

Oberlandesgericht Dresden  
Schloßplatz 1

01067 Dresden

In dem Rechtsstreit

S.  
gegen  
Universitätsklinikum Leipzig u.a.

Wegen Schmerzensgeld/Schadensersatz

- 4 U 87/07 -

wird zu dem Gutachten des Herrn Prof. Friedemann Pfäfflin vom 31.07.2008 Stellung genommen:

es wurde ein Ablehnungsantrag gegen Prof. Pfäfflin gestellt, u.a. weil er aufgrund seiner Verstrickung in die mit der Klage angegriffenen Behandlungsprozeduren nicht neutral ist, und weil er, wie die Klägerin an einem konkreten Beispiel in der Anlage BK 1 zeigte, ein von den Ärzten herbeigeführtes Patientenverhalten in Verdrehung von Ursache und Wirkung als Beweis dafür, dass "Transsexualität" eine "psychoneurotischen Symptombildung" sei, ausgab (was er in seiner Veröffentlichung aus dem Jahr 2003 "Geschlechtsumwandlung. Phantasie und Wirklichkeit" auf S. 190 sinngemäß aufwärmt), also kein glaubwürdiger Wissenschaftler und damit fachlich ungeeignet ist.

Die Klägerin machte von vornherein deutlich, dass Prof. Pfäfflin, als jemand, dessen berufliche Karriere von der Anmaßung gekennzeichnet ist, über die Gestaltung fremden Lebens zu bestimmen (in seinem nun vorliegenden Gutachten spricht er allein im Zusammenhang mit "Transsexualität" von 1200 Patienten), allergrößtes Interesse daran haben muss, dies als angeblich medizinisch zu verteidigen und daraus resultierende Schäden zu bestreiten. Er muss deshalb ein Interesse an der Niederschlagung des anhängigen Verfahrens haben.

Das wird nun von dem vorliegenden Gutachten bestätigt. Es ist durchzogen von unbewiesenen Postulaten, verzerrten, teilweise ins Gegenteil verdrehten, Darstellungen und den Tatsachen nicht entsprechenden Ausführungen. Dabei hat Prof. Pfäfflin keine Hemmungen, sich in Widerspruch zu den Behandlungsunterlagen und sogar in Widerspruch zu seiner eigenen Literatur zu setzen.

Er geht sogar soweit, dass er in die Begutachtung von Frau Dr. Krege eingreift, obwohl er dazu gar nicht beauftragt ist, ohne aber dass er diese zur Rücknahme der Aussage bewegen konnte, dass über alternative Operationsverfahren hätte aufgeklärt werden müssen. Ob er auch bei Dr. med. Michael Steen telefonisch interveniert hat?

Nachdem Prof. Pfäfflin im Zusammenhang mit einer von ihm beabsichtigten persönlichen Exploration der Klägerin die Akte für "nicht ergiebig" erklärt hat, werden im nun vorliegenden Gutachten keinerlei Lücken der Behandlungsdokumentation benannt.

Die Klägerin bleibt dabei, dass es sich bei dem Gutachten von Prof. Pfäfflin um das Gutachten eines befangenen Gutachters und wissenschaftlich ungläubwürdigen Fachmanns handelt.

Das Gutachten beweist, wie sehr es berechtigt war, dass die Klägerin sich von Prof. Pfäfflin nicht explorieren ließ. Sie hätte sich anderenfalls in persönliche Gefahr begeben.

Die Behandlungsfehler und Schäden aus der Behandlung verneinenden Ausführungen des Gutachters sind nicht begründet und werden in vollem Umfang zurückgewiesen, also rechtlich bestritten.

Obwohl das Gericht erläutert hatte, dass ein Gutachter nicht ausschließlich nach den Parametern und Präferenzen seiner Schule gutachten darf, hat Prof. Pfäfflin genau dies getan.

Es soll gleich an einem besonders eindrucksvollen Beispiel der Überlegenheit des Arztes und seiner Entscheidungen über den Patienten gezeigt werden, dass die Ausführungen des Sachverständigen Prof. Pfäfflin im gesamten Gutachten kaum gerichtsverwertbar sind, solange deren Gültigkeit nicht durch detaillierte Prüfung bestätigt werden konnte. In diesem Zusammenhang soll vorher auf folgendes Zitat eingegangen werden:

“Aus der eigenen Stichprobe von mehr als 1200 Patienten mit transsexueller Symptomatik erinnere ich drei Patienten mit Klinefelter-Syndrom, die dennoch transsexuell waren. Bei allen dreien war die Diagnose des Klinefelter-Syndroms schon Jahre, bevor sie sich wegen Transsexualismus in Behandlung begeben hatten, bekannt.” (Gutachten Pfäfflin S. 34 unten)

Weibliche sexuelle Identität bei Klinefelter-Syndrom bedeutet nicht das gleichzeitige Vorliegen von “Transsexualität”, sondern das zusätzliche Vorliegen einer intersexuellen Differenzierungsstörung des Gehirns (zur sexuellen Differenzierung siehe unten).

Nach der Logik des vorstehenden Zitats handelt es sich auch bei dem folgenden, von Prof. Pfäfflin auf den Seiten 31 und 32 seines Gutachtens dargestellten Beispiel um einen Fall einer “Persönlichkeits- und Verhaltensstörung”, der psychischen Störung “Transsexualität”, da auch dort sich der Patient erst im jugendlichen Alter zum Leben als Mann entschloss:

Es geht um den Fall des amerikanischen eineiigen Zwillingspaars männlichen Geschlechts, dessen einer Teil nach Behandlungsfehler zum Mädchen gemacht werden sollte.

Im Jahr 1967 sah der Psychologe John Money seine Gelegenheit gekommen, der Welt, entgegen der damals schon bekannten Hinweise auf eine körperliche Grundlage der Geschlechtsidentität, seine abenteuerliche Behauptung zu beweisen, dass eine Geschlechtsidentität (eine Fortpflanzungsvoraussetzung !!!) durch Erziehung entstünde.

Verzweifelte Eltern wandten sich nach einer Fernsehsendung an ihn. Mit einem eineiigen Zwillingsspaar männlichen Geschlechts, bei dem ein Kind durch Behandlungsfehler den Penis verloren hatte, wurde ihm die ideale Versuchsanordnung auf dem Tablett präsentiert. Er behauptete nun den Eltern gegenüber, bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr seien Menschen psychisch geschlechtsneutral, drängte diese zur Eile und setzte die baldige Kastration des Jungen und die Schaffung eines weiblich erscheinenden äußeren Genitals mit rudimentärer Vagina durch. Er instruierte die Eltern und die gesamte Umwelt, das Kind so zu behandeln, als sei es schon immer ein Mädchen gewesen und ihm auf keinen Fall zu sagen, was geschehen ist.

Das Kind nahm nie eine weibliche Geschlechtsidentität an. Es verhielt sich als Junge. Es kam zu erheblichen sozialen Schwierigkeiten und schulischen Lernrückständen, die nie mehr nachgeholt werden konnten. Die Mutter bekam unter dem Druck, alles was Money forderte, so gut wie möglich umgesetzt zu haben und sehen zu müssen, dass entgegen dessen Versprechungen alles ganz schlimm ablief, psychische Krisen und musste sich psychiatrisch behandeln lassen. Es war nur Elend. John Money hingegen stellte in der Öffentlichkeit eine glückliche Familie dar, ein gelungenes Beispiel für das Aufwachsen eines schwer geschädigten Jungen als lebensfrohes Mädchen. Als das “Mädchen” dann im Jugendalter die verweiblichende Hormontherapie bekommen sollte und sich “schwierig” anstellte, wurde es von dem betreffenden Arzt angeharscht, ob es nun ein Mädchen sein wolle oder nicht. Da schrie das Kind heraus “NEIN”. Dann erst wurde ihm von den Eltern gesagt, was los war.

Die beiden Jungen waren so kaputtgespielt, so traumatisiert, dass sie nie mehr die Chance hatten, ein halbwegs menschenwürdiges Leben führen zu können. Eine Entschädigung ist nie gezahlt worden. Beide, zuerst die Kontrollgruppe und später im Alter von nur 38 Jahren das “Mädchen” nahmen sich schließlich das Leben.

Der Psychologe John Money, konnte seinen Lebensabend genießen, ohne jemals auch nur zivilrechtlich belangt worden zu sein. Die Klägerin möchte nicht, dass dies in ihrem Fall auch so kommt.

Bei den Darstellungen zur sexuellen Differenzierung des Gehirns und damit der psychischen Fortpflanzungsvoraussetzungen sexuelle Partnerorientierung und der Passung dazu, der sexuellen Identität, weiter unten, wird John Money noch mehrfach zitiert mit Arbeiten, bei denen er eine Korrelation zwischen körperlichen Befunden und sexuellen Empfindungen selbst festgestellt hat. Bei dem Jungen der als Mädchen aufwuchs, handelt es sich also um einen reinen Tierversuch am Menschen.

Dazu wird folgender Artikel von Volker Zastrow aus der FAZ, der den Schmerz, die Perversion des ganzen spüren lässt, als Anlage BK 2 vorgelegt und vollinhaltlich in das Verfahren eingeführt:

Zastrow, Volker: Der kleine Unterschied. In Frankfurter Allgemeine Zeitung 07.09.2006.

Auf der Internetseite der Deutschen Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität e.V. wurde dazu folgender, hier als Anlage BK 3 vorgelegter Nachruf veröffentlicht:

“Am 14.5.2004, erreichte uns die Nachricht, dass David Reimer gestorben sei. David Reimer, der als der berühmte John/Joan Fall Wissenschaftsgeschichte machte, beging am 4. Mai 2004, im Alter von 38 Jahren, Selbstmord.

In Folge einer mißglückten Beschneidung als Kleinkind, bei der sein Penis irreparabel beschädigt wurde, entschieden sich die Eltern auf Rat des berühmten Sexualwissenschaftlers John Money, das Kind als Mädchen aufzuziehen; die noch vorhandenen Hoden wurden entfernt, und das Kind mit weiblichen Hormonen behandelt. Money war von diesem Falle besonders begeistert, da Davids eineiiger Zwilling Bruder Brian als Vergleich dienen konnte.

David Reimer, genannt Brenda, fühlte sich jedoch niemals als Mädchen, und war aufgrund dieser Zuweisung ein zutiefst unglückliches Kind. Als es in der Pubertät, die durch künstliche Hormone ausgelöst werden sollte, zu einer Krise kam, erfuhr er, dass er als Junge geboren worden war, und lebte sofort wieder als Junge. Später heiratete er eine Frau und adoptierte deren Kinder.

Money hingegen propagierte den Fall John/Joan noch jahrelang als durchschlagenden Erfolg seiner Theorie (dass nämlich das Identitätsgeschlecht eines Menschen erst mit etwa drei Jahren entwickelt sei, und vorher beliebig veränderbar sei), obwohl ihm bekannt war, dass das Experiment längst gescheitert war. Aufgrund seiner “Erkenntnisse” werden heute noch intersexuelle Kinder, zum Beispiel solche mit einem sogenannten Micropenis, verstümmelt, mit ähnlichen “Erfolgen”. Die Theorien Money's waren niemals unumstritten; insbesondere Milton Diamond hat viele davon widerlegt.

Money hörte erst damit auf, als sich David Reimer entschloss, mit seiner Geschichte an die Öffentlichkeit zu gehen, um anderen Kindern das gleiche Schicksal zu ersparen. Seine Lebensgeschichte schilderte er, zusammen mit dem Autor John Colapinto, in Der Junge, der als Mädchen aufwuchs.

Seine Mutter gab gegenüber der New York Times an, David habe wohl keinen Sinn mehr in seinem Leben gesehen, nachdem er und seine Frau sich getrennt hatten, und er seine Arbeitsstelle verloren hatte; außerdem war er über den Tod seines Zwillingbruders vor zwei Jahren noch nicht hinweg gekommen. Sie sagte aber auch, dass sie glaube, dass ihr Sohn noch am Leben wäre, wenn er nicht das Opfer jenes unglücklichen Experiments geworden wäre, das bei ihm so viel Leid verursachte.”

Soweit der Nachruf der dgti. Dazu im Kontrast die Ausführungen des Gutachters Prof. Pfäfflin:

“Dabei ging es um den tragischen Fall eines männlichen Zwillingskindes, dem anlässlich einer routinemäßigen Beschneidung wegen Schwankungen in der Stromversorgung des Krankenhauses während eines Gewitters der Penis vollkommen verbrannt war. Da der Defekt nicht reparabel war, hatte Money den verzweifelten Eltern schließlich vorgeschlagen, das Kind als Mädchen aufzuziehen, da es noch so klein war, dass die sozial prägenden Einflüsse erwarten ließen, dass dies gelingen könnte, und später mit weiblichen Hormonen versorgen zu lassen. Diamond nahm 1995 mit dem inzwischen 30 Jahre alten Patienten Kontakt auf, der bis zur Pubertät als Mädchen aufgewachsen war, später aber doch als Mann leben wollte und lebte, ohne dass seine weitere Umwelt von seiner Vorgeschichte wusste, publizierte den Fall und vermittelte den Kontakt zu einem Journalisten, der den Kasus zu einer Monographie verarbeitete (Colapinto [2000] *As nature made him. The boy who was raised as a girl*. Dt. [2006]: der Junge der als Mädchen aufwuchs. Patmos Verlag u. Walter Verlag: Düsseldorf u. Zürich), aus der Anonymität riss und zum Paradebeispiel einer Falschbehandlung stilisierte, an die sich die Bewegung der Intersexuellen eng anschloss (vgl. Interview mit Milton Diamond, geführt von Hertha Richter-Appelt am 31.1.2008 in Hamburg anlässlich des 2. Interdisziplinären Forums für Intersexualität, Zeitschrift für Sexualforschung, im Druck).

Dass sich der Patient schließlich als Reaktion auf den öffentlichen Wirbel, der um ihn gemacht wurde, suizidierte, wirft die Frage auf, welcher Teil seiner Behandlung, die ursprüngliche oder die spätere Behandlung durch die Medien ihm wohl mehr geschadet hat, doch kann diese Frage hier unbeantwortet bleiben. Erwähnt wird dieser Fall hier, weil in den Akten des anhängigen Verfahrens wiederholt auf die Behandlung intersexueller Kinder Bezug genommen und damit an die hier beschriebene Politisierung der Debatte angeknüpft wird. Eine differenzierte Darstellung der klinischen Problematik von Kindern und Jugendlichen mit einer intersexuellen Konstitution und/oder Geschlechtsidentitätsstörungen findet sich in der bereits erwähnten Monographie von Cohen-Kettenis u. Pfäfflin (2003): *Transgenderism and intersexuality in childhood and Adolescence. Making choices*. Sage Publ.: Thousand Oaks, London, New Dehli.

Woher rührt das Interesse von Prof. Pfäfflin, die Tatsachen falsch darzustellen und diese Praktiken des Prof. John Money und seiner Jünger zu verteidigen? Einen Hinweis findet man in seinem schon erwähnten Buch:

Pfäfflin, Friedemann (1993): *Transsexualität. Beiträge zur Psychopathologie, Psychodynamik und zum Verlauf*. Stuttgart: Enke, 1993, dort S. 72.

“..verbrachte ich mehrere Wochen an der Johns-Hopkins-Klinik in Baltimore, die als erste amerikanische Universitätsklinik ab 1965 “Geschlechtsumwandlungen” durchgeführt hatte, bei John Money und John K. Meyer im Team der Gender-Identity-Clinic und konnte mit einer ganzen Reihe von Patienten sprechen.” (S. 72)

Ca. 1979 war dieses Experiment und damit auch die bis in die heutige Zeit praktizierten Zwitter/“Transsexuellen“-Behandlungsprogramme, deren Grundlage die Behauptung der Entwicklung einer Geschlechtsidentität durch soziale Prägung ist, gescheitert. Trotzdem wurden ca. 18 Jahre später auf Grundlage genau jener gescheiterten Behauptung der psychischen Entwicklung einer Geschlechtsidentität die “Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen” (Anlage K 27) geschaffen. In diesen wird die Darstellung jener gescheiterten psychischen Entwicklung einer Geschlechtsidentität als “transsexuelle Entwicklung” in den Patientenunterlagen gefordert. Was hier geschieht ist nichts anderes, als dass damit eine “transsexuelle Entwicklung” überhaupt erst erschaffen werden soll. Zitat aus den “Standards”:

“Das Ziel der Begutachtung ist es, die Entwicklung der Geschichte der Geschlechtsidentität und ihrer Störung (unter Vergegenwärtigung der Besonderheiten von Mann-zu-Frau- und Frau-zu-Mann-Transsexuellen) im psychosozialen Umfeld mit seinen jeweiligen Einflußfaktoren in den aufeinanderfolgenden Lebensphasen nachzuzeichnen.” (Anlage K 27, S. 154 unten unter 6.1)

Hier werden Menschen aufgrund ihrer sexuellen Identität als "psychisch gestört" diffamiert und nachträglich werden im Rahmen eines "gutachterlichen" Prozesses psychopathologische Geschichten konstruiert, die dann als angeblicher Beleg für das Vorliegen einer psychischen Störung herhalten sollen.

Man muss sich vergegenwärtigen was hier geschieht: Das Scheitern einer Behandlungspraxis auf der ganzen Linie wird nicht etwa zum Anlass genommen, dieses zu revidieren, sondern es wird zum "Standard" erklärt.

Associated Press berichtete im Mai 2000 von einer weiteren Studie, welche zeigte, dass sich eine "transsexuelle Entwicklung" nicht herbeiführen lässt und der Fall David Reimer nicht die Ausnahme, sondern den Normalfall darstellt. In diesem Beitrag heißt es:

"BALTIMORE - The practice of surgically "reassigning" boys born without penises is being called into question by a new study that suggests gender identity is determined in the womb. Researchers at the Johns Hopkins Hospital on Friday said the study found that such boys, raised as girls, had masculine behavior and most declared themselves to be boys. ... researchers tracked the development of 27 children born without a penis, a rare defect ... The infants were otherwise male with normal testicles, male genes and hormones. Twenty-five of the children were sex reassigned, meaning doctors castrated them at birth and their parents raised them as girls.

But over the years, all of the children, currently aged 5-16, exhibited the rough-and tumble play of boys. Fourteen declared themselves to be boys, in one case as early as age 5, said Dr. William G. Reimer, a child and adolescent psychiatrist and urologist at the Hopkins Children's Center. "The studies indicate that with time and age, children may well know what their gender is, regardless of any and all information and child-rearing to the contrary," he said. "They seem to be quite capable of telling us who they are."

The two children who were not reassigned and were raised as boys fit in well with their normal male peers and were better adjusted psychologically than the reassignment of children.

...

The study was presented Friday at the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society Meeting in Boston.

... Michael Bailey, an associate professor of psychology at Northwestern University ... "This suggests that hormones' effect on the brain has a major impact on gender identity."

Dr. Marianne J. Legato, a Columbia University professor of clinical medicine who studies the differences between men and woman, said sexual differentiation occurs in the first trimester of pregnancy.

"When the brain has been masculinized by exposure to testosterone, it is kind of useless to say to this individual, 'you're a girl,'" she said. "It is this impact of testosterone that gives males the feelings that they are men."

Dieser Bericht ist unter der Internetadresse <http://ai.eecs.umich.edu/people/con...> veröffentlicht und wird hier als Anlage BK 4 vorgelegt. Nachfolgend die Übersetzung:

"BALTIMORE - Die Praxis der chirurgischen (Geschlechts-)Zuweisung von ohne Penis geborenen Jungen wird durch eine neue Studie in Frage gestellt, welche nahelegt, dass die Geschlechtsidentität im Mutterleib festgelegt wird.

Forscher am Johns Hopkins Hospital erklärten am Freitag, dass die Studie herausfand, dass solche Jungen, die als Mädchen aufwuchsen, männliches Verhalten hatten und sich selbst meistens als Jungen betrachteten.

... Forscher untersuchten die Entwicklung von 27 ohne Penis geborenen Kindern, ein seltener Defekt... Die Babys waren ansonsten männlich mit normalen Hoden, männlichen Genen und Hormonen.

25 der Kinder waren dem anderen Geschlecht zugewiesen, was bedeutete, dass Ärzte sie bei Geburt kastrierten und ihre Eltern sie als Mädchen aufzogen.

Aber über die Jahre, alle Kinder, gegenwärtig zwischen 5 und 16 Jahre alt, zeigten Raufverhalten von Jungen. 15 betrachteten sich selbst als Jungen, in einem Fall sogar schon im Alter von 5 Jahren, sagte Dr. William G. Reiner, ein Kinder- und Jugendpsychiater und Urologe am Hopkin's Kinderzentrum.

“Diese Studien zeigen, dass mit Zeit und Alter die Kinder können gut wissen können, was ihr Geschlecht ist, ungeachtet aller Information und Kindererziehung in die Gegenrichtung,” sagte er. “Sie scheinen tatsächlich in der Lage zu sein, uns mitzuteilen, wer sie sind.”

Die zwei Kinder, welche nicht dem Gegengeschlecht zugewiesen wurden und als Jungen aufwuchsen, passten gut in ihr normales männliches Umfeld und waren psychologisch besser angepasst als die dem anderen Geschlecht zugewiesenen Kinder, sagte Reiner.

...

Die Studie wurde vorgestellt am Freitag auf der Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Gesellschaft-Tagung in Boston.

... Michael Bailey, außerordentlicher Professor der Psychologie an der Northwestern University

... “Dies zeigt, dass die Wirkung der Hormone auf das Gehirn die Hauptwirkung auf die Geschlechtsidentität hat. (klingt bescheuert).

Dr. Marianne J. Legato, Professor der Klinischen Medizin an der Columbia University, welche die Unterschiede zwischen Frauen und Männern untersuchte, sagte, dass die sexuelle Differenzierung im ersten Trimester der Schwangerschaft eintritt.

“Wenn das Gehirn durch die Wirkung des Testosterons vermännlicht ist, ist es nutzlos, dem Betreffenden zu sagen, ‘Du bist ein Mädchen’” sagte sie. “Es ist die Wirkung des Testosterons, die Männern das Gefühl gibt, dass sie ein Mann sind.”“

Es handelt sich hier um jenes Johns Hopkins Hospital, an welchem John Money mit der Behauptung der Herausbildung einer Geschlechtsidentität durch soziale Prägung die an Genital-Intersexuellen praktizierten frühzeitigen verstümmelnden Genital-Operationen in die medizinische Praxis einführte!

Als Reaktion auf das Scheitern der Praxis, Kinder möglichst früh, “am besten” schon vor dem vollendeten 2. Lebensjahr am Genital zur Herstellung von geschlechtlicher Eindeutigkeit zu operieren, wurde dieses Vorgehen als AWMF-Leitlinie veröffentlicht, deren Stand des Jahres 2003 hier als Anlage BK 5 vorgelegt wird

AWMF-006/105 (2003): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften: Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie: Intersexualität, Störungen der sexuellen Differenzierung. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 006/105. [www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/006-105.htm](http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/006-105.htm)

Darin heißt es:

“Therapie

Ziel: Harmonische Identität von genetischem, phänotypischem und soziokulturellem Geschlecht mit *Potentia coeundi* und *generandi* soweit als möglich.

Prinzipien:

Isosexuelle Rekonstruktion: wenn mit vorhandener Gonade und phänotypischer Ausgangssituation ein befriedigender Phänotypus und eine *Potentia coeundi* erreicht werden kann sowie bei entsprechendem Organsubstrat eine *Potentia generandi*.

Kontrasexuelle Rekonstruktion (“Umwandlung”): wenn auch mit hormonellen und operativen Verfahren eine unzureichende Potenz der Gonade zur Ausprägung eines isosexuell identifizierbaren und akzeptablen genitalen Phänotypus besteht.

“Opferung” einer unzureichenden Potentia generandi zugunsten einer akzeptablen Identität des Phänotypus und der hormonell aufrechterhaltenen Potentia coeundi.”  
(AWMF-Leitlinien-Register Nr. 006/105)

Man muss sich vergegenwärtigen was hier geschieht: Das Scheitern einer Behandlungspraxis auf der ganzen Linie wird nicht etwa zum Anlass genommen, dieses zu revidieren, sondern es wird mit Nachdruck, als Leitlinie, de facto als “Standard” ausgegeben.

Wir haben es hier nicht mit einem gewöhnlichen Arzthaftungsverfahren zu tun, bei welchem sich eine geschädigte Person auf der einen Seite und ein Arzt, dem dummerweise mal ein Fehler (“ein Risiko”) unterlaufen ist, auf der anderen Seite, gegenüberstehen.

Im hier gegenständlichen Verfahren verhalten sich die Dinge etwas anders. Hier haben wir auf der einen Seite Patienten, die entsprechend ihrer sexuellen Identität leben wollen, und auf der anderen Seite eine Gruppe von Psychiatern, Ärzten und Psychologen, die ihre Interessen den Patienten aufzwingt und dies als medizinisch ausgibt. Nun steht einer dieser Patienten einem Teil dieser Interessengruppe in einem Arzthaftungsverfahren gegenüber und als Gutachter wird ein Vertreter dieser Interessengruppe beauftragt, mit dem folgerichtigen Ergebnis, dass Behandlungsfehler und daraus resultierende Schäden bestritten werden.

“Wir können hier keine medizinische Sachdiskussion führen.” - das war am 30.10.2006 die urteilsbegründende Kernaussage des Vorsitzenden Richters der ersten Instanz. Sie muss und sie kann geführt werden. Steffen/Pauge: Arzthaftungsrecht. 10.Aufl. 2006, Rz 609 sowie 610 sind im vorliegenden Verfahren besonders zu beachten.

Also - Die Sache mit der “transsexuellen Entwicklung” und einer sich so entwickelnden “Transsexualität” ist offensichtlich haltlos und kann zu keinem Zeitpunkt eine Grundlage gehabt haben, also auch zum Zeitpunkt der Behandlung der Klägerin nicht. Ärzte haben zwar ein Recht auf Irrtum, aber keines, diese Irrtümer Patienten aufzuzwingen.

Dass trotzdem weiter das Märchen von der “Transsexualität” vertreten wird, ist nicht medizinisch begründet, sondern soll die Interessen derer absichern, die von dieser Behauptung profitieren. Unter anderem dient die Behauptung einer “Transsexualität” dazu, die Genital-Operationen an (genital-)intersexuellen Kindern und Säuglingen abzusichern. Nicht die willkürliche Geschlechtszuweisung und die damit begründeten, in Wirklichkeit medizinisch nicht notwendigen somatischen Eingriffe (insbesondere die Genital-Operation) waren danach falsch, sondern der Patient wird durch Umdefinition zum “Transsexuellen” zum Schuldigen erklärt, der sich einfach weigert, die von den Ärzten festgelegte sexuelle Identität anzunehmen.

Dabei ist die Argumentation der Ärzteschaft in sich widersprüchlich: Während einerseits die von den Ärzten festgelegte zwangsweise Geschlechtszuweisung und damit zwangsweise “transsexuelle Entwicklung” zur passenden sexuellen Identität hin gescheitert ist, wird im Widerspruch dazu auf Basis genau dieses Scheiterns dem Genital-Intersexuellen nun eine “Transsexualität” unterstellt, die ja angeblich das Ergebnis einer “transsexuellen Entwicklung” sein soll und nicht das Ergebnis deren Scheiterns.

Ein Zitat aus den WHO ICD-10 entlarvt, welche Motivationen tatsächlich hinter den “Transsexuellen”-/Intersexuellen-Behandlungsprogrammen stehen. Unter dem Diagnoseschlüssel “F60 Spezifische Persönlichkeitsstörungen” (“Transsexualität” ist ebenfalls als “Persönlichkeits- und Verhaltensstörung” unter F64.0 klassifiziert) heißt es:

“Die charakteristischen und dauerhaften inneren Erfahrungs- und Verhaltensmuster der Betroffenen weichen insgesamt deutlich von kulturell erwarteten und akzeptierten Vorgaben («Normen») ab.”

Quelle: internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); Forschungskriterien/Weltgesundheitsorganisation. Hrsg, von H. Dilling... 1. Aufl. Bern, Göttingen...: Huber, 1994, ISBN 3-456-82522-6; hier vorgelegt als Anlage BK 6.

Es werden also medizinische und paramedizinische (psychologische) Techniken eingesetzt, um Menschen zufällig gerade herrschenden "kulturell akzeptierten" "Normen" passend zu machen. Die Forderung eines Alltags-tests, die einen totalen Geschlechtswechsel einschließlich Genital-Operation durchsetzen und alleinige Hormontherapie bei "Transsexuellen" ausschließen soll, steht symbolisch dafür.

Wenn es um die Umsetzung derartiger höherer Ziele geht, kann auf die Befindlichkeiten der Betroffenen keine Rücksicht genommen werden. Nicht umsonst ist die Suizidalität unter Zwittern/"Transsexuellen" deutlich höher als im Bevölkerungsdurchschnitt.

Es herrscht offensichtlich ein ausgeprägtes Traditionsbewusstsein in maßgeblichen Teilen der heutigen Ärzteschaft.

Zu den Auseinandersetzungen unter Psychiatern, Psychologen u.s.w. darüber, als was "Transsexualität" aufzufassen und wie bei der Behandlung vorzugehen ist, stellt Prof. Pfäfflin in seinem Gutachten die oft stark unterschiedlichen, zum Teil sogar widersprüchlichen Positionen und Behandlungsvorstellungen dar und kommt zu dem Schluss:

"Wie dies letztlich entschieden wird, muss derzeit noch als offen gelten. An den Auseinandersetzungen kann man aber ablesen, dass es dabei nicht ausschließlich um "objektive" Wissenschaft geht, sondern immer auch um die Vertretung bestimmter Interessen, die mehr oder weniger gut mit wissenschaftlichen Daten abgesichert werden." (S. 8 unten)

oder auch nicht abgesichert werden (Die Klägerin).

In abgeschwächter Formulierung ist dies bereits vom erstinstanzlichen Gutachter Prof. Senf eingestanden worden (Befragungsprotokoll v. 30.10.2006 S. 6-7). Dieser räumt ein (Befragungsprotokoll vom 30.10.2006, S. 3 unten), dass es unterschiedliche Interessengruppen gibt, einerseits die Ärzte und andererseits die Selbsthilfebewegung. Er erklärt nicht, welchen Grund die Selbsthilfebewegung haben sollte, das Vorgehen der Ärzte zu kritisieren, wenn es den Betroffenen doch angeblich so gut tut.

Zu den deutschen "Standards" (Anlage K 27) führt Prof. Pfäfflin aus:

"Im Jahr 1997 legten die Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung, die Akademie für Sexualmedizin und die Gesellschaft für Sexualwissenschaft gemeinsame Standards zur Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen vor (Becker et al. [1997], sie liegen den Gerichtsakten mehrfach vor) ... Den Standards der deutschsprachigen Fachgesellschaften merkt man an, dass sich ihre Verfasser in vielen Fragen nicht wirklich einig waren." (Gutachten Seiten 16-17)

Dem Gutachter Prof. Pfäfflin ist wohl aufgefallen, dass das Vorgehen der Beklagten, insbesondere des zu 2, nicht so ganz den sogenannten "Standards" (Anlage K 27) entspricht. Und um ganz sicher zu gehen, dass man die Beklagten dafür nicht in Haftung nehmen kann, hat er sich bei der Juristin Dr. jur. Kiesecker, Bezirksärztekammer Südwürttemberg rückversichert, dass die "Standards" nicht rechtsverbindlich sind (Gutachten Prof. Pfäfflin S. 25 unten ff).

Der Beklagte zu 2, Dr. S., Vorsitzender einer dieser drei Gesellschaften, mit deren Vorständen laut Gutachten Prof. Pfäfflin (S. 26 oben) diese "Standards" abgestimmt waren, nämlich der in Leipzig ansässigen Gesellschaft für Sexualwissenschaft, hat diese "Standards" kurz nach deren Veröffentlichung kritisiert, dabei auf eine körperliche Ursache der "Transsexualität" verwiesen, den Nutzen einer obligatorischen (Zwangs-)Psychotherapie in Zweifel gezogen, den Stellenwert der Selbstdiagnostik der Betroffenen hervorgehoben und insbesondere die Hinauszögerung der



Hormontherapie grundsätzlich in Frage gestellt (Anlage K 48). Aus den betreffenden Passagen wurde zitiert.

Was beide Sachverständigen unerwähnt lassen ist, dass diese Behandlungsprozeduren bereits im Jahr 1984, also zu der Zeit, als sie sich laut Prof. Wolfgang Senf (Protokoll zur Befragung vom 30.10.2006) etablierten, durch eine Studie widerlegt waren, und man die Studie in dem Moment, wo dies offensichtlich wurde, einfach abgebrochen hat:

"Wegen dieser Selbsttäuschung und weil viele Transsexuelle nach der Geschlechtsumwandlungsoperation und der Personenstandsänderung nicht mehr an die Zeiten davor erinnert werden wollen, stehen wohl alle katamnestischen Studien unter Soupçon.

Warum die Frankfurter Abteilung für Sexualwissenschaft, obgleich ein von mir entwickeltes Erhebungsinstrument gebunden vorliegt, bisher keine katamnestische Untersuchung abgeschlossen und publiziert hat, erläuterte Reiche (1984: 57) schon vor Jahren so:

weil "transsexuelle Patienten nach den geschlechtsumwandelnden Operationen ihre vorherige Biografie, die bereits vorher schon mehrfach "umgeschrieben" worden war, z.B. in den anamnestischen Angaben, wiederum umschreiben und unterschiedlichen Interviewern ganz unterschiedliche Angaben auch über objektive Daten machen.

Wir fanden heraus, dass die Antworten ganz extrem davon abhängen und damit variierten, was die Patienten oder früheren Patienten vom Interviewer erwarteten, ob sie ihn beispielsweise mit einer auf ihn projizierten Macht identifizierten, doch noch eine Transplantation des Penis oder der Eierstöcke von einem anderen Menschen auf sie vorzunehmen.

Das Maß dieser Objektabhängigkeit überschritt alles in der empirischen Sozialforschung Gewohnte und Bekannte.

Gäbe es nicht eine gewisse vorhersagbare und verlässliche Unabhängigkeit des Befragten vom Befrager und einen gewissen verlässlich gleichbleibenden Widerstand des Befragten gegen die Macht des Fragenden in der empirischen Sozialforschung, dann wären deren Ergebnisse nicht so zuverlässig wie sie für gewöhnlich sind. Diese relative Objektunabhängigkeit und Objektkonstanz ist eine Voraussetzung, um Fragen überhaupt sinnvoll stellen zu können.

Die Fälle von nachträglich ‚rückwirkenden‘ Korrekturen in Richtung auf ein perfektes ‚primär‘ transsexuelles Selbst-Bild waren so häufig, dass wir uns entschließen mußten, den Plan einer katamnestischen Dokumentation des Transsexualismus aufzugeben.

Stoller wurde übrigens von seinem ersten ‚primären transsexuellen Patienten die gleiche Lehre erteilt. Er mußte Jahre später erfahren, dass ihn dieser Patient, auf dessen Angaben über sein infantiles Geschlechtszugehörigkeitsempfinden er seine Lehre von der transsexuellen core gender Identity aufgebaut hatte, nach Strich und Faden angelogen hatte."

Dass die List der Subjekte, ob nun bewusst oder unbewusst, den aufgeblasenen Wissenschaftsbetrieb unterläuft und Großforscher ihrer Großspurigkeit preisgibt - im Falle Solpers ist es eine wissenschaftliche Travestie der Travestie, die sich von internationalem Kongress zu internationalem Kongress trotz bereits erfolgter Entlarvung unstillbar zu maskieren sucht, wie Springer (1981) sehr schön nacherzählt -: das finde ich bewundernswert." (Sigusch 1991, 338; Unterstreichung durch Beschwerdeführerin).

Quelle: Sigusch, Volkmar (1991): Die Transsexuellen und unser nosomorpher Blick. Zeitschrift für Sexualforschung 4: 225-256, 309-343 [338]; hier vorgelegt als Anlage BK 7.

Prof. Dr. med. Volkmar Sigusch (1991), Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt am Main, zeigt mit schonungsloser Offenheit die Subjektivität und Willkürlichkeit jenes Behandlungsvorgehens bei "Transsexualität" auf:

"Das 9. Leitsymptom, das davon handelt, wie Transsexuelle im ärztlichen Gespräch wirken, weist sie in einem mir heute unangenehmen Stakkato zurück: affektlos, starr, kompromisslos, egozentrisch, demonstrativ, nötigend, dranghaft, besessen, uniform usw. Heute denke ich, dieses Leitsymptom, das ich auch aus späterer klinischer Erfahrung nicht mehr vertrete, hat mit meiner damaligen Situation (und Abwehr) mindestens ebensoviel zu tun wie mit der damaligen

Situation (und Abwehr) der transsexuellen Patienten. Bedrängt, geschoben, verstrickt und entsetzlich genervt von den allzuvielen Transsexuellen, die zur Frankfurter Abteilung pilgerten (die anfänglich nur aus mir und einem Assistenten bestand), habe ich mich sadistisch gerächt - wie vielleicht sogar bei generalisierender Betrachtung mit dem ganzen "Programm" der Untersuchung und Behandlung - nach der unbewussten Devise: Wenn ihr mich schon bis aufs Blut peinigt, dann werde ich euch sagen, was von euch zu halten ist und wer letztlich die Geißel schwingt." (Sigusch 1991: 319; Hervorhebung durch Klägerin)

Quelle: Sigusch, Volkmar (1991): Die Transsexuellen und unser nosomorpher Blick. Zeitschrift für Sexualforschung, 4: 225-256, 309-343 [319]; hier vorgelegt als Anlage BK 8.

Und so verhält es sich auch mit den von den "Standards" (Becker u.a. 1997) vertretenen und an der Klägerin teilweise umgesetzten Behandlungsprogrammen. Zum vorangegangenen Zitat führen Kaltenmark u.a. aus:

"Das Zitat wirft ein Licht auf die tatsächliche Psychodynamik der als "Therapie" kaschierten Diagnostik in der Begutachtungssituation. Offensichtlich steht die transphobe Projektion des Therapeuten, der die Transsexuellen als lästig empfindet, im Mittelpunkt des Geschehens. Aufgrund der ungünstigen Machtsituation werden die Projektionen des Therapeuten jedoch nicht durchgearbeitet, sondern sadistisch ausagiert und, wenn Sigusch recht hat, zirkulär in der Formulierung des Krankheitsbildes "Transsexualität" kollektiv rationalisiert. Es wundert nicht, wenn Transsexuelle unter diesen Umständen in bezug auf ihr sexuelles Erleben von Therapiemißbrauch reden. Im Prinzip tragen diejenigen Transsexuellen, die sich der aufgezwungenen negativen Übertragung in der Begutachtungssituation am erfolgreichsten erwehren, die geringsten Schäden davon. Je affektloser, starrer, egozentrischer, demonstrativer, nötiger, besessener, desto gesünder ist und bleibt der Patient. - Das 9. Leitsymptom wurde von Sigusch, Meyenburg und Reiche (1979) formuliert." (Kaltenmark u.a. 1998: 263)

Quelle: Kaltenmark, Dagmar; Kasimir, Elke; Rauner, Stefan (1998): Plädoyer für eine humanistische Umorientierung. Kritik der "Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen". Zeitschrift für Sexualforschung 11: 261-270 [263]; hier vorgelegt als Anlage BK 9.

Es gibt zahlreiche weitere Literatur, die aufzeigt, dass die gegen "Transsexuelle" praktizierten Behandlungsprogramme jeder medizinischen Grundlage entbehren. Damit ist festzustellen, dass diese Behandlungsprogramme bis zum heutigen Zeitpunkt und erst recht zum Zeitpunkt der Behandlung der Klägerin über einen experimentellen Charakter nicht hinausgekommen sind. Es handelt sich um eine Neulandmethode (Steffen/Pauge Arzthaftungsrecht. 10. Aufl. 2006, Rz. 171, Rz 391b, Rz 395 ff, und insbesondere Rz 398).

Aufgrund der Verletzung der mit der Durchführung einer Neulandmethode verbundenen Aufklärungspflichten, macht die Klägerin Schadensersatzansprüche wegen Rechtswidrigkeit des gegen sie durchgesetzten Behandlungsvorgehens der Beklagten zu 2 und 5 geltend.

Unzutreffende Aussagen:

"In der bereits erwähnten Übersicht über die internationale Nachuntersuchungsliteratur zu geschlechtsangleichenden Eingriffen aus den Jahren 1961 bis 1991 (Pfäfflin u. Junge 1992) ließen sich sieben Faktoren extrahieren, die zu einem guten Behandlungsergebnis beitragen. Es sind (1) kontinuierlicher Kontakt zu einer Forschungs- und/oder Behandlungseinrichtung, (2) Leben in der gewünschten Geschlechtsrolle (so genannte real life experience), (3) gegengeschlechtliche hormonelle Behandlung, (4) Beratung, psychiatrische und/oder supportive psychotherapeutische Behandlung, (5) genitalangleichende Operation und (6) deren Qualität und

schließlich (7) die rechtliche Anerkennung, d.h. Vornamens- und Personenstandsänderung.” (Gutachten Prof. Pfäfflin S. 49)

Es muss dem Patienten überlassen bleiben, selbst zu entscheiden, welche dieser “Faktoren” zu seinem Wohlbefinden beitragen und wann und in welcher Reihenfolge er diese in Anspruch nehmen will. Die ganze Aufstellung erweckt den Eindruck, dass es sich um ein Versorgungsprogramm für Behandler und Forscher handelt, dass in deren Interesse den Behandlungsobjekten aufgezwungen wird.

Die alleinige Entfernung der Hoden ist in dieser Aufstellung nicht vorgesehen, nur die Gesamtgenital-Operation. Das erinnert an die Behandlungsgeschichte der Klägerin.

Es handelt sich bei dieser “Übersicht über die internationale Nachuntersuchungsliteratur” um katamnestische Nachuntersuchungen, in der Regel von den Behandlern selbst, ohne wissenschaftliches Design, welches Verzerrungen durch die Interessen von Behandlern vermeidet, ohne aussagefähige Stichprobenszusammensetzungen und so weiter, jedoch nicht um wissenschaftliche Studien, in denen behandelte Kollektive unbehandelten Kontrollgruppen gegenübergestellt wurden. Entsprechend steht von vornherein fest, dass diese Übersicht bestenfalls informativen Charakter haben kann, wissenschaftlich jedoch kaum Aussagewert besitzt. Nun zu den Originalzitataten daraus:

#### “6.2.3 Angaben zur Behandlung

##### Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung

Von Ausnahmen abgesehen, sind die Angaben zur psychiatrischen und/oder psychotherapeutischen Behandlung durchgängig knapp oder gar dürftig. Wenn solche Behandlungen überhaupt erwähnt wurden, was durchaus nicht in allen Nachuntersuchungen der Fall ist, dann wurden sie meist sehr oberflächlich beschrieben. Dies steht im Kontrast zu der in manchen Arbeiten ausdrücklichen Forderung nach psychiatrischer Vor-, Begleit- und Nachbehandlung. Explizitere Angaben finden sich dazu unter anderem bei Wälinder (1967), Wälinder u. Thuwe (1975)

...

Selbst in jenen Arbeiten, die von Psychiatern stammen, vermisst man bis Ende der 70er Jahre fast durchgängig detailliertere Angaben dazu, wie lange mit welcher Frequenz welche Inhalte mit welchen Methoden und mit welchem Effekt behandelt wurden. Statt dessen finden sich statische Beschreibungen, Aneinanderreihungen pathologischer Konterfeis, psychopathologische Bestandsaufnahmen, aber keine Darstellungen von Entwicklungen, die durch psychiatrische und/oder psychotherapeutische oder andere Behandlungskomponenten angestoßen wurden.” (Pfäfflin und Junge 1992, 405)

“Man muss annehmen, dass unter diesen Bedingungen Psychiater und Patienten, wenn es denn zu einer psychiatrischen Behandlung kam, häufig aneinander vorbeiredeten. Die Patienten spürten, wenn das ‘strenge Behandlungsprogramm’, von dem z.B. Spengler (1980) sprach, letztlich, wie er selber sagte, nur ‘Wartezeit’ war. In einzelnen Nachuntersuchungen, die retrospektiv von den Patienten die Hilfestellung bewerten ließen, die sie durch die psychiatrische Behandlung erfahren hatten, fiel das Urteil entsprechend nicht günstig aus. (Z.B. Sörensen 1981 b, Junge 1987).” (Pfäfflin und Junge 1992, 406)

“Das Forschungsinteresse galt der Gender Identity (z.B. Money u. Brennan 1968), Money u. Primrose 1968). Vor diesem Hintergrund waren die Patienten in manchen Einrichtungen in erster Linie Forschungsobjekte, nicht Subjekte, die psychiatrischer und/oder psychotherapeutischer Behandlung bedurft hätten. Man konnte daher auch in einem experimentell anmutendem Design erproben, ob sich sogenannte Soziopathen durch die operativen Eingriffe strukturell änderten (Hastings 1974). Der wesentliche Bestandteil der Behandlung war ‘die Operation’ und, wie es Meyer u. Reber (1979) am markantesten formulierten, “der Kontakt mit und die Aufnahme in ein organisiertes Forschungsprogramm” (S. 1014). “Das Programm interessiert sich, nimmt Anteil,

greift aber nicht ein, registriert die Stärke des Wunsches nach Geschlechtsumwandlung, nimmt diesbezüglich aber eine Haltung aufmerksamen Abwartens ein" (S. 1015). (Pfäfflin und Junge 1992, 407; Hervorhebung durch Klägerin)

Die Klägerin erinnert diese "Haltung aufmerksamen Abwartens" an ihre eigene Behandlungsgeschichte. Unter "Wälinder (1967)", wo sich nach obigen Zitat "Explizitere Angaben" "zur psychiatrischen und/oder psychotherapeutischen Behandlung" finden, wird ausgeführt (Pfäfflin u. Junge 1992: 175):

"Der Abschnitt über die Behandlung und deren Ergebnisse nimmt nur einen sehr schmalen Raum ein und umfasst weniger als eine Druckseite (S. 71f)."

Die Nachuntersuchung von "Wälinder u. Thuwe (1975)" wird auf den Seiten 228-234 dieser Nachuntersuchungsübersicht in Kurzform wiedergegeben. Einleitend dazu Prof. Pfäfflin:

"Diese außergewöhnlich sorgfältige Nachuntersuchung knüpft an die frühere Arbeit Wälinders (1967) an"

Die Gesamtgruppe betrug bei sogenannten "Mann-zu-Frau-Transsexuellen" 58 Personen und bei den "Frau-zu-Mann-Transsexuellen" 34 Personen. In Behandlung als "Transsexuelle" wurden von ersteren 26 Personen, also gerade einmal 44,8 %, und von letzteren ebenfalls 26 Personen, also 76,5 %, von beiden insgesamt damit 56,5 % genommen. Wie willkürlich psychiatrische Diagnostik ist und wie existenziell gefährlich es für "Transsexuelle" war, sich an derartige Fachleute zu wenden, veranschaulicht folgendes Zitat:

"Nur bei diesen 52 Personen wurde die Überweisungsdiagnose bestätigt. Alle übrigen litten entweder an Psychosen, waren nicht sicher zu diagnostizieren, die Diagnose TS traf bei ihnen nicht zu, oder ihre soziale Situation war dergestalt, dass sich Maßnahmen zur Geschlechtsumwandlung als nicht durchführbar erwiesen."

TS = "Transsexualität". Man muss sich die Größenordnung vergegenwärtigen: bei 55,2 % aller "Mann-zu-Frau-Transsexuellen" sollen angeblich derartige "Kontraindikationen" bestanden haben! Jeder, der sich auskennt weiß, dass dies einfach nicht zutreffend sein kann. Eine Psychose ist sehr oft ein Unterbringungsgrund! Wieso sollte bei einer Person weiblicher sexueller Identität, eine Hormontherapie, die zum Beispiel Glatzebildung verhindert hätte, aus "sozialen Gründen" "nicht durchführbar" gewesen sein? Und wieso muss eine Hormontherapie mit einer Geschlechtsumwandlung verknüpft werden? Diese Einheit von Behandlung mit der Genitaloperation zieht sich wie ein roter Faden durch die psychiatrische Transsexualitätsliteratur, einschließlich der sogenannten "Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen" (Anlage K 27).

Verwertbare Angaben zu psychiatrischer und/oder psychotherapeutischer Behandlung finden sich dort nicht, ebenfalls nicht zum Alltagstest. Es werden lediglich Meinungsäußerungen wiedergegeben, zur Diagnostik z.B.:

"Stationäre psychiatrische Beobachtung wird empfohlen" (Pfäfflin u. Junge 1992: 233 unten)

Die Quelle dieser Zitate wird als Anlage BK 10 vorgelegt.

Diese Zitate verdeutlichen, dass diese "Übersicht über die internationale Nachuntersuchungsliteratur", übrigens nur zu operierten (!!!) "Transsexuellen", offensichtlich nichts zur Rechtsfertigung einer zwangsweisen Psychotherapie als Voraussetzung zur somatischen Behandlung, insbesondere zur Hormontherapie hergibt.

Solcherart Psychotherapie ist wissenschaftlich nicht begründet und rein experimentell.

Damit war es bereits ein Behandlungsfehler, dass Psychotherapie gegen die Klägerin durchgesetzt wurde, sofern diese Kontakte überhaupt Psychotherapie waren.

Was Psychotherapie ist, wie sie abläuft, und was sie tut, wird dargestellt im hier als Anlage BK 11 vorgelegten Aufsatz:

Dipl.-Psych. Dr. Hans Ulrich Gresch: Die Struktur der Psychotherapie. Internet: <http://www.herz-hirn-und-hand-de/ps...>

Zitat daraus von Seite 1:

“Sie besteht aus psychotherapeutischen Handlungen. Die Grundstruktur der Handlung ist die sog. TOTE-Einheit. Das bedeutet: “test - operate - test - exit.”

Test:

B: “Na wie geht’s?”

A: “Ach, weißt du...!”

B: “Wieder Ärger mit dem Chef?”

A: “Mensch, du kennst dich doch da aus, bist doch Betriebsrat!”

B: “Um was geht’s denn?”

A: “Plötzlich schneiden mich die Kollegen, und ich glaube, der Boss steckt dahinter.”

So könnte das weitergehen. Das wäre ein diagnostisches Interview. B schlägt A dann einige Maßnahmen vor, die dieser in die Tat umzusetzen versucht (oder auch nicht) (operate). Wenn sie sich wieder treffen, erfolgt ein neuer Test:

B: “wie hat’s geklappt?”

War die Aktion erfolgreich, ist das Problem gelöst (exit).”

Dieses Zitat zeigt einerseits, dass “Psychotherapie” helfen kann, wenn sie dazu beitragen kann, Probleme zu lösen. Sie kann aber auch ein gefährlicher Irrweg sein, wenn ein Psychotherapeut sich in die Belange eines Menschen reinhängt, ohne überhaupt Bescheid zu wissen.

Psychotherapie kann niemals körperliche Gegebenheiten ändern. Psychotherapie kann nicht die Funktion ausgestochener Augen, abgetrennter Arme oder einer entfernten Glans/Klitoris ersetzen.

Psychotherapie kann auch nicht die körperlich festgelegte sexuelle Identität eines Menschen ändern.

Wird aber Psychotherapie unter der absurden Annahme durchgeführt, es bestünde gar keine sexuelle Identität, sondern eine “Geschlechtsidentitätsstörung”, die als Ergebnis einer “transexuellen Entwicklung” im Laufe der Entwicklung eines Menschen aufgetreten sei, einen “Verlauf” habe, für den Betroffenen eine “Lösungsschablone für verschiedenartige Probleme der Identität” sei (vgl. die “Standards” Anlage K 27 unter 2. und 2.1. S. 148 ff) und “es zu einer Auflösung des transsexuellen Wunsches kommen kann” (“Standards” Anlage K 27 unter 3; sowie Gutachten Prof. Pfäfflin z.B. S. 38 unten, S. 39 mitte) dann handelt es sich nicht mehr um Psychotherapie.

Der selbsternannte "Therapeut" versucht in diesem Fall am lebenden Objekt seine Weltsicht zu vollstrecken. Die sogenannte "Therapie" ist dann ein Prozess systematischen Mißbrauchs des Patienten zur Befriedigung der Interessen der "Therapeuten".

Psychotherapie bei "Transsexualität" kann die sexuelle Identität nicht ändern. Sie kann aber Menschen manipulieren und auch mit Zwangsmaßnahmen wie zum Beispiel psychiatrischen Kontraindikationen daran hindern, dass sie entsprechend ihrer sexuellen Identität leben und die dazu in der Regel unvermeidliche Hormontherapie in Anspruch nehmen.

Die sexuelle Identität bleibt bestehen. Die Patienten quälen sich, um den Anforderungen der "Therapeuten" zu genügen und gehen nach und nach zugrunde.

Sie bekommen ein seelisches Trauma, verlieren ihre Leistungsfähigkeit, ihren Arbeitsplatz, ihre finanziellen Lebensgrundlagen, ihre körperliche Gesundheit und landen schließlich im Suizid.

Ein besonders perverser Bestandteil dieser "Psychotherapie" ist, dass die Patienten zur Durchführung eines "Alltagstests" genötigt werden, wohl wissend, dass dieser keinerlei Nutzen hat aber mit hoher Wahrscheinlichkeit zum Verlust des Arbeitsplatzes und dem Auseinanderbrechen sozialer Beziehungen führt.

Die "Psychotherapie" bei "Transsexualität" ist eine Pervertierung von Psychotherapie ins Gegenteil, in ein Instrument der Zerstörung und letztlich Vernichtung von Menschen.

Das obige Schema des Ablaufs einer Psychotherapie auf die vom Beklagten zu 2 behauptete Psychotherapie übertragen zeigt folgendes:

Die Klägerin A ist mit dem Problem P, dass ihr Körper im Widerspruch zu ihrer weiblichen sexuellen Identität immer weiter vermännlichte und sie eine Behandlung haben wollte, die diese Vermännlichung mindestens bremst, stoppt und möglichst umkehrt, an den Beklagten zu 2 (B) verwiesen worden, welcher sich für die richtige Stelle ausgab, über die die von der Klägerin A angestrebte Behandlung läuft.

Im folgenden hat der Beklagte zu 2 (B) genau das Gegenteil getan, nämlich unter Vorschieben Dritter den Beginn der Behandlung und damit die Lösung des Problems P unterbunden.

Bereits an dieser Stelle ist zu erkennen, dass das Vorgehen des Beklagten zu 2 (B) die Psychotherapie ins Gegenteil pervertierte, in ein Instrument der Durchsetzung seiner eigenen Interessen zum Nachteil der Klägerin A.

Aber auch einige Zitate aus dem vom erstinstanzlichen Gutachter Prof. Senf herausgegebenen Lehrbuch der Psychotherapie zeigen, dass die angebliche Psychotherapie des Beklagten zu 2 behandlungsfehlerhaft war:

"Autonomie des Patienten. Dazu gehört vor allem seine Freiheit,

- die Ziele einer Therapie selbst zu definieren
  - ein Therapieangebot auszuschlagen
  - eine aufgenommene Therapie abubrechen"
- (Birnbacher & Kottje-Birnbacher 2005: 753)

"Autonomiewahrung. Das Prinzip der Autonomiewahrung fordert, die Wünsche, Ziele und Lebenspläne anderer zu respektieren, und zwar auch und gerade dann, wenn diese dem Akteur wenig nachvollziehbar oder abwegig erscheinen.

Dass der Wille anderer geachtet statt einer wie immer gut gemeinten Fremdbestimmung unterworfen wird - und zwar gleichgültig, ob er seinerseits selbstbestimmt oder fremdbestimmt, rational oder affektivgeleitet ist -, ist eine Bedingung dafür, dass jeder (im Rahmen der äußeren Bedingungen) Herr seines eigenen Lebens bleibt." (Birnbacher & Kottje-Birnbacher 2005: 750)

“In jedem Fall muss sich der Patient darauf verlassen können, dass der Therapeut keine anderen als die Ziele, in die er zu Anfang eingewilligt hat, verfolgt.” (Birnbacher & Kottje-Birnbacher 2005: 753)

Quelle: Birnbacher, D.; Kottje-Birnbacher, L. (2005): Ethik in der Psychotherapie und Psychotherapieausbildung. In: Senf, Wolfgang; Broda, Michael: Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch. Stuttgart: Thieme, 2005, 749-757

Seiten 749-753 dieser Quelle werden hier vorgelegt als Anlage BK 12

In diesem Lehrbuch der Psychotherapie wird ausdrücklich eine abgeschlossene Diagnostik als Voraussetzung für den Beginn einer Psychotherapie gefordert (Broda und Senf 2005: 356; Schriftsatz vom 9.8.2006, Anlage K 61).

Ausweislich der Behandlungsunterlagen war die von dem Beklagten zu 2 behauptete Diagnostik erst im Sommer 1991 abgeschlossen, die behauptete Psychotherapie führte dieser jedoch bereits seit Sommer 1990 durch.

Psychotherapie setzt nach den Psychotherapie-Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses eine ätiologisch orientierte Diagnostik voraus (Psychotherapie-Richtlinien 2005; Unterstreichung durch Klägerin; vgl. Schriftsatz v. 19.10.2005, S. 17). Da ja angeblich die Ätiologie der “Transsexualität” nach Aussage beider Gutachter (Senf und Pfäfflin) nicht geklärt ist, kann auch das Kriterium einer ätiologisch orientierten Diagnostik nicht erfüllt gewesen sein.

Dass die Aufklärungspflichten bezüglich Psychotherapie massiv verletzt wurden, wurde bereits dargestellt.

Die sogenannte Psychotherapie des Beklagten zu 2 war somit ein rechtswidriger Eingriff in die Belange des Patienten, der jetzigen Klägerin und ist damit haftungsbegründend.

Dass die Klägerin schließlich Suizid begangen hätte, wenn ein Auto da gewesen wäre, unter dass sie sich hätte werfen können, ist folgerichtiges Ergebnis des “therapeutischen”Vorgehens der Beklagten und war von diesen auch von vornherein einkalkuliert.

Sehr deutlich ist folgendes Zitat:

“Psychotherapeutisches Rumgebohre bietet keine Hilfestellung im transidentischen Prozess. As Forscherehepaar Arthur K. Und Elaine Shapiro kamen jedenfalls nach einer Auswertung von 600 Studien zu dem Schluss, die Psychotherapie sei das größte Placebo des letzten Jahrhunderts.”

Quelle: Dumke-Maréchal, Andrea: Transgender, Transsexuell oder Asynchron? Richtig krank macht leider erst die Behandlung. (<http://www.info.sexualpaedagogik.de...transgender.htm>) hier vorgelegt als Anlage BK 13

Das Ziel dieser Zwangspsychotherapie ist es, und dies geht exemplarisch aus der Forderung eines “Alltagstests” - nicht irgendwie, sondern komplett in der anderen “GeschlechtsRolle” und zwar in allen sozialen Bereichen (vgl. die sogenannten “Standards” - Anlage K 27, S. 148) - hervor, eine komplette Geschlechtszugehörigkeit abzusichern, entweder vollkommen im ursprünglichen äußerlichen Geschlecht (deswegen auch Hormontherapie erst nach vorausgegangenem “Alltagstest”) oder komplett im anderen Geschlecht einschließlich Genital-Operation, entsprechend der Definition einer “Transsexualität” als Wunsch (der Therapeuten) nach hormonellen UND chirurgischen Maßnahmen (“Standards” - Anlage K 27 S. 147; ICD-10 Diagnoseschlüssel F64.0 - Anlage K 10). Das wird bestätigt durch folgende Äußerung des Gutachters Prof. Pfäfflin im Abschnitt 1.8.3 auf S. 38 des Gutachtens:

“Von daher sollten gegengeschlechtliche Hormone nur dann verschrieben werden, wenn die begründete Erwartung besteht, dass der Patient später auch eine genitalkorrigierende Operation wird meistern können.”

Da sexuelle Identitäten unveränderbar sind und damit die Hormontherapie meist unvermeidlich ist, bedeutet dies, dass Psychotherapie samt “Alltagstest” den Patienten auf die Inkaufnahme der Genitaloperation hin konditionieren soll.

Genau das bestätigten die Beklagten schon in ihrer Klageerwiderung vom 03.11.2003 (S. 4 oben):

“Demnach ist weder ersichtlich, warum die Diagnose “Transsexualität” falsch sein soll, noch was sich daraus ergeben hätte. Denn auch bei Intersexualität wäre eine geschlechtsangleichende Operation durchgeführt worden.”

Die Klägerin brauchte die Hormontherapie nicht für einen kompletten “Geschlechtswechsel”, sondern um eine Entwicklung des Körpers entgegen dem Selbstempfinden, was sie sein will, abzuschwächen, zu stoppen und möglichst in Richtung der sexuellen Identität zu lenken. Was darüber hinaus möglich sein würde, das wäre abzuwarten gewesen. Eine “normale” Frau macht nämlich auch nicht erst “Alltagstest” im Minirock, um anhand dessen Ergebnis andere Leute darüber entscheiden zu lassen, ob sie abnehmen darf oder nicht.

Dieses Denken, diese Verknüpfung von Hormontherapie mit komplettem Geschlechtswechsel, Genital-Operation und Alltagstest zieht sich durch den gesamten Abschnitt 1.8.2 und den folgenden Abschnitt 1.8.3 des Gutachtens von Prof. Pfäfflin wie ein roter Faden. Dabei geht es Prof. Pfäfflin nicht um die Befindlichkeiten einer Patientin, ob die vielleicht nur die Hormontherapie will, um zum Beispiel als Person weiblicher sexueller Identität wenigstens nicht auch noch Glatze bekommen zu müssen, was für Frauen einer Totalvernichtung gleichkommt, sondern es geht einzig um die Ziele des Therapeuten und die sind gleichlautend mit den oben dargestellten Behandlungszielen bei Genital-Intersexuellen:

Ziel ist die geschlechtliche Eindeutigkeit - also entweder gar keine Behandlung oder totaler “Geschlechtswechsel” - auch um den Preis der Auslöschung von Menschenleben.

Genauso ist es von den Beklagten gehandhabt worden. Erst nachdem die Klägerin den ersten Schritt eines juristischen Geschlechtswechsels eingeleitet hatte, nämlich die Stellung des Antrags auf Vornamensänderung, weil dies der Beklagte zu 5 zur Voraussetzung für die Hormontherapie machte (der Beklagte zu 5 erklärte der Klägerin später in einem Gespräch während des stationären Aufenthaltes September 1992, dass er sich dabei mit dem Beklagten zu 2 abgesprochen habe), wurde vom Beklagten zu 2 eine Behandlungsindikation gestellt und diese sofort für eine Genitaloperation und zwar nicht gesondert im Rahmen der Therapie, sondern im Rahmen dieses ersten Schrittes eines juristischen Geschlechtswechsels. Und erst nachdem diese Indikation zur Genital-Operation vorlag, begann der Beklagte zu 5 im Oktober 1991 mit einer Hormontherapie. Mit Beginn der Hormontherapie wurde die Klägerin ins Op-Buch eingetragen - also offensichtlich automatisch Genital-Op-Kandidatin. Und nur unter der Bedingung der Durchführung der Gesamt-Genital-Operation war der Beklagte zu 6 bereit, die Hoden zu entfernen.

Und die Entfernung der Hoden wiederum wurde von der Klägerin auch nur aus einer psychischen Notlage heraus angestrebt, die vorher von den Beklagten zu 2 und 5 herbeigeführt wurde. Dies wurde in der Klageschrift dargestellt.

Im Sinne dieses Denkens äußern sich auch die Autoren der “Standards” (Becker u.a. 1997 - Anlage K 27) Wille und Eicher:

“Zumindest wird man den dauernden und irreversiblen Verlust der Beiwohnungsfähigkeit im Sinne des Ausgangsgeschlechts verlangen müssen. Wo der Betroffene nicht einmal zu diesem



Eingriff bereit ist, sind gewichtige Zweifel am Vorliegen einer hinreichenden transsexuellen Prägung angebracht<sup>35</sup>.

35) Ebenso im Ergebnis R. Wille/ W. Kröhn/ W. Eicher, FamRZ 1981,420)  
(Koch 1986 in MedR 1986, 175 rechts, Fett und Unterstrichen Klägerin)

Ungeschminkt von Zwangsoperation spricht Gesa Lindemann:

“Der Zwang zur Bestätigung der unkorrigierbaren Grundannahmen stellt eine stumme, unreflektiert wirkende soziale Kontrolle dar, die die unbeschädigte Existenz der Zweigeschlechtlichkeit sichert. Die “Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen” können als Ausführungsbestimmungen dieser sozialen Kontrolle verstanden werden, die im Kern aus zwei Elementen bestehen: Zwangstherapie und Zwangsoperation. Das Undenkbare: Die Anerkennung des Selbstbestimmungsrechts der Transsexuellen.” (Lindemann 1997: 324; Schriftsatz vom 19.10.2005, Anlage K 52)

Und schließlich ergibt sich bereits aus der Praxis, (Genital-)Zwitter frühzeitig, möglichst vor vollendetem 2. Lebensjahr zum Zwecke der Herstellung geschlechtlicher Eindeutigkeit am Genital zu operieren (siehe die oben als Anlage eingeführte AWMF-Leitlinie), dass die Psychotherapie bei Erwachsenen nicht die Genital-Operation verhindern, sondern geschlechtliche Eindeutigkeit herstellen, also bei gegebener Geschlechtsidentität zur Hormontherapie auch die passende Genitaloperation erzwingen soll.

Damit ist auch erklärt, warum sich nicht schon im vom Beklagten zu 2 herbeigeführten “Antrag auf Durchführung einer Geschlechtsumwandlung” (Der Beklagte zu 2 regte diesen an - ein solcher Antrag sollte doch schon einmal formuliert werden, wenn die Klägerin eine Behandlung anstrebt) ein Wunsch nach Genital-Operation findet, sondern Formulierungen, die man ohne nähere Sachkenntnis als solchen auffassen könnte, erst viel später auftauchen.

Wenn der Klägerin vom erstinstanzlichen Gutachter Prof. W. Senf das Schreiben vom 24.12.1991 an das Vormundschaftsgericht als angeblicher Beweis dafür vorgehalten wird, dass sie die Genital-Operation anstrebte, dann ist dem entgegenzuhalten, dass in diesem Schreiben weder drin steht, ob tatsächlich einmal eine Genitaloperation stattfindet, noch ob tatsächlich einmal ein Antrag nach § 8 TSG gestellt werden würde.

Vielmehr beweist das nur kurze Zeit später am 2. Februar 1992 an den Beklagten zu 5, damals noch Assistenzarzt des Genital-Operators (des Beklagten zu 6), gerichtete Schreiben (Anlage K 22), dass eine Genital-Operation eben gerade nicht angestrebt wurde, sondern einzig aus der Vermännlichung heraus die Entfernung der Hoden. Dieses Schreiben zeigt auch, welche verheerenden “Erfolg” das Vorgehen der Beklagten zu 2 und 5 auf die seelische Gesundheit der Klägerin hatte. Es kann überhaupt gar keine Rede davon sein, dass dies allgemeine Beschwerden seien, die zudem wohl schon vorher bei der Klägerin bestanden hätten.

Entgegen der Behauptung von Prof. Senf auf S. 8 seines Gutachtens vom 01.06.2005 sprechen auch die Anlagen K 2, K 13, K 14 und K 26 nicht für einen Operationswunsch der Klägerin. Die Anlage K 2 enthält einen Operationswunsch ausdrücklich nicht. Die Anlagen K 14 & K 13 (Gutachten S. und A.) geben nicht reale Aussagen der Klägerin wieder, sondern lediglich die Vorstellung von deren Verfassern, wonach der Genital-Operationswunsch für die Diagnose einer “Transsexualität” erforderlich ist. Das herangezogene MDK-Gutachten (Anlage K 26) belegt dies unmißverständlich schon im ersten Satz:

“Bei bekannter Transsexualität ist eine geschlechtsanpassende Operation vorgesehen.”

Der angebliche Operationswunsch der Klägerin war das Ergebnis der vorausgegangenen “therapeutischen” Maßnahmen.

Die Psychotherapie bei "Transsexualität" verfolgt also, sofern sie als Bedingung vor, während oder nach somatischer Behandlung aufgezwungen wird, keinerlei legalen therapeutischen Zwecke und ist somit rechtswidrig.

Gesonderte Angaben zum "Alltagstest" finden sich nicht in der Auswertung der oben im Zusammenhang mit der Psychotherapie referierten "Übersicht über die internationale Nachuntersuchungsliteratur" (Pfäfflin u. Junge 1992). Es ist also nicht nachvollziehbar, wie Prof. Pfäfflin aus selbiger den Schluss ziehen kann, das "real life Experience" "zu einem guten Behandlungsergebnis" beiträgt. Wie oben Anlage BK 4 zu entnehmen ist, wissen Kinder auch ohne "Alltagstest" im psychischen Geschlecht, trotz gegengeschlechtlicher Erziehung und Information, was ihr wirkliches psychisches Geschlecht ist. Ein Alltagstest im psychischen Geschlecht ist diagnostisch also offensichtlich nicht notwendig, die Alltagserfahrung in der dem psychischen Geschlecht entgegengesetzten Geschlechtszuweisung hat also ausgereicht. Dass eine wissenschaftliche Begründung für den "Alltagstest" bisher weder versucht, noch erbracht wurde, darauf verwiesen bereits Kaltenmark, Kasimir und Rauner (1998). Das entsprechende Zitat aus nachfolgend genannter Quelle findet sich im Schriftsatz vom 19.10.2005 auf den Seiten 18-19.

Kaltenmark, Dagmar; Kasimir, Elke; Rauner, Stefan (1998): Plädoyer für eine humanistische Umorientierung. Kritik der "Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen". Zeitschrift für Sexualforschung 11: 261-270. [269]; hier vorgelegt als Anlage BK 14.

Kaltenmark, Kasimir & Rauner beschreiben den Alltagstest als inhuman und demütigend. Ein medizinischer Nutzen dieser Maßnahme ist auch nach Jahrzehnten nicht belegt. Die schädlichen Folgen eines solchen "Alltagstests" sind vorhersehbar und in der Fachliteratur beschrieben:

"Zweite Stufe Alltagstest"

...

"Schwierigkeiten sind bei allen Personen zu erwarten, die den Patienten lange kennen ...Die bestehende Partnerschaft geht meistens auseinander, alte Freunde beenden den Kontakt, ...; ein Arbeitsplatzwechsel ist sehr oft nötig." (Kockott 1996: 12; Schriftsatz vom 28.7.2006, S. 12-13)

Quelle: Kockott, Götz (1996): Die klinische Koordination der Behandlung und Begutachtung. In: Clement, Ulrich; Senf, Wolfgang: Transsexualität. Behandlung und Begutachtung. Stuttgart: Schattauer, 1996, 8-17 [12]; hier vorgelegt als Anlage BK 15.

Perfiderweise rechtfertigt Kockott (1996: 12) mit diesen vorsätzlich erzeugten Problemen dann auch noch das Aufzwingen von Psychotherapie. Es bleibt dabei - die Forderung nach einem "Alltagstest" ist völlig unbegründet.

Damit war es ein Behandlungsfehler, dass überhaupt "Alltagstest" veranlasst wurde. Es war eine rechtswidrige Verletzung der Intimsphäre.

Ohne jede medizinische Grundlage meint diese Behandlergruppierung, sie dürfe so etwas selbstverständlich nach eigenem Gutdünken gegen den Patienten durchsetzen. Die Konsequenzen für den Patienten, wenn dieser nicht mitspielt, hat der erstinstanzliche Gutachter Prof. Senf bei der Gutachterbefragung vom 30.10.2006 wie folgt beschrieben:

"Klar ist, dass wir darauf bestehen, dass sich die Patienten an unsere Vorgaben halten. Tun sie dies nicht, so gehen wir davon aus, dass sie sich grundsätzlich nicht in unserer Behandlung befinden." (Protokoll S. 4)

Wer nicht in Berlin oder dem Ruhrpott wohnt und kein Geld hat und kein Auto besitzt, hat keine Chance, sich dem Behandlungsvorgehen der Ärzte dadurch zu entziehen, dass er woanders hin

fährt. Es gibt in der Regel am Wohnort gar keine anderen Ärzte, zu denen hin man ausweichen kann, bzw. sie sind nicht bekannt. In der Praxis stehen die Patienten vor der Wahl, entweder sich, wie im Fall der Klägerin, dem Vorgehen der Beklagten anzuliefern, oder ansonsten gar keine Behandlung zu bekommen.

Die Klägerin hatte also entgegen der Behauptung von Prof. Pfäfflin keine Chance, aus dieser Mühle auszusteigen und woanders die Hormontherapie zu erhalten.

An dieser Stelle soll auf die Ausführungen im Gutachten von Prof. Pfäfflin unter Abschnitt 2.1 weiter eingegangen werden. Wer die Genital-Operation anstrebt und die entsprechenden Behandlungsabläufe festlegt und durchsetzt, ergibt sich eigentlich schon aus dem voranstehenden Text.

Die Klägerin war zum Zeitpunkt der Stellung des vom Beklagten zu 2 initiierten "Antrags auf Durchführung einer Geschlechtsumwandlung" im Sommer 1990 nicht suizidal, denn es bestand ja die Möglichkeit einer Behandlung, welche die weitere Vermännlichung stoppen und vielleicht etwas zurückdrehen und darüber hinaus eine Verweiblichung bewirken würde. Auch beschränkten sich die Folgen des Haarausfalls noch auf Geheimratsecken und feinem Haar.

Diese Behandlung wurde jedoch nicht begonnen und statt dessen die Allmacht der Behandler demonstriert. Erst dadurch und infolge des dadurch bedingten weiteren unumkehrbaren Fortschreitens von Vermännlichung, insbesondere Glatzebildung, ist die Klägerin in eine für sie ausweglose Situation gebracht worden, wurde die Fortsetzung deren Lebens durch die Behandler in Frage gestellt. Suizidalität wurde bis etwa November 1991 durch die Beklagten zu 2 und 5 herbeigeführt.

Speziell zu den Behauptungen von Prof. Pfäfflin auf S. 57: Woher sollte denn die Klägerin eine Information gehabt haben, dass man einen "Antrag auf Durchführung einer Geschlechtsumwandlung" stellen solle, wenn man die Hormonbehandlung haben will, wenn nicht durch den Beklagten zu 2? Welche Person weiblicher sexueller Identität lässt sich freiwillig unter einem männlichen Hormonhaushalt halten, um dann irreversible Vermännlichungserscheinungen zu erleiden, wie tiefe Stimme, Bartwuchs und - besonders pervers - Glatzebildung. Welche Frau macht so etwas freiwillig? Wieso sollte eine äußerlich entstellte (vermännlichte) Person, die gar keine Chance hat, als Frau wahrgenommen zu werden, aus freien Stücken einen Antrag auf einen weiblichen Vornamen stellen?

Wieso sollte es eine Person freiwillig akzeptieren, dass sich Gutachter anmaßen, über die Gestaltung ihres Lebens zu bestimmen? Unterhält man sich mit ganz normalen heterosexuellen Bürgern, dann können die über derartige Praktiken nur den Kopf schütteln. Es ist für diese eine völlig unvorstellbare Situation, dass Gutachter über ihr Leben bestimmen.

Der Klägerin ist keine einzige von Prof. Ferdinand D. genitalverstümmelte "transsexuelle" oder intersexuelle Person bekannt, die korrekt aufgeklärt worden wäre.

Prof. Pfäfflin selbst schildert im Gutachten (dort ausführlich unter 1.8.4.3) wiederholt, dass er die Entfernung der Gonaden an die Inkaufnahme der Gesamtgenitaloperation bindet.

Wenn die Patienten die realistische Möglichkeit hätten, die Behandlung an anderer Stelle zu erhalten, dann wären solche Praktiken, wie sie von Prof. Pfäfflin vertreten, in den "Standards" (Anlage K 27) niedergeschrieben und durch die Beklagten der Klägerin aufgezwungen wurden, überhaupt nicht durchsetzbar. Dann es gäbe es schriftlich formulierte Anleitungen zur Verleumdung, Zwangsbehandlung, Körperverletzung und damit Menschenrechtsverletzung wie die als Anlage K 27 vorliegenden "Standards" oder die von Prof. Pfäfflin mitzuverantwortenden sogenannten "Standards of care" der HBGDA, Inc. schlicht nicht.

Zu den Ausführungen unter (4.) auf S. 58 des Gutachtens von Prof. Pfäfflin: Die Hausärztin ist Allgemeinmedizinerin mittlerweile älteren Jahrgangs. Sie ist überhaupt nicht in der Lage einzuschätzen, ob bei der Klägerin "Transsexualität" oder vielleicht doch Intersexualität vorliegt und hat keinerlei Sachkenntnis zu diesem Thema. Es ist nicht ihr Fachgebiet.

Auf S. 59 seines Gutachten nimmt Prof. Pfäfflin bezug auf Vortrag aus dem PKH-Verfahren.

Eine vom äußerlich eher unauffälligen Körper abweichende sexuelle Identität ist ein intersexuelles Syndrom, da sie die abweichende sexuelle Differenzierung des Gehirns widerspiegelt. Zu S. 61 Gutachten Prof. Pfäfflin untere Hälfte: Intersexualität ist JEDE körperliche Zwischenform zwischen Mann und Frau, nicht nur ausgewählte Syndrome.

“Definition

Intersexualität bedeutet übersetzt “zwischen den Geschlechtern”. In der medizinischen Terminologie werden Störungen als intersexuell bezeichnet, wenn sich die äußeren und/oder inneren Geschlechtsorgane in unterschiedlich starker Ausprägung entgegen dem chromosomalen Geschlecht entwickeln.”

Quelle: AWMF-006/105 (2003): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften: Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie: Intersexualität, Störungen der sexuellen Differenzierung. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 006/105. [www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/006-105.htm](http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/006-105.htm) (Anlage BK 5)

“intersex s. biol, Intersex n (geschlechtliche Zwischenform); intersexual adj. zwischengeschlechtlich.”

Quelle: Langenscheidts Handwörterbuch Englisch. Teil 1 Englisch-Deutsch. 11. Aufl. Berlin und München: Langenscheidt KG, 1997; hier vorgelegt als Anlage BK 16.

Weiter zu S. 61 im Gutachten Prof. Pfäfflin: Ein AGS kann auch unauffällig bestehen. In Anlage K 61 heißt es Ende des 2. Absatzes:

“Als “Kryptic“-Formen bezeichnet man Enzymdefekte, die ohne wesentliche Symptome verlaufen.”

Das war schon lange vor der Behandlung der Klägerin bekannt:

“Ferner können für das AGS typische Laborbefunde bei klinisch symptomfreien Individuen gefunden werden (Cryptic CAH, Levine et al. 1980 und 1981; New et al. 1981).”

Quelle: Hesse, Sigrid (1987): Zur chirurgischen Korrektur des intersexuellen Genitale bei Mädchen mit kongenitalem adrenogenitalem Syndrom (AGS). Diss. Erfurt: Medizinische Akademie, 1987. (dort Seite 19 untere Hälfte); hier vorgelegt als Anlage BK 17.

Nach den weiter oben in seinem Gutachten gemachten Ausführungen wäre dies nach Prof. Pfäfflin nicht weiter abzuklären. Obwohl AGS vorliegt, würde Prof. Pfäfflin dann die Diagnose “Transsexualität” stellen und somit gleich zwei Behandlungsfehler begehen:

1. Unterlassung der Befundabklärung
2. Stellung einer falschen Diagnose

Folgende zwei Beispiele zeigen, dass diese von Prof. Pfäfflin propagierte Diagnostik zur falschen Diagnosestellung führt:

“Bei zwei Dritteln der bei mir vorsprechenden und fachärztlich oder -psychologisch als “transsexuell” klassifizierten Menschen ließen sich intersexuelle Anlagen und häufig auch diesbezügliche frühkindliche Interventionen nachweisen. Die Betroffenen wissen in der Regel selbst nichts darüber.” (S. 2 oben)

Quelle: Vortrag von Jürgen Claudia Clüsserath aus dem Jahr 2004 von <http://www.rolf-gindorf.de/abstract...> hier vorgelegt als Anlage BK 18.

Auf einer Tagung der beiden Leipziger "Transsexuellen"-Gruppen tauschten sich die Betroffenen über die Hormontherapie aus. Das Ergebnis ist in der Tagungsdokumentation festgehalten auf den Seiten 4 bis 6. Abgesehen davon, dass diese Ergebnisse jene Ausführungen der Klägerin weiter unten zur Willkürlichkeit der Hormontherapie, wie sie Prof. Präfflin in seinem Gutachten darstellt, bestätigen, ist darin der Fall S. von Seite 5 auffällig:

"S. (postop)

Estrifarm forte 3x4mg/Tag

Mpa-gyn 1x5mg Medroxygosteron/Tag

Androcur 10mg/Tag

Warum: Sehr hohe Dosierung von Estradiol zu Vermeidung von Bildung massiver männlicher Körperbehaarung/trockener und juckender Haut. Teils erhöhte DHEAS-Werte."

postop = postoperativ

Quelle: [http://www.geocities.com/saku\\_hagen...](http://www.geocities.com/saku_hagen...) Seiten 4-6 werden hier vorgelegt als Anlage BK 19.

Die erhöhten DHEAS-Werte bei S. bedeuten nichts anderes, als dass eine 3beta-Hydroxysteroiddehydrogenasedefizienz vorliegt, die diese erhöhten DHEAS-Werte und damit Vermännlichungserscheinungen verursacht. Dem versucht S. mit erhöhter Dosierung von Östrogenen entgegenzuwirken. Bei S. liegt also ein AGS (adrenogenitales Syndrom) vor und damit Intersexualität. Vergleiche auch die Ausführungen weiter unten anhand Anlage K 60 (Lindner 1996). Trotzdem wurde sie als "transsexuell" diagnostiziert.

Das Vorliegen von "Transsexualität" setzt voraus, dass die sexuelle Identität keine körperliche Ursache hat, also nicht im Zusammenhang mit intersexuellen Anomalien steht. Es ist unten ausreichend dargestellt, dass eine sexuelle Identität als das Ergebnis einer sexuellen Differenzierung des Gehirns körperlich festgelegt ist und somit eine intersexuelle Anomalie vorliegt. Das Vorliegen von "Transsexualität" setzt weiter voraus, dass die sexuelle Identität eine "psychische Störung" ist. Dafür bleibt sowohl die Fachliteratur als auch der Gutachtenvortrag des Prof. Pfäfflin jeden Beweis schuldig.

Die Diagnose "Transsexualität" war somit bei der Klägerin unzulässig gestellt und damit ein Behandlungsfehler. Diese Frage 1 des Gerichts beantwortete der Gutachter Prof. Pfäfflin falsch und unvollständig.

Zu den Auswirkungen der Hormontherapie schreibt Prof. Pfäfflin:

"Richtig ist dennoch ... , dass in der Pubertät oder danach begonnene gegengeschlechtliche Hormonbehandlung die Ausprägung der geschlechtstypischen körperlichen Veränderungen, die sich in der Pubertät regelmäßig einstellen, verhindern kann. ... Ein Junge, der früh weibliche Hormone bekäme, würde dagegen keinen Stimmbruch bekommen und keinen Gesichtsbartwuchs, dafür aber Brüste" (Gutachten S. 53)

Er lässt unerwähnt, dass bei diesem Jungen auch eine männliche Glatzenbildung entweder gar nicht oder erst viel später wie bei einer Frau einsetzen würde.

"Das Gegenargument ist, dass die psychosexuelle Entwicklung in so jungen Jahren womöglich noch nicht abgeschlossen ist und man daher die Entscheidung für solche Eingriffe aufschieben sollte." (Gutachten Prof. Pfäfflin S. 53)

Eine sogenannte "psychosexuelle Entwicklung", die ihr Korrelat in Formulierungen wie "transsexuelle Entwicklung" findet, wurde bereits von Freud postuliert, jedoch bis heute nicht bewiesen. Die angebliche Existenz einer solchen psychosexuellen Entwicklung unterliegt grundlegender Kritik in der Literatur, siehe dazu zum Beispiel:

Zimmer, Dieter E. (1995): Tiefenschwindel. Die endlose und die beendbare Psychoanalyse. Reinbek: Rowohlt, 1995, S. 164 ff.

In Abschnitt 1.8.2 seines Gutachtens versucht Prof. Pfäfflin mit Hinweisen auf nicht überprüfbare Einzelfallberichte den Eindruck zu erwecken, es sei grundsätzlich möglich, die sexuelle Identität eines Menschen umzupolen, eine "transsexuelle Entwicklung" (die nie stattgefunden hat) umzukehren (z.B. S. 38 unten, S. 39 mitte). Damit setzt er sich in Widerspruch zum erstinstanzlichen Gutachter Prof. Wolfgang Senf.

Die Klägerin kennt Literatur, in der auf solche angeblichen Therapieergebnisse eingegangen wird. Soweit diese einer Überprüfung zugänglich sind, halten sie dieser nicht stand. Wenn das Gericht es als wichtig ansieht, dies genauer darzustellen, dann bittet die Klägerin um entsprechenden richterlichen Hinweis. Sie wird dies dann nachreichen.

Wären psychische Fortpflanzungsvoraussetzungen, welche die Grundlage jeder Paarungsaktivität darstellen, rein psychisch durch soziale Lernvorgänge ("soziale Prägung", "psychosexuelle Entwicklung", "transsexuelle Entwicklung") erworben, dann könnten sie wie andere Lernvorgänge auch, umgelernt werden. Dann wären Umpol-Psychotherapien notwendigerweise in einem nennenswerten validierbaren Prozentsatz erfolgreich. Tatsache ist jedoch, dass es erfolgreiche Umpolpsychotherapie nicht gibt. Es gibt keine einzige validierbare Studie, auf die man Umpolpsychotherapien stützen könnte.

Im Protokoll der Gutachter-Befragung vom 30.10.2006 ist auf Seite 5 unten die Aussage des Gutachters Prof. Senf festgehalten, dass sich der Glaube, "Transsexualität" könne psychotherapeutisch behandelt werden, als Irrtum herausgestellt hat. Auf einem Vortrag ca. Anfang des Jahres 2008 wird der erstinstanzliche Gutachter Prof. Senf noch deutlicher:

"Wenn Sie nur das geringste Problem damit haben, in sich eine Tendenz zu spüren, dem Patienten seinen Wunsch ausreden zu wollen o.ä. - dann schicken sie ihn zu einem Kollegen, beginnen sie die Behandlung gar nicht erst". (S. 2 oben)

Quelle: Beitrag vom Arzt Mathias Wölfelschneider vom 03. Februar 2008 auf der Internetadresse <http://www.brainlogs.de/blogs/blog/...> hier als Anlage BK 20 vorgelegt.

Das spiegelt sich wieder in der Tatsache, dass es zahlreiche Studien gibt, die signifikant somatische Befunde bei äußerlich eher unauffälligen "Homosexuellen" und "Transsexuellen" fanden, jedoch keine Studien, die andere Ursachen, etwa soziale Einflussfaktoren, nachweisen konnten (dazu unten mehr). In dieser Beweisnot haben sich die Gegner der Annahme einer körperlichen Basis einer sexuellen Identität, so genannte Behaviouristen (zu denen auch der Gutachter Prof. Pfäfflin gehört), darauf verlegt, von einer "Ungeklärtheit" der Ätiologie zu sprechen und ansonsten alles was ihnen nicht in den Kram passt, als angeblich nicht bewiesen abzuqualifizieren. Nur wirft das die Frage auf, wie man bei einer Ungeklärtheit der Ätiologie zu dem Ergebnis kommen kann, es läge beim Zusammentreffen männlicher und weiblicher Eigenschaften in einer Person eine "Persönlichkeits- und Verhaltensstörung" "Transsexualität" vor (als solche ist sie ja in den ICD-10 unter dem Diagnoseschlüssel F64.0 klassifiziert)? Es wirft weiter die Frage auf, wie die Ungeklärtheit einer Ätiologie mit der gebetsmühlenartig vorgetragenen Behauptung einer "transsexuellen Entwicklung" zu vereinbaren ist?

Durch Forschungen zur körperlichen Festlegung psychischer Fortpflanzungsvoraussetzungen, zum Beispiel des Schönheitsempfindens eines heterosexuellen Mannes (sexuelle Orientierung), und das zufällig ??? damit übereinstimmende Empfinden einer sexuell aktiven Frau wie sie selbst aussehen möchte, wie sie sich selbst wohl fühlt (sexuelle Identität) ist die Existenz einer solchen Art "psychosexueller Entwicklung", wie sie hier von Prof. Pfäfflin ins Spiel gebracht wird, heute widerlegt. Der Zeitraum, in dem Frauen anfangen, sich besonders intensiv schön zu machen, hängt bekannterweise nicht von einer "psychosexuellen Entwicklung" ab, sondern vom körperlichen Eintritt der Pubertät. Das war übrigens bei der Klägerin nicht anders, nur dass sie es eben heimlich getan hat.

Tritt aber ein Sexualverhalten (hier die sexuelle Identität der Frau) in Abhängigkeit von einem körperlichen Entwicklungsprozess ein, hier der Eintritt der Pubertät, folgt daraus, dass dieses Sexualverhalten eine körperliche Basis hat.

Daraus folgt zwingend, dass bei einem Zusammentreffen der sexuellen Identität des einen Geschlechts mit der äußerlich eher unauffälligen Körperlichkeit des anderen Geschlechts, also einem gleichzeitigen Auftreten von körperlich basierten männlichen als auch körperlich basierten weiblichen Eigenschaften Intersexualität vorliegt.

Dabei ist es letztlich unerheblich, ob man dies durch entsprechende zusätzliche körperliche Befunde untermauern kann oder nicht. Gleichwohl gibt es Studien, die solche Befunde erbrachten. Beispielhaft wurde dazu die Studie von Lindner als Anlage K 60 vorgelegt. Daraus werden an dieser Stelle die Kurzzusammenfassung, sowie die Seite 1 vollinhaltlich in das Verfahren eingeführt.

Und wenn solche Intersexualität durch Medikamente verursacht wurde (vgl. Kaplan - Anlage K 49), dann gibt es in aller Regel keine Möglichkeit, nachträglich Befunde zu erheben. Deswegen liegt trotzdem Intersexualität vor, wobei die Äußerung lieber ein Mann/eine Frau sein zu wollen letztlich die Festlegung der sexuellen Identität im Nervensystem wiedergibt.

Die Klägerin ist intersexuell.

An dieser Stelle wird ein Auszug aus einer weiteren Studie, die nachweist, dass eine sexuelle Identität biologisch verankert ist, als Anlage BK 21 vorgelegt:

Krause, Eva Renate (2007): Geschlechtsspezifische Differenzen der Hirnaktivität in der fMRT bei Normalprobanden im Vergleich mit transsexuellen Probanden. Diss. Essen, Universität Duisburg-Essen, 2007. Seiten 1-6, 40-42; Internet-Adresse:  
<http://duepublico.uni-duisburg-esse...>

Diese Dissertation stammt aus der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Duisburg-Essen, deren Direktor der erstinstanzliche Obergutachter Prof. Senf ist, welcher hier auch als 1. Gutachter dieser Dissertation zeichnet. Bereits in der Einleitung dieser Arbeit wird ausgeführt:

"Morphologische und funktionelle Studien sowie psychologische Untersuchungen dokumentieren konstant geschlechtsdifferente Verhaltens- und Reaktionsweisen, die rechtfertigen, von Geschlechtsspezifität zu sprechen. U.a. bildgebende Studien aus medizinischen Forschungszweigen legen nahe, dass diese Unterschiede nicht durch Sozialisation oder psychologische Faktoren zu erklären sind, sondern eine im weitesten Sinne biologische Verankerung aufweisen. In dieser Arbeit werden entsprechende Ergebnisse v.a. aus neuroradiologischen Untersuchungen vorgestellt (vgl. Kap. 3)." (S. 6)

Im Kapitel 9 dieser Arbeit werden die Ergebnisse dieser Studie an "Mann-zu-Frau-Transsexuellen" im Vergleich zu Normalprobanden dargelegt:

“Im Rahmen dieser Arbeit werden die Untersuchungsergebnisse der MzF-TS im erotischen Paradigma ausgewertet. Wie in der Gruppe der Normalprobanden (vgl. 8.1) zeigten sich bei Einsatz des erotischen Filmmaterials als Stimulus auch in der Gruppe der MzF-TS Aktivierungen im okzipitotemporalen, anterioren cingulären, medialen präfrontalen, prä- und postzentralen Kortex sowie in der Amygdala, entsprechend den vordefinierten ROI (s. Kap. 4). Es wurden mehrere vergleichende Gruppenanalysen durchgeführt. Männer zeigten im Vergleich mit den MzF-TS signifikant stärkere Aktivierungen im linken Thalamus, der linken Amygdala, dem anterioren Corpus callosum, dem linken superioren sowie dem medialen präfrontalen Kortex. Dieses Aktivierungsmuster entspricht demjenigen, das auch die vergleichende Statistik der Männer gegenüber den Frauen zeigte. (vgl. Tab. 8, Abb. 8) Im Vergleich zu den männlichen Probanden fanden sich bei den MzF-TS stärkere Aktivierungen im medialen temporalen und inferioren parietalen Kortex, wie sie auch die weiblichen im Vergleich mit den männlichen Normalprobanden aufwiesen. (vgl. Tab. 8, Abb. 8) Es gelten die gleichen Einschränkungen bezüglich der Signifikanz wie unter 8.1 erwähnt. Eine vergleichende Analyse von Frauen und MzF-TS zeigte in den ROI (vgl. auch Kap. 4. und 8.) keine hervorgehobenen Aktivierungsunterschiede.

Abbildung und Tabelle verdeutlichen das wesentliche Ergebnis dieser Untersuchung: Männer zeigen im Vergleich mit MzF-TS ein ähnliches Aktivierungsmuster wie im Vergleich mit den Frauen. Sowohl Frauen als auch MzF-TS zeigen in den ROI im Gegensatz zu den Männern auf gleichem Signifikanzniveau keine spezifischen Aktivierungen. In der Stärke der sexuellen Erregung während der Betrachtung der erotischen Filmausschnitte wiesen die drei Gruppen keine signifikanten Unterschiede auf, vgl. 10.2.” (S. 40-42)

“In der vorliegenden Studie wurden 12 Männer, 12 Frauen und 12 Mann-zu-Frau-Transsexuelle mit funktioneller Magnetresonanztherapie (fMRT) untersucht.” (S. 65)

Die Größe der Stichprobe ist in Ordnung. Man benötigte noch nicht behandelte Patienten, um Ergebnisse zu erhalten, die nicht mit einer Behandlung in Zusammenhang gebracht werden können. Zu dieser Studie wird in einem Artikel aus der Ärzte Zeitung geschrieben:

“Die Radiologen können also das, was die transsexuellen Männer angeben - dass sie sich nämlich “wie im falschen Körper” fühlen - anhand der Aktivierung des Gehirns auf erotische Stimuli bestätigen. Es gibt offenbar ein biologisches Korrelat des subjektiven Befunds.”

Quelle: fMRT zur Diagnose bei Transsexualität geprüft. In: Ärzte Zeitung vom 30.05.2006, <http://www.aerztezeitung.de/suchen/...> hier vorgelegt als Anlage BK 22.

Der erstinstanzliche Gutachter Prof. Wolfgang Senf hielt einen Vortrag, zu dem der Arzt Mathias Wölfelschneider in einem Beitrag vom 03. Februar 2008 auf der Internetadresse <http://www.brainlogs.de/blogs/blog/...> (bereits oben eingeführte Anlage BK 20 ) bemerkenswertes ausführt:

“Ätiologisch vermutet Prof. Senf (für mich) überraschend eine primär biologische Ursache, die sich dann natürlich in einem bio-psycho-sozialen Gesamtkomplex entwickelt. Hormonelle Abweichungen im Mutterleib z.B. könnten aus seiner Sicht als Ursache infrage kommen. Dazu stellt er eine interessante Studie vor: Seine Mitarbeiter und er haben ein Paradigma für die funktionelle Bildgebung entwickelt, in dem die Gehirnaktivität von Transsexuellen und “Normalprobanden” bei Stimulation ... gemessen wird (fMRT).” (S. 2)

Prof. Senf hatte ja bereits in seinem Ergänzungsgutachten vom 10.03.2006 (dort S. 2 unten) Beispiele für eine körperliche Basis der sexuellen Identität gebracht (worauf im klageseitigen Schriftsatz vom 09.08.2006 auf S. 5 unten bezug genommen wurde):



“bei 45, X, bekannt als Turner-Syndrom mit einem weiblichen Phänotypus und einem weiblichen Identitätsgeschlecht”

“bei 47, XXY, einem Klinefelter-Syndrom mit männlichem Phänotypus und meist männlichem Identitätsgeschlecht”

Es fällt überhaupt auf, dass in den erstinstanzlichen Gutachten vordergründig Behandlungsfehler und daraus resultierender Schaden zwar nicht direkt bestritten, jedoch nicht erkannt werden konnten, gleichzeitig aber immer Informationen zur Verfügung gestellt wurden, die den Sachvortrag der Klägerin stützten. Eine Erklärung für diese Verfahrensweise findet man im hier als Anlage BK 23 vorgelegten hippokratischen Eid, abgedruckt im Pschyrembel Klinisches Wörterbuch, 260. Auflage. Dieser enthält folgende Schwurformel:

“Ich schwöre ... dass ich nach bestem Vermögen und Urteil diesen Eid und diese Verpflichtung erfüllen werde: den der mich diese Kunst lehrte, meinen Eltern gleich zu achten, mit ihm den Lebensunterhalt zu teilen und ihn, wenn er Not leidet, mitzuversorgen; seine Nachkommen meinen Brüdern gleichzustellen”

In einem Arzthaftungsverfahren hat es die geschädigte Person bei dem ärztlichen Gutachter sozusagen mit einem Angehörigen der Familie der/des Beklagten zu tun.

Es ist nun eine Frage der Beweiswürdigung durch das Gericht, aus dem Gutachtenvortrag eines Arztes trotz dessen vordergründigen Nichterkennens von Behandlungsfehlern, die Wahrheit zu ermitteln und die Frage zu beantworten, ob wohl ein Behandlungsfehler vorliegt oder nicht.

Unter der Internet-Adresse <http://badhairdaysandmore.blogspot...> bietet eine Website mit dem Namen “Bad hair days” eine kurze Übersicht über einige aktuellere Studien zu körperlichen Ursachen der “Transsexualität” mit Links zu den Originalquellen, welche hier als Anlage BK 24 vorgelegt wird.

In der Anlage K 60 (Lindner 1996) finden sich zahlreiche Darstellungen älterer Forschungsergebnisse, insbesondere auf den Seiten 12-17, die an dieser Stelle vollinhaltlich in das Verfahren eingeführt werden. Einige wichtige werden nachfolgend zitiert:

“Die geschlechtsspezifischen neuronalen und psychischen Funktionen des Gehirns unterscheiden sich durch 1. Die Form der Sezernierung des Luteinisierungshormon-Freisetzungshormons (tonisch oder zyklisch), 2. die Präferenz des sexuellen Partners und 3. Das Geschlechtsrollenverhalten und die Geschlechtsidentität.” (S. 12)

“Mit der Aufklärung der Struktur des Luteinisierungshormon-Freisetzungshormons (LHRH) und seiner biologischen Aktivität zur Stimulierung des die Gonadenfunktion steuernden Luteinisierungshormons durch Schally et al. (1973) und der immunoreaktiven Darstellung des LHRH im Hypothalamus von Meerschweinchen durch Barry and Dubios (1973) war gesichert, dass der Hypothalamus das die geschlechtsspezifische Gonadenfunktion steuernde Zentrum enthält.” (S. 12, 1. Absatz)

“Die geschlechtsspezifischen Dimorphismen der Zellkernvolumina im nucleus ventromedialis hypothalami entsprachen nach frühpostnataler Kastration von Rattenmännchen bzw. nach frühpostnataler Androgenbehandlung von Rattenweibchen dem späteren heterotypischen Sexualverhalten und nicht dem Phänotyp (Dörner und Staudt 1969)” (S. 13 mitte)

“Dörner et al. (1975) bewerteten den Nachweis eines bei homosexuellen Männern im Unterschied zu heterosexuellen Männern auslösbaren positiven Östrogenfeedbacks als Zeichen eines zumindest partiell weiblich organisierten Hypothalamus. Ähnliche Befunde lieferten transsexuelle Männer, die zusätzlich homosexuell waren. Bei transsexuellen Männern ohne homosexuelle Triebrichtung war der positive Östrogenfeedback wie bei heterosexuellen Männern

nicht auslösbar (Rohde et al. 1986). Die Möglichkeit der Induktion eines positiven Östrogenfeedbacks bei männlichen Homosexuellen wurde von Gladue et al. (1984) bestätigt.” (S. 14)

“Beim ausgeprägten 5alpha-Reduktasemangel - nach der Autorin seiner Erstbeschreibung Imperato-McGinley-Syndrom genannt - wird zuwenig Testosteron in Dihydrotestosteron, das für die pränatale Ausbildung der männlichen äußeren Genitalien verantwortlich ist, umgewandelt. Infolgedessen werden bei genetisch männlichen Föten vorwiegend weibliche äußere Geschlechtsorgane gebildet. Bei der Geburt werden genetisch männliche Nachkommen als Mädchen angesehen und als solche erzogen. Mit Pubertätsbeginn wird von den abdominal oder inguinal vorhandenen Hoden vermehrt Testosteron synthetisiert und es kommt zu einer deutlichen Ausprägung männlicher äußerer Geschlechtsmerkmale. Parallel entwickeln die meisten betroffenen Individuen männliches Sexualverhalten, nehmen eine männliche Geschlechtsrolle und männliche Identität an und fühlen sich von Mädchen erotisiert, obwohl sie in einer weiblichen Rolle erzogen wurden (Imperato-McGinley et al. 1979). Dieses Experiment der Natur wurde im Tierversuch durch Behandlung mit 5alpha-Reduktasehemmern in der perinatalen Periode an Frettchen nachvollzogen. Die behandelten männlichen Tiere zeigten im Erwachsenenalter kein von den männlichen Kontrolltieren abweichendes Sexualverhalten (Baum et al. 1983).” (S. 14-15: Hervorhebung durch Klägerin)

“Bei androgeninsensitiven männlichen Pseudohermaphroditen ist Testosteron aufgrund einer Androgenrezeptorstörung nicht wirksam. Betroffene Individuen haben von Kindheit an eine eindeutig weibliche Identität und besitzen ein ausgeprägt weibliches kognitives Leistungsspektrum (Money et al. 1984, Imperato-McGinley et al. 1991).” (S. 15; Hervorhebung durch Klägerin)

Die im letzten Zitat beschriebene Androgeninsensitivität wird auch als “testikuläre Feminisierung” bezeichnet. Die Androgene sind unwirksam. Die in den Hoden produzierten Östrogene bewirken eine Feminisierung, z.B. Brustbildung. Aber nun weitere Zitate aus Lindner (1996 - Anlage K 60):

“Aiman and Boyar (1982) beobachteten bei 7 von 13 Mann-zu-Frau Transsexuellen Spermiogenesestörungen, die nicht durch aktuelle Sexualhormonniveaus erklärbar waren, Die Autoren fanden jedoch Veränderungen der hypothalamischen-hypophysären Sexualhormonreaktivität bei diesen Patienten.” (S. 15 unten)

Der Klägerin wurde im Sommer 1990 nach Vorliegen von Befunden vom Beklagten zu 5 (Leiter der Andrologischen Abteilung), dessen Spezialgebiet unter anderem Fragen der Fertilität sind, vom Beklagten zu 2 erklärt, sie könne keine Kinder zeugen. Die Klägerin geht deshalb davon aus, dass Behandlungsunterlagen zurückgehalten werden.

“Futterweit et al. (1986) und Balen et al. (1993) wiesen bei hormonell unbehandelten transsexuellen Frauen eine hohe Prävalenz polyzystischer Ovarien und Zyklusstörungen nach. Ausgehend von der Hypothese der Ätiogenese eines hohen Anteils der Zyklusstörungen und des polyzystischen Ovarsyndroms infolge intrauteriner Defeminisierung der Gonadotropinsekretion (Dörner et al 1992) würden diese Befunde den in Tierversuchen durch Sexualhormonanwendung in der perinatalen sensiblen Prägungsphase induzierten Oligo- und Amenorrhoeen entsprechen (Dörner 1976).” (Lindner 1996: 15 unten)

“Als Experiment der Natur zum Nachweis der pränatal prägenden Wirkung des Testosterons auf die psychosexuelle Differenzierung können klassische 21-Hydroxylasedefizienzen bei weiblichen Individuen angesehen werden. Da beim klassischen, durch 21-Hydroxylasemangel hervorgerufenen AGS bei weiblichen Geburten eine postnatal und lebenslang notwendige Glukokortikoidbehandlung die adrenale Androgensekretion supprimiert, ist die psychosexuelle Entwicklung der weiblichen Individuen tatsächlich nur in der fetalen Phase von deutlich höheren

Androgenmengen beeinflusst worden. Mehrere Arbeitsgruppen, die AGS-Patientinnen hinsichtlich ihrer psychosexuellen Entwicklung untersuchten, erhielten übereinstimmende Ergebnisse, die ein signifikant häufigeres Auftreten von männlichem Geschlechtsrollenverhalten in der Kindheit und Jugend sowie von Homosexualität und Störungen der Geschlechtsidentität im Erwachsenenalter nachwiesen (Money and Schwartz 1977, Erhardt and Meyer-Bahlburg 1981, Money et al. 1984, Dittmann et al. 1992).“ (Lindner 1996: 16-17; Hervorhebung durch Klägerin)

Dass die sexuelle Identität körperlich festgelegt ist, war also lange vor der Behandlung der Klägerin medizinisches Wissen und musste dem Beklagten zu 2 und auch dem Beklagten zu 5 bekannt gewesen sein, erst recht da sie mit einem der auf diesem Gebiet weltweit führenden Forscher, dem Prof. Dr. Günter Dörner, Leiter des Instituts für Experimentelle Endokrinologie an der Charité Berlin, zusammenarbeiteten, wie der Gutachter Prof. Pfäfflin ausführte (Gutachten S. 23 oben). Es handelt sich um genau jenen Prof. G. Dörner, der in den vorstehender Anlage K 60 entnommen Zitate wiederholt genannt wird. Auf diesen Prof. Günter Dörner nimmt Prof. Pfäfflin im Gutachten wie folgt Bezug:

“Letztlich war die Behandlung zu DDR-Zeiten zentralisiert erfolgt, wobei der damalige Direktor des Instituts für Experimentelle Endokrinologie der Berliner Charité, der Neuroendokrinologe Günter Dörner, die Schlüsselposition innehatte (vgl. Pfäfflin [1990] Neuroendokrinologische Forschungsergebnisse und Sexualwissenschaft. Zeitschrift für Sexualwissenschaft 3: 54-74).“ (S. 22-23)

Wenn man das Gutachten nur gelesen hat und auf dieses Zitat stößt, könnte man denken, dass in der darin erwähnten Literaturstelle (Pfäfflin 1990) eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den Forschungsergebnissen Prof. Dörners stattfindet und in einer Widerlegung mündet. Dass Prof. Pfäfflin Literaturstellen Aussagen unterstellt, die diesen nicht zu entnehmen sind, wurde bereits oben im Zusammenhang mit seinen Aussagen zu Psychotherapie und Alltagstest anhand seiner “Übersicht über die internationale Nachuntersuchungsliteratur” bewiesen. Und weiter unten wird dies an einem zweiten Beispiel, der Frage der Orgasmusfähigkeit nach Genitalverstümmelung, bewiesen. Leser des Gutachtens sind also gut beraten, die Sache entweder genauer zu prüfen, oder einfach als Suggestion Prof. Pfäfflins zu übergehen.

Deshalb wird diese Literaturstelle Pfäfflin (1990) hier als Anlage BK 25 vorgelegt. Schon auf der ersten Seite fällt auf, dass sie mit “Kommentar” überschrieben ist. Wer nun eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Arbeit Dörners erwartet hat, wird enttäuscht. Man wird nun erneut weiter verwiesen auf Arbeiten, in denen dies vermeintlich erfolgen würde, so zum Beispiel auf S. 64 oben und S. 65 oben.

Man erfährt dann auch den Anlass dieses Kommentars. Es geht um die anlässlich einer geplanten Tagung der International Academy of Sex Research ausbrechenden Auseinandersetzungen zwischen Interessengruppen, die unterschiedliche Positionen zu den Fragen der Ursachen psychischer Fortpflanzungsvoraussetzungen hatten (und haben). Die in den alten Bundesländern vor allem um die Deutsche Gesellschaft für Sexforschung versammelten Behaviouristen (Sigusch, Pfäfflin, Dannecker, Schmidt u.a.) hatten die Durchführung eines Symposiums zum Thema Critique of Psychobiological Models of Homosexuality, “moderiert von John De Cecco (San Francisco) und Gunter Schmidt (Hamburg), zu dem die beiden Moderatoren sowie Günther Amendt (Hamburg), Martin Dannecker (Frankfurt a. M.), Günter Grau (Berlin, DDR) und Achim Thom (Leipzig) Beiträge zugesandt haben” (S. 54) (ausschließlich Kritiker der Arbeit Dörners, wie auf S. 67 dieses Kommentars nachzulesen ist), durchgesetzt. Prof. Günter Dörner hat daraufhin in Aussicht gestellt, diese Jahrestagung abzusagen.

Prof. Pfäfflin nimmt dies nicht etwa zum Anlass, sich wissenschaftlich mit Dörners Arbeit auseinanderzusetzen, sondern er versucht sie auf der “ideologiekritischen Ebene” (S. 65 oben) anzugreifen. Er schwingt sich in diesem Kommentar zum Verteidiger von Menschenrechten,

namentlich der Homosexuellen, auf, obwohl er im vorliegenden Gutachten das genaue Gegenteil tut:

- Kritik an den Genitalverstümmelungen an (Genital-)Intersexuellen angreifen,
- Menschen auf Grund ihrer sexuellen Identität zu persönlichkeits- und verhaltensgestörten "Transsexuellen" erklären,
- deren Lebens- und Existenzrecht dem Wohlwollen von Gutachtern ausliefern,
- die Hormontherapie an die Durchführbarkeit einer Genital-Operation binden,
- mittels Alltagstest den Arbeitsplatzverlust erzwingen
- die Entfernung der Hoden an eine Genitaloperation binden
- u.s.w.

Prof. Pfäfflin zitiert in diesem Kommentar eine ganze Reihe wissenschaftlicher Arbeiten Dörners und zieht deren Ergebnisse durch Attribute wie "meint", "glaubt" in Zweifel. Weiter zitiert Prof. Pfäfflin aus bemerkenswerten Leitsätzen Dörners, um sie dann anschließend als unglaubwürdig auszugeben:

"Die Leitsätze zur sex therapy enthalten die folgenden wichtigen Feststellungen:

...

"(2) Neuroendokrine Therapie basiert generell auf Korrekturen im neuroendokrinen Subsystem für Sexualität und Reproduktion, d.h. im Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-System."

...

"(5) Erlaubt sind all diese Behandlungen nur in vollkommener Übereinstimmung mit den Behandelten oder ihren Eltern und Vormündern, sofern es sich um Unmündige oder Geistig Behinderte handelt."

..." (S. 60)

"Die Leitsätze zur Sexualgesetzgebung lauten:

...

"(3) Absicht und Ziel von Sexualgesetzgebung und -Rechtsprechung können nicht in der Aufrichtung moralischer Gesetze oder in der Bestrafung von Minoritäten liegen. Seit die Biopsychogenese der Homosexualität durch experimentelle und klinische Untersuchungen - zumindest teilweise - aufgeklärt ist (Dörner 1976, 1980, 1988), kann die Homosexualität nicht mehr verurteilt oder gar bestraft werden. Dank dieser Tatsache wurden in unserem Land vor zwei Jahrzehnten die antihomosexuellen Gesetze gestrichen wie auch z.B. vor nur wenigen Monaten in New Zealand."

..." (S. 61)

Als nächstes zitiert Prof. Pfäfflin noch eine Resolution der International Society of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine vom März 1989, in deren Vorspann vermerkt ist, dass sie auf einem Vorschlag von Prof. Dr. med. Günter Dörner beruht. Die deutschsprachige Fassung dieser Resolution für die "Veränderung des Status der Homosexualität in der WHO-Klassifikation von Krankheiten" lautet:

"1. Bi- und Homosexualität sollten als natürliche Sexualvarianten anerkannt werden. Die individuellen Manifestationen der sexuellen Orientierung liegen auf einem Kontinuum.

2. Bi- und Homosexualität beruhen auf gen- und/oder umweltabhängigen neuroendokrinen Veränderungen der sexuellen Gehirnorganisation

3. Bei homosexuellen Frauen wurde eine heterozygote Form eines Steroid-21-Hydroxylasemangels nachgewiesen. Eine derartige genetische Enzymveränderung ruft eine vermehrte adrenale Androgenproduktion hervor (insbesondere im Falle von prä- und postnatalen Streßereignissen), die wiederum zu einer mehr männlichen sexuellen Gehirnorganisation (d.h. weiblicher Homosexualität) führt.

4. Befunde, die bei ein- und zweieiigen Zwillingen ebenso wie bei Familien mit einem gehäuftem Vorkommen von Homosexualität erhoben wurden, weisen darauf hin, dass heterozygote Genalterationen und/oder frühe Umwelteinflüsse (z.B. pränataler Streß), die einen

Androgenmangel bewirken, zu einer mehr weiblichen sexuellen Gehirnorganisation (d.h. männlicher Homosexualität) prädisponieren.

5 In Übereinstimmung mit dieser Theorie konnte bei den meisten homosexuellen Männern im Gegensatz zu heterosexuellen Männern ähnlich wie bei Frauen ein positiver Östrogenfeedback ausgelöst werden.

6. In diesem Zusammenhang sollte hervorgehoben werden, dass heterozygote Veränderungen rezessiv wirkender Gene eine allgemeine Eigenschaft für gesunde Menschen darstellt. Demzufolge kann auch Homosexualität, die durch heterogene Genveränderungen und/oder frühe Umwelteinflüsse verursacht wird, nicht länger als eine Krankheit angesehen werden. Diese Definition sollte möglichst bald in der WHO-Klassifikation von Krankheiten gestrichen werden, zumal es keine Therapienotwendigkeit und keinen Therapiewunsch bei Homosexuellen ohne spezifische Komplikationen gibt.

7. Durch eine derartige Maßnahme könnten Millionen von Menschen von unnötigem Leidensdruck befreit werden. Dies befreit Homosexuelle von einer Pathologisierung und anderen Formen der Diskriminierung.

8. Für die 10. Überarbeitung der WHO-Klassifikation von Krankheiten ist beabsichtigt, die folgende Feststellung unter F 66.1 aufzunehmen: 'Homosexualität per se wird nicht als geistige Störung betrachtet.' Diese Feststellung sollte erweitert werden zu: 'Homosexualität per se wird weder als Krankheit noch als geistige Störung angesehen.'" (S. 61-62)

Das hier zur sexuellen Partnerorientierung dargestellte gilt in den Grundzügen genauso für die sexuelle Identität. Es war zum Zeitpunkt der Behandlung der Klägerin längst bekannt.

Während in der 10. Revision der ICD-10 Homosexualität als psychische Störung gestrichen wurde, die sexuelle Orientierung in den ICD-10 also nicht mehr psychopathologisiert wird, finden sich für die sexuelle Identität gleich mehrere psychopathologische Konstrukte als psychische Störungen aufgeführt (siehe dazu auch Gutachten Prof. Pfäfflin S. 4 oben).

Das von Prof. Pfäfflin in seinem Gutachten auf S. 61 oben übersetzte englischsprachige Zitat, dass es gegenwärtig "keinen klaren klinischen Nachweis für atypische pränatale Geschlechtshormonspiegel bei Kindern und Erwachsenen mit Geschlechtsidentitätsstörungen" (Hervorhebung durch Klägerin) gäbe, sagt mitnichten, dass sie nicht existieren würden. Es heißt lediglich, dass die diagnostischen Techniken zu einem klaren Nachweis gegenwärtig nicht zur Verfügung stehen (würden). Das ist doch wie mit Dingen, die mit bloßem Auge nicht zu erkennen sind, mit Mikroskop aber doch. Niemand würde doch heute behaupten, Krankheitserreger existieren nicht, nur weil die diagnostischen Möglichkeiten nicht zur Verfügung stehen. Den HIV-Erreger z.B. weist man indirekt nach, durch seine Folgen, die Antikörper. Und genau so ist es bei "Transsexuellen". Eine abweichende sexuelle Identität spiegelt eine entsprechende intersexuelle Differenzierungsstörung des Gehirns wieder, woraus unter Beachtung oben dargestellter wissenschaftlicher Erkenntnisse zur sexuellen Differenzierung folgt, dass in dem Lebensabschnitt, in dem diese Bereiche des Gehirns sexuell ausdifferenziert worden, die entsprechenden Hormone nicht so wirken konnten wie sie es normal sollten, wofür nach derzeitigem Erkenntnisstand nicht genetische Ursachen (Rezeptordefekte) in Frage kommen, sondern abweichende Hormonspiegel (siehe oben). Nur bei Androgeninsensitivität ist die weibliche sexuelle Identität auf den genetischen Defekt des Androgenrezeptors zurückzuführen, und so wiederum auch körperlich festgelegt.

Und nun folgt im Kommentar Pfäfflin (1990) die Auseinandersetzung mit der Arbeit Prof. Dörners. Er kritisiert die stereotaktischen Hirnoperationen bei Männern mit abweichendem Sexualverhalten, welche "in den Universitätskliniken Göttingen, Hamburg und Homburg/Saar durchgeführt worden", insbesondere deren mangelhafte Grundlagen.

Die Klägerin kennt diese Sache, die symbolisch dafür steht, was in einer Medizin möglich ist, die nach eigenem Gutdünken unkontrolliert mit dem Patienten tun und lassen kann was sie will. Sie ist dokumentiert in:

Fülgraff, G. Barbey, I (1978): Stereotaktische Hirnoperationen bei abweichendem Sexualverhalten. Abschlussbericht der Kommission bei Bundesgesundheitsamt. Berlin: Dietrich Reimer Verlag, 1978 (BGA-Berichte 3/1978). ISBN 3-4960-2018-0

Daraus werden als Anlage BK 26 vorgelegt: Deckblatt, Mitgliederliste, Empfehlungen, Abweichendes Votum Prof. Sigusch.

Es ist so, dass Mediziner die Idee hatten, man könne den Bereich des Hypothalamus, in dem das Sexualzentrum lokalisiert wurde, außer Funktion setzen (Hypothalamotomie) und die betreffenden Personen so von ihren gefährlichen Trieben befreien. Dabei fehlte es an jeder Grundlage für die Annahme, dass der Hypothalamus, der wichtige Lebensfunktionen aufrechterhält (nach Pschyrembel z.B. Wärmeregulation, Wach- u. Schlafrhythmus, Blutdruck- u. Atmungsregulation, Nahrungsaufnahme, Fettstoffwechsel, Sexualfunktion, Wasserhaushalt) danach seine Aufgaben überhaupt noch erfüllen kann. Wie diesem Abschlussbericht der Kommission zu diesen Eingriffen zu entnehmen ist, wurde die Anzahl der Patienten bei den Nachuntersuchungen immer kleiner, z.B. weil sie für eine Nachuntersuchung nicht mehr in Frage kamen, wie es lapidar heißt.

Prof. Pfäfflin (1990) macht Prof. Günter Dörner, der mit diesen Eingriffen gar nichts zu tun hat, dafür verantwortlich: "Bestandteil des schwankenden Bodens waren u.a. tierexperimentelle Untersuchungen Dörners und seiner Mitarbeiter (Dörner et al. 1968; Dörner et al. 1969; Dörner 1972; Fülgraff und Barbey 1978)." (S. 62). Das ist ungefähr so, als seien diejenigen, die die Grundlagen der Atomphysik erforscht haben, für die Atombombenabwürfe auf Japan verantwortlich.

Und ist denn Prof. Günter Dörner dafür verantwortlich, dass die stereotaktischen Hirnoperationen selbst nach dem Abschlussbericht der Kommission am damaligen Bundesgesundheitsamt nicht verboten wurden?

Unter Abschnitt "1.8 Empfehlungen" sprachen sich mit Ausnahme von Prof. Volkmar Sigusch alle Mitglieder der Kommission gegen ein Verbot dieser stereotaktischen Hirnoperationen aus. Mitglieder der Kommission waren u.a.

- Prof. Dr. med. G. Fülgraff, Präsident des BGA
- Dr. med. I. Barbey, Direktorin und Professorin beim Bundesgesundheitsamt
- Dr. med. Götz Kockott, Mitautor der "Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen"
- Prof. Dr. med. Eberhardt Schorch, Leiter der Abteilung für Sexualforschung, Psychiatrische Universitätsklinik Hamburg, Sitz der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, unter deren Führung die sogenannten "Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen" herausgegeben wurden
- Prof. Wilfried Rasch, Direktor des Instituts für Forensische Psychiatrie Berlin

Dass sich die Klägerin im Falle von Depressionen nicht an einen Psychiater wenden kann, versteht sich angesichts dieser Realitäten von selbst.

Dass diese stereotaktischen Hirnoperationen von für die "Transsexuellen"-Behandlungs-Programme Verantwortlichen (z.B. Kockott, Schorch) mitgetragen wurden, führt einmal mehr deutlich vor Augen, was von dem aufgeblasenen diagnostisch-therapeutischen Getöse bei "Transsexuellen" zu halten ist: Es sind Schutzbehauptungen zur Durchsetzung ärztlicher Interessen gegen den Patienten.

Mit einem Zitat aus einem Aufsatz Martin Danneckers et al. (1981) rückt Prof. Pfäfflin die Arbeit Prof. Dörners in die Nähe der, von einer (unter den Freiheiten des Nationalsozialismus) völlig enthemmten Medizin (insbesondere Psychiatrie) durchgeführten Euthanasie:

““Sie zielt auf ein Verhindern homosexueller Entwicklung mittels einer endokrinologischen Prophylaxe ab. Das und nichts anderes ist das ‘erkenntnisleitende’ Interesse der Dörnerschen Untersuchungen, die ganz offen mit der Möglichkeit einer endokrinologischen Euthanasie der Homosexualität spielen” (Dannecker et al 1981: 110 und Sigusch et al. 1982: 447f.).” (S. 64)

Das Zitat bringt ausgerechnet ein Prof. Friedemann Pfäfflin, der im vorliegenden Gutachten (z.B. S. 38 unten, S. 39 mitte) selbst formuliert, eine “transsexuelle Entwicklung” könne sich im Rahmen einer Psychotherapie umkehren.

In diesem Sinne darf man dann wohl die “Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen” als auch die sogenannten “Standards of care” der HBGDA, Inc. als psychologische Euthanasie der “Transsexualität” auffassen - eine außerordentlich erfolgreiche, wie die präkäre Situation von und die hohe Suizidalität unter “Transsexuellen” beweist.

Was ist denn nun das eigentliche Verbrechen des Prof. Günter Dörner? Die Erkenntnis aus den Forschungen zur sexuellen Differenzierung ist, dass es unter abweichenden Hormonspiegeln zu entsprechenden Abweichungen in der Ausbildung der von Hormonkonzentrationen abhängenden körperlichen Entwicklung kommt. Und dies betrifft eben auch die hormonellen Regelkreise (zyklisch bei der Frau, nichtzyklisch beim Mann), und die grundlegenden sexuellen Empfindungen welche die Richtung der sexuellen Lust zur Vornahme von fortpflanzungsfähigen Handlungen steuern, also sexuelle Partnerorientierung einerseits, und die in diese Partnerorientierung hineinpassende sexuelle Identität andererseits.

Demzufolge ist eine homosexuelle Partnerorientierung nichts anderes als eine intersexuelle Differenzierungsstörung, und - wenn man so will - natürlich eine Missbildung.

Das erste “Verbrechen” Prof. Dörners ist, diese intersexuelle Differenzierungsstörung als solche zu benennen. Das zweite “Verbrechen” Prof. Dörners sind die aus diesen Erkenntnissen zur sexuellen Differenzierung abgeleiteten Konsequenzen:

1. Vermeidung von allen Ursachen abweichender Hormonspiegel während der Schwangerschaft (Medikamente, Umweltgifte u.a. DDT, Dauerstreß)
2. Behutsame Korrektur stark abweichender Hormonspiegel, ohne andere Komplikationen zu provozieren.

Beides sind legitime Anliegen, die von der Klägerin, die selbst einen langen Leidensweg hinter sich und infolge der Wohltätigkeiten insbesondere der Beklagten zu 2, 5 und 6 auch vor sich hat, grundsätzlich für richtig gehalten werden. Im bereits oben gebrachten Zitat bindet Prof. Günter Dörner (Träger des Bundesverdienstkreuzes der Bundesrepublik Deutschland und des Nationalpreises der DDR), diese Behandlungen ausdrücklich an die Zustimmung der Patienten bzw. deren Vormünder oder Betreuer.

Wieso stört sich Prof. Pfäfflin an solchen harmlosen Eingriffen, wo er doch sonst kaum Probleme mit Behandlungen hat, die für den Patienten weitreichende und nicht mehr korrigierbare negative Folgen haben, von denen oben und weiter unten einige aufgezählt sind?

Prof. Pfäfflin geht es in Wirklichkeit darum gar nicht. Was ihn stört ist die von Dörner erbrachte wissenschaftliche Bestätigung für eine körperliche Festlegung psychischer Fortpflanzungs-Voraussetzungen und dem daraus abgeleiteten Recht eines Menschen, seine Sexualität selbstbestimmt zu leben. Diese Erkenntnisse stehen nämlich den (transsexuellen-) gutachterlichen und psychotherapeutischen Ambitionen von Prof. Pfäfflin und namentlich der um die Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung versammelten Behaviouristen entgegen. Und in diesem Sinne wird er auch deutlich, indem er aus oben bereits eingeführter Arbeit Danneckers et al. (Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung) von 1981 zitiert, in der im Unterschied zu den wohlthuend sachlichen Darlegungen Prof. Dörners in Befehlsform verkündet wird, welchen Glaubensgrundsätzen die Welt zu folgen hat:

“Demgegenüber ist an die elementaren Sätze einer Theorie der Homosexualität zu erinnern: ‘Homosexualität’ ist zuerst einmal eine anthropologische Kategorie. Als solche bezeichnet sie eine in der menschlichen Anlage bereitliegende Verhaltensmöglichkeit. ‘Homosexualität’ verweist demnach auf alle Menschen, nicht nur auf manifest homosexuelle.” (S. 63 unten)

“Die manifeste Homosexualität wiederum ist als eine Persönlichkeitsstruktur zu betrachten und nicht als ein Symptom einer Person oder einer Krankheit.” (S. 63 unten)

- also doch irgendwie als etwas, woran man sich “psychotherapeutisch” eine goldene Nase verdienen könnte?

Und wie immer, wenn Behaviouristen sich über Sexualität äußern, darf die Behauptung nicht fehlen, die Sexualität des Menschen unterscheide sich von der anderer Arten (“Tieren”), weshalb man tierexperimentelle Befunde nicht auf den Menschen übertragen könne (Pfäfflin 1990, S. 63 Mitte). Worin denn diese grundsätzlichen Unterschiede nun genau bestehen, und welche wissenschaftlichen Forschungen diese erbracht haben, erfährt man, ebenfalls wie immer wenn Behaviouristen diese Behauptung wiederholen, nicht.

Also - bei Angehörigen anderer Arten ist das so: Diese vermehren sich in Folge der durch Lust auf Sex aktivierten, die Befruchtung einer Eizelle ermöglichenden (sexuellen) Handlungen. Und beim Menschen?: - nicht anders. Wenn denn die Fortpflanzung bei Menschen und Angehörigen anderer Arten in den Grundzügen gleich abläuft, warum sollten dann nicht auch die entsprechenden biologischen Voraussetzungen beim Menschen und Angehörigen anderer Arten in den Grundzügen gleich, und damit nicht auch entsprechende tierexperimentelle Befunde auf den Menschen übertragbar sein? Dazu schweigen sich die Behaviouristen genauso beharrlich aus, wie sie an der Behauptung einer anderen Sexualität des Menschen festhalten. Argumentiert wird mit Postulaten, verkauft als “Theorien”. Beweise? Fehlanzeige!

Der Beklagte zu 2 hatte also keinen Spielraum, “Transsexualität” zu diagnostizieren, da “Transsexualität” definitionsgemäß eine körperliche Basis einer sexuellen Identität ausschließt (Anlage K 10). Er hätte zwingend die Diagnose Intersexualität stellen müssen und dies schon von Beginn an als Arbeitsdiagnose.

Gibt es bei der Klägerin über die aufgrund oben dargestellten medizinischen Erkenntnisstandes bei ihr bereits feststehende Intersexualität hinaus auch darauf hinweisende körperliche Befunde, und hätten diese vom Beklagten zu 2 erhoben werden müssen?:

Nach Lindner (1996) (Anlage K 60) wurden bei ca. zwei Dritteln der “Transsexuellen und Homosexuellen” Hinweise auf intersexuelle Differenzierungsstörungen festgestellt:

“Partielle 21 Hydroxylasedefizienzen und/oder Hinweise auf partielle 3beta-HSD-Defizienzen wurden bei 2/3 aller Probanden mit Formen psychischer Intersexualität gefunden. Dass partielle 21-Hydroxylasedefizienzen und hormonanalytische Auffälligkeiten, die auf 3beta-HSD-Defizienzen hinweisen, ätiogenetische Faktoren der Entstehung von Formen psychischer Intersexualität sind, ist somit als wahrscheinlich anzusehen.” (Lindner 1996: 44 unten; Unterstreichung durch Klägerin)

Hormonanalytische Untersuchungen brachten aufgeschlüsselt folgende Ergebnisse: Bei 8 von 20 (40%) Mann-zu-Frau Transsexuellen und bei 10 von 18 (56%) Frau-zu-Mann Transsexuellen, aber nur bei 1 von 25 (4%) der männlichen Kontrollen sowie 1 von 17 (6%) der weiblichen Kontrollen gab es Hinweise auf partielle 21-OHD ((21-Hydroxylasedefizienzen). Bei 14 von 39 (47%) Mann-zu-Frau Transsexuellen und bei 6 von 17 (35%) Frau-zu-Mann Transsexuellen, aber bei keiner einzigen der 23 männlichen und 16 weiblichen Kontrollen wurden hormonelle Auffälligkeiten festgestellt, die auf eine partielle 3beta-HSD (3beta-Hydroxysteroiddehydrogenasedefizienz) hinweisen. Bei 36 (67%) von 54 hinsichtlich beider Enzymdefizienzen untersuchten Probanden



(einschließlich Homosexueller) gab es Hinweise auf mindestens eine der beiden partiellen Enzymdefizienzen. (Lindner 1996 = Anlage K 60, Einleitung)

Zusätzlich zu den hormonanalytischen Untersuchungen wurde im Rahmen dieser Studie die für die 21-Hydroxylase zuständigen Gene CYP21B (Strukturgen) und CYP21A ("Pseudogen") untersucht.

"Von den Probanden mit partiellen 21-OHD (21-Hydroxylasedefizienzen; S.) wurden DNA-Proben von 4 homosexuellen Männern, einer homosexuellen Frau und 5 Mann-zu-Frau-Transsexuellen untersucht. Wir fanden bei 2 der homosexuellen Männer homozygote Deletionen der CYP21A-Allele, bei zwei der Mann-zu-Frau-Transsexuellen heterozygote Deletionen der Exon-3-Bereiche der CYP21B-Allele und bei einem weiteren Mann-zu-Frau-Transsexuellen eine heterozygote A oder C zu G Substitution, 13 Basenpaare vor dem 3. Exon des CYP21B. .... Zusätzlich wurden bei zwei weiteren männlichen Homosexuellen und bei einer weiblichen Homosexuellen homozygot bzw. compound heterozygot mutierte CYP21A-Allele beobachtet. Insgesamt waren somit bei allen genanalytisch untersuchten homosexuellen Probanden mit partieller 21-Hydroxylasedefizienz homozygote Deletionen oder homozygot bzw. compound heterozygot mutierte CYP21A-Allele nachgewiesen worden." (Lindner 1996 = Anlage K 60, Einleitung; Hervorhebung durch Klägerin)

Die hormonanalytische Prüfung der 21-Hydroxylasedefizienz: Es werden 21-Desoxykortisol (21-DOF) und/oder 17alpha-Hydroxyprogesteron (17-OHP) vor und nach ACTH-Stimulation gemessen (Lindner 1996 = Anlage K 60, Seiten 8 + 19). ACTH = Adrenokortikotropes Hormon bzw. Kortikotropin (Lindner 1996 = Anlage K 60, Abkürzungsverzeichnis). Laut Lindner (1996 = Anlage K 60: 8) "hat sich 21-DOF als ein besserer Marker zum Nachweis partieller, besonders heterozygoter Defizienzen der 21-Hydroxylase erwiesen (Fiet et al. 1988, Fiet 1989, Brunelli et al 1994, Forest et al. 1994)."

21-DOF wird durch die 21-Hydroxylase zu Kortisol umgewandelt. Besteht 21-Hydroxylasedefizienz, so wird 21-DOF nicht mit entsprechender Geschwindigkeit zu Kortisol umgewandelt so dass eine erhöhte Konzentration von 21-DOF gemessen werden kann.

Der Abschnitt "Hormonanalytischer Nachweis der 21-Hydroxylase-Defizienz" der Anlage K 60 (dort S. 8) der an dieser Stelle vollinhaltlich in das Verfahren eingeführt wird, beweist, dass diese hormonanalytischen Untersuchungsmöglichkeiten lange vor Behandlung der Klägerin verfügbar waren. Zitat daraus:

"1959 konnten Bongiovanni et al. Signifikant erhöhte Basalwerte für 17-Ketosteroide aber auch für 21-Desoxykortisol (21-DOF) bei Patienten mit adrenogenitalem Syndrom (AGS) nachweisen. Pham-Huu-Trung et al. (1973) erhielten nach Stimulierung mit synthetischem ACTH i.v. bei unbehandelten AGS-Patienten gegenüber dem unstimulierten Zustand erhöhte 17-OHP-Werte. Erhöhte 17-OHP- sowie 21-DOF-Werte nach ACTH-Stimulierung wies Franks 1974 bei AGS-Patienten nach. Die Messung von 17-OHP nach ACTH-Stimulierung hat sich als die am meisten verwendete Methode zur hormonanalytischen Diagnostik des mit 21-Hydroxylase-Defizienz verbundenen AGS herausgebildet." (Lindner 1996: 8)

Erklärungen: i.v. = intravenös; basal = ohne ACTH- oder andere Stimulation

"Die Notwendigkeit der Durchführung eines ACTH-Testes ergibt sich aus der Kenntnis, dass bei den erwarteten partiellen und besonders heterozygoten adrenokortikalen Enzymdefizienzen der nichtangeregte Zustand der Nebennierenrinden keine auffälligen Hormondaten liefert." (Lindner 1996: 19)

Die Quelle - Lindner (1996) = Anlage K60, Abschnitt 3.1.2. auf S. 19 wird vollinhaltlich in das Verfahren eingeführt.

Die hormonanalytische Prüfung der 3beta-Hydroxysteroiddehydrogenasedefizienz (3beta-HSD): Lindner (Anlage K 60, S. 8 unten stellt kurz dar, was die 3beta-Hydroxysteroiddehydrogenase bewirkt:

“Die 3beta-HSD bewirkt die Umwandlung der adrenalen delta-5-Steroide Pregnenolon, 17alpha-Hydroxypregnenolon und Dehydroepiandrosteron (DHEA) in die delta-4-Steroide Progesteron, 17-OHP und Androstendion .... Da die ersten beiden delta-5-Steroide gleichzeitig Vorläufer der Synthese des Kortisols und des DHEA sind, führt ein Mangel dieses Enzyms zu einer Überstimulierung der Nebennierenrinde als Folge der gehemmten Kortisolsynthese und zu einer Überproduktion des DHEA. Hauptprodukt des DHEA-Synthesepfades ist das durch die Steroid-Sulfotransferase (SST) erzeugte DHEA-Sulfat (DHEA-S)” (Lindner 1996 = Anlage K 60, 8).

Lindner (Anlage K 60) stellt auf S. 20 dar, wie die 3beta-HSD geprüft wird:

“Erhöhte Basalwerte für Dehydroepiandrosteronsulfat (DHEAS) gelten als marker für nichtklassische bzw. partielle 3beta-Hydroxysteroiddehydrogenasedefizienzen (Bongiovanni 1962). Zusätzlich wurden Quotienten mit Basalwerten von Kortisol (F) bzw. Androsteron (A) gebildet.

$Q2 = \text{DHEASB} / \text{FB}$   $Q3 = \text{DHEASB} / \text{AB}$

B = Basalwert”

Alle diese hormonanalytischen Untersuchungsmöglichkeiten (es sind chemische), sowohl des 21-DOF und des 17-OHP zur Abklärung einer 21-Hydroxylasedefizienz, als auch des DHEAS, des Androstendions und des Kortisols zur Abklärung einer 3beta-Hydroxysteroiddehydrogenasedefizienz standen bereits Jahrzehnte vor der Behandlung der Klägerin in der klinischen Routine zur Verfügung und hätten demzufolge bei der Klägerin durchgeführt werden müssen.

Die hormonanalytischen Untersuchungen sind laut erstinstanzlichem Gutachter Wolfgang Senf nicht mehr nachzuholen (Gutachten vom 01.06.2005, S. 3 obere Hälfte).

Den Beklagten obliegt somit die Beweislast dafür, dass bei der Klägerin nicht Intersexualität sondern “Transsexualität” vorliegt.

Ein Befundbericht vom April 2006 zu einer molekulargenetischen Untersuchung bei der Klägerin, der hier als Anlage BK 27 vorgelegt wird, ergab folgendes:

“Als Ergebnis der molekulargenetischen Diagnostik der 21-Hydroxylase wurde heterozygot eine Deletion des CYP21PAI-Gens (sogenanntes Pseudogen der 21-Hydroxylase) nachgewiesen.” (S. 1)

Erläuternd wird ausgeführt:

“Das CYP21PAI-Gen besitzt als Pseudogen keine 21-Hydroxylaseaktivität. Durch Untersuchungen der Arbeitsgruppe von W. Miller in San Francisco wurde gezeigt, dass im Bereich des Pseudogens regulatorische Sequenzen für das aktive 21-Hydroxylasegen lokalisiert sind.” (S. 1)

Das Pseudogen beeinflusst danach die 21-Hydroxylase zwar nicht direkt, dafür aber indirekt, indem es die 21-Hydroxylaseaktivität des aktiven 21-Hydroxylasegens beeinflusst. Diese genetische Auffälligkeit ist logischerweise nicht in einem klinischen Zusammenhang mit einer “Transsexualität” zu sehen, da diese definitionsgemäß eine “Persönlichkeits- und Verhaltensstörung” als Ergebnis einer “transsexuellen Entwicklung” darstellt (ICD-10 - Anlage K 10), sehr wohl aber in einem klinischen Zusammenhang mit einer Intersexualität.

Der Kenntnisstand vom Juni 2007 geht aus dem hier als Anlage BK 28 vorgelegten Schreiben von Prof. Rohde, Institut für Experimentelle Endokrinologie der Charité Berlin hervor:

“Die Deletion des CYP21PAI-Gens bedeutet, dass insbesondere bei der schwangeren Mutter eine Schwäche der 21-Hydroxylase in der Nebennierenrinde zu einer verstärkten Bevorzugung anderer Stoffwechselwege und damit anderer Hormonverhältnisse während der Entwicklung des Feten resultieren, die eine “Androgenisierung” des Gehirns bei weiblichen Feten oder bei Androgenmangel eine Feminisierung bei männl. Feten bedingen können. Im Tierversuch bis hin zu den Primaten (Rhesusaffen) lässt sich das alles mit entsprechenden Gehirnveränderungen, den veränderten sexuellen Präferenzen bzw. Genderverhalten zeigen. Beim Menschen haben wir ja keine Möglichkeiten (oder nur wenige) um die Gehirnveränderungen zu beweisen.” (S. 2)

Eine Deletion des CYP21PAI-Gens verändert also Stoffwechselvorgänge. Bei der Klägerin liegt demzufolge eine partielle Störung der 21-Hydroxylase vor. Die Beklagten hätten also nicht “Transsexualität” diagnostizieren dürfen, denn deren tatsächliche Existenz ist zu keinem Zeitpunkt begründet gewesen, sondern das Zusammentreffen von weiblicher sexueller Identität bei einem äußerlich eher unauffälligen Körper bei hormonanalytisch erhobenem Vorliegen partieller Störung der 21-Hydroxylase, also Intersexualität.

Für den Fall, dass das Gericht immer noch zweifelt, dass bei der Klägerin Intersexualität vorliegt und nicht “Transsexualität”, wird ausdrücklich beantragt, zur Klärung dieser Frage nachfolgend genannten Sachverständigen zu beauftragen:

Prof. Dr. Rohde  
Institut für experimentelle Endokrinologie  
Charité Berlin  
Schumannstr. 20-21, 10117 Berlin (aktuell 2000)  
Tel.: 030/ 28 02-0 & 030/ 28 02-20 68; Fax: 030/ 28 02-30 45

Hilfsweise wird beantragt, diesen Sachverständigen als sachverständigen Zeugen zu hören.

Mit einem Einzelbeispiel versucht Prof. Pfäfflin die als “Diagnostik” verschleierte Verzögerung der Hormontherapie zu rechtfertigen. Im Widerspruch zu den wissenschaftlichen Erkenntnissen zur körperlichen Festlegung psychischer Fortpflanzungsvoraussetzungen behauptet er auf S. 6 seines Gutachtens:

“Der frühere Senatspräsident beim OLG Dresden, Dr. Schreber, dessen Krankengeschichte Freud (Gesammelte Werke, Bd. VIII, S. 243-316) erstmals 1911 ausführlich diskutierte, zeigte während seiner psychotischen Erkrankung Verhaltensweisen, die man durchaus auch als transsexuell hätte bezeichnen können (das Wort gab es damals allerdings noch nicht), aber es ist offensichtlich, dass er primär psychotisch war, weshalb man auch nach heutiger Klassifikation anhand der ICD-10 ihm diese Diagnose nicht zuschreiben dürfte.”

Dr. Schreber äußerte Empfindungen, nach denen er gern eine Frau wäre, bereits zu einem Zeitpunkt, als er gesund war (siehe folgend).

Schon nach ICD-10 ist die im voranstehenden Zitat wiedergegebene Aussage Prof. Pfäfflins unzutreffend. Denn danach darf im Falle einer Psychose (definiert als ein “struktureller Wandel des Erlebens” (Psychyrembel) bzw. Bewusstseinsveränderung) die Diagnose “Transsexualität” nur dann nicht gestellt werden, wenn sie ein Symptom dieser Psychose ist (ICD-10 - Anlage K 10), wie Prof. Pfäfflin in seinem Gutachten (S. 5 Mitte) selbst dargestellt hat.

Eine sexuelle Identität ist körperlich festgelegt und korreliert somit nicht mit psychischen Störungen. Im Falle einer Psychose besteht sie also parallel dazu aber nicht als ihr Symptom.

Genauso verhält es sich auch in der von Dr. Schreber selbst verfassten Darstellung seines Falles, wovon die Seiten 1, 23-30, 78 und 108 als Anlage BK 29 vorgelegt werden:

Dr. Jur. Daniel Paul Schreber: Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken. <http://userpage.fu-berlin.de/~quirr...> Internet- Ausdruck 181 Seiten.

Zunächst zur Entwicklung der Psychose bei Dr. Schreber. Er führt aus: "Ich bin zweimal nervenkrank gewesen, beide Male in Folge von geistiger Überanstrengung" (S. 23). Die erste Nervenkrankheit "war Ende 1885 vollständig geheilt", "Die zweite Nervenkrankheit begann im Oktober 1893 und dauert jetzt noch an." (S. 24)

"In beiden Fällen habe ich beim Eintritt in die Anstalt von einem Antagonismus, der zwischen den Familien Schreber und Flechsig bestanden habe und von den übersinnlichen Dingen, von denen ich in den vorhergehenden Kapiteln gehandelt habe, nicht die leiseste Ahnung gehabt." (S. 24)

Dr. Schreber war zunächst nicht psychotisch. Er stand lediglich unter extremen Stress infolge beruflicher Überlastung und konnte nicht schlafen und letztlich seiner Arbeit nicht mehr nachgehen (Kapitel 4, S. 23 ff.). Er sprach von einem Zustand der Übererregtheit und "ging an Bromnatrium zu nehmen" (Kapitel 4, S. 26). Nach dieser Schrift begann Dr. Schreber etwa im Zeitraum Ende Oktober / Anfang November 1893 bei nahezu völlig schlaflosen Nächten Geräusche zu wahrzunehmen, die er schließlich auch tagsüber hörte (S. 26). "am 8. oder 9. November" 1893 nahm er einen Urlaub, welchen er nutzte, um Prof. Paul Theodor Flechsig, Leiter der Irrenklinik der Universität Leipzig zu befragen (S. 26 unten). Er wurde in die Anstalt in Behandlung genommen.

Nun hätte ein qualifizierter Arzt erkennen müssen, dass Stressabbau durch körperliche Aktivität, also Sport (wie Laufen, Radfahren, schnelles Wandern) die Maßnahme der Wahl war. Geschieht dies nicht, wird der Körper weiterhin unter dem Einfluss der unter Stress vom Körper produzierten Substanzen ("Stresshormone") und der damit verbundenen Anspannung (Bluthochdruck) und Übererregtheit stehen. Es ist dann oft nur noch eine Frage der Zeit, bis es zu ernsthaften Erkrankungen, wie Schlaganfall, Herzinfarkt oder eben zu Reaktionen des Nervensystems wie Stimmenhören kommt. Anstatt nun diesen Stressabbau einzuleiten, zog Prof. Paul Theodor Flechsig Bettruhe vor. Mit diesem schweren Behandlungsfehler begann die eigentliche Krankengeschichte des Dr. Schreber. Er konnte während dieser Bettruhe weiter nicht schlafen. Es wurden verschiedene psychotrope Substanzen, bevorzugt als Schlafmittel, verabreicht. Schlafen konnte der Patient trotzdem nicht. Die Übererregtheit blieb bestehen.

Dr. Schreber erlebte die Welt zu diesem Zeitpunkt strukturell noch real und die Stimmen erlebte er parallel dazu, war also noch nicht psychotisch. Die Stimmen empfand er als von außen in ihn eindringend. Er wurde offensichtlich nicht darüber aufgeklärt, dass sie von seinem Nervensystem selbst erzeugt wurden. Er geriet nun in eine Beschäftigung mit diesen Stimmen und versuchte, eine Erklärung zu finden. Ganz der Situation der damaligen Zeit angemessen, legte er sie als göttliche Eingebung, als übersinnlichen Verkehr oder als Gedankenübertragung aus und verhielt sich wie ein religiöser Mensch in Bezug zu religiösen Dingen. Durch den ständigen psychischen Stress, dem er nun durch diese Stimmen und den Unterbringungsbedingungen der Anstalt ausgesetzt war - er erhielt ständig Chemikalien verabreicht, insbesondere "Chloralhydrat" (S. 29) - verschlechterte sich sein Zustand weiter. Im Zeitraum ca. Mitte Februar 1894 schreibt er:

"Von nun an traten die ersten Anzeichen eines Verkehrs mit übersinnlichen Kräften, namentlich eines Nervenanhangs hervor..." (Kapitel 4, S. 30)

Schließlich nahm er seine Welt nicht mehr real wahr, sondern strukturell verändert, wurde also im Sinne obiger Definition psychotisch. In diesem Zustand wurde er etwa Mitte Juni 1894

schließlich in eine psychiatrische Einrichtung in der Nähe von Coswig bei Dresden, die Pierson'sche Anstalt, verlegt (Kapitel 8, S. 60 ff.).

“ich hatte nur das eine Gefühl, dass es mir schlechter an keinem Ort der Welt ergehen könne, als es mir in der Flechsig'schen Anstalt ergangen war.” (S. 61)

Die Erlebnisse, die er von seinem Aufenthalt in der Pierson'schen Anstalt schildert, erinnern an schwere Halluzinationen. Er nahm zwei Sonnen gleichzeitig, Menschen mit vergrößertem Kopf und jede Menge Dinge wahr, die nicht vorhanden waren. Etwa am 29. Juni 1894 wurde er nach Pirna-Sonnenstein verlegt. Die einzige körperliche Aktivität während der gesamten Behandlungszeit, von der bis hierhin berichtet wurde, sind äußerst seltene Spaziergänge.

Einen Hinweis auf eine mögliche Intersexualität bei Dr. Schreber gibt folgendes Zitat:

“Nach der Genesung von meiner ersten Krankheit habe ich acht im Ganzen recht glückliche, auch an äußeren Ehren reiche und nur durch die mehrmalige Vereitelung der Hoffnung auf Kindererben getrübe Jahre mit meiner Frau verlebt.” (Kapitel 4, S. 25, Hervorhebung durch Klägerin)

Zu diesem Zeitpunkt, als Dr. Schreber entgegen der Darstellung des Gutachters Prof. Pfäfflin ausdrücklich nicht psychotisch war, führt er weiter aus:

“In diese Zeit fallen einige Träume.... Ferner hatte ich einmal gegen Morgen noch im Bette liegend (ob noch halb schlafend oder schon wachend weiß ich nicht mehr) eine Empfindung, die mich beim späteren Nachdenken in vollständig wachem Zustande höchst sonderbar berührte. Es war die Vorstellung, dass es doch eigentlich recht schön sein müsse, ein Weib zu sein, das dem Beischlaf unterliege.” (S. 25)

In den “Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken” finden sich wiederholt Ausführungen dahingehend. Gleichzeitig versucht er rückblickend eine Erklärung dafür in den Stimmen zu finden, die erst viel später, als er in seine zweite psychische Erkrankung geriet, auf ihn einredeten.

“Diese Vorstellung war meiner ganzen Sinnesart so fremd; ich würde sie, wie ich wohl sagen darf, bei vollem Bewusstsein mit solcher Entrüstung zurückgewiesen haben, dass ich nach dem inzwischen von mir Erlebten allerdings die Möglichkeit nicht ganz von der Hand weisen kann, es seien irgendwelche äußere Einflüsse, die mir diese Vorstellung eingegeben haben, mit im Spiele gewesen.” (S. 25)

Ausreden zu finden ist nicht neu. Viele ältere “Transsexuelle” sehen sich durch die mit faktisch realer Allmacht ausgestatteten “Fachleute” wie Prof. Pfäfflin oder Dr. S. psychisch unter Druck gesetzt, sich zu rechtfertigen, warum sie erst so spät den Schritt, als Mann oder als Frau oder etwas dazwischen leben zu wollen, gehen. Sie legen sich Geschichten zurecht, welche dann von solcherart Fachleuten zum “Beweis” des Vorliegens einer “psychischen Störung” mit den daraus abgeleiteten faktischen Entmündigungen herangezogen werden. Die Klägerin zitierte und widerlegte einen von Prof. Pfäfflin vorgebrachten angeblichen Beweis dafür, dass es sich bei “Transsexualität” um eine “psychoneurotische Symptombildung” handele in der Anlage BK 1 zum Schriftsatz vom 17.12.2007.

Dr. Schreber führt aus, wie er diese Wünsche nicht mit seiner männlichen Ehre vereinbaren kann und versucht, sich gegen diese Gedanken zu wehren:

“Die bereits massenhaft in meinen Körper eingedrungenen weiblichen oder Wollustnerven konnten daher während eines mehr als einjährigen Zeitraums irgend einen Einfluß auf mein Verhalten und meine Sinnesart nicht gewinnen. Ich unterdrücke jede Regung derselben durch

Aufbietung meines männlichen Ehrgefühls und zugleich durch die Heiligkeit der religiösen Vorstellungen, die mich fast ausschließlich beherrschten" (Kapitel 9, S. 78).

Aus seinen Darlegungen geht hervor, dass es eine gleichrangige weibliche Ehre in den damaligen Gesellschaftsverhältnissen nicht gab. Wäre es für Dr. Schreber genauso ehrenvoll gewesen, eine Frau zu sein, so wäre ihm das einzige Argument genommen, sich dagegen zu wehren. Und genau dies trat später ein:

"Ich habe seitdem die Pflege der Weiblichkeit mit vollem Bewusstsein auf meine Fahne geschrieben und werde dies, soweit es die Rücksicht auf meine Umgebung gestattet, auch fernerhin thun, mögen andere Menschen, denen die übersinnlichen Gründe verborgen sind, von mir denken, was sie wollen. Ich möchte auch denjenigen Mann sehen, der vor die Wahl gestellt, entweder ein blödsinniger Mensch mit männlichem Habitus oder ein geistreiches Weib zu werden, nicht das Letztere vorziehen würde." (Kapitel 13, S. 108)

Unter Beachtung der heute vorhandenen wissenschaftlichen Erkenntnisse zur körperlichen Festlegung einer sexuellen Identität führen die Darstellungen des Dr. Schreber in den "Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken" sehr wohl zu dem Ergebnis:

Dr. Schreber hatte wahrscheinlich eine weibliche sexuelle Identität.

Die damaligen gesellschaftlichen Verhältnisse, die es ihm unmöglich machten, sich dies einzugestehen, sind wohl als einer der Stressoren zu sehen, aufgrund derer er nach Behandlungsfehler letztlich in eine Psychose geriet, und nicht umgekehrt die Psychose Ursache für den Wunsch eine Frau zu sein ist, wie dies Prof. Pfäfflin darzustellen versucht.

Es ist eine altbekannte Methode, Einzelfälle zu zitieren, um damit ein Vorgehen gegen eine ganze Personengruppe zur Durchsetzung eigener Interessen zu rechtfertigen.

Prof. Pfäfflin versuchte es mit dem Fall Dr. Schreber, der dazu bei näherer Prüfung wohl kaum geeignet ist. Nicht umsonst sind in einem Rechtsstaat solcherart strukturierte Praktiken unzulässig. Offensichtlich meint Prof. Pfäfflin, rechtsstaatliche Grundsätze mit "medizinischen" "Begründungen" in den Bereich der Makulatur verweisen zu können.

Es ist wohl auch in der Psychiatrie eine sehr exklusive Position, dass eine langandauernde, in der Verweigerung der Hormontherapie bestehende Verlaufsdagnostik zum Aufspüren von Psychosen, Schizophrenien und anderen Dingen notwendig sei. Üblicherweise werden Psychosen und Schizophrenien im Erstgespräch durch gezielte Fragen abgeklärt. Beispiel ist die Konsultation eines Psychiaters im Rahmen des Rentenverfahrens bei der Klägerin. Und auch mit Dr. A. hatte die Klägerin nur über einen kurzen Zeitraum Kontakt.

Diese Fragen spielen offenbar alle keine Rolle, sobald ein Wunsch nach Hormonbehandlung und sogar nach Genital-Operation von Ärzten an Genital-Intersexuellen vollzogen werden soll. Dann ist es auch nicht schlimm, dass bis Ende der 70er Jahre unter Beseitigung der Glans und damit der Orgasmusfähigkeit operiert wurde.

Diese Behauptung des Gutachters Prof. Pfäfflin, man bräuchte eine Verlaufsdagnostik, ist ohne medizinische Grundlage. Da die sexuelle Identität beim Menschen pränatal (also vor der Geburt) bereits festgelegt ist, haben die "Transsexuellen" zu dem Zeitpunkt, wo sie zum Zwecke der Behandlung an einen Arzt herantreten, sich schon lange genug geprüft, insbesondere durch "Alltagstest" im falschen Geschlecht und eben als Konsequenz daraus, dass es nicht geht den Schritt zur Behandlung eingeschlagen.

Und wenn denn Kinder, wie an oben als Anlage BK 4 zitiertem Beitrag zu einer Studie des Johns Hopkins Hospital gezeigt, trotz aller Desinformation und erzieherischer Manipulationen selbst in

der Lage sind, zu wissen, welche sexuelle Identität sie wirklich haben, warum sollte dies bei erwachsenen vermeintlichen "Transsexuellen" anders sein?

Mit solchen Geschichten, wie sie hier Prof. Pfäfflin als Beispiel vorgebracht hat, kann man strukturell gegen alles und jeden vorgehen. Da kann man Männer vorsorglich stationär psychotherapeutisch behandeln - möglichst lange - weil einige Exemplare mal Banken überfallen oder Frauen vergewaltigt haben; oder Frauen die Kinder bekommen wollen, weil einige ihre umgebracht haben ....; oder auf Lebenszeit angelegte Ehen geschieden wurden ... oder, oder, oder... Eine unerschöpfliche Quelle diagnostisch-therapeutischen Wahns. Argumentationslinien, die mitten hinein in den psychiatrischen Gefängnisstaat führen.

Die sogenannten "Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen" (Anlage K 27) sind Produkt eines solchen Wahns und stellen faktisch ein therapeutisches Gefängnis dar, dessen Kontrolle sich der Patient möglichst nicht entziehen können soll. In diesem Sinne werden sie an dieser Stelle vollinhaltlich in das Verfahren eingeführt.

Und wie wird denn nun "Transsexualität" wirklich diagnostiziert?

"Bei einer transsexuellen Entwicklung stellt sich im Verlauf der Diagnostik beim erfahrenen Untersucher eine emotionale Gewissheit ein, einen Menschen des angestrebten Geschlechts vor sich zu haben." (Fett original, Unterstreichung durch Klägerin)

Quelle: Senf, Wolfgang; Happich, F; Senf, G. (2005): Transsexualität. In: Senf, Wolfgang; Broda, Michael: Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch. Stuttgart: Thieme, 2005, 610-622, dort S. 612; Anlage zum erstinstanzlichen Gutachten Prof. Senf vom 01.06.2005)

Bei der Diagnostik der "Transsexualität" handelt es sich also um eine rein subjektive, also willkürliche Entscheidung des Diagnostizierers.

Genauso und nicht anders verhält es sich mit der Indikation zur Genital-Operation. Es wundert nicht, dass sich Ausführungen darüber, wie man zu einer Indikation zur Genital-Operation kommt, im Gutachten von Prof. Pfäfflin nicht finden. Im Gegenteil, auf Seite 62 unter Abschnitt 2.2 ist er der Auffassung, auf die betreffende Frage 2 des Gerichts, ob es für die Op-Indikation darauf ankommt ob die Klägerin transsexuell oder intersexuell ist, zu antworten sei im Grunde genommen nicht notwendig und beantwortet sie dann auch nicht.

Die Frage 6 des Gerichts wird ebenfalls nicht beantwortet.

Statt dessen versucht Prof. Pfäfflin darzustellen, die Klägerin hätte "nachhaltig auf eine Operation gedrängt" (S. 71 des Gutachtens, zweiter Absatz), kann dies aber nicht substantiieren.

Die sowohl den Behandlungsablauf, die Darstellungen der Fachliteratur und die Darstellungen des Gutachters Prof. Pfäfflin kennzeichnende Bindung einer Hormontherapie an den Vollzug eines Geschlechtswechsel einschließlich der Durchführbarkeit einer Genitaloperation spricht eine andere Sprache. Dies wurde oben ausführlich analysiert.

Genau diese Bindung einer Hormonbehandlung an den Geschlechtswechsel ist die Motivation des Beklagten zu 2 gewesen, die Klägerin zur Stellung eines "Antrags auf Durchführung einer Geschlechtsumwandlung" zu veranlassen, um dann im nachhinein in Verdrehung von Ursache und Wirkung, das vom Beklagten zu 2 veranlasste Patientenverhalten gegen den Patienten zu wenden und in dieses Schriftstück sogar noch einen Operationswunsch hineinzuzinterpretieren, der da gar nicht drin steht.

In gleichem Atemzug spricht sich Prof. Pfäfflin noch einmal ausdrücklich gegen eine alleinige Entfernung der Hoden ohne Inkaufnahme einer Gesamtgenitaloperation aus (S. 71, mit Verweis auf den Abschnitt 1.8.4.3 seines Gutachtens). Das spricht doch alles für sich selbst.

Und dann werden wieder in handschriftliche Einträge des Beklagten zu 2 Aussagen hineininterpretiert, die dort nicht drin stehen. Die Indikation zur Genital-Operation wurde vom Beklagten zu 2 bereits im Gutachten vom August 1991 gestellt, und nicht erst mit diesem handschriftlichen Zettel vom Sommer 1992.

Auf S. 72 schreibt Prof. Pfäfflin, einerseits seien Patienten suizidal, andererseits würden sie mit Suizid drohen, um die Genital-Operation zu erpressen.

Die Fakten werden doch ganz gewaltig auf den Kopf gestellt. Es sind die Ärzte, die ausweislich der "Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen" (Anlage K 27) einen "klinisch relevanten Leidensdruck" (dort S. 148 unter Punkt 2.1) zur Voraussetzung für die Behandlung machen und auf diese Weise Patienten bewusst solange unter einem der sexuellen Identität entgegengesetzten Hormonhaushalt halten, bis Entstellungen und damit Traumatisierungen herbeigeführt wurden, die zur Folge haben, dass die Patienten nie wieder ein normales Leben führen können und notwendigerweise suizidal sind.

Es ist schon zynisch, wenn ausgerechnet ein Prof. Pfäfflin, dessen Lebenswerk es ist, Zwitter als angeblich "Transsexuelle" in den Suizid zu treiben, versucht, der Welt etwas über Suizidprophylaxe bei "Transsexualität" zu erzählen (S. 72 untere Hälfte).

Man führt zunächst gezielt die Suizidalität der Patienten herbei, um diese Suizidalität dann dem eigentlichen Problem gegenüber in den Vordergrund zu stellen. Das Symptom wird nun zur Ursache, zum eigentlichen Problem erklärt, und zur Grundlage einer weitergehenden systematischen Zerstörung des Patienten gemacht. Das ist genau das, was Prof. Pfäfflin unter Suizidprophylaxe versteht. Und dann wird immer die Genital-Operation vorgeschoben, obwohl es in aller Regel nicht die Patienten, sondern die Ärzte sind, die diese erzwingen wollen.

Es ist offensichtlich, dass die Genital-Operation von den Ärzten auch deshalb gewollt ist, um sie als allgemeine Keule zur Rechtfertigung gewaltsamen Vorgehens gegen die Patienten einzusetzen.

Ausgerechnet die Klägerin, die von den Beklagten zur Namensänderung als Vorbedingung zur Hormontherapie genötigt wurde, wird jetzt von Prof. Pfäfflin zur Erpresserin erklärt (Gutachten Prof. Pfäfflin S. 72 untere Hälfte).

Nicht die Patienten erpressen eine Genital-Operation, sondern die Patienten werden genötigt, einen Wunsch nach chirurgischen Maßnahmen zu äußern als Voraussetzung der "Diagnose" "Transsexualität" und damit der Hormontherapie (vgl. Anlage K 27 unter Einleitung).

Und wer hat denn den Herrn Prof. Pfäfflin und seine Mitstreiter, wie zum Beispiel John Money, dazu erpresst, die willkürlichen Genital-Operationen an Genital-Intersexuellen im frühen Kindesalter und entsprechende hormonelle Interventionen zu Beginn der Pubertät durchzusetzen bzw. vor Kritik in Schutz zu nehmen?

Wer hat denn den Herrn Prof. Pfäfflin, der nach eigenen Aussagen an Beratungen zum Transsexuellengesetz teilgenommen hat, und seine Mitstreiter erpresst, eine Genitaloperation als Voraussetzung für die Änderung des juristischen Geschlechts als angeblich zumutbar in § 8 des Transsexuellengesetzes aufzunehmen? Wo bleibt denn da plötzlich die bezüglich Psychotherapie und Diagnostik zur Schau gestellte Sorge um das Wohl der Betroffenen?

Es ist doch bemerkenswert, dass diese Art Fachleute immer genau das Gegenteil von dem erreichen, was sie nach eigenen Aussagen anstreben: Statt Patientenwohl verstümmelnd ausgeführte Genital-Operationen, überdosierte Hormonbehandlungen (Medikamentenverträglichkeitstests), extreme äußerliche Entstellungen, Arbeitsplatzverlust, auseinander brechen sozialer Beziehungen, soziale Verelendung, Suchtmittelabhängigkeit und Suizid.



Genau das sind die Erfolge der von Prof. Pfäfflin und seinen Mitstreitern propagierten Behandlungen. Und diese Behandlungsfolgen werden nun wieder genutzt, um die dafür ursächlichen Behandlungspraktiken zu intensivieren: also noch mehr Verleumdung, noch mehr Entmündigung, noch mehr Körperverletzung, noch mehr Beibringung äußerlicher Entstellung, dass sich möglichst gar keine "Transsexuelle" weiblicher sexueller Identität mehr auf die Straße traue, mit der Folge von noch mehr sozialer Verelendung und Suizid. Genau das was sie in der Praxis erreichen, ist es, was Leute wie Prof. Pfäfflin wollen.

Zur Frage 1 des Gerichts, auf die der Gutachter Prof. Pfäfflin erst auf Seite 74 eingeht:

Er behauptet, "Die Operation war indiziert. Es war nicht fehlerhaft diesem Wunsch zu entsprechen.". Zur Begründung nennt er eine unzutreffende Behauptung:

"Für eine einfache Kastrationsoperation fehlten die rechtlichen Voraussetzungen." (S. 75 Mitte)

Damit, meint Prof. Pfäfflin, sei die Kontraindikation zur Genital-Operation schon mal aus dem Weg geräumt. Dabei übersah er offensichtlich, dass die Klägerin die Genital-Operation gar nicht anstrebte, zum Zeitpunkt der Indikationsstellung im Gutachten des Beklagten zu 2 vom August 1991 noch nicht einmal die Entfernung der Hoden,

Prof. Pfäfflin gibt an, dass im Jahr 1990 Beratungen in den Unterlagen des Beklagten zu 2 verzeichnet sind. Er erwähnt Konsultationen bei Dr. G. ab April 1991 (Inhalt Forderung nach Namensänderung und Nichtdurchführung der Hormontherapie) und bei der Hausärztin (die mit der Indikationsstellung nun wirklich nichts zu tun hat). Und dann führt er eine ganze Reihe weitere Datumsangaben aus den Behandlungsunterlagen an, die alle nach der Indikationsstellung lagen. Auf diese erst nach der Indikation zur Genitaloperation liegenden Sachverhalte versucht er dann seine Antwort auf die Frage des Gerichts zu stützen.

Insgesamt wirken die Ausführungen des Gutachters Prof. Pfäfflin zur Beantwortung der Frage nach der Indikation zur Genitaloperation hilflos. Eine vernünftige Begründung einer Indikation wird nicht gegeben.

Zur Frage des Gerichts, ob bei der psychologischen Betreuung der Klägerin damals gültige Standards missachtet worden und im Falle unzureichender Gesprächstherapie die Indikation zur Genitaloperation nicht hätte gestellt werden dürfen, kommt er zu dem Ergebnis:

"Gültige Standards sind nicht missachtet worden. Die Indikation konnte auch bei unzureichender Gesprächstherapie gestellt werden." (S. 76 unten)

Während Prof. Pfäfflin sich bei der Verweigerung der Hormontherapie noch auf die sogenannten "Standards" beruft (siehe unten), finden diese "Standards" hier bei diesem sonst als so schwerwiegend in den Vordergrund gerückten genitaloperativen Eingriff plötzlich nicht mehr statt.

Dabei beruft er sich letztlich darauf, dass es im Grunde keine "Standards" gab. Vorgaben zur Behandlung und/oder zur Indikation waren nicht medizinisch begründet, sondern reine Formalien, die mal so oder mal so ausgestaltet wurden. Anders ausgedrückt: Die Vorgehensweisen waren rein experimentell, es handelt sich (übrigens heute noch), um eine Neulandmethode. Siehe dazu die ausführlichen Darstellungen der Klägerin weiter oben.

Zusammenfassend ist zum gesamten psychiatrisch-psychotherapeutisch-diagnostischen Behandlungskomplex festzustellen, dass es zu keinem Zeitpunkt (und damit auch zum Zeitpunkt der Behandlung der Klägerin nicht) medizinischen Grundlagen gab, auf die man hätte das Behandlungsvorgehen der Beklagten zu 2 und 5 hätte stützen können.

Dieser psychiatrische Behandlungsteil wird tatsächlich nur von einer begrenzten Interessengruppe vertreten und steht in seiner Gesamtheit in fundamentaler Kritik in der Medizin (z.B. Lindemann (1997) (Anlage K 52); S. (1997) (Anlagen K 4, K 48, K 53, K 54); Spengler (1978) (Anlage K 6); Lindner (1996) (Anlage K 60)); Dumke-Maréchal (Anlage BK 13); Sigusch (1991) (Anlagen BK 7, BK 8); und bei Betroffenen (Kaltenmark, Kasimir und Rauner (1998) (Anlagen BK 9 & BK 14; Zitat im Schriftsatz vom 19.10.2005, S. 18-19)).

Weitere kritische Literatur:

Hirschauer, Stefan (1997): Über szientistische Tarnungen medizinischer Zuständigkeitsprobleme. Zeitschrift für Sexualforschung, Jg. 10, 1997, Heft 4: 332-338.  
Daraus die Seiten 333, 336, 337 hier vorgelegt als Anlage BK 30

Jäger, Ulle: Männer, Frauen und der Rest: Zur Aufrechterhaltung und Infragestellung der zweigeschlechtlichen Ordnung im Umgang mit Transsexualität und Transgender. Heinrich-Böll-Stiftung Hessen e.V. (<http://www.hgdoe.de/pol/jaeger.htm>)  
Daraus die Seite 4 hier vorgelegt als Anlage BK 31

Es bleibt bei den mit Schreiben vom 15.04.2008 in Anlage BK 1 gemachten Aussagen:

1. Der gesamte psychiatrische Behandlungsteil

- angefangen mit der Umdefinition einer sexuellen Identität zur psychiatrischen Erkrankung
- über die Behauptung der Existenz einer "Transsexualität" und
- deren Diagnostik,
- den Alltagstest,
- die Zwangspsychotherapie als Vorbedingung zur Hormontherapie,
- die Verzögerung der Hormontherapie

ist ohne jede Grundlage.

2. Einer Indikationsstellung / Kontraindikationsstellung zur Genitaloperation liegt keinerlei Diagnostik zugrunde, die irgendeine Aussagekraft hat.

Der gesamte psychiatrische Behandlungsteil ist ein wissenschaftlicher Stand der Medizin gerade nicht und hätte demzufolge der Klägerin unter keinen Umständen hätte aufgezwungen werden dürfen.

Man muss diesen aufgebauschten psychiatrischen Behandlungs-Komplex, dieses gewaltsame pseudo-"diagnostische" Eindringen in die innersten Angelegenheiten von Menschen, diesen totalitären Überwachungs- und Kontrollanspruch, der zudem ohne jeden bewiesenen oder beweisbaren medizinischen Nutzen ist, in Relation sehen zu den oft nach über 20 Jahre veralteten Operationstechniken verstümmelnd ausgeführten Genital-Operationen ohne sensible Klitoris. Dies gleicht einer Total-Mobilmachung, nur weil die betreffenden Personen das Normalste auf der Welt wollen: so wie es jedem anderen Menschen möglich ist, selbstbestimmt entsprechend ihrer sexuellen Identität leben. Man stelle sich dieses Behandlerverfahren praktiziert vor gegen den Rest der nichtzwittrigen Bevölkerung. Welch ein Irrsinn kann (oder konnte?) an einer Personengruppe praktiziert werden, nur weil diese zahlenmäßig klein ist.

Zur Hormontherapie selbst:

"Glatzebildung in der bei Männern typischen Form ist in den meisten Fällen von zwei hauptsächlichen Faktoren bestimmt, nämlich einerseits Erbanlage, andererseits dem Spiegel der männlichen Hormone" (Gutachten Prof. Pfäfflin S. 54)

Mit "Glatzenbildung in der bei Männern typischen Form" ist der androgenetische Haarausfall gemeint, der - was zwischen den Parteien unstrittig ist - bei der Klägerin vorlag. Prof. Pfäfflin

erwähnt in diesem Zusammenhang einen entsprechenden Eintrag im Pschyrembel Klinisches Wörterbuch von 1986, also lange vor der Behandlung der Klägerin.

Dabei verschweigt der Gutachter, dass die für den Haarausfall verantwortlichen Erbanlagen über beide Geschlechter gleich verteilt sind und somit der höhere Spiegel der männlichen Hormone der diesbezüglich einzige Unterschied zwischen Männern und Frauen ist. Will Prof. Pfäfflin mit nachfolgendem Zitat sagen, dass mit dem Beginn der Hormontherapie ein Fortschreiten des Haarausfalls bei der Klägerin hätte verhindert werden können?

“Bei einem Brüderpaar, die sich beide geschlechtsangleichenden Eingriffen unterzogen, hatte einer der Brüder ab dem Alter von 18 Jahren heimlich regelmäßig “die Pille” genommen und noch relativ volles Haar, als er im Alter von ca. 40 Jahren die geschlechtsangleichende Operation vornehmen ließ, während der ältere Bruder schon im Alter von 23 Jahren eine Vollglatze hatte” (S. 55)

Als Anlage BK 32 wird an dieser Stelle ein unter der Internetadresse <http://www.aerztewoche.at/viewArtic...> veröffentlichtes Interview mit Prof. Dr. Herbert Hönigsmann, Leiter der Universitätsklinik für Dermatologie und der klinischen Abteilung für spezielle Dermatologie und Umweltdermatosen an der MedUni Wien vorgelegt. Zitat daraus:

“Was weiß man über die Entstehung des Androgenetischen Haarausfalls?  
Hönigsmann: Man weiß, dass diese Art von Haarausfall mit der Anzahl der 5-alpha-Reduktase-Rezeptoren an der Haarwurzel zusammenhängt. Das Enzym 5-alpha-Reduktase wandelt das männliche Hormon Testosteron in Dihydrotestosteron (DHT) um, die biologisch aktivste Form von Testosteron .... Wer viele dieser 5-alpha-Reduktase-Rezeptoren hat - ... -, bekommt eine Glatze. Anders als früher angenommen, gilt das auch für Frauen.” (Fett original)

Ein etwas ausführlicherer Artikel wird als Anlage BK 33 vorgelegt:

Dr. Christian Kunte, Prof. Dr. Hans Wolff, Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie, Ludwig-Maximilians-Universität München (2007): Androgenetische Alopezie bei Mann und Frau. Ärztliche Praxis Dermatologie / Allergologie/ Jahr 2007 / Ausgabe: 4 / Seite: 8. Quelle: [http://www.aerztlichepraxis.de/rw\\_4...](http://www.aerztlichepraxis.de/rw_4...)

Zitate daraus:

“Das für die Alopezie entscheidende Androgen ist Dihydrotestosteron (DHT). Es wird mittels zweier Isoenzyme, den 5-alpha-Reduktasen Typ I und II, aus Testosteron metabolisiert.” (S. 1)

“Wie bei den Männern ist auch bei Frauen die Ausbildung der androgenetischen Alopezie von Genetik und Androgenen abhängig.” (S. 2)

“Bei Frauen, die eine orale Kontrazeption wünschen, kann diese auch zur Therapie der androgenetischen Alopezie verwendet werden ...

Der Wirkmechanismus beruht auf zwei Vorgängen:

1. Östrogen erhöht die Serumkonzentration des Sexualhormon-bindenden Globulins (SHBG). Dadurch wird mehr Testosteron gebunden, es steht weniger freies Testosteron zur Verfügung, um in die Zelle zu gelangen.

2. In der Zelle blockiert das Antiandrogen den Androgen-Rezeptor. Dadurch kann Testosteron oder auch das DHT nicht mehr seine Signale an den Zellkern zur Transkription weitergeben.” (S. 3)

Dabei ist zu 2. zu beachten:

"Aufgrund des zuvor genannten Massenwirkungsgesetzes liegen in der androgenen Zielzelle anstelle von Androgen-Rezeptor-Komplexen um so mehr Antiandrogen-Rezeptor-Komplexe vor, je höher die Konzentration des Antiandrogens gegenüber dem Androgen ist. Dies erklärt, warum Antiandrogene erst dann biologische Effekte zeigen, wenn sie gegenüber dem natürlich vorkommenden DHT in einer etwa zehnfach höheren Konzentration auf zellulärer Ebene vorliegen." (Krieg 1992, 10)

Quelle: Krieg, Michael (1992): Molekulare Wirkung der Androgene und Antiandrogene. In: Breckwolddt, Meinert: Diagnostik und Therapie von Androgenisierungserscheinungen bei der Frau. Berlin: Diesbach, 1992. 1-11, 10; hier vorgelegt als Anlage BK 34.

Die Klägerin trug bereits anhand der Fachliteratur vor, dass es unter hoher Konzentration des CPA nicht zu einer Verbesserung des Haarwuchses kommt, sondern infolge der durch CPA bedingten veränderten Hormonkonzentrationen (Absenkung SHBG und damit Anstieg des biologisch wirksamen freien Testosterons und anderer männlicher Hormone) sogar zu einer Verschlechterung, wie sie zum Beispiel von Moltz (1992) festgestellt wurde (siehe Klageschrift). Das wird hier nun bestätigt mit zwei weiteren Zitaten aus Kunte u. Wolff (2007):

"Auch muss kritisch konstatiert werden, dass zwar das Wirkprinzip der Antiandrogene einleuchtet, allerdings der Wirknachweis mit modernen Methoden der Trichologie (Haarzählungen, standardisierter Fotografie) bisher noch nicht erbracht wurde." (S.3)

"In einer Studie an 66 Frauen mit androgenetischer Alopezie wurden die Wirksamkeiten von Minoxidil 2% Lösung und Cyproteronacetat 52 mg/Tag verglichen. Bei den mit Minoxidil behandelten Frauen erhöhte sich die Haarzahl im untersuchten Areal signifikant, wogegen sie bei den mit Cyproteronacetat therapierten Teilnehmerinnen nach zwölf Monaten geringer war als zu Beginn der Studie." (S. 3)

Im Schriftsatz vom 04.12.2006 (Seite 7 unten) wurde auf folgendes Zitat im einschlägigen Pschyrembel Klinisches Wörterbuch bezug genommen:

"Alopecia androgenetica (gr. ...) F: Haarverlust im Bereich der Kopfhaut inf. einer polygen erbl. erhöhten Androgenempfindlichkeit der Haarfollikel bzw. einer Erhöhung des freien Testosterons im Blut;" (Pschyrembel 2004, 49; Pschyrembel 1994, 43)

und weiter

" Ther.: bei Männern u. U. Haartransplantation od. Reduktionsplastik der unbehaarten Kopfhaut; bei Frauen Antiandrogene, östrogenhaltige Haarwässer. (Pschyrembel 2004, 49; Pschyrembel 1994: 43; Hervorhebung durch Klägerin)

Quelle: Pschyrembl (1994): Pschyrembel Klinisches Wörterbuch, 257. Auflage. Berlin: de Gruyter, 1994, S. 43; hier vorgelegt als Anlage BK 35.

Androgenetischer Haarausfall tritt also bei gegebenen Erbanlagen nur bei einer zu hohen Konzentration des freien Testosterons im Blut auf, und kann entsprechend mit einer Hormonbehandlung beeinflusst werden. (Damit ist auch erwiesen, dass die übrigens medizinisch nicht anerkannte Therapie mit Priorin-Kapseln und Panthenolspray an der Hautklinik der Universität Leipzig den bei der Klägerin durch Androgene verursachten Haarausfall nicht grundsätzlich beeinflussen konnte.)

Die Referenzbereiche für Freies Testosteron betragen:

Männer: 80-280 pg/ml entsprechend 277-971 pmol/l

Frauen: 3-13 pg/ml entsprechend 10,5-45 pmol/l

Quelle: Neumeister, Birgit; Besenthal, Ingo; Liebich, Hartmut (2000): Klinikleitfaden Labordiagnostik. (2. Aufl.) München, Jena: Urban & Fischer. S. 394; hier vorgelegt als Anlage BK 36.

Der Spiegel des freien Testosterons beträgt bei Frauen also weniger als ein Zwanzigstel desjenigen eines Mannes. Die Hormontherapie bei der Klägerin führte (ab etwa Frühjahr 1992) zur Absenkung des freien Testosterons auf weibliche Werte, damit zur entsprechenden Verringerung des DHT, zum Stopp der Glatzebildung und schließlich sogar zu einer Erholung der noch vorhandenen Haarwurzeln, die vom Beklagten zu 2 als deutlich verbesserter Haarwuchs wahrgenommen wurde (Klageschrift S.14, Anlage K 20).

Zum Beleg dessen wird als Anlage BK 37 ein Ausdruck mit zwei Fotos der Klägerin vorgelegt. Oben ein Foto aus dem Jahr 1991. Nach langer Verweigerung der Hormontherapie ist die Klägerin entstellt, die Erschöpfung als Folge des Behandlungsvorgehens der Beklagten zu 2 und 5 ist ihr anzusehen. Unten ein Foto vom Ende des Jahres 1993 mit deutlich verbessertem Haarwuchs und etwas erholtem Gesichtsausdruck.

Prof. Senf bestätigte in der mündlichen Befragung (Protokoll S. 9 letzter Absatz), dass Testosteron "eine Rolle" beim androgenetischen Haarausfall spielt. Im Gutachten vom 01.06.2005 führte er aus (Seite 9 mitte):

"Die Ausdünnung des Kopfhaares wäre auch mit der Hormontherapie nur in sehr begrenztem Umfang zu mildern gewesen." (Unterstreichung durch Klägerin)

Sie wäre also zu mildern gewesen. Das genügt (Steffen/Pauge: Arzthaftungsrecht 10. Aufl. 2006: Rz 310a, Rz 513a, Rz 519a ff). Im Ergänzungsgutachten vom 10.03.2006 auf Seite 6 unter 1. bestätigt Prof. Senf nochmals, dass sich die Hormonbehandlung auf die Behaarung auswirkt.

Im Übrigen führte der erstinstanzliche Gutachter Prof. Senf aus, dass die Hormontherapie der Verweiblichung diene (Protokoll der Gutachterbefragung vom 30.10.2006, S. 10 obere Hälfte). Damit sind die gleichlautenden Aussagen der Beklagten auf S. 4 ihres Schriftsatzes vom 14.08.2002, den sie ins Hauptsacheverfahren wieder einführten, sowie der Klägerin in der Klageschrift auf Seite 25 unstreitig. Eine hinausgezögerte Verweiblichung und damit der Zwang für diese Zeit männlich zu bleiben bzw. weiter zu vermännlichen, ist ebenfalls ein Schaden (Steffen/Pauge 2006: Rz 114). Je später eine Hormontherapie begonnen wird, desto weniger bewirkt sie eine Veränderung des bis dahin eingetretenen Äußeren. Auf diese Weise wurde weiterer Schaden herbeigeführt, der in der irreversiblen Verminderung der erreichbaren Verweiblichung besteht. Das genügt (Steffen/Pauge 2006: Rz 310a, Rz 513a, Rz 519a ff.).

Es ist aus der Literatur kein einziges überprüfbares Beispiel bekannt, dass sich eine offenbar gewordene sexuelle Identität eines Menschen jemals geändert hätte. Wissenschaftlichen Kriterien genügende Studien, welche die Annahme begründen würden, dass sich eine offenbar gewordene sexuelle Identität ändern kann, gibt es ebenfalls nicht. Dass sich nach Beginn einer Hormontherapie später herausstellt, dass die betroffene Person eine andere Geschlechtsidentität hat, ist also äußerst unwahrscheinlich.

Die Verweigerung der Behandlung mit weiblichen Hormonen bei der Klägerin war nichts anderes, als die Aufrechterhaltung eines männlichen Hormonhaushaltes bei weiblicher sexueller Identität.

Schäden aus einem männlichen Hormonhaushalt sind z.B. Glatzebildung, Bartwuchs, Kehlkopfwachstum (und damit Stimmvertiefung), Ausprägung von Körperbehaarung, derbe männliche Gesichtszüge. Diese Schäden können nie mehr so korrigiert werden, als wäre die Hormontherapie sofort begonnen worden. Glatzebildung ist irreversibel. Kehlkopfwachstum ist

irreversibel. Bartwuchs kann nur mit Lasertherapie mit Aussicht auf Erfolg behandelt werden, welche die GKV jedoch nicht bezahlt.

Schäden aus der Durchführung der Hormontherapie sind Gynäkomastie und Infertilität. Nach den Ausführungen auf Beipackzetteln zu bei Prostatakrebs hochdosiert verordneten Östrogenpräparaten (z.B. Progynon 100) sowie Gestagenpräparaten (Androcur) stellt sich nach Absetzen der Medikamente die Zeugungsfähigkeit wieder ein. Die Gynäkomastie ist in der Praxis im Zeitraum eines Jahres eher unauffällig, wofür die Klägerin selbst nach mittlerweile 17 Jahren noch als Beispiel steht, und somit eine reine Schutzbehauptung, um die Verweigerung der Hormontherapie zu rechtfertigen. Im übrigen lässt sie sich im Unterschied zu den Schäden durch männliche Hormone aufgrund Verweigerung der Hormontherapie, chirurgisch entfernen.

Aus der Abwägung dieser Umstände ist aus medizinischer Sicht die Hormontherapie bei sogenannten "Mann-zu-Frau-Transsexuellen" auf deren Wunsch hin ohne jede Verzögerung nach entsprechender somatischer Abklärung und Aufklärung sofort einzuleiten, und wenn dies nur sehr niedrig dosiert geschieht.

Man stelle sich die als "Diagnostik" etikettierte Verzögerung der Hormontherapie durch die Beklagten im Falle des androgenetischen Haarausfalles bei einer Person weiblicher Geschlechtsidentität vor, wenn diese aufgrund der von der Hebamme bei Geburt festgestellten Genitalien als Frau gilt.

Niemand würde auf die Idee kommen, die Behandlung zu verweigern, um zu "diagnostizieren", ob diese Frau nicht vielleicht eine männliche Geschlechtsidentität hat und die Folgen einer solchen Hormontherapie dann nicht mehr rückgängig gemacht werden könnten.

Der Beklagte zu 2 höchst selbst (Anlage K 48) und Dr. Gesa Lindemann (1997) (Anlage K52), beides Fachleute in Sachen "Transsexualität", lehnen ein solches Vorgehen ausdrücklich ab. Lindemann nennt diese Vorgehensweise "soziale Kontrolle" und eine Mißachtung des Selbstbestimmungsrechts der "Transsexuellen". Zudem wurden als Anlagen K 53 und K 54 zwei weitere Aufsätze des Beklagten zu 2 vorgelegt, mit denen er diese Praxis heftig kritisiert.

Der Beklagte zu 2 selbst kann eine Verzögerung der Hormontherapie nicht nachvollziehen:

"Es gibt nicht wenige Transsexuelle, die sich erst dann an eine Beratungsstelle oder eine medizinische Einrichtung wenden, wenn der Prozeß der Selbsterkenntnis (Selbstdiagnostik) bereits in adäquater Form abgeschlossen ist. Sie können konsequenterweise nicht nachvollziehen, warum der Betreuungsprozeß vor der hormonellen und operativen Betreuung durch mehrere Konsultationen ... in die Länge gezogen wird."

"(6) Weiterhin kann nicht nachvollzogen werden, warum eine Hormonbehandlung erst erfolgen soll, nachdem der Therapeut den Transsexuellen mindestens ein Jahr kennt ... Warum soll es nicht auch möglich sein, eine psychotherapeutische Begleitung parallel zur hormonellen Therapie durchzuführen?" (S. 1997: 351-353; Klageschrift S. 6/7 - Anlage K 4)

Bereits 1978 nennt Spengler das einen Behandlungsfehler, der an strafrechtliche Normen rührt:

"Die Verschleppung, Behinderung oder Infragestellung der Behandlung ist ein ärztlicher Kunstfehler. Die Verweigerung einer Behandlung rührt an die Grundlagen ärztlicher Ethik und an strafrechtliche Normen (Verweigerung der ärztlichen Hilfe)."

Und weiter

"Es handelt sich also nicht um eine freiwillig gewählte, willkürliche Orientierung. Es gibt keine Entscheidungsfreiheit über das eigene Geschlecht." (Spengler 1978: 1193, Anlage K 6)

Nachdem Prof. Pfäfflin weiter oben unter Konsultation einer Juristin versucht hat, klar zu stellen, dass Leitlinien nicht rechtsverbindlich sind, versucht er nun plötzlich zur Rechtfertigung

einer Verzögerung der Hormontherapie unter Verweis auf eben diese Leitlinien massiv Druck zu machen, wobei seine nachfolgend zitierte Aussage offensichtlich ohne Grundlage ist:

“Alle Leitlinien sehen zu Recht vor, dass der Arzt, der die hormonelle Behandlung indiziert, den Patienten über einen (in den einzelnen Leitlinien jeweils unterschiedlich lang bemessenen) Zeitraum kennt. Die generelle Vorgabe dafür lautet in Deutschland inzwischen ein Jahr,” (Gutachten Prof. Pfäfflin S. 38).

Damit setzt er sich in Widerspruch zum erstinstanzlichen Gutachter Prof. Senf, der bei der Befragung am 30.10.2006 einräumt, dass das Zeitmanagement der “Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen” umstritten, also ein medizinischer Standard gerade nicht ist, und dass selbst bei der Anwendung dieser “Standards” auf die Situation des Patienten abzustellen ist (Befragungsprotokoll S. 3-4).

Auch weiter unten, als Prof. Pfäfflin bezüglich Frage 3 des Gerichts behauptet, “Die Hormontherapie wurde nicht zu spät eingeleitet” beruft er sich wiederum auf Leitlinien. Sachliche medizinische Begründungen dafür werden im gesamten Gutachten nicht gebracht. Man kann dies kurz zusammenfassen in dem Satz: Prof. Pfäfflin ist der Meinung, der Arzt kann nach eigenem Gutdünken über das Leben des Patienten verfügen - er kann die Hormontherapie verweigern so lange wie er lustig ist, am Ende also auch ganz - genauso willkürlich, wie diese Hormontherapie Genital-Intersexuellen einfach aufgezwungen wird.

Prof. Pfäfflin bindet die Hormontherapie an ein Zurechtkommen in der anderen Geschlechtsrolle, was immer er darunter verstehen mag (S. 63 unten).

Das ist aber völlig am konkreten Sachverhalt vorbei. Nochmals: Die Klägerin strebte nicht einen Geschlechtswechsel an, zu dessen Zweck sie eine Hormontherapie wollte, sondern sie wollte ein weiteres Auseinanderklaffen zwischen sexueller Identität und der ihrer entsprechenden Gefühlswelt entgegengesetzten äußerlichen Erscheinung verhindern.

Bei (Genital-)Intersexuellen ist es nach Auffassung von Prof. Pfäfflin auch überhaupt nicht wichtig, die Frage aufzuwerfen, ob diese mit der zwangszugewiesenen Geschlechtsrolle zurecht kommen. Auch die bei “Transsexualität” aufgebauchten irreversiblen Folgen einer Hormontherapie spielen dort keine Rolle.

Die irreversiblen Folgen einer Nichtdurchführung der Hormontherapie bei der Klägerin sind für Prof. Pfäfflin kein zu beachtendes Argument. Auch die Tatsache, dass die sexuelle Identität sich nicht ändert.

Die Klägerin war auch bei Hautärzten, und dies schon viel früher. Die Antwort war kurz und knapp: Bei einem “Mann” könne man da nichts machen. Eine Folge jener von Prof. Pfäfflin und seinen Mitstreitern betriebenen Desinformationspolitik.

Es ist angesichts der Darstellungen im Gutachten Prof. Pfäfflin S. 64 unten ff nochmals zu betonen, dass sich der Beklagte zu 2 als die Stelle ausgab, über welche die Behandlung der jetzigen Klägerin laufe, und nicht als “Sexualberatungsstelle”, die mit allen anderen Dingen nichts zu tun haben würde.

Es ging von der sexuellen Differenzierung des Gehirns aus betrachtet de facto nicht um gegengeschlechtliche Hormonbehandlung, sondern um gleichgeschlechtliche, um auch diese Aussage Prof. Pfäfflins (ebenfalls S. 64 unten) richtig zu stellen.

Angesichts des rein experimentellen Charakters ihres Behandlungsvorgehens hätten sich die Beklagten zu 2 und 5 in besonderer Weise absichern müssen, dass sie mit der Verweigerung der Hormontherapie nicht mehr Schaden anrichten als durch deren Gewährung.

Insbesondere sind in solchen Fällen an Entscheidungen gegen den Willen des Patienten allerhöchste Anforderungen zu stellen.

Eine dieser Anforderungen ist, dass

sich ein Arzt niemals eine Entscheidung anmaßen darf, die er nicht richtiger als der Patient selbst treffen kann.

Es gibt keine einzige Untersuchung in der vorliegenden "Transsexualitäts"-Problematik, die eine solche höhere Zuverlässigkeit ärztlicher Entscheidung gegenüber den Entscheidungen des Patienten belegt. Das Gegenteil ist der Fall, wie oben zitierte Nachuntersuchung von "Wälinder u. Thuwe (1975) zeigt.

"Der Patient ist "an der Entscheidung für den Austausch des Krankheits- gegen das Behandlungsrisiko (Rz. 128 ff) mitzubeteiligen" (Steffen/Pauge 2006: Rz 440)

Diese Entscheidung wurde der Klägerin hier völlig verwehrt.

Außerdem entbehrt diese Vorgehensweise Mangels Aufklärung einer rechtsgültigen Einwilligung der Klägerin.

Die Klägerin macht Schadensersatzansprüche wegen Fortschreitens von Vermännlichungserscheinungen insbesondere Glatzebildung wegen rechtswidriger Verweigerung der Hormontherapie gegen die Beklagten zu 2 und 5 geltend.

Bei den Ausführungen zur Durchführung der Hormontherapie selbst führt Prof. Pfäfflin (S. 38 unten ff) unterschiedliche Empfehlungen zur Hormontherapie auf, ohne irgendwelche endokrinologische Grundlagen für die einzelnen Medikamente und Dosierungen sowie die dabei ablaufenden Stoffwechselfvorgänge zu erläutern.

Es kommt wieder zu dem selben Ergebnis wie oben bei der Gültigkeit von Standards. Es macht jeder was er lustig ist, es wird einfach mal mit den unterschiedlichsten Medikamenten und Dosierungen draufgehalten und dann sieht man, was sich zufällig für Ergebnisse einstellen. Und wenn sich zufällig schlechte Ergebnisse einstellen, dann weiß man nicht warum, weil man die endokrinologischen Zusammenhänge nicht kennt und meint, Befunde (Prof. Pfäfflin: z.B. freies Testosteron) nicht erheben zu müssen. Unseriöse Rumexperimentiererei am lebenden Objekt - bei richtigen Frauen kann man das ja nicht machen. Egal was getan wird, es ist nicht fehlerhaft.

Es ist unzutreffend, wenn behauptet wird, dass die individuelle Wirkung aus den gemessenen Laborwerten nicht erschlossen werden kann.

Es ist auch unzutreffend, wenn hier behauptet wird, die Bestimmung von freiem Testosteron gehöre nicht zur Diagnostik. Denn nur freies Testosteron ist biologisch aktives Testosteron und kann vermännlichen. Der nicht freie, gebundene Teil des Testosterons, der im Körper etwa 98% des Gesamttestosterons beträgt, ist biologisch inaktiviert und für die Vermännlichung nicht wirksam.

Freies Testosteron ist erhöht bei hochdosierter CPA-Therapie (100 mg Androcur). Bei vorhandenen Hoden ist es ebenfalls bei zu niedriger Dosierung der Östrogene erhöht.

Prolaktin ist stark erhöht bei hochdosierter Applikation von Cyproteronacetat (Androcur) (z.B. bei 100 mg) und ist Indikator für dessen Überdosierung (vgl. Eicher (1992): Transsexualismus. Stuttgart: Gustav Fischer, 1992: 86 oben). In den Behandlungsunterlagen der Klägerin finden sich diese überhöhten Prolaktinwerte nur unter hochdosierter CPA-Medikation.

SHBG (sexualhormonbindendes Globulin) ist bei hoher Dosierung von Cyproteronacetat stark verringert, bei hoher Dosierung von Östrogenen erhöht. Eine Verringerung des SHBG korreliert mit einem erhöhten Spiegel des ungebundenen freien Testosterons und anderer männlicher Hormone wie zum Beispiel DHEA und DHEA-S und liefert ebenfalls einen Hinweis, warum eine



Hormonbehandlung Androgenisierungserscheinungen nicht ausreichend stoppt, bzw. sogar verstärkt.

Eine erhöhte Konzentration von DHEA und DHEA-S wiederum liefert Hinweise auf Enzymdefekte, wie sie intersexuellen Syndromen zugrunde liegen (siehe oben die Ausführungen zur sexuellen Differenzierung).

Der von Prof. Pfäfflin auf S. 40 Mitte seines Gutachtens erwähnte Rebound-Effekt ist ein falscher Schluss. Die Hormonproduktion der Gonaden wird nämlich durch die Östrogene heruntergeregelt und nicht durch hohe Gaben von Cyproteronacetat (CPA). Es wird in der Literatur zwar davon gesprochen, dass CPA auch eine geringe antigonadotrope Wirkung hat, diese ist aber nur gering und die damit erreichte verringerte Testosteronproduktion wird durch andere CPA-verursachte Stoffwechselfvorgänge mehr als kompensiert (siehe oben).

Es ist schon in der Klage dargestellt, dass es unter Androcur (Wirkstoff CPA) zu einer Absenkung des SHBG-Spiegels und damit zu einem Anstieg des nicht an SHBG gebundenen biologisch aktiven freien Testosterons kommt. Setzt man nun das CPA, welches das freie Testosteron von den Rezeptoren verdrängen soll, ab, so kommt der angestiegene Spiegel des freien Testosterons voll zur Wirkung, was von Beobachtern, die diese endokrinologischen Zusammenhänge nicht kennen, als Rebound gedeutet wird. Verhindern kann man diesen "Rebound" durch rechtzeitige Erhöhung der Östrogensubstitution, welche direkt zu einem allmählichen Anstieg des in der Leber produzierten SHBG und über eine Verringerung der LH-Ausschüttung aus der Hirnanhangdrüse zu einer Verringerung der Testosteronproduktion in den Hoden führt.

Im Abschnitt 2.4 seines Gutachtens zu dieser Frage 4 des Gerichts (Seiten 66 ff) finden sich wiederum keine medizinischen Darstellungen. Er schreibt nieder was er vom Hören/Sagen so mitbekommen hat, was wohl üblich sein könnte und schließt daraus messerscharf eine Wahrnehmungsstörung: "Es ist nicht zu erkennen, dass die Hormontherapie fehlerhaft war." Die Äußerung von Mutmaßungen und Wahrnehmungsstörungen war aber nicht der Auftrag des Gerichts.

Zu den Ausführungen im Gutachten Prof. Pfäfflins auf S. 68 ist zu sagen, dass die Hormontherapie nach 1992 nicht Gegenstand der Klage ist. Es sind auch keine negativen Auswirkungen daraus bekannt.

Die Klägerin "drängte" im April 1992 nicht auf eine Erhöhung der Androcur-Dosis. In den Behandlungsunterlagen ist zum 07.04.1992 vielmehr die Reduzierung des Androcur von 3x1 auf 3x1/2 Tabletten vermerkt. Im übrigen sind die Einträge in den Behandlungsunterlagen im allgemeinen nicht von der Klägerin gemacht wurden.

Es ist schon auffällig, wie Prof. Pfäfflin mit entsprechender Wortwahl ("drängte", "erpresserisch") das Lebensrecht von Menschen in ein negatives Licht setzt. Er ist der Maßstab und was dessen Willen nicht entspricht wird gnadenlos niedergemacht - Wissenschaftler genauso wie Patienten. Dies erinnert an das von der Klägerin mit dem Gutachter-Ablehnungsantrag vorgelegte klinische Beispiel dieses Professors.

Die Frage 5 des Gerichts beantwortet Prof. Pfäfflin, wie andere Fragen vorher auch, nicht.

Eine Darstellung medizinischer Grundlagen des Haarausfalls findet nicht statt. Er reiht, zum Teil noch mit falschen Datumsangaben, Einträge aus den verschiedenen Behandlungsunterlagen aneinander und ergibt sich in Spekulationen darüber, wie diese am besten gegen die Klägerin auszulegen sind, um dann daraus, diesmal "wissenschaftlich", zu schließen:

"Vor dem Hintergrund dieses Verlaufs ist wissenschaftlich nicht zu begründen, dass eine um 12 Monate früher begonnene Behandlung mit Antiandrogenen und weiblichen Geschlechtshormonen den fortschreitenden Haarausfall verhindert hätte." (S. 70 Mitte)

Die Klägerin kann dem Eintrag des Beklagten zu 2 vom 02.10.1990 nicht entnehmen, dass eine Überweisung an die Univ. Hautklinik Halle erfolgt ist. Und selbst wenn dies so wäre, so beantwortet das die Frage des Gerichts nicht. Eine Hormontherapie oder andere Behandlung des Haupthaars ist an der Univ. Hautklinik Halle nicht durchgeführt worden.

Ein Handschreiben der Klägerin vom 22.01.1991 an den Beklagten zu 5 existiert nicht. Zu diesem Zeitpunkt hatte sie mit diesem noch keinen Kontakt. An der Hautklinik der Univ. Leipzig wurden Priorin-Kapseln verschrieben, ein Mittel, das bis heute nicht von der GKV anerkannt ist, und bezüglich des Haarausfalles wahrscheinlich wirkungslos war.

An eine qualifizierte Stelle, welche hätte Haartransplantationen durchführen können, ist die Klägerin zu keinem Zeitpunkt überwiesen worden. Das betreffende Zitat von Prof. Pfäfflin stimmt auch nicht mit dem tatsächlichen Eintrag vom 17.12.1991 in der Behandlungsdokumentation überein. Und so verhält es sich vermutlich auch mit einigen anderen Zitaten von Prof. Pfäfflin, die aus gerichtlichen Fristgründen nicht alle geprüft werden können. Die Haarprobleme sind wegen der Ausdünnung des Kopfhaars infolge der Verzögerung der Hormontherapie nicht nur 1996 sondern noch heute ein Problem, das der Klägerin tagtäglich beim Blick in den Spiegel ins Gesicht kotzt. Und dies nach nun mittlerweile knapp 17 Jahren Hormontherapie.

Da sich der Gutachter Prof. Pfäfflin in diesen Dingen offensichtlich nicht auskennt, wird beantragt, zur Klärung der Frage 4 des Gerichts, ob die Hormontherapie sachgerecht durchgeführt wurde, einen unabhängigen Endokrinologen als Sachverständigen mit der Erstellung eines Gutachtens zu beauftragen.

Sachverständig in Sachen Hormontherapie mit Sexualhormonen sind z.B.:

PD Dr. Th. Rabe  
Klinikum der Universität Heidelberg, Frauenklinik,  
Abt. 4.2, Gynäkologische Endokrinologie,  
Voßstraße 9, W-6900 Heidelberg (Anschrift von 1992)

Prof. Dr. Meinert Breckwoldt  
Klinische Endokrinologie  
Universitätsfrauenklinik  
Hugstetter Straße 55  
W-7800 Freiburg (Anschrift von 1992)

Prof. Dr. Freimut A. Leidenberger  
IHF, Institut für Hormon- und Fortpflanzungsforschung  
Grundweg 64, W-2000 Hamburg 54 (Anschrift von 1992)

Prof. Dr. Rohde  
Institut für experimentelle Endokrinologie  
Charité Berlin  
Schumannstr. 20-21, 10117 Berlin (aktuell 2000)  
Tel.: 030/ 28 02-0 & 030/ 28 02-20 68; Fax: 030/ 28 02-30 45

Prof. Dr. med. Lothar Moltz  
Knesebeckstr. 35-37, 10623 Berlin (Anschrift von 1992)  
Tel.: 030/ 8 82 78 74/75

Prof. Dr. Michael Krieg  
Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin  
Berufsgenossenschaftliche Krankenanstalten Bergmannsheil  
Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum  
Gilsingstr. 14, 44789 Bochum (Anschrift von 1992)

Zur Genital-Operation:

“In dem damals wichtigsten Lehrbuch zum Transsexualismus in deutscher Sprache von Eicher (1984, 1992, Gustav Fischer Verlag: Stuttgart u.a.), der sich neben bzw. nach seiner gynäkologischen Facharztausbildung auch sexualmedizinisch und psychotherapeutisch qualifizierte, findet sich in beiden Auflagen eine in wenigen Einzelaspekten geringfügig voneinander abweichende Einverständniserklärung für die geschlechtsangleichende Operation (1984, S. 83f; 1992, S. 79f) in der das operative Vorgehen in seinen Hauptzügen erläutert wird. Die Bildung einer Klitoris wird dort mit keinem Wort erwähnt, was nachdrücklich unterstreicht, dass ein damals operierter Patient nicht mit der Bildung einer Klitoris rechnen konnte.” Gutachten Prof. Pfäfflin, S. 45)

Wie aus dem vorstehenden Zitat bereits hervorgeht, hat Eicher keine chirurgische Ausbildung aufgrund der er zur sachgerechten Durchführung von Genital-Operationen in der Lage sein könnte, und ist somit hier kein wirklich relevanter Fachmann. Jene von der Klägerin vorgelegten Literaturstellen, nach denen die alternative Operationstechnik unter Erhalt einer sensiblen Klitoris mit Nervenbindung bereits seit 1961 publiziert und praktiziert wird, finden bei diesem Autor des laut Prof. Pfäfflin “damals wichtigsten Lehrbuch zum Transsexualismus in deutscher Sprache” keine Beachtung (siehe in der 2. Aufl. dieses Lehrbuches auf den Seiten 112-115 den Abschnitt “Andere Operationsverfahren”). Wie auch - da hätte er sich ja selbst als jemand entblößt, der nicht standardgemäß operiert.

In jener in der 2. Auflage seines Buches “Transsexualismus” (1992) abgedruckten Formulierung einer Genital-Op-Aufklärung findet sich tatsächlich kein Wort über die Schaffung einer Klitoris. Im Kapitel “3. Genitaltransformierende Operationen” auf Seite 92 dieses Buches wird jedoch folgendes ausgeführt:

“ ... Genitaltransformation, wobei eine Kastration ... Invagination der Penishaut ... Danach erfolgt die Bildung einer Vulva mit großen und kleinen Labien aus Skrotalhaut, eine Harnröhrenmündung an weiblicher Stelle und eine Klitoris.” (Hervorhebung durch Klägerin)

Eicher (1992: 103) beschreibt im weiteren, dass er die Glans penis nicht beseitigt, wie der Beklagte zu 6, sondern frei, ohne Nervenbindung, an die Stelle der Klitoris transplantiert. Dieselbe Technik beschreibt er bereits in der 1. Auflage seines Buches im Jahr 1984. Selbstredend ist eine solche Klitoris nicht sensibel, lässt aber zumindest theoretisch die Möglichkeit, in einer Korrektur-Op die Nervenbindung nachträglich herzustellen, was bei der vom Beklagten zu 6 bei der Klägerin praktizierten Beseitigung der Glans nicht mehr möglich ist. Dazu werden als Anlage BK 38 folgende Auszüge aus beiden Auflagen vorgelegt:

Eicher, Wolf (1984): Transsexualismus. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag, 1984. Seiten 106-107 und 114

Eicher, Wolf (1992): Transsexualismus. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag, 1992. Seiten 92, 103

Die Gutachterin Dr. Krege hat ihre Aussage, dass die Klägerin über alternative Operationsmöglichkeiten hätte aufgeklärt werden müssen, nicht zurückgenommen.

Sie hat in ihrer gutachterlichen Stellungnahme (Zusatzgutachten Dr. Krege vom 20.02.2006, S. 2 unten) ausdrücklich auf die von der Klägerin eingeführte Literatur verwiesen, in der seit 1961 diese alternative Operationstechnik mit Erhalt der sensiblen Klitoris und dann wiederholt publiziert wird (z.B. Anlagen K 32, K 36, K 37, K 57, K 59). In dieser Literatur wird die einfache Penisamputatin wegen ihrer nachteiligen Folgen für das sexuelle Empfinden durchgängig abgelehnt. Anfangs der 80er Jahre wird in der Literatur davon gesprochen, dass diese vom Beklagten zu 6 praktizierte einfache Penisamputation in der Medizin allgemein abgelehnt wird (Schweiger 1982; Anlage K 33), vgl. auch Bennek (1979 - Anlage K 58 auf S. 129), 1985 war sie dann völlig verlassen (Körper 1985; Anlage K 34).

Zur Chirurgie peripherer Nerven (z.B. der Nerven, die die Glans (Eichel) versorgen) wurden als Anlage K 56 Auszüge aus einem speziellen Lehrbuch von Hanno Millesi (1972) vorgelegt.

Dass die Amputation der Glans zum Zeitpunkt der Operation der Klägerin nicht dem Stand der Medizin entsprach, und die vom Beklagten zu 6 angewandte Methode der einfachen Penisamputation einen schweren Behandlungsfehler darstellte, ergibt sich beispielhaft aus den Ausführungen von Altwein & Homiki (1989). Diese Literaturstelle liegt dem Gericht als Anlage K 59 bereits vor. Sie wird an dieser Stelle vollinhaltlich in das Verfahren eingeführt. In diesem 1988 eingereichten Aufsatz spielt die einfache Penis-/Klitoris-Amputation keine Rolle mehr, sie war zu diesem Zeitpunkt längst veraltet. Es wird ausgeführt:

“Nach Rezessionsplastiken sind die kosmetischen Ergebnisse nur bei mäßiger Klitorishyperplasie gut (18, 43); nicht aber bei peniformer Klitorishyperplasie (1,45); selbst wenn die Glans durch eine Keilexzision verkleinert wurde (19). Eine Klitorisreduktionsplastik mit Glanserhalt ist stets anwendbar und wird daher von zahlreichen Autoren bevorzugt, besonders seit es gelang, das dorsale neurovaskuläre Bündel zu erhalten (3, 4, 5, 6, 25, 26, 30, 40, 44, 47).” (Hervorhebung durch Klägerin)

Dabei verweist er insbesondere auf Praetorius (1981 - Anlage K 57). Die im vorstehenden Zitat angeführten Literaturstellen “(3...47)” stammen aus dem Zeitraum 1961-1983, eine aus dem Jahr 1987, also aus einer Zeit lange bevor die Klägerin genitaloperiert wurde. Damit war spätestens im Jahr 1988 (Einreichung des Aufsatzes durch die Autoren) also 4 Jahre vor der Genitalverstümmelung der Klägerin, bei einem penisförmig ausgebildeten Genital, also auch bei der Klägerin, eine Genitaloperation mit Glanserhalt “stets anwendbar”.

Es kann auch nicht sein, dass chirurgische Techniken zwar verfügbar sind, aber bei bestimmten Operationen nicht eingesetzt werden, weil man gerade keine Lust hat. Der Stand der Chirurgie soll deshalb etwas näher betrachtet werden am Beispiel der Replantationschirurgie:

“ Die erste erfolgreiche Replantation beim Menschen gelang MALT 1962 in Boston (MALT und MCKHANN, 1964) nach einer vollständigen Amputation auf Höhe Oberarm. ... 1963 replantierten CHEN und seine Mitarbeiter in der Volksrepublik China einen amputierten Vorderarm. Im gleichen Jahr gelang KLEINERT und KASDAN die erfolgreiche Revaskularisation eines ischämischen Daumens. (KLEINERT et al., 1963). 1965 replantierten KOMATSU und TAMAI in Japan erstmals in der Welt einen amputierten Daumen. 1967 wird aus dem Sixth People’s Hospital in Shanghai über 20 erfolgreiche Fingerreplantationen berichtet. In der ersten Hälfte der siebziger Jahre häufen sich die Erfolgsmeldungen auf dem Gebiete der Replantationschirurgie in rascher Folge.

...

An größeren Unfallkliniken formierten sich Replantationsequipen mit organisiertem Notfalldienst rund um die Uhr. Mit zunehmender Erfahrung konnte das chirurgische Vorgehen bis heute weitgehend standardisiert werden. Dadurch ist die Replantationschirurgie an personell und technisch entsprechend ausgerüsteten Zentren nicht mehr eine Angelegenheit spektakulärer chirurgischer Episoden, sondern segensreiche Routinechirurgie geworden. In den Jahren 1974 und 1975 wurden auch in Europa, vor allem in Österreich, Deutschland, Frankreich und in der Schweiz, jederzeit einsetzbare Replantationsdienste eingerichtet.” (Meyer 1982: 7; Unterstreichung durch Klägerin)

Quelle: Meyer, Viktor, E. (1982): Replantationschirurgie der oberen Extremität. Bern, Stuttgart, Wien: Huber, S. 7; hier vorgelegt als Anlage BK 39.

“Die Replantation abgetrennter Extremitätenteile ist technisch gelöst. Bei peripheren Amputationen ist der Einsatz der mikrochirurgischen Methoden unumgänglich, womit die Ausrüstungsstandards definiert sind. Offenes biologisches Problem ist die Ischämietoleranz. Für

bradytrophe Gewebe, z.B. Finger, sind Replantationen auch nach 8-10 Stunden erfolgreich.“ (Berge u.a. 1985: 769)

Quelle: Berge, G; Heinrich; P.; Letko, G. (1985): Replantationschirurgie - spezifische Probleme, Organisation und Ergebnisse. In Zbl. Chirurgie 110 (1985), 764-769 [769]; hier vorgelegt als Anlage BK 40

“Seit 1976 [4,18] werden Penisreplantationen mit mikrochirurgischer Technik durchgeführt (Tab 1).“ Zoelly & v. Wartburg 1991: 317; kursiv original; Schriftsatz vom 4.12.2006 Seite 10, Anlage K 64)

Aus all dem ergibt sich, dass die einfache Penisamputation des Beklagten zu 6 ein Behandlungsfehler war, auch wenn dies einige Gutachter anders darzustellen versuchen.

Die Gutachterin Frau Dr. Krege verneint einen Behandlungsfehler nur für den “Bereich der Transsexualität” (Gutachten vom 05.01.2005, S. 2-3):

“Das alternative Vorgehen ... Von einem Standardvorgehen der Operation kann man allerdings nicht sprechen. Im Bereich der Transsexualität wurden ....”

Und im Bereich der Intersexualität ? Und wenn bei der Klägerin nun Intersexualität vorliegt, was ja wohl der Fall ist?

Bezüglich der Orgasmusfähigkeit versucht Prof. Pfäfflin die Dinge so darzustellen, als sei sie auch ohne Klitoris möglich, als sei die Klitoris nicht so wichtig (Gutachten S. 50-51). Dazu verweist er beispielhaft auf eine eigene Erhebung:

“In einer eigenen Nachuntersuchung ... von 42 MF-TS...

“Eine Klitoris war bei keiner dieser Patientinnen angelegt worden. Von den postoperativ sexuell aktiven Patienten, die auch Geschlechtsverkehr ausübten, bejahten dennoch 69,4% die Frage danach, ob sie dabei Orgasmen erlebten. (Nur am Rande sei bemerkt, dass der entsprechende Prozentsatz der hier nicht näher beschriebenen, in dieselbe Nachuntersuchung einbezogenen 43 FM-TS, die diese Frage bejahten, noch höher lag, obwohl die meisten von ihnen keinen Penis bekommen hatten und vor den geschlechtsangleichenden Operationen, bei denen nur Brüste, Gebärmutter und Eierstöcke entfernt worden waren, ihr weibliches Genitale vollkommen abgelehnt und sich dort nicht hatten berühren lassen.”

Diese hier als Anlage BK 41 vorgelegte Nachuntersuchung ist aufgeführt in:

Pfäfflin, Friedemann; Junge, Astrid (Hrsg.) (1992): Geschlechtsumwandlung. Stuttgart: Schattauer, 1992, Seiten 353-358

Die Klägerin kennt auch sogenannte “Frau-zu-Mann-Transsexuelle”. Diese stimulieren sich sexuell sehr wohl über die intakte Klitoris und erleben somit natürlich Orgasmen.

Nur 69,4% der sexuell aktiven “Mann-zu-Frau-Transsexuellen” bejahten also, beim Geschlechtsverkehr einen Orgasmus zu erleben. Wie viele der 42 nachuntersuchten “Mann-zu-Frau-Transsexuellen” waren denn sexuell aktiv? Laut dieser Nachuntersuchung waren es 25 Frauen also 59,5% der Nachuntersuchten.

Davon 69,4% sind nur noch 41,2 % der Nachuntersuchten, die laut Prof. Pfäfflinangaben, einen Orgasmus erlebt zu haben, also 17,34 Personen von 42 nachuntersuchten. Wenn sich derartige Bruchzahlen ergeben bedeutet das, dass die von Prof. Pfäfflin gemachten Angaben so offensichtlich nicht stimmen können.

Warum war ein Teil sexuell nicht aktiv, was ja auch bedeutet, dass dieser Teil nicht einmal masturbiert hat? Das ist den Angaben der Nachuntersuchung nicht zu entnehmen.

Von den laut Nachuntersuchung insgesamt 104 operierten "Mann-zu-Frau-Transsexuellen" sind nur 42 nachuntersucht worden. An solchen Nachuntersuchungen beteiligen sich in der Regel nur "Transsexuelle", die mit den Behandlern nicht auf Kriegsfuß stehen. Diejenigen, die sich von diesen Fachleuten geschädigt fühlen, stellen sich nicht mehr für deren Interessen zur Verfügung. Es ist naheliegend, dass dort die Nachuntersuchungsergebnisse eher schlechter ausfallen würden. Zudem wird von den Genitalverstümmelten oft nicht die Wahrheit gesagt, wie schlimm ihre Situation wirklich ist, weil es mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht zur Verbesserung der Behandlung verwendet werden würde, sondern zur Verschärfung diagnostisch-therapeutischer Repression.

Ob die sexuelle Empfindungsfähigkeit der Personen, die Fähigkeit einen Orgasmus zu erreichen beeinträchtigt war und wie stark, dazu führt Prof. Pfäfflin nichts aus.

Es ist doch auffällig, dass derartige Befragungen bei "Transsexuellen" ohne Klitoris oft zu dem Ergebnis führen, dass viele orgasmusfähig seien, während die Befragungen von in der Kindheit ohne ihr Einverständnis genitalverstümmelten Zwittern ein völlig gegensätzliches Ergebnis bringen, nämlich dass diese fast durchgängig unter Beeinträchtigung bzw. völliger Zerstörung ihrer Sexualität leiden. Aussagen der Literatur:

"Untersuchungen der letzten Jahre und Berichte über Spätergebnisse (10, 19, 25, 28) haben deutlich gemacht, dass der vaginale Orgasmus eher die Ausnahme als die Regel ist und dass daher eine Erhaltung der Klitorisensibilität für die Vita sexualis gerade dieser Kinder unerlässlich und immer anzustreben ist." (Engert, J. (1983, 521 unten); dem Gericht als Anlage K 37 zur Klageschrift vorliegend)

An der Berliner Charité, Institut für Medizinische Psychologie, wurde das Sex(er)leben von Frauen unter die Lupe genommen. Die Studienleiterin: Dr. Sabine Grüsser-Sinopoli:

"Letztlich geht jeder Orgasmus von der Stimulation der Klitoris aus" (S. 2 oben; Hervorhebung durch Klägerin)

Quelle: <http://www.netdoktor.de/feature/sex...> hier als vorgelegt Anlage BK 42.

"Die körperlichen Grundlagen der sexuellen Erregung und des Orgasmus der Frau umfassen immer die Klitoris, gleich an welcher Stelle eine Frau eine Stimulation schätzt und die Erregung empfindet." (S. 4 unten; Hervorhebung durch Klägerin)

Quelle: Sylvia Groth (2001): Die Klitoris - das verlorene, fragmentierte & wiederentdeckte Lustorgan der Frau. In: Sylvia Groth, Éva Rásky: Sexualitäten. Studienverlag Innsbruck, 2001. <http://www.fgz.co.at/fileadmin/hoch...> hier vorgelegt als Anlage BK 43.

"Die Gefäßnervenversorgung der Glans clitoridis sollte erhalten werden. Orgasmusfähigkeit ist sicher am besten gewährleistet, wenn die peniforme Klitorishypertrophie völlig unversehrt bleibt.

... einen optimalen Kompromiß scheint die Resektion des erektilen Klitorisanteiles darzustellen, wobei die Gefäßnervenversorgung von dorsal und/oder ventral über den Canalis urogenitalis geschont wird" (Bennek, J. (1984); als Anlage K 32 zur Klageschrift vorliegend)

"Klitorisresektionen ... gewährleisten kein Erreichen ausreichender Libidoimpulse und gelten daher heute als nicht mehr akzeptable Operationsmethoden." (S. 47 Mitte)

Quelle: Leitsch, Dominik (1996): Die Intersexualität: Diagnostik und Therapie aus kinderchirurgischer Sicht. Diss. Köln: Univ., 1996, S. 47; hier vorgelegt als Anlage BK 44.

“Klitoridektomie (...) ... 2. sog. weibliche Beschneidung; in vielen Ländern verbotene, in manchen Völkern u. ethnischen Gruppen immer noch übliche op. Entfernung der Klitoris z. Beseitigung der sexuellen Empfindungsfähigkeit der Frau.”

Quelle: Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. 257. Auflage, 1994, S. 785  
hier vorgelegt als Anlage BK 45.

“Verstümmelung, genitale: Sammelbez. für Eingriffe an den Geschlechtsorganen, die deren Unversehrtheit beeinträchtigen u. nicht zur Abwehr gesundheitlicher Risiken od. zur Korrektur von Fehlbildungen dienen; .... 2. bei Frauen: ... Klitoridektomie...” und weiter: “International gelten heute alle Formen der g.V. als Maßnahmen zur Unterdrückung von Sexualität, sie werden daher (auch von ärztl. Standesorganisationen) ... bei Mädchen insgesamt als schwere Körperverletzung abgelehnt.”

Quelle: Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. 260. Auflage, 2004, S. 1922  
hier vorgelegt als Anlage BK 46.

Also die von Prof. Pfäfflin ins Spiel gebrachten Aussagen von Genitalverstümmelten, sie würden einen Orgasmus erleben, sind doch sehr zu hinterfragen. Die Klägerin ist der Auffassung, dass es bereits dem Anscheinsbeweis genügt, dass mit der Beseitigung der Glans penis kausal die mit diesem Organ verbundene sexuelle Empfindungsfähigkeit und damit die mit diesem Organ verbundene Möglichkeit, Orgasmus auszulösen, beseitigt ist.

Dass die Zerstörung der Orgasmusfähigkeit negative Auswirkungen auf die Psyche hat, hält die Klägerin für nahe liegend. Die Gutachterin Dr. Krege nennt in ihrem Vortrag aus der 1. Instanz Depressionen (Protokoll der Gutachterbefragung vom 30.10.2006, S. 13).

Welchen umfassenden Einfluss eine solche Genitalverstümmelung, eine solche Beseitigung der Sexualität auf das Leben einer so verstümmelten Person insgesamt hat, lässt sich aus den Ausführungen in Pschyrembel Klinisches Wörterbuch nur erahnen:

“Sexualität: auch Geschlechtlichkeit; Bez. für eine sehr allg. u. grundlegende Äußerung des Lebens mit 3 Grundfunktionen: 1. Fortpflanzung ... 2. Beziehung u. Kommunikation (sozialisierend): bei Menschen, allen Primaten u. wohl der Mehrzahl der höheren Tierarten; 3. Lustgewinn u. Befriedigung (rekreativ): bei Menschen, ...

Als wesentl. Kriterien zur Beschreibung versch. Ausprägungsformen gelten i.Allg.: ... Aspekte der Körperlichkeit (Geschlechtsorgane, Sexualreaktion u.a.), der Persönlichkeit u. des Erlebens (Befriedigung u.a.), der sexuellen Bedürfnisse (sexuelle Phantasie, sexuelle Orientierung u.a.), des sexuellen Handelns (Sexualverhalten), der biograph. Integration (sexuelle Partnerwahl u.a.), der sozialen Integration (sexuelle Rituale, Feste u.a.), der kulturellen Integration (Sexualkultur, erotische Kunst u.a.)“ (Unterstreichung durch Klägerin)

Quelle: Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. 260. Aufl. 2004, S. 1677  
hier vorgelegt als Anlage BK 47.

Kann man sich angesichts dieser Tatsachen als verständiger Mensch noch wundern, dass unter genitalverstümmelten Intersexuellen und “Transsexuellen” Arbeitslosigkeit, soziale Verelendung und Suizidalität besonders hoch sind? Eignung für die Herbeiführung eines Schadens genügt (Steffen/Pauge (2006) Rz 519a ff.).

Die die Glans versorgenden Nervenbahnen verlaufen nicht über die Harnröhre, sondern oben auf dem Penis als Nervus. n. dorsales Penis (Zoelly & v. Wartburg 1991: 314 Abbildung 1; Schriftsatz vom 4.12.2006, Anlage K 64), bzw. als Nervus dorsalis clitoridis bei dem weiblichen gewachsenen Genital (Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 260. Auflage, Stichworte Nervus

dorsalis clitoridis, Nervus dorsalis penis). Ergänzend wird vorgelegt als Anlage BK 48 Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. 260. Auflage, Berlin: de Gruyter, 2004, S. 1255.

Bei allen oben angeführten Literaturstellen zum Erhalt einer sensiblen Klitoris wird immer dieses dorsale Gefäßnervenbündel samt der damit versorgten Glans penis / Glans clitoridis erhalten. (Siehe auch Pschyrembel Klinisches Wörterbuch unter dem Stichwort Glans).

Die im Auftrag des Beklagten zu 6 von der Beklagten zu 7 während des Aufklärungsgesprächs aufgestellte Behauptung, Orgasmus könne über die Harnröhrenmündung ausgelöst werden, kann wohl nicht den Tatsachen entsprechen. Sie muss andere Gründe gehabt haben, zum Beispiel den, der Klägerin nicht noch im letzten Moment einen Grund zu geben, doch noch von der Genital-Operation abzuspringen.

Zu einer Drucknekrose kommt es, wenn durch Druck z.B. die feinen Blutgefäße (Kapillaren) in der Haut verschlossen werden. Das Gewebe wird nicht mehr durchblutet und versorgt. Es kommt zur Vernarbung. Deswegen wird von qualifizierten Ärzten (u.a. von der Gutachterin Dr. Krege - Zusatzgutachten vom 20.02.2006, S. 4 oben) weiches Material als Platzhalter in die Vagina eingesetzt und nicht wie durch den Beklagten zu 6 behandlungsfehlerhaft ein harter Gummiknüppel.

Es werden seit langem Operationstechniken publiziert, die diese Bougierungen mit einem Platzhalter verzichtbar machen. Engert (1983) (Klageschrift S. 20, Anlage K 37) führt aus:

“Unbedingt sollten und können aber die z.T. noch üblichen Bougierungen unterbleiben.” (Engert 1983: 523)

Nach dieser Aussage war die bei der Klägerin durchgeführte Bougierung bereits 1983 nicht mehr medizinischer Standard. Erst recht konnte die Verwendung eines harten Platzhalters kein Standard mehr sein (Steffen/Pauge 2006: Rz. 147).

Die Klägerin ist erstaunt, dass sich der Gutachter Prof. Pfäfflin veranlasst sieht, in die Begutachtung von Frau Dr. Krege einzugreifen, wo er doch vom Gericht dazu gar nicht beauftragt ist.

Zur Frage der Traumatisierung:

Die Klägerin ist der Auffassung, dass bereits die oben vollinhaltlich eingeführten Anlagen BK 2 und BK 3 deutlich vor Augen führen, dass das gegen die Klägerin vollstreckte Behandlungsvorgehen ein Prozess systematischer Zerstörung von Menschen ist, der zu schwersten Traumatisierungen mit entsprechenden psychischen und körperlichen Folgeschäden bis hin zum Tod durch Suidzid oder vorzeitige Erschöpfung des Körpers führt.

Dies wird in der Literatur u.a. durch Spengler (1978) (Klageschrift Anlage K 6) bestätigt:

“Die Entwicklung der unbehandelten Transsexualität weist in aller Regel Merkmale schwerster psychischer Beeinträchtigungen auf.” (Spengler 1978: 1193)

Der akute psychische Schaden selbst ist in Anlage K 5 bzw. Anlage K 42 dokumentiert (z.B. Bluthochdruck, Suizidalität).

Die Klägerin geht davon aus, dass es jedem durchschnittlich empfindenden Menschen nachvollziehbar ist, dass es ein ganz perverses Verbrechen ist, eine Person weiblicher sexueller Identität zu zwingen, Glatzebildung zu erleiden. Dies umso mehr, wenn sich das Oper in einem Alter befindet, indem das Aussehen von besonderer Wichtigkeit ist, also im Alter zwischen 13 und 55 Jahren.



Männer mögen sich bitte vorstellen, was sie empfinden würden, wenn sie ohnmächtig miterleben müssten, wie die Frau, die sie für sich gewinnen konnten, von einem Arzt gezwungen wird, Glatze zu bekommen, ohne eingreifen zu können, ohne sich gegen das Vorgehen des Arztes wehren zu können. Vermutlich würden sie mit ohnmächtiger Wut und unter Vollstress stehend den Tag verbringen.

Wenn sie es gar nicht mehr aushalten können, dann haben sie vielleicht noch das Glück, eine andere Frau zu finden. Die Person weiblicher Geschlechtsidentität hat keine Chance. Sie ist erledigt.

Das Team der Sendung "Ein Fall für Escher" wollte mal eine Sendung mit Frauen die Perücke tragen gestalten. Die Sendung konnte nicht produziert werden, weil letztlich alle betreffenden Frauen einen Rückzieher gemacht haben. Auf eine Perücke angewiesen zu sein ist ein schwerer Schaden, der zutiefst die menschliche Seele einer Frau verletzt.

Beweis: Zeugenvernehmung Peter Escher,  
zu laden über den Mitteldeutschen Rundfunk  
Kantstr. 71  
04275 Leipzig

Es ist menschenverachtend und zynisch, wenn im vorliegenden Verfahren von Vertretern der Ärzteseite so getan wird, als sei das mit dem Haarausfall alles gar nicht so schlimm, die Patientin könne doch Perücke tragen.

Genauso könnte man einem nach behandlungsfehlerhafter Rückenmarksanästhesie Querschnittsgelähmten vorhalten, was er denn eigentlich wolle, er könne doch einen Rollstuhl benutzen.

Für den Fall, dass das Gericht Zweifel hat, dass das Behandlungsvorgehen der Beklagten folgerichtig und zwangsläufig zu Traumatisierungen, die daraus resultierenden körperlichen Schäden zu schweren Traumatisierungen führen müssen, wird ausdrücklich beantragt, dass dazu eine Stellungnahme eines (zumindest von den Zwitterbehandlungsprogrammen) unabhängigen, wissenschaftlich auf dem Gebiet der Psychotraumatologie tätigen Sachverständigen eingeholt wird.

Sachverständig auf dem Gebiet der Psychotraumatologie sind:

Prof. Gottfried Fischer  
Direktor der Abteilung Klinische Psychologie/Psychotherapie  
Psychologisches Institut  
Universität zu Köln

Dr. Monika Becker-Fischer  
DIPT Deutsches Institut für Psychotraumatologie  
Springen 26, 53804 Much  
Tel.: (02245) 9194-0 (aktuell 2003)

Hilfsweise wird beantragt, einen dieser Sachverständigen als sachverständigen Zeugen zu hören.

Der Gutachter wird aufgefordert, die Ausführungen in seinem Gutachten zu überdenken:

Er wird insbesondere aufgefordert, die Ergebnisse wissenschaftlichen Kriterien genügender Studien zur Kenntnis zu nehmen und anzuerkennen, dass eine sexuelle Identität körperlich festgelegt ist und somit im Fall der Klägerin Intersexualität vorliegt und niemals "Transsexualität". Andernfalls wird er aufgefordert, für seine abweichende Position wissenschaftlichen Kriterien genügende Studien vorzulegen.

Er wird aufgefordert, anzuerkennen, dass es für eine Zwangspsychotherapie und für eine Psychotherapie als Voraussetzung einer somatischen Behandlung zu keinem Zeitpunkt eine medizinische Grundlage gab.

Er wird aufgefordert, anzuerkennen, dass es für den "Alltagstest" zu keinem Zeitpunkt eine medizinische Grundlage gab.

Er wird aufgefordert, einzugestehen, dass es keine Grundlagen gibt, auf die man die Annahme stützen könnte, dass die Beurteilung einer sexuellen Identität und damit die Entscheidung über die Inanspruchnahme der Hormontherapie von einem Arzt/Psychologen richtiger getroffen werden kann, als vom Patienten.

Er wird aufgefordert, einzugestehen, dass eine Verzögerung der Hormontherapie ein ganz klarer Behandlungsfehler ist.

Er wird aufgefordert, die medizinisch altbekannte Tatsache, dass Männer allein aufgrund ihres höheren Spiegels männlicher Hormone häufiger Haarausfall bekommen als Frauen, und dieser durch die Hormontherapie bei der Klägerin gestoppt wurde, anzuerkennen.

Er wird aufgefordert, zuzugeben, dass sowohl die Diagnose "Transsexualität" als auch die Indikation zur Genital-Operation willkürlich gestellt wird.

Er wird aufgefordert, die von Intersexuellengruppen und aus der Fachliteratur bekannten Aussagen, wonach die Beseitigung der Glans, die Nichtanlage einer sensiblen Klitoris zu einer dramatischen Beeinträchtigung der Sexualität und in der Regel zur Zerstörung der Orgasmusfähigkeit führt, anzuerkennen.

Er wird aufgefordert anzuerkennen, dass das in den sogenannten "Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen" angeleitete Behandlungsvorgehen einen systematischen Zerstörungsprozess von Menschen bedeutet, und die Ursache für die verheerende gesundheitliche und daraus resultierend soziale Situation der damit Geschädigten ist.

Er wird aufgefordert, anzuerkennen, dass dieses Behandlungsvorgehen (von wenigen Ausnahmefällen abgesehen) faktisch allein ursächlich ist für schwerste Traumatisierungen, Arbeitslosigkeit, Suchtmittelabhängigkeit, soziale Verelendung und Suizidalität bei den Opfern dieser Praktiken.

Angemessenes Schmerzensgeld: Darunter versteht die Klägerin eine dem Ziel des zivilrechtlichen Schadensersatzes entsprechend bemessene Entschädigung. Im Idealfall ist eine geschädigte Person im Ergebnis eines Zivilprozesses so gestellt, als hätte sie den Schaden nicht erlitten. Für immaterielle Schäden bedeutet dies, dass es das Schmerzensgeld dem Geschädigten ermöglichen muss, sein Leben so zu führen, dass er im Idealfall ein Lebensgefühl entwickeln kann, als würden die durch den/die Schädiger verursachten gesundheitlichen Schäden nicht bestehen. Das ist natürlich nicht möglich. Mindestens aber muss das Schmerzensgeld einem Geschädigten die Möglichkeit gegen, sein Leben so zu gestalten, dass der gesundheitliche Schaden etwas beiseite geschoben werden kann, dass er nicht die Lebensqualität des Geschädigten vordergründig bestimmt.

Die Klägerin kann sich nicht vorstellen, dass die im Rahmen des PKH-Verfahrens vom Gericht zuerkannte Schmerzensgeldmindesthöhe von täglich ca. 6 € (insgesamt 120.000 €) dafür ausreichend ist. Sie hat auch Zweifel, dass die bisher zuerkannten gering erscheinenden Schmerzensgelder (möglicherweise infolge entsprechender Klageanträge) bei schweren dauerhaften Schäden, zum Beispiel für einen ab Hüfte Querschnittsgelähmten ca. 240.000 €, was bei Schadenseintritt mit dem 30. Lebensjahr einem Betrag von täglich ca. 12 € entspricht, überhaupt geltender Rechtslage entsprechen und damit verfassungsgemäß sind.

Sicher muss man im Blick behalten, dass bei einem Querschnittsgelähmten ein großer Teil des Schadens zusätzlich über den materiellen Schadensersatz ausgeglichen werden kann, was bei der Klägerin so nicht der Fall ist.

Zum Vergleich: Der, von Nervenleiden abgesehen, nicht gesundheitlich geschädigte ehemalige Leipziger Oberstaatsanwalt und spätere Präsident des Amtsgerichts Chemnitz, Norbert Röger, fordert wegen in der Öffentlichkeit verbreiteter unbewiesener Verdächtigungen im Zusammenhang mit der sächsischen Korruptionsaffäre vom Freistaat Sachsen eine Entschädigung von 250.000 €.

Quelle: LVZ-Online 02.04.2008: <http://www.lvz-online.de/aktuell/co...>  
hier vorgelegt als Anlage BK 49.

S., Klägerin