

Von der Transsexualität zur Gender-Dysphorie

Beratungs- und Behandlungsempfehlungen bei TransPersonen

David Garcia^a, Patrick Gross^b, Myshelle Baeriswyl^c, Dieter Eckel^d, Dorothea Müller^e, Caroline Schlatter^f, Udo Rauchfleisch^g

Quintessenz

- Obwohl die Alltagstheorie der Zweigeschlechtlichkeit Unbezweifelbarkeit vorgibt, bezeichnen Geschlecht und Geschlechtsidentität – auch im medizinisch-psychiatrischen Kontext – Dimensionen und nicht Kategorien. Die Gendervarianz hat keinen pathologischen Wert.
- Als psychologisch-biographisches Phänomen ist jede Geschlechtsidentitätsvariante im subjektiven Erleben verankert. Weder kann deren Entwicklung angehalten noch deren Positionierung innerhalb des Geschlechtsidentitäts-Kontinuums beeinflusst werden.
- Die Einführung der Diagnose «Genderdysphorie» (DSM-5) rückt das Erleben der TransPersonen und die Gründe für die Notwendigkeit der individuell zu gestaltenden Transition in den Vordergrund. Damit werden pathologisierende Geschlechtsidentitätskonzepte und fixe Behandlungsrichtlinien (Alltagstest, 2-Jahres-Regel etc.) verlassen.
- Die geschlechtsangleichende Operation ist nur eine mögliche Station der Transition. TransPersonen sind zeitlebens auf medizinische und manchmal auf psychotherapeutische Nachsorge angewiesen.
- Folgende Empfehlungen können und dürfen weder als Checklisten noch als standardisiertes Prozedere betrachtet werden. Beratung und Behandlung müssen individuell erfolgen.

Die Existenz von lediglich zwei Geschlechtern scheint in der aktuellen gesellschaftlichen Logik unbestritten. Die «Alltagstheorie der Zweigeschlechtlichkeit» lässt uns glauben, wir selbst und unsere Patient_innen* seien entweder Männer oder Frauen [1]. Sie suggeriert, das Geschlecht bestehe fix bei der Geburt und lasse sich an den sichtbaren Geschlechtsorganen zweifelsfrei ablesen. Besonders das biologisch geprägte medizinische Umfeld legt das Geschlecht als natürlich, kulturunabhängig und indiskutabel fest: Man(n) ist Mann, weil extrauterin ein Penis sichtbar ist, der intrauterin entstand, weil man(n) Mann ist. Dieser Zirkelschluss ist oft von geisteswissenschaftlicher Seite [2, 3] und von gendervarianten Personen angeprangert worden [4].

Gendervarianz tritt bei Menschen auf, die ihre Geschlechtsidentität anders erleben als sie von der Aussenwelt festgelegt wird. Das sind Personen mit intersexuellen Geschlechtsmerkmalen oder TransPersonen (ehemals: Transsexuelle). Die Spannung zwischen der angeborenen Anatomie und dem Erleben des Geschlechts kann sich bei diesen Menschen auf verschiedenen Ebenen und in unterschiedlichem Ausmass zeigen. Eine Gendervarianz ist nicht pathologisch. Vielmehr widerspiegelt dieses Phänomen die Tatsache, dass Geschlechtsidentität –

auch im medizinisch-psychiatrischen Kontext – mehr als Dimension denn als Kategorie gesehen werden muss. Geraten gendervariante Menschen unter einen grossen bio-psycho-sozialen Druck, sodass sie sich geschlechtsangleichende Schritte überlegen, entsteht ein Leiden, das – medizinisch formuliert – Krankheitswert erhält. Gemäss DSM-5 wird ein solcher Zustand als Gender-Dysphorie (GD) bezeichnet (Tab. 1) [5]. Genderdysphorische Menschen sind also nicht nur unzufrieden mit dem ihnen zugeschriebenen Geburts-geschlecht, sie leiden auch darunter. Deshalb suchen sie fachspezifische Hilfe.

Die klinische Erfahrung und die Literatur zeigen, dass eine adäquate (geschlechtsangleichende) Behandlung zu einer deutlichen Reduktion der genderdysphorischen Problematik, zur Verbesserung allfälliger psychiatrischer und somatischer Sekundärpathologien und zur Steigerung der Lebensqualität führt [6–8]. Da die Behandlung von TransPersonen im medizinischen Alltag relativ selten vorkommt und die GD am Axiom der Naturhaftigkeit der Geschlechtsidentität rüttelt, war und ist der Bedarf nach standardisiertem Vorgehen seitens der Behandelnden für diese Patient_innen-Gruppe gross. Die *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH; früher *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association*, HBGDA) publiziert seit 1979 solche Behandlungsleitlinien (*Standards of Care*, SoC), die eine Orientierung hinsichtlich psychotherapeutischer und medizinischer Beratung und Therapie bei jedem Transitionsschritt geben. Die letzte SoC-Version (SoC7) wurde von der WPATH 2011 publiziert [9]. Eine angepasste Version für die deutschsprachigen Länder sollte nachgereicht werden (Stand [10]), allerdings kann sich dieser Prozess beträchtlich verzögern. Da aber gleichzeitig die bisherigen deutschen [11] und schweizerischen Standards [12] aufgrund klinischer, wissenschaftlicher, juristischer und menschen-

^a UniversitätsSpital Zürich, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zürich

^b Psychotherapeutische Praxis, Basel

^c Fachstelle für Aids- und Sexualfragen, St. Gallen

^d Psychotherapeutische Praxis, Zürich

^e Psychotherapeutische Praxis, Zürich

^f Psychotherapeutische Praxis, Zürich

^g Psychotherapeutische Praxis, Basel

* Um die Vielfalt unterschiedlicher Geschlechter und Geschlechtsidentitäten darstellen zu können, werden in diesem Text Pluralformen mit einem «gender gap» (z.B. Patient_innen) gekennzeichnet. Der gender gap ist als Alternative zum Binnen-I (z.B. PatientInnen) zu verstehen und dient der Öffnung des Raumes für Geschlechter und Geschlechtsidentitäten jenseits des binären Geschlechtskonzepts.



David Garcia

Die Autorinnen und Autoren haben keine finanzielle Unterstützung und keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

rechtlicher Gründe als obsolet betrachtet werden müssen, drängt sich bis zur Publikation der neuen AWMF-registrierten deutschsprachigen Leitlinie eine Zwischenlösung auf. Sie wurde im Auftrag des Gender-Dysphorie-Teams am USZ von den Autor_innen auf der Basis ihrer klinischen Erfahrung und unter (selektiver) Berücksichtigung der wissenschaftlichen Literatur verfasst. Das Gender-Dysphorie-Team besteht aus Vertreter_innen folgender Kliniken: Klinik für Psychiatrie, Klinik für Ohren-, Hals-, Nasen- und Gesichtschirurgie, Klinik für Reproduktionsendokrinologie, Klinik für Gynäkologie und Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie.

Das Dokument soll eine Beratungs- und Behandlungsbasis sein für Menschen mit einer GD im Allgemeinen und für TransPersonen im Speziellen. Wegen der klinischen Relevanz und

Häufigkeit fokussiert die folgende Anleitung auf wichtige Rahmenbedingungen im medizinischen Umgang mit TransPersonen. Ebenso gelten diese Empfehlungen für Menschen mit intersexuellen Merkmalen,

die zusätzlich eine GD aufweisen. Auf eine spezifische Berücksichtigung der Situation von Menschen mit intersexuellen Merkmalen ohne GD kann hier nicht eingegangen werden.

Die Empfehlungen beziehen sich nur auf die Situation von erwachsenen Patient_innen, nicht auf die Beratung und Behandlung von genderdysphorischen Kindern und Jugendlichen. Behandlungsanleitungen für die letztgenannte Gruppe gibt es für den deutschsprachigen Raum keine, zukünftige Empfehlungen sollten sich aber auf jeden Fall ebenfalls an den SoC7 orientieren. Keineswegs darf die folgende Anleitung – was leider in der Vergangenheit oft mit anderen Anleitungen oder den SoC geschah – als Checkliste oder als feste Abfolge betrachtet werden, weil sich so eine spezifische Betrachtung des genderdysphorischen Menschen erübrigen würde. Das gilt nicht nur für die behandelnden Therapeut_innen, sondern besonders auch für Vertreter_innen der Kostenträger und für juristische Instanzen.

Problematik der Prävalenz und Ätiologie

Mit der Einführung des GD-Begriffs schafft die DSM-5 einen breiten Schirmbegriff, worunter sich eine heterogene Patient_innen-Gruppe befindet, die bisher unter anderem in (nicht ganz deckungsgleiche) Kategorien wie *Störung der Geschlechtsidentität* (DSM-IV) [13] oder *Transsexualismus* (ICD-10) [14] unterteilt war. Letztgenannte Begriffe sollten aufgrund ihrer normierenden, pathologisierenden Sicht im medizinischen Alltag vermieden werden. Auf der epidemiologischen Ebene erschwert diese Schwierigkeit der Unterscheidung eine genaue Erfassung der TransBevölkerung, was in der Fachwelt kontrovers diskutiert wird [15, 16]. Je nach Definition, Erfassungsort und Messzeitpunkt liegt die Prävalenzspanne für TransFrauen (ehemals: Mann-zu-Frau-Transsexuelle) zwischen 1:100 000 und 1:1000, während für TransMänner (ehemals: Frau-zu-Mann-Transsexuelle) Zahlen zwischen 1:400 000 und 1:2000 berichtet werden [17, 18]. Für die Schweiz existieren keine Angaben. Wir gehen von mehreren Tausend Personen aus. Aktuell melden sich pro Woche eine bis zwei Personen in der Sprechstunde für Gender-Dysphorie am UniversitätsSpital Zürich an.

Die Faktoren, welche die Geschlechtsvarianz beeinflussen und zur Entstehung einer GD beitragen, sind bisher weitgehend unbekannt. Zwar gibt es immer wieder Untersuchungen, welche Unterschiede auf der genetischen [19], hirnstrukturellen [20, 21], hirnfunktionellen [22, 23] oder endokrinologischen Ebene [24] zwischen Trans- und Nicht-TransPersonen feststellen. Allerdings leiden viele dieser Studien unter erheblichen wissenschaftstheoretischen und/oder methodischen Mängeln, und sie konnten teilweise nicht reproduziert werden [25–27]. Von psychodynamischer Seite gibt es verschie-

Die klinische Erfahrung und die Literatur zeigen, dass eine adäquate geschlechtsangleichende Behandlung zu einer deutlichen Reduktion der genderdysphorischen Problematik, zur Verbesserung allfälliger psychiatrischer und somatischer Sekundärpathologien und zur Optimierung der Lebensqualität führt

Tabelle 1

Gender-Dysphorie (DSM-5: 302.85).

Kriterium A	Eine ausgeprägte Inkongruenz zwischen erlebter/erfahrener und (bei Geburt) zugeschriebener Geschlechtsidentität, die mindestens 6 Monate dauert und sich durch zwei oder mehr der folgenden Merkmale manifestiert: <ul style="list-style-type: none"> – Ausgeprägte Inkongruenz zwischen der erlebten/erfahrenen Geschlechtsidentität und den primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmalen (oder im Fall von Jugendlichen: den vorweggenommenen Auswirkungen von sekundären Geschlechtsmerkmalen) – Starken Wunsch, aufgrund der erlebten/erfahrenen Geschlechtsidentität sich der primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale zu entledigen (oder im Fall von Jugendlichen: der Wunsch, die Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale zu verhindern) – Starken Wunsch, die primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale des anderen Geschlechts zu besitzen – Starken Wunsch, dem anderen (oder einem zum zugewiesenen alternativen) Geschlecht anzugehören – Starken Wunsch, als Angehöriger des anderen (oder eines zum zugewiesenen alternativen) Geschlechts behandelt zu werden – Starke und feste Überzeugung, dass man die typischen Gefühle und Reaktionen des anderen (oder eines zum zugewiesenen alternativen) Geschlechts zeige
Kriterium B	Der Zustand ist verknüpft mit klinisch relevantem Leiden oder Beeinträchtigung im sozialen, in beruflichen oder in anderen wichtigen Funktionsbereichen. Oder der Zustand ist mit einer deutlich erhöhten Wahrscheinlichkeit verbunden, ein solches Leiden bzw. eine solche Beeinträchtigung hervorgerufen zu werden.
Subtypen	<ul style="list-style-type: none"> – Mit Störung der Sexualentwicklung (mit DSD) – Ohne Störung der Sexualentwicklung (ohne DSD)
Weitere Kennzeichnung	<ul style="list-style-type: none"> – Gender-Dysphorie in Transition – Gender-Dysphorie, posttransitioniert

dene Theorien, welche die Ursachen der GD in Auffälligkeiten in der Bindung zwischen der betroffenen Person zur Mutter, zum Vater oder zu beiden Elternteilen sehen [28–31] oder die Transidentität als Symptom einer psychotischen Störung verstehen [32]. Mangels empirischer Fundierung müssen diese Ansätze als Hypothesenbeiträge zum Verständnis des komplexen GD-Phänomens betrachtet werden [33].

Erstvorstellung von TransPersonen

Wie TransPersonen ins medizinische System gelangen, ist so verschieden wie diese Patient_innen selbst. In der Regel bedarf es grosser Überwindung, bis jemand über sein Unbehagen mit dem eigenen Geburtsgeschlecht erzählt. Berichten Menschen erstmals über ihre GD in der Praxis, muss dies als Vertrauen zur Fachperson verstanden werden. Daher erstaunt nicht, dass viele dieser Menschen zuerst mit somatischen Primärversorger_innen darüber reden. Folglich sollen die somatischen Kolleg_innen ermutigt werden, sich mit der GD-Thematik auseinanderzusetzen. Erfahren die TransPersonen bereits dort eine wertschätzende, ergebnisoffene Haltung, kann dies das Leid beträchtlich reduzieren [34]. Unnötig zu betonen, dass die Überweisung von TransMenschen zu einer psychotherapeutisch geschulten Fachperson nie zwangsmässig stattfinden darf. Abklärung, Beratung und/oder Behandlung der GD (und allfälliger Sekundärpathologien) durch spezialisierte Psychiater_innen und Psycholog_innen ist eine Option, die nur dann Erfolge erzielen kann, wenn die TransPerson selbst von diesem Schritt überzeugt ist.

Im Erstgespräch kann z.B. die Erzählung über den sich bereits seit früher Kindheit abzeichnenden Kontrast zwischen vorhandenem Körper und Geschlechtsidentität in den Vordergrund treten. Manchmal gewinnt die genderdysphorische Spannung aber auch erst im Verlauf des Lebens an Bedeutung. Als psychologisch-biographisches Phänomen ist jede Geschlechtsidentitätsvariante – unabhängig davon, ob sie Trans ist oder nicht – im subjektiven Erleben verankert. Weder kann diese Identitätsentwicklung

Die Überweisung von TransMenschen zu einer psychotherapeutisch geschulten Fachperson darf nie zwangsmässig stattfinden

angehalten noch die Identitätspositionierung innerhalb des Geschlechterkontinuums beeinflusst werden. TransPersonen durchlaufen diesbezüglich eine komplexe Entwicklung, da sie parallel zur unaufhaltsamen Herausbildung ihrer Geschlechtsidentität feststellen müssen, dass ihr Körper Geschlechtsmerkmale entwickelt, die nicht dazu passen. In manchen Fällen führt dieser Bewusstwerdungsprozess dazu, dass TransPersonen nach einer Klärung der Gründe für das Unbehagen im Geschlechts-(Identitäts-)erleben suchen; in anderen Fällen fragen TransMenschen nach Unterstützung bei einer sich bereits abzeichnenden Transition. Es gibt Situationen, in denen nicht nur einzelne Personen, sondern ganze soziale Systeme (Eltern, Ehepaare, Kinder etc.) der Unterstützung bedürfen [35].


Unabhängig vom Auftrag der TransPersonen sollten sich die Fachleute, welche die Begleitung und Behandlung solcher Personen übernehmen, bewusst sein, dass ein Unterschied besteht zwischen Geschlechtsidentität und sexueller Präferenz/Orientierung [36] sowie der nichtpathologischen Vielfältigkeit, Geschlechtsidentität zu erleben und zu gestalten. Auch sollten Fachpersonen um die pathogenen Schwierigkeiten wissen, die ein Leben als geschlechtsdyskonforme Person in einer binär-geschlechtlichen Gesellschaft mit sich bringen kann.

Prozesshafte Diagnostik

Die GD ist als intrapsychisches Phänomen nicht falsifizierbar und stellt eine Selbstdiagnose dar. Daher kann es nur frustrierend sein, den diagnostischen Prozess auf die Frage der «tatsächlichen» Existenz einer GD einzuschränken. Es kann nur im Ermessen der einzelnen TransPerson liegen, ihre Geschlechtsidentität zu benennen und wie sie diese gestalten möchte (Querschnittsperspektive).

Eine GD kann unabhängig von der Notwendigkeit oder vom Wunsch nach geschlechtsangleichenden medizinischen Massnahmen vorliegen und individuell unterschiedlich stark ausgeprägt sein. Daher soll sich der diagnostische Prozess nach Feststellung einer GD auf die Berichte der TransPersonen hinsichtlich Dauer und Persistenz der genderdysphorischen Symptomatik konzentrieren (Längsschnittsperspektive). Dort, wo eine Beeinträchtigung auftritt, soll deren Ausmass eingeschätzt und der situative Kontext genau beschrieben werden. Ebenso sind induzierende, aufrechterhaltende und verstärkende Faktoren sowie psychodynamische Zusammenhänge zu explorieren und zu beschreiben. Gefragt werden soll nicht nur nach potentiellen Defiziten, sondern auch nach vorhandenen Ressourcen, erfolgreichen Strategien und allfälligen Wünschen hinsichtlich geschlechtsangleichender Interventionen. Informationen über die Möglichkeiten und Grenzen geschlechtsangleichender medizinischer Massnahmen sind – wenn solche Schritte gewünscht werden – bereits in einem frühen Stadium des diagnostischen Prozesses zu vermitteln. Diese Beratung kann jedoch die fachspezifische Aufklärung durch die entsprechenden Spezialisten nicht ersetzen.

Eine GD kann unabhängig vom Wunsch nach geschlechtsangleichenden medizinischen Massnahmen vorliegen und individuell unterschiedlich stark ausgeprägt sein

Dieses Vorgehen wird sich über mehrere Untersuchungstermine erstrecken. Dabei werden die genannten Ziele durch die fundierte Erhebung des aktuellen und des (allenfalls vorhandenen) früheren Leidensdrucks, des psychischen Befunds, der GD-relevanten Sozialanamnese und der Exploration der psychosexuellen Entwicklung erreicht. Die Diagnose einer GD kann als hinreichend gesichert gelten, wenn die untersuchende Fachperson zu der begründeten Auffassung gelangt, dass die DSM-5-Kriterien erreicht sind (Abb. 1 ). Die Diagnose ist nicht zwingend an eine minimale Sitzungszahl oder an

das diagnostische Zeitkriterium (6 Monate) gebunden. Es liegt im Ermessen der untersuchenden Fachperson, je nach Umständen den Beobachtungszeitraum bis zur gesicherten Diagnose zu verkürzen. Diese Situation liegt dann vor, wenn neben der Exploration zusätzlich mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt ist bzw. schon vor der Konsultation der/des Untersuchenden erfüllt war (Tab. 2 [↩](#)). Die Kriterien beruhen auf biographischen Informationen, die von den TransPersonen (bzw. deren Umfeld) plausibel dargelegt werden sollen (Tab. 3 [↩](#)).

Differentialdiagnostische und weitere (psychiatrische) Überlegungen

Eine sorgfältige, am Prozess orientierte und differenzierte Diagnostik ist nötig, um gut begründete Empfehlungen zu den medizinischen geschlechtsangleichenden Massnahmen abzugeben, die dem Individuum angepasst und modular aufgebaut sind. Die Diagnostik liefert die Basis für die Einschätzung, ob die TransPerson ausreichend psychisch und sozial stabil ist für eine Transition. TransPersonen sind hinsichtlich ihrer Persönlichkeitsstrukturen, psychosozialen Merkmale und sexuellen Orientierung/Präferenz äusserst heterogen. Darum gilt es, eine GD differentialdiagnostisch insbesondere von einem reaktiven bzw. sekundären Erleben im Rahmen verschiedener Phänomene abzugrenzen (Tab. 4 [↩](#)). Liegen psychiatrische Komorbiditäten vor, ist deren zeitlicher, kausaler und psychodynamischer Zusammenhang zu beachten. Wenn die TransPerson klinisch relevante psychopathologische Symptome aufweist, ist die Einleitung einer psychotherapeutischen und/oder auch einer psychopharmakologischen Behandlung zu erwägen. Diese Schritte ersetzen die Transition nicht und können je nach Situation parallel dazu durchgeführt werden.

Als weiterer wichtiger Aspekt muss der psychosoziale Hintergrund der TransPerson beurteilt werden. Die Einleitung geschlechtsangleicherender Massnahmen kann nämlich ein entscheidender Schritt bei einer Transition sein. Gerade hier ist auf eine sorgfältige individuelle Planung der Schritte (z.B. Coming-out am Arbeitsplatz, bei den Eltern etc.) zu achten. Diese Planung wird durch eine solide psychosoziale Basis vereinfacht. Sollte letztere aus Gründen, die mit der GD selbst zusammenhängen, nicht gegeben sein, ist es vorrangig – je nach Priorität der TransPerson –, sie in diesen Bereichen zu unterstützen. Es gilt, Kontakt mit den konfliktverursachenden Stellen aufzunehmen (Eltern, Schule, Arbeit, Ämter etc.), um Missverständnisse hinsichtlich Transition und transphobe Haltungen seitens des Umfelds klären zu können. Genderdysphorische Personen sollen ermuntert werden, Kontakt mit anderen TransPersonen aufzunehmen (z.B. über www.tgns.ch) und spezifische Literatur zu lesen. In manchen Fällen hängen die Symptome der psychischen und sozialen Ebene eng miteinander zusammen, so dass eine gleichzeitige Behandlung beider Problemfelder sinnvoll ist. Gelegentlich kann aber auch eine Priorisierung sozialer Massnahmen (z.B. Verlassen eines transphoben Umfelds) von grösster Wichtigkeit sein.

Bei TransPersonen im zeugungsfähigen Alter muss im Rahmen der Transitionsplanung besonders die Frage eines Reproduktionswunschs geklärt werden

Abschluss der diagnostischen Assessments und Planung der Transition

Die Transitionsplanung darf sich nicht nur auf die komplexe psychotherapeutische und psychosoziale Einschätzung beschränken. Von grosser Bedeutung für den

Tabelle 2

Häufig genannte gendervariante biographische Aspekte, die im Rahmen einer GD genannt werden.

- Gefühl des Andersseins, das nicht in Worte oder Kategorien gefasst werden kann
- Nichtgeschlechtskonforme Interessen und Spielverhalten als Kind/Jugendliche_r (inkl. Cross Dressing)
- Eintretende Entspannung beim episodischen Ausleben der erlebten Geschlechtsrolle
- Konflikte mit der Umwelt wegen nichtgeschlechtskonformer Verhaltensweisen
- Sozialer Rückzug in eine Phantasiewelt
- Pubertätskrisen (bis zu behandlungswürdigen psychiatrischen Störungen)
- Schwierigkeiten, sich nackt zu betrachten, bis hin zu Ekelgefühlen gegenüber den angeborenen Geschlechtsmerkmalen
- Sexuelle Phantasien im Identifikationsgeschlecht
- Hass auf die Körpermerkmale des Geburtsgeschlechts (samt Selbstverletzungen in diesen Bereichen)
- Passagere anorektische Verhaltensweisen mit dem Ziel, die Körpermerkmale geschlechtsneutral zu halten
- Gedankliche Einengung auf die Geschlechtsidentitätsproblematik
- Hoher Anpassungsdruck, der in der Vergangenheit einen Geschlechtsrollenwechsel verhinderte

Tabelle 3

Hinweise auf eine seit längerer Zeit bestehende GD.

- Phasen und/oder zeitweiliges Auftreten im privaten Bereich in der erlebten geschlechtsidentitätskonformen Rolle, während im beruflichen bzw. öffentlichen Bereich weiterhin das Geburtsgeschlecht gelebt wird («Doppelleben»); der Klient/die Klientin erlebt in der Geschlechterrolle des Identitätsgeschlechts ein höheres Mass an Wohlbefinden als im Geburtsgeschlecht
- Komplette vollzogene geschlechtsidentitätskonformer Rollenwechsel über einen längeren Zeitraum im privaten und öffentlichen Bereich mit subjektiv erlebtem Wohlbefinden
- Erhebliche Anstrengungen, primäre Geschlechtsmerkmale trotz Schmerzen zu verbergen (z.B. Abbinden der weiblichen Brust oder Zurückbinden des Penis)
- Leidensdruck in Form anderweitiger psychiatrischer Störungen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit direkt und/oder indirekt mit der GD in Verbindung stehen
- Kosmetische irreversible Eingriffe und/oder Operationen mit dem Ziel, das äussere Erscheinungsbild dem Identifikationsgeschlecht anzugleichen
- Durchführung von partiell reversiblen geschlechtsangleichenden Massnahmen (wie z.B. Einnahme von Hormonpräparaten in Eigenregie) über einen längeren Zeitraum mit dem Ziel, das äussere Erscheinungsbild dem Identifikationsgeschlecht anzugleichen
- Fremdbefunde über frühere Behandlungen wegen einer Geschlechtsdysphorie
- Berichte von Angehörigen oder anderen engen Bezugspersonen, die eine Geschlechtsdysphorie nahelegen

Tabelle 4

Differentialdiagnostische Überlegungen bei der Beurteilung einer GD.

Verkennung der geschlechtlichen Identität im Rahmen der Akutsymptomatik einer psychotischen Erkrankung
Identitäts- und Rollendiffusion im Rahmen schwerer Persönlichkeitsstörungen
Ich-dystone Homosexualität
Identitätswechsel im Rahmen struktureller Dissoziation
Isolierter (fetischistischer und nichtfetischistischer) Transvestitismus
Body Integrity Identity Disorder, deren Symptomatik sich auf primäre und/oder sekundäre Geschlechtsmerkmale fokussiert
Unsicherheiten hinsichtlich der Geschlechtsidentität im Rahmen biographischer Krisen (z.B. Adoleszenz)

weiteren Behandlungsverlauf sind die Ziele und die Zeit, in der die verschiedenen Schritte unternommen werden sollen. Die Patient_innen sollten ihre entsprechenden Vorstellungen äussern. Eine Liste der von den TransPersonen erwünschten Massnahmen und deren zeitliche Reihenfolge soll erstellt werden. Bei TransPersonen im zeugungsfähigen Alter muss besonders die Frage eines Reproduktionswunsches geklärt werden. Ob die Erfüllung eines Kinderwunsches im Kontext der GD möglich ist, soll frühzeitig mit den entsprechenden Fachärzt_innen (Gynäkologie, Urologie, Reproduktionsmedizin) besprochen und geklärt werden.

Die (manchmal sehr hohen) Erwartungen der TransPersonen an die Resultate der medizinischen Interventionen sind mit realistischen Prognosen zu kontrastieren. Auf diese Weise kann bereits zu diesem Zeitpunkt eine adäquate, realitätsnahe und den Prinzipien des *informed consent* entsprechende Entscheidung getroffen

Mit dem hier vorgeschlagenen Vorgehen werden frühere rigide Konzepte (z.B. 1-jähriger «Alltagstest») und Fristen (z.B. 2-Jahres-Frist vor Operation) verlassen

für die Operation etc.) bezeichnet. Es muss hier jedoch festgehalten werden, dass eine fundierte Einschätzung einer GD und das Aufstellen eines zuweilen komplexen Transitionsplans zwar einer fachspezifischen Expertise bedürfen, dass die daraus entstehende Beurteilung aber schon aus formalen Gründen die Bedingungen eines Gutachtens nicht erfüllt. Diese Vorgänge Gutachten zu nennen ergibt auch keinen Sinn: TransPersonen sind Patient_innen, die wegen einer anerkannten Symptomatik medizinisch-psychiatrische Versorgung brauchen. Sie stehen in keinem straf- oder zivilrechtlichen Kontext und sollen von den betreffenden Fachpersonen auch nicht so beurteilt werden.

An dieser Stelle sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass mit dem hier vorgeschlagenen Vorgehen frühere rigide Konzepte (z.B. einjähriger «Alltagstest») und Fristen (z.B. 2-Jahres-Frist vor Operation) verlassen werden. Nicht mehr das starre Befolgen eines standar-

werden. Damit ist der letzte Schritt getan, so dass eine Überweisung zu anderen Fachkolleg_innen stattfinden kann. Gelegentlich wird dieser Schritt als «Ausstellen eines Gutachtens» (für die Hormonbehandlung,

disierten Prozederes, sondern die individuelle Begleitung der TransPersonen steht im Vordergrund. Es kann Situationen geben, in denen es sinnvoll ist, als Behandler_in eine genderdysphorische Person zu Selbsterfahrungen in der öffentlich erlebten Geschlechtsrolle (im Sinne eines «Alltagstests») zu ermutigen. Es wird auch Situationen geben, in denen sich die Zeitvorstellungen der Patient_innen hinsichtlich Transition schwer mit der Beurteilung der Behandler_innen decken, was selbst schon zu zeitlichen Verschiebungen führen wird. Diese Situationen müssen im individuellen Rahmen besprochen und gelöst werden, ohne auf das abstrakte und generalisierende Instrument der SoC zurückzugreifen.

Das Gender-Dysphorie-Team bevorzugt ein duales psychotherapeutisches Konzept, bei dem das hausinterne Psychiatrieteam das diagnostische Assessment einer allfällig vorliegenden GD und die darauffolgende Transitionsbetreuung der Patient_innen übernimmt, während andererseits die psychotherapeutische Begleitung/Betreuung im eigentlichen Sinne von einer hausernen Instanz durchgeführt wird (ambulante Psychotherapeutin, ambulanter Psychotherapeut, psychiatrisches Ambulatorium etc.). In Ausnahmefällen kann das USZ jedoch eine Transitionsbegleitung auch aus einer Hand durchführen. In den Fällen, wo keine klinisch relevanten Störungsbilder bestehen, eine Transition aber negative soziale Folgen nach sich zieht (z.B. Verlust des Arbeitsplatzes), wird eine ambulante psychotherapeutische Begleitung empfohlen. Diese Begleitung ist jedoch weder zwingend noch bildet sie die Voraussetzung für weitere Transitionsschritte.

Abschluss der Begleitung

Je nach Individuum und Transitionsplan wird die Intensität der Begleitung bzw. Behandlung anders ausfallen. TransPersonen mit komplexeren Verläufen werden intensiver betreut werden müssen, TransPersonen mit unkomplizierten Verläufen können auch in mehrmonatigen Abständen gesehen werden. In dieser Phase sollen die geschlechtsangleichenden Zwischenschritte einzeln, aber auch in ihrer Gesamtheit evaluiert werden. Sollte sich die erwartete Entspannung hinsichtlich GD nicht einstellen, so sollten die Gründe hierfür genau angeschaut werden. Insbesondere sind intrinsische (Ambivalenz hinsichtlich GD, Enttäuschung infolge der Interventionsresultate etc.) von extrinsischen Faktoren (Ablehnung seitens des Umfelds, Diskriminierungserlebnisse etc.) zu unterscheiden. Profitieren die TransPersonen von den durchgeführten Schritten, so sind gemäss Planung die nächsten Interventionen vorzusehen. Hierbei sollte insbesondere bei der Indikation operativer Massnahmen frühzeitig der Kontakt mit den Kosten-

Die geschlechtsangleichende Operation ist nicht Endpunkt einer Transition, obwohl die Operation oft einer der wichtigsten Schritte ist und sie von vielen TransPersonen im Rahmen des Transitionsplans als Schlussziel definiert wird

trägern gesucht werden. Es gibt im operativen Bereich keine zwingend richtige Reihenfolge. Auch hier geht es darum, im Gespräch mit der TransPerson zu eruieren, welche Eingriffe voraussichtlich zu einer Linderung der GD führen können.

Die geschlechtsangleichende Operation ist nicht Endpunkt einer Transition, obwohl die Operation oft zweifelsohne einer der wichtigsten Schritte ist und sie von vielen TransPersonen im Rahmen des Transitionsplans als Schlussziel definiert wird. TransPersonen sind zeitlebens auf medizinische Nachsorge angewiesen (Hormonbehandlung, chirurgische/gynäkologische Nachuntersuchungen). Gleichwohl wollen viele TransPersonen nach den durchgeführten Eingriffen keine weitere psychotherapeutische Begleitung, was grundsätzlich zu respektieren ist. Das GD-Team empfiehlt trotzdem eine psychotherapeutische Nachbetreuung, besonders in den (seltenen) Fällen, wo konstatiert wird, dass die operativen Eingriffe nicht zur erwarteten Linderung der GD geführt haben. In Fällen, wo sich der chirurgische Eingriff (aufgrund unerwarteter Komplikationen) komplex gestaltet, sollten die operativ tätigen Kolleg_innen und das die Transition begleitende Team eng zusammenarbeiten, bis eine Situation entsteht, die für die TransPerson zufriedenstellend ist.

Zum Schluss muss kritisch angemerkt werden, dass es im heutigen medizinischen System für die Beratung, Behandlung und Nachbetreuung von Menschen mit einer GD bedeutende Versorgungslücken gibt. Die Trans-Bevölkerung ist medizinisch und therapeutisch unterversorgt. Die Autor_innen hoffen, mit dieser Anleitung zur Linderung der Defizite beitragen zu können.

Danksagung

Die Autor_innen bedanken sich bei folgenden Expert_innen für ihre beratende Arbeit: Dr. med. N. Flütsch, dipl. psych. Hannes Rudolph, KD Dr. med. D. Pauli, Alecs Recher, MLaw, lic. phil. Martina Sturzenegger, Dr. med. B. Zwinggi.

Korrespondenz:

Dr. med. David Garcia
 UniversitätsSpital Zürich
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 Culmannstrasse 8
 CH-8091 Zürich
[david.garcia\[at\]usz.ch](mailto:david.garcia[at]usz.ch)

Weiterführende Literatur

- Fausto-Sterling A. Sexing the body: Gender politics and the construction of sexuality. New York: Basic Books; 2000.
- Murad MH, Elamin MB, Garcia MZ, Mullan RJ, Murad A, Erwin PJ, et al. Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and metaanalysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*. 2010;72(2):214–31.
- Sutcliffe PA, Dixon S, Akehurst RL, Wilkinson A, Shippam A, White S, et al. Evaluation of surgical procedures for sex reassignment: a systematic review. *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery*. 2009;62(3):294–306.
- Coleman E, Bockting WO, Botzer M, Cohen-Kettenis PT, DeCuypere G, Feldman J, et al. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *International Journal of Transgenderism*. 2012;13(4):165–232.
- Rauchfleisch U. Anne wird Tom – Klaus wird Lara. *Transidentität/ Transsexualität verstehen*. Ostfildern: Patmos; 2013.
- Rauchfleisch U. *Transsexualität-Transidentität*: Vandenhoeck & Ruprecht; 2006.
- Garcia Nuñez D, Jaeger M. Die sexuelle Gretchenfrage: Homo- und bisexuelle Menschen im ärztlichem Setting. *Swiss Medical Forum*. 2011;11(12):213–7.

Die vollständige Literaturliste finden Sie unter www.medicalforum.ch.