



Prof. Dr. Ulrich Schnyder
Klinikdirektor

PD Dr. Josef Jenewein
Leiter der Konsiliar-Liaisonpsychiatrie

Dr. D. Garcia
Oberarzt

UniversitätsSpital Zürich
Klinik für Psychiatrie
und Psychotherapie
Konsiliar-Liaison psychiatrie
Postfach 130
Rämistrasse 100
CH-8091 Zürich

Zürich, 07.09.2013

Zentrale 044 255 97 00
Telefax 044 255 97 01

Behandlungsrichtlinien Gender-Dysphoria-Team (USZ)

1. Vorwort

Am UniversitätsSpital Zürich (USZ) ist das Gender-Dysphoria-Team für die interdisziplinäre Begleitung/Behandlung von Menschen, welche über Schwierigkeiten im Bereich der Geschlechtsidentität berichten, zuständig. Das Team wird von Fachpersonen aus den Kliniken für Gynäkologie, Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie, plastische Chirurgie, Psychiatrie und Psychotherapie, und Reproduktionsendokrinologie gebildet. Aus historischen Gründen wird das Gender-Dysphoria-Team von den Kolleg_innen¹ der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie geleitet. Sie bilden somit einerseits die Hauptanlaufstelle für die Klient_innen, welche sich am USZ zur Begleitung/Behandlung melden, andererseits koordinieren sie intern die unterschiedlichen Transitionsschritte der einzelnen Klient_innen, wodurch der interdisziplinäre Wissensaustausch erleichtert und gefördert wird.

¹ Um die Vielfalt unterschiedlicher Geschlechter und Geschlechtsidentitäten darstellen zu können, werden in diesem Text Pluralformen mit einem sog. „gender gap“ (z B Klientinnen) gekennzeichnet. Der gender gap ist als Alternative zum Binnen-1 (z. B. Klientinnen) zu verstehen, welche das Lesen und Denken zu binären Vorstellungen zwingt.



Das Gender-Dysphoria-Team hat sich auf die Behandlung von erwachsenen Personen ab einem Alter von 18 Jahren spezialisiert. Jüngere Klient_innen werden von den Kolleg_innen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes bzw. am KinderSpital Zürich betreut. Die Behandlungsrichtlinien dieser Klient_innengruppe sind dementsprechend nicht Gegenstand dieses Dokuments. Hierzu sei auf internationale Vorschläge (wie z.B. von der WPATH) hingewiesen. In begründeten Ausnahmefällen kann das Gender-Dysphoria-Team die Begleitung/Behandlung eines/er Adoleszenten übernehmen, wobei hier die unterste Altersgrenze bei 16 Jahren anzusetzen ist.

Durch seine körpermedizinische und seine psychiatrisch-psychotherapeutische Expertise gewährleistet das Gender-Dysphoria-Team höchste Qualität bei der Begleitung/Behandlung von Menschen, welche Schwierigkeiten im Bereich der Geschlechtsidentität schildern. Dieses Ziel kann nur durch eine ständige Auseinandersetzung mit der Thematik der Geschlechtsidentität in Lehre und Forschung wie auch in der klinischen Dienstleistung erreicht werden. Ebenso wichtig ist das gemeinsame klinische Verständnis hinsichtlich der oft komplexen Situationen, welche die Klient_innen das USZ aufsuchen lassen. In der Folge wird der Versuch unternommen, diese gemeinsame Basis im Sinne einer USZ-internen Handlungsrichtlinie zu definieren. Hierbei ist zu beachten, dass dieser Text die umfassende und spezifische Auseinandersetzung mit der Geschichte der einzelnen Klient_innen nicht ersetzt.

In diesem Sinne können und dürfen die folgenden Anleitungen weder als „Checklisten“ noch als „standardisierte Prozedere-Schritte“ betrachtet werden.

2. Einleitung

Aus unterschiedlichen Gründen können Menschen im Verlauf ihres Lebens zur Einsicht kommen, dass ihre Geschlechtsidentität nicht (mehr) zu ihrem Geburtsgeschlecht passt. Diese Diskrepanz, auch Gender-Varianz oder Gender-Inkongruenz genannt, kann sich in manchen Fällen primär auf einer körperlichen Ebene zeigen, indem die betroffene Person ihre anatomischen – und insbesondere ihre geschlechtsspezifischen – Körpermerkmale ablehnt. In anderen Fällen wiederum wird die von der Aussenwelt vorgenommene und sich am Geburtsgeschlecht der Person orientierenden Identitätszuweisung als störend empfunden. Die hier beschriebene Gender-Varianz widerspiegelt den Umstand, dass sich die Geschlechtsidentität beim Menschen nicht immer ei-



nem dualistischen oder binären - aus „Frau/Mann“ bzw. „weiblich/männlich“ bestehenden - System unterordnet. In diesem Sinne ist diese von Menschen berichtete Diskrepanz zwischen innerlichem Geschlechtsidentitätserleben und dem Geburtsgeschlecht als Normvariante einer komplexer gedachten Geschlechterordnung zu verstehen.

Nicht selten besitzen die Personen, welche über dieses Erleben berichten, einen nach medizinischen Massstäben gesunden Körper und weisen keine klinisch relevanten psychischen Störungsbilder auf. Gleichwohl erfüllt der Leidensdruck, der sich aus der Diskrepanz zwischen den anatomischen Gegebenheiten und dem Geschlechtsidentitäts-Erleben ergeben kann, die Kriterien einer krankheitswertigen Störung. Diese wird im Folgenden als Gesch/echtsdysphorie bezeichnet. Selbstverständlich werden die davon betroffenen Personen ihren Leidensdruck zu minimieren versuchen. Hierbei stehen ihnen verschiedene medizinische, psychotherapeutische und soziale Interventionen zur Verfügung, um die Kluft zwischen (sozialer) Wahrnehmung, Erleben und dem eigenen Körper zu verringern. In welchem Ausmass eine Person mit einer Genderdysphorie Gebrauch von diesen Optionen macht, hängt von ihren persönlichen Bedürfnissen und ihrer spezifischen Situation ab.

Der Kontrast zwischen dem vorhandenen Körper und dem Identitätserleben kann sowohl bereits ab früher Kindheit ins Bewusstsein rücken wie aber auch erst im Verlauf des Lebens an Bedeutung gewinnen. Er ist Ausdruck der möglichen Wandelbarkeit der Wahrnehmung der eigenen Geschlechtsidentität im Verlauf eines Lebens. Dieser Prozess der Bewusstwerdung widerfährt den Klient_innen, ohne dass es in ihrer Macht stünde, ihn zu stoppen oder sich willentlich für eine andere Identität zu entscheiden. In allen seinen Ausprägungen wirft diese Diskrepanz Fragen im sozialen und interaktiven Bereich auf, deren Beantwortung stark von Umwelt- und kontextuellen Faktoren abhängt.

Menschen mit einer Geschlechtsdysphorie können (müssen aber nicht) psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfe im Rahmen ihrer Transition beanspruchen. Während in manchen Fällen nach einer Klärung der Gründe für das Unbehagen im Geschlechts(identitäts-)erleben verlangt wird, können andere Personen beispielsweise nach Unterstützung bei einer sich bereits abzeichnenden Transition fragen. Manche Klient_innen wollen wiederum ihre trotz durchgeführter geschlechtsangleichender In-



terventionen weiterhin bestehende Geschlechtsdysphorie psychotherapeutisch angehen. Ferner gibt es auch Situationen, in denen nicht nur einzelne Personen, sondern ganze soziale Systeme (Eltern, Geschwister, Eheleute, Kinder, etc...) fachspezifischer Unterstützung bedürfen. Einen gemeinsamen, zentralen und verbindenden Punkt dieser Konstellationen bildet die Frage, inwiefern das von den Klient_innen geschilderte Leiden tatsächlich als Folge einer Geschlechtsdysphorie zu verstehen ist. Dieser diagnostische Prozess ist umso bedeutsamer, als sich daraus Behandlungsoptionen ergeben können, deren Konsequenzen schwer oder gar nicht reversibel sind. Daneben müssen Faktoren, welche die Geschlechtsdysphorie per se und das Leiden als solches mitbeeinflussen, erkannt und allenfalls angegangen werden. Dies kann nur im Rahmen eines sorgfältigen und ergebnisoffenen diagnostischen Verfahrens stattfinden. Aufgrund der Natur und der Definition der Geschlechtsdysphorie muss ein solches Verfahren immer individuell und flexibel gestaltet werden.

Unabhängig vom impliziten und expliziten Auftrag der Klient_innen sollte die Fachperson, welche die Begleitung/Behandlung solcher Personen übernimmt, sich insbesondere des Unterschieds zwischen Geschlechtsidentität und sexueller Identität sowie der nicht-pathologischen Vielfaltigkeit, Geschlechtsidentität erleben und gestalten zu können, bewusst sein. Parallel dazu sollte sie um die (pathogenen) Schwierigkeiten wissen, welche ein Leben als geschlechtsdyskonforme Person in einer binären Gesellschaft mit sich bringen kann.

3. Psychiatrische Definitionen

Geschlechtsdysphorie

Zur Feststellung einer Geschlechtsdysphorie werden die diagnostischen Kriterien des DSM-5 zu Grunde gelegt. Demnach wird eine solche dann diagnostiziert, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

- Kriterium A: Eine deutliche Nichtübereinstimmung zwischen der erlebten und zum Ausdruck gebrachten Geschlechtsidentität und dem zugewiesenen Geschlecht von mindestens 6 Monate Dauer, welche durch zwei oder mehr der folgenden Merkmale gekennzeichnet ist:
 1. Deutliche Nichtübereinstimmung zwischen der erlebten und zum Ausdruck gebrachten Geschlechtsidentität und den pri-



mären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmalen (oder im Fall von Jugendlichen: den vorweggenommenen Auswirkungen von sekundären Geschlechtsmerkmalen)

2. Starker Wunsch, aufgrund der deutlichen Inkongruenz zur erlebten/zu der zum Ausdruck gebrachten Geschlechtsidentität sich der primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale zu entledigen (oder im Fall von Jugendlichen: der Wunsch, die Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale zu verhindern)
 3. Starker Wunsch, die primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale des anderen Geschlechtes zu besitzen
 4. Starker Wunsch, dem anderen (oder einem zum zugewiesenen alternativen) Geschlecht anzugehören
 5. Starker Wunsch, als Angehöriger des anderen (oder eines zum zugewiesenen alternativen) Geschlechtes behandelt zu werden
 6. Starke Überzeugung, gemäss den für das erlebte Geschlecht typischen Gefühlen zu empfinden und entsprechende Reaktionen zu zeigen
- Kriterium B: Der Zustand ist verknüpft mit einem klinisch relevanten 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 hervorzurufen.

Eine Geschlechtsdysphorie kann unabhängig von der Notwendigkeit oder vom Wunsch nach geschlechtsangleichenden medizinischen Maßnahmen vorliegen und individuell unterschiedlich stark ausgeprägt sein. Es liegt im Ermessen der einzelnen Klient_innen zu bestimmen, was sie als die für sie zutreffende Geschlechtsidentität erachten und wie sich diese gestaltet. Zum binären Geschlechtssystem alternative Identitäten sind daher nicht als pathologisch zu bezeichnen. Sie können viel mehr das spezifische Unbehagen einer Person hinsichtlich bereits bestehender und historisch gewachsener Geschlechtskategorien offenbaren. Schliesslich muss die Geschlechtsdysphorie strikte von den Konzepten der sexuellen Orientierung und der sexuellen Präferenz getrennt



werden. Diese sind sexuelle Ausdrucksweisen einer Person und sind unabhängig von deren Geschlechtsidentitätsvariante zu betrachten.

4. Prozesshafte Diagnostik

Zur Diagnosestellung einer bestehenden Geschlechtsdysphorie existieren derzeit weder objektive medizinische Befunde noch valide testpsychologische Instrumente. Als intrapsychisches Phänomen ist die Geschlechtsinkongruenz bzw. die Geschlechtsdysphorie ähnlich zu anderen psychosomatischen Phänomenen (wie z.B. Schmerz, Tinnitus, Schwindel, etc...) ein nicht falsifizierbares Erleben. Das Geschlechtsdysphorie-Empfinden stellt in diesem Sinne eine Selbstdiagnose dar. Den diagnostischen Prozess ausschliesslich auf die Frage der „tatsächlichen“ Existenz einer Geschlechtsdysphorie zu fokussieren, kann daher nur frustriert verlaufen. Eine reine Protokollierung der anamnestischen Angaben der Klient_innen würde wiederum die Aufgabe einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachperson hinfällig machen. Nach Feststellung einer bei den Klient_innen vorhandenen Geschlechtsdysphorie sollte sich der diagnostische Prozess auf die Frage nach der Persistenz des Unbehagens hinsichtlich des Geburtsgeschlechts konzentrieren, beeinflusst doch die Fluktuation der Symptomatik das weitere diagnostische und therapeutische Prozedere. ferner sollten das Ausmass der daraus resultierenden Beeinträchtigung – soweit wie möglich – eingeschätzt und die Situationen, in denen diese auftritt, genau beschrieben werden. Ebenso müssen induzierende, aufrechterhaltende, verstärkende Faktoren sowie im weitesten Sinne verstandene psychodynamische Zusammenhänge exploriert und beschrieben werden. Die Überprüfung möglicher komorbider psychischer Störungsbilder bildet einen existenziellen Bestandteil dieses Prozesses. Schliesslich sollte nicht nur nach potenziellen Defiziten, sondern auch nach vorhandenen Ressourcen und insbesondere nach bereits erfolgreichen Strategien und allfälligen Wünschen nach geschlechtsangleichenden Interventionen gefragt werden. Eine Informationsvermittlung über die Möglichkeiten sowie eine Erörterung der Grenzen geschlechtsangleichender medizinischer Maßnahmen ist – sofern solche Maßnahmen gewünscht werden – bereits in einem frühen Stadium des diagnostischen Prozesses sinnvoll. Sie kann jedoch die fachspezifische Aufklärung durch die entsprechenden Spezialisten nicht ersetzen.

Dieses prozessuale Vorgehen wird sich unweigerlich über mehrere Untersuchungstermine erstrecken. In dessen Rahmen werden obengenannte Ziele sowohl durch die



fundierte Erhebung des aktuellen Leidensdrucks, des psychischen Befundes und der Exploration der psychosexuellen Entwicklung erreicht werden. Die folgende Auflistung zählt biographische Aspekte auf, welche von vielen, aber bei weitem nicht allen Klient_innen berichtet werden. Andererseits ist diese Aufzählung weder als abschliessend zu betrachten noch als „Kontroll- oder Checkliste“ zu verstehen:

- Interessen und Spielverhalten als Kind/Jugendlicher
- Cross Dressing, d. h. das Tragen der Kleidung des Geschlechts, mit dem sich die Person identifiziert
- Entspannung beim episodischen Ausleben der erlebten Geschlechtsrolle
- Gefühl des Andersseins, das nicht in Worte oder Kategorien gefasst werden kann
- Konflikte mit der Umwelt wegen nicht-geschlechtskonformer Verhaltensweisen
- Pubertätskrisen (bis hin zu behandlungswürdigen psychiatrischen Störungen)
- Sozialer Rückzug in eine Phantasiewelt
- Zunehmender innerer Spannungszustand
- Gedankliche Einengung auf die Geschlechtsidentitätsproblematik
- Schamgefühle und/oder Schuldgefühle wegen der Geschlechtsidentitätsproblematik
- Erhöhte Selbstaufmerksamkeit bezüglich eigener Körpermerkmale, daraus resultierende Selbstabwertungen und Sensibilisierung gegenüber der sozialen Bewertung von außen
- Soziale Gegebenheiten mit ggf. hohem Anpassungsdruck, der in der Vergangenheit einen Geschlechtsrollenwechsel verhinderte
- Sexuelle Phantasien im Identifikationsgeschlecht
- Schwierigkeiten, sich nackt zu betrachten bis hin zu Ekelgefühlen gegenüber den angeborenen Geschlechtsmerkmalen
- Vermeidung des Kontakts mit dem eigenen Körper
- Hass auf die Körpermerkmale des Geburtsgeschlechts
- Selbstverletzungen aus Hass auf die eigenen Genitalien
- Selbstverletzungen an anderen Körperstellen zur Spannungsabfuhr
- Passagere anorektische Verhaltensweisen mit dem Ziel, die Körpermerkmale geschlechtsneutral zu halten

Die Diagnose kann als hinreichend gesichert gelten, wenn die im Bereich der Genderdysphorie erfahrene Fachperson die Klientin/den Klienten eingehend untersucht hat



und während dieses Zeitraumes zu der begründeten Auffassung gelangt ist, dass eine Geschlechtsdysphorie seit sechs Monaten (Zeitkriterium des DSM5) vorliegt. Die Diagnose ist nicht zwingend an eine minimale Sitzungszahl oder die Durchführung einer psychotherapeutischen (Richtlinien-)Behandlung gebunden.

Es liegt im Ermessen der im Bereich der Genderdysphorie erfahrenen Fachperson, je nach Umständen den Beobachtungszeitraum bis zur gesicherten Diagnose zu verkürzen. Eine solche Situation liegt insbesondere dann vor, wenn neben einer eingehenden Exploration der psychosexuellen Entwicklung und der gründlichen Erhebung des psychischen Befundes zusätzlich mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt ist bzw. schon vor der Konsultation des Genderspezialisten erfüllt war. Die Kriterien beruhen auf biographische Informationen, welche seitens der Klient_innen (bzw. deren Umfeld) plausibel dargelegt werden sollten:

- 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“) und der Klient/die Klientin in der Geschlechterrolle des Identitätsgeschlechts ein höheres Maß an Wohlbefinden erlebt als im Geburtsgeschlecht
- Komplette vollzogene geschlechtsidentitätskonformer Rollenwechsel über einen längeren Zeitraum im privaten und öffentlichen Bereich mit subjektiv erlebtem Wohlbefinden
- Erhebliche Anstrengungen, primäre Geschlechtsmerkmale zu verbergen (z.B. Abbinden der weiblichen Brust oder Zurückbinden des Penis trotz Schmerzen)
- Leidensdruck in Form anderweitiger psychiatrischer Störungen, welche mit hoher Wahrscheinlichkeit direkt und/oder indirekt mit der Geschlechtsdysphorie in Verbindung stehen.
- Selbstverletzungen als aggressiv-destruktiver Ausdruck, welcher sich gegen das Geburtsgeschlecht richtet
- Kosmetische irreversible Eingriffe und/oder Operationen mit dem Ziel, das äußere Erscheinungsbild dem Identifikationsgeschlecht anzugleichen
- Durchführung über einen längeren Zeitraum von partiell reversiblen geschlechtsangleichenden Massnahmen (wie z.B. Einnahme von Hormonpräparate „in Eigenregie“) mit dem Ziel, das äußere Erscheinungsbild dem Identifikationsgeschlecht anzugleichen



- Fremdbefunde über frühere Behandlungen wegen einer Geschlechtsdysphorie
- Berichte von Angehörigen oder anderen engen Bezugspersonen, die das Vorliegen einer Geschlechtsdysphorie nahe legen

5. Differenzialdiagnostische und weitere psychiatrische Überlegungen

Im Bereich der Geschlechtsdysphorie besteht eine ausgeprägte Vielfalt sowohl bezüglich des subjektiven Empfindens der Betroffenen als auch im Hinblick auf die Erscheinungs- und Verlaufsformen des Phänomens selbst. Entsprechend heterogen zeigt sich das Klientel hinsichtlich verschiedener Eigenschaften wie Persönlichkeitsstrukturen, assoziierten psychosozialen Merkmalen und sexuellen Orientierungen und Präferenzen.

Vor dem Hintergrund der erwähnten Heterogenität gilt es eine genuine Geschlechtsdysphorie differenzialdiagnostisch insbesondere von einem reaktiven bzw. sekundären Erleben im Rahmen folgender Phänomene abzugrenzen:

- Verknennung 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. während der Adoleszenz)

Ferner ist für die Planung und Durchführung weiterer Schritte bei gegebener Geschlechtsdysphorie eine ausreichende psychische und soziale Stabilität der Klient_innen stark empfehlenswert, daher ist auf das Vorhandensein allfälliger komorbider Störungen besonders zu achten. Wegen psychiatrische Komorbiditäten vor, so ist deren {zeitlicher, kausaler, psychodynamischer) Zusammenhang mit der Geschlechtsdysphorie zu beachten. In manchen Fällen hängen die Symptome beider Problemfelder eng miteinander zusammen, so dass sich eine simultane Behandlung anbietet. In anderen Fällen wird man wiederum eine Priorisierung der therapeutischen Interventionen vornehmen müssen, wobei es durchaus Situationen geben kann, in welchen die



Geschlechtsdysphorie vor anderweitigen psychiatrisch-psychotherapeutischen Interventionen angegangen werden muss.

Das Gender-Dysphorie-Team bevorzugt ein duales psychotherapeutisches Konzept, bei welchem das hausinterne Psychiatrieteam einerseits die Diagnostik einer allfällig vorliegenden Gender-Dysphorie und darauf folgende Transitionsbetreuung der Klient_innen übernimmt, während andererseits eine Psychotherapie im eigentlichen Sinne von einer hausernen Instanz (ambulante Psychotherapeutin, ambulanter Psychotherapeut, psychiatrisches Ambulatorium, etc...) geleistet wird. In Ausnahmefällen kann das USZ jedoch eine Transitionsbegleitung auch „aus einer Hand“ durchführen. In den Fällen, wo eine Transition negative soziale Folgen mit sich zieht (z.B. Jobverlust), wird auch in Fällen, wo keine klinisch relevanten Störungsbilder vorliegen, eine ambulante psychotherapeutische Begleitung empfohlen. Diese ist jedoch weder zwingend noch bildet sie die Voraussetzung, um weitere Transitionsschritte einleiten zu können.

6. Vorbereitung weiterer Schritte

Eine sorgfältige, prozesshafte, individuelle und differentielle Diagnostik ist erforderlich, um Empfehlungen zur Notwendigkeit aufs Individuum angepasster, modular aufbauender, geschlechtsangleichender medizinischer Maßnahmen abgeben zu können. Aus diesem Grund soll während des diagnostischen Prozesses nebst der Einschätzung, ob der Klient/die Klientin vor dem Hintergrund der individuellen sozialen Situation als ausreichend psychisch stabil einzuschätzen ist, um gegebenenfalls eine Transition vollziehen zu können, auch zu folgenden Fragen Stellung genommen werden:

- Voraussichtliche Persistenz der Geschlechtsdysphorie
- Evaluation des Reproduktionswunsches bei Klient_innen im zeugungsfähigen Alter
- Konkrete Auflistung der seitens des Klienten/der Klientin in Betracht gezogenen geschlechtsangleichenden Massnahmen und deren zeitlichen Reihenfolge
- Beurteilung der formalen Voraussetzungen (Urteilsfähigkeit), um aus medikolegaler Sicht die Massnahmen gemäss den Prinzipien des informed consent einleiten zu können



- Beurteilung, wie realistisch die Vorstellungen hinsichtlich der Möglichkeiten und Grenzen geschlechtsangleichender medizinischer Behandlungsmaßnahmen sind.
- Beurteilung der aus der Sicht der im Bereich der Genderdysphorie erfahrenen Fachperson hinsichtlich des zu erwartenden Gewinns der angestrebten geschlechtsangleichenden Massnahmen

Die Einleitung geschlechtsangleichender Massnahmen ist ein entscheidender Schritt bei jeder Transition. Gerade hier ist auf eine akkurate individuelle Planung der zu unternehmenden Schritte (wie z.B. Gaming-Out am Arbeitsplatz, gegenüber den Eltern, etc.,) zu achten. Diese Planung wird durch das Bestehen einer soliden psychosozialen Basis vereinfacht. Sollte letztere aus Gründen, welche immanent mit der Genderdysphorie zusammenhängen, nicht gegeben sein, so ist es vorrangig, den Klienten/die Klientin in diesen Bereichen zu unterstützen und den Kontakt mit den konfliktverursachenden Stellen (Eltern, Schule, Arbeit, Ämter, etc ...) aufzunehmen. Sollte der Klient/die Klientin klinisch relevante psychopathologische Symptome aufweisen, so ist die Einleitung einer psychotherapeutischen und/oder ggf. auch einer psychopharmakologischen Behandlung in Betracht zu ziehen. Diese Behandlung sollte – ausser in begründeten Ausnahmefällen – durch den Psychotherapeuten/die Psychotherapeutin im engeren Sinne geleistet werden.

K r. J.E. Bohlender
Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und
Gesichtschirurgie

Dr. med. D. Garcia
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Qtü'e

Dr. med. G.-P. Ghisu
Klinik für Gynäkologie

PD Dr. med. M. Guggenheim
Klinik für Plastische Chirurgie und
Handchirurgie

T.E. Kirchgraber
Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und
Gesichtschirurgie

Dr. med. L. Wehrle
Klinik für Reproduktionsendokrinologie