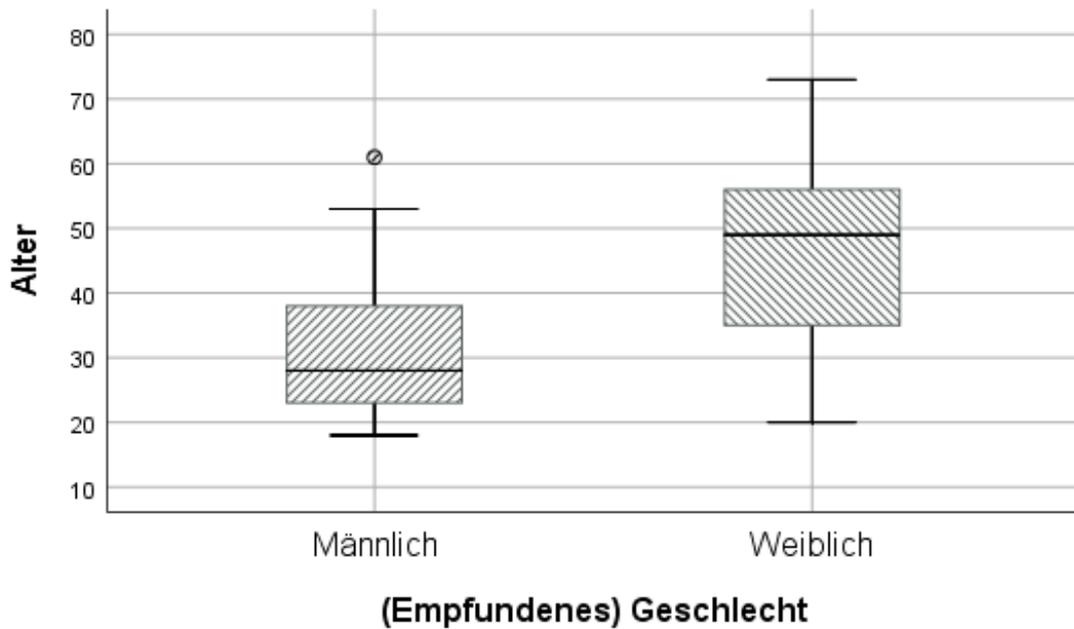


Abbildung 1: Graphische Darstellung des Alters der Teilnehmer_innen

Tabelle 2: Soziodemographische Daten (Alter)

Soziodemographische Daten: T-Test bei 2 unabh. Stichproben				
	Probanden	Probandinnen	Sig. (T (df))	Sig. (p)
Alter			-10,190 (181)	0,000
Mittelwert	30,76	45,45		
Standardabweichung	(9,64)	(13,12)		
Anzahl (n)	180	110		

Eine statistische Signifikanz zeigt sich auch in Bezug auf den Familienstand der Teilnehmer_innen und das (empfundene) Geschlecht (Fisher: 39,800, $p=0,000$). Die Signifikanz kann zu einem großen Teil dadurch erklärt werden, dass trans Frauen zum Zeitpunkt der Umfrage durchschnittlich häufiger verheiratet waren als trans Männer, während mehr trans Männer angaben, dass sie in einer Partnerschaft leben als trans Frauen. Zudem waren mehr Teilnehmer als Teilnehmerinnen zur Zeit der Online-Umfrage single.

Die Mehrzahl der Probanden und der Probandinnen hatten zum Zeitpunkt der Umfrage keine Kinder. Deutlich mehr trans Frauen als trans Männer hatten Kinder. Unter

diesem Aspekt zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem empfundenen Geschlecht und der Anzahl der Teilnehmer_innen mit Kindern ($\chi^2=44,692$, $p=0,000$). Die Unterbringungsart der Kinder unterscheidet sich nicht statistisch signifikant in Bezug auf das (empfundene) Geschlecht.

Tabelle 3: Soziodemographische Daten (Familienstand, Kinder, Unterbringungsart der Kinder)

Soziodemographische Daten: (a) χ^2 -Test (b) Test nach Fisher (c) Monte-Carlo-Methode				
	Transmaskulin (n (%))	Transfeminin (n (%))	Sig. (Wert (df))	Sig. (p)
Familienstand (n=290 – 180 FtM, 110 MtF)			39,800 (b)	0,000
Single	79 (43,9%)	30 (27,3%)		
Verheiratet	15 (8,3%)	33 (30,0%)		
Partnerschaft	64 (35,6%)	24 (21,8%)		
Eingetr. Partnerschaft	3 (1,7%)	1 (0,9%)		
Getrennt lebend	2 (1,1%)	5 (4,5%)		
Geschieden	7 (3,9%)	14 (12,7%)		
Lebenspartnerschaft aufgehoben	2 (1,1%)	1 (0,9%)		
Anderes	8 (4,4%)	2 (1,8%)		
Kinder (n=289 – 180 FtM, 109 MtF)			44,692 (1) (a)	0,000
Ja	20 (11,1%)	50 (45,9%)		
Nein	160 (88,9%)	59 (54,1%)		
Unterbringung der Kinder (Mehrfachantw.: 77 Antw., n=68 – 20 FtM, 48 MtF)			7,426 (6) (a)	0,283⁽¹⁾
Bei der befr. Person	5 (25,0%)	7 (14,6%)		
Bei der befr. Person und PartnerIn	4 (20,0%)	15 (31,3%)		
Bei PartnerIn der befr. Person	0 (0,0%)	2 (4,2%)		
Bei dem/der Ex-Part- nerIn der befr. Person	5 (25,0%)	9 (18,8%)		
Fremdunterbringung	1 (5,0%)	0 (0,0%)		
Kinder haben einen ei- genen Haushalt	6 (30,0%)	23 (47,9%)		
Anmerkung: (1) Möglicherweise ungültig, da mehr als 20% der Zellen eine erwartete Zellhäufigkeit von weniger als 5 aufweisen (bei Mehrfachantworten ist die Überprüfung der Signifikanz in SPSS nur mittels eines Pearson- χ^2 -Tests möglich)				

In Bezug auf die Wohnsituation und das (empfundene) Geschlecht kann keine gültige statistische Signifikanz ermittelt werden. Zwischen der Größe des Wohnortes und dem (empfundenen) Geschlecht gibt es ebenso keinen statistisch signifikanten Zusammenhang.

Tabelle 4: Soziodemographische Daten (Wohnsituation, Größe des Wohnortes)

Soziodemographische Daten (a) Chi ² -Test (b) Test nach Fisher (c) Monte-Carlo-Methode				
	Transmaskulin (n (%))	Transfeminin (n (%))	Sig. (Wert (df))	Sig. (p)
Wohnsituation (Mehrfachantw.: 309 Antw., n=287 – 178 FtM, 109 MtF)			34,891 (10) (a)	0,000⁽¹⁾
Mit Eltern/Elternteil in einem Haushalt	28 (15,7%)	8 (7,3%)		
Alleine	67 (37,6%)	33 (30,3%)		
Mit meinem/r PartnerIn in einem Haushalt	46 (25,8%)	52 (47,7%)		
Mit mehr als einem/r PartnerIn in einem Haushalt	3 (1,7%)	2 (1,8%)		
Mit meinem/r Ex-Part- nerIn in einem Haus- halt	1 (0,6%)	1 (0,9%)		
Mit meinen Kindern in einem Haushalt	7 (3,9%)	12 (11,0%)		
Wohngemeinschaft	26 (14,6%)	10 (9,2%)		
Gemeinschaftsunter- kunft	5 (2,8%)	0 (0,0%)		
Im öffentlichen Raum obdachlos	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
Wohnungslos	1 (0,6%)	0 (0,0%)		
Andere Wohnsituation	2 (1,1%)	5 (4,6%)		
Größe des Wohnortes (n=286 – 177 FtM, 109 MtF)			3,154 (4) (a)	0,532
Metropole	32 (18,1%)	15 (13,8%)		
Großstadt	56 (31,6%)	31 (28,4%)		
Mittlere Stadt	35 (19,8%)	19 (17,4%)		
Kleinstadt	27 (15,3%)	21 (19,3%)		
Land/Dorf	27 (15,3%)	23 (21,1%)		
Anmerkung: (1) Möglicherweise ungültig, da mehr als 20% der Zellen eine erwartete Zellhäufigkeit von weniger als 5 aufweisen (bei Mehrfachantworten ist die Überprüfung der Signifikanz in SPSS nur mittels eines Pearson-Chi ² -Tests möglich)				

An der Umfrage nahmen Personen aus allen Bundesländern Deutschlands teil. Der Großteil der Probandinnen lebte zum Zeitpunkt der Befragung in Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Baden-Württemberg und die meisten Probanden hatten ihren Wohnsitz in Bayern, Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg. Die genaue Verteilung ist in Abbildung 2 ersichtlich. Aus Brandenburg und Thüringen waren keine Probanden in der Online-Befragung vertreten. Am geringsten nahmen Probandinnen aus Mecklenburg-Vorpommern und Bremen und Probanden aus Bremen und Sachsen-Anhalt an der Umfrage teil. Es zeigt sich eine statistische Signifikanz zwischen dem Bundesland und dem (empfundenes) Geschlecht (Monte Carlo: Fisher= 28,504, $p=0,009$, 99% Konfidenzintervall=0,007-0,012)

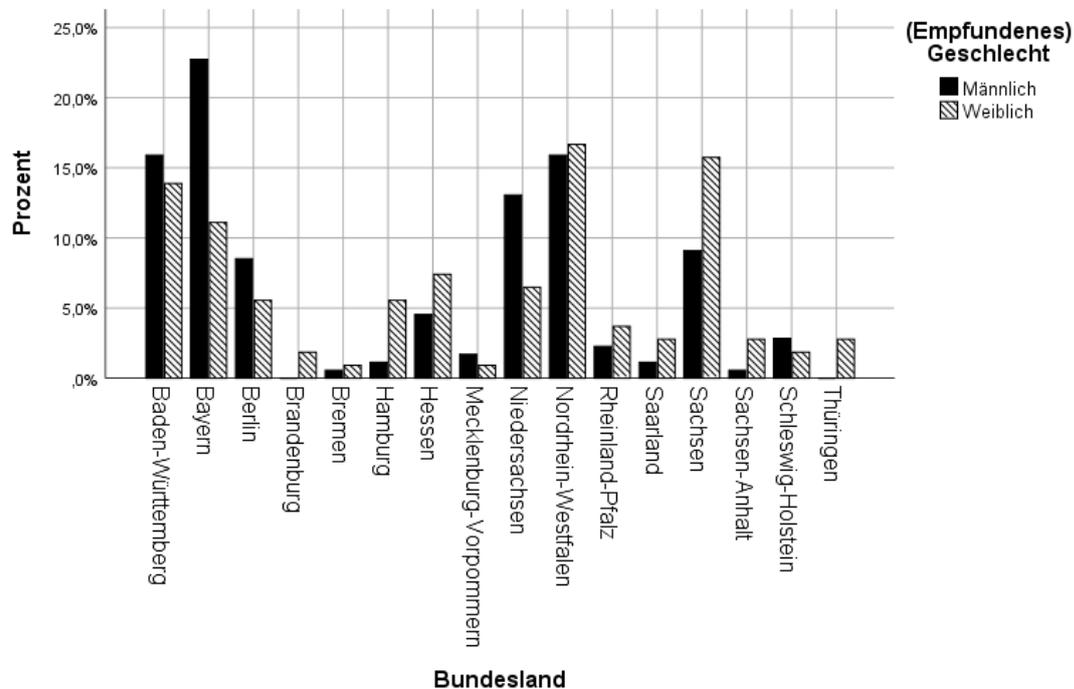


Abbildung 2: Regionale Verteilung der Teilnehmer_innen (n=284 – 176 FtM, 108 MtF)

Bei der Analyse der Frage zum Herkunftsland der Eltern der Teilnehmer_innen zeigt sich, dass die meisten Teilnehmer und Teilnehmerinnen Deutschland als Herkunftsland der Eltern angegeben haben. Eine statistische Signifikanz zwischen dem Herkunftsland der Eltern und dem (empfundenes) Geschlecht ist nicht gegeben.

Tabelle 5: Herkunftsland der Eltern der Teilnehmer_innen

Soziodemographische Daten (a) Chi ² -Test (b) Test nach Fisher (c) Monte-Carlo-Methode				
	Transmaskulin (n (%))	Transfeminin (n (%))	Sig. (Wert (df))	Sig. (p)
Herkunftsland (n=273 – 177 FtM, 96 MtF)			27,081 (b)	0,588
Brasilien	1 (0,6%)	0 (0,0%)		
Deutschland	141 (79,7%)	89 (92,7%)		
Deutschland / England	1 (0,6%)	0 (0,0%)		
Deutschland / Frank- reich	1 (0,6%)	0 (0,0%)		
Deutschland / Irak	1 (0,6%)	0 (0,0%)		
Deutschland / Italien	0 (0,0%)	1 (1,0%)		
Deutschland / Kroatien	1 (0,6%)	0 (0,0%)		
Deutschland / Öster- reich	2 (1,1%)	0 (0,0%)		
Deutschland / Pakistan	1 (0,6%)	0 (0,0%)		
Deutschland / Para- guay	1 (0,6%)	0 (0,0%)		
Deutschland / Polen	1 (0,6%)	0 (0,0%)		
Deutschland / Serbien	1 (0,6%)	0 (0,0%)		
Deutschland / Türkei	1 (0,6%)	0 (0,0%)		
Deutschland / Ungarn	1 (0,6%)	0 (0,0%)		
Deutschland / USA	4 (2,3%)	0 (0,0%)		
Deutschland / Vietnam	1 (0,6%)	0 (0,0%)		
England	0 (0,0%)	1 (1,0%)		
Irland	1 (0,6%)	0 (0,0%)		
Italien	4 (2,3%)	0 (0,0%)		
Litauen / Polen	0 (0,0%)	1 (1,0%)		
Neuseeland	0 (0,0%)	1 (1,0%)		
Österreich	2 (1,1%)	1 (1,0%)		
Rumänien	2 (1,1%)	0 (0,0%)		
Russland	1 (0,6%)	0 (0,0%)		
Russland / Kasachstan	1 (0,6%)	0 (0,0%)		
Schweiz	0 (0,0%)	1 (1,0%)		
Tschechien	1 (0,6%)	0 (0,0%)		
Türkei	3 (1,7%)	0 (0,0%)		
Ukraine	0 (0,0%)	1 (1,0%)		
Ungarn	2 (1,1%)	0 (0,0%)		
Ungarn/Serbien	1 (0,6%)	0 (0,0%)		

Der Bildungsstand der Proband_innen unterscheidet sich statistisch signifikant in Bezug auf das (empfundene) Geschlecht (Monte Carlo: Fisher=16,547, p=0,016, 99%

Konfidenzintervall=0,013-0,020). Beim Vergleich des Bildungsstandes der Teilnehmer mit dem Bildungsstand der Teilnehmerinnen zeigt sich, dass prozentuell gesehen mehr trans Frauen zur Zeit der Befragung einen höheren Bildungsstand aufwiesen als trans Männer. Die meisten Teilnehmerinnen hatten als höchsten Bildungsstand einen Universitätsabschluss und die mittlere Reife angegeben. Die meisten Teilnehmer wiesen als höchsten Bildungsabschluss die mittlere Reife und ein Abitur auf.

Tabelle 6: Soziodemographische Daten (Höchster Schulabschluss, Beschäftigungsverhältnis, Einkommen)

Soziodemographische Daten (a) Chi ² -Test (b) Test nach Fisher (c) Monte-Carlo-Methode				
	Transmaskulin (n (%))	Transfeminin (n (%))	Sig. (Wert (df))	Sig. (p)
Höchster Schulabschluss (n=290 – 180 FtM, 110 MtF)			16,547 (7) (c)	0,016
Hauptschule	16 (8,9%)	13 (11,8%)		
Mittlere Reife	50 (27,8%)	22 (20,0%)		
Fachhochschulreife	20 (11,1%)	13 (11,8%)		
Abitur	43 (23,9%)	12 (10,9%)		
Fachhochschule	17 (9,4%)	18 (16,4%)		
Universität	30 (16,7%)	24 (21,8%)		
Postgraduiert (Dr.)	1 (0,6%)	3 (2,7%)		
Anderer Schulabschluss	3 (1,7%)	5 (4,5%)		
Beschäftigungsverhältnis (Mehrfachantw.: 338 Antw., n=290 – 180 FtM, 110 MtF)			52,194 (14) (a)	0,000⁽¹⁾
Vollzeiterwerbstätig	63 (35,0%)	48 (43,6%)		
Teilzeiterwerbstätig	12 (6,7%)	6 (5,5%)		
geringfügig beschäftigt	11 (6,1%)	6 (5,5%)		
Selbstst. / Freiberufl.	8 (4,4%)	13 (11,8%)		
ALG I	7 (3,9%)	3 (2,7%)		
ALG II	14 (7,8%)	12 (10,9%)		
SchülerIn	9 (5,0%)	1 (0,9%)		
Auszubildende/r	23 (12,8%)	2 (1,8%)		
StudentIn	33 (18,3%)	8 (7,3%)		
Mutterschafts-, Erz.ur- laub, Elternzeit	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
Unbezahlt i. Haush. tä- tig	2 (1,1%)	1 (0,9%)		
RentnerIn / Pensionä- rIn, im Vorruhestand	2 (1,1%)	16 (14,5%)		
Ich bin erwerbsunfähig	10 (5,6%)	4 (3,6%)		

Soziodemographische Daten (a) Chi ² -Test (b) Test nach Fisher (c) Monte-Carlo-Methode				
	Transmaskulin (n (%))	Transfeminin (n (%))	Sig. (Wert (df))	Sig. (p)
Umschulung / Fortbild.	3 (1,7%)	3 (2,7%)		
Anderes.	10 (5,6%)	8 (7,3%)		
Einkommen (n=283 – 179 FtM, 104 MtF)			29,197 (6) (a),	0,000
Kein Einkommen	27 (15,1%)	12 (11,5%)		
bis 400 Euro	21 (11,7%)	3 (2,9%)		
400 bis 1000 Euro	56 (31,3%)	21 (20,2%)		
1001 bis 2000 Euro	47 (26,3%)	24 (23,1%)		
2001 bis 3000 Euro	16 (8,9%)	24 (23,1%)		
3001 bis 4000 Euro	8 (4,5%)	10 (9,6%)		
mehr als 4000 Euro	4 (2,2%)	10 (9,6%)		
Anmerkung: (1) Möglicherweise ungültig, da mehr als 20% der Zellen eine erwartete Zellhäufigkeit von weniger als 5 aufweisen (bei Mehrfachantworten ist die Überprüfung der Signifikanz in SPSS nur mittels eines Pearson-Chi ² -Tests möglich)				

Beim Vergleich des Bildungsstandes der Proband_innen mit dem Bildungsstand der Allgemeinbevölkerung aus dem Bildungsbericht des Bundesministeriums für Bildung und Forschung aus dem Jahr 2018 zeigt sich, dass die Teilnehmer_innen der Online-Umfrage im Allgemeinen einen hohen Bildungsstand aufweisen. (vgl. Bildungsbericht 2018).

Bei der Analyse der Zusammenhänge zwischen dem Beschäftigungsverhältnis und dem empfundenen Geschlecht kann keine gültige statistische Signifikanz ermittelt werden. Die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren zur Zeit der Online-Umfrage Vollzeitbeschäftigt. Es zeigt sich jedoch, dass prozentuell gesehen mehr trans Frauen als trans Männer Vollzeitbeschäftigt, Selbstständig/Freiberuflich, in einer Umschulung und in Rente/Pension bzw. im Vorruhestand waren und ALG II bezogen. Im Gegensatz dazu gaben zur Zeit der Umfrage mehr Probanden als Probandinnen an, dass sie Teilzeiterbeschäftigt, geringfügig beschäftigt, im eigenen Haushalt unbezahlt tätig und erwerbsunfähig waren und ALG I bezogen. Des Weiteren befanden sich mehr Teilnehmer als Teilnehmerinnen in einer Ausbildung bzw. besuchten noch die Schule oder studierten.

Das monatliche Nettoeinkommen der Probanden und Probandinnen unterscheidet sich statistisch signifikant in Bezug auf das (empfundene) Geschlecht (Chi²: 29,197, p=0,000). Dies ist zu einem großen Teil darin begründet, dass prozentuell gesehen

trans Frauen zum Zeitpunkt der Umfrage über ein höheres Einkommen verfügten als trans Männer. Bei den meisten Probandinnen lag das monatliche Nettoeinkommen zwischen 2001 bis 3000 Euro, wie auch zum gleichen Prozentsatz zwischen 1001 bis 2000 Euro. Im Vergleich dazu hatten die meisten Probanden ein monatliches Nettoeinkommen zwischen 400 bis 1000 Euro und zwischen 1001 bis 2000 Euro.

5.1.2 Angaben zur Transition

In diesem Abschnitt werden die Angaben bezüglich des Standes der Transition der Teilnehmer und Teilnehmerinnen vorgestellt. Die genauen Ergebnisse sind in Tabelle 7 – 10 zu sehen.

Bei der Auswertung der Daten im Zusammenhang mit dem Age of Onset (erste Bewusstwerdung der Geschlechtsdysphorie) wurde ein Alter von 18 Jahren als Grenze zwischen einem Early-Onset und Late-Onset angenommen. Es besteht kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Age of Onset und dem (empfundene(n)) Geschlecht.

Der Stand des Alltagstest unterscheidet sich ebenso nicht statistisch signifikant in Bezug auf das (empfundene) Geschlecht. Bei jenen Personen, die den Alltagstest zur Zeit der Umfrage noch nicht abgeschlossen hatten, wurde danach gefragt, wie lange der Alltagstest bereits erprobt wurde. Die angegebene Dauer reicht von 2 bis 40 Monate. Im Zuge dieses Themenblockes wurden des Weiteren alle Teilnehmer_innen befragt, ob es Bereiche gibt, in denen sie nicht in ihrem (empfundene(n)) Geschlecht leben. Es kann auch hier kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen den Personen, die in allen Bereichen gemäß ihres (empfundene(n)) Geschlechtes leben bzw. jenen Personen, die dies nicht tun, und dem (empfundene(n)) Geschlecht festgestellt werden.

Tabelle 7: Angaben zur Transition (Age of Onset, Alltagstest, Bereiche, in denen die Geschlechtsidentität nicht immer gelebt wird)

Angaben zur Transition (a) Chi ² -Test (b) Test nach Fisher (c) Monte-Carlo-Methode				
	Transmaskulin (n (%))	Transfeminin (n (%))	Sig. (Wert (df))	Sig. (p)
Age of Onset (n=285 – 180 FtM, 105 MtF)			0,611 (1) (a)	0,435
Early Onset	117 (65,0%)	73 (69,5%)		
Late Onset	63 (35,0%)	32 (30,5%)		

Angaben zur Transition (a) Chi ² -Test (b) Test nach Fisher (c) Monte-Carlo-Methode				
	Transmaskulin (n (%))	Transfeminin (n (%))	Sig. (Wert (df))	Sig. (p)
Alltagstest (n=290 – 180 FtM, 110 MtF)			0,517 (1) (a)	0,472
Abgeschlossen	162 (90,0%)	96 (87,3%)		
Nicht abgeschlossen	18 (10,0%)	14 (12,7%)		
Bereiche, in denen die Geschlechtsidentität nicht immer gelebt wird (Mehrfachantw.: 325 Antw. n=288 – 179 FtM, 109 MtF)			8,744 (11) (a),	0,646 ⁽¹⁾
Arbeit	11 (6,1%)	6 (5,5%)		
Schule	1 (0,6%)	0 (0,0%)		
Ausbildung oder Studium	2 (1,1%)	0 (0,0%)		
Beziehung	1 (0,6%)	2 (1,8%)		
Kinder	1 (0,6%)	2 (1,8%)		
Eltern	5 (2,8%)	4 (3,7%)		
Verwandtschaft	10 (5,6%)	8 (7,3%)		
Arztbesuch	8 (4,5%)	1 (0,9%)		
Freizeitbereich	8 (4,5%)	4 (3,7%)		
Weitere Bereiche	4 (2,2%)	5 (4,6%)		
Ich lebe immer entsprechend meiner Geschlechtsidentität	150 (83,8%)	92 (84,4%)		
Anmerkung: (1) Möglicherweise ungültig, da mehr als 20% der Zellen eine erwartete Zellhäufigkeit von weniger als 5 aufweisen (bei Mehrfachantworten ist die Überprüfung der Signifikanz in SPSS nur mittels eines Pearson-Chi ² -Tests möglich)				

Der Stand der Mindesttherapie der Teilnehmer_innen unterscheidet sich nicht statistisch signifikant in Bezug auf das (empfundene) Geschlecht. Jene Personen, die die Mindesttherapiezeit noch nicht abgeschlossen hatten, wurden danach gefragt, wie lange eine Therapie schon in Anspruch genommen wurde. Die angegebene Dauer reicht von einem Monat bis zu 48 Monaten.

Ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme einer Hormonbehandlung und dem (empfundene) Geschlecht ist ebenso nicht gegeben. Personen, die angaben, dass sie sich in Hormontherapie befinden wurden auch nach der Dauer der Hormonsubstitution gefragt. Die angegebene Dauer reicht von einer

Woche bis zu 25 Jahren. Der Erhalt bzw. Nichterhalt von Pubertätsblockern unterscheidet sich ebenso nicht statistisch signifikant in Bezug auf das (empfundene) Geschlecht.

Es kann außerdem kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl der Personen mit und ohne rechtskräftige Vornamensänderung und dem (empfundene) Geschlecht festgestellt werden, wie sich auch kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl der Personen mit und ohne rechtskräftige Personenstandsänderung und dem (empfundene) Geschlecht ergibt.

Tabelle 8: Angaben zur Transition (Mindesttherapiezeit, Hormonelle Behandlung, Pubertätsblocker, Vornamens- und Personenstandsänderung)

Angaben zur Transition (a) Chi ² -Test (b) Test nach Fisher (c) Monte-Carlo-Methode				
	Transmaskulin (n (%))	Transfeminin (n (%))	Sig. (Wert (df))	Sig. (p)
Mindesttherapie				
(n=290 – 180 FtM, 110 MtF)			1,559 (1) (a)	0,212
Abgeschlossen	120 (66,7%)	81 (73,6%)		
Nicht abgeschlossen	60 (33,3%)	29 (26,4%)		
Hormonelle Behandlung				
(n=290 – 180 FtM, 110 MtF)			2,144 (1) (a)	0,143
Ja	151 (83,9%)	99 (90,0%)		
Nein	29 (16,1%)	11 (10,0%)		
Pubertätsblocker				
(n=288 – 180 FtM, 108 MtF)			0,069 (1) (a)	0,793
Ja	6 (3,3%)	3 (2,8%)		
Nein	174 (96,7%)	105 (97,2%)		
Vornamensänderung				
(n=290 – 180 FtM, 110 MtF)			1,388 (1) (a)	0,239
Ja	107 (59,4%)	73 (66,4%)		
Nein	73 (40,6%)	37 (33,6%)		
Personenstandsänderung				
(n=289 – 179 FtM, 110 MtF)			1,395 (1) (a)	0,238
Ja	103 (57,5%)	71 (64,5%)		
Nein	76 (42,5%)	39 (35,5%)		

Die Anzahl der Teilnehmer_innen mit oder ohne geschlechtsmodifizierende Operationen unterscheidet sich statistisch signifikant in Bezug auf das (empfundene) Geschlecht (Chi²: 6,157, p=0,013). Die Signifikanz kann zum Teil damit erklärt werden, dass prozentuell gesehen mehr Probanden als Probandinnen zur Zeit der Befragung geschlechtsmod. Operationen in Anspruch genommen hatten. Die Mehrzahl der Teilnehmerinnen und der Teilnehmer hatten allerdings (noch) keine geschlechtsmod. Operationen durchführen lassen bzw. wollen dies auch nicht tun. Die Art der durchgeführten geschlechtsmodifizierenden Operationen ist in Tabelle 9 ersichtlich.

Tabelle 9: Angaben zur Transition (Geschlechtsmodifizierende Operationen, Maskulinisierende und feminisierende Operationen)

Angaben zur Transition (a) Chi ² -Test (b) Test nach Fisher (c) Monte-Carlo-Methode				
	Transmaskulin (n (%))	Transfeminin (n (%))	Sig. (Wert (df))	Sig. (p)
Geschl. Operationen (n=290 – 180 FtM, 110 MtF)			6,157 (1) (a)	0,013
Ja	89 (49,4%)	38 (34,5%)		
Nein	91 (50,6%)	72 (65,5%)		
Geschlechtsmod. Op. – FtM (Mehrfachantw.: 213 Antw., n=89)				
Mastektomie	88 (98,9%)	/		
Hysterektomie und Ad- nexektomie	58 (65,2%)	/		
Kolpektomie	24 (27,0%)	/		
Metaidoioplastik	20 (22,5%)	/		
Phalloplastik	15 (16,9%)	/		
Penis- und Hodenpro- these (Pumpe oder ähnli- ches)	6 (6,7%)	/		
Andere durchgeführte Operationen	2 (2,2%)	/		
Geschlechtsmod. Op. – MtF (Mehrfachantw.: 66 Antw., n=38)				
Penisinvagination	/	31 (81,6%)		
Brustaufbau	/	14 (36,8%)		
Reduzierung des Adams- apfels	/	6 (15,8%)		
Fem. Stimmoperation	/	6 (15,8%)		
Fem. Gesichtsoption	/	4 (10,5%)		
Orchiektomie	/	3 (7,9%)		
Andere durchgeführte Operationen	/	2 (5,3%)		

Insgesamt zeigt sich in Bezug auf die Inanspruchnahme einer Hormontherapie und/oder geschlechtsmodifizierenden Operationen folgendes Bild:

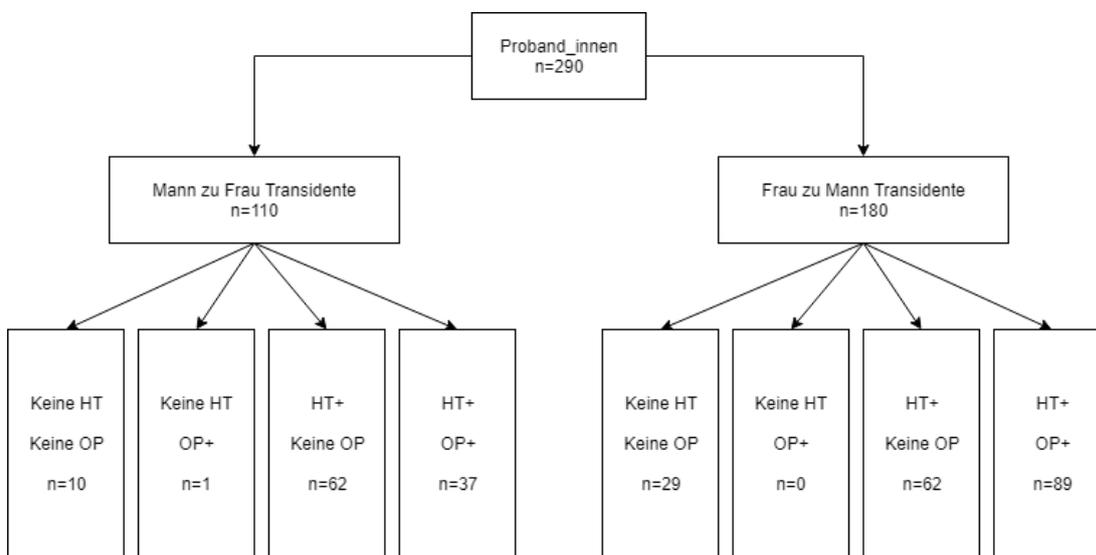


Abbildung 3: Stand der Teilnehmer_innen bezüglich der Inanspruchnahme einer Hormontherapie und/oder geschlechtsmodifizierender Operationen (HT = Hormontherapie, OP = geschlechtsmodifizierende Operation)

Der Abschluss der Transition unterscheidet sich statistisch signifikant in Bezug auf das (empfundene) Geschlecht ($\chi^2:7,203, p=0,007$). Prozentuell gesehen hatten zur Zeit der Umfrage mehr trans Frauen als trans Männer die Transition für sich abgeschlossen, während umgekehrt mehr Probanden als Probandinnen die Transition für sich nicht abgeschlossen hatten.

Tabelle 10: Angaben zur Transition (Abschluss der Transition)

Angaben zur Transition (a) Chi ² -Test (b) Test nach Fisher (c) Monte-Carlo-Methode				
	Transmaskulin (n (%))	Transfeminin (n (%))	Sig. (Wert (df))	Sig. (p)
Abschluss der Transition (n=290 – 180 FtM, 110 MtF)			7,203 (1) (a)	0,007
Ja	38 (21,1%)	39 (35,5%)		
Nein	142 (78,9%)	71 (64,5%)		

5.1.3 Medizinische Angaben

Des Weiteren wurde bei der Online-Umfrage ermittelt, ob die befragte Person gegenwärtig an einer Erkrankung und/oder gesundheitlichen Störung leidet. Das Vorhandensein von Erkrankungen und/oder gesundheitlichen Störungen unterscheidet sich

statistisch signifikant in Bezug auf das (empfundene) Geschlecht (Chi²: 4,495, p=0,034). Mehr Probanden als Probandinnen litten an einer Erkrankung und/oder gesundheitlichen Störung.

Tabelle 11: Erkrankungen und/oder gesundheitliche Störungen

Medizinische Angaben (a) Chi ² -Test (b) Test nach Fisher (c) Monte-Carlo-Methode				
	Transmaskulin (n (%))	Transfeminin (n (%))	Sig. (Wert (df))	Sig. (p)
Erkr. und/oder gesundh. Stör. (n=290 – 180 FtM, 110 MtF)			4,495 (1) (a)	0,034
Ja	100 (55,6%)	47 (42,7%)		
Nein	80 (44,4%)	63 (57,3%)		

In der Online-Befragung wurde ebenso danach gefragt, an welchen Erkrankungen und/oder gesundheitlichen Störungen die befragte Person leidet. Das Ergebnis der angegebenen Erkrankungen und/oder gesundheitlichen Störungen nach ICD-10 ist in Tabelle 12 dargestellt. Es konnte keine gültige statistische Signifikanz zwischen der Anzahl der Teilnehmer_innen mit Erkrankungen und/oder gesundheitlichen Störungen (nach Kategorien geordnet) und dem (empfundene) Geschlecht ermittelt werden.

Tabelle 12: Einteilung der Erkrankungen und gesundheitlichen Störungen in Kategorien (nach ICD-10)

Medizinische Angaben (a) Chi ² -Test (b) Test nach Fisher (c) Monte-Carlo-Methode				
	Transmaskulin (n (%))	Transfeminin (n (%))	Sig. (Wert (df))	Sig. (p)
Erkr. und/oder gesundh. Stör. (Mehrfachantw.: 223 Antw., n=142 – 96 FtM, 46 MtF)			36,193 (17) (a)	0,004⁽¹⁾
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkr.	35 (36,5%)	13 (28,3%)		
Infektiöse Krankheiten	0 (0,0%)	1 (2,2%)		
Krankheiten des Kreis- laufsystems	9 (9,4%)	12 (26,1%)		
Psychische und Verhal- tensstörungen	53 (55,2%)	23 (50,0%)		
Krankheiten des Ver- dauungssystems	7 (7,3%)	0 (0,0%)		

Medizinische Angaben (a) Chi ² -Test (b) Test nach Fisher (c) Monte-Carlo-Methode				
	Transmaskulin (n (%))	Transfeminin (n (%))	Sig. (Wert (df))	Sig. (p)
Krankh. des Muskel- Skelett-Syst. u. d. Bg.	17 (17,7%)	3 (6,5%)		
Krankheiten des Atmungssystems	11 (11,5%)	1 (2,2%)		
Krankheiten des Uroge- nitalsystems	1 (1,0%)	3 (6,5%)		
Krankh. des Auges/ Au- genanhangsgebilde	2 (2,1%)	4 (8,7%)		
Krankheiten des Ner- vensystems	7 (7,3%)	3 (6,5%)		
Faktoren, die den Ge- sundheitszustand be- einflussen	2 (2,1%)	4 (8,7%)		
Angeb. Fehlbild., De- for./ Chromosomenano- malien	2 (2,1%)	1 (2,2%)		
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	2 (2,1%)	2 (4,3%)		
Krankheiten des Blutes und der blutbild. Syst.	1 (1,0%)	1 (2,2%)		
Krankheiten des Ohres/ Warzenfortsatzes	1 (1,0%)	0 (0,0%)		
Neubildungen	0 (0,0%)	1 (2,2%)		
Sympt. u. abn. klin.. La- borbef., (a. n. klass.)	0 (0,0%)	1 (2,2%)		
Anmerkung: (1) Möglicherweise ungültig, da mehr als 20% der Zellen eine erwartete Zellhäufigkeit von weniger als 5 aufweisen (bei Mehrfachantworten ist die Überprüfung der Signifikanz in SPSS nur mittels eines Pearson-Chi ² -Tests möglich)				

Die meisten Teilnehmer_innen, die angaben, dass sie an einer Erkrankung und/oder gesundheitlichen Störung leiden, wiesen psychische und Verhaltensstörungen auf. Die Aufschlüsselung der psychischen und Verhaltensstörungen ist in Tabelle 13 dargestellt. Die Anzahl der Teilnehmer_innen mit psychischen und/oder Verhaltensstörungen unterscheidet sich nicht statistisch signifikant in Bezug auf das (empfundene) Geschlecht.

Tabelle 13: Aufschlüsselung der psychischen und Verhaltensstörungen

Medizinische Angaben (a) Chi ² -Test (b) Test nach Fisher (c) Monte-Carlo-Methode				
	Transmaskulin	Transfeminin	Sig.	Sig.
	(n (%))	(n (%))	(Wert (df))	(p)
Psychische und Verhaltensstörungen (Mehrfachantw.: 142 Antw., n=76 – 53 FtM, 23 MtF)			12,739 (15) (a)	0,622 ⁽¹⁾
Depressionen	43 (81,1%)	23 (100,0%)		
Angststörungen	12 (22,6%)	5 (21,7%)		
Panikattacken	2 (3,8%)	1 (4,3%)		
Borderline-Störung	7 (13,2%)	3 (13,0%)		
Autismus	4 (7,5%)	0 (0,0%)		
Soziale Phobien	3 (5,7%)	2 (8,7%)		
Posttraumatische Belastungsstörung	8 (15,1%)	4 (17,4%)		
Essstörungen	7 (13,2%)	3 (13,0%)		
Anpassungsstörungen	1 (1,9%)	0 (0,0%)		
ADS/ADHS	4 (7,5%)	1 (4,3%)		
Zwangsstörungen	2 (3,8%)	0 (0,0%)		
Unspezifizierte Persönlichkeitsstörungen	0 (0,0%)	1 (4,3%)		
Dissoziative Störungen	1 (1,9%)	1 (4,3%)		
Bipolare Störung	1 (1,9%)	1 (4,3%)		
Bindungsstörungen	2 (3,8%)	0 (0,0%)		
Anmerkung: (1) Möglicherweise ungültig, da mehr als 20% der Zellen eine erwartete Zelhäufigkeit von weniger als 5 aufweisen (bei Mehrfachantworten ist die Überprüfung der Signifikanz in SPSS nur mittels eines Pearson-Chi ² -Tests möglich)				

Trotz widersprüchlicher wissenschaftlicher Ergebnisse konnte bei Personen mit Geschlechtsdysphorie bzw. Geschlechtsinkongruenz in einigen Studien eine erhöhte Prävalenz von Depressionen ermittelt werden, wie auch eine gesteigerte Prävalenz von Angststörungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, dissoziativen Störungen und Asperger Autismus (vgl. AWMF-S3-Leitlinie 2018). Aus diesem Grund wurden auch in dieser Arbeit die Prävalenzraten der oben genannten psychischen und Verhaltensstörungen in der Gesamtzahl der Teilnehmer_innen, die die Frage nach dem Vorhandensein einer Erkrankung und/oder gesundheitlichen Störung beantwortet haben, ermittelt und mit den Prävalenzraten der Gesamtbevölkerung Deutschlands verglichen.

Tabelle 14: Prävalenz einiger psychischer und Verhaltensstörungen der Teilnehmer_innen

Medizinische Angaben (a) Chi ² -Test (b) Test nach Fisher (c) Monte-Carlo-Methode					
	Transmaskulin (n (%))	Transfeminin (n (%))	Gesamt (n (%))	Sig. (Wert (df))	Sig. (p)
Depressionen					
(n=285 – 177 FtM, 108 MtF)				0,339 (1) (a)	0,561
Ja	43 (24,3%)	23 (21,3%)	66 (23,2%)		
Nein	134 (75,7%)	85 (78,7%)	219 (76,8%)		
Angststörungen					
(n=285 – 177 FtM, 108 MtF)				0,553 (1) (a)	0,457
Ja	12 (6,8%)	5 (4,6%)	17 (6,0%)		
Nein	165 (93,2%)	103 (95,4%)	268 (94,0%)		
Essstörungen					
(n=285 – 177 FtM, 108 MtF)				0,274 (b)	0,747
Ja	7 (4,0%)	3 (2,8%)	10 (3,5%)		
Nein	170 (96,0%)	105 (97,2%)	275 (96,5%)		
Borderline					
(n=285 – 177 FtM, 108 MtF)				0,274 (b)	0,747
Ja	7 (4,0%)	3 (2,8%)	10 (3,5%)		
Nein	170 (96,0%)	105 (97,2%)	275 (96,5%)		
Dissoz. Störung					
(n=285 – 177 FtM, 108 MtF)				0,125 (b)	1,000
Ja	1 (0,6%)	1 (0,9%)	2 (0,7%)		
Nein	176 (99,4%)	107 (99,1%)	283 (99,3%)		
Asperger-Synd.					
(n=285 – 177 FtM, 108 MtF)				1,229 (b)	0,528
Ja	2 (1,1%)	0 (0%)	2 (0,7%)		
Nein	175 (98,9%)	108 (100%)	283 (99,3%)		

Insgesamt wiesen zur Zeit der Online-Umfrage 23,2% aller Teilnehmer_innen Depression auf. Laut einem Bericht der WHO aus dem Jahr 2017 betrug die Prävalenz von Depressionen 5,2% in der gesamten Bevölkerung Deutschlands (vgl. WHO-MD 2017). Das bedeutet, dass im Vergleich dazu die Prävalenz von Depressionen innerhalb der Gruppe der Teilnehmer_innen der Online-Befragung deutlich erhöht ist. Nach den Ursachen der Depression wurde in der Umfrage nicht gefragt. Es ist daher nicht bekannt, in wie weit und ob überhaupt die vorhandene Geschlechtsdysphorie

für die Depressionen verantwortlich bzw. mitverantwortlich ist. Eine Person gab explizit an, dass sie unter schweren Depressionen leidet, die nichts mit der Geschlechtsdysphorie zu tun haben. Eine andere Person hat im Gegensatz dazu geschrieben, dass sie unter einer Begleit-Depression leidet, die durch das jahrelange Verdrängen der eigenen Geschlechtsidentität entstanden ist. 2 Personen haben angegeben, dass sich die Depressionen seit der Transition verringert haben. Das Vorhandensein von Depressionen unterscheidet sich nicht statistisch signifikant in Bezug auf das (empfundene) Geschlecht.

Angststörungen wiesen 6% der Proband_innen zur Zeit der Umfrage auf. Im Vergleich dazu liegt die Prävalenz von Angststörungen bei der Gesamtbevölkerung Deutschlands bei 5,8% (vgl. WHO-MD 2017). In Bezug auf Angststörungen kann somit eine geringfügig erhöhte Häufigkeit von Angststörungen im Vergleich mit der Gesamtbevölkerung Deutschlands festgestellt werden. Das Vorhandensein von Angststörungen unterscheidet sich nicht statistisch signifikant in Bezug auf das (empfundene) Geschlecht.

Die Prävalenzrate von Essstörungen innerhalb der gesamten Gruppe der Teilnehmer_innen beträgt 3,5%. Laut einer großen Studie (n=5318) in Deutschland von Jacobi et.al. beträgt die Prävalenz von Essstörungen bei Personen zwischen 18 und 79 Jahren 0,9% (vgl. Jacobi et al. 2014). Demnach ist das Vorkommen von Essstörungen bei den Teilnehmer_innen der Online-Befragung im Vergleich zu den Ergebnissen aus der Studie von Jacobi et. al. erhöht. Das Vorhandensein von Essstörungen unterscheidet sich nicht statistisch signifikant in Bezug auf das (empfundene) Geschlecht.

Da, bis auf eine Person, alle Personen, die bei der Umfrage angaben, dass sie unter einer Persönlichkeitsstörung leiden, eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Typ Borderline aufwiesen, wurde die Prävalenzrate von einer Borderline-Persönlichkeitsstörung innerhalb der Gruppe aller Proband_innen mit der Prävalenz innerhalb der erwachsenen Gesamtbevölkerung verglichen. Die Prävalenz von einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Typ Borderline beträgt innerhalb der Gruppe der Teilnehmer_innen 3,5%. Im Vergleich dazu beträgt die Prävalenzrate der Gesamtbevölkerung laut Kienast et.al. 2,7% (vgl. Kienast et al. 2014). Das bedeutet, dass das Vorkommen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Gruppe der Teil-

nehmer_innen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung leicht erhöht ist. Das Vorhandensein einer Borderline-Persönlichkeitsstörung unterscheidet sich nicht statistisch signifikant in Bezug auf das (empfundene) Geschlecht.

Die Prävalenz von dissoziativen Störungen innerhalb der Gruppe aller Teilnehmer_innen beträgt 0,7%. In der Gesamtbevölkerung zeigt sich laut Spitzer et. al. eine Prävalenzrate zwischen 0,3 und 1,8% (vgl. Spitzer et al. 2007). In Bezug auf dissoziative Störungen kann somit kein höheres Vorkommen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung festgestellt werden. Das Vorhandensein von dissoziativen Störungen unterscheidet sich nicht statistisch signifikant in Bezug auf das (empfundene) Geschlecht.

In Zusammenhang mit dem Asperger-Syndrom zeigt sich bei der Gruppe der Proband_innen eine Prävalenzrate von 0,7%. Leider sind kaum repräsentative Studien zur Prävalenz des Asperger-Syndroms bei Erwachsenen vorhanden. In verschiedenen Studien variiert die Prävalenzrate von 0,03 bis zu 1,7%, wobei die meisten Forschungsarbeiten über das Asperger-Syndrom im Kindesalter durchgeführt wurden. Da allerdings die Kernsymptome über die Lebensspanne bestehen bleiben, kann von einer gleichen Prävalenzrate im Erwachsenenalter ausgegangen werden (vgl. Roy et al. 2009; Biscaldi et al. 2012; Baio et al. 2018). Es zeigt sich somit keine höhere Prävalenzrate bei der Gruppe der Teilnehmer_innen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung. Das Vorhandensein eines Asperger-Syndroms unterscheidet sich nicht statistisch signifikant in Bezug auf das (empfundene) Geschlecht.

5.2 Auswertungen zur Lebenssituation von transidenten Personen

In diesem Kapitel werden die Daten zu spezifischen Situationen im Leben von transidenten Personen ausgewertet.

5.2.1 Diskriminierung

Eine statistische Signifikanz zeigt sich zwischen der Häufigkeit von Diskriminierungserfahrungen, seitdem in dem (empfundene) Geschlecht nach außen gelebt wird, und dem (empfundene) Geschlecht (Fisher: 11,103, $p=0,022$). Die meisten Teilnehmer und Teilnehmerinnen gaben zur Zeit der Befragung an, dass sie selten bzw. nie diskriminiert werden. Mehr trans Männer als trans Frauen gaben an, dass sie nie bzw. selten diskriminiert werden. Hingegen erfuhren prozentuell gesehen mehr trans

Frauen als trans Männer teils-teils, häufig und immer Diskriminierung, seit sie in ihrem (empfundene) Geschlecht nach außen leben.

Tabelle 15: Diskriminierungserfahrungen der Teilnehmer_innen

Angaben zur Lebenssituation (a) Chi ² -Test (b) Test nach Fisher (c) Monte-Carlo-Methode				
	Transmaskulin	Transfeminin	Sig.	Sig.
	(n (%))	(n (%))	(Wert (df))	(p)
Diskriminierung			11,103 (b)	0,022
(n=290 – 180 FtM, 110 MtF)				
Nie	65 (36,1%)	35 (31,8%)		
Selten	79 (43,9%)	37 (33,6%)		
Teils-Teils	28 (15,6%)	23 (20,9%)		
Häufig	5 (2,8%)	12 (10,9%)		
Immer	3 (1,7%)	3 (2,7%)		
Diskr. als trans Person			13,506 (b)	0,007
(n=289 – 179 FtM, 110 MtF)				
Nie	68 (38,0%)	33 (30,0%)		
Selten	75 (41,9%)	38 (34,5%)		
Teils-Teils	30 (16,8%)	23 (20,9%)		
Häufig	5 (2,8%)	13 (11,8%)		
Immer	1 (0,6%)	3 (2,7%)		

Auch wenn die meisten der Teilnehmer und der Teilnehmerinnen nie bzw. nur selten Diskriminierung als transidente Person erfuhren, so ist zu erkennen, dass prozentuell gesehen mehr trans Frauen als trans Männer angaben, dass sie teils-teils, häufig und immer aufgrund der Transidentität diskriminiert werden. Ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Diskriminierung als transidente Person und dem (empfundene) Geschlecht ist gegeben (Fisher: 13,506, p=0,007).

5.2.2 Selbst- und Fremdwahrnehmung

Die Wahrnehmung des (empfundene) Geschlechtes durch die Umwelt (Passing) unterscheidet sich statistisch signifikant in Bezug auf das (empfundene) Geschlecht (Fisher: 14,941, p=0,003). Zum Großteil wurden die Teilnehmerinnen zur Zeit der Befragung häufig und die Teilnehmer immer entsprechend ihrem (empfundene) Geschlecht wahrgenommen. Mehr trans Männer als trans Frauen gaben an, dass sie immer, selten und nie entsprechend ihrem (empfundene) Geschlecht wahrgenommen werden. Umgekehrt wurden mehr trans Frauen als trans Männer häufig und teils-teils entsprechend ihrem (empfundene) Geschlecht wahrgenommen.

Tabelle 16: Angaben zur Selbst- und Fremdwahrnehmung

Angaben zur Lebenssituation (a) Chi ² -Test (b) Test nach Fisher (c) Monte-Carlo-Methode				
	Transmaskulin (n (%))	Transfeminin (n (%))	Sig. (Wert (df))	Sig. (p)
Passing (Wahrnehmung entspr. d. empf. Geschl.) (n=290 – 180 FtM, 110 MtF)			14,941 (b)	0,003
Nie	3 (1,7%)	1 (0,9%)		
Selten	15 (8,3%)	8 (7,3%)		
Teils-Teils	30 (16,7%)	27 (24,5%)		
Häufig	47 (26,1%)	45 (40,9%)		
Immer	85 (47,2%)	29 (26,4%)		
Emotionale Verletzung b. falscher Wahrn (n=290 – 180 FtM, 110 MtF)			11,595 (4) (a)	0,021
Nie	18 (10,0%)	10 (9,1%)		
Selten	23 (12,8%)	29 (26,4%)		
Teils-Teils	50 (27,8%)	26 (23,6%)		
Häufig	37 (20,6%)	26 (23,6%)		
Immer	52 (28,9%)	19 (17,3%)		
Vorhandensein eines Mindestpassings zur Einforderung einer Behandl. gemäß der Geschlechtsidentität (n=288 – 179 FtM, 109 MtF)			26,573 (4) (a)	0,000
Trifft nicht zu	45 (25,1%)	14 (12,8%)		
Trifft eher nicht zu	32 (17,9%)	8 (7,3%)		
Teils-Teils	32 (17,9%)	23 (21,1%)		
Trifft eher zu	54 (30,2%)	33 (30,3%)		
Trifft zu	16 (8,9%)	31 (28,4%)		
Benutzung von geschlechtstyp. Verhaltensweisen (n=290 – 180 FtM, 110 MtF)			11,973 (4) (a)	0,018
Überhaupt nicht	28 (15,6%)	11 (10,0%)		
Ein wenig	49 (27,2%)	16 (14,5%)		
Mittelmäßig	67 (37,2%)	49 (44,5%)		
Stark	27 (15,0%)	29 (26,4%)		
Sehr stark	9 (5,0%)	5 (4,5%)		

Zwischen der emotionalen Verletzung der Teilnehmer_innen bei einer falschen Wahrnehmung der Geschlechtsidentität und dem (empfundene) Geschlecht zeigt sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang (Chi²:11,595, p=0,021). Mehr Probanden als Probandinnen gaben an, dass sie sich immer, teils-teils und nie verletzt fühlten, wenn

sie nicht entsprechend ihrer Geschlechtsidentität wahrgenommen wurden. Hingegen fühlten sich mehr Teilnehmerinnen als Teilnehmer häufig bzw. selten verletzt, wenn eine falsche Wahrnehmung der Geschlechtsidentität vorkam. Die meisten trans Männer fühlten sich immer verletzt und die meisten trans Frauen selten verletzt, wenn sie nicht entsprechend ihrer Geschlechtsidentität wahrgenommen wurden.

Ein statistisch signifikanter Zusammenhang zeigt sich auch zwischen der Meinung in Bezug auf das Vorhandensein einer Mindestpassung bevor eine Behandlung gemäß der Geschlechtsidentität eingefordert werden kann und dem (empfundene) Geschlecht ($\chi^2:26,573$, $p=0,000$). Mehr trans Frauen als trans Männer haben die Antwortmöglichkeit „trifft zu“ gewählt. Dass die Aussage eher zutrifft, gaben prozentuell gesehen ungefähr gleich viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer an. Mehr Probandinnen als Probanden waren der Meinung, dass dies teils-teils zutrifft. Der Ansicht, dass dies eher nicht zutrifft bzw. nicht zutrifft waren mehr Teilnehmer als Teilnehmerinnen.

Die Benutzung von „geschlechtstypischen“ Verhaltensweisen unterscheidet sich ebenso statistisch signifikant in Bezug auf das (empfundene) Geschlecht ($\chi^2:11,973$, $p=0,018$). Mehr trans Männer als trans Frauen gaben zum Zeitpunkt der Online-Befragung an, dass sie „geschlechtstypische“ Verhaltensweisen sehr stark, ein wenig und überhaupt nicht einsetzen. Im Unterschied dazu benutzten prozentuell gesehen mehr Teilnehmerinnen als Teilnehmer „geschlechtstypische“ Verhaltensweisen stark und mittelmäßig. Am Häufigsten wurden sowohl von den Probanden, als auch von den Probandinnen „geschlechtstypischen“ Verhaltensweisen im mittleren Maß verwendet, wie auch von beiden Gruppen „geschlechtstypische“ Verhaltensweisen am geringsten in einem sehr starken Ausmaß benutzt wurden.

5.2.3 Trans-Dasein im Alltag

Ein statistischer Zusammenhang zwischen der Akzeptanz der Transidentität durch die Umwelt und dem (empfundene) Geschlecht ist nicht gegeben.

Tabelle 17: Akzeptanz der Transidentität durch die Umwelt

Angaben zur Lebenssituation (a) χ^2 -Test (b) Test nach Fisher (c) Monte-Carlo-Methode				
	Transmaskulin	Transfeminin	Sig.	Sig.
	(n (%))	(n (%))	(Wert (df))	(p)
Akzept. der Transid. d. d. Umwelt (n=287 – 179 FtM, 108 MtF)			7,507 (b)	0,095

Angaben zur Lebenssituation (a) Chi ² -Test (b) Test nach Fisher (c) Monte-Carlo-Methode				
	Transmaskulin (n (%))	Transfeminin (n (%))	Sig. (Wert (df))	Sig. (p)
Gar nicht	0 (0,0%)	3 (2,8%)		
Kaum	5 (2,8%)	6 (5,6%)		
Teilweise	22 (12,3%)	18 (16,7%)		
Größten-teils	97 (54,2%)	52 (48,1%)		
Völlig	55 (30,7%)	29 (26,9%)		

5.2.4 Freizeit und Sport

Eine statistische Signifikanz ist zwischen einer Hinderung der Teilnahme an bestimmten Freizeit- und Sportaktivitäten durch die Transidentität und dem (empfundene) Geschlecht gegeben (Chi²:18,013, p=0,001). In Tabelle 18 ist gut ersichtlich, dass mehr trans Männer als trans Frauen sehr stark und stark durch die Transidentität an der Partizipation von Freizeit- und Sportaktivitäten im Jahr vor der Umfrage eingeschränkt wurden. Umgekehrt gaben mehr Teilnehmerinnen als Teilnehmer an, dass sie ein wenig und überhaupt nicht durch die Transidentität an der Teilnahme von Freizeit- und Sportaktivitäten gehindert werden. Ungefähr gleich viele Probanden wie Probandinnen beantworteten die Frage damit, dass sie mittelmäßig durch die Transidentität bei Freizeit- und Sportaktivitäten eingeschränkt werden. Die meisten trans Frauen gaben an, dass sie überhaupt nicht durch die Transidentität an Freizeit- und Sportaktivitäten gehindert werden, während die meisten trans Männer angaben, dass sie stark durch die Transidentität darin eingeschränkt werden.

Tabelle 18: Hinderung der Teilnahme an Sport- und Freizeitaktivitäten durch die Transidentität

Angaben zur Lebenssituation (a) Chi ² -Test (b) Test nach Fisher (c) Monte-Carlo-Methode				
	Transmaskulin (n (%))	Transfeminin (n (%))	Sig. (Wert (df))	Sig. (p)
Hinderung der Teilnahme an Sport- und Freizeitakt. d. d. Transidentität			18,013 (4) (a)	0,001
(n=286 – 179 FtM, 107 MtF)				
Überhaupt nicht	32 (17,9%)	34 (31,8%)		
Ein wenig	26 (14,5%)	24 (22,4%)		
Mittelmäßig	42 (23,5%)	25 (23,4%)		
Stark	51 (28,5%)	12 (11,2%)		
Sehr stark	28 (15,6%)	12 (11,2%)		

5.2.5 Leben im öffentlichen Raum

Es zeigt sich keine statistische Signifikanz zwischen der Häufigkeit der Diskriminierung im öffentlichen Raum und dem (empfundene) Geschlecht, wie auch zwischen der Häufigkeit der Meidung von öffentlichen Orten aufgrund der Transidentität und dem (empfundene) Geschlecht. Ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen den Gewalterfahrungen im öffentlichen Raum und dem (empfundene) Geschlecht ist vorhanden (Fisher: 17,053, $p=0,000$). Auch wenn die meisten Teilnehmer und Teilnehmerinnen angaben, dass sie niemals Gewalt im öffentlichen Raum erfahren haben, so haben mehr trans Frauen als trans Männer im Jahr vor der Umfrage selten, mehrmals und häufig Gewalterfahrungen im öffentlichen Raum gemacht. Hingegen gab 1 Proband und keine Probandin an, dass sehr häufig Gewalterfahrungen im öffentlichen Raum gemacht wurden.

Table 19: Angaben zum Leben im öffentlichen Raum als transidente Person

Angaben zur Lebenssituation (a) Chi ² -Test (b) Test nach Fisher (c) Monte-Carlo-Methode				
	Transmaskulin (n (%))	Transfeminin (n (%))	Sig. (Wert (df))	Sig. (p)
Diskr. im öffentlichen Raum (n=289 – 180 FtM, 109 MtF)			8,401 (b)	0,069
Niemals	76 (42,2%)	38 (34,9%)		
Selten	74 (41,1%)	40 (36,7%)		
Mehrmals	24 (13,3%)	19 (17,4%)		
Häufig	4 (2,2%)	9 (8,3%)		
Sehr häufig	2 (1,1%)	3 (2,8%)		
Meidung von öffentl. Orten (n=289 – 180 FtM, 109 MtF)			3,274 (b)	0,520
Niemals	66 (36,7%)	49 (45,0 %)		
Selten	45 (25,0%)	26 (23,9%)		
Mehrmals	41 (22,8%)	19 (17,4%)		
Häufig	18 (10,0%)	12 (11,0%)		
Sehr häufig	10 (5,6%)	3 (2,8%)		
Gewalterfahrungen im öffentlichen Raum (n=289 – 180 FtM, 109 MtF)			17,053 (b)	0,000
Niemals	167 (92,8%)	85 (78,0%)		
Selten	9 (5,0%)	11 (10,1%)		
Mehrmals	3 (1,7%)	11 (10,1%)		
Häufig	0 (0,0%)	2 (1,8%)		
Sehr häufig	1 (0,6%)	0 (0,0%)		

5.2.6 Ausbildung/Fortbildung/Weiterbildung

In Tabelle 20 sind die Ergebnisse zu den Fragen zur Aus-/Fort- und Weiterbildung angegeben. Die Diskriminierungserfahrungen während der Ausbildung/Fortbildung/Weiterbildung unterscheiden sich nicht statistisch signifikant in Bezug auf das empfundene Geschlecht. In Bezug auf Gewalterfahrungen aufgrund der Transidentität während der Ausbildung/Fortbildung/Weiterbildung und dem (empfundenen) Geschlecht zeigt sich eine statistische Signifikanz (Fisher: 16,463, $p=0,000$). Die meisten Teilnehmer und Teilnehmerinnen haben im Jahr vor der Befragung niemals Gewalt am Ausbildungs-, Fortbildungs- bzw. Weiterbildungsplatz erfahren. Mehr Probandinnen als Probanden gaben prozentuell gesehen an, dass sie Gewalt am Ausbildungs-, Fortbildungs- bzw. Weiterbildungsplatz selten, häufig und sehr häufig im Jahr vor der Umfrage erfahren haben.

Tabelle 20: Ergebnisse der Fragen zum Ausbildungs-, Fortbildungs- bzw. Weiterbildungsplatz

Angaben zur Lebenssituation (a) Chi ² -Test (b) Test nach Fisher (c) Monte-Carlo-Methode				
	Transmaskulin (n (%))	Transfeminin (n (%))	Sig. (Wert (df))	Sig. (p)
Diskriminierung während der Ausbildung / Fortbildung / Weiterbildung (n=94 – 73 FtM, 21 MtF)			7,761 (b)	0,068
Niemals	47 (64,4%)	8 (38,1%)		
Selten	20 (27,4%)	8 (38,1%)		
Mehrere Male	4 (5,5%)	2 (9,5%)		
Häufig	1 (1,4%)	1 (4,8%)		
Sehr häufig	1 (1,4%)	2 (9,5%)		
Gewalterfahrungen an der Ausbildungs- / Fortbildungs- / Weiterbildungsstätte (n=94 – 73 FtM, 21 MtF)			16,463 (b)	0,000
Niemals	70 (95,9%)	13 (61,9%)		
Selten	2 (2,7%)	6 (28,6%)		
Mehrere Male	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
Häufig	1 (1,4%)	1 (4,8%)		
Sehr häufig	0 (0,0%)	1 (4,8%)		

Angaben zur Lebenssituation (a) Chi ² -Test (b) Test nach Fisher (c) Monte-Carlo-Methode				
	Transmaskulin (n (%))	Transfeminin (n (%))	Sig. (Wert (df))	Sig. (p)
Eingeschränkter bzw. kein Zugang zu Aus- / Fort- / Weiterbildungen			8,664 (b)	0,038
(n=95 – 73 FtM, 22 MtF)				
Trifft nicht zu	56 (76,7%)	12 (54,5%)		
Trifft eher nicht zu	10 (13,7%)	3 (13,6%)		
Teils-Teils	4 (5,5%)	3 (13,6%)		
Trifft eher zu	1 (1,4%)	0 (0,0%)		
Trifft zu	2 (2,7%)	4 (18,2%)		
Wechsel des Aus-, Fort- bzw. Weiterbildungsplatzes			10,272 (1) (a)	0,001
(n=94 – 73 FtM, 21 MtF)				
Ja	5 (6,8%)	7 (33,3%)		
Nein	68 (93,2%)	14 (66,7%)		
Abbruch der Aus-, Fort- und Weiterbildung			4,931 (b)	0,066
(n=94 – 73 FtM, 21 MtF)				
Ja	7 (9,6%)	6 (28,6%)		
Nein	66 (90,4%)	15 (71,4%)		

Eine statistische Signifikanz zwischen einem eingeschränkten oder keinem Zugang zu Ausbildungs-, Fortbildungs- bzw. Weiterbildungsstätten aufgrund der Transidentität und dem (empfundene) Geschlecht ist ebenso gegeben (Fisher:8,664, p=0,038). Die meisten Teilnehmer und Teilnehmerinnen gaben an, dass ein eingeschränkter oder kein Zugang zu Ausbildungs-, Fortbildungs- bzw. Weiterbildungsstätten aufgrund der Transidentität für sie nicht zutrifft. Mehr trans Männer als trans Frauen wählten die Antwortmöglichkeit trifft eher nicht und trifft eher zu. Hingegen gaben prozentuell gesehen mehr Probandinnen als Probanden an, dass ein eingeschränkter oder kein Zugang zu Ausbildungs-, Fortbildungs- bzw. Weiterbildungsstätten aufgrund der Transidentität für sie teils-teils zutrifft und zutrifft.

Es zeigt sich des Weiteren ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Wechsel des Ausbildungs-, Fortbildungs- bzw. Weiterbildungsplatz aufgrund der Transidentität und dem (empfundene) Geschlecht (Chi²:10,272, p=0,001). Die Signifikanz ist zu einem großen Teil dadurch zu erklären, dass mehr trans Frauen als

trans Männer angaben, dass sie aufgrund der Transidentität die Ausbildungs-, Fortbildungs- bzw. Weiterbildungsstätte gewechselt haben. Eine statistische Signifikanz zwischen einem Abbruch der Fort-, Weiter- bzw. Ausbildung und dem (empfundene) Geschlecht ist hingegen nicht vorhanden.

5.2.7 Beruf

Eine statistische Signifikanz zwischen den Diskriminierungserfahrungen aufgrund der Transidentität im Beruf und dem (empfundene) Geschlecht ist gegeben (Fisher: 11,358, $p=0,018$). Die meisten Probanden und Probandinnen gaben an, dass sie im Jahr vor der Befragung niemals im Beruf diskriminiert wurden. Mehr trans Frauen als trans Männer erfuhren prozentuell gesehen häufig und sehr häufig Diskriminierung im Beruf, während mehr Teilnehmer als Teilnehmerinnen selten im Beruf diskriminiert wurden. Prozentuell gesehen machten gleich viele Probanden und Probandinnen mehrmals im Jahr vor der Befragung Diskriminierungserfahrungen im Beruf. Auch in Bezug auf Gewalterfahrungen im Beruf aufgrund der Transidentität und dem (empfundene) Geschlecht ist eine statistische Signifikanz vorhanden (Fisher: 7,762, $p=0,035$). Die meisten Probanden und Probandinnen erfuhren im Jahr vor der Befragung aufgrund der Transidentität niemals im Beruf Gewalt. Mehr Teilnehmerinnen als Teilnehmer haben im Jahr vor der Befragung selten, mehrmals und sehr häufig Gewalterfahrungen im Beruf gemacht. Häufig erfuhren mehr trans Männer als trans Frauen Gewalt im Beruf aufgrund der Transidentität.

Tabelle 21: Ergebnisse zu den Fragen zum Berufsleben

Angaben zur Lebenssituation (a) Chi ² -Test (b) Test nach Fisher (c) Monte-Carlo-Methode				
	Transmaskulin (n (%))	Transfeminin (n (%))	Sig. (Wert (df))	Sig. (p)
Diskriminierung im Berufsleben (n=204 – 126 FtM, 78 MtF)			11,358 (b)	0,018
Niemals	75 (59,5%)	39 (50,0%)		
Selten	34 (27,0%)	20 (25,6%)		
Mehrmals	13 (10,3%)	8 (10,3%)		
Häufig	4 (3,2%)	5 (6,4%)		
Sehr häufig	0 (0,0%)	6 (7,7%)		
Gewalterfahrungen im Berufsleben (n=205 – 126 FtM, 79 MtF)			7,762 (b)	0,035
Niemals	122 (96,8%)	70 (88,6%)		
Selten	1 (0,8%)	4 (5,1%)		

Angaben zur Lebenssituation (a) Chi ² -Test (b) Test nach Fisher (c) Monte-Carlo-Methode				
	Transmaskulin	Transfeminin	Sig.	Sig.
	(n (%))	(n (%))	(Wert (df))	(p)
Mehrmals	2 (1,6%)	4 (5,1%)		
Häufig	1 (0,8%)	0 (0,0%)		
Sehr häufig	0 (0,0%)	1 (1,3%)		
Wechsel bzw. Kündigung der Arbeitsstelle			0,655 (1) (a)	0,418
(n=206 – 126 FtM, 80 MtF)				
Ja	24 (19,0%)	19 (23,8%)		
Nein	102 (81,0%)	61 (76,3%)		
Entlassung			11,574 (1) (a)	0,001
(n=206 – 126 FtM, 80 MtF)				
Ja	8 (6,3%)	18 (22,5%)		
Nein	118 (93,7%)	62 (77,5%)		
Benachteiligung bzw. Ablehnung b. Bewerbungen			15,184 (4) (a)	0,004
(n=193 – 116 FtM, 77 MtF)				
Trifft nicht zu	71 (61,2%)	43 (55,8%)		
Trifft eher nicht zu	14 (12,1%)	4 (5,2%)		
Teils-Teils	19 (16,4%)	7 (9,1%)		
Trifft eher zu	8 (6,9%)	11 (14,3%)		
Trifft zu	4 (3,4%)	12 (15,6%)		

Eine statistische Signifikanz ist zwischen dem Wechsel der Arbeitsstelle bzw. einer Kündigung aufgrund von Problemen / einer Problemvorbeugung aufgrund der Transidentität und dem (empfundene) Geschlecht nicht gegeben.

Das Vorkommen einer Entlassung aufgrund der Transidentität unterscheidet sich statistisch signifikant in Bezug auf das (empfundene) Geschlecht (Chi²: 11,574, p=0,001). Der signifikante Zusammenhang lässt sich zu einem großen Teil dadurch erklären, dass mehr Teilnehmerinnen als Teilnehmer aufgrund ihrer Transidentität entlassen wurden.

Ein statistisch signifikanter Zusammenhang zeigt sich des Weiteren zwischen einer Benachteiligung bzw. Ablehnung bei Bewerbungen aufgrund der Transidentität und dem (empfundene) Geschlecht (Chi²: 15,184, p=0,004). Die meisten trans Frauen und trans Männer hatten den Eindruck, dass eine Bewerbung nicht aufgrund der Transidentität abgelehnt bzw. sie deshalb benachteiligt wurden. Beim Vergleich der Daten der Teilnehmer und Teilnehmerinnen erkennt man, dass mehr Probanden als Probandinnen angaben, dass eine Benachteiligung bzw. Ablehnung bei einer Bewerbung

aufgrund der Transidentität für sie nicht zutrifft, teils-teils und eher nicht zutrifft. Mehr Teilnehmerinnen als Teilnehmer hatten hingegen den Eindruck, dass eine Benachteiligung bzw. Ablehnung bei Bewerbungen aufgrund der Transidentität zutrifft und eher zutrifft.

5.2.8 Familien- und Freundeskreis

In Zuge dieses Fragenkreises wurde nach den Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen aufgrund der Transidentität in der Familie und innerhalb des Freundeskreises gefragt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 22 aufgeführt. Eine statistische Signifikanz ist zwischen der Diskriminierung im Familienkreis aufgrund der Transidentität und dem (empfundene) Geschlecht nicht gegeben. Ebenso herrscht kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Diskriminierungserfahrungen aufgrund der Transidentität im Freundeskreis und dem (empfundene) Geschlecht vor. Auch in Bezug auf Gewalterfahrungen aufgrund der Transidentität innerhalb des Familien- bzw. des Freundeskreises und dem (empfundene) Geschlecht zeigt sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang. Des Weiteren unterscheidet sich auch die Zufriedenheit mit der Unterstützung durch die Familie nicht in Bezug auf das (empfundene) Geschlecht.

Tabelle 22: Ergebnisse zu den Fragen zum Familien- und Freundeskreis

Angaben zur Lebenssituation (a) Chi ² -Test (b) Test nach Fisher (c) Monte-Carlo-Methode				
	Transmaskulin (n (%))	Transfeminin (n (%))	Sig. (Wert (df))	Sig. (p)
Diskriminierung in der Familie (n=284 – 176 FtM, 108 MtF)			0,700 (4) (a)	0,951
Niemals	82 (46,6%)	49 (45,4%)		
Selten	40 (22,7%)	29 (26,9%)		
Mehrmals	27 (15,3%)	15 (13,9%)		
Häufig	15 (8,5%)	8 (7,4%)		
Sehr häufig	12 (6,8%)	7 (6,5%)		
Diskriminierung im Freundeskreis (n=288 – 180 FtM, 108 MtF)			3,920 (b)	0,407
Niemals	121 (67,2%)	64 (59,3%)		
Selten	46 (25,6%)	31 (28,7%)		
Mehrmals	11 (6,1%)	10 (9,3%)		
Häufig	2 (1,1%)	2 (1,9%)		
Sehr häufig	0 (0,0%)	1 (0,9%)		

Angaben zur Lebenssituation (a) Chi ² -Test (b) Test nach Fisher (c) Monte-Carlo-Methode				
	Transmaskulin (n (%))	Transfeminin (n (%))	Sig. (Wert (df))	Sig. (p)
Gewalterfahrungen in der Familie				
(n=288 – 179 FtM, 109 MtF)			3,544 (b)	0,501
Niemals	162 (90,5%)	98 (89,9%)		
Selten	11 (6,1%)	5 (4,6%)		
Mehrmals	5 (2,8%)	3 (2,8%)		
Häufig	0 (0,0%)	2 (1,8%)		
Sehr häufig	1 (0,6%)	1 (0,9%)		
Gewalterfahrungen im Freundeskreis				
(n=287 – 178 FtM, 109 MtF)			4,620 (b)	0,143
Niemals	172 (96,6%)	100 (91,7%)		
Selten	5 (2,8%)	5 (4,6%)		
Mehrmals	1 (0,6%)	3 (2,8%)		
Häufig	0 (0,0%)	1 (0,9%)		
Sehr häufig	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
Unterstützung d. die Familie				
(n=285 – 177 FtM, 108 MtF)			6,757 (4) (a)	0,149
Sehr unzufrieden	26 (14,7%)	13 (12,0%)		
Unzufrieden	23 (13,0%)	20 (18,5%)		
Weder zuf. n. unzuf.	36 (20,3%)	17 (15,7%)		
Zufrieden	35 (19,8%)	32 (29,6%)		
Sehr zufrieden	57 (32,2%)	26 (24,1%)		

5.2.9 Unterstützung

Eine statistische Signifikanz zwischen der Möglichkeit eine Selbsthilfe-Organisation in der Nähe zu besuchen und dem (empfundene) Geschlecht ist nicht gegeben. Die Einschätzung der Unterstützung durch Selbsthilfegruppen, Internetseiten und Internetforen, Community, Beratungsstellen, Ärzte und Therapeuten unterscheidet sich ebenso nicht statistisch signifikant in Bezug auf das (empfundene) Geschlecht.

Tabelle 23: Ergebnisse der Fragen zu verschiedenen Unterstützungsmöglichkeiten

Angaben zur Lebenssituation (a) Chi ² -Test (b) Test nach Fisher (c) Monte-Carlo-Methode				
	Transmaskulin (n (%))	Transfeminin (n (%))	Sig. (Wert (df))	Sig. (p)
Möglichkeit eines Besuches von Selbsthilfe-Organisationen (n=288 – 180 FtM, 108 MtF)			0,008 (1) (a)	0,928
Ja	156 (86,7%)	94 (87,0%)		
Nein	24 (13,3%)	14 (13,0%)		
Einschätzung der Unterstützungsmöglichkeiten als hilfreich (n=283 – 176 FtM, 107 MtF)			9,161 (4) (a)	0,057
Niemals	9 (5,1%)	10 (9,3%)		
Selten	16 (9,1%)	17 (15,9%)		
Zeitweilig	39 (22,2%)	29 (27,1%)		
Häufig	61 (34,7%)	23 (21,5%)		
Sehr häufig	51 (29,0%)	28 (26,2%)		

5.2.10 Gesundheitssystem

Zu Beginn dieses Fragenblockes wurde nach Diskriminierungserfahrungen aufgrund der Transidentität im Gesundheitssystem innerhalb des Jahres vor der Befragung gefragt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 24 dargestellt. Es zeigt sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen den Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitssystem und dem (empfundene) Geschlecht.

Tabelle 24: Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitssystem

Angaben zur Lebenssituation (a) Chi ² -Test (b) Test nach Fisher (c) Monte-Carlo-Methode				
	Transmaskulin (n (%))	Transfeminin (n (%))	Sig. (Wert (df))	Sig. (p)
Diskriminierung im Gesundheitssystem (n=286 – 179 FtM, 107 MtF)			6,584 (b)	0,153
Niemals	109 (60,9%)	63 (58,9%)		
Selten	44 (24,6%)	22 (20,6%)		
Mehrere Male	15 (8,4%)	15 (14,0%)		
Häufig	7 (3,9%)	1 (0,9%)		
Sehr häufig	4 (2,2%)	6 (5,6%)		

Die Erfahrungen der Teilnehmer_innen mit den Krankenkassen und dem MDK sind weit gefächert und reichen von sehr unzufrieden bis zu sehr zufrieden. Dies ist durch

die breite Verteilung der Prozentzahlen in den einzelnen Rubriken der Variablen in Tabelle 25 gut erkennbar.

Eine statistische Signifikanz zwischen der Zufriedenheit mit der Behandlung bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und dem (empfundene) Geschlecht ist nicht gegeben. Es zeigt sich allerdings eine statistische Signifikanz zwischen der Zufriedenheit mit der Entscheidung der Kassen und dem (empfundene) Geschlecht (χ^2 : 11,705, $p=0,020$). Mit der Entscheidung der Kassen waren die meisten Probanden sehr zufrieden und die meisten Probandinnen weder zufrieden noch unzufrieden. Mehr Teilnehmerinnen als Teilnehmer waren mit der Entscheidung der Kassen weder zufrieden-noch unzufrieden und sehr unzufrieden. Trans Männer gaben im Unterschied dazu häufiger an, dass sie unzufrieden, zufrieden und sehr zufrieden mit der Entscheidung der Kassen sind. Auch die Zufriedenheit mit dem Inhalt und Umfang der kassenärztlichen Leistung nach MDS Richtlinien unterscheidet sich statistisch signifikant in Bezug auf das empfundene Geschlecht (χ^2 : 15,037, $p=0,005$). Die meisten Probandinnen gaben an, dass sie mit dem Inhalt und Umfang der kassenärztlichen Leistung nach MDS Richtlinien zufrieden sind. Die Mehrzahl der Teilnehmer war mit dem Inhalt und Umfang der kassenärztlichen Leistung nach MDS Richtlinien teils zufrieden-teils unzufrieden. Prozentuell gesehen waren mehr Teilnehmerinnen als Teilnehmer mit dem Inhalt und Umfang der kassenärztlichen Leistung nach MDS Richtlinien sehr unzufrieden, unzufrieden und zufrieden. Mehr trans Männer als trans Frauen waren wiederum mit dem Inhalt und Umfang der kassenärztlichen Leistung teils zufrieden-teils unzufrieden und sehr zufrieden.

Tabelle 25: Ergebnisse zu den Fragen im Zusammenhang mit den Krankenkassen und dem MDK

Angaben zur Lebenssituation (a) χ^2 -Test (b) Test nach Fisher (c) Monte-Carlo-Methode				
	Transmaskulin (n (%))	Transfeminin (n (%))	Sig. (Wert (df))	Sig. (p)
Behandlung bei der Begutachtung durch den MdK (n=195 – 118 FtM, 77 MtF)			3,025 (4) (a)	0,554
Sehr unzufrieden	15 (12,7%)	17 (22,1%)		
Unzufrieden	20 (16,9%)	11 (14,3%)		
Weder zuf. n. unzuf.	42 (35,6%)	25 (32,5%)		
Zufrieden	25 (21,2%)	15 (19,5%)		
Sehr zufrieden	16 (13,6%)	9 (11,7%)		

Angaben zur Lebenssituation (a) Chi ² -Test (b) Test nach Fisher (c) Monte-Carlo-Methode				
	Transmaskulin (n (%))	Transfeminin (n (%))	Sig. (Wert (df))	Sig. (p)
Entscheidung der Kassen (n=225 – 135 FtM, 90 MtF)			11,705 (4) (a)	0,020
Sehr unzufrieden	15 (11,1%)	18 (20,0%)		
Unzufrieden	17 (12,6%)	10 (11,1%)		
Weder zuf. n. unzuf.	29 (21,5%)	29 (32,2%)		
Zufrieden	34 (25,2%)	21 (23,3%)		
Sehr zufrieden	40 (29,6%)	12 (13,3%)		
Dauer des Genehmigungsverfahrens (n=218 – 133 FtM, 85 MtF)			4,621 (4) (a)	0,328
Sehr unzufrieden	24 (18,0%)	20 (23,5%)		
Unzufrieden	29 (21,8%)	23 (27,1%)		
Weder zuf. n. unzuf.	28 (21,1%)	19 (22,4%)		
Zufrieden	27 (20,3%)	15 (17,6%)		
Sehr zufrieden	25 (18,8%)	8 (9,4%)		
Inhalt und Umfang der kassenärztlichen Leistung nach MDS Richtlinien (n=199 – 124 FtM, 75 MtF)			15,037 (4) (a)	0,005
Sehr unzufrieden	6 (4,8%)	15 (20,0%)		
Unzufrieden	23 (18,5%)	14 (18,7%)		
Weder zuf. n. unzuf.	42 (33,9%)	16 (21,3%)		
Zufrieden	30 (24,2%)	22 (29,3%)		
Sehr zufrieden	23 (18,5%)	8 (10,7%)		
Begleitung durch die Krankenkasse (n=253 – 157 FtM, 96 MtF)			5,644 (4) (a)	0,227
Sehr unzufrieden	17 (10,8%)	19 (19,8%)		
Unzufrieden	26 (16,6%)	20 (20,8%)		
Weder zuf. n. unzuf.	42 (26,8%)	22 (22,9%)		
Zufrieden	43 (27,4%)	22 (22,9%)		
Sehr zufrieden	29 (18,5%)	13 (13,5%)		

Eine statistische Signifikanz zwischen der Zufriedenheit mit der Dauer des Genehmigungsverfahrens und dem (empfundene) Geschlecht ist nicht vorhanden, wie auch kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Zufriedenheit mit der Begleitung durch die Krankenkasse und dem (empfundene) Geschlecht gegeben ist.

Die Ergebnisse zu den Fragen im Zusammenhang mit den Erfahrungen im transbezogenen Gesundheitssystem und dem medizinischen Fachpersonal sind in Tabelle

26 dargestellt. Die Erfahrungen der Teilnehmer_innen zeigen sich weniger breit gefächert als die Erfahrungen der Proband_innen mit den Krankenkassen und dem MDK. Mit dem fachlichen und menschlichen Umgang des medizinischen Fachpersonals, der Qualität der medizinischen Beratung, der Qualität der Ausführung und der begleitenden Psychotherapie waren die meisten Teilnehmer_innen zufrieden, sehr zufrieden und teils zufrieden-teils unzufrieden. Nur wenige Proband_innen zeigten sich mit dem fachlichen und menschlichen Umgang des medizinischen Fachpersonals, der Qualität der medizinischen Beratung, der Qualität der Ausführung und der begleitenden Psychotherapie unzufrieden bzw. sehr unzufrieden. In Bezug auf das (empfundene) Geschlecht und der Zufriedenheit mit dem fachlichen Umgang des medizinischen Personals ergibt sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang. Auch zwischen der Zufriedenheit mit dem menschlichen Umgang des med. Personals und dem (empfundene) Geschlecht zeigt sich keine statistische Signifikanz. In Bezug auf die Zufriedenheit mit der Qualität der Ausführung bzw. der Qualität der medizinischen Beratung und dem (empfundene) Geschlecht ergibt sich ebenso kein statistisch signifikanter Zusammenhang und eine statistische Signifikanz zwischen der Zufriedenheit mit der begleitenden Psychotherapie und dem (empfundene) Geschlecht ist wiederum nicht gegeben.

Tabelle 26: Ergebnisse der Fragen im Zusammenhang mit den Erfahrungen im transbezogenen Gesundheitssystem und dem medizinischen Fachpersonal

Angaben zur Lebenssituation (a) Chi ² -Test (b) Test nach Fisher (c) Monte-Carlo-Methode				
	Transmaskulin (n (%))	Transfeminin (n (%))	Sig. (Wert (df))	Sig. (p)
Fachlicher Umgang des medizinischen Personals (n=254 – 158 FtM, 96 MtF)			4,751 (b)	0,313
Sehr unzufrieden	7 (4,4%)	5 (5,2%)		
Unzufrieden	4 (2,5%)	7 (7,3%)		
Weder zuf. n. unzuf.	50 (31,6%)	23 (24,0%)		
Zufrieden	56 (35,4%)	38 (39,6%)		
Sehr zufrieden	41 (25,9%)	23 (24,0%)		
Menschlicher Umgang des medizinischen Personals (n=226 – 144 FtM, 82 MtF)			4,799 (b)	0,300
Sehr unzufrieden	3 (2,1%)	2 (2,4%)		
Unzufrieden	3 (2,1%)	6 (7,3%)		
Weder zuf. n. unzuf.	35 (24,3%)	18 (22,0%)		
Zufrieden	52 (36,1%)	33 (40,2%)		
Sehr zufrieden	51 (35,4%)	23 (28,0%)		

Angaben zur Lebenssituation (a) Chi ² -Test (b) Test nach Fisher (c) Monte-Carlo-Methode				
	Transmaskulin (n (%))	Transfeminin (n (%))	Sig. (Wert (df))	Sig. (p)
Qualität der medizinischen Beratung (n=259 – 161 FtM, 98 MtF)			4,224 (4) (a)	0,377
Sehr unzufrieden	8 (5,0%)	6 (6,1%)		
Unzufrieden	7 (4,3%)	10 (10,2%)		
Weder zuf. n. unzuf.	39 (24,2%)	19 (19,4%)		
Zufrieden	70 (43,5%)	39 (39,8%)		
Sehr zufrieden	37 (23,0%)	24 (24,5%)		
Qualität der Ausführung (n=236 – 145 FtM, 91 MtF)			3,758 (b)	0,443
Sehr unzufrieden	7 (4,8%)	5 (5,5%)		
Unzufrieden	5 (3,4%)	8 (8,8%)		
Weder zuf. n. unzuf.	33 (22,8%)	16 (17,6%)		
Zufrieden	65 (44,8%)	42 (46,2%)		
Sehr zufrieden	35 (24,1%)	20 (22,0%)		
Begleitende Psychotherapie (n=263 – 162 FtM, 101 MtF)			2,502 (4) (a)	0,644
Sehr unzufrieden	10 (6,2%)	8 (7,9%)		
Unzufrieden	14 (8,6%)	10 (9,9%)		
Weder zuf. n. unzuf.	35 (21,6%)	17 (16,8%)		
Zufrieden	50 (30,9%)	26 (25,7%)		
Sehr zufrieden	53 (32,7%)	40 (39,6%)		

Die Zufriedenheit mit der Wartezeit auf OP-Termine unterscheidet sich statistisch signifikant in Bezug auf das (empfundene) Geschlecht (Chi²:22,062, p=0,000). Die meisten Teilnehmer waren mit der Wartezeit auf einen OP-Termin zufrieden, während die meisten Teilnehmerinnen mit der Wartezeit auf einen OP-Termin zu gleichen Prozentanteil weder zufrieden noch unzufrieden bzw. sehr unzufrieden waren. Mehr trans Männer als trans Frauen waren mit der Wartezeit auf einen OP-Termin sehr zufrieden, zufrieden, weder zufrieden noch unzufrieden und unzufrieden. Mehr Probandinnen als Probanden waren hingegen mit der mit der Wartezeit auf einen OP-Termin sehr unzufrieden.

Ein statistisch signifikanter Zusammenhang ist auch zwischen der Bezahlung von geschlechtsmodifizierenden Behandlungen und dem (empfundene) Geschlecht gegeben (Chi²:25,258, p=0,000). Dies kann zu einem großen Teil dadurch erklärt werden, dass deutlich mehr Probandinnen als Probanden für geschlechtsmodifizierende Behandlungen selbst bezahlt haben.

Tabelle 27: Ergebnisse der Fragen im Zusammenhang mit den Erfahrungen im transbezogenen Gesundheitssystem und der Selbstbezahlung von geschlechtsmodifizierenden Behandlungen

Angaben zur Lebenssituation (a) Chi ² -Test (b) Test nach Fisher (c) Monte-Carlo-Methode				
	Transmaskulin (n (%))	Transfeminin (n (%))	Sig. (Wert (df))	Sig. (p)
Wartezeit auf OP Termin (n=211 – 134 FtM, 77 MtF)			22,062 (4) (a)	0,000
Sehr unzufrieden	7 (5,2%)	21 (27,3%)		
Unzufrieden	24 (17,9%)	8 (10,4%)		
Weder zuf. n. unzuf.	37 (27,6%)	21 (27,3%)		
Zufrieden	39 (29,1%)	15 (19,5%)		
Sehr zufrieden	27 (20,1%)	12 (15,6%)		
Selbstbezahlung von geschl.mod. Behandlungen (n=247 – 155 FtM, 92 MtF)			25,258 (1) (a)	0,000
Ja	13 (8,4%)	31 (33,7%)		
Nein	142 (91,6%)	61 (66,3%)		

5.3 WHOQOL-BREF

Zu Beginn des WHOQOL-BREF wurde jede_r Teilnehmer_in der Umfrage nach einer Beurteilung der eigenen Lebensqualität und nach der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit gefragt.

Es zeigt sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Beurteilung der eigenen Lebensqualität und dem (empfundene) Geschlecht (Fisher=14,586, p=0,004). Auch wenn die meisten trans Frauen und trans Männer ihre Lebensqualität als gut einordneten, so gibt es deutlichere Unterschiede in den anderen Antwortkategorien. Mehr Probandinnen als Probanden beurteilten prozentuell gesehen ihre Lebensqualität zum Zeitpunkt der Umfrage als sehr gut, allerdings ordneten auch mehr Teilnehmerinnen als Teilnehmer ihre Lebensqualität als schlecht und sehr schlecht ein. Mehr trans Männer als trans Frauen gaben an, dass sie ihre Lebensqualität als mittelmäßig einordnen.

Bei der Analyse eines Zusammenhangs zwischen der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit und dem empfundenen Geschlecht kann eine statistische Signifikanz ermittelt werden (Fisher=9,719, p=0,042). Die meisten trans Männer und trans Frauen gaben an, dass sie mit ihrer Gesundheit zufrieden sind, wobei prozentuell gesehen mehr Teilnehmerinnen als Teilnehmer diesen Punkt ausgewählt haben. Mehr Pro-

banden als Probandinnen waren mit ihrer Gesundheit sehr zufrieden und weder zufrieden noch unzufrieden, allerdings waren auch mehr Teilnehmer als Teilnehmerinnen mit der eigenen Gesundheit unzufrieden. Mehr Probandinnen als Probanden gaben an, dass sie mit ihrer Gesundheit sehr unzufrieden sind.

Tabelle 28: Beurteilung der eigenen Lebensqualität und Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit

Angaben zur Lebenssituation (a) Chi ² -Test (b) Test nach Fisher (c) Monte-Carlo-Methode				
	Transmaskulin	Transfeminin	Sig.	Sig.
	(n (%))	(n (%))	(Wert (df))	(p)
Beurteilung der eigenen LQ (n=290 – 180 FtM, 110 MtF)			14,586 (4) (b)	0,004
Sehr schlecht	0 (0,0%)	5 (4,5%)		
Schlecht	12 (6,7%)	11 (10,0%)		
Mittelmäßig	57 (31,7%)	23 (20,9%)		
Gut	89 (49,4%)	49 (44,5%)		
Sehr gut	22 (12,2%)	22 (20,0%)		
Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit (n=290 – 180 FtM, 110 MtF)			9,719 (4) (b)	0,042
Sehr unzufrieden	2 (1,1%)	7 (6,4%)		
Unzufrieden	28 (15,6%)	13 (11,8%)		
Weder zuf. n. unzuf.	49 (27,2%)	20 (18,2%)		
Zufrieden	83 (46,1%)	60 (54,5%)		
Sehr zufrieden	18 (10,0%)	10 (9,1%)		

Für den Globalwert (berechnet aus den Ergebnissen der Teilnehmer_innen zur ersten und zweiten Frage) ergeben sich folgende Werte:

Tabelle 29: Ergebnisse des Globalwertes der Probanden und Probandinnen (inkl. der Normwerte der deutschen männl. und weibl. Allgemeinbevölkerung) (vgl. Angermeyer 2000)

WHOQOL-BREF Globalwert (a) Einstichproben t-Test (b) T-Test bei 2 unabh. Stichproben				
	Probanden	Allgemeinbev. männl.	Sig.	Sig.
			(T (df))	(p)
Mittelwert	64,44	68,93		
Standardabweichung	(18,68)	(17,44)	-3,222 (179) (a)	0,002
Anzahl (n)	180	927		

WHOQOL-BREF Globalwert (a) Einstichproben t-Test (b) T-Test bei 2 unabh. Stichproben				
	Probandinnen	Allgemeinbev. weibl.	Sig. (T (df))	Sig. (p)
Mittelwert	64,20	66,49		
Standardabweichung	(23,12)	(18,26)	-1,037 (109) (a)	0,302
Anzahl (n)	110	1128		
	Probanden	Probandinnen	Sig. (T (df))	Sig. (p)
Mittelwert	64,44	64,20		
Standardabweichung	(18,68)	(23,12)	0,097 (288) (b)	0,923
Anzahl (n)	180	110		

Die Globalwerte der Probanden und Probandinnen liegen unter den Globalwerten der deutschen männlichen und weiblichen Allgemeinbevölkerung. Das bedeutet, dass die Gesamtschätzung der Lebensqualität (=Globalwert) der Teilnehmerinnen bzw. der Teilnehmer geringer ist als die Gesamtschätzung der Lebensqualität der deutschen weiblichen bzw. männlichen Allgemeinbevölkerung.

Es zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen dem Globalwert der Probandinnen und dem Globalwert der deutschen, weiblichen Allgemeinbevölkerung. Der Globalwert der Probanden ist hingegen signifikant niedriger als der Globalwert der deutschen, männlichen Allgemeinbevölkerung (t-Test: $T=-3,222$, $p=0,002$). Zwischen den Gruppen der weiblichen und männlichen Probanden zeigt sich kein signifikanter Unterschied in der Gesamtschätzung der Lebensqualität.

5.3.1 Domänen des WHOQOL-BREF

Zur Bestimmung der internen Konsistenz wurde Cronbachs Alpha für die vier WHOQOL-BREF-Domänen (4 Items) ermittelt. 287 Fälle wurden zur Berechnung herangezogen, 3 Fälle wurden von der Berechnung ausgeschlossen. Die interne Konsistenz ist hoch (Cronbachs Alpha: 0,844). Die Item-Skala-Statistik zeigt die Tabelle 30. Die Trennschärfe (korr. Item -Skala-Korrelation) der physischen, der psychischen und der Umwelt-Domäne liegt über 0,7. Die Domäne „Soziale Beziehungen“ stellt eine Ausnahme dar mit einem Wert von 0,584 und zeigt damit eine niedrigere interne Konsistenz. In die Interpretation dieses Wertes muss allerdings auch einbezogen werden, dass die Domäne „Soziale Beziehungen“ nur drei Items beinhaltet und dadurch die Aussagekraft von Cronbachs Alpha eingeschränkt ist. Da zudem die Trennschärfe

aller vier Items über 0,3 liegt, ist eine Überarbeitung bzw. Verwerfung einer oder mehrerer Items nicht erforderlich. Cronbach Alpha beträgt 0,844, wenn alle Items in die Berechnung einbezogen werden. Das Ausschließen der physischen, der psychischen und der Domäne „Umwelt“ würde den Cronbach Alpha Wert erniedrigen. Würde die Domäne „Soziale Beziehungen“ von der Berechnung ausgeschlossen werden, dann würde sich der Cronbach-Alpha-Wert nur um 0,008 erhöhen. Da diese Verbesserung sehr gering und damit vernachlässigbar ist, wird das Item „Soziale Beziehung“ in der Skala belassen (vgl. Angermeyer 2000).

Tabelle 30: Cronbachs Alpha (Item-Skala-Statistik) für die vier Domänen des WHOQOL-BREF

Item-Skala-Statistik				
	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
WHOQOL-BREF Domäne 1: Physisch	191,0009	2471,084	,732	,780
WHOQOL-BREF Domäne 2: Psychisch	198,7763	2425,791	,715	,786
WHOQOL-BREF Domäne 3: Soz. Bez.	198,1521	2460,008	,584	,852
WHOQOL-BREF Domäne 4: Umwelt	189,8457	2664,203	,717	,792

Die Ergebnisse der vier Domänen des WHOQOL-BREF der Teilnehmerinnen sind in Tabelle 31 dargestellt, inklusive der Normwerte der deutschen, weiblichen Allgemeinbevölkerung. Der Vergleich der Werte der Probandinnen für die vier Domänen mit den Normwerten der weiblichen, deutschen Allgemeinbevölkerung zeigt, dass der Wert der physischen Domäne der Probandinnen signifikant unter dem Normwert der dazugehörigen Domäne für die weibliche, deutsche Allgemeinbevölkerung liegt (t-Test: $T=-3,026$, $p=0,003$), wie auch der Wert der psychischen Domäne (t-Test: $T=-4,586$, $p=0,000$) und der Wert der Domäne „Soziale Beziehungen“ (t-Test: $T=-5,331$, $p=0,000$). Der Wert der Umwelt-Domäne unterscheidet sich nicht signifikant von dem Normwert der Umweltdomäne der weiblichen, deutschen Allgemeinbevölkerung.

Tabelle 31: Ergebnisse der 4 Domänen des WHOQOL-BREF der Probandinnen (inkl. der Normwerte der deutschen, weiblichen Allgemeinbevölkerung) (Angermeyer 2000)

WHOQOL-BREF Domänen: Einstichproben t-Test				
	Probandinnen	Allgemeinbev. weibl.	Sig. (T (df))	Sig. (p)
WHOQOL-BREF				
Domäne 1: Physisch			-3,026 (108)	0,003
Mittelwert	68,92	75,35		
SA	(22,20)	(18,13)		
Anzahl (n)	109	1127		
WHOQOL-BREF				
Domäne 2: Psychisch			-4,586 (108)	0,000
Mittelwert	62,43	72,49		
Standardabweichung	(22,90)	(16,28)		
Anzahl (n)	109	1128		
WHOQOL-BREF				
Domäne 3: Soziale Beziehungen			-5,331 (107)	0,000
Mittelwert	59,34	71,41		
Standardabweichung	(23,53)	(18,78)		
Anzahl (n)	108	1123		
WHOQOL-BREF				
Domäne 4: Umwelt			-0,023 (109)	0,981
Mittelwert	69,69	69,73		
Standardabweichung	(19,15)	(14,05)		
Anzahl (n)	110	1128		

Der grafische Vergleich der Werte der Probandinnen für die vier Domänen mit den Normwerten der weiblichen, deutschen Allgemeinbevölkerung ist in Abbildung 4 dargestellt (Skalierung beginnt bei einem Mittelwert von 55,00).

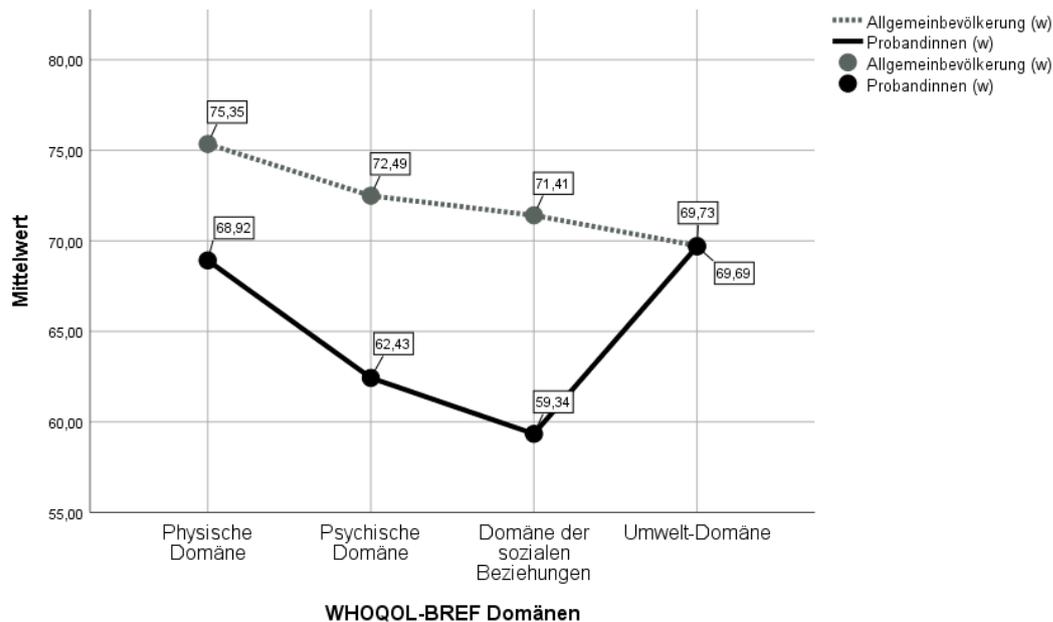


Abbildung 4: Vergleich der Werte der Probandinnen mit den Normwerten der deutschen, weiblichen Allgemeinbevölkerung

Der Wert der Umwelt-Domäne weist bei den Teilnehmerinnen die geringste Differenz zum Normwert der deutschen, weiblichen Allgemeinbevölkerung auf (mittl. Diff.: -0,04). Die höchste Differenz zum Normwert der weiblichen, deutschen Allgemeinbevölkerung zeigt sich bei den Probandinnen in der Domäne „Soziale Beziehungen“ (mittl. Diff.: -12,07), gefolgt von der psychischen (mittl. Diff.: -10,06) und im Anschluss von der physischen Domäne (mittl. Diff.: -6,43).

Die Ergebnisse der vier Domänen des WHOQOL-BREF der Teilnehmer sind in Tabelle 32 zu sehen, inklusive der Normwerte der deutschen, männlichen Allgemeinbevölkerung. Alle Werte der Probanden für die vier Domänen des WHOQOL-BREF liegen unter den Normwerten der männlichen, deutschen Allgemeinbevölkerung, wobei die Werte der physischen (t-Test: $T=-8,519$, $p=0,000$), der psychischen (t-Test: $T=-12,339$, $p=0,000$) und der Domäne „Soziale Beziehungen“ (t-Test: $T=-6,444$, $p=0,000$) signifikant tiefer als die dazugehörigen Normwerte liegen. Der Mittelwert der Umwelt-Domäne unterscheidet sich nicht signifikant von dem Umwelt-Domäne-Normwert der männlichen, deutschen Allgemeinbevölkerung.

Tabelle 32: Ergebnisse der 4 Domänen des WHOQOL-BREF der Probanden (inkl. der Normwerte der deutschen, männlichen Allgemeinbevölkerung) (Angermeyer 2000)

WHOQOL-BREF Domänen: Einstichproben t-Test				
	Probanden	Allgemeinbev. männl.	Sig. (T (df))	Sig. (p)
WHOQOL-BREF Domäne 1:				
Physisch			-8,519 (179)	0,000
Mittelwert	68,00	78,84		
Standardabweichung	(17,08)	(16,93)		
Anzahl (n)	180	925		
WHOQOL-BREF Domäne 2:				
Psychisch			-12,339 (179)	0,000
Mittelwert	59,26	75,88		
Standardabweichung	(18,07)	(14,72)		
Anzahl (n)	180	927		
WHOQOL-BREF Domäne 3:				
Soziale Beziehungen			-6,444 (179)	0,000
Mittelwert	62,15	72,34		
Standardabweichung	(21,21)	(18,21)		
Anzahl (n)	180	925		
WHOQOL-BREF Domäne 4:				
Umwelt			-1,620 (179)	0,107
Mittelwert	69,25	71,17		
Standardabweichung	(15,89)	(14,28)		
Anzahl (n)	180	925		

Der grafische Vergleich der Werte der Teilnehmer für die vier Domänen mit den Normwerten der deutschen, männlichen Allgemeinbevölkerung ist in Abbildung 5 zu sehen (Skalierung beginnt bei einem Mittelwert von 55,00). Die höchste Differenz zum Normwert der männlichen, deutschen Allgemeinbevölkerung zeigt sich bei den Probanden in der Domäne „psychische Gesundheit“ (mittl. Diff.: -16,62), gefolgt von der physischen Domäne (mittl. Diff.: -10,84) und der Domäne „Soziale Beziehungen“ (mittl. Diff.: -10,19). Die geringste Differenz zwischen den Werten der Probanden und den Normwerten der männlichen, deutschen Allgemeinbevölkerung ist im Bereich der Umwelt-Domäne zu finden (mittl. Diff.: -1,92).

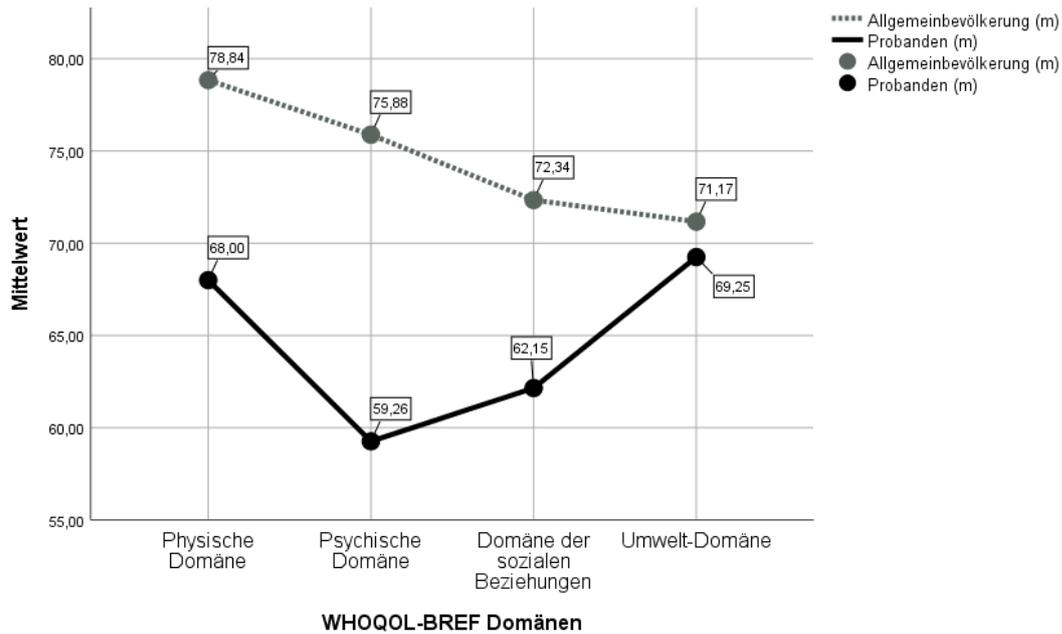


Abbildung 5: Vergleich der Werte der Probanden mit den Normwerten der deutschen, männlichen Allgemeinbevölkerung

Beim Vergleich der Werte der Probandinnen und der Probanden für die vier Domänen (dargestellt in Tabelle 33) ergibt sich, dass trans Frauen einen etwas höheren Wert im Bereich der physischen Gesundheit aufweisen als trans Männer. Im Bereich der psychischen Gesundheit haben die Teilnehmerinnen ebenso einen höheren Wert als die Teilnehmer, allerdings ist dieser deutlicher erhöht. Umgekehrt ist dies im Bereich der sozialen Beziehungen der Fall. Trans Männer weisen in diesem Bereich einen höheren Wert als trans Frauen auf. Im Bereich der Umwelt haben Probanden und Probandinnen einen etwa gleich hohen Wert. Ein signifikanter Unterschied zwischen den Mittelwerten der trans Frauen und der trans Männer ist in keiner der vier Domäne gegeben.

Tabelle 33: Ergebnisse der 4 Domänen des WHOQOL-BREF der Probanden und Probandinnen

WHOQOL-BREF Domänen: T-Test bei 2 unabh. Stichproben				
	Probanden	Probandinnen	Sig. (T (df))	Sig. (p)
WHOQOL-BREF			-0,371 (185)	0,711
Domäne 1: Physisch				
Mittelwert	68,00	68,92		
Standardabweichung	(17,08)	(22,20)		
Anzahl (n)	180	109		

WHOQOL-BREF Domänen: T-Test bei 2 unabh. Stichproben				
	Probanden	Probandinnen	Sig. (T (df))	Sig. (p)
WHOQOL-BREF				
Domäne 2: Psychisch			-1,232 (189)	0,219
Mittelwert	59,26	62,43		
Standardabweichung	(18,07)	(22,90)		
Anzahl (n)	180	109		
WHOQOL-BREF				
Domäne 3: Soziale Beziehungen			1,047 (286)	0,296
Mittelwert	62,15	59,34		
Standardabweichung	(21,21)	(23,53)		
Anzahl (n)	180	108		
WHOQOL-BREF				
Domäne 4: Umwelt			-0,210 (289)	0,834
Mittelwert	69,25	69,69		
Standardabweichung	(15,89)	(19,15)		
Anzahl (n)	180	110		

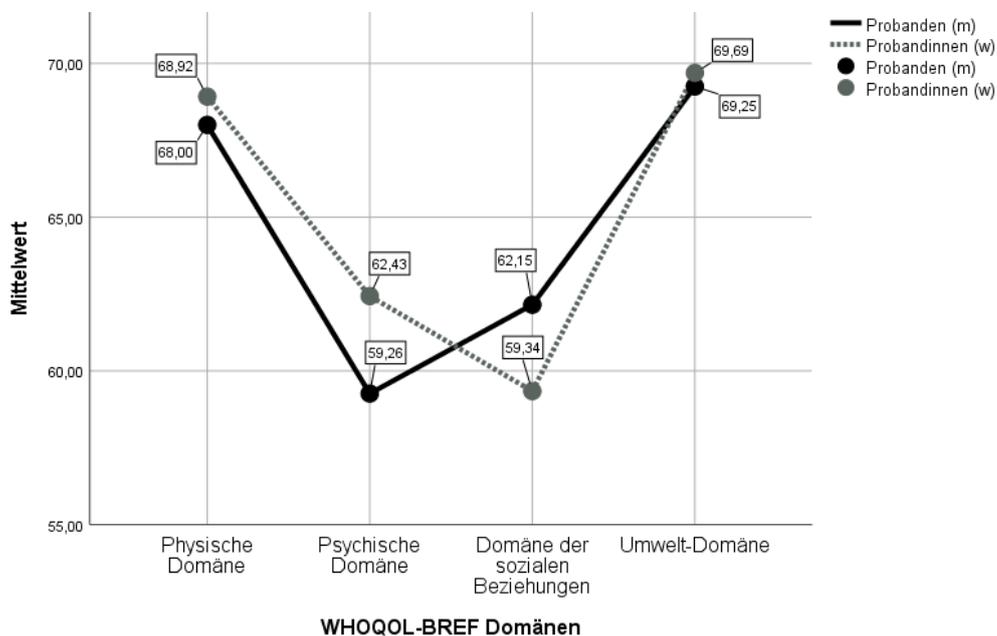


Abbildung 6: Vergleich der Werte der Probandinnen und der Probanden für die vier Domänen

In Abbildung 6 ist deutlich ersichtlich, dass sich die Lebensqualität der Teilnehmer und Teilnehmerinnen kaum in den Bereichen der physischen Gesundheit (mittl. Diff.: -0,92) und der Umwelt (mittl. Diff.: -0,44) unterscheidet. Im Bereich der psychischen

Gesundheit weisen die Probanden eine geringere Lebensqualität als die Probandinnen auf (mittl. Diff.: -3,17), während trans Frauen eine geringere Lebensqualität im Bereich der sozialen Beziehungen zeigen (mittl. Diff.: 2,82).

Die Ergebnisse der Aufschlüsselung der einzelnen Aspekte der vier Domänen des WHOQOL-BREF sind in Tabelle 34 für die Teilnehmer und Teilnehmerinnen dargestellt.

Tabelle 34: Ergebnisse der Aufschlüsselung der verschiedenen Aspekte der vier Domänen des WHOQOL-BREF

WHOQOL-BREF Domänen: T-Test bei 2 unabh. Stichproben								
	Transmaskulin			Transfeminin			Sig. (T (df))	Sig. (T, p)
	MW	SA	n	MW	SA	n		
WHOQOL-BREF								
Domäne 1:	68,00	17,08	180	68,92	22,20	109	-0,371 (287)	0,711
Physisch								
Schmerz ⁽¹⁾	4,09	1,03	180	4,27	1,02	109	-1,372 (287)	0,171
Energie	3,50	0,92	180	3,54	1,13	109	-0,323 (194)	0,747
Schlaf	3,08	1,10	180	3,19	1,19	110	-0,786 (288)	0,433
Mobilität	4,29	0,88	180	4,25	0,97	110	0,394 (288)	0,694
Aktivität	3,62	0,99	180	3,67	1,11	109	-0,423 (287)	0,673
Medikation ⁽¹⁾	4,02	1,11	180	3,87	1,31	109	0,969 (199)	0,334
Arbeitsfähigkeit	3,44	1,14	180	3,53	1,21	109	-0,658 (287)	0,511
WHOQOL-BREF								
Domäne 2:	59,26	18,07	180	62,43	22,90	109	-1,232 (287)	0,219
Psychisch								
Pos. Gefühle	3,51	0,80	180	3,53	1,10	109	-0,173 (177)	0,863
Denken	3,50	0,84	180	3,75	0,88	110	-2,455 (288)	0,015
Selbstwert	3,19	1,04	180	3,51	1,18	109	-2,449 (287)	0,015
Körper	3,16	1,19	180	3,30	1,01	108	-1,028 (286)	0,305
Neg. Gefühle ⁽¹⁾	3,09	0,99	180	3,15	1,18	110	-0,487 (201)	0,627
Spiritualität	3,78	1,02	180	3,77	1,32	107	0,077 (180)	0,939

WHOQOL-BREF Domänen: T-Test bei 2 unabh. Stichproben								
	Transmaskulin			Transfeminin			Sig. (T (df))	Sig. (T, p)
	MW	SA	n	MW	SA	n		
WHOQOL-BREF								
Domäne 3: Soziale Beziehungen	62,15	21,21	180	59,34	23,53	108	1,047 (286)	0,296
Soz. Beziehungen	3,43	1,13	178	3,59	1,23	108	-1,159 (284)	0,247
Soz. Unterstützung	4,03	0,94	180	3,78	1,14	110	1,940 (197)	0,054
Sexualität	2,99	1,29	179	2,75	1,25	108	1,539 (285)	0,125
WHOQOL-BREF								
Domäne 4: Umwelt	69,25	15,89	180	69,69	19,15	110	-0,210 (289)	0,834
Sicherheit	3,68	0,97	180	3,85	1,04	110	-1,346 (288)	0,179
Wohnung	3,71	1,21	180	3,74	1,20	110	-0,211 (288)	0,833
Finanz. Ressourcen	3,18	1,22	180	3,26	1,25	110	-0,574 (288)	0,566
Ges. Versorgung	3,82	1,04	180	3,75	1,02	110	0,616 (288)	0,538
Information	4,39	0,70	180	4,37	0,91	110	0,160 (188)	0,873
Freizeitaktivitäten	3,58	1,09	180	3,62	1,28	110	-0,247 (288)	0,805
Umwelt	3,74	0,95	178	3,84	0,90	110	-0,837 (286)	0,403
Beförderungsmittel	4,05	0,96	179	3,88	1,09	110	1,374 (287)	0,171
Anmerkung: (1) negative Kodierung								

Ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den erhaltenen Werten der Teilnehmer und der Teilnehmerinnen in Bezug auf die einzelnen Aspekte der vier Domänen kann nur in der psychischen Domäne festgestellt werden. Es besteht ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Beurteilung der eigenen Konzentrationsfähigkeit (Aspekt Denken) und dem (empfundene) Geschlecht (t-Test: $T=-2,455$, $p=0,015$), wie auch zwischen der Zufriedenheit mit sich selbst (Aspekt Selbstwert) und dem (empfundene) Geschlecht (t-Test: $T=-2,449$, $p=0,015$).

5.3.2 Einfluss ausgewählter Faktoren auf die Domänen des WHOQOL-BREF

Zuletzt wurde der Einfluss ausgewählter unabhängiger Variablen auf die einzelnen Domänen des WHOQOL-BREF mittels multipler Regression untersucht. Dazu wurden folgende unabhängige Variablen für das Regressionsmodell herangezogen: Ge-

schlecht (nur bei den Daten aller Teilnehmer_innen), Alter, Familienstand, Schulabschluss, Einkommen, Hormone, Operationen, Vornamensänderung, Abschluss der Transition, weitere Krankheiten und/oder gesundheitliche Störungen, Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit, Diskriminierung, seitdem im (empfundene) Geschlecht gelebt wird, Passing, Akzeptanz der Transidentität durch die Umwelt und Zufriedenheit mit der Unterstützung durch die Familie. Die Auswahl der unabhängigen Variablen wurde anhand verschiedener Studien durchgeführt, in denen diese bereits einen Einfluss auf die Lebensqualität bzw. die Lebenssituation gezeigt haben. Dazu wurden folgende Hypothesen aufgestellt:

Das Geschlecht als zu erklärende Variable:

H1: Das Geschlecht hat einen Einfluss auf die Lebensqualität. Trans Männer haben durchschnittlich eine höhere Lebensqualität im Bereich der Domäne der sozialen Beziehungen (vgl. Gómez-Gil et al. 2014).

Das Alter als zu erklärende Variable:

H2: Je höher das Alter, desto geringer die Lebensqualität. Dabei zeigt sich vor allem ein Einfluss des Alters auf die physische und psychische Ebene (vgl. Motmans et al. 2011; Nobili et al. 2018; Murad et al. 2010; FRA 2014)

Der Familienstand als zu erklärende Variable:

H3: Befindet sich die befragte Person in einer Partnerschaft und ist damit nicht alleinstehend, dann erhöht sich die Lebensqualität. Dies macht sich vor allem in der Domäne der sozialen Beziehungen und der psychischen Domäne bemerkbar (vgl. Motmans et al. 2011; Nobili et al. 2018; Motmans et al. 2010; Fuchs et al. 2012; Anderson et al. 2009).

Der Schulabschluss als zu erklärende Variable:

H4: Je höher der Bildungsstand ist, desto höher ist auch die Lebensqualität. Der Bildungsstand hat dabei einen Einfluss auf alle vier Domänen des WHOQOL-BREF (vgl. Motmans et al. 2012; Gómez-Gil et al. 2013; Nobili et al. 2018)

Das Einkommen als zu erklärende Variable:

H5: Je höher das Einkommen, desto höher die Lebensqualität. Das Einkommen wirkt sich dabei auf jede der vier Domänen des WHOQOL-BREF aus (vgl. Nobili et al. 2018; Motmans et al. 2012; Rollero et al. 2014).

Die Einnahme von gegengeschlechtlichen Hormonen als zu erklärende Variable:

H6: Durch die Einnahme von gegengeschlechtlichen Hormonen steigt die Lebensqualität. Der positive Einfluss einer Hormoneinnahme zeigt sich in allen vier Domänen des WHOQOL-BREF, am geringsten jedoch in der Umwelt-Domäne (vgl. Gómez-Gil et al. 2014; Nguyen et al. 2018; Gorin-Lazard et al. 2012; Newfield et al. 2006; Murad et al. 2010; Fisher et al. 2016)

Die Inanspruchnahme von geschlechtsmodifizierenden Operationen als zu erklärende Variable:

H7: Die Inanspruchnahme von geschlechtsmodifizierenden Operationen hat einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität (vgl. Ainsworth/Spiegel 2010; Kuhn et al. 2009; Hepp et al. 2002; AWMF-S3-Leitlinie 2018; Johansson 2010)

Die Vornamensänderung als zu erklärende Variable:

H8: Wurde eine Vornamensänderung rechtskräftig durchgeführt, dann zeigt sich eine höhere Lebensqualität in allen Domänen des WHOQOL-BREF (vgl. Franzen/Sauer 2010; LesMigraS 2012).

Der Abschluss der Transition als zu erklärende Variable:

H9: Mit dem Abschluss der Transition, erhöht sich die Lebensqualität (vgl. Fuchs et al. 2012; Franzen/Sauer 2010; AWMF-S3-Leitlinie 2018).

Das Vorhandensein von Erkrankungen und/oder gesundheitlichen Störungen als zu erklärende Variable:

H10: Sind weitere Erkrankungen und/oder gesundheitliche Störungen vorhanden, dann sinkt die Lebensqualität. Dies zeigt sich besonders in der physischen und der psychischen Domäne (vgl. Heylens et al. 2014; Browne et al. 2007; AWMF-S3-Leitlinie 2018).

Die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit als zu erklärende Variable:

H11: Je höher die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit ist, desto höher stellt sich auch die Lebensqualität dar. Dabei zeigt sich ein starker Einfluss auf alle vier Domänen des WHOQOL-BREF. (vgl. Rollero et al. 2014).

Die Diskriminierung, seitdem das (empfundene) Geschlecht nach außen gelebt wird, als zu erklärende Variable:

H12: Je höher die erfahrene Diskriminierung ist, desto geringer ist auch die Lebensqualität. Häufige Diskriminierungserfahrungen wirken sich negativ auf alle vier Domänen des WHOQOL-BREF aus, vor allem aber auf die psychische Domäne (vgl. FRA 2014; Loos et al. 2016; Franzen/Sauer 2010; LesMigraS 2012).

Das Passing als zu erklärende Variable:

H13: Je besser das Passing bei einer Person ist und die Person damit häufiger entsprechend des (empfundene) Geschlechts von der Umwelt wahrgenommen wird, desto höher ist die Lebensqualität. Das Passing wirkt sich dabei auf alle Domänen des WHOQOL-BREF aus (vgl. Hepp et al. 2002; Fuchs et al. 2012)

Die Akzeptanz der Transidentität durch die Umwelt als zu erklärende Variable:

H14: Je höher sich die Akzeptanz der Transidentität durch die Umwelt zeigt, desto höher ist auch die Lebensqualität. Die Akzeptanz der Transidentität durch die Umwelt zeigt einen Einfluss auf alle Domänen des WHOQOL-BREF (vgl. Fuchs et al. 2012; Motmans et al. 2010).

Die Zufriedenheit mit der Unterstützung durch die Familie als zu erklärende Variable:

H15: Je zufriedener die Teilnehmer bzw. die Teilnehmerinnen der Umfrage mit der Unterstützung durch die Familie sind, desto höher ist auch die Lebensqualität. Eine Unzufriedenheit mit der Unterstützung durch die Familie, wirkt sich dabei auf alle Domänen des WHOQOL-BREF aus (vgl. Gómez-Gil et al. 2014; Motmans et al. 2010; Fuchs et al. 2012).

Abbildung 7 gibt einen Überblick über die in den Hypothesen H1-H15 erarbeiteten Einflussfaktoren auf die Lebensqualität.

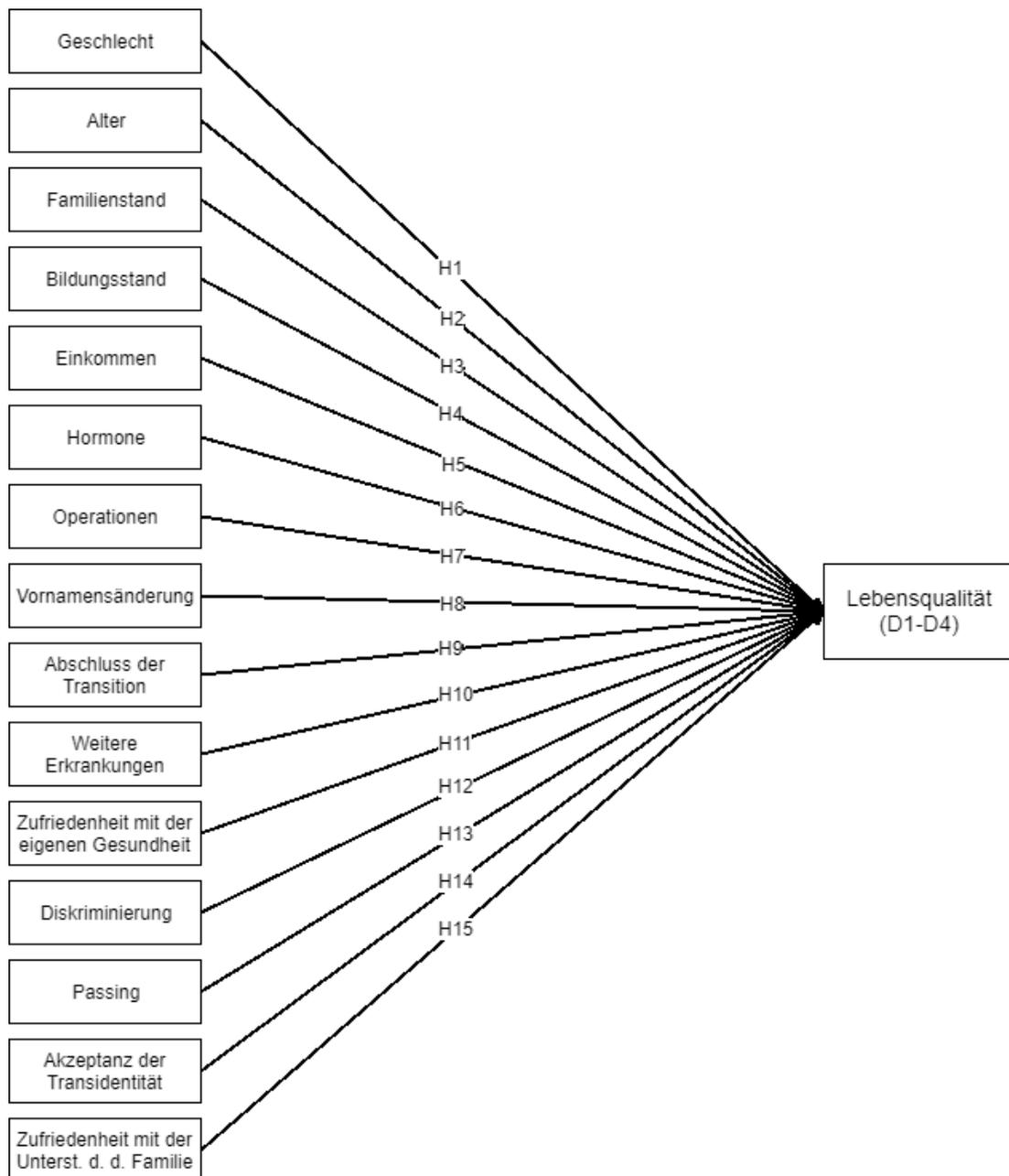


Abbildung 7: Hypothesenübersicht zu den Einflussfaktoren auf die Lebensqualität

Um einen möglichen Einfluss des Geschlechtes auf die Lebensqualität der Teilnehmer_innen aufzuzeigen, wurde zuerst das Regressionsmodell auf die Daten aller Teilnehmer_innen angewandt. Das Geschlecht zeigte in keiner der vier Domänen des WHOQOL-BREF einen signifikanten Einfluss. Eine Übersicht über die Ergebnisse der Analysen ist in der Tabellen 35 dargestellt. Im Anhang sind Tabellen mit den detaillierten Ergebnissen der multiplen Regression für jede einzelne Domäne des WHOQOL-BREF einzusehen.

Tabelle 35: Einfluss der unabhängigen Faktoren auf die Domänen des WHOQOL-BREF der Teilnehmer_innen

Einfluss auf die Domänen der Teilnehmer_innen (gesamt): lineare Regression				
Variable	Phys. Dom.	Psych. Dom	Dom. d. soz. Bez.	Umwelt-Dom.
Konstante	17,935	32,329	16,191	45,821
(Empf.) Geschlecht	-0,474	-1,361	-0,101	-3,122
Alter	-0,062	0,255**	-0,232*	0,099
Familienstand	0,033	-0,439	1,119*	-0,004
Schulabschluss	-0,119	-0,440	-0,079	0,566
Einkommen	2,577***	1,886**	2,489**	2,521***
Hormone	2,975	-6,003*	-0,419	-1,041
Operationen	1,546	-0,634	4,923	3,990*
Vornamensänderung	-3,626	-5,276*	-3,615	-3,682*
Transition Abschluss	-3,319	-2,803	-5,455	-5,122**
Weitere Krankheiten	7,030***	3,724*	0,586	-0,829
Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit	9,314***	8,316***	3,540**	6,018***
Diskr., seitdem d. Geschl. n. außen gelebt wird	-2,795**	-3,382**	-1,309	-4,975***
Passing	-0,628	-0,125	-0,493	-0,488
Akzeptanz d.d. Umwelt	2,494*	2,799*	8,759***	2,381*
Zufriedenheit mit der Unterstützung d.d. Familie	1,364*	-0,323	1,529*	1,239*
R ²	0,567	0,520	0,297	0,516
Korr. R ²	0,542	0,492	0,256	0,488
F (df=15)	22,842***	18,915***	7,337***	18,604***
Anmerkung: *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001 (einseitige Sig.)				

In der Studie von Rollero et al aus dem Jahr 2014 hat sich gezeigt, dass einzelne Faktoren einen unterschiedlich starken Einfluss auf die LQ in Abhängigkeit des Geschlechts haben können (vgl. Rollero et al. 2014). Um dies zu untersuchen, wurden weitere multiple Regressionen an den, nach dem Geschlecht getrennten, Daten durchgeführt. Eine Übersicht über die Ergebnisse der Analysen der Daten der Teilnehmerinnen ist in der Tabellen 36 und 37 dargestellt. Im Anhang sind wiederum Tabellen mit den detaillierten Ergebnissen der multiplen Regression für jede einzelne Domäne des WHOQOL-BREF einzusehen.

Tabelle 36: Einfluss der unabhängigen Faktoren auf die Domänen des WHOQOL-BREF der Teilnehmer

Einfluss auf die Domäne der Teilnehmer: lineare Regression				
Variable	Phys. Dom.	Psych. Dom	Dom. d. soz. Bez.	Umwelt-Dom.
Konstante	23,665	25,202	1,690	49,063
Alter	-0,156	0,342**	-0,075	0,041
Familienstand	0,641	-0,411	0,705	0,192
Schulabschluss	-0,325	0,127	0,429	0,874
Einkommen	2,649***	1,088	2,063	2,263**
Hormone	2,251	-8,791**	-0,143	-1,594
Operationen	-1,000	-1,521	7,356	4,410
Vornamensänderung	0,884	-2,895	-3,511	-4,862
Transition Abschluss	-2,436	-1,487	-3,227	-4,399
Weitere Krankheiten	6,848**	4,446*	2,844	-0,139
Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit	8,048***	6,131***	3,595*	6,258***
Diskr., seitdem d. Geschl. n. außen gelebt wird	-2,599*	-1,530	-0,657	-4,815***
Passing	0,773	1,380	0,089	-0,776
Akzeptanz d.d. Umwelt	0,161	2,034	7,284**	0,719
Zufriedenheit mit der Unterstützung d.d. Familie	1,597*	0,249	1,697	1,422*
R ²	0,492	0,459	0,210	0,432
Korr. R ²	0,447	0,411	0,141	0,383
F (df=15)	11,058***	9,686***	3,042***	8,702***

Anmerkung: *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001 (einseitige Sig.)

Tabelle 37: Einfluss der unabhängigen Faktoren auf die Domänen des WHOQOL-BREF der Teilnehmerinnen

Einfluss auf die Domänen der Teilnehmerinnen: lineare Regression				
Variable	Phys. Dom.	Psych. Dom	Dom. d. soz. Bez.	Umwelt-Dom.
Konstante	29,809	44,677	48,760	45,400
Alter	0,035	0,144	-0,376*	0,125
Familienstand	-1,755*	-0,815	1,021	-0,752
Schulabschluss	-0,333	-1,278*	-0,888	0,087
Einkommen	2,349**	2,327*	3,328**	3,019**
Hormone	-0,891	-2,754	-5,344	-3,103
Operationen	-0,779	0,569	-2,430	1,438
Vornamensänderung	-7,975*	-5,131	-4,246	-2,483
Transition Abschluss	-2,802	-8,998*	-4,842	-5,144

Einfluss auf die Domänen der Teilnehmerinnen: lineare Regression				
Variable	Phys. Dom.	Psych. Dom.	Dom. d. soz. Bez.	Umwelt-Dom.
Weitere Krankheiten	7,057**	2,482	-4,487	-2,370
Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit	10,991***	11,229***	4,272*	5,745***
Diskr., seitdem d. Geschl. n. außen gelebt wird	-3,063*	-4,382**	-2,832	-5,257**
Passing	-4,118*	-3,310	-1,844	-1,289
Akzeptanz d.d. Umwelt	6,423**	5,195*	10,527***	4,872*
Zufriedenheit mit der Unterstützung d.d. Familie	0,016	-1,890	1,234	0,523
R ²	0,707	0,653	0,485	0,638
Korr. R ²	0,660	0,597	0,402	0,581
F (df=15)	15,153***	11,812***	5,857***	11,099***
Anmerkung: *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001 (einseitige Sig.)				

Die Regressionsanalysen der separierten Daten der Teilnehmer bzw. der Teilnehmerinnen der physischen Domäne zeigen, dass das Einkommen (FtM: $p < 0,001$, MtF: $p < 0,01$), weitere Krankheiten und/oder gesundheitliche Störungen (FtM: $p < 0,01$, MtF: $p < 0,01$), die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit (FtM: $p < 0,001$, MtF: $p < 0,001$) und die Diskriminierung, seitdem im (empfundene) Geschlecht nach außen gelebt wird (FtM: $p < 0,05$, MtF: $p < 0,05$), sowohl bei den Probanden, als auch bei den Probandinnen, einen signifikanten Einfluss auf die physische Domäne aufweisen. Eine Steigerung des Einkommens um eine Stufe bewirkt durchschnittlich eine etwas größere Erhöhung des Wertes der physischen Domäne bei den Teilnehmern als bei den Teilnehmerinnen (FtM: 2,649, MtF: 2,349). In Bezug auf weitere Krankheiten und/oder gesundheitlichen Störungen zeigt es sich umgekehrt (FtM: 6,848, MtF: 7,057), wie auch in Zusammenhang mit der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit (FtM: 8,048, MtF: 10,991). Steigt die Häufigkeit der Diskriminierung, seitdem im (empfundene) Geschlecht nach außen gelebt wird, um eine Stufe, dann sinkt im Durchschnitt der Wert der physischen Domäne mehr bei den Probandinnen als bei den Probanden (FtM: -2,599, MtF: -3,063). Bei den trans Frauen ergibt sich auch ein signifikanter Einfluss des Familienstandes ($p < 0,05$), der Vornamensänderung ($p < 0,05$), des Passings ($p < 0,05$) und der Akzeptanz der Transidentität durch die Umwelt ($p < 0,01$). Wird ein anderer Familienstand als single bei den Probandinnen angegeben, dann sinkt der Wert der physischen Domäne um 1,755 und ist die Vornamensänderung nicht

rechtskräftig durchgeführt, dann sinkt der Wert der abhängigen Variable der Teilnehmerinnen um 7,975. Steigt die Angabe in Bezug auf das Passing um eine Stufe und kommt es damit auch zu einer häufigeren Wahrnehmung entsprechend dem (empfundene) Geschlecht, dann sinkt der Wert der physischen Domäne um 4,118. Erhöht sich die Akzeptanz der eigenen Transidentität durch die Umwelt, dann steigt der Wert der abhängigen Variable der trans Frauen um 6,423. Bei den trans Männern zeigt sich hingegen ein signifikanter Einfluss der Zufriedenheit mit der Unterstützung durch die Familie ($p < 0,01$) auf die physische Domäne. Steigt die Zufriedenheit mit der Unterstützung der Familie um eine Stufe, dann erhöht sich der Wert der physischen Domäne um 1,587. 44,7% der Varianz der abhängigen Variable kann bei den Probanden und 66% der Varianz der abhängigen Variable kann bei den Probandinnen mit den signifikanten unabhängigen Variablen erklärt werden.

Regressionsanalysen der aufgeteilten Daten der Teilnehmer bzw. der Teilnehmerinnen der psychischen Domäne zeigen, dass nur die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit (FtM: $p < 0,001$, MtF: $p < 0,001$) bei beiden Gruppen einen signifikanten Einfluss auf die psychische Domäne aufweist. Steigt die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit um eine Stufe, dann erhöht sich der Wert für die psychische Domäne bei den Probandinnen allerdings mehr als bei den Probanden (FtM: 6,131, MtF: 11,229). Bei den Teilnehmern ergibt sich des Weiteren eine Signifikanz in Bezug auf das Alter ($p < 0,01$), die Hormoneinnahme ($p < 0,01$) und das Vorhandensein von weiteren Krankheiten und/oder gesundheitlichen Störungen ($p < 0,05$). Steigt das Alter um ein Jahr, dann erhöht sich der Wert der psychischen Domäne der Probanden um 0,342 und werden (noch) keine Hormone eingenommen, dann sinkt der Wert der abhängigen Variable der Teilnehmer um 8,791. Leiden die befragten männlichen Personen an keinen weiteren Krankheiten und/oder gesundheitlichen Störungen, dann erhöht sich der Wert der psychischen Domäne um 4,446. Bei den Teilnehmerinnen zeigt sich hingegen ein signifikanter Einfluss des Schulabschlusses ($p < 0,05$), des Einkommens ($p < 0,05$), des Abschlusses der Transition ($p < 0,05$), der Diskriminierung, seitdem im (empfundene) Geschlecht nach außen gelebt wird ($p < 0,01$) und der Akzeptanz der Transidentität durch die Umwelt ($p < 0,05$), auf die psychische Domäne. Steigt die Angabe zum Schulabschluss um eine Stufe und ist dann in diesem Zusammenhang ein höherer Bildungsstand vorhanden, dann verringert sich der Wert der psychischen Domäne um 1,278. Erhöht sich das Einkommen um eine Stufe, dann steigt der Wert der abhängigen Variable der Probandinnen um 2,327. Ist die Transition für die befragten, weiblichen Personen nicht abgeschlossen, dann sinkt der Wert

der psychischen Domäne um 8,998 und steigt die Angabe zur Diskriminierung, seitdem im (empfundeneren) Geschlecht nach außen gelebt wird (gehäufte Diskriminierung), dann verringert sich der Wert der psychischen Domäne der trans Frauen um 4,382. Steigt die Angabe in Bezug auf die Akzeptanz der Transidentität um eine Stufe und erfolgt dadurch eine vermehrte Akzeptanz, dann erhöht sich der Wert der abhängigen Variable um 5,195. 41,1% der Varianz der psychischen Domäne kann bei den Probanden und 59,7% der Varianz der abhängigen Variable kann bei den Probandinnen mit den signifikanten unabhängigen Variablen begründet werden.

Regressionsanalysen der separierten Daten der Probanden bzw. der Probandinnen der Domäne der sozialen Beziehungen lassen erkennen, dass die unabhängigen Variablen „Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit“ (FtM: $p < 0,05$, MtF: $p < 0,05$) und „Akzeptanz der Transidentität durch die Umwelt“ (FtM: $p < 0,01$, MtF: $p < 0,001$) sowohl bei den Teilnehmern, als auch bei den Teilnehmerinnen, einen signifikanten Einfluss auf die Domäne der sozialen Beziehungen (abhängige Variable) haben. Eine Steigerung der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit um eine Stufe ruft bei den Probandinnen im Durchschnitt eine etwas größere Erhöhung des Wertes der Domäne der sozialen Beziehungen als bei den Probanden hervor (FtM: 3,595, MtF: 4,272). Dies ist auch in Bezug auf die Akzeptanz der Transidentität durch die Umwelt der Fall (FtM: 7,284, MtF: 10,527). Bei den Teilnehmerinnen ergibt sich des Weiteren ein signifikanter Einfluss des Alters ($p < 0,05$) und des Einkommens ($p < 0,01$) auf die Domäne der sozialen Beziehungen. Steigt das Alter um ein Jahr, dann sinkt der Wert der Domäne der sozialen Beziehungen der Probandinnen um 0,376. Erhöht sich das Einkommen der trans Frauen um eine Stufe und ist damit ein höheres Einkommen vorhanden, dann nimmt der Wert der Domäne der sozialen Beziehungen durchschnittlich um 3,328 zu. Bei den trans Männern zeigt sich hingegen kein signifikanter Einfluss einer weiteren unabhängigen Variable auf die Domäne der sozialen Beziehungen. 14,1% der Varianz der abhängigen Variable kann bei den trans Männer und 40,2% der Varianz der abhängigen Variable kann bei den trans Frauen mit den signifikanten unabhängigen Variablen erläutert werden.

38,3% der Varianz der abhängigen Variable kann bei den Probanden und 58,1% der Varianz der abhängigen Variable kann bei den Probandinnen mit den signifikanten unabhängigen Variablen erklärt werden. Bei Betrachtung der Regressionsanalysen der aufgeteilten Daten der Teilnehmer bzw. der Teilnehmerinnen der Umwelt-Domäne lässt sich erkennen, dass das Einkommen (FtM: $p < 0,01$, MtF: $p < 0,01$), die Zu-

friedenheit mit der eigenen Gesundheit (FtM: $p < 0,001$, MtF: $p < 0,001$) und die Diskriminierung, seitdem das (empfundene) Geschlecht nach außen gelebt wird (FtM: $p < 0,001$, MtF: $p < 0,01$), bei beiden Gruppen einen signifikanten Einfluss auf die Umwelt-Domäne zeigen. Erhöht sich das Einkommen um eine Stufe, dann steigt der Wert für die Umwelt-Domäne bei den trans Frauen allerdings etwas mehr als bei den trans Männern (FtM: 2,263, MtF: 3,019). In Bezug auf die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit zeigt es sich umgekehrt (FtM: 6,258, MtF: 5,745). Steigt die Angabe zur Diskriminierung, seitdem im (empfundene) Geschlecht nach außen gelebt wird um eine Stufe und kommt es im Zuge dessen zu einer gehäuften Diskriminierung, dann verringert sich der Wert der Umwelt-Domäne bei den Probandinnen durchschnittlich etwas mehr als bei den Probanden (FtM: -4,815, MtF: -5,257). Bei den Teilnehmern zeigt sich außerdem eine Signifikanz in Bezug die Zufriedenheit mit der Unterstützung durch die Familie ($p < 0,05$). Erhöht sich die Angabe zur Zufriedenheit der Unterstützung durch die Familie um eine Stufe und steigt damit die Zufriedenheit, dann nimmt der Wert der abhängigen Variable im Durchschnitt um 1,422 zu. Bei den Teilnehmerinnen zeigt sich im Gegensatz dazu ein signifikanter Einfluss der Akzeptanz der Transidentität durch die Umwelt ($p < 0,05$). Steigt die Akzeptanz der Transidentität durch die Umwelt um eine Stufe, dann erhöht sich der Wert der Umwelt-Domäne um 4,872.

Zusammenfassend ist erkennbar, dass bei den Teilnehmerinnen der Umfrage das Einkommen, die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit und die Akzeptanz der Transidentität durch die Umwelt einen signifikanten Einfluss auf jede der vier Domänen des WHOQOL-BREF aufweisen. Bei den Teilnehmern der Online-Befragung zeigt sich hingegen nur ein signifikanter Einfluss der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit auf jede der vier Domänen. In Bezug auf die, zu Beginn dieses Kapitels aufgestellten Hypothesen über die Wirkung der verschiedenen Einflussfaktoren, zeigt sich nach den Regressionsanalysen folgendes Bild:

Tabelle 38: Übersicht über die Ergebnisse der Hypothesenprüfung bei den Daten der Teilnehmer und der Teilnehmerinnen (aufgeteilt nach dem Geschlecht)

Die Ergebnisse der Hypothesenprüfung									
Hypo- these	Wirkungsvermutung auf die LQ	Ergebnis der Prüfung							
		Transmaskulin				Transfeminin			
		D1	D2	D3	D4	D1	D2	D3	D4
H2	Das Alter wirkt negativ auf die Lebensqualität.	–	⊥	–	–	–	–	✓	–
H3	Nicht alleinstehend zu sein wirkt positiv auf die Lebensqualität.	–	–	–	–	⊥	–	–	–

Die Ergebnisse der Hypothesenprüfung									
Hypo- these	Wirkungsvermutung auf die LQ	Ergebnis der Prüfung							
		Transmaskulin				Transfeminin			
		D1	D2	D3	D4	D1	D2	D3	D4
H4	Ein höherer Bildungsstand wirkt positiv auf die Lebensqualität.	–	–	–	–	–	⊥	–	–
H5	Ein höheres Einkommen wirkt positiv auf die Lebensqualität.	✓	–	–	✓	✓	✓	✓	✓
H6	Die Einnahme von gegengeschlechtlichen Hormonen wirkt positiv auf die Lebensqualität.	–	✓	–	–	–	–	–	–
H7	Die Inanspruchnahme von geschlechtsmodifizierenden Operationen wirkt positiv auf die LQ.	–	–	–	–	–	–	–	–
H8	Keine rechtskräftig durchgeführte Vornamensänderung wirkt negativ auf die Lebensqualität.	–	–	–	–	✓	–	–	–
H9	Der Abschluss der Transition wirkt positiv auf die Lebensqualität.	–	–	–	–	–	✓	–	–
H10	Keine weiteren Erkrankungen und/oder gesundheitliche Störungen wirken positiv auf die LQ.	✓	✓	–	–	✓	–	–	–
H11	Eine höhere Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit wirkt positiv auf die Lebensqualität.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
H12	Weniger erfahrene Diskriminierung wirkt positiv auf die Lebensqualität.	✓	–	–	✓	✓	✓	–	✓
H13	Ein besseres Passing wirkt positiv auf die Lebensqualität.	–	–	–	–	⊥	–	–	–
H14	Eine höhere Akzeptanz der Transidentität durch die Umwelt wirkt positiv auf die Lebensqualität.	–	–	✓	–	✓	✓	✓	✓
H15	Eine höhere Zufriedenheit mit der Unterstützung durch die Familie wirkt positiv auf die Lebensqualität.	✓	–	–	✓	–	–	–	–

✓...Ergebnis signifikant, Wirkungsvermutung trifft zu
 ⊥...Ergebnis signifikant, Wirkungsvermutung trifft nicht zu
 –...Kein signifikantes Ergebnis

Bei den signifikanten Ergebnissen wurden weitgehend die Wirkungsvermutungen erfüllt. Bei den Teilnehmerinnen der Umfrage wirkt es sich allerdings, entgegen der Wirkungsvermutung, positiv auf die physische Domäne aus allein stehend zu sein. Eine höhere Bildung verringert, im Widerspruch zur Wirkungsvermutung, die Lebensqualität in Bezug auf die psychische Domäne bei den Teilnehmerinnen und ein besseres

Passing wirkt bei den Probandinnen, im Gegensatz zur Erwartung, negativ auf die physische Domäne. Es zeigt sich des Weiteren, dass bei der psychischen Domäne ein zunehmendes Alter, entgegengesetzt der Erwartung, bei den Teilnehmern positiv auf die Lebensqualität wirkt.

6 Diskussion

Soweit bekannt, handelt es sich bei dieser Arbeit um eine der ersten Arbeiten in Deutschland, in denen der WHOQOL-BREF zum Vergleich der Lebensqualität von trans Frauen und trans Männern verwendet wurde. Sowohl die Teilnehmer, als auch die Teilnehmerinnen zeigen in allen Domänen eine verringerte Lebensqualität im Vergleich zur deutschen weiblichen bzw. männlichen Allgemeinbevölkerung, wobei bei beiden Gruppen die Werte der physischen Domäne, der psychischen Domäne und der Domäne der sozialen Beziehungen signifikant unter den Werten der deutschen männlichen bzw. weiblichen Allgemeinbevölkerung liegen. Die Werte der Umwelt-Domäne der Probanden und der Probandinnen liegen nicht signifikant unter den Werten der Umwelt-Domäne der männlichen und weiblichen Allgemeinbevölkerung. Eine, im Durchschnitt geringere LQ von Transgender Personen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung wurde auch in einigen anderen Studien festgestellt (vgl. Nobili et al. 2018; Newfield et al. 2006; Motmans et al. 2012; Kuhn et al. 2009). Allerdings kamen auch einige Studien zu dem Schluss, dass sich die LQ von Transgender Personen in den meisten Bereichen nicht von jener der Allgemeinbevölkerung unterscheidet (vgl. Weyers et al. 2009; Gorin-Lazard et al. 2012; Castellano et al. 2015). Als zwei wichtige Einflussfaktoren auf die LQ stellten sich dabei der Erhalt einer Hormontherapie und die Inanspruchnahme von gegengeschlechtlichen Operationen dar. Am geringsten zeigte sich die LQ von Transgender Personen vor einer Hormontherapie (vgl. Nobili et al. 2018). Eine geringere Lebensqualität von Transgender Personen, die (noch) keine Hormontherapie in Anspruch genommen haben, kann unter anderen durch das häufige Vorhandensein von Problemen in Bezug auf die psychische Gesundheit in jener Gruppe erklärt werden, wie auch durch die Schwierigkeiten, die viele Transgender Personen jener Gruppe in Bezug auf soziale Beziehungen haben und damit ein erfülltes Leben zu leben (vgl. Millet et al. 2017; Bouman et al. 2017; Jones et al. 2018/2; Jones et al. 2018/1; Nobili et al. 2018; Heylens et al. 2014/2). Allerdings ist die Anzahl an Studien, die die Lebensqualität von Transgender Personen vor einer Hormontherapie untersucht haben, nur gering und diese wurden zudem meist in einem klinischen Kontext durchgeführt. Dadurch sind all jene Transgender Personen nicht erfasst worden, die keine transgenderbezogenen Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen wollen oder können bzw. dies noch nicht getan haben. Daher können auch keine generellen Schlüsse in Zusammenhang mit den erhaltenen Ergebnissen auf die Gesamtzahl der Transgender Personen vor einer Hormontherapie gezogen werden (vgl. Nobili et al. 2018). Die Resultate aus verschiedenen Studien deuten aber darauf hin, dass sich durch eine Hormontherapie und durch geschlechtsmodifizierende Operationen die Lebensqualität verbessert. Einige Studien zeigen, dass es bei

Transgender Personen durch somatische Behandlungen zu einer signifikanten Besserung der GID, der psychologischen Probleme und Störungen, wie zum Beispiel von Depressionen, Angstzuständen und selbstverletzendem Verhalten, des Körpergefühls, der zwischenmenschlichen Sensibilität und der sexuellen Funktion kam, wie auch zu einer Steigerung der sozialen Tätigkeiten. Damit einhergehend verbesserte sich die Lebensqualität deutlich (vgl. Murad et.al. 2010; Dhejne et al. 2016; Heylens et. al. 2014/1; Fisher et. al. 2016; De Cuypere 2005; Gorin-Lazard et al. 2012). Da die meisten Studien, die den Einfluss von geschlechtsmodifizierenden Operationen auf die Lebensqualität beforscht haben, meist aus Probanden bestanden, die schon einige Zeit vor den Operationen mit der Hormontherapie begonnen hatten, ist es schwierig nur die Wirkung der geschlechtsmodifizierenden Operationen herauszufiltern. Zudem auch viele Studien keine, an die Proband_innen angepasste Kontrollgruppen und nur eine geringe Anzahl an Teilnehmer_innen aufwiesen (vgl. Nobili et al. 2018). Im Zuge der multiplen Regression zeigt sich in dieser Arbeit ein signifikanter, positiver Einfluss einer Hormontherapie auf die psychische Ebene der Teilnehmer. Auf die LQ der Teilnehmerinnen hat die Inanspruchnahme einer Hormontherapie keinen signifikanten Einfluss. Allerdings muss hierbei berücksichtigt werden, dass in dieser Studie die Anzahl an Proband_innen, die noch vor einer Hormontherapie stehen oder keine Hormontherapie in Anspruch nehmen wollen oder können, sehr gering (FtM: 16,1%, MtF 10%) ist. Daher kann diesbezüglich keine statistisch relevante Aussage in Bezug auf einen Zusammenhang einer Hormontherapie und einer besseren LQ getroffen werden. Zudem es sich bei dieser Arbeit auch um eine Momentaufnahme und keine Longitudinalstudie handelt, in der die LQ der gleichen Personen vor und nach dem Erhalt von Hormonen untersucht wurde. Die Inanspruchnahme von geschlechtsmodifizierenden Operationen hat in dieser Studie weder bei den Probanden noch bei den Probandinnen einen signifikanten Einfluss auf die LQ.

Das Geschlecht beeinflusst in dieser Arbeit die Ergebnisse des WHOQOL-BREF nicht signifikant. Die Mittelwerte der einzelnen Domänen des WHOQOL-BREF der Teilnehmer und der Teilnehmerinnen unterscheiden sich ebenso nicht signifikant voneinander. Keine signifikanten Unterschiede in der LQ von trans Frauen und trans Männern wurden auch in den Studien von Auer et al., Jellestad et al. und Castellano et al. festgestellt (vgl. Auer et al. 2017; Jellestad et al. 2018; Castellano et al. 2015). Dabei widersprechen die Ergebnisse den Resultaten aus verschiedenen anderen Studien, in denen sich im Durchschnitt entweder die LQ der trans Männer höher als jene der trans Frauen (vgl. Gómez-Gil et al. 2014; Parola et al. 2010; Motmans et al. 2012; Kuhn et al. 2009;) oder die LQ der trans Frauen sich höher als die LQ der trans

Männer darstellte (vgl. Gorin-Lazard et al. 2013; Basar et al. 2016). Die verschiedenen Ergebnisse können zu einem Teil durch gemischte Untersuchungsgruppen, bei denen die Teilnehmer_innen einen unterschiedlichen Stand in Bezug auf die Transition hatten, wie auch durch die Verwendung von verschiedenen Referenzwerten, erklärt werden. Die Resultate sollten zudem auch vorsichtig betrachtet werden, da viele Studien kein geringes Risiko einer Verzerrung (Bias) aufwiesen (vgl. Nobili et al. 2018). Eine bessere LQ bei trans Männern als bei trans Frauen kann, unter anderem, dadurch erklärt werden, dass gesellschaftlich gesehen, die Breite des Spektrums an akzeptierten äußeren Erscheinungsformen bei Männern größer ist als bei Frauen und dass Frauen im Allgemeinen häufiger einer Benachteiligung und Diskriminierung ausgesetzt sind (vgl. Hepp et. al. 2002; Fuchs et. al. 2012; Nobili et al.2018). Trans Männer sind durchschnittlich von weniger Psychopathologisierung durch die Gesellschaft betroffen, im beruflichen Kontext haben sie häufiger eine stabilere Position und sie sind mitunter im sozialen Kontext besser in die Gesellschaft eingebunden (vgl. Hepp et al. 2002; Fuchs et. al. 2012; Nobili et al.2018; Gomez-Gil 2014; FRA 2014; Parola et al. 2010, Motmans et al. 2010, Franzen/Sauer 2010). Auch in dieser Arbeit zeigt sich bei der Analyse der Ergebnisse in Bezug auf die Lebenssituation von transidenten Männern und Frauen, dass trans Frauen im Durchschnitt häufiger von Diskriminierung betroffen sind als trans Männer. Geringere Diskriminierungserfahrungen wirken sich signifikant positiv auf die LQ der physischen, psychischen und der Umwelt-Domäne der Probandinnen aus. Bei den Probanden zeigt sich ein signifikanter, positiver Einfluss in Bezug auf die physische und die Umwelt-Domäne. Die Akzeptanz der Transidentität durch die Umwelt spielt eine wichtige Rolle bei den Probandinnen, denn es liegt ein signifikanter, positiver Einfluss auf jede der Domänen vor. Bei den Probanden ist dies nur im Bereich der sozialen Beziehungen der Fall. Dennoch unterscheiden sich die erhaltenen Werte des WHOQOL-BREF der Teilnehmer und der Teilnehmerinnen in dieser Arbeit nicht signifikant voneinander. An dieser Stelle muss allerdings auch erwähnt werden, dass die meisten Teilnehmer und Teilnehmerinnen angaben, nie oder nur selten Diskriminierung im Jahr vor der Befragung erfahren zu haben. Es ist dennoch anzunehmen, dass mehrere trans Frauen im Laufe der Zeit Mechanismen entwickelt haben, mit Diskriminierungserfahrungen umzugehen und diese daher die LQ weniger stark beeinflussen (vgl. Jellestad et al. 2018).

Die Werte der Teilnehmer und der Teilnehmerinnen der physischen und der Umwelt-domäne des WHOQOL-BREF unterscheiden sich in dieser Arbeit nur sehr gering voneinander. Deutlichere Unterschiede bestehen jedoch zwischen den erhaltenen Mittelwerten der Probanden und der Probandinnen in der psychischen Domäne und

der Domäne der sozialen Beziehungen. Die Ursachen dafür können zum Teil durch die, im Regressionsmodell herangezogenen, Variablen erklärt werden. 44,7% der Varianz der physischen Domäne, 41,1% der Varianz der psychischen Domäne, 14,1% der Varianz der Domäne der sozialen Beziehungen und 38,3% der Varianz der Umwelt-Domäne, kann bei den Probanden mit den signifikanten unabhängigen Variablen erklärt werden. Bei den Probandinnen zeigt sich, dass 66% der Varianz der physischen Domäne, 59,7% der Varianz der psychischen Domäne, 40,2% der Varianz der Domäne der sozialen Beziehungen und 58,1% der Varianz der Umwelt-Domäne, durch die signifikanten unabhängigen Variablen begründet werden kann. Das verwendete Modell erklärt somit etwas besser die Varianzen der erhaltenen Werten der Domänen des WHOQOL-BREF der trans Frauen.

Ein signifikanter Einfluss des Alters auf die psychische Domäne der Teilnehmer und die Domäne der sozialen Beziehungen der Teilnehmerinnen ist vorhanden. Bei den Probandinnen zeigt sich, dass das Einkommen einen signifikanten Einfluss auf alle vier Domänen hat, bei den Probanden ist dies nur bei der physischen und bei der Umweltdomäne der Fall. Der Familienstand hat einen signifikanten Einfluss auf die physische Domäne und der Bildungsstand auf die psychische Domäne der trans Frauen. Diese Ergebnisse unterstützen die Resultate aus anderen Studien, die einen Einfluss des Alters, des Einkommens, des Familien- und Bildungsstands auf die LQ aufzeigen (vgl. Motmans 2010; Jellestad 2018; Nobili et al. 2018; Murad et al. 2010). Jedoch hat ein zunehmendes Alter, entgegen der Erwartung, einen positiven Einfluss auf die psychische Domäne der Teilnehmer. Eine durchschnittlich bessere sozioökonomische Positionierung mit einem zunehmenden Alter könnte eine der Ursachen dafür sein (vgl. LesMigraS 2012). Alleinstehend zu sein, zeigt, entgegen der Wirkungsvermutung, einen negativen Effekt auf die physische Domäne der Teilnehmerinnen. Da in der Umfrage nicht nach der Zufriedenheit mit dem Familienstand und dem Verhältnis zu dem_der Partner_in gefragt wurde, kann nur angenommen werden, dass es für einige trans Frauen weniger stressvoll und belastend ist, alleinstehend zu sein als sich in einer Beziehung zu befinden bzw. verheiratet oder geschieden zu sein. Trans Frauen sind im Bereich der Familie oftmals mehr Diskriminierung und Inakzeptanz ausgesetzt als trans Männer (vgl. Neff/Karney 2005; Fuchs et al. 2012; Motmans et. al. 2010). Ein höherer Bildungsstand hat, entgegen der Erwartung, einen negativen Einfluss auf die psychische Domäne der Teilnehmerinnen. Der negative Einfluss einer höheren Bildung auf die psychische Domäne, lässt sich möglicherweise dadurch erklären, dass, im Durchschnitt, Personen mit einer höheren Bildung weniger dazu bereit sind, offen mit ihrer Geschlechtsidentität bzw. mit ihrem trans

Hintergrund umzugehen, als Personen mit einer geringeren Bildung, Aus Angst vor den Konsequenzen eines Outings sind trans Personen oftmals zu einem Doppelleben gezwungen (vgl. FRA 2014; Franzen/Sauer 2010; Motmans et al. 2010). Häufig findet ein Outing erst dann statt, wenn die Vornamens- und Personenstandänderung durchgeführt wurde und/oder ein entsprechendes Passing vorhanden ist (vgl. Franzen/Sauer 2010). Ein positiver Effekt einer rechtskräftigen Vornamensänderung ist in dieser Arbeit bei den trans Frauen in Bezug auf die physische Ebene vorhanden. Jedoch ergibt sich auch, entgegen der Wirkungsvermutung, ein negativer Einfluss eines besseren Passings auf die physische Domäne. Dieses Ergebnis ist überraschend, da sich in einigen Studien gezeigt hat, dass es häufig durch ein besseres Passing zu weniger Diskriminierungserfahrungen bei transidenten Personen kommt (vgl. Fuchs et al. 2012; Franzen/Sauer 2010; Motmans et al. 2010; Hepp et al. 2002).

Neben den bereits benannten Einflussfaktoren ergibt sich bei der multiplen Regression, dass die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit einen wesentlichen Einfluss auf die LQ der Probanden und Probandinnen hat. Es handelt sich dabei um den einzigen Faktor, der sowohl bei den Teilnehmern als auch bei den Teilnehmerinnen eine signifikante Wirkung auf alle vier Domänen des WHOQOL-BREF hat. Auch in der Studie von Rollero et al. aus dem Jahr 2014 wurde festgestellt, dass die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit einer wichtiger Einflussfaktor auf die LQ ist (vgl. Rollero et al. 2014). Vorhandene weitere Erkrankungen und/oder gesundheitliche Störungen beeinflussen die LQ der trans Frauen in der physischen Domäne und der trans Männer in der physischen und in der psychischen Domäne negativ. Ein negativer Effekt von weiteren Erkrankungen und/oder gesundheitlichen Störungen auf die LQ deckt sich auch mit den Ergebnissen aus anderen Studien (vgl. Heylens et al. 2014; Browne et al. 2007; AWMF-S3-Leitlinie 2018).

Die Hypothese, dass trans Männer eine signifikant höhere LQ als trans Frauen aufweisen, kann anhand der erhaltenen Ergebnisse somit weder verifiziert, noch falsifiziert werden. Auch wenn keine signifikanten Unterschiede zwischen der durchschnittlichen LQ der trans Frauen und der trans Männer in dieser Arbeit festgestellt werden konnten, so hatten die Teilnehmerinnen in der physischen und der psychischen Domäne, wie auch in der Umwelt-Domäne einen höheren Mittelwert als die Teilnehmer und die Probanden hatten hingegen einen höheren Mittelwert in der Domäne der sozialen Beziehungen. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Resultaten aus der Studie von Gomez-Gil aus dem Jahr 2014, in der angegeben wurde, dass FtM-TS eher eine besser LQ aufweisen als MtF-TS, allerdings trifft dies nur für die soziale Domäne zu

(vgl. Gómez-Gil et al. 2014). In Bezug auf die Lebenssituation von transidenten Frauen und transidenten Männern kann die Hypothese teilweise verifiziert und teilweise falsifiziert werden. Bei den trans Frauen stellte sich die ökonomische Positionierung, vermutlich aufgrund des höheren Altersdurchschnitts, besser dar und die Teilnehmerinnen litten signifikant weniger häufig an weiteren gesundheitlichen Erkrankungen und/oder Störungen als die Teilnehmer. Im Unterschied dazu waren die Probandinnen häufiger Diskriminierung ausgesetzt als die Probanden. Die erhaltenen Ergebnisse in Zusammenhang mit den Diskriminierungserfahrungen decken sich mit der Studie von Fuchs et al. aus dem Jahr 2012 (vgl. Fuchs et al. 2012)

6.1 Einschränkungen

Diese Arbeit enthält einige Einschränkungen und die erhaltenen Ergebnisse sind daher mit Bedacht zu betrachten. Zum einen handelt es sich bei Gruppe der Proband_innen um eine sehr heterogene Gruppe in Bezug auf das Alter. Die Teilnehmerinnen sind im Durchschnitt deutlich älter als die Teilnehmer. Daher stellt sich auch die ökonomische Positionierung der trans Frauen anders dar als jene der trans Männer, wie etwa in Bezug auf das Einkommen, die Berufstätigkeit und den Bildungsstand. Des Weiteren wurde für den Vergleich der LQ der Probanden bzw. der Probandinnen mit der LQ der deutschen weiblichen bzw. männlichen Allgemeinbevölkerung die Standarddaten der WHO verwendet. Es gab somit keine, an die Teilnehmer_innen der Umfrage angepasste Kontrollgruppe. Die Teilnehmer_innen befanden sich zudem nicht am gleichen Stand der Transition. In Bezug auf die Transition handelte es sich daher ebenso um eine heterogene Gruppe. Für einen, statistisch relevanten Vergleich der LQ von trans Personen, die (noch) keine oder bereits eine Hormontherapie in Anspruch genommen haben, waren zu wenig Teilnehmer_innen vorhanden, die noch vor einer Hormontherapie standen. Außerdem wurde im Fragebogen auch nicht danach gefragt, ob noch eine Hormontherapie bzw. die Fortsetzung der Hormontherapie, wie auch die Inanspruchnahme von (weiteren) geschlechtsmodifizierenden Operationen in Zukunft geplant sind. In Bezug auf weitere Erkrankungen und/oder gesundheitliche Störungen war die Rate an Depressionen unter den Teilnehmer_innen sehr hoch. Es wurde im Fragebogen jedoch nicht nach den Ursachen gefragt und daher ist nicht bekannt, welche Rolle die Transidentität dabei spielt. Als Limitierung ist auch zu erwähnen, dass bei der multiplen Regression das Arbeitsverhältnis nicht als unabhängige Variable in das Modell miteingeschlossen werden konnte, da es sich bei dieser Variable um ein Mehrfachantwortenset handelt. Die Anzahl an Teilnehmerinnen war zwar ausreichend groß, um eine statistisch relevante Analyse der Daten durchführen zu können, allerdings in Summe zu gering, um anhand der Resultate

Schlüsse auf die Gesamtzahl aller transienten Personen in Deutschland ziehen zu können.

7 Schlussfolgerungen

Die Resultate dieser Arbeit zeigen, dass es zwar keine signifikanten Unterschiede in der LQ von trans Frauen und trans Männern in Deutschland gibt, aber dass die LQ der transidenten Personen in drei von vier Domänen signifikant unter den Werten der Allgemeinbevölkerung liegen. Daraus kann der Schluss gezogen werden, dass trans Frauen und trans Männer in Deutschland einem höheren Risiko einer verringerten LQ im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung ausgesetzt sind. Um die erhaltenen Ergebnisse zu stützen, ist jedoch weitere Forschung notwendig. Für zukünftige Studien wäre, bei einer ausreichend großen Anzahl an Teilnehmer_innen, zu empfehlen, die Probanden in Bezug auf den Stand der Transition in Gruppen zu unterteilen und passende Kontrollgruppen beim Vergleich der Werte zu verwenden. Auch eine Einschränkung des Alters wäre sinnvoll, um Untersuchungskollektive zu erhalten, die sich in etwa in der gleichen Lebensphase befinden. Des Weiteren wäre es zu befürworten, die Untersuchungen auf alle Geschlechtsidentitäten und Geschlechtsexpressionen auszuweiten, um auch jene trans Personen einzubeziehen, die sich nicht eindeutig einem Geschlecht zugehörig fühlen. In Bezug auf den verwendeten Fragebogen wäre eine Ergänzung wichtig, gerade in Zusammenhang mit der Zufriedenheit mit dem Familienstand, den Ursachen der psychischen und/oder Verhaltensstörungen und der Planung der Inanspruchnahme einer Hormontherapie oder von weiteren geschlechtsmodifizierenden Operationen.

Es kann daher, einhergehend mit vielen anderen Studien, abschließend gesagt werden, dass es, aufgrund der vorkommenden Diskriminierungen und dem Risiko einer geringeren LQ von transidenten Personen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, dringend notwendig ist in Deutschland eine weitläufige und langandauernde Sensibilisierung und Weiterbildungsmöglichkeiten in Bezug auf die Situation und Belange von Transgender zu schaffen. Dies muss in allen Ebenen von Unternehmen, Ämtern, Organisationen, im Bereich des Gesundheitssystems, der Justiz und Beratung passieren. Kampagnen zum Gender Mainstreaming und Taktiken zur Antidiskriminierung sind dazu notwendig. Wichtig ist es dabei die Vielfalt der Geschlechtsidentitäten und Geschlechtsexpressionen in den Fokus zu stellen und ausdrücklich zu behandeln (vgl. Franzen/Sauer 2010; Motmans et al. 2010, FRA 2010, Fuchs et al. 2012; LesMigraS 2012).

8 Literaturverzeichnis

- Ainsworth T.A., Spiegel J.H. (2010): Quality of life of individuals with and without facial feminization surgery of gender reassignment surgery. *Qual Life Res.* 19. 1019-1024.
- Angermeyer M.C., Kilian R.K., Matschinger H. (2000): WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Hogrefe-Verlag. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.
- Antidiskriminierungsstelle (2015): Gleiche Rechte - gegen Diskriminierung aufgrund des Geschlechtes http://www.antidiskriminierungsstelle.de/Shared-Docs/Downloads/DE/publikationen/Handlungsempfehlungen_Kommission_Geschlecht.pdf;jsessionid=4E622CB1CBF4F17D74C4733349DE02D8.2_cid332?__blob=publicationFile&v=4 [Zugriff am 07.09.2017].
- Arcelus J., Bouman W.P., Van den Noortgate W., Claes L., Witcomb G., Fernandez-Aranda F. (2015): Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *European Psychiatry.* September 2015. 30 (6). 807-815.
- Auer M.K., Liedl A., Fuss J., Nieder T., Briken P., Stalla G.K., Hildebrandt T., Biedermann S.V., Sievers C. (2017): High impact of sleeping problems on quality of life in transgender individuals: A cross-sectional multicenter study. *PLoS One.* Feb 2017.12 (2). e0171640.
- AWMF-Leitlinie (2012): <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/II/138-001.html> [Zugriff am 20.03.2017].
- AWMF-S3-Leitlinie (2018): Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans*-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001l_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_20181005_01.pdf [Zugriff am 15.10.2018].
- Baio J., Wiggins L., Christensen D.L., et al. (2018): Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years. *Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network. United States. MMWR Surveill Summ* 2018. 67(No. SS-6).1–23. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/ss/ss6706a1.htm> [Zugriff am 28.01.2019]
- Başar K., Öz G., Karakaya J. (2016): Perceived discrimination, social support, and quality of life in gender dysphoria. *J Sex Med.* Jul 2016. 13 (7). 1133–1141.
- Behandlernetzwerk München: DSM-5. Geschlechtsdysphorie bei Heranwachsenden und Erwachsenen (übersetzt von W. Ettmeier). <https://www.qz-ts-muc.de/behandlungsangebote/psychiatrie/diagnostik-dsm-5/> [Zugriff am 31.03.2017].
- Beier K.M., Bosinski H.A.G., Loewit K. (2005): *Sexualmedizin.* 2. Auflage. Urban & Fischer Verlag. München.
- Beier K.M., Hartmann U., Bosinski H.A.G. (2000): Bedarfsanalyse zur sexualmedizinischen Versorgung. *Sexuologie* 7 (2).63-95.Urban & Fischer Verlag.

- Bildungsbericht (2018): Bundesministerium für Bildung und Forschung. Autorengruppe Bildungsberichterstattung. Bildung in Deutschland 2018. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Wirkung und Erträgen von Bildung <https://www.bildungsbericht.de/de/bildungsberichte-seit-2006/bildungsbericht-2018/pdf-bildungsbericht-2018/bildungsbericht-2018.pdf> [Zugriff am 04.12.2018]
- Biscaldi M., Rauh R., Van Elst L.T., Riedel A. (2012): Autismus-Spektrum-Störungen vom Kindes- bis ins Erwachsenenalter. Klinische Aspekte, Differentialdiagnose und Therapie. *Nervenheilkunde*. 31. 498-507.
- BMFSFJ (2016): Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Regelungs- und Reformbedarf für transgeschlechtliche Menschen. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Frauen, Senioren und Jugend. <https://www.bmfsfj.de/blob/114064/25635a05dd8e4ad7d652602c595c7cd3/regelungs--und-reformbedarf-fuer-transgeschlechtliche-menschen---band-7-data.pdf> [Zugriff am 07.09.2017].
- Bouman W.P., Claes L., Brewin N., Crawford J.R., Millet N., Fernandez-Aranda F., Arcelus J. (2017): Transgender and anxiety: a comparative study between transgender people and the general population. *Int J Transgenderism*. 18 (1).16–26.
- Bretschneider J., Kuhnert R., Hapke U. (2017): Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*. 2 (3). 81-88.
- Browne K., Church A., Law Arthur, Count Me In Too Action Group (2007): Count Me In Too. LGBT Lives in Brighton & Hove Initial Findings: Academic Report. University of Brighton. Spectrum http://www.realadmin.co.uk/microdir/3700/File/CMIT_AcademicReport_final_June07.pdf [Zugriff am 25.10.2018]
- Brunner F., Koops T.U., Nieder T.O., Reed G.M., Priken P. (2017): Stationäre Krankenhausbehandlungen ausgewählter sexueller Störungen. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*. Sep 2017. 60 (9). 987-998.
- Castellano E., Crespi C., Dell'Aquila C., Rosato R., Catalano C., Mineccia V., Motta G., E. Botto E., Manieri C. (2015): Quality of life and hormones after sex reassignment surgery. *J Endocrinol Invest*. Dec 2015. 38 (12).1373-81.
- Collin L., Reisner S.L., Tangpricha V., Goodman M. (2016): Prevalence of Transgender Depends on the „Case“ Definition. A Systematic Review. *J Sex Med*. Apr 2016. 13 (4). 613-26.
- Davey A., Bouman W.P., Arcelus J., Meyer C. (2014): Social support and psychological well-being in gender dysphoria: a comparison of patients with matched controls. *J Sex Med*. 2014.11(12). 2976–85.
- De Cuypere G., T'Sjoen G., Beerten R., Selvaggi D. De Sutter P., Hoebeke P., Monstrey S., Vansteenwegen A., Rubens R. (2005): Sexual and physical health after sex reassignment surgery. Dec 2005. 34 (6). 679-90.
- De Piccoli N., Rollero C. (2015): Health and Gender Medicine from a Psychosocial Perspective. *Advances in Psychology Research*. 105. 121-128.
- Dhejne C., Van Vlerken R., Heylens G., Arcelus J. (2016): Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *Int Rev Psychiatry*. 28 (1). 44-57.

- Drescher J. (2013): Controversies in Gender Diagnoses. *LGBT Health*. 2013. Volume 1. Number 1. 9-13.
- Drescher J., Cohen-Kettenis P., Winter S. (2012): Minding the body: Situating gender identity diagnosis in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*. Dezember 2012. 24 (6). 568-577.
- Ebermann E. 2019: Grundlagen statistischer Auswertungsverfahren <https://www.univie.ac.at/ksa/elearning/cp/quantitative/quantitative-70.html> [Zugriff am 21.10.2019]
- Eyssel J., Koehler A., Dekker A., Sehner S., Nieder T.O. (2017): Needs and concerns of transgender individuals regarding interdisciplinary transgender healthcare: A non-clinical online survey. *PLoS One*. 12 (8). 1-26.
- Factor R.J., Rothblum E. (2008): Exploring gender Identity and community among three groups of transgender individuals in the United States: MtFs, FtMs and Genderqueers. *Health Sociology Review* 17. 235-253.
- Field A. (2018): *Discovering Statistics using IBM SPSS Statistics*. Sage Publications Ltd. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC, Melbourne.
- Fisher A.D., Castellini G., Ristori J., Casale H., Cassioli E., Sensi C., Fanni E., Amato A.M.L.A., Bettini E., Mosconi M., Déttore D., Ricca V., Maggi M. (2016): Cross-Sex Hormone Treatment and Psychobiological Changes in Transsexual Persons. Two-Year Follow-Up Data. *J Clin Endocrinol Metab*. Nov 2016. 101 (11). 4260-4269.
- FRA (2014): European Union Agency for fundamental rights. Being Trans in the European Union. Comparative analysis of EU LGBT survey data. Publication Office of the European Union. Luxembourg. https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-being-trans-eu-comparative-0_en.pdf [Zugriff am 13.04.2017].
- Franzen J., Sauer A. (2010): Benachteiligung von Trans*Personen, insbesondere im Arbeitsleben. Expertise. Im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/Expertisen/Expertise_Benachteiligung_von_Trans_personen.html [Zugriff am 12.10.2018]
- Fuchs W., Ghattas D.C., Reinert D., Widmann C. (2012): Studie zur Lebenssituation von Transsexuellen in Nordrhein-Westfalen. Lesben und Schwulenverband. Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V. https://www.lsvd.de/fileadmin/pics/Dokumente/TSG/Studie_NRW.pdf [Zugriff am 10.04.2017].
- Gomez-Gil E., Zubiaurre-Elorza L., De Antonio I.E., Guillamon A., Salamero M. (2014): Determinants of quality of life in Spanish transsexuals attending a gender unit before genital sex reassignment surgery. *Qual Life Res*. 23. 671–678.
- Gorin-Lazard A., Baumstarck K., Boyer L., Maquigneau A., Gebleux S., Penochet J. C., Pringuey D., Albarel F., Morange I., Loundou A., Berbis J., Auquier P., Lançon C., Bonierbale M. (2012). Is hormonal therapy associated with better quality of life in transsexuals? A cross-sectional study. *The Journal of Sex Medicine*. Feb 2012. 9 (2). 531–541.

- Gorin-Lazard A., Baumstarck K., Boyer L., Maquigneau A., Penochet J.C., Pringuey D., Albarel F., Morange I., Bonierbale M., Lançon C., Auquier P. (2013): Hormonal therapy is associated with better self-esteem, mood, and quality of life in transsexuals. *J Nerv Ment Dis.* Nov. 201(11). 996-1000.
- Grant J.M., Mottet L.A., Tanis J., Harrison J., Herman J.L., Keisling M. (2011): Injusive at every turn. A report of the national transgender discrimination survey. The National Gay and Lesbian Task Force and the National Center for Transgender Equality. Washington. http://www.thetaskforce.org/static_html/downloads/reports/reports/ntds_full.pdf [Zugriff am 13.04.2017].
- Haeberle E.J. (1983): *Die Sexualität des Menschen. Handbuch und Atlas.* Verlag Walter de Gruyter & Co. Berlin.
- Haeberle E.J. (2005): *dtv-Atlas Sexualität.* Deutscher Taschenbuch Verlag. München.
- Hamm J. A., Sauer A. (2014): Perspektivenwechsel: Vorschläge für eine Menschenrechts- und bedürfnisorientierte Trans*-Gesundheitsversorgung. *Z Sexualforsch.* Mar 2014. 27. 4-30.
- Hepp. U., Klaghofer R., Burkhard-Kübler R., Buddeberg C. (2002): Behandlungsverläufe transsexueller Personen. Eine katamnestiche Untersuchung. *Nervenarzt.* 3. 283-288.
- Heylens G., Elaut E., Kreukels B.P.C., Paap M.C.S., Richter-Appelt H., Cohen-Kettenis P.T., Haraldsen I.R., De Cuypere G. (2014): Psychiatric characteristics in transsexual individuals. multicentre study in four European countries. *Br J Psychiatry.* Feb 2014. 204 (2). 151-6.
- Heylens G., Elaut E., Kreukels B.P.C., Paap M.C.S., Richter-Appelt H., Cohen-Kettenis P.T., Haraldsen I.R., De Cuypere G. (2014/2): Psychiatric characteristics in transsexual individuals. multicentre study in four European countries. *Br J Psychiatry.* Feb 2014. 204 (2). 151-6.
- Heylens G., Verroken C., De Cock S., T'Sjoen G., De Cruypere G. (2014/1). Effects of different steps in gender reassignment therapy on psychopathology. A prospective study of persons with a gender identity disorder. *J Sex Med.* Jan 2014. 11 (1). 119-26.
- ICD-10 (2016): Version 2016. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F64> [Zugriff am 01.04.2017].
- ICD-10-Code (2019): <https://www.icd-code.de/> [Zugriff am 10.07.2019]
- ICD-11 (2018): Version 2018 <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/90875286> [Zugriff am 27.09.2018].
- ICD-11-Daten (2018): <http://www.who.int/classifications/icd/en/> [Zugriff am 27.09.2018].
- Jacobi F., Höfler M., Siegert J., Mack S., Gerschler A., Scholl L., Busch M.A., Hapke U., Maske U., Seiffert I., Gaebel W., Maier W., Wagner M., Zielasek J., Wittchen H.-U. (2014): Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Modul of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 23 (3). 304-319.

- Jellestad L., Jäggi T., Corbisiero S., Schaefer D.J., Jenewein J., Schneeberger A., Kuhn A., Nuñez D.G. (2018): Quality of Life in Transitioned Trans Persons: A Retrospective Cross-Sectional Cohort Study. *Biomed Res Int*. Volume 2018. Article ID 8684625. 10 pages.
- Jones B.A., Haycraft E., Bouman W.P., Arcelus J. (2018/2): The levels and predictors of physical activity engagement within the treatment-seeking transgender population: a matched control study. *J Phys Act Health*. 15 (2). 99-107.
- Jones B.A., Haycraft E., Bouman W.P., Brewin N., Claes L., Arcelus J. (2018/1): Risk factors for eating disorder psychopathology within the treatment seeking transgender population: the role of cross-sex hormone treatment. *Eur Eat Disord Rev*. 26 (2).120–128.
- Kienast T, Stoffers J, BERPpohl F, Lieb K: Borderline personality disorder and comorbid addiction. *Dtsch Arztebl Int* 2014. 111(16): 280–6.
- Klein V., Brunner F., Nieder T.O., Reed G., Briken P. (2015): Diagnoseleitlinien sexueller Störungen in der International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)-11. Dokumentationen des Revisionsprozesses. *Z. Sexualforschung* 2015. 28 (04). 363-373.
- Koyama E. (2003): The transfeminist manifesto. In: Dicker R., Piepmeier A.: *Catching a wave. Reclaiming feminism for the twenty-first century*. Northeastern University Press. Boston.
- Kozee H.B., Tylka T. L., Bauerband L. A. (2012): Measuring Transgender Individuals' Comfort With Gender Identity and Appearance: Development and Validation of the Transgender Congruence Scale. *Psychology of Women Quarterly*. 36.2. 2012. 179-196
- Kuhn A., Bodner C., Stadlmayer W., Kuhn P., Müller M.D., Birkhäuser M. (2009): Quality of life 15 years sex reassignment surgery for transsexualism. *Fertil Steril*. 92. 1685-89.
- Kuyper L., Wijzen C. (2014): Gender identities and gender dysphoria in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*. 2014 Feb. 43 (2). 377-85.
- Leitlinien-Detailansicht (2018): <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/138-001.html> [Zugriff am 15.10.2018]
- LesMigraS (2012): „...Nicht so greifbar und doch real“. Eine quantitative und qualitative Studie zur Gewalt- und (Mehrfach-) Diskriminierungserfahrungen von lesbischen, bisexuellen Frauen und Trans* in Deutschland. [http://lesmigras.de/tl_files/lesbenberatung-berlin/Gewalt%20\(Dokus,Aufsaeetze...\)/Dokumentation%20Studie%20web_sicher.pdf](http://lesmigras.de/tl_files/lesbenberatung-berlin/Gewalt%20(Dokus,Aufsaeetze...)/Dokumentation%20Studie%20web_sicher.pdf) [Zugriff am 04.04.2018].
- Loh A., Simon D., Kristen L., Härter M. (2007): Shared decision making in medicine. *Dtsch. Ärztebl. International*. 104 (21). 1483-8.
- Loos F.K., Köhler A., Eyssel J., Nieder T.O. (2016): Subjektive Indikatoren des Behandlungserfolges und Diskriminierungserfahrungen in der trans* Gesundheitsversorgung. Qualitative Ergebnisse einer Online-Befragung. *Z Sexualforschung*. 29. 205-223.
- Meyer I. H. (2003): Prejudice as stress: Conceptual and measurement problems. *American Journal of Public Health*. 93(2). 262–265.

- Meyer zu Hoberge S. (2009): Prävalenz, Inzidenz und Geschlechterverhältnis der Transsexualität anhand der bundesweit getroffenen Entscheidungen nach dem Transsexuellengesetz in der Zeit von 1991 bis 2000. Inauguraldissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrecht-Universität zu Kiel. Kiel.
- Millet N., Longworth J., Arcelus J. (2017): Prevalence of anxiety symptoms and disorders in the transgender population: a systematic review of the literature. *Int J Transgenderism*. 18(1). 27–38.
- Motmans J., De Biolley I., Debunne S. (2010): *Being Transgender in Belgium. Mapping the social and legal situation of transgender people*. Institut of Equality of woman and men. Brussels.
https://www.ilga-europe.org/sites/default/files/report_being_transgender_in_belgium.pdf [Zugriff am 20.09.2018].
- Motmans J., Meier P., Ponnet K., T'Sjoen G. (2012): Female and male Transgender Quality of life. Socioeconomic and Medical Differences. *J Sex Med*. 9. 743-750.
- Motmans J., Nieder T.O., Bouman W.P. (2017): Special issue of the International Journal of Transgenderism: Nonbinary and genderqueer genders. *International Journal of Transgenderism*. 2017. Vol 18. 1. 119.
- Murad M.H., Elamin M.B., Garcia M.Z., Mullan R.J., Murad A., Erwin P.J., Montori V.M. (2010): Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clin Endocrinol*. Feb 2010. 72 (2). 214-31.
- Neff L.A., Karney B.R. (2005): Gender Differences in Social Support: A Question of Skill or Responsiveness?. *Journal of Personality and Social Psychology*. 88 (1). 79–90.
- Newfield E., Hart S., Dibble S., Kohler L. (2006): Female-to-Male transgender quality of life. *Quality of life research*. 15. 1447-1457.
- Nguyen H.B., Chavez A.M., Lipner E., Hantsoo L., Kornfield S.L., Davies R.D., Epperson C.N. (2018): Gender-Affirming Hormone Use in Transgender Individuals: Impact on Behavioral Health and Cognition. *Current Psychiatry Reports*. 20. 110.
- Nieder T.O., Briken P., Gldenring A.K. (2016/1): Geschlechtsinkongruenz, -dysphorie und Trans*-Gesundheit. Eine aktuelle Übersicht zur Diagnostik und Behandlung. *Info Neurologie & Psychiatrie*. 2016. 18 (12). 37-46.
- Nieder T.O., Briken P., Richter-Appelt R. (2013): Transgender, Transsexualität und Geschlechtsdysphorie. Aktuelle Entwicklungen in Diagnostik und Therapie. *Psych Up2Date* 7. 2013. 373 - 388.
- Nieder T.O., Elaut E., Richards C., Dekker A. (2016/2): Sexual orientation of trans adults is not linked to outcome of transition related health care, but worth asking. *International Review of Psychiatry*. January 2016. 28 (1). 1-9.
- Nieder T.O., Herff M., Cerwenka S., Preuss W.F., Cohen-Kettenis P.T., De Cruypere G., Hebold Haraldsen I.R., Richter-Appelt H. (2010): Age of Onset and Sexual Orientation in Transsexual Males and Females. *J. Sex. Med*. Dec 2010. 783-91.

- Nieder T.O., Köhler A., Eyssel J., Briken P. (2017): Qualitätsentwicklung in der interdisziplinären Trans-Gesundheitsversorgung. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz. Sep 2017. 60 (9). 999-1008.
- Nieder T.O., Richter-Appelt H. (2011): Tertium non datur - either/or reactions to transsexualism amongst health care professional. The situation past and present, and its relevance to the future. *Psychologie & Sexuality*. Mar 2011. 1-20.
- Nieder T.O., Strauss B.M. (2014): Leitlinienentwicklung Geschlechtsdysphorie. *Z. Sexualforsch.* Mar 2014. 27. 59-76.
- Nieder T.O., Strauss B.M. (2015): Transgender health care in Germany. Participatory approaches and the development of a guideline. *International review of Psychiatry*. 27 (5). 1-11.
- Nobili A., Glazebrook C., Arcelus J. (2018): Quality of life of treatment-seeking transgender adults: A systematic review and meta-analysis. *Rev. Endocr. Metab Discord.* 19 (3). 199-220.
- Parola N., Bonierbale M., Lemaire A., Aghababian V., Michel A., Lançon C. (2010): Study of quality of life for transsexuals after hormonal and surgical reassignment. *Theol Sex.* 2010. 19 (1). 24–8.
- Pichlo H.G. (2010): Leistungsrechtliche und sozialmedizinische Kriterien für somatische Behandlungsmaßnahmen bei Transsexualismus. *Neue MDK-Begutachtungsanleitung. Blickpunkt der Mann.* 8 (1). 21-28.
- Prus S.G. (2011): Comparing social determinants of self-rated health across the United States and Canada. *Social Science & Medicine*. 73 (1). 50-59.
- Rauchfleisch U. (2016): *Transsexualität-Transidentität. Begutachtung, Begleitung, Therapie.* 5. Auflage. Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG. Bristol USA.
- Reed G.M., Drescher J., Krueger R.B., Atalla E., Cochran S.D., First M.B., Cohen-Kettenis P.T., Arango-de Montis I., Parish S.J., Cottler S., Briken P., Saxena S. (2016): Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World psychiatry*. 2016.15 (3). 205-221.
- Rollero C., Gattino S., De Piccoli N. (2014): A Gender Lens on Quality of Life. The Role of Sense of Community, Perceived Social Support, Self-Reported Health and Income. *Soc Indic Res.* 116. 887-898.
- Roy M., Dillo W., Emrich H.M., Ohlmeier M.D. (2009): Asperger's Syndrom in Adulthood. *Dtsch. Ärztebl. Int.* Jan 2009. 106 (5). 59-64.
- Schneider S. (2012): *Erlebte Genderdysphorie und psychisches Wohlbefinden bei transsexuellen Personen.* Diplomarbeit. Psychologie. Universität Wien.
- Schwarz J., Bruderer-Enzler H., Keller M., De Simoni C., Seidmann S., Westphalen A. (2019): Datenanalyse mit SPSS https://www.methodenberatung.uzh.ch/de/datenanalyse_spss/ [Zugriff am 21.10.2019]
- Spitzer C., Barnow S., Freyberger H.J., Grabe H.J. (2007): Pathologische Dissoziation – ein sinnvolles Konzept?. *Trauma und Gewalt.* 1 (1). 34-44.

- Turner L., Whittle S., Combs R. (2009): Transphobic Hate Crime in the European Union. ILGA Europe. Press for Change. London.
https://www.ilga-europe.org/sites/default/files/transphobic_hate_crime_in_the_european_union_0.pdf [Zugriff am 22.09.2018].
- UNDP (2013): Transgender health and human rights. United Nations Development Programme. Discussion Paper. Transgender health and human rights. New York.
<http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/discussion-paper-on-transgender-health---human-rights.html> [Zugriff am 12.04.2017].
- Vennix P. (2010): Transgenders en werk. Een onderzoek naar de arbeidssituatie van transgenders in Nederland en Vlaanderen. Rutgers Nisso Groep. Utrecht.
- Weyers S., Elaut E., De Sutter P., Gerris J., T'Sjoen G., Heylens G., De Cruypere G., Verstraelen H. (2009). Long-term assessment of the physical, mental, and sexual health among transsexual women. *The Journal of Sex Medicine*. Mar 2009. 6 (3). 752–60.
- Whittle S., Turner L., Al-Alami M. (2007): Engendered Penalties. Transgender and Transsexual People's Experiences of Inequality and Discrimination. Wetherby. Equalities Review.
https://www.ilga-europe.org/sites/default/files/trans_country_report_-_engenderedpenalties.pdf [Zugriff am 19.09.2018].
- WHO-ICD (o.J.): World Health Organisation. Classification of Diseases.
<http://www.who.int/classifications/icd/en/> [Zugriff am 01.04.2017].
- WHO-MD (2017): Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva.
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=CF944B25C5C4F404614B742FB80130FF?sequence=1> [Zugriff am 16.01.2019]
- WHOQOL-BREF 1996: WHO-QOL-BREF. Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment. Field Trial Version. World Health Organisation. Geneva.
http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf [Zugriff am 10.10.2018]
- Woodward W. A., Elliott, A. C. (2007): Statistical Analysis Quick Reference Guidebook: With SPSS Examples. Sage Publications Ltd. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC, Melbourne.
- WPATH (2012): The Standards of Care. Versorgungsempfehlungen für die Gesundheit von transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Personen. http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1351&pk_association_webpage=4381 [Zugriff am 31.03.2017].

9 Anhang

9.1 Zusammenfassung

Hintergrund:

Ziel der Studie war es die Lebensqualität (LQ) und Lebenssituation von transidenten Männern (FtM) und transidenten Frauen (MtF) in Deutschland miteinander zu vergleichen und zu untersuchen, welche Faktoren die Lebensqualität der transidenten Männern (FtM) beziehungsweise der transidenten Frauen (MtF) beeinflussen.

Methoden:

290 transidente Personen aus Deutschland nahmen an der Online-Umfrage teil (180 FtM, 110 MtF). Zur Evaluierung der Lebensqualität wurde die deutsche Version des WHOQOL-BREF verwendet. Mittels t-Tests wurden die LQ der transidenten Frauen und Männer untereinander und mit den Normwerten der deutschen Allgemeinbevölkerung verglichen. Eine multiple Regression wurde durchgeführt, um den Einfluss ausgewählter Variablen auf die einzelnen Domänen der WHOQOL-BREF zu ermitteln.

Ergebnisse:

Die LQ der transidenten Frauen und Männer lag in drei von vier Domänen des WHOQOL-BREF signifikant unter den Normwerten der deutschen, männlichen bzw. weiblichen Allgemeinbevölkerung. Zwischen der LQ der transidenten Männer und der LQ der transidenten Frauen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede, allerdings hatten dennoch transidente Frauen im Durchschnitt eine höhere LQ in der physischen, psychischen und der Umwelt-Domäne und transidente Männer in der Domäne der sozialen Beziehungen. Das Einkommen, die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit und die Akzeptanz der Transidentität durch die Umwelt hatten bei den Teilnehmerinnen (MtF) einen signifikanten Einfluss auf jede der vier Domänen des WHOQOL-BREF. Bei den Teilnehmern (FtM) der Online-Befragung zeigte sich hingegen nur ein signifikanter Einfluss der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit auf jede der vier Domänen.

Fazit:

Die Ergebnisse aus dieser Arbeit deuten darauf hin, dass transidente Personen in Deutschland dem Risiko ausgesetzt sind eine geringere LQ im Vergleich zu der deutschen Allgemeinbevölkerung zu haben. Es ist daher dringend notwendig eine weitläufige und langandauernde Sensibilisierung und mehr Weiterbildungsmöglichkeiten in Bezug auf die Situation und Belange von Transgender zu schaffen.

9.2 Abstract

Background:

Aim of the study was to compare the quality of life and the life situation of transgender men (FtM) and transgender women (MtF) in Germany and to investigate which factors influence the quality of life of transgender men (FtM) and women (MtF).

Methods:

290 transgender people from Germany took part in the online survey (180 FtM, 110MtF). The German version of WHOQOL-BREF was used to evaluate the QoL. With t-tests the QoL of transgender women and men were compared with each other and with the norm values of the German general population. A multiple regression was used to identify the influence of selected variables for each of the domains of the WHOQOL-BREF.

Results:

The QoL of transgender women and men was significantly below the norm values of the German male and female general population in three of four domains of the WHOQOL-BREF. There were no significant differences between the quality of life of transgender men and transgender women. Although, on average, transgender women had a higher QoL at physical, psychological and environmental domains and transgender men in the domain of social relationships. Income, satisfaction with their own health and acceptance of transidentity by the environment had a significant impact on all of the four domains of the WHOQOL-BREF of the female participants (MtF). In contrast, only satisfaction with their own health showed a significant influence on all of the four domains of the male participants (FtM) of the online survey.

Conclusion:

The results from this work indicate that transgender people in Germany are at risk of a lower quality of life compared to the general population in Germany. Therefore it is urgently necessary to create spacious and long-term awareness and more opportunities for further training, based on the situation and concerns of transgender people.

9.3 Regressionsanalyse Detail

Tabelle 39: Einfluss der unabhängigen Faktoren auf die physische Domäne aller Teilnehmer_innen

Einfluss auf die physische Domäne der Teilnehmer_innen (gesamt): lineare Regression				
Variable	Unstandardisiert	Standardisiert	Std.-Fehler	T
Konstante	17,935		10,296	1,742
(Empf.) Geschlecht	-0,474	-0,012	2,115	-0,224
Alter	-0,062	-0,043	0,086	-0,723
Familienstand	0,033	0,003	0,442	0,074
Schulabschluss	-0,119	-0,011	0,443	-0,269
Einkommen	2,577***	0,214***	0,597	4,319
Hormone	2,975	0,053	2,691	1,106
Operationen	1,546	0,040	2,437	0,634
Vornamensänderung	-3,626	-0,092	2,285	-1,587
Transition Abschluss	-3,319	-0,076	2,256	-1,471
Weitere Krankheiten	7,030***	0,184***	1,724	4,078
Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit	9,314***	0,463***	0,955	9,757
Diskriminierung, seitdem das Geschl. n. außen gelebt wird	-2,795**	-0,140**	0,996	-2,805
Passing	-0,628	-0,034	1,001	-0,627
Akzeptanz d.d. Umwelt	2,494*	0,107*	1,256	1,985
Zufriedenheit mit der Unterstützung d.d. Familie	1,364*	0,099*	0,628	2,172
R ²	0,567			
Korr. R ²	0,542			
F (df=15)	22,842***			
Anmerkung: *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001 (einseitige Signifikanz)				

Tabelle 40: Einfluss der unabhängigen Faktoren auf die psychische Domäne der Teilnehmer_innen

Einfluss auf die psychische Domäne der Teilnehmer_innen (gesamt): lineare Regression				
Variabel	Unstandardisiert	Standardisiert	Std.-Fehler	T
Konstante	32,329		11,275	2,867
(Empf.) Geschlecht	-1,361	-0,033	2,316	-0,588
Alter	0,255**	0,169**	0,094	2,708
Familienstand	-0,439	-0,042	0,484	-0,907
Schulabschluss	-0,440	-0,040	0,485	-0,907
Einkommen	1,886**	0,151**	0,654	2,886

Einfluss auf die psychische Domäne der Teilnehmer_innen (gesamt): lineare Regression				
Variabel	Unstandardisiert	Standardisiert	Std.-Fehler	T
Hormone	-6,003*	-0,104*	2,947	-2,037
Operationen	-0,634	-0,016	2,669	-0,237
Vornamensänderung	-5,276*	-0,129*	2,503	-2,108
Transitionsabschluss	-2,803	-0,061	2,471	-1,134
Weitere Krankheiten	3,724*	0,094*	1,888	1,973
Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit	8,316***	0,397***	1,045	7,955
Diskriminierung, seitdem das Geschl. n. außen gelebt wird	-3,382**	-0,163**	1,091	-3,100
Passing	-0,125	-0,006	1,096	-0,114
Akzeptanz d.d. Umwelt	2,799*	0,116*	1,376	2,034
Zufriedenheit mit der Unterstützung d.d. Familie	-0,323	-0,023	0,687	-0,469
R ²	0,520			
Korr. R ²	0,492			
F (df=15)	18,915***			
Anmerkung: *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001 (einseitige Signifikanz)				

Tabelle 41: Einfluss der unabhängigen Faktoren auf die Domäne der sozialen Beziehungen der Teilnehmer_innen

Einfluss auf die Umwelt-Domäne der Teilnehmer_innen (gesamt): lineare Regression				
Variable	Unstandardisiert	Standardisiert	Std.-Fehler	T
Konstante	16,191		14,950	1,083
(Empf.) Geschlecht	-0,101	-0,002	3,075	-0,033
Alter	-0,232*	-0,140*	0,125	-1,855
Familienstand	1,119*	0,098*	0,642	1,743
Schulabschluss	-0,079	-0,007	0,643	-0,123
Einkommen	2,489**	0,182**	0,867	2,871
Hormone	-0,419	-0,007	3,907	-0,107
Operationen	4,923	0,112	3,572	1,378
Vornamensänderung	-3,615	-0,081	3,325	-1,087
Transitionsabschluss	-5,455	-0,109	3,302	-1,652
Weitere Krankheiten	0,586	0,013	2,511	0,234
Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit	3,540**	0,155**	1,386	2,553
Diskriminierung, seitdem das Geschl. n. außen gelebt wird	-1,309	-0,058	1,447	-0,904
Passing	-0,493	-0,023	1,455	-0,339

Einfluss auf die Umwelt-Domäne der Teilnehmer_innen (gesamt): lineare Regression				
Variable	Unstandardisiert	Standardisiert	Std.-Fehler	T
Akzeptanz d.d. Umwelt	8,759***	0,330***	1,825	4,799
Zufriedenheit mit der Unterstützung d.d. Familie	1,529*	0,098*	0,913	1,675
R ²	0,297			
Korr. R ²	0,256			
F (df=15)	7,337***			
Anmerkung: *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001 (einseitige Signifikanz)				

Tabelle 42: Einfluss der unabhängigen Faktoren auf die Umwelt-Domäne der Teilnehmer_innen

Einfluss auf die Umwelt-Domäne der Teilnehmer_innen (gesamt): lineare Regression				
Variable	Unstandardisiert	Standardisiert	Std. -Fehler	T
Konstante	45,821		9,792	4,679
(Empf.) Geschlecht	-3,122	-0,088	2,011	-1,552
Alter	0,099	0,076	0,082	1,208
Familienstand	-0,004	0,000	0,420	-0,010
Schulabschluss	0,566	0,060	0,421	1,346
Einkommen	2,521***	0,233***	0,568	4,443
Hormone	-1,041	-0,021	2,559	-0,407
Operationen	3,990*	0,115*	2,318	1,721
Vornamensänderung	-3,682*	-0,104*	2,173	-1,694
Transitionsabschluss	-5,122**	-0,130**	2,146	-2,387
Weitere Krankheiten	-0,829	-0,024	1,640	-0,505
Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit	6,018***	0,333***	0,908	6,629
Diskriminierung, seitdem das Geschl. n. außen gelebt wird	-4,975***	-0,278***	0,948	-5,250
Passing	-0,488	-0,029	0,952	-0,513
Akzeptanz d.d. Umwelt	2,381*	0,114*	1,195	1,993
Zufriedenheit mit der Unterstützung d.d. Familie	1,239*	0,100*	0,597	2,075
R ²	0,516			
Korr. R ²	0,488			
F (df=15)	18,604***			
Anmerkung: *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001 (einseitige Signifikanz)				

Tabelle 43: Übersicht über die Ergebnisse der Hypothesenprüfung bei den Daten aller Teilnehmer_innen

Die Ergebnisse der Hypothesenprüfung - Anhang					
Hypo- these	Wirkungsvermutung auf die LQ	Ergebnis der Prüfung			
		D1	D2	D3	D4
H1	Das Geschlecht hat einen Einfluss auf die Lebensqualität.	–	–	–	–
H2	Das Alter wirkt negativ auf die Lebensqualität.	–	⊥	✓	–
H3	Nicht alleinstehend zu sein wirkt positiv auf die Lebensqualität.	–	–	⊥	–
H4	Ein höherer Bildungsstand wirkt positiv auf die Lebensqualität.	–	–	–	–
H5	Ein höheres Einkommen wirkt positiv auf die Lebensqualität.	✓	✓	✓	✓
H6	Die Einnahme von gegengeschlechtlichen Hormonen wirkt positiv auf die Lebensqualität.	–	✓	–	–
H7	Die Inanspruchnahme von geschlechtsmodifizierenden Operationen wirkt positiv auf die Lebensqualität.	–	–	–	⊥
H8	Keine rechtskräftig durchgeführte Vornamensänderung wirkt negativ auf die Lebensqualität.	–	✓	–	✓
H9	Der Abschluss der Transition wirkt positiv auf die Lebensqualität.	–	–	–	✓
H10	Keine weiteren Erkrankungen und/oder gesundheitliche Störungen wirken positiv auf die Lebensqualität.	✓	✓	–	–
H11	Eine höhere Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit wirkt positiv auf die Lebensqualität.	✓	✓	✓	✓
H12	Weniger erfahrene Diskriminierung wirkt positiv auf die Lebensqualität.	✓	✓	–	✓
H13	Ein besseres Passing wirkt positiv auf die Lebensqualität.	–	–	–	–
H14	Eine höhere Akzeptanz der Transidentität durch die Umwelt wirkt positiv auf die Lebensqualität.	✓	✓	✓	✓
H15	Eine höhere Zufriedenheit mit der Unterstützung durch die Familie wirkt positiv auf die Lebensqualität.	✓	–	✓	✓

✓...Ergebnis signifikant, Wirkungsvermutung trifft zu
 ⊥... Ergebnis signifikant, Gegensätzliche Wirkungsvermutung zeigt sich
 –...Kein signifikantes Ergebnis

Tabelle 44: Einfluss der unabhängigen Faktoren auf die physische Domäne der Teilnehmer

Einfluss auf die physische Domäne der Teilnehmer (m): lineare Regression				
Variable	Unstandardisiert	Standardisiert	Std.-Fehler	T
Konstante	23,665		14,236	1,662
Alter	-0,156	-0,086	0,130	-1,201
Familienstand	0,641	0,073	0,545	1,177
Schulabschluss	-0,325	-0,032	0,606	-0,537

Einfluss auf die physische Domäne der Teilnehmer (m): lineare Regression				
Variable	Unstandardisiert	Standardisiert	Std.-Fehler	T
Einkommen	2,649***	0,223***	0,813	3,259
Hormone	2,251	0,049	3,188	0,706
Operationen	-1,000	-0,029	3,154	-0,317
Vornamensänderung	0,884	0,025	3,196	0,276
Transitionsabschluss	-2,436	-0,057	2,814	-0,866
Weitere Krankheiten	6,848**	0,200**	2,125	3,223
Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit	8,048***	0,431***	1,200	6,708
Diskriminierung, seitdem das Geschl. n. außen gelebt wird	-2,599*	-0,134*	1,297	-2,003
Passing	0,773	0,048	1,227	0,630
Akzeptanz d.d. Umwelt	0,161	0,007	1,656	0,097
Zufriedenheit mit der Unterstützung d.d. Familie	1,597*	0,133*	0,750	2,128
R ²	0,492			
Korr. R ²	0,447			
F (df=14)	11,058***			
Anmerkung: *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001 (einseitige Signifikanz)				

Tabelle 45: Einfluss der unabhängigen Faktoren auf die physische Domäne der Teilnehmerinnen

Einfluss auf die physische Domäne der Teilnehmerinnen (w): lineare Regression				
Variable	Unstandardisiert	Standardisiert	Std.-Fehler	T
Konstante	29,809		17,052	1,748
Alter	0,035	0,021	0,121	0,289
Familienstand	-1,755*	-0,145*	0,825	-2,128
Schulabschluss	-0,333	-0,030	0,676	-0,492
Einkommen	2,349**	0,179**	0,924	2,541
Hormone	-0,891	-0,011	5,335	-0,167
Operationen	-0,779	-0,017	4,645	-0,168
Vornamensänderung	-7,975*	-0,170*	3,427	-2,327
Transitionsabschluss	-2,802	-0,060	4,298	-0,652
Weitere Krankheiten	7,057**	0,158**	2,930	2,409
Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit	10,991***	0,501***	1,611	6,824
Diskriminierung, seitdem das Geschl. n. außen gelebt wird	-3,063*	-0,147*	1,613	-1,898
Passing	-4,118*	-0,174*	1,870	-2,202

Einfluss auf die physische Domäne der Teilnehmerinnen (w): lineare Regression				
Variable	Unstandardisiert	Standardisiert	Std.-Fehler	T
Akzeptanz d.d. Umwelt	6,423**	0,274**	2,117	3,034
Zufriedenheit mit der Unterstützung d.d. Familie	0,016	0,001	1,153	0,014
R ²	0,707			
Korr. R ²	0,660			
F (df=14)	15,153***			
Anmerkung: *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001 (einseitige Signifikanz)				

Tabelle 46: Einfluss der unabhängigen Faktoren auf die psychische Domäne der Teilnehmer

Einfluss auf die psychische Domäne der Teilnehmer (m): lineare Regression				
Variable	Unstandardisiert	Standardisiert	Std.-Fehler	T
Konstante	25,202		15,525	1,623
Alter	0,342**	0,180**	0,141	2,417
Familienstand	-0,411	-0,044	0,594	-0,692
Schulabschluss	0,127	0,012	0,661	0,192
Einkommen	1,088	0,087	0,886	1,228
Hormone	-8,791**	-0,181**	3,476	-2,529
Operationen	-1,521	-0,042	3,439	-0,442
Vornamensänderung	-2,895	-0,079	3,486	-0,830
Transitionsabschluss	-1,487	-0,033	3,068	-0,485
Weitere Krankheiten	4,446*	0,123*	2,317	1,919
Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit	6,131***	0,310***	1,308	4,686
Diskriminierung, seitdem das Geschl. n. außen gelebt wird	-1,530	-0,075	1,415	-1,082
Passing	1,380	0,081	1,338	1,031
Akzeptanz d.d. Umwelt	2,034	0,082	1,806	1,126
Zufriedenheit mit der Unterstützung d.d. Familie	0,249	0,020	0,818	0,304
R ²	0,459			
Korr. R ²	0,411			
F (df=14)	9,686***			
Anmerkung: *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001 (einseitige Signifikanz)				

Tabelle 47: Einfluss der unabhängigen Faktoren auf die psychische Domäne der Teilnehmerinnen

Einfluss auf die psychische Domäne der Teilnehmerinnen (w): lineare Regression				
Variable	Unstandardisiert	Standardisiert	Std.-Fehler	T
Konstante	44,677		18,844	2,371
Alter	0,144	0,084	0,134	1,073
Familienstand	-0,815	-0,066	0,911	-0,894
Schulabschluss	-1,278*	-0,113*	0,747	-1,710
Einkommen	2,327*	0,174*	1,021	2,279
Hormone	-2,754	-0,034	5,895	-0,467
Operationen	0,569	0,012	5,133	0,111
Vornamensänderung	-5,131	-0,108	3,787	-1,355
Transitionsabschluss	-8,998*	-0,190*	4,749	-1,894
Weitere Krankheiten	2,482	0,055	3,238	0,767
Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit	11,229***	0,505***	1,780	6,309
Diskriminierung, seitdem das Geschl. n. außen gelebt wird	-4,382**	-0,207**	1,783	-2,458
Passing	-3,310	-0,138	2,067	-1,601
Akzeptanz d.d. Umwelt	5,195*	0,218*	2,340	2,220
Zufriedenheit mit der Unterstützung d.d. Familie	-1,890	-0,113	1,274	-1,484
R ²	0,653			
Korr. R ²	0,597			
F (df=14)	11,812***			
Anmerkung: *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001 (einseitige Signifikanz)				

Tabelle 48: Einfluss der unabhängigen Faktoren auf die Domäne der sozialen Beziehungen der Teilnehmer

Einfluss auf die Domäne der sozialen Beziehungen der Teilnehmer (m): lineare Regression				
Variable	Unstandardisiert	Standardisiert	Std.-Fehler	T
Konstante	1,690		21,984	0,077
Alter	-0,075	-0,034	0,200	-0,374
Familienstand	0,705	0,065	0,842	0,838
Schulabschluss	0,429	0,035	0,936	0,458
Einkommen	2,063	0,140	1,255	1,643
Hormone	-0,143	-0,003	4,923	-0,029
Operationen	7,356	0,174	4,870	1,510
Vornamensänderung	-3,511	-0,082	4,936	-0,711
Transitionsabschluss	-3,227	-0,061	4,345	-0,743

Einfluss auf die Domäne der sozialen Beziehungen der Teilnehmer (m): lineare Regression				
Variable	Unstandardisiert	Standardisiert	Std.-Fehler	T
Weitere Krankheiten	2,844	0,067	3,281	0,867
Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit	3,595*	0,155*	1,853	1,940
Diskriminierung, seitdem das Geschl. n. außen gelebt wird	-0,657	-0,027	2,003	-0,328
Passing	0,089	0,004	1,895	0,047
Akzeptanz d.d. Umwelt	7,284**	0,251**	2,558	2,848
Zufriedenheit mit der Unterstützung d.d. Familie	1,697	0,114	1,159	1,464
R ²	0,210			
Korr. R ²	0,141			
F (df=14)	3,042***			
Anmerkung: *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001 (einseitige Signifikanz)				

Tabelle 49: Einfluss der unabhängigen Faktoren auf die Domäne der sozialen Beziehungen der Teilnehmerinnen

Einfluss auf die Domäne der sozialen Beziehungen der Teilnehmerinnen (w): lineare Regression				
Variable	Unstandardisiert	Standardisiert	Std.-Fehler	T
Konstante	48,760		23,296	2,093
Alter	-0,376*	-0,219*	0,166	-2,269
Familienstand	1,021	0,082	1,127	0,906
Schulabschluss	-0,888	-0,078	0,924	-0,961
Einkommen	3,328**	0,247**	1,268	2,626
Hormone	-5,344	-0,066	7,288	-0,733
Operationen	-2,430	-0,050	6,501	-0,374
Vornamensänderung	-4,246	-0,088	4,690	-0,905
Transitionsabschluss	-4,842	-0,101	6,036	-0,802
Weitere Krankheiten	-4,487	-0,097	4,028	-1,114
Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit	4,272*	0,190*	2,200	1,942
Diskriminierung, seitdem das Geschl. n. außen gelebt wird	-2,832	-0,132	2,204	-1,285
Passing	-1,844	-0,076	2,559	-0,721
Akzeptanz d.d. Umwelt	10,527***	0,435***	2,892	3,639
Zufriedenheit mit der Unterstützung d.d. Familie	1,234	0,073	1,579	0,781

Einfluss auf die Domäne der sozialen Beziehungen der Teilnehmerinnen (w): lineare Regression				
Variable	Unstandardisiert	Standardisiert	Std.-Fehler	T
R ²	0,485			
Korr. R ²	0,402			
F (df=12)	5,857***			
Anmerkung: *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001 (einseitige Signifikanz)				

Tabelle 50: Einfluss der unabhängigen Faktoren auf die Umwelt-Domäne der Teilnehmer

Einfluss auf die Umwelt-Domäne der Teilnehmer (m): lineare Regression				
Variable	Unstandardisiert	Standardisiert	Std.-Fehler	T
Konstante	49,063		13,954	3,516
Alter	0,041	0,024	0,127	0,320
Familienstand	0,192	0,024	0,534	0,360
Schulabschluss	0,874	0,094	0,594	1,471
Einkommen	2,263**	0,206**	0,797	2,840
Hormone	-1,594	-0,037	3,125	-0,510
Operationen	4,410	0,139	3,091	1,427
Vornamensänderung	-4,862	-0,151	3,133	-1,552
Transitionsabschluss	-4,399	-0,111	2,758	-1,595
Weitere Krankheiten	-0,139	-0,004	2,082	-0,067
Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit	6,258***	0,361***	1,176	5,322
Diskriminierung, seitdem das Geschl. n. außen gelebt wird	-4,815***	-0,268***	1,272	-3,787
Passing	-0,776	-0,052	1,203	-0,645
Akzeptanz d.d. Umwelt	0,719	0,033	1,623	0,443
Zufriedenheit mit der Unterstützung d.d. Familie	1,422*	0,128	0,736	1,933
R ²	0,432			
Korr. R ²	0,383			
F (df=14)	8,702***			
Anmerkung: *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001 (einseitige Signifikanz)				

Tabelle 51: Einfluss der unabhängigen Faktoren auf die Umwelt-Domäne der Teilnehmerinnen

Einfluss auf die Umwelt-Domäne der Teilnehmerinnen (w): lineare Regression				
Variable	Unstandardisiert	Standardisiert	Std.-Fehler	T
Konstante	45,400		16,500	2,751

Einfluss auf die Umwelt-Domäne der Teilnehmerinnen (w): lineare Regression				
Variable	Unstandardisiert	Standardisiert	Std.-Fehler	T
Alter	0,125	0,086	0,117	1,068
Familienstand	-0,752	-0,071	0,798	-0,942
Schulabschluss	0,087	0,009	0,654	0,132
Einkommen	3,019**	0,264**	0,894	3,376
Hormone	-3,103	-0,045	5,162	-0,601
Operationen	1,438	0,035	4,495	0,320
Vornamensänderung	-2,483	-0,061	3,316	-0,749
Transitionsabschluss	-5,144	-0,127	4,159	-1,237
Weitere Krankheiten	-2,370	-0,061	2,835	-0,836
Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit	5,745***	0,301***	1,559	3,686
Diskriminierung, seitdem das Geschl. n. außen gelebt wird	-5,257**	-0,289**	1,561	-3,368
Passing	-1,289	-0,063	1,810	-0,712
Akzeptanz d.d. Umwelt	4,872*	0,238*	2,049	2,378
Zufriedenheit mit der Unterstützung d.d. Familie	0,523	0,036	1,115	0,469
R ²	0,638			
Korr. R ²	0,581			
F (df=14)	11,099***			
Anmerkung: *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001 (einseitige Signifikanz)				

9.4 Fragebogen

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer!

Ganz herzlichen Dank dafür, dass Sie sich bereit erklärt haben, diesen Fragebogen auszufüllen. Die Umfrage wird im Zuge meiner Diplomarbeit über die Lebensqualität von transsexuellen Menschen in Deutschland durchgeführt.

Der Fragebogen umfasst 3 Teile. Der erste Teil enthält Fragen zu Ihrer Person und zu Ihrem Trans*weg. Der zweite Teil befragt Ihre derzeitige allgemeine Lebensqualität. Der dritte Teil geht spezifischer auf die Lebenssituation von Trans*Personen ein. Bei dem zweiten Teil handelt es sich um einen standardisierten Fragebogen zur Lebensqualität der WHO (World Health Organisation). Die Grundlage des dritten Teils bildet eine Adaption des Fragebogens der Studie von Wiebke Fuchs et al. zur Lebenssituation von Transsexuellen in Nordrhein-Westfalen.

Ich ersuche Sie vor dem Ausfüllen auf die Teilnahmebedingungen zu achten: Das Mindestalter beträgt 18 Jahre. Der oder die Auszufüllende soll sich bereits am Weg der Transition befinden und den sogenannten Alltagstest absolvieren oder beides schon abgeschlossen haben. Das bedeutet, dass die, den Fragebogen auszufüllende Person bereits im gewünschten Geschlecht so weit wie möglich lebt.

Für das Ausfüllen benötigen Sie ungefähr 15 Minuten Zeit.

Ich bitte Sie, die Fragen ehrlich zu beantworten, damit eine relevante Auswertung für meine Diplomarbeit erfolgen kann. Die erhaltenen Daten werden nicht weitergegeben und anonym gespeichert. Der Fragebogen enthält keine Fragen zum Namen oder genauem Geburtsdatum.

Der Hauptkern meiner Diplomarbeit besteht darin die Lebensqualität von Transfrauen und Transmännern miteinander zu vergleichen. Leider musste ich deshalb Einschränkungen durchführen und ich habe diese Umfrage an den Hauptteil meiner Diplomarbeit angepasst. Mir ist natürlich bewusst, dass Trans* mehr als nur Personen umfasst, die sich eindeutig einem Geschlecht zugehörig fühlen. Die Einschränkung soll daher in keiner Weise diskriminierend sein.

Deshalb nochmals herzlichen Dank fürs Ausfüllen!

Beste Grüße

Sabrina Wallner

Demographische Fragen I

1. Teil: Über Sie

Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?

- männlich
- weiblich

Geschlechtliche Zuordnung bei der Geburt?

- männlich
- weiblich

Wie alt sind Sie?

Wie ist Ihr Familienstand?

- Single
- Verheiratet
- In einer Partnerschaft
- In eingetragener Partnerschaft lebend
- Getrennt lebend
- Geschieden
- Lebenspartnerschaft aufgehoben
- Verwitwet
- Anderes: _____

Demographische Fragen II

1. Teil: Über Sie

Haben Sie Kinder?

- Ja
- Nein

Demographische Fragen – Kinder

1. Teil: Über Sie

Wie alt sind Ihre Kinder?

Wo leben Ihre Kinder?

- Bei mir
- Bei mir und meinem/meiner PartnerIn
- Bei dem/der PartnerIn
- Bei dem/der Ex-PartnerIn
- Fremdunterbringung (Pflegefamilie und ähnliches)
- Kinder haben eigenen Haushalt

Demographische Fragen – Kinder

1. Teil: Über Sie

Herkunftsland der Eltern?

In welcher Wohnsituation leben Sie? (Mehrfachantworten sind möglich)

- Mit Eltern/Elternteil in einem Haushalt
- Alleine
- Mit meinem/r PartnerIn in einem Haushalt
- Mit mehr als einem/r PartnerIn in einem Haushalt
- Mit meinem/r Ex-PartnerIn in einem Haushalt
- Mit meinen Kindern in einem Haushalt
- In einer Wohngemeinschaft
- In einer Gemeinschaftsunterkunft (z.B.: StudentInnen-Wohnheim, Altenheim, Betreutes Wohnen)
- Im öffentlichen Raum – obdachlos
- Wohnungslos
- Andere: _____

In welchem Bundesland leben Sie AKTUELL?

- Baden-Württemberg
- Bayern
- Berlin
- Brandenburg
- Bremen
- Hamburg
- Hessen
- Mecklenburg-Vorpommern
- Niedersachsen
- Nordrhein-Westfalen
- Rheinland-Pfalz
- Saarland
- Sachsen
- Sachsen-Anhalt
- Schleswig-Holstein
- Thüringen

Wie viele EinwohnerInnen hat der Ort, in dem Sie leben?

- Metropole (über 1Mio. EW)
- Großstadt (bis 1Mio. EW)
- Mittlere Stadt (bis 100.000 EW)
- Kleinstadt (bis 20.000 EW)
- Land/Dorf (bis 5.000 EW)

Demographische Fragen – IV

1. Teil: Über Sie

Was ist Ihr höchster Schulabschluss?

- Kein Abschluss
- Hauptschule
- Mittlere Reife
- Fachhochschulreife

- Abitur
- Fachhochschule
- Universität
- Postgraduiert (Dr.)
- Anderer Schulabschluss: _____

Welches Beschäftigungsverhältnis trifft AKTUELL auf Sie zu? (Mehrfachantworten sind möglich)

- Vollzeitbeschäftigt
- Teilzeitbeschäftigt
- Mini-Job, geringfügig beschäftigt
- Selbstständig / Freiberuflich erwerbstätig
- ALG I
- ALG II
- SchülerIn
- Auszubildende/r
- StudentIn
- Mutterschafts-, Erziehungsurlaub, Elternzeit
- Unbezahlt im eigenen Haushalt tätig (Hausfrau, Hausmann)
- RentnerIn / PensionärIn, im Vorruhestand
- Ich bin erwerbsunfähig
- Ich befinde mich in einer Umschulung / Fortbildung
- Andere: _____

Welchen Beruf haben Sie?

Wie hoch ist Ihr durchschnittliches monatliches Netto-Einkommen?

- Kein Einkommen
- Bis 400 Euro
- 400 bis 1000 Euro
- 1001 bis 2000 Euro
- 2001 bis 3000 Euro
- 3001 bis 4000 Euro
- Mehr als 4000 Euro

Angaben zum Transweg I

1. Teil: Angaben zum Transweg

In welchem Alter wurde Ihnen Ihr Trans*sein bewusst?

Haben Sie den Alltagstest schon abgeschlossen? (Beim Alltagstest soll der oder die Transsexuelle kontinuierlich und in allen Bereichen seines oder ihres Lebens in dem gewünschten Geschlecht leben, um die „neue“ Geschlechterrolle zu erproben. Der Alltagstest wird auch als Alltagserprobung bezeichnet.)

- Ja
- Nein

Alltagstest JA

1. Teil: Angaben zum Transweg

Wie lange erproben Sie bereits den Alltagstest? (Monate)

Angaben zum Transweg

1. Teil: Angaben zum Transweg

Wenn Sie nicht immer entsprechend ihrer Geschlechtsidentität leben, zu welchen Gelegenheiten / Anlässen tun Sie dies nicht? (Mehrfachantworten sind möglich)

- Arbeit
- Schule
- Ausbildung oder Studium
- Beziehung
- Kinder
- Eltern
- Verwandtschaft
- Arztbesuch
- Freizeitbereich (Sport, Sauna)
- Weitere Bereiche: _____
- Ich lebe immer entsprechend meiner Geschlechtsidentität

Angaben zum Transweg II

1. Teil: Angaben zum Transweg

Haben Sie die notwendige Mindesttherapiezeit von 18 Monate bereits abgeschlossen?

- Ja
- Nein

Therapie Dauer

1. Teil: Angaben zum Transweg

Wie lange sind Sie bereits in Therapie?

- Angabe in Monaten: _____

Angaben zum Transweg II

1. Teil: Angaben zum Transweg

Befinden Sie sich bereits in Hormontherapie? (Dabei ist die gegengeschlechtliche Hormontherapie gemeint, das heißt, die Verabreichung von Testosteron, Östrogen und auch Anti-Östrogenen und Anti-Androgenen.)

- Ja
- Nein

Haben Sie in Ihrer Pubertät Pubertätsblocker erhalten?

- Ja
- Nein

Hormone Dauer

1. Teil: Angaben zum Transweg

Seit wann befinden Sie sich in Hormontherapie? (Angabe in Monaten bzw. Jahren. Bitte auch dazu schreiben, ob es sich um Monate oder Jahre handelt.)

Angaben zum Transweg III

1. Teil: Angaben zum Transweg

Ist Ihre Personenstandsänderung bereits rechtskräftig?

- Ja
- Nein

Ist Ihre Vornamensänderung bereits rechtskräftig?

- Ja
- Nein

Haben Sie bereits geschlechtsangleichende Operationen durchführen lassen?

- Ja
- Nein

Haben Sie die Transition zum jetzigen Zeitpunkt für sich abgeschlossen?

- Ja
- Nein

Angaben zum Transweg IV

1. Teil: Angaben zum Transweg

Welche geschlechtsangleichenden Operationen haben Sie bereits durchführen lassen?

- Mastektomie (Angleichung an eine männliche Brust)
- Hysterektomie (Gebärmutterentfernung) und Adnexektomie (Eileiter- und Eierstockentfernung)
- Kolpektomie (Scheidenverschluss)
- Metaidoioplastik (Klitorispenoid, Klitpen)
- Phalloplastik (Penoidkonstruktion)
- Penis- und Hodenprothese (Pumpe oder ähnliches)
- Andere Operationen: _____

Angaben zum Transweg IV

1. Teil: Angaben zum Transweg

Welche geschlechtsangleichenden Operationen haben Sie bereits durchführen lassen?

- Penisinvagination (Bildung einer Neovagina, Neovulva und Neoklitoris)
- Brustaufbau
- Reduzierung des Adamsapfels
- Feminisierende Stimmoperation
- Feminisierende Gesichtsoption
- Orchiektomie (Entfernung von Hoden ohne Entfernung von Penis)

Andere Operationen: _____

Medizinische Angaben

1. Teil: Medizinische Angaben

Leiden Sie gegenwärtig an einer Krankheit oder gesundheitlichen Störung?

(Zum Beispiel: Diabetes, Bluthochdruck, Schilddrüsenerkrankung, Depression, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Essstörungen)

- Ja
 Nein

Wenn ja, an welchen Krankheiten oder gesundheitlichen Störungen leiden Sie?

WHO

Instruktionen für den Fragebogen

Im zweiten Teil des Fragebogens werden Sie danach gefragt, wie Sie Ihre Lebensqualität, Ihre Gesundheit und andere Bereiche Ihres Lebens beurteilen. Bitte beantworten Sie alle Fragen. Der befragte Zeitraum betrifft die letzten zwei Wochen. Wenn Sie sich bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sind wählen Sie bitte die Antwortkategorien, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft. Oft ist dies die Kategorie, die Ihnen als erste in den Sinn kommt.

Im dritten Teil des Fragebogens werden Sie danach gefragt, wie Sie Ihre derzeitige Lebenssituation in Bezug auf ihr Trans*sein beurteilen. Im Gegensatz zum zweiten Teil des Fragebogens, können Sie auch eine Frage auslassen, wenn keine Antwort für Sie zutrifft. Es wird aber dennoch gebeten den Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen. Der befragte Zeitraum betrifft das letzte Jahr.

Bitte beantworten Sie alle Fragen auf der Grundlage Ihrer eigenen Beurteilungskriterien, Hoffnungen, Vorlieben und Interessen. Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an Ihr Leben während der vergangenen zwei Wochen bzw. während des letzten Jahres (der Zeitraum wird bei den Fragen immer angegeben). So könnte eine Frage zum Beispiel lauten:

	Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
Bekommen Sie von anderen Menschen die Unterstützung, die Sie brauchen?	1	2	3	4	5

Bei dieser Frage sollen Sie das Feld ankreuzen, das am besten ausdrückt, in welchem Umfang Sie während der vergangenen zwei Wochen von anderen Menschen die Unterstützung erhalten haben, die Sie brauchen. Wenn Sie während der vergangenen zwei Wochen von anderen Menschen überwiegend die Unterstützung erhalten haben, die sie brauchen, kreuzen Sie das Feld mit der Zahl 4 an.

	Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig

Bekommen Sie von anderen Menschen die Unterstützung, die Sie brauchen?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	--------------	---

Wenn Sie während der letzten zwei Wochen von anderen Menschen die Unterstützung, die Sie brauchen überhaupt nicht erhalten haben, kreuzen Sie das Feld mit der Zahl 1 an.

WHO I

2. Teil: WHO-Umfrage zur Lebensqualität

Bitte lesen Sie jede Frage, überlegen Sie, wie Sie sich in den vergangenen zwei Wochen gefühlt haben, und kreuzen Sie die Zahl auf der Skala an, die für Sie am ehesten zutrifft.

	Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr gut
Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?					
	Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?					

WHO II

2. Teil: WHO-Umfrage zur Lebensqualität

In den folgenden Fragen geht es darum, WIE STARK Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben.

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?					
Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlungen angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?					
Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?					
Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?					
Wie gut können Sie sich konzentrieren?					
Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?					
Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?					

WHO III

2. Teil: WHO-Umfrage zur Lebensqualität

In den folgenden Fragen geht es darum, IN WELCHEM UMFANG Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben oder in der Lage waren, bestimmte Dinge zu tun.

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?					
Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?					
Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?					
Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?					
Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?					
	Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
Wie gut können Sie sich fortbewegen?					

WHO IV

2. Teil: WHO-Umfrage zur Lebensqualität

In den folgenden Fragen geht es darum, WIE ZUFRIEDEN, GLÜCKLICH ODER GUT Sie sich während der vergangenen zwei Wochen hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben.

	Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?					
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?					
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?					
Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?					
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?					
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?					

	Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?					
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?					
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?					
Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?					
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?					
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?					
Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?					
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?					
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?					
Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?					

WHO IV

2. Teil: WHO-Umfrage zur Lebensqualität

In den folgenden Fragen geht es darum, WIE OFT sich während der vergangenen zwei Wochen bei Ihnen negative Gefühle eingestellt haben, wie zum Beispiel Angst oder Traurigkeit.

	Niemals	Nicht oft	Zeitweilig	Oftmals	Immer
Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?					

Diskriminierung

3. Teil: Diskriminierung

Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an Ihr Leben WÄHREND DES LETZTEN JAHRES.

Diskriminierung bedeutet, wenn man aufgrund eines Merkmals beleidigt, benachteiligt oder ausgegrenzt wird. Es kommt dabei nicht darauf an, ob das Merkmal tatsächlich auf einen zutrifft oder ob eine Diskriminierung beabsichtigt ist. Man könnte sagen: Diskriminiert ist man, wenn es weh tut. Oder: Entscheidend für unsere Fragestellung ist nicht, ob tatsächlich eine Diskriminierung vorgelegen hat, sondern dass man sich diskriminiert fühlt.

	Nie	Selten	Teils-Teils	Häufig	Immer
Werden Sie, seitdem Sie im gewünschten Geschlecht nach außen hin leben, diskriminiert?					
Erfahren Sie seit Ihrer Transition eine Diskriminierung als Transsexuelle/r?					

Selbst- und Fremdwahrnehmung

3. Teil: Selbst- und Fremdwahrnehmung

Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an Ihr Leben WÄHREND DES LETZTEN JAHRES.

	Nie	Selten	Teils-Teils	Häufig	Immer
Werden Sie entsprechend dem Geschlecht wahrgenommen, dem Sie sich zugehörig fühlen (Passing)?					
Fühlen Sie sich verletzt, wenn Sie nicht entsprechend Ihrer Geschlechtsidentität wahrgenommen werden? (falsches Pronomen, falsche Anrede)					

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils-Teils	Trifft eher zu	Trifft zu
Denken Sie, dass Sie selbst ein Mindest-Passing aufweisen müssen, bevor Sie von der Umwelt einfordern dürfen. Sie gemäß Ihrer Geschlechtsidentität zu behandeln?					

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Stark	Sehr stark
Benutzen Sie geschlechtstypische Verhaltensweisen zum Ausdruck Ihrer Geschlechtsidentität? („typisch“ männliches oder „typisch“ weibliches Verhalten)					

Alltag und Sport

3. Teil: Trans*Dasein im Alltag

Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an Ihr Leben WÄHREND DES LETZTEN JAHRES.

	Gar nicht	Kaum	Teilweise	Größten- teils	Völlig
Wird Ihr Trans*sein akzeptiert und respektiert vom größten Teil Ihrer Umwelt?					

3. Teil: Freizeit und Sport

Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an Ihr Leben WÄHREND DES LETZTEN JAHRES. Mögliche Gründe, um an Freizeit- und Sportaktivitäten nicht teilzunehmen: Aufgrund von Unsicherheiten, negativen Erfahrungen, Ängsten und/oder geschlechtsspezifischen Vorschriften.

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Stark	Sehr stark
Wie stark wurden Sie durch ihr Trans*sein im letzten Jahr gehindert an bestimmten Freizeit- und Sportaktivitäten /-angeboten /-einrichtungen teilzu-					

Leben im öffentlichen Raum

3. Teil: Leben im öffentlichen Raum

Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an Ihr Leben WÄHREND DES LETZTEN JAHRES. In Bezug auf Diskriminierung und Gewalt genügt Ihre Vermutung, dass Trans*sein ein Grund gewesen sein könnte.

Mit öffentlichem Raum sind zum Beispiel folgende Orte gemeint: Straße, Geschäfte, Restaurants, Clubs, öffentliche Verkehrsmittel, Arbeitsamt/Jobcenter, Behörden, Polizei.

Mögliche Diskriminierung im öffentlichen Raum: Verwendung der falschen Anrede, des falschen Pronomens, falsches Anschreiben, Verwendung des Geburtsnamens, Zwangsouting, Fragen zu Ihrem Körper.

Mögliche Formen der Gewalt im öffentlichen Raum: Körperliche Angriffe, Beleidigungen, Drohungen, Belästigungen, sexuelle Übergriffe.

	Niemals	Selten	Mehrmals	Häufig	Sehr häufig
Haben Sie im vergangenen Jahr aufgrund Ihres Trans*sein, Diskriminierung im öffentlichen Raum erfahren?					
Haben Sie öffentliche Orte aufgrund Ihres Trans*seins, im letzten Jahr gemieden?					
Haben Sie im vergangenen Jahr aufgrund Ihres Trans*sein, Gewalt im öffentlichen Raum erfahren?					

Schule / Studium / Ausbildung

3. Teil: Schule / Studium / Ausbildung

Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an Ihr Leben WÄHREND DES LETZTEN JAHRES. In Bezug auf Diskriminierung und Gewalt genügt Ihre Vermutung, dass Ihr Trans*sein ein Grund gewesen sein könnte.

Mögliche Diskriminierung an Ihrem Ausbildungs- / Fortbildungs- / Weiterbildungsort: Verwendung der falschen Anrede, des falschen Pronomens, Verwendung des Geburtsnamens, Zwangsouting, Fragen zu Ihrem Körper, Schulverweis, eingeschränkter / kein Zugang zu geschlechtsspezifischen Veranstaltungen / Einrichtungen und Räumen.

Mögliche Formen der Gewalt an Ihrem Ausbildungs- / Fortbildungs- / Weiterbildungsort: körperliche Angriffe, Beleidigungen, Drohungen, Belästigungen, sexuelle Übergriffe, Zerstörung von persönlichem Eigentum.

	Niemals	Selten	Mehrmals	Häufig	Sehr häufig
Wurden Sie im vergangenen Jahr während Ihrer Ausbildung / Fortbildung / Weiterbildung aufgrund Ihres Trans*sein diskriminiert?					
Haben Sie im vergangenen Jahr aufgrund Ihres Trans*sein, Gewalt in Ihrer Ausbildungs- / Fortbildungs- / Weiterbildungsstätte erfahren?					
	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils-Teils	Trifft eher zu	Trifft zu
Haben Sie aufgrund Ihres Trans*sein einen eingeschränkten oder keinen Zugang zu Ausbildungs- / Fortbildungs- / Weiterbildungsstätten?					

Haben Sie aufgrund Ihres Trans*sein die Fort- / Aus- / Weiterbildungsstätte gewechselt?

- Ja
- Nein

Haben Sie aufgrund Ihres Trans*sein Ihre Fort- / Aus- / Weiterbildung abgebrochen?

- Ja
- Nein

Beruf

3. Teil: Beruf

Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an Ihr Leben WÄHREND DES LETZTEN JAHRES. In Bezug auf Diskriminierung und Gewalt genügt Ihre Vermutung, dass Ihr Trans*sein ein Grund gewesen sein könnte.

Mögliche Diskriminierung an Ihrem Arbeitsort: Verwendung der falschen Anrede, des falschen Pronomens, Verwendung des Geburtsnamens, Zwangsouting, Fragen zu Ihrem Körper, Übergangenwerden bei Beförderungen oder anderen Gelegenheiten, Kontaktverbot / Kontakteinschränkung in Bezug auf KundInnen, Rufschädigung.

Mögliche Formen der Gewalt an Ihrem Arbeitsort: körperliche Angriffe, Beleidigungen, Drohungen, Belästigungen, sexuelle Übergriffe, Zerstörung von persönlichem Eigentum.

	Niemals	Selten	Mehrmals	Häufig	Sehr häufig
Wurden Sie im vergangenen Jahr in Ihrem Beruf aufgrund Ihres Trans*sein diskriminiert?					
Haben Sie im vergangenen Jahr aufgrund Ihres Trans*sein, Gewalt in Ihrem Beruf erfahren?					

Haben Sie schon einmal gekündigt oder die Arbeitsstelle gewechselt in Bezug auf Probleme, die sich ergeben haben oder um Probleme zu vermeiden, in Bezug auf Ihr Trans*sein?

- Ja
- Nein

Wurden Sie aufgrund Ihres Trans*sein entlassen? (Aufgrund einer Transition darf niemand offiziell entlassen werden. Hier reicht das Gefühl, dass Ihr Trans*sein der Grund für die Entlassung war.)

- Ja
- Nein

Bewerbungen

3. Teil: Beruf

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils-Teils	Trifft eher zu	Trifft zu
Haben / Hatten Sie den Eindruck, dass Ihre Bewerbung / Bewerbungen aufgrund Ihres Trans*sein nicht berücksichtigt oder abgelehnt wurde?					

Familie und Freunde

3. Teil: Freunde und Familie

Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an Ihr Leben WÄHREND DES LETZTEN JAHRES. In Bezug auf Diskriminierung und Gewalt genügt Ihre Vermutung, dass Ihr Trans*sein ein Grund gewesen sein könnte.

Mögliche Diskriminierung innerhalb Ihrer Familie und Ihres Freundeskreises: Verwendung des falschen Pronomens, Verwendung des Geburtsnamens, Fragen zu Ihrem Körper, Kontakteinschränkung oder -verbot, Beenden von finanzieller Unterstützung, Enterbung, Rufmord.

Mögliche Formen der Gewalt innerhalb Ihrer Familie und Ihres Freundeskreises: körperliche Angriffe, Beleidigungen, Drohungen, Belästigungen, sexuelle Übergriffe, Zerstörung von persönlichem Eigentum

	Niemals	Selten	Mehrmals	Häufig	Sehr häufig
Wurden Sie im letzten Jahr innerhalb Ihrer Familie aufgrund Ihres Trans*sein diskriminiert?					

Wurden Sie im letzten Jahr innerhalb Ihres Freundkreises aufgrund Ihres Trans*sein diskriminiert?					
Haben Sie im vergangenen Jahr aufgrund Ihres Trans*sein, Gewalt innerhalb Ihrer Familie erfahren?					
Haben Sie im vergangenen Jahr aufgrund Ihres Trans*sein, Gewalt innerhalb Ihres Freundeskreises erfahren?					
	Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Familie?					

Unterstützung

3. Teil: Unterstützung

Haben Sie die Möglichkeit in Ihrer Nähe Selbsthilfe-Organisation zu besuchen?

Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an Ihr Leben WÄHREND DES LETZTEN JAHRES.

- Ja
 Nein

Mit Unterstützungsmöglichkeiten sind in diesem Fall Selbsthilfegruppen, Internetseiten und Internetforen, Community, Beratungsstellen, Ärzte und Therapeuten gemeint.

	Niemals	Selten	Zeitweilig	Häufig	Sehr häufig
Empfanden Sie die oben genannten Unterstützungen / Unterstützungsmöglichkeiten in Ihrem Trans*sein, im letzten Jahr als hilfreich?					

Gesundheitssystem

3. Teil: Gesundheitssystem

Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an Ihr Leben WÄHREND DES LETZTEN JAHRES. In Bezug auf Diskriminierung genügt Ihre Vermutung, dass Ihr Trans*sein ein Grund gewesen sein könnte.

Mögliche Diskriminierung innerhalb des Gesundheitssystems: Gesundheitliche Probleme werden weniger ernst genommen, weniger sorgfältig untersucht, längere Wartezeiten, Verweigerung von Untersuchungen der "alten" Geschlechtsorgane wie z.B.: der Prostata bei Transfrauen, aufgrund von Trans*sein weggeschickt werden, auch wenn sich das Problem gar nicht um Trans* dreht.

	Niemals	Selten	Mehrmals	Häufig	Sehr häufig
Würden Sie innerhalb des letzten Jahres innerhalb des Gesundheitssystems aufgrund Ihres Trans*sein diskriminiert?					

Sind / Waren Sie zufrieden mit dem Ablauf der medizinischen Verfahren?

Hier können Sie einzelne Fragen auslassen, wenn Sie noch keine Operation/en hinter sich haben.

	Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Teils zufrieden, teils unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
Fachlicher Umgang des med. Personals					
Qualität der medizinischen Beratung					
Qualität der Ausführung					
Begleitung durch die Krankenkasse					
Behandlung bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)					
Begleitende Psychotherapie					
Entscheidung der Kassen					
Dauer des Genehmigungsverfahrens					
Wartezeit auf OP Termin					
Menschlicher Umgang des med. Personals					
Inhalt und Umfang der kassenärztlichen Leistung nach MDS Richtlinien					

Haben Sie geschlechtsangleichende Behandlungen selbst bezahlt?

- Ja
- Nein

Herzlichen Dank für die Teilnahme!

Sollten Sie weitere Fragen bezüglich der Umfrage haben oder an den Endergebnissen der Umfrage interessiert sein, dann können Sie sich jederzeit via E-Mail an mich wenden unter: transstudie.wallner@gmail.com