



Deutsche Gesellschaft
für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie e.V.

Entwurfassung der AWMF-Leitlinie

Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie

im Kindes- und Jugendalter – Diagnostik und Behandlung (S2k)

AWMF-Register-Nr. 028 - 014

Federführende Fachgesellschaft

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

Beteiligte AWMF-Fachgesellschaften

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP, federführend)

Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)

Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT)

Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)

Deutsche Gesellschaft für pädiatrische und adoleszente Endokrinologie und Diabetologie (DGPAED)

Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)

Deutsche Gesellschaft für Sexuallforschung (DGfS)

Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft (DGSMTW)

Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)

Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)

Weitere beteiligte Fachorganisationen:

Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (bkj)

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP)

Berufsverband für Kinder und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP)

Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie (BAG)

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF)

Gesellschaft für Sexualwissenschaft (GSW)

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Verhaltenstherapie (KJPVT)

Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (ÖGKJP)

Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie (SGKJPP)

Verband für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intersexuelle und queere Menschen in der Psychologie (VLSP)

Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland (VAKJP)

Beteiligte Vertretungsorganisationen von Behandlungssuchenden:

Bundesverband Trans* (BVT*)

Trans* Kinder Netz (TraKiNe)

Leitlinienkoordination

Univ.-Prof. Dr. med. Georg Romer

Universitätsklinikum Münster

Georg.romer@ukmuenster.de

Co-Autor*innen des Leitlinientextes (in alphabetischer Reihenfolge)

Bastian, Michael, München
Becker-Heblij, Inga, Dipl.-Psych. Ph. D, Hamburg
Dietrich, Heiko, Dr. med., Köln
Fahrenkrug, Saskia, Dipl.-Psych., Hamburg
Fuchs, Martin, Dr. med., Innsbruck (A)
Gredig, Christian, Soz.-päd. (CH)
Günther, Mari, Dipl.-Päd., Berlin
Haufe, Karoline, Berlin
Janzing, Malte, M.A., Jena
Jung, Martin, Dr. med., Schleswig
Lehmann, Thomas, Dipl.-Psych, Neunkirchen
Lempp, Thomas, Dr. med., Frankfurt
Maur, Sabine, Dipl.-Psych. Mainz
Möller, Birgit, Prof. Dr. phil., Münster
Pauli, Dagmar, Dr. med.. Zürich (CH)
Richter-Unruh. Anette, Prof. Dr. med., Bochum
Romer, Georg, Prof. Dr. med., Münster
Seikowski, Kurt, PD Dipl.-Psych., Leipzig
Stage, Andreas, Dr. med., Dinslaken
Struck, Inge, Dipl.-Psych., Solingen
Wiesemann, Claudia, Prof. Dr. med., Göttingen
Wüsthof, Achim, Dr. med., Hamburg

Inhaltsübersicht

| | |
|---|--------|
| Einleitung | S. 1 |
| Glossar | S. 16 |
| I. Präambel | S. 21 |
| II. Variante Entwicklungsverläufe (Persistenz, Desistenz und Detransition) | S. 26 |
| III. Sozialer Rollenwechsel im Kindesalter | S. 50 |
| IV. Assoziierte psychische Auffälligkeiten und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie | S. 60 |
| V. Psychotherapie und psychosoziale Entwicklung | S. 86 |
| VI. Einbeziehung des familiären Beziehungsumfelds und Familiendynamik | S. 112 |
| VII. Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen | S. 120 |
| VIII. Somatische Aspekte hormoneller Interventionen | S. 192 |
| IX. Professionelle Interaktion und diskriminierungssensibler Umgang mit gender-nonkonformen Kindern und Jugendlichen | S. 216 |
| X. Recht und Ethik – Rechtliche Grundlagen und ethische Maßgaben für die Behandlung Minderjähriger mit Geschlechtsdysphorie | S. 234 |
| Literaturverzeichnis | S. 244 |
| Anhang – Divergierende nationale Empfehlungen | |

Einleitung

1. Zur Entwicklung dieser Leitlinie im Kontext aktueller Debatten

- 1.1. Entpathologisierung in der ICD-11 der Weltgesundheitsorganisation
- 1.2. Medizinethische Abwägungen bei Behandlungsentscheidungen im Jugendalter
- 1.3. Umgang mit gesellschaftlicher Transgender-Debatte und Diskriminierung
- 1.4. Einbindung von fachlicher Kontroverse und Umgang mit Dissens
- 1.5. Erstellung von Empfehlungen bei insgesamt schwacher Evidenzlage

2. Zur Epidemiologie der Geschlechtsinkongruenz

- 2.1. Häufigkeiten bei Erwachsenen und Minderjährigen
- 2.2. Wie erklärt sich die Zunahme der Fallzahlen?
- 2.3. Erklärungsansätze für veränderte Gender-Ratio

3. Wie entwickelt sich nonkonforme Geschlechtsidentität?

Vorläufige Fassung zur Kommentierung

1. Zur Entwicklung dieser Leitlinie im Kontext aktueller Debatten

Diese AWMF-Leitlinie soll allen Fachpersonen im Gesundheitswesen, die mit jungen transgeschlechtlichen Menschen zu tun haben, eine Orientierung bieten für eine bestmöglich fachlich informierte Versorgung auf dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnis. An ihrer Erstellung und Konsentierung waren 26 medizinische und psychotherapeutische Fachorganisationen sowie zwei Selbstvertretungsorganisationen beteiligt. Durch diese breite Beteiligung ist sichergestellt, dass sich die Empfehlungen dieser Leitlinie auf ein repräsentatives Meinungsbild der Fachwelt stützen.

Trotz hoher medialer Aufmerksamkeit für die Thematik der Behandlung transidenter Jugendlicher ist festzuhalten, dass sich die Zahlen medizinisch behandelter junger Menschen mit Geschlechtsinkongruenz absolut gesehen auf niedrigem Niveau bewegen. Die relativ ansteigenden Behandlungszahlen korrelieren mit der zunehmenden gesellschaftlichen Offenheit für transgeschlechtliche Lebenswege sowie der Verbesserung fachgerechter Versorgungsangebote. Steigende Behandlungszahlen sind dabei kein spezielles Phänomen im Jugendalter. Sie sind im Erwachsenenalter in ähnlichen Relationen beobachtbar. So stieg nach einer aktuellen Hochrechnung auf der Basis von anonymisierten Versichertendaten der BARMER¹ zwischen 2014 und 2019 deutschlandweit die Zahl neu begonnener hormoneller Behandlungen von unter 18-jährigen Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz auf das 3,2-fache an (von ca. 330 auf ca. 1.060) und bei Erwachsenen zwischen 18 und 30 Jahren im selben Zeitraum auf das 3,5-fache (von ca. 510 auf ca. 1.800).

Die medizinische Versorgung transgeschlechtlicher Menschen ist eine interdisziplinäre Herausforderung, bei der aufgrund geringer Fallzahlen und der ethisch begründeten Nicht-Durchführbarkeit kontrollierter klinischer Studien die klinische Expertise erfahrener Fachpersonen essentiell ist. Für diese Leitlinie wurden von den Fachgesellschaften zu einem großen Teil langjährige Expert*innen in Entwicklungs- und Behandlungsverläufen junger transgeschlechtlicher Patient*innen delegiert.

Im Folgenden werden einige Herausforderungen bei der Erstellung dieser Leitlinie sowie die entsprechenden Vorgehensweisen erörtert.

1.1. Entpathologisierung in der ICD-11 der Weltgesundheitsorganisation

In der medizinischen Fachwelt hat sich in den vergangenen zwei Jahrzehnten ein Paradigmenwechsel im Verständnis nonkonformer Geschlechtsidentitäten im Sinne deren Entpathologisierung vollzogen. Dieser Schritt ist dem Wandel im Umgang mit Homosexualität vergleichbar, welche 1977 aus dem Katalog psychiatrischer Diagnosen gestrichen wurde. Entsprechend gibt es in der ICD-11 keine so genannten „Störungen der Geschlechtsidentität“

¹ Die Freigabe dieser Zahlen wurde von der BARMER autorisiert.

(F64) im Sinne einer psychischen Erkrankung mehr. Stattdessen wurde die Diagnose der „Geschlechtsinkongruenz“ (HA60) unter einer neuen Rubrik „Zustände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit“ (engl. *conditions related to sexual health*) neu eingeführt (WHO, 2022). Die Geschlechtsinkongruenz (GI) gilt als per se nicht krankheitswertig, gleichwohl als ein gesundheitsrelevanter Zustand, der die Notwendigkeit medizinischer Behandlungen begründen kann, um einen als „Geschlechtsdysphorie“ (GD) bezeichneten damit einhergehenden Leidensdruck abzuwenden oder zu reduzieren. Daher werden die Begriffe „Störungen der Geschlechtsidentität“ und „Transsexualismus“ in dieser Leitlinie nicht verwendet, trotz der aktuellen Übergangsphase, in der Diagnosen abrechnungstechnisch weiterhin noch nach der ICD-10 (WHO, 2019) zu kodieren sind.

1.2. Medizinethische Abwägungen bei Behandlungsentscheidungen im Jugendalter

Wenn bei Jugendlichen vor Abschluss der biologischen Reifeentwicklung eine persistierende GI diagnostiziert wird, stehen Behandlungsentscheidungen für oder gegen körpermodifizierende Maßnahmen grundsätzlich unter einer hohen ethischen Begründungslast und erfordern in jedem Einzelfall sorgfältige Abwägungen. Einerseits sind irreversible Konsequenzen einer Behandlungsentscheidung für eine Hormonbehandlung zu bedenken, andererseits kann ein Aufschieben einer solchen Behandlung aufgrund des zunehmend irreversiblen Fortschreitens der Ausbildung männlicher bzw. weiblicher Körpermerkmale zur Verfestigung eines geschlechtsdysphorischen Leidensdruckes führen. Dies kann wiederum mit einem erhöhten Risiko für eine beeinträchtigte psychische Langzeitgesundheit einhergehen. In diesem Zusammenhang sind ethische Abwägungen geboten zwischen dem Schutz Minderjähriger vor möglicherweise verfrühten Entscheidungen, die zu einem späteren Zeitpunkt bereut werden könnten, sowie dem Schutz der Selbstbestimmung junger Menschen über ihre geschlechtliche Identität und ihren Körper. Die Mitwirkung der *Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)* an der Erstellung der Leitlinie durch aktive fortlaufende Mitarbeit ihrer delegierten Expertin in der Steuerungsgruppe war für die Rezeption des hierfür relevanten medizinethischen Diskurses eine wertvolle Unterstützung. Zudem veranstaltete der Deutsche Ethikrat während der Erstellungsphase der Leitlinie im Februar 2020 ein Bioethik-Forum, an dem kontroverse ethische Positionen innerhalb der Leitlinienkommission zu den o.g. ethischen Problemen offen diskutiert wurden. Die daraufhin vom Deutschen Ethikrat in dessen Ad hoc-Empfehlung *„Trans-Identität bei Kindern und Jugendlichen Therapeutische Kontroversen – ethische Orientierungen“* (Deutscher Ethikrat, 2020) veröffentlichten Maßgaben für Behandlungsentscheidungen flossen in die Konsensbildung innerhalb der Leitlinienkommission ein. Die mit diesen Fragen verknüpften

hohen Anforderungen an die Feststellung der Einwilligungsfähigkeit bei minderjährigen Patient*innen wurden in einem eigenständigen Kapitel zu ethischen und rechtlichen Maßgaben (Kapitel X → „*Recht und Ethik*“) adressiert.

1.3. Umgang mit gesellschaftlicher Transgender-Debatte und Diskriminierung

Während der Arbeit an der Leitlinie wurde in den Medien intensiv über das Thema *Transgender* berichtet. Der Auftrag der Leitlinienkommission bestand darin, eine medizinische Leitlinie zu erarbeiten. Obgleich es nicht Auftrag einer AWMF-Leitlinie sein kann, auf die politischen Anliegen der LSBTIQ-Community nach gesamtgesellschaftlicher Akzeptanz zu fokussieren, so ist es dennoch bei jeder Leitlinienarbeit geboten, einen respektvollen Dialog auf Augenhöhe mit Patient*innen und ihren Angehörigen zu führen.

Transgeschlechtlichkeit wurde jahrzehntelang pathologisiert und durch viele Studien sind weitverbreitete Diskriminierungen von trans Personen im Gesundheitswesen dokumentiert. Zwei Selbstvertretungsorganisationen partizipierten stimmberechtigt an der Leitlinienerstellung. Das Bemühen um einen diskriminierungssensiblen Umgang mit trans Personen im Gesundheitswesen schlägt sich in einem eigenen Kapitel hierzu nieder (Kapitel IX → „*Professionelle Interaktion und diskriminierungssensibler Umgang mit gender-nonkonformen Kindern und Jugendlichen*“) sowie in einer angemessenen Begrifflichkeit, die im → *Glossar* tabellarisch dargestellt wird.

1.4. Einbindung von fachlicher Kontroverse und Umgang mit Dissens

Durch die breite Partizipation von 26 Fachorganisationen sowie zwei Selbstvertretungsorganisationen an der Erstellung der Leitlinie sowie durch die Einbindung der zu Beginn der Leitlinienarbeit bereits langjährig erfahrenen spezialisierten kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungszentren (Frankfurt, Hamburg, München, Münster, Zürich) in die Steuerungsgruppe wurde gewährleistet, dass sich in der Zusammensetzung der Leitlinienkommission ein repräsentatives Gesamtbild der Expert*innenmeinung abbildet. Erwartungsgemäß wurden kontroverse Diskussionen innerhalb der Leitlinienkommission geführt. Zur Darstellung einiger grundlegenden ethischen und therapeutischen Haltungen innerhalb der Leitlinienkommission wird der Leitlinie eine Präambel vorangestellt, die mit starkem Konsens verabschiedet wurde (Kapitel I → „*Präambel*“ sowie Abschnitt zu „*Umgang mit Dissens*“ im Methodenreport).

1.5. Erstellung von Empfehlungen bei insgesamt schwacher Evidenzlage

Bei der Erstellung der Leitlinie wurden folgende zwei wesentlichen Qualitätsziele durch strikte Einhaltung des AWMF-Regelwerkes ausgehend von dem Niveau einer S3-Leitlinie verfolgt:

- Das Ziel einer *bestmöglichen Information zum aktuellen Wissensstand* wurde durch systematische Rezeption der Literatur sowie deren transparente Einordnung und Bewertung umgesetzt.
- Das Ziel einer *bestmöglichen Orientierung an der aktuell auf Expert*innenkonsens beruhenden Fachmeinung zur „Best Practice“* wurde durch moderierte Konsentierung aller Empfehlungen mit maximal erzielbarer Konsensstärke umgesetzt (>95% über alle Empfehlungen).

Aufgrund fehlender kontrollierter Wirksamkeitsnachweise und einer insgesamt schwachen Evidenzlage hinsichtlich nicht kontrollierter Wirksamkeitsbelege durch Fall-Kohortenstudien wurden in dieser Leitlinie zur Behandlung der GI bzw. GD keine evidenzbasierten Empfehlungen erstellt, sondern sämtliche Empfehlungen wurden konsensbasiert entwickelt. Dies führte in Abstimmung mit der AWMF zur Entscheidung, die Leitlinie als S2k-Leitlinie zu veröffentlichen, auch wenn die methodische Struktur ihrer Erstellung, insbesondere die systematische Literaturrezeption, den Regularien einer S3-Leitlinie folgte.

2. Zur Epidemiologie der Geschlechtsinkongruenz

2.1. Häufigkeiten bei Erwachsenen und Minderjährigen

In den vergangenen 15 Jahren haben sich die auf wissenschaftlichen Studien basierenden Schätzungen zum Anteil gender-nonkonformer Personen an der Gesamtbevölkerung verändert. In der neuen internationalen Leitlinie *Standards of Care - Version 8* der World Professional Association for Transgender Health (WPATH, Coleman et al., 2022) wird in einem Übersichtskapitel hierzu ausgeführt, dass in den vergangenen zehn Jahren verbesserte empirische Studien zur Häufigkeit transgeschlechtlicher und gender-nonkonformer Personen (*engl. transgender and gender diverse persons- TGD*) in der Gesamtbevölkerung publiziert wurden. In neueren Übersichtsarbeiten werden die verfügbaren Erkenntnisse zusammengefasst (Arcelus et al., 2015; Collin et al., 2016; Goodman et al., 2019; Meier & Labuski, 2013; Zhang et al., 2020). Bei epidemiologischen Daten zur *TGD-Population* wird empfohlen, die Begriffe "Inzidenz" und "Prävalenz" zu vermeiden, da sie sich auf Krankheiten

beziehen. Dadurch soll eine Pathologisierung gender-nonkonformer Personen vermieden werden (Adams et al., 2017; Bouman et al., 2017).

Stattdessen wird in den *Standards of Care* empfohlen, die Begriffe "Anzahl" und "Anteil" zu verwenden, um jeweils die absolute und relative Größe der so genannten *TGD-Population* zu bezeichnen. Bei der Bewertung einzelner Studienergebnisse ist es wichtig, auf die Methodik der Erhebung zu achten, insbesondere auf den jeweils gewählten Zugang zu Befragten und die gewählten Falldefinitionen. So divergieren Häufigkeitsangaben erheblich, je nachdem, ob die Daten sich z.B. auf Personen beziehen, die im Gesundheitswesen wegen einer möglichen Transgender-Diagnose (GI oder GD) eine Behandlung in Anspruch genommen haben (Collin et al., 2016; Meier & Labuski, 2013) oder auf Personen, die bei einer bevölkerungsbasierten Befragung eine nonkonforme Geschlechtsidentität angegeben haben. Solche bevölkerungsbasierten Befragungen beruhen auf einer breiter gefassten Definition selbstberichteter Geschlechtsidentitäten und kommen demzufolge zu deutlich höheren Zahlen.

Bei einem Großteil der vor mehr als einem Jahrzehnt veröffentlichten Studien wurde die Anzahl der in einem bestimmten klinischen Zentrum behandelten Patienten ermittelt und auf eine geschätzte Bevölkerungsgröße des Einzugsgebiets der betreffenden Klinik hochgerechnet, was zu einer erheblichen Unterschätzung der Häufigkeit geführt haben dürfte. Aus diesen Gründen wurden in der Studienübersicht der *Standards of Care* nur Studien berücksichtigt die seit 2009 veröffentlicht wurden und deren Methodik eine klare Definition des TGD-Status sowie eine exakt definierte Bezugspopulation ausweist (Coleman et al., 2022). Diese werden unterteilt referiert nach

- Studien, die den Anteil gender-nonformer Personen im Kontext der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens berichten;
- Studien, die auf bevölkerungsbasierten Umfragen mit überwiegend erwachsenen Teilnehmern basieren; und
- Studien, die auf Umfragen unter Jugendlichen in Schulen basieren.

In insgesamt sechs US-amerikanischen Studien wurden Daten aus dem Veterans Health Affairs System ausgewertet, ein Krankenversicherungssystem, das mehr als neun Millionen Menschen versorgt. Der Anteil von transgeschlechtlichen Personen an der Gesamtheit der in diesem System Versicherten wurde basierend auf Leistungsdaten und Diagnosecodes mit 0,02% bis 0,08% ermittelt (Blosnich et al., 2013; Dragon et al., 2017; Ewald et al., 2019; Jasuja et al., 2020; Kauth et al., 2014; Quinn et al., 2017). Eine wichtige Limitation dieser Studien war, dass in der Bezugspopulation Personen ab 65 Jahren tendenziell überrepräsentiert waren.

Im Gegensatz dazu kamen *bevölkerungsrepräsentative Studien*, die sich auf einen selbstberichteten Transgender-Status stützten, zu wesentlich höheren Fallzahlen: Zwei amerikanische Studien nutzten die Behavioral Risk Factor Surveillance Study (BRFSS), eine

jährliche Telefonumfrage, die in allen 50 Bundesstaaten der USA durchgeführt wird (Conron et al., 2012; Crissman et al., 2017). In beiden Studien wird auf Basis unterschiedlicher Jahresehebungen übereinstimmend berichtet, dass etwa 0,5 % der Teilnehmer ab 18 Jahren die Frage „Betrachten Sie sich selbst als transgender?“ mit „Ja“ beantworteten. In einer internetbasierten Umfrage, die an einer repräsentativen Stichprobe der niederländischen Bevölkerung im Alter von 15 bis 70 Jahren durchgeführt wurde, gaben 1,1 % der Personen mit bei Geburt zugewiesenem männlichen Geschlecht und 0,8% der Personen mit bei Geburt zugewiesenem weiblichen Geschlecht an, sich eher mit dem jeweils anderen Geschlecht zu identifizieren (Kuyper & Wijsen, 2014).

In einer methodisch ähnlich angelegten Studie in Belgien, die an einer aus dem Bevölkerungsregister des Landes gezogenen Stichprobe durchgeführt wurde, betrug der Anteil der laut Selbstausskunft sich gender-nonkonform identifizierenden Personen 0,7 % für bei Geburt männlich zugewiesenem Geschlecht und 0,6 % für bei Geburt weiblich zugewiesenem Geschlecht (Van Caenegem et al., 2015). In einer Studie an ca. 50.000 bevölkerungsrepräsentativ ausgewählten erwachsenen Einwohner*innen der Region Stockholm wurde der Anteil gender-nonkonformer Personen mit differenzierten Fragen zur empfundenen Geschlechtsidentität einschließlich des Wunsches nach körpermodifizierenden medizinischen Behandlungen untersucht (Åhs et al., 2018). Ein „starker Wunsch“ nach einer Hormontherapie oder einer geschlechtsangleichenden Operation wurde von 0,2% der Befragten beiderlei Geburtsgeschlechts bejaht. Fragen nach geschlechtsinkongruentem Identitätserleben und sozialem Transitionswunsch („*Ich fühle mich wie jemand eines anderen Geschlechts*“ und „*Ich möchte als jemand eines anderen Geschlechts leben oder und behandelt werden*“) wurden hingegen von 0,8% bis 1,2% der Befragten bejaht. Dies ist als Hinweis zu werten, dass geschätzte anteilige Häufigkeiten von Personen mit transgeschlechtlicher oder non-binärer Selbstbeschreibung nicht mit geschätzten Häufigkeiten von Menschen mit einem Wunsch nach körpermodifizierenden medizinischen Maßnahmen gleichzusetzen sind. Eine repräsentative Umfrage unter 6.000 Erwachsenen in Brasilien (Spizzirri et al., 2021) ergab einen Anteil von 1,9% gender-nonkonformer Personen, wovon sich 0,7% als transgender und 1,2% als non-binär beschrieben.

Zu Bevölkerungsanteilen *gender-nonkonformer Jugendlicher* unter 19 Jahren gibt es mehrere schulbasierte Erhebungsstudien. In einer nationalen Querschnittserhebung an High-Schools in Neuseeland (n=8.000) gaben 1,2% der Befragten an, sich als „*transgender*“ oder „*gender-divers*“ zu identifizieren, weitere 2,5% gaben an, sich hierzu nicht sicher zu sein (Clark et al., 2014). In einer Umfrage unter 14- bis 18-jährigen Schüler*innen im US-Bundesstaat Minnesota (N = 81.000) gaben 2,7 % der Befragten an, „*transgender*“ oder „*gender divers*“ zu sein (Eisenberg et al., 2017). In dem alle zwei Jahre in den USA landesweit mit High-School-Schülern der Klassen 9-12 (Altersspanne 13-19 Jahre) durchgeführten *Youth Risk Behavior*

Survey (YRBS) bejahten in der Erhebung im Jahre 2017 von den fast 120 000 Teilnehmer*innen in 19 urbanen Regionen 1,8 % die Aussage „Ja, ich bin transgender“ und 1,6 % die Aussage „Ich bin nicht sicher, ob ich transgender bin“ (Johns et al., 2019). Nur eine Studie untersuchte den Anteil von sich selbst als transgender beschreibenden Kindern in einer jüngeren Altersgruppe. In der 2011 durchgeführten Umfrage unter n=2.700 Schüler*innen der Klassen 6-8 (Altersspanne 11-13 Jahre) an öffentlichen Mittelschulen in San Francisco (Shields et al., 2013) identifizierten sich 1,2% der Befragten auf die Frage „Was ist dein Geschlecht?“ selbst als „transgender“, wobei die Antwortmöglichkeiten „weiblich, männlich oder transgender“ waren.

In Zusammenschau ergibt sich aus der berichteten Datenlage, dass in Studien, in denen ein Transgender-Status anhand von Selbstauskünften ermittelt wurde, der ermittelte Anteil zwischen 0,3% und 0,5% bei Erwachsenen sowie zwischen 1,2% und 2,7% bei und Jugendlichen lag. Wurde die Definition erweitert, um ein breiteres Spektrum von gender-nonkonformer Erscheinungsformen einzubeziehen, wie z.B. unsichere oder ambivalente Geschlechtsidentität, waren die entsprechenden Anteile höher: 0,5% bis 4,5% bei Erwachsenen und 2,5% bis 8,4% bei Jugendlichen. Dies verweist auf ein breites und fluides Spektrum nonkonformer bzw. „queerer“ Selbstbeschreibungen im Jugendalter, welches nicht mit der medizinischen Diagnose einer GI gleichzusetzen ist, sondern einer Binnendifferenzierung bedarf.

In gesundheitssystembasierten Studien, die sich auf diagnostische Codes oder andere in den Krankenakten dokumentierte Nachweise stützen, lagen die ermittelten Anteile von transgender-bezogenen Diagnosen zwischen 0,02% und 0,08%, was weniger als einem Zehntel der in bevölkerungsbasierten repräsentativen Befragungen ermittelten Häufigkeiten entspricht (siehe Tab. 1).

Tab. 1: nach Studienlage geschätzte Anteil an TGD*-Personen in der Gesamtbevölkerung (Zahlen aus Coleman et al., 2022)

| | Transgender | Alle TGD |
|--|-------------|-----------|
| Gesundheitssystem-basierte Daten (F64-Diagnosen) | 0,02–0,1 % | - |
| Repräsentative Surveys Erwachsene | 0,3–0,5 % | 0,3–4,5 % |
| Repräsentative Surveys Jugendliche: | 1,2–2,7 % | 2,5–8,4 % |

TGD: engl.: „transgender and gender diverse“ – dt.: „transgender und gender-nonkonform“

2.2. Wie erklärt sich die Zunahme der Fallzahlen?

Neben den genannten Unterschieden bei den Häufigkeitszahlen zwischen Gesundheitssystem-basierten und bevölkerungsbasierten Erhebungen ist eine weitere Beobachtung die im Lauf der vergangenen zwei Jahrzehnte zu verzeichnende *stetige Zunahme* des aufgrund von Studienergebnissen geschätzten Anteils gender-nonkonformer und trans Personen. Diese Zunahme bildet sich in gleicher Weise in den Gesundheitssystemen, in bevölkerungsbasierten Erhebungen ebenso wie in den Daten zur gesetzlichen Namen- und Personenstandsänderung (juristische Transition) ab. So ist in den vergangenen zehn Jahren die Zahl Jugendlicher, die mit Fragestellungen rund um das Phänomen „transgender“ spezielle Behandlungsangebote im Gesundheitswesen aufsuchen international stark angestiegen (Kaltiala et al., 2020). In gleicher Weise ist die Zahl von medizinischen Transitionsbehandlungen bei erwachsenen trans Personen stark angestiegen. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes hat sich die Zahl der geschlechtsangleichenden Operationen bei Erwachsenen in Deutschland von 2012 bis 2020 insgesamt verdreifacht, mit stetig zunehmender Tendenz (Statistisches Bundesamt, 2023).

Die in der jüngeren Literatur berichteten zunehmend höheren Fallzahlen bestätigen die Vermutung, dass die Anteile gender-nonkonformer und trans Personen in der Bevölkerung in früheren Studien unterschätzt wurden (Olyslager & Conway, 2008). Der Trend zu einem größeren berichteten Anteil von transgeschlechtlichen oder gender-nonkonformen Personen in jüngeren Altersgruppen ist in der Schlussfolgerung der Autoren der *Standards of Care der*

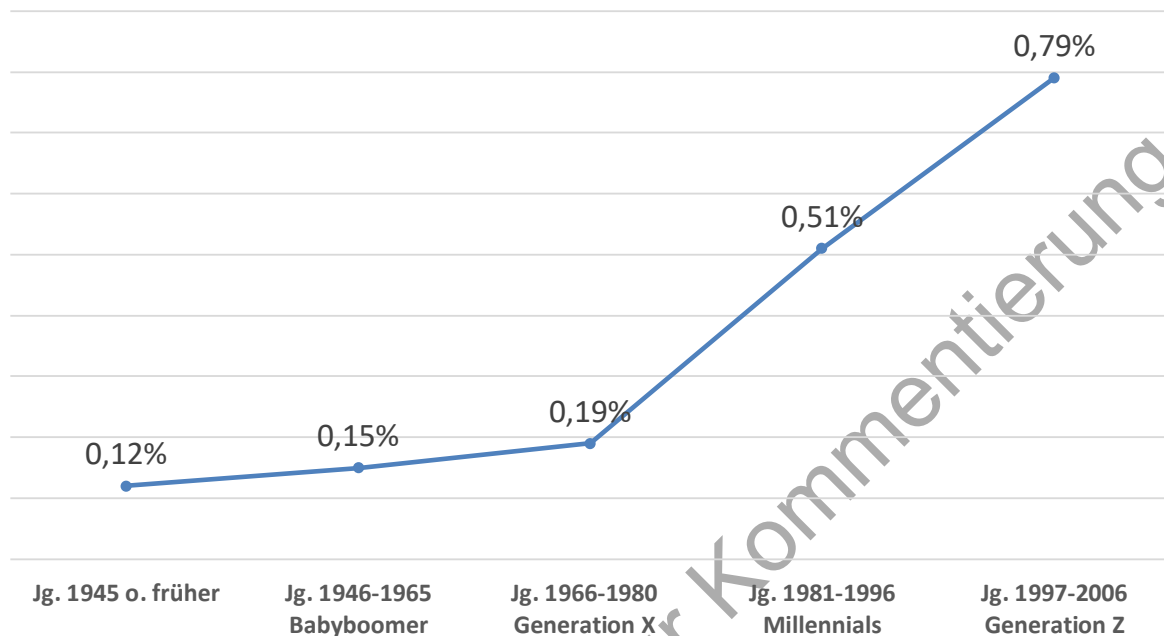
WPATH² (Coleman et al., 2022) sowie nach Auffassung anderer Autor*innen am ehesten durch gesellschaftspolitische Veränderungen mit zunehmender Toleranz und Entstigmatisierung sowie mit Verbesserungen im Zugang zu qualifizierter Gesundheitsversorgung zu erklären, die sich wiederum über die Generationen hinweg unterschiedlich auswirken (Ashley, 2019; Pang et al., 2020; Zhang et al., 2020). Einen Beleg für diesen Generationen-Effekt liefern in diesem Zusammenhang die Ergebnisse des letzten Zensus in Kanada, bei dem alle Personen in der Gesamtbevölkerung des Landes über 15 Jahre u.a. explizit nach ihrer geschlechtlichen Identität gefragt wurden. Hierbei wurden neben „männlich“ und „weiblich“ auch explizit „transgender“, „non-binär“ oder „unsicher“ und „keine Angaben“ als Antwortmöglichkeiten angeboten (Statistics Canada, 2022).

Auf der Grundlage dieser Volkszählungsdaten definierten sich 100.815 von 30,5 Millionen Kanadiern selbst als transgender oder nichtbinär; dies entsprach 0,33 % der Bevölkerung im Alter von 15 Jahren oder älter. Eine Auswertung nach Geburtskohorten ergab, dass sich der Trend zu höheren Anteilen von trans Personen bei jüngeren Altersgruppen nicht als ein spezielles Phänomen des Jugendalters darstellt, sondern etwa ab den Geburtsjahrgängen 1966-1980 (der so genannten „Generation X“) über die Geburtskohorten folgender Jahrzehnte als eine weitgehend linear verlaufende Alterskinetik über die erwachsene Lebensspanne zeigt (s.u. Abb. 1). Obwohl diese Ergebnisse die bisher differenziertesten verfügbaren Daten auf breiter epidemiologischer Basis darstellen, besteht eine Limitation darin, dass vorerst unklar bleibt, ob und wie sich die in Kanada gemeldeten Bevölkerungsanteile mit denen in anderen Ländern vergleichen lassen.

² WPATH – World Professional Association for Transgender Health

Abb. 1:

Häufigkeitsverteilung transgeschlechtlicher Identität nach Jahrgängen in Kanada
(Gesamtbevölkerung > 16 Jahre, Zahlen aus Statistics Canada, 2022)



Dieser sich über das gesamte Erwachsenenalter zeigende Generationeneffekt weist darauf hin, dass der Trend, wonach jüngere Personen sich selbst häufiger als *trans* beschreiben als ältere Personen, *nicht* allein mit entwicklungspsychologischen Besonderheiten des Jugendalters zu erklären ist, da dieser auch im jüngeren Erwachsenenalter nachweisbar ist.

2.3. Erklärungsansätze für veränderte Gender-Ratio

Eine bisher weitgehend ungeklärte Beobachtung ist die in den vergangenen zehn Jahren zunehmende Veränderung der berichteten relativen Häufigkeitsverteilung zwischen den Geschlechtern (Gender-Ratio) zugunsten des Anteils an geburtsgeschlechtlich weiblichen bzw. trans-männlichen Personen. Dieser Trend wurde insbesondere in Studien berichtet, die Überweisungen an Spezialkliniken sowie Daten aus integrierten Gesundheitssystemen analysierten und wird vor allem für das Jugendalter berichtet, für das die berichtete Gender-Ratio in mehreren Studien übereinstimmend in der Größenordnung von 80:20 angegeben wird (Aitken et al., 2015; De Graaf, Carmichael, et al., 2018; De Graaf, Giovanardi, et al., 2018; Steensma et al., 2018; Zhang et al., 2021). Dies hat u.a. zu einer Kontroverse darüber geführt, ob eine persistierende GI insbesondere bei Jugendlichen mit bei Geburt weiblich

England) stützen sich u.a. auf diese Befürchtung. So werden in den Ausführungen der Schwedischen Gesundheitsbehörde *Socialstyrelsen* sowie im *Cass Interim Report* für den englischen *National Health Service (NHS)* die aktuell zurückhaltenderen Empfehlungen für die Indikationsstellung zu einer vorübergehenden Pubertätsblockade insbesondere für Jugendliche mit bei Geburt weiblich zugewiesenem Geschlecht begründet und es wird u.a. auf die aus Sicht der Autoren nicht hinreichend aufgeklärte Beobachtung dieser stark verschobenen Gender-Ratio bei behandlingssuchenden Jugendlichen verwiesen (Cass, 2022; Socialstyrelsen, 2022). Auch wenn die derzeit ungleiche Häufigkeitsverteilung nach Geburtsgeschlecht von sich in Spezialzentren für GD vorstellenden Jugendlichen noch nicht abschließend aufgeklärt ist, erscheinen zwei Befunde zu ihrer relativierenden Einordnung bemerkenswert:

- In einer jüngeren Analyse von $N = 420$ kumulativ gesammelten Begutachtungen von Personen bis 19 Jahren, die eine Namen- und Personenstandsänderung nach dem deutschen Transsexuellengesetz (TSG) beantragt hatten, die fast ausnahmslos positiv beschieden wurden, fand sich für diese Altersgruppe in gleicher Weise eine Gender-Ratio von 80:20 zugunsten von antragstellenden Personen mit bei Geburt weiblich zugewiesenem Geschlecht (Meyenburg et al., 2021). In diesem Zusammenhang ist es wichtig, die Anforderungen an eine solche Begutachtung nach dem TSG zu kennen: Diese muss durch *zwei voneinander unabhängige psychiatrische oder psychologische Sachverständigen* erfolgen, die durch einschlägige Expertise in der diagnostischen Beurteilung dieses Personenkreises ausgewiesen sein müssen. Deren expliziter gutachterlicher Auftrag ist es, eingehend zu prüfen, ob die antragstellende Person über einen Zeitraum von *mindestens drei Jahren* anhaltend *und ausgeprägt sich dem anderen Geschlecht zugehörig fühlt* („innerer Zwang“), sowie ob nach diagnostischer Beurteilung auf Basis des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes mit *sehr hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass sich hieran nichts mehr ändern wird*. Aufgrund dieser auf maximale Spezifität (= Verhinderung falsch positiver Zuordnung) angelegten gutachterlichen Prüfkriterien wäre zu erwarten, dass Jugendliche, die z.B. in einer vorübergehenden Identitätsfindungskrise mit ihrem Geburtsgeschlecht hadern, keine positiv bestätigenden Begutachtungen erhalten würden. Demnach kann in der Kohorte dieser Studie die berichtete ungleiche Gender-Ratio *nicht* plausibel mit einer *selektiv geschlechtsbezogenen Tendenz* zu falsch positiven Fällen durch identitätsunsichere Mädchen in der Pubertät erklärt werden.
- Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass aktuell in Deutschland der Schritt einer sozial gelebten Transition bei trans-weiblichen Personen im Durchschnitt etwa in einem um 10 Jahre höheren Alter erfolgt als bei trans-männlichen Personen. Dies könnte erklären, warum soziale Transitionen und damit auch medizinische Behandlungswünsche von trans-

weiblichen Personen vor Erreichen des 20. Lebensjahrs deutlich seltener sind. Diese Beobachtung spiegelt sich in den von der Deutschen Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität (dgti e.V.) ermittelten deutschlandweiten Zahlen zur nach Alter und Geschlecht verteilten Häufigkeit beantragter so genannter *Ergänzungsausweise* im Zeitraum 1999-2016, die als Indikator für die Verlaufskinetik sozialer Transitionen interpretiert werden können (dgti e.V., Schaaf, 2019). Bei diesem Ergänzungsausweis handelt es sich um ein niedrighschwellig auf Wunsch ausstellbares Dokument, mit denen trans Personen, die bereits eine soziale Transition im Alltag leben, jedoch noch keinen gesetzlichen Namens- und Personenstandswechsel vollzogen haben, sich in Verbindung mit ihren amtlichen Ausweisdokumenten in Alltagssituationen unkompliziert ausweisen können (dgti.org). Diese Beobachtung unterschiedlicher Altershäufigkeiten bedarf, solange hierzu keine publizierten Studien mit Peer Review vorliegen, weiterer empirischer Überprüfung in künftigen Studien.

3. Wie entwickelt sich nonkonforme Geschlechtsidentität?

Die Antwort auf die Frage, wie sich nonkonforme Geschlechtsidentität ausbildet und entwickelt, ist nicht abschließend geklärt. An dieser Stelle soll in einem kurzen Abriss auf aktuelle Erklärungsmodelle verwiesen werden.

Traditionelle Modelle der Entwicklung der Geschlechtsidentität bei Kindern und Jugendlichen gehen davon aus, dass biologische und psychologische Prozesse die Entwicklung der Geschlechtsidentität in einer Weise steuern, die typischerweise mit dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmt (Martin et al., 2002; Stoller, 2020). Normativ entfaltet sich nach diesen Modellen die Variabilität typischer und atypischer Ausformungen der gelebten *Geschlechtsrolle* innerhalb einer mit dem Geburtsgeschlecht *konformen Geschlechtsidentität*. Bleibt die Entwicklung der Geschlechtsidentität mit dem zugewiesenen Geschlecht in diesem Sinne konform, kann demnach das *soziale Geschlechtsrollenverhalten* einer Person mehr oder weniger typisch den wahrgenommenen soziokulturell geprägten Erwartungen entsprechen. Heranwachsende (cis-) Mädchen können sich im Laufe ihrer Entwicklung in unterschiedlicher Ausprägung „typisch weiblich“ identifizieren, ohne ihre Selbstwahrnehmung als weibliche Person grundlegend in Frage zu stellen. Ebenso können sich (cis-) Jungen im Laufe ihrer Entwicklung mehr oder weniger „typisch männlich“ identifizieren, ohne ihre Selbstwahrnehmung als männliche Person grundlegend in Frage zu stellen.

Im Falle einer transgeschlechtlichen Entwicklung, die zu einer persistierenden GI führt, macht hingegen ein empfundenes Unbehagen oder „Hadern“ mit wahrgenommenen soziokulturellen Erwartungen an eine weibliche oder männliche Rolle *nicht* den Kern des

inkongruenten Identitätsempfindens aus. Die Inkongruenz zwischen dem dauerhaften Zugehörigkeitsempfinden zu einem Geschlecht und dem aufgrund der angeborenen körperlichen Merkmale bei Geburt zugewiesenen Geschlecht lässt sich nach aktuell gängiger Annahme nicht auf ein „Unbehagen“ im Hinblick auf die soziale Geschlechtsrolle reduzieren. Diese Annahme wird durch die klinische Beobachtung unterstützt, dass sich die mit einer GI einhergehende GD sich nicht allein durch das Ausleben einer atypischen oder nonkonformen sozialen Geschlechtsrolle z.B. als maskulin typisierte weibliche Person (sog. „Tomboy“) oder feminin typisierte männliche Person dauerhaft auflösen lässt. Entsprechend zeigt sich bei Jugendlichen mit GI nach einem vollständigen sozialen Rollenwechsel in allen Lebensfeldern typischerweise ein anhaltender geschlechtsdysphorischer Leidensdruck in Bezug auf das eigene körperliche Erscheinungsbild, selbst wenn sie sich im sozial gelebten Geschlecht durchweg akzeptiert fühlen. Bei einer GI ist demnach das ausgeprägte und anhaltende Erleben der Inkongruenz zum zugewiesenen Geschlecht von grundlegender Natur und geht deutlich über das Unbehagen mit einer sozialen Geschlechtsrolle hinaus.

Für den publizierten Wissensstand zur Frage, welche genetischen, hormonellen, neuronalen und psychologischen Faktoren an der Entwicklung nonkonformer Geschlechtsidentitäten beteiligt sind, wird an dieser Stelle auf die hierzu verfügbaren Übersichtsarbeiten verwiesen (Ettner, 2020; Korpalsarn & Safer, 2019; Saleem & Rizvi, 2017; Skordis et al., 2020). In früheren Jahrzehnten dominierten hierzu Arbeiten zu psychosozialen Entstehungsmodellen. Diesen Hypothesen für gender-nonkonforme Entwicklungen (L. M. Diamond & Butterworth, 2008; Martin et al., 2002; Stoller, 2020) ist gemein, dass sie nicht zwischen Entwicklungen von Kindern und Jugendlichen mit atypischem Rollenverhalten und Entwicklungen mit persistierender GI bzw. GD differenzieren, was als Schwäche dieser Konzepte angesehen werden kann.

Seit den 1990ern werden zunehmend biologische Entstehungsmodelle diskutiert, für deren Relevanz im Rahmen einer anzunehmenden multifaktoriellen Genese es einzelne Belege aus genetischen, endokrinologischen und neurowissenschaftlichen Studien gibt. Die Befundlage ist nicht eindeutig und als vorläufig zu bewerten. Die Annahme *genetischer Einflüsse* wird mit Beobachtungen zu familiären Häufungen von transgeschlechtlichen Personen (Gomez-Gil et al., 2010; Green, 2000), sowie mit der Beobachtung einer hohen Konkordanzrate der Transgeschlechtlichkeit in Zwillingsstudien begründet (Diamond, 2013). Diese lag in einer Studie bei 39% bei eineiigen im Vergleich zu unter 1% bei zweieiigen Zwillingen (Heylens et al., 2012). Des Weiteren wurden molekulargenetische Befunde zu Polymorphismen bei Östrogen- und Androgenrezeptorgenen berichtet, die mit Transgeschlechtlichkeit assoziiert sind (Bentz et al., 2008; Fernández et al., 2014b, 2014a, 2018; Hare et al., 2009; Henningsson et al., 2005).

Es gibt einige Studien, die mögliche *pränatale Einflüsse von Hormonen* auf die Entwicklung der Geschlechtsidentität vermuten lassen (Meyer-Bahlburg et al., 2008; Schneider et al., 2016). Bemerkenswert ist hierbei, dass es bislang keine Hinweise dafür gibt, dass abweichende Steroidhormonspiegel zu einem späteren Zeitpunkt der Entwicklung, insbesondere ab Eintritt der Pubertät, noch Einfluss auf die Geschlechtsidentität nehmen können. Hormonelle Einflüsse auf die Ausprägung geschlechtstypischen Rollenverhaltens bei pubertierenden gender-konform identifizierten Jugendlichen sind geläufig, es ist jedoch bislang kein Hinweis dafür bekannt, dass unter dem Einfluss pubertärer Steroidhormonspiegel sich ein nach Pubertätseintritt bereits ausdifferenziertes Zugehörigkeitsempfinden zu einem Geschlecht ändern kann. So sind bislang z.B. unter Frauen mit einem postpubertär entstandenen Hyperandrogenismus (z.B. polyzystisches Ovar-Syndrom als dessen häufigste Ursache) keine erhöhten Raten von GI (weiblich zu männlich) bekannt.

Neuronale Korrelate transgeschlechtlicher Identitäten im Sinne hirnstruktureller Befunde, anhand derer sich cis-geschlechtliche von transgeschlechtlichen Personen differenzieren lassen, werden auf Basis von hirnanatomischen Autopsiestudien (Garcia-Falgueras & Swaab, 2008; Kruijver et al., 2000; Taziaux et al., 2012; Zhou et al., 1995) diskutiert. Ein aktuell wachsender Forschungszweig sind zudem strukturelle MRT-Studien zur phänotypischen Differenzierung hirnstruktureller Muster von trans und cis Personen über jeweils beide geburtsgeschlechtlichen Gruppen, in denen Hinweise dafür berichtet werden, dass es sich bei transgeschlechtlichen Personen um eine eigene Entität handeln könnte, deren typische hirnstrukturellen Merkmale sich sowohl von denen cis-weiblicher als auch von denen cis-männlicher Personen signifikant häufig unterscheiden (Flint et al., 2020; Mueller et al., 2021; Rametti, Carrillo, Gómez-Gil, Junque, Segovia, et al., 2011; Rametti, Carrillo, Gómez-Gil, Junque, Zubiarre-Elorza, et al., 2011; Savic & Arver, 2011; Zubiaurre-Elorza et al., 2013). Da es sich sowohl bei den genannten hirnanatomischen, wie auch bei den MRT-Studien um Querschnittsbefunde bei Erwachsenen handelt, lassen sich hiervon bislang keine kausalen Zusammenhänge ableiten.

Zusammenfassend ergeben sich nach bisherigem Wissensstand Hinweise dafür, dass im Sinne einer multifaktoriellen Ätiologie genetische, hormonelle, neurobiologische und psychosoziale Faktoren an der Entwicklung von GI beteiligt zu sein scheinen (Ettner, 2020; Korpisarn & Safer, 2019; Saleem & Rizvi, 2017; Skordis et al., 2020). Die spezifischen ätiologischen Mechanismen und wechselseitigen Interaktionen sind jedoch noch nicht gut verstanden.

Glossar wichtiger in der Leitlinie verwendeter Begriffe

| Begriff | Erläuterungen |
|-----------------------------|---|
| Behandlungssuchende | Der Begriff „Behandlungssuchende“ wird im Text der Leitlinie verwendet, wenn hervorzuheben ist, dass in diesem Kontext minderjährige Patient*innen gemeinsam mit ihren sorgeberechtigten Angehörigen gemeint sind. |
| Bezugspersonen | Mit „Bezugspersonen“ werden alle Erziehenden von Kindern und Jugendlichen bezeichnet, unabhängig davon, ob sie aus juristischer Perspektive sorgeberechtigt sind. |
| cis, cisgender | Im Fließtext als Adjektive in Gegenüberstellung zu den Begriffen trans bzw. transgender benutzte Bezeichnung für alle Personen, bei denen die Geschlechtsidentität mit dem Geschlecht übereinstimmt, das bei Geburt aufgrund biologisch-anatomischer Merkmale zugewiesen wurde. |
| Coming-Out | Mit dem Begriff „Coming-Out“ wird im Leitlinientext in Differenzierung zum Begriff → „sozialer Rollenwechsel“ der gesamte Prozess des zunehmenden „Sich-Zeigens“ gegenüber der sozialen Umgebung in einer nonkonformen Geschlechtsrolle bezeichnet, die der aktuell empfundenen Geschlechtsidentität entspricht. Ein solcher Prozess verläuft häufig in mehreren Schritten unter Einbeziehung eines zunehmenden sozialen Radius. |
| Desistenz, Desisters | Mit dem Begriff „Desisters“ wird die Gruppe all derjenigen zusammengefasst, bei denen im Verlauf des Jugendalters keine entsprechende Persistenz einer Geschlechtsdysphorie mit Transitionswunsch berichtet wird (siehe Kapitel II. → „ <i>Variante Entwicklungsverläufe (Persistenz, Desistenz und Detransition)</i> “). In der Forschungsliteratur wie in der Leitlinie wird der Begriff ausschließlich für Entwicklungsverläufe vom Kindes- ins Jugendalter verwendet. |

| | |
|--|--|
| Detransition | <p>Im Leitlinientext wird der Begriff „Detransition“ für den Schritt der Abkehr von medizinischen Maßnahmen einer begonnenen oder abgeschlossenen Transition verwendet. Er wird also nur verwendet, wenn bereits geschlechtsangleichende körpermodifizierende medizinische Maßnahmen erfolgt sind. Dabei sind verschiedenartige Verläufe eingeschlossen, darunter auch solche, bei denen die Geschlechtsinkongruenz fortbesteht oder eine nicht-binären Identität angegeben wird. Außerhalb des Leitlinientexts wird der Begriff zuweilen breiter verwendet, beispielsweise auch für die Rücknahme eines sozialen Rollenwechsels vor dem Beginn medizinischer Maßnahmen.</p> |
| Einwilligungsfähigkeit (D)/ Entscheidungsfähigkeit (A)/ Urteilsfähigkeit (CH) | <p>In den Rechtssystemen von Deutschland, Österreich und der Schweiz unterschiedlich genannte aber synonyme Begriffe für die ärztlich festzustellende Fähigkeit Minderjähriger, eine informierte Zustimmung zu einem medizinischen Eingriff zu geben. (siehe Kapitel X. → <i>Ethik und Recht</i>)</p> |
| Fachperson | <p>Im Leitlinientext verwendete Bezeichnung für an Diagnostik und Behandlung beteiligte Angehörige definierter Berufsgruppen im Gesundheitswesen, z.B. Ärzt*innen, Psycholog*innen oder Psychotherapeut*innen.</p> |
| gender-nonkonform | <p>Der Begriff gender-nonkonform wird hier als allgemeine <i>Fremdbeschreibung</i> verwendet, um im fachlich-wissenschaftlichen Kontext Kinder und Jugendliche zu bezeichnen, deren beobachtbares Verhalten oder deren lt. <i>Selbstbeschreibung</i> empfundene Identität nicht dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht entspricht.</p> <p>Der Begriff wird also unabhängig davon verwendet, ob die medizinische Diagnose einer anhaltenden/persistierenden Geschlechtsinkongruenz (bereits) gestellt wurde. Das Spektrum umfasst alle Kinder- und Jugendlichen mit entsprechender Selbstbeschreibung inkl. verlaufsoffen fluiden Entwicklungen (siehe Kapitel V. → „<i>Psychotherapie und psychosoziale Interventionen</i>“).</p> <p>Wir verwenden den Begriff „gender-nonkonform“ als allgemein beschreibenden Oberbegriff entsprechend den im anglo-amerikanischen Schrifttum gängigen</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>Begriffen „gender-diverse“ und „gender-variant“, um Verwechslungen mit dem im Deutschen anderweitig verwendeten Begriff „divers“ für den dritten Geschlechtseintrag sowie den im Diskurs zu <i>Differences in Sexual Development</i> (DSD) so bezeichneten <i>Varianten der Geschlechtsentwicklung</i> (Intersexualität) zu vermeiden.</p> |
| <p>Geschlechtsdysphorie (GD)</p> | <p>Der Begriff der Geschlechtsdysphorie wird im Sinne der DSM-5 Diagnosen F64.0 und F64.2 (APA 2013) verstanden (siehe Kapitel I. → „<i>Präambel der Leitlinie</i>“). Er beschreibt einen Zustand des Unbehagens, Stress oder Leids, der auftritt, weil die Geschlechtsidentität einer Person von dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht abweicht. Nicht alle trans und non-binäre Menschen leiden unter Geschlechtsdysphorie. Um im Text der Leitlinie präzise zu unterscheiden, ob mit dem Begriff der Geschlechtsdysphorie (GD) eine gestellte Diagnose oder ein zur Diagnostik führendes Zustandsbild gemeint ist, wird dies in der Umschreibung präzisiert, z.B. mit dem Zusatz „Jugendliche mit diagnostizierter GI“ oder „Jugendliche mit geschlechtsdysphorischen Beschwerden/Symptomen“.</p> |
| <p>Geschlechtsinkongruenz (GI)</p> | <p>Der Begriff Geschlechtsinkongruenz wird im Sinne der ICD-11 Diagnosen HA60 und HA61 verstanden (siehe Kapitel I. → „<i>Präambel der Leitlinie</i>“). Er beschreibt die ausgeprägte und anhaltende Erfahrung einer Person, dass ihre Geschlechtsidentität nicht mit dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmt. Um im Text der Leitlinie präzise unterscheiden zu können, ob eine gestellte Diagnose oder ein zur Diagnostik führendes Zustandsbild gemeint ist, wird z.B. der Zusatz „Jugendliche mit diagnostizierter GI“ oder „Jugendliche mit gender-nonkonformer Selbstbeschreibung“ erwendet.</p> |
| <p>informierte Einwilligung</p> | <p>Engl. „informed consent“ - bezeichnet im Zusammenhang mit einer medizinischen Behandlung die von hinreichend umfassender Information und Aufklärung sowie darauf basierendem reflektierten Verständnis getragene Einwilligung des Patienten in eine medizinische Maßnahme.</p> |

| | |
|--|--|
| <p>Non-binäre Geschlechtsidentität, Nicht-binäre Geschlechtsidentität</p> | <p>Eine non-binäre Geschlechtsidentität wird im subjektiven Empfinden einer Person zu ihrer <i>Geschlechtszugehörigkeit</i> jenseits der binären Zweigeschlechtlichkeit von männlich und weiblich verortet. Im Leitlinientext verwenden wir den Begriff als Überbegriff für verschiedene nicht-binäre Identifikationen, z.B. zwischen männlich und weiblich, jenseits der Geschlechter oder im Verlauf des Lebens fluide Geschlechtsidentitäten.</p> |
| <p>Non-binäres Rollenverständnis, nicht-binäres Rollenverständnis</p> | <p>Der Begriff „non-binäres Rollenverständnis“ wird im Leitlinientext in Differenzierung zu dem Begriff „non-binäre Geschlechtsidentität“ verwendet, um eine reflektiertes Verständnis einer Person zur eigenen Geschlechtsrolle zu bezeichnen, welches nicht in heteronormativen Vorstellungen von „männlich“ oder „weiblich“ verhaftet ist, sondern die eigene Rolle jenseits gesellschaftlicher Rollenerwartungen definiert. (siehe Kapitel I. und V. → „<i>Präambel der Leitlinie</i>“) und „<i>Psychotherapie und psychosoziale Interventionen</i>“).</p> |
| <p>Patient*in</p> | <p>Der Begriff Patient*in wird im Text der Leitlinie in seiner sozialrechtlichen Bedeutung für die Personen verwendet, für die eine zu erbringende medizinische Leistung im Gesundheitswesen (einschließlich Diagnostik und Beratung) ad personam definiert ist (siehe Kapitel I. → „<i>Präambel der Leitlinie</i>“). An Stellen im Text, wo medizinische Leistungen nicht im Zentrum stehen, haben wir im Sinne der Entpathologisierung bewusst auf den Begriff verzichtet.</p> |
| <p>Persistenz, persistierend</p> | <p>Mit dem Begriff der Persistenz wird ein zeitliches Überdauern einer Geschlechtsinkongruenz nach Eintritt der Pubertät ins Jugendalter hinein bezeichnet (siehe Kap. VII. → Indikationsstellung zu körpermodifizierenden Maßnahmen).</p> |
| <p>Psychotherapeutische Prozessbegleitung</p> | <p>Der Begriff der psychotherapeutischen Prozessbegleitung ist hier nicht im engeren Sinne der definierten Richtlinienpsychotherapie gemeint, sondern umfasst alle Anwendungsformen psychosozialer Unterstützung durch psychotherapeutisch geschulte professionelle Helfer*innen mit dem Ziel des Erhalts oder der Verbesserung der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit GI/GD (siehe Kapitel V. → „<i>Psychotherapie und psychosoziale Interventionen</i>“).</p> |

| | |
|---|---|
| Sorgeberechtigte | Der Begriff „Sorgeberechtigte“ wird im Leitlinientext entsprechend der rechtlichen Definition entsprechend nationalstaatlicher Gesetzgebungen verwendet (D/A/CH). |
| Sozialer Rollenwechsel, soziale Transition | Im Leitlinientext werden die Begriffe sozialer Rollenwechsel“ und „soziale Transition“ synonym und in Abgrenzung zu Maßnahmen einer medizinischen Transition verwendet. Gemeint ist damit die Entscheidung, sich in einigen oder allen Lebensbereichen nicht nur dem eigenen Wunsch entsprechend beispielsweise zu kleiden und zu verhalten, sondern konsequent entsprechend der empfundenen Geschlechtsidentität angesprochen und respektiert zu werden (siehe u.a. Kapitel III. → „Sozialer Rollenwechsel im Kindesalter“). |
| trans, transgender | Synonyme Adjektive, die sich auf die Selbstbeschreibung bzw. geäußerte Zugehörigkeit zu einem Spektrum non-konformer Geschlechtsidentitäten beziehen (unabhängig von einer gestellten Diagnose), non-binäre trans Identitäten sind hierbei mit eingeschlossen. |
| Zuweisungsgeschlecht zugewiesenes Geschlecht | Das „Zuweisungsgeschlecht“ oder auch das bei der Geburt „zugewiesene Geschlecht“ (engl. „sex assigned at birth“) bezieht sich <i>entsprechend der Begrifflichkeit der ICD-11</i> auf den Status einer Person als männlich, weiblich oder intersexuell, basierend auf körperlichen Merkmalen – in der Regel aufgrund des Aussehens der äußeren Genitalien – zum Zeitpunkt nach der Geburt. Da sich der Begriff des Zuweisungsgeschlechts auf diesen konkreten Zeitpunkt bezieht, bleibt er im Lebensverlauf stets eindeutig definiert, unabhängig von ggf. durchgeführten medizinischen Transitionsbehandlungen. |

I. Präambel der Leitlinie

1. Warum eine Präambel?

Diese Leitlinie gibt medizinische Empfehlungen zu einem Themenfeld, in dem die internationale medizinische Fachwelt in den vergangenen zwei Jahrzehnten einen Paradigmenwechsel vollzogen hat. Der Weltärztebund forderte 2015 die Anerkennung nonkonformer Geschlechtsidentitäten als nicht-pathologische Normvarianten der menschlichen Entwicklung und deren konsequente Entpathologisierung in allen Bereichen der Medizin (World Medical Association, 2015). Die zuvor vertretene Auffassung, wonach Transgeschlechtlichkeit als eine psychopathologische Fehlentwicklung der Geschlechtsidentität verstanden wurde, hat sich – vergleichbar der Homosexualität, die bis 1977 ebenfalls noch Störung angesehen wurde – als wissenschaftlich nicht haltbar erwiesen. Entsprechend wurden in der ICD-11 der WHO (World Health Organization, 2022) die in der ICD-10 (WHO, 2019) noch so definierte Kategorie der so genannten „*Störungen der Geschlechtsidentität*“ und damit auch die frühere psychiatrische Diagnose des vormals so genannten „*Transsexualismus*“ aus dem Katalog psychischer Störungen gestrichen.

Die hinter diesen diagnostischen Begriffen stehenden Störungskonzepte gelten als obsolet, auch wenn Diagnosen vorerst noch nach der alten ICD-10 (WHO, 2019) zu kodieren sind. Stattdessen wurde in der ICD-11 (WHO, 2022) die neue Diagnose der *Geschlechtsinkongruenz* außerhalb des Katalogs psychischer Störungen unter einer neuen Rubrik *Zustände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit* (engl.: *conditions related to sexual health*) neu definiert. Daraus ergeben sich Implikationen für die professionelle Haltung gegenüber Menschen mit nonkonformen Geschlechtsidentitäten für im Gesundheitswesen Tätige. Diesbezügliche Empfehlungen sind nachfolgend in Kapitel IX → „*Professionelle Interaktion und diskriminierungssensibler Umgang mit gender-nonkonformen Kindern und Jugendlichen*“ näher ausgeführt. Aktuelle Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften haben diesen Paradigmenwechsel hin zu konsequenter Entpathologisierung sowie zu weitgehender Individualisierung von Behandlungswegen bereits vollzogen, so auch die S3-Leitlinie der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) für das Erwachsenenalter „*Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit*“ (AWMF, 2018).

Auch die deutsche Gesetzgebung ist mit dem Gesetz zum Verbot von Konversionsbehandlungen, das explizit Kinder und Jugendliche mit empfundener nonkonformer Geschlechtsidentität vor, als unethisch angesehenen, Therapieversuchen

schützt, dieser Neuausrichtung gefolgt. Die Erklärung des Deutschen Ethikrates (2020) betont die Schutzwürdigkeit des Rechts auf Selbstbestimmung von Kindern und Jugendlichen bezüglich ihrer geschlechtlichen Identität und fordert bei medizinischen Behandlungsentscheidungen im Jugendalter eine sorgsame Abwägung von Nutzen und Risiken *sowohl* einer erwogenen Behandlung *als auch* eines Unterlassens einer solchen Behandlung. Hierbei ist die Partizipation und Selbstbestimmung der minderjährigen Person ebenso angemessen zu berücksichtigen, wie der Schutz vor verfrüht getroffenen Behandlungsentscheidungen mit möglichen schädlichen Folgen für den Fall, dass eine Geschlechtsinkongruenz nicht persistiert.

Diese Herausforderungen führen zu Kontroversen grundsätzlicher Natur, die weit über die Medizin hinaus auch in Gesellschaft und Politik geführt werden. Auch innerhalb der Leitlinienkommission wurde von Beginn an kontrovers diskutiert. Im Interesse eines zielführenden, transparenten und konstruktiven Prozesses hat die Leitlinienkommission für ihren Umgang mit den genannten Grundsatzfragen folgende Vorgehensweisen verfolgt:

- Bei internen Diskussionen zu konsensbasierten Empfehlungen sollte jeweils die maximal mögliche Konsensbasis innerhalb der Kommission ausgelotet werden mit dem Ziel, den künftigen Anwender*innen der Leitlinie eine fachliche Orientierung auf der Basis eines möglichst starken Expert*innenkonsens (> 95%) zu vermitteln.
- Zudem wurde die im folgenden dargestellte Präambel mit starkem Konsens (> 95%) mit dem Ziel konsentiert, dem Leitlinientext einige zentrale Grundhaltungen voranzustellen, die die Kommission für wesentlich hält, und die die aktuellen medizinischen, ethischen und rechtlichen Diskurse angemessen berücksichtigt.

2. Text der Präambel

Konsentiert mit starkem Konsens (> 95%)

1. Die Leitlinie orientiert sich an den ethischen Prinzipien des Respekts vor der Würde und Selbstbestimmung der Person sowie des Wohltuns und Nicht-Schadens und hat zum Ziel, diese Prinzipien im Behandlungssetting zu realisieren.
2. Übergeordnetes Ziel der Leitlinie ist, den Zugang von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz¹ und/oder Geschlechtsdysphorie² zu einer fachgerechten Information und Behandlung auf der Basis wissenschaftlich und ethisch anerkannter Standards zu verbessern und ihnen dadurch eine bestmögliche gesundheitliche Entwicklung zu ermöglichen.
3. In Achtung der Würde der Behandlungssuchenden unterstützt die Leitlinie den Abbau von Diskriminierung und die Entpathologisierung von Personen, deren Geschlechtsidentität nicht mit ihrem anatomischen bzw. bei Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmt. Dies schlägt sich u.a. in der gewählten Begrifflichkeit nieder. Der Begriff der „*Geschlechtsidentitätsstörung*“ aus der ICD-10 (WHO, 2019) wird daher nicht mehr verwendet. Stattdessen werden nach ICD-11 (WHO, 2022) und DSM-5 (APA, 2013) die Begriffe „*Geschlechtsinkongruenz*“ und „*Geschlechtsdysphorie*“ verwendet.
4. Patient*innen³ mit Geschlechtsinkongruenz und/oder Geschlechtsdysphorie weisen vielfältige individuelle Entwicklungsverläufe auf. Beratung und Behandlung sollen dementsprechend auf Individuen und ihre Bedürfnisse zugeschnitten sein. Die Leitlinie soll eine fachliche Orientierung für bestmögliche individuelle Behandlungsentscheidungen bieten.
5. Die Leitlinie ist im Prozess ihrer Entwicklung der Idee der Partizipation aller involvierten Parteien, einschließlich transidenter Personen und ihrer Angehörigen verpflichtet. Die Evaluation bisheriger Erfahrungen Behandlungssuchender⁴ im Gesundheitswesen fließt insbesondere zur Verbesserung des Behandlungsangebots und zur Vermeidung von Diskriminierung in die Neufassung der Leitlinie ein.

¹ Der Begriff Geschlechtsinkongruenz wird im Sinne der ICD-11 Diagnosen HA60 und HA61 verstanden (siehe Glossar zu Begrifflichkeiten).

² Der Begriff der Geschlechtsdysphorie wird im Sinne der DSM-5 Diagnosen F64.0 und F64.2 (APA 2013) verstanden (siehe Glossar zu Begrifflichkeiten).

³ Der Begriff Patient*in wird im Text der Leitlinie in seiner sozialrechtlichen Bedeutung für die Personen verwendet, für die eine zu erbringende medizinische Leistung im Gesundheitswesen (einschließlich Diagnostik und Beratung) ad personam definiert ist.

⁴ Der Begriff Behandlungssuchende wird im Text der Leitlinie verwendet, wenn hervorzuheben ist, dass in diesem Kontext minderjährige Patient*innen gemeinsam mit ihren sorgeberechtigten Angehörigen gemeint sind (siehe Glossar zu Begrifflichkeiten).

6. Die geschlechtliche Identität einer Person ist höchstpersönlicher Natur. Die Förderung der Selbstbestimmung und – soweit notwendig – der Selbstbestimmungsfähigkeit ist deshalb ein wesentliches Anliegen im Behandlungssetting mit minderjährigen Patient*innen. Therapieansätze, die implizit oder explizit von dem Behandlungsziel getragen sind, das Zugehörigkeitsempfinden einer Person zu einem Geschlecht in eine bestimmte Richtung zu lenken, werden als unethisch angesehen.
7. Psychotherapeutische Unterstützung⁵ soll Behandlungssuchenden zur Begleitung z.B. einer ergebnisoffenen Selbstfindung, zur Stärkung des Selbstvertrauens, zur Bewältigung von Diskriminierungserfahrungen oder zur psychischen Vor- und Nachbereitung von Schritten im Prozess einer Transition niedrigschwellig angeboten und verfügbar gemacht werden. Eine Verpflichtung zu Psychotherapie als Bedingung für den Zugang zu medizinischer Behandlung ist aus Gründen des Respekts vor der Würde und Selbstbestimmung der Person ethisch nicht gerechtfertigt.
8. Entscheidungen für medizinische Maßnahmen, die in eine nicht abgeschlossene biologische Reifeentwicklung eingreifen, implizieren eine besondere Herausforderung und ethische Verantwortung für alle Beteiligten. Zu berücksichtigen sind einerseits die im Einzelfall anzunehmende potentielle Ergebnisoffenheit der psychosexuellen und Identitätsentwicklung sowie andererseits die stetig zunehmende Irreversibilität der somatosexuellen Reifeentwicklung und die ggf. daraus resultierenden erhöhten Risiken für die psychische Gesundheit. Bei der Entscheidung für medizinische Behandlungsschritte zur Pubertätsunterbrechung oder Geschlechtsangleichung im Jugendalter ist daher eine sorgfältige Abwägung von zu erwartendem Nutzen und Risiko vorzunehmen. Die möglichen gesundheitlichen Folgerisiken einer von Betroffenen im Nachhinein bereuten Entscheidung für eine medizinische Behandlung oder einer sich aus anderen Gründen als fehlindiziert herausstellenden Behandlung sind demnach gegenüber Gesundheitsrisiken abzuwägen, die sich bei einem Aufschub oder Nicht-Einleiten einer medizinischen Behandlung ergeben können.
9. Die Leitlinie soll als fachliche Grundlage für verantwortungsvolle medizinische Behandlungsentscheidungen dienen, die im Sinne eines *Shared Decision Making* gemeinsam von Behandelnden, minderjährigen Patient*innen und ihren Sorgeberechtigten zu treffen sind. Die Leitlinie soll hierfür Orientierung bieten, insbesondere für die Anforderungen an eine hinreichende Aufklärung und Beratung,

⁵ Der Begriff der psychotherapeutischen Unterstützung ist hier nicht im engeren Sinne der definierten Richtlinienpsychotherapie gemeint, sondern umfasst alle Anwendungsformen psychosozialer Unterstützung durch psychotherapeutisch geschulte professionelle Helfer*innen (siehe Ausführungen in Kapitel V → „*Psychotherapie und psychosoziale Interventionen*“)

die es Behandlungssuchenden ermöglicht, Wesen, Bedeutung und Tragweite der jeweiligen Behandlungsoptionen zu verstehen und darüber zu entscheiden.

Vorläufige Leitlinie zur Kommentierung

Kapitel II

Variante Entwicklungsverläufe (Persistenz, Desistenz und Detransition)

1. Einleitung und Leitfragen

2. Die Studienlage

2.1. Frühe Verlaufsstudien (60er bis 80er Jahre des 20. Jahrhunderts)

2.2. Neuere Studien (ab 2008)

2.3. Ergebnisse der neueren Studien

3. Zusammenfassung des empirischen Wissensstandes

3.1. In bisherigen Studien berichtete Persistenzraten

4. Verläufe mit dem Outcome einer späteren Detransition

5. Empfehlungen für die professionelle Beratung

Vorläufige Leitlinie zur Kommentierung

1. Einleitung und Leitfragen

Die Beobachtung, dass es vielfältige verschiedene Verläufe geschlechtsvarianten Erlebens und Verhaltens in der Kindheit und Jugend gibt, wirft die Frage nach Prädiktoren für eine überdauernde (=persistierende) transgeschlechtliche Identität über die Pubertät hinaus bis ins Erwachsenenalter auf. Dies ist insbesondere bedeutsam, wenn bei einer diagnostizierten Geschlechtsdysphorie im frühen Jugendalter die Frage einer Indikationsstellung für eine hormonelle Pubertätssuppression im Raum steht, und hierfür aus dem bisherigen Entwicklungsverlauf Hinweise für eine mit hinreichend hoher Wahrscheinlichkeit vorhersagbare Persistenz einer transidenten Entwicklung zu bewerten sind. Die Annahme einer dauerhaften Persistenz der Geschlechtsdysphorie ist mit entscheidend bei der individuellen Bewertung von Nutzen und Risiken, die eine Entscheidung für oder gegen einen medizinischen Eingriff in die somatosexuelle Reifeentwicklung mit sich bringen kann. Da Entwicklungsprozesse in Kindheit und Jugend insbesondere im Hinblick auf die Identitätsentwicklung eine hohe Varianz aufweisen und fluide sein können, steht die Frage nach der Einschätzbarkeit bzw. „Feststellbarkeit“ einer persistierenden Geschlechtsinkongruenz bei Kindern und Jugendlichen im Kern ethischer Debatten zu medizinischen Behandlungsoptionen bei Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie, die eine Pubertätsblockade oder geschlechtsangleichende Hormonbehandlung wünschen. Der Deutsche Ethikrat hat sich 2020 in einem Bioethik-Forum mit dieser Thematik beschäftigt und anschließend eine Empfehlung verabschiedet. Darin wird die ethische Problematik wie folgt skizziert:

„Bei Kindern und Jugendlichen, ohnehin eine besonders vulnerable Gruppe, erfordern die im Kontext von Trans-Identität erwogenen therapeutischen Maßnahmen eine besondere ethische Reflexion. Eine Spannung entsteht dadurch, dass sich einerseits Reflexions- und Entscheidungsfähigkeit im Heranwachsenden erst entwickeln und andererseits die in der Pubertät stattfindende körperliche Entwicklung Zeitdruck schafft. In dieser Situation können sowohl die in Betracht gezogenen Behandlungsmöglichkeiten als auch deren Unterlassung schwerwiegende und teils irreversible Folgen haben. Für die beteiligten Erwachsenen – die sorgeberechtigten Eltern und die behandelnden Fachleute – stellt sich dabei überdies die Aufgabe, sowohl die Vorstellungen und Wünsche des Kindes zu berücksichtigen als auch dessen Wohl zu schützen. Die ethische Herausforderung besteht darin, Minderjährige auf dem Weg zu einer eigenen geschlechtlichen Identität zu unterstützen und zugleich vor – teils irreversiblen – Schäden zu bewahren“ (Deutscher Ethikrat, 2020).

Vor dem Hintergrund, dass es innerhalb des bekannten Spektrums von Entwicklungsverläufen sowohl sehr eindeutige Verläufe einer sich früh im Entwicklungsverlauf erkennbaren dauerhaft persistierenden Geschlechtsinkongruenz gibt, als auch Verläufe bekannt sind, in denen die Geschlechtsidentität im Jugendalter über einen längeren Zeitraum fluide bleibt und es zur so genannten *Desistenz* (=Auflösen) des geschlechtsinkongruenten Empfindens kommt, besteht international in der medizinischen Fachwelt weitestgehende Einigkeit darin, dass Jugendliche mit diagnostisch gesicherter Geschlechtsinkongruenz nicht grundsätzlich vom Zugang zu medizinischen Interventionen ausgeschlossen werden sollen. Auch die aktuellen nationalen Empfehlungen in den Ländern Schweden, Finnland sowie des NHS England (ohne Schottland, Wales und Nordirland), die im Vergleich zu Leitlinien internationaler medizinischer Fachgesellschaften sowie dieser Leitlinie restriktiver sind, enthalten Empfehlungen für die Indikation zu Pubertätsblockern und geschlechtsangleichenden Hormonbehandlungen im Jugendalter. Sie definieren lediglich strengere Indikations- und Zugangskriterien (siehe Kapitel im Anhang → „*Divergierende Behandlungsempfehlungen in anderen Ländern für Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsinkongruenz*“).

Unsere Leitlinie folgt den Empfehlungen des Deutschen Ethikrates darin, dass fachgerechte und ethisch gut vertretbare Behandlungsentscheidungen im Jugendalter nur auf der Basis einer umfassenden Beurteilung des Einzelfalles und darauf basierender individueller Nutzen-Risiko-Abwägung zu vertreten sind. Hierzu ist eine hinreichende Kenntnis des Wissensstandes zur Varianz von Entwicklungsverläufen geschlechts-nonkonformer Kinder- und Jugendlicher unverzichtbar, der im folgenden Kapitel dargestellt wird. Daraus werden abschließend konsensbasierte Empfehlungen abgeleitet. Bezüglich der hohen klinischen Relevanz der diagnostischen Einschätzung der Persistenz einer Geschlechtsinkongruenz als zeitlich anhaltendes Phänomen verweisen wir auf das Kapitel VII. → „*Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen*“.

Leitfrage an die Leitlinie:

- Welche Erkenntnisse gibt es zum Spektrum varianter Entwicklungsverläufe von Kindern und Jugendlichen mit gender-nonkonformem Verhalten sowie zu Kindern und Jugendlichen mit Hinweisen für das Vorliegen einer Geschlechtsinkongruenz?
- Gibt es Evidenz für prognostisch relevante Merkmale bei Kindern und Jugendlichen mit Anzeichen einer Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie, anhand derer sich zukünftig so genannte „Desisters“ von „Persisters“ unterscheiden lassen?

2. Die Studienlage

Zunächst ist zu klären, wie Persistenz und Nicht-Persistenz (im Folgenden in Anlehnung an das angloamerikanische Schrifttum *Desistenz* genannt), zu definieren sind. Hierbei ist die historische Herkunft dieser Begriffe zur Vermeidung unbeabsichtigter Konnotationen kritisch zu erwähnen. Der Begriff der Persistenz wurde im psychologischen Schrifttum zunächst für störungsrelevantes Problemverhalten (u.a. bei der Störung des Sozialverhaltens) verwendet, woraus sich für Desistenz die Bedeutung einer „Rückkehr zu normalgesundem Verhalten“ ableiten ließe (Temple Newhook et al., 2018). Im Kontext der Forschung zu varianten Entwicklungsverläufen von Geschlechts-Nonkonformität vom Kindes- ins Jugendalter sind diese Begriffe in rein deskriptivem Sinn etabliert. Eine Konnotation im Sinne von Problemverhalten oder einer Abkehr davon ist hiermit nicht intendiert. Unterschieden werden hierbei in den vorliegenden empirischen Studien zwei Gruppen von Kindern aus klinischen Inanspruchnahmepopulationen, die vor Eintritt in die Pubertät klinisch vorgestellt wurden:

- Mit dem Begriff *Persisters* wird die Gruppe derer bezeichnet, die im Verlauf der Pubertät eine dauerhaft anhaltende Geschlechtsinkongruenz mit Geschlechtsdysphorie zeigten und in der Regel den Weg einer Transition weiter gegangen sind, was meist mit medizinischen Behandlungsschritten zur Pubertätssuppression und/oder Geschlechtsangleichung noch im Jugendalter verbunden war.
- Mit dem Begriff *Desisters* wird die Gruppe all derjenigen *Kinder* zusammengefasst, bei denen *im Verlauf des Jugendalters* keine entsprechende Persistenz einer Geschlechtsdysphorie mit Transitionswunsch berichtet wurde. Dies lässt jedoch keinen pauschalen Rückschluss darüber zu, in welcher Häufigkeit diese „Desisters“ sich dauerhaft kongruent mit ihrem Geburtsgeschlecht identifizierten - oder sich zum Zeitpunkt der Studien-Befragung auf dem Weg der Entwicklung ihrer erwachsenen Geschlechtsidentität noch in einem fluiden und damit ergebnisoffenen Prozess befanden (Steensma & Cohen-Kettenis, 2018; Temple Newhook et al., 2018). Die beiden Begriffe „Persisters“ und „Desisters“ wurden für diesen Kontext entsprechend von den Autor*innen der niederländischen Arbeitsgruppe um Cohen-Kettenis und Steensma in die Diskussion eingeführt, die an ihrem spezialisierten Behandlungszentrum in Utrecht und später Amsterdam weltweit die ersten waren, die pubertätssupprimierende und geschlechtsangleichende Hormonbehandlungen für Jugendliche mit Geschlechtsdysphorie nach einzelfallbezogener Indikationsstellung durchführten und hierzu Follow-Up-Studien publizierten (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; de Vries et al., 2011). Steensma und Cohen-Kettenis (2018) heben in einem publizierten

Diskussionsbeitrag rückblickend hervor, dass ihre Verlaufsstudien aufgrund ihrer teils selektiven Fallzusammensetzung *nicht* geeignet sind, verallgemeinerbare Prävalenzraten für „Persisters“ (so genannte „Persistenzraten“) abzuleiten. Dies sei auch nicht die Zielsetzung der Verlaufsstudien gewesen. Diese hatten zum vorrangigen Ziel, die Variationsbreite von Entwicklungsverläufen aufzuzeigen und *mögliche früh erkennbare Merkmale* einer im Jugendalter persistierenden Geschlechtsdysphorie mit Behandlungswunsch zu identifizieren (Steensma & Cohen-Kettenis, 2018). Dies sollte die Entscheidungssicherheit bei anstehenden Indikationsstellungen für Hormonbehandlungen bei Minderjährigen erhöhen helfen (ebd.).

Die phänomenologische Vielfalt geschlechts-nonkonformer Geschlechtsexpression bei Kindern macht eine begriffliche Schärfung für die Beschreibung von Entwicklungsverläufen sowie eine klare Definition der eingangs im Kindesalter untersuchten Verlaufskohorten notwendig. Tatsächlich gingen bisherige Studien in Abhängigkeit von unterschiedlichen Fragestellungen entsprechend unterschiedliche Wege. So berichten frühere Verlaufsstudien aus den 60er bis 80er Jahren des 20. Jahrhunderts, die von einem breiten Spektrum von Kindern mit geschlechtsatypischen Verhaltensweisen (überwiegend geburtsgeschlechtliche Jungen, die früh feminine Verhaltensweisen zeigten) ausgehen, hohe Raten eines späteren homosexuellen Outcomes im Jugendalter. Dagegen befassten sich neuere Studien ab 2008 gezielter mit den Entwicklungsverläufen von Kindern aus klinischen Inanspruchnahmepopulationen spezialisierter Gender-Kliniken, bei denen eine „Geschlechtsidentitätsstörung“ (entspr. den früheren Kriterien nach ICD 10 und DSM III-R oder IV) vermutet oder diagnostiziert wurde. Hier ist wichtig anzumerken, dass die diagnostischen Kriterien für eine *Geschlechtsdysphorie im Kindesalter* im Diagnosesystem *DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2013)* im Vergleich zu den älteren Kriterien für eine sog. Störung der Geschlechtsidentität im Kindesalter nach ICD-10, DSM III-R oder IV nochmals dahingehend enger gefasst wurden, dass die Diagnose nach *DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2013)* nicht mehr vergeben werden kann, wenn ausschließlich geschlechts-nonkonformes Rollenverhalten im Vordergrund steht. Um die diagnostischen Kriterien nach *DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2013)* zu erfüllen, wird hingegen gefordert, dass u.a. eine starke explizite positive Identifizierung mit einem anderen als dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht (d.h. Einfordern, diesem Geschlecht anzugehören anstatt nur rollentypisches Verhalten zu zeigen) und/oder ein ausgeprägt körperbezogener geschlechtsdysphorischer Leidensdruck (geäußertes Unbehagen mit dem angeborenen Genitale) vorliegt (American Psychological Association, 2015). So muss, um die diagnostischen Kriterien nach *DSM-5 (Diagnostic and*

Statistical Manual of Mental Disorders, 2013) erfüllen zu können, mindestens eines der folgenden geschlechtsdysphorischen Symptome gegeben sein:

- „starker Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören oder bestehen darauf, dass dies so sei,“
- „starkes Unbehagen über Anatomie des eigenen Genitale,“
- „starker Wunsch nach den körperlichen Geschlechtsmerkmalen des subjektiv erlebten Geschlechts.“, (American Psychological Association, 2015, S. 620f, siehe Kriterien nach DSM5 im Kapitel IV → „*Indikationsstellungen*“)

Da das DSM 5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2013) zum Zeitpunkt, als die in den vorliegenden Studien untersuchten Kinder diagnostiziert wurden, noch nicht vorlag, gibt es keine validen Daten zu späteren Persistenzhäufigkeit von Kindern, bei denen eine Geschlechtsdysphorie des Kindesalters nach den engeren DSM-5- Kriterien diagnostiziert wurde.

Die auf den vorliegenden Studien basierende Definition der Persistenz beschreibt Kinder, die bereits präpubertär aufgrund ihres gender-nonkonformen Erlebens und Verhaltens Gesundheitsdienste in Anspruch genommen haben, und die *nach Eintritt der Pubertät* im weiteren Verlauf eine anhaltende Geschlechtsdysphorie zeigten sowie dementsprechend eine Transition vollzogen hatten einschließlich des Wunsches nach geschlechtsangleichender Hormonbehandlung. Diese Jugendlichen gelten – ausgehend von ihrer Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter - als *Persisters*. Insofern muss hinsichtlich der begrenzten verfügbaren Evidenz festgehalten werden, dass die vorliegenden Daten über Verlaufsformen nicht repräsentativ für alle Kinder mit einer Geschlechtsinkongruenz sind, sondern aufgrund der Beobachtung einer speziellen Teilgruppe dieser Kinder gewonnen wurden, nämlich derer, die bereits vor der Pubertät in einer Spezialeinrichtung (Gender Clinic) vorgestellt wurden. So gehen beispielsweise alle Jugendlichen mit persistierender (oder desistierender) Geschlechtsdysphorie, bei denen rückblickend bereits aus der Kindheit gender-nonkonformes Verhalten berichtet wurde, die aber als Kinder nicht für eine spezialisierte Diagnostik vorgestellt wurden (z.B. weil ihre nonkonforme Geschlechtsexpression aus Sicht aller Beteiligten nicht als Problem gesehen wurde), nicht in diese Studien ein.

2.1 Frühe Verlaufsstudien (60er bis 80er Jahre des 20. Jahrhunderts)

Ein Blick auf die bisherige Forschung zeigt, welchen Einfluss der historische Kontext auf die jeweiligen Herangehensweisen hat. Die älteren Follow-Up-Studien, die zwischen 1968

und 1987 veröffentlicht und vormalig zur Einschätzung der so genannten „Persistenzraten“ geschlechts-nonkonformer Verhaltensweisen im Kindesalter herangezogen wurden (Bakwin, 1968; Davenport, 1986; Green, 1979, 1987; Kosky, 1987; Lebovitz, 1972; Money & Russo, 1979; Zuger, 1978, 1984), weisen einige Besonderheiten auf, die sie von den aktuelleren Studien ab 2008 unterscheiden. In einigen dieser Publikationen nimmt der Zusammenhang von geschlechts-nonkonformem Verhalten bei Jungen im Kindesalter und einer später feststellbaren homosexuellen sexuellen Orientierung großen Raum ein. Bereits die Titel einiger dieser Publikationen¹ zeigen den starken Fokus auf homosexuelle Entwicklungsverläufe und geschlechtsvariante Ausdrucksweisen. Ihnen wurde teilweise vorgeworfen, von einem Bemühen um die Prävention homosexueller Entwicklungen geprägt zu sein (Bakwin, 1968; Kosky, 1987). Als weitere Limitation der Studien ist die häufig kleine Stichprobengröße zu nennen, die eine Vergleichbarkeit von Untergruppen einschränkt (Zucker, 2005). Die Ergebnisse dieser Studien sind daher nicht geeignet, aus ihnen die Schätzung einer allgemeinen Persistenzrate für Kinder mit geschlechts-nonkonformen Verhaltensweisen abzuleiten. Sie liefern allenfalls Hinweise zur gesamten Bandbreite der Entwicklungsverläufe, ohne dass hieraus quantitative Aussagen ableitbar sind.

2.2 Neuere Studien (ab 2008)

Zwischen 1987 und 2008 sind keine Follow-Up Studien mehr erschienen. Es gab lediglich vorläufig berichtete Daten (Bradley & Zucker, 1990; Cohen-Kettenis, 2001), die in spätere Publikationen einfließen (Ristori & Steensma, 2016).

Ab 2008 lassen sich vier Studien identifizieren, die sich in Form quantitativer Follow-Up-Studien vornehmlich mit den Verläufen einer nach DSM IV oder ICD 10 operationalisierten „Geschlechtsidentitätsstörung“ mit Beginn im Kindesalter beschäftigt haben. Dabei ist anzumerken, dass zwei Studien durch die Spezialklinik in Toronto und zwei Studien durch die Spezialklinik in Utrecht/ Amsterdam durchgeführt wurden. Zudem ist die qualitative Follow-Up-Untersuchung von Steensma et al. (2011) zu berücksichtigen. Zudem wurden die deskriptiven Daten einer Stichprobe aus der Frankfurter Spezialambulanz, die in der Monografie von Meyenburg (2020) dargestellt wird, zur Bewertung hinzugezogen.

¹ Beispielsweise Zuger (1984): „Early Effeminate Behavior in Boys. Outcome and Significance for Homosexuality“ und Green (1987) „The ‚sissy boy syndrome‘ and the development of homosexuality“

2.2.1 Quantitative Studien

Die Studie von Wallien und Cohen Kettenis (2008) berichtet über die Verläufe von 77 niederländischen Kindern ($N = 59$ geburtsgeschlechtlich männlich; $N = 18$ geburtsgeschlechtlich weiblich), die zum Zeitpunkt der Erstvorstellung in der niederländischen *Gender Clinic* im Mittel 8,37 Jahre und zum Zeitpunkt des Follow-Up im Mittel 19,24 Jahre alt waren. Der gesamte Untersuchungszeitraum umfasste die Jahre 1989 bis 2005. Bei Erstvorstellung wiesen anteilig 75,3% der Kinder die Diagnose Geschlechtsidentitätsstörung (GID) nach DSM III-R auf.

Ebenfalls 2008 wurde die Studie von Drummond et al. (2008) publiziert, in der über 25 geburtsgeschlechtlich weibliche Kinder aus Kanada berichtet wird, die in der *Gender Clinic* in Toronto vorgestellt wurden. Hier lag das mittlere Alter bei Kindheits-Erhebung bei 8,88 Jahren und zum Zeitpunkt des jeweiligen Follow-Up bei 23,24 Jahren. Der berücksichtigte Zeitraum erstreckt sich auf die Jahre von 1975 bis 2004. In diesem Sample war die Diagnose GID (nach den DSM-Versionen III, III-R und IV) anteilig bei 60% der Kinder vergeben worden. Die Stichprobe der zweiten kanadischen Studie (Singh, 2012) umfasst 139 geburtsgeschlechtlich männliche Kinder, deren mittleres Alter bei Erstvorstellung bei 7,49 Jahren und zum Follow-Up bei 20,58 Jahren lag. Die entsprechenden Daten wurden zwischen 1975 und 2009 gesammelt. Die GID-Diagnose (nach den DSM-Versionen III, III-R und IV) wurde anteilig bei 63,3% der Kinder gestellt.

Die zweite niederländische Studie (Steensma et al., 2013) schließt insgesamt die Fälle von 127 Kindern ein (davon $N = 48$ geburtsgeschlechtlich weiblich und $N = 79$ geburtsgeschlechtlich männlich). Das durchschnittliche Alter bei der Ersterhebung lag bei 9,15 Jahren und zum Follow-Up bei 16,14 Jahren. Erhoben wurden Daten zwischen den Jahren 2000 und 2008. Die Diagnose GID (nach DSM IV) lag bei anteilig 63% der Kinder vor. Die genannten Studien unterscheiden sich in einigen Punkten voneinander, sowohl in Bezug auf die methodischen Herangehensweisen als auch hinsichtlich der berichteten Ergebnisse.

2.2.2 Qualitative Untersuchung von Steensma et al. (2011)

Diese Auswertung von 25 biografischen Interviews hatte zum Ziel, qualitative Merkmale herauszuarbeiten, anhand derer sich Entwicklungsverläufe späterer *Persisters* von denen späterer *Desisters* unterschieden. Als ein wichtiges Ergebnis wurde u.a. berichtet, dass die Altersspanne zwischen 10 und 13 Jahren sowohl von den *Persisters* als auch von den *Desisters* als kritisch bzw. weitgehend entscheidend für den späteren Entwicklungsverlauf war. In diesem Zusammenhang schienen für die Jugendlichen insbesondere die körperlichen

Veränderungen im Zuge der einsetzenden Pubertät, den damit einhergehenden Veränderungen im sozialen Umfeld und Erfahrungen mit Verliebtheit bedeutsam. Weiterhin zeigte sich, dass spätere *Desisters* in der Kindheit eher *den Wunsch* geäußert hatten, einem anderen Geschlecht anzugehören, während es für spätere *Persisters* eher typisch war, zu artikulieren, bereits tatsächlich dem anderen Geschlecht anzugehören (z.B. „ich bin ein Mädchen“ vs. „ich möchte lieber ein Mädchen sein“).

2.2.3 Daten der Frankfurter Spezialambulanz

Die deskriptiven Daten der von Meyenburg (2020) beschriebenen klinischen Stichprobe ($N = 46$ bei Follow-Up) zeigen einen großen Unterschied der Persistenzrate in Abhängigkeit vom Alter bei der Erstvorstellung. Ein persistierender Verlauf lag deutlich seltener bei den Kindern vor, die vor dem 12. Lebensjahr erstmalig vorgestellt wurden. Hier betrug der Anteil der *Persisters* 33%. Im Vergleich dazu ergab sich bei 88% derjenigen, die ab 13 Jahren – also unter dem Einfluss einer begonnenen Pubertätsentwicklung - vorstellig geworden waren, ein persistierender Verlauf der GD. Dies entspricht den klinischen Erfahrungen einschlägiger Behandlungszentren und unterstreicht, dass bei einer nach Pubertätsbeginn (fort-)bestehenden Geschlechtsdysphorie deren Persistenz deutlich wahrscheinlicher ist, wohingegen im Vergleich hierzu bei Anzeichen für eine Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie im Kindesalter von einer deutlich höheren Wahrscheinlichkeit ihrer späteren Desistenz auszugehen ist.

2.2.4 Methodische Unterschiede in der Definition von Persistenz und Desistenz

Singh (2012) definiert *Persisters* als jene Teilnehmende, die bei der Follow-Up-Erhebung mindestens eines der folgenden drei Kriterien erfüllen: (1) Ein mittlerer Wert im *Gender Identity/ Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents* von 3 oder niedriger, (2) Zutreffen von zwei oder mehr Items im *Gender Dysphoria Questionnaire*, (3) Vorliegen starker Hinweise auf das Vorliegen einer Geschlechtsdysphorie aus den geführten Interviews. Bei Drummond et al. (2008) wurde Persistenz angenommen, wenn entweder die Diagnose *GID* (nach DSM IV) bei Follow-Up vorlag oder sich aus den geführten Interviews starke Hinweise hierfür ergaben.

In den niederländischen Studien (Steensma et al., 2013; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008) fällt auf, dass zur Gruppe der *Desisters* nicht nur jene Jugendlichen (beziehungsweise Erwachsenen) gezählt werden, die im Rahmen einer persönlichen Teilnahme an den Follow-Up-Erhebungen als *Desisters* identifiziert wurden. Stattdessen werden auch alle *Nonresponder* (jene Teilnehmer, die nicht für eine Follow-Up-Erhebung erreicht wurden) als *Desisters* aufgefasst. Hintergrund hierfür ist, dass die Amsterdamer Klinik die einzige auf die

Versorgung von Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie spezialisierte Klinik in den Niederlanden ist, was die Autoren zu der Annahme bewog, dass alle ehemaligen Patienten, die die Klinik zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr in Anspruch nahmen, den *Desisters* zuzuordnen seien. Da es vielfältige Ursachen für eine Nicht-Teilnahme bzw. Ausscheiden aus der Untersuchung geben kann, wurde kritisch hinterfragt, inwiefern es gerechtfertigt ist, *Nonresponder* zu den *Desisters* zu zählen (Temple Newhook et al., 2018). Wie Steensma und Cohen-Kettenis (2018) in einem Diskussionsbeitrag zu ihren Studien ausführen, war dieses Vorgehen u.a. von der Operationalisierung von Persistenz geleitet, die v.a. den anhaltenden Wunsch nach Beginn einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung *noch im Jugendalter* einschloss, wohingegen Desistenz mit Nicht-Persistenz entsprechend dieser Operationalisierung gleichzusetzen war. Demnach ist Desistenz in dieser Definition nicht gleichzusetzen mit einer festgestellten dauerhaften „Aussöhnung“ mit dem körperlichen Geburtsgeschlecht, sondern kann ebenso fluide und ins Erwachsenenalter im Hinblick auf die Geschlechtsidentität offenbleibende Entwicklungsverläufe umfassen (Steensma & Cohen-Kettenis, 2018). Weiterhin wurden Fälle eingeschlossen, in denen lediglich Eltern Auskunft erteilen konnten.

2.3 Ergebnisse der neueren Studien

2.3.1 Persistenzraten

Aufgrund der dargestellten Unterschiede hinsichtlich der Definition von Persistenz und Desistenz zwischen den Studien, liegt es nahe, eine differenzierte Darstellung der Persistenzraten vorzulegen, und Re-Analysen (Nonhoff, 2018) vorzunehmen, die in der folgenden Tabelle veranschaulicht werden.

Tabelle 2: Ermittelte Persistenzraten von non-konformer Geschlechtsidentität im Kindesalter in Abhängigkeit von definierten Einschlusskriterien

| | Drummond et al., 2008 | Singh 2012 13.03. 2024 19:48:00 | Wallien & Cohen- Kettenis, 2008 | Steensma et al., 2013 |
|---|--------------------------|---|--|--------------------------|
| <i>N</i> zur Baseline | 25 | 139 | 77 | 127 |
| Altersbereich zur Baseline | 3 – 12 | 3 – 12 | 5 – 12 | 6 – 12 |
| <i>M</i> (Alter) zur Baseline | 8,9 | 7,5 | 8,4 | 9,2 |
| Altersbereich zum Follow-Up | 15 – 36 | 13 – 39 | 16 – 28 | 15 – 19 |
| <i>M</i> (Alter) zu Follow-Up | 23,2 | 20,6 | 18,9 | 16,1 |
| Persistenzraten in % | | | | |
| gesamt wie berichtet | 12,0 | 12,2 | 27,3 | 37,0 |
| gesamt ohne Nonresponder ^a | 12,0 | 12,2 | 39,0 | 47,5 |
| weiblich ^b | 12,0 | - | 50,0 | 50,0 |
| männlich ^b | - | 12,2 | 20,3 | 29,1 |
| mit GID-Diagnose ^c | 13,3 | 13,6 | 36,2 | 55,0 |
| mit GID-Diagnose, ohne Nonresponder ^d | 13,3 | 13,6 | 50,0 | 63,8 |
| ohne GID-Diagnose ^e | 10,0 | 9,8 | 0,0 | 6,4 |

Anmerkungen. Angaben zum Alter in Jahren, alle weiteren Angaben (außer *N*) in %.

^a Hier bleiben diejenigen Studienteilnehmenden, die sich nicht selbst zurückgemeldet haben bzw. die nicht für ein Follow-Up erreichbar waren, unberücksichtigt.

^b „weiblich“ bzw. „männlich“ bezieht sich jeweils auf das bei der Geburt zugewiesene Geschlecht: Raten, wenn nur bestimmtes Geschlecht berücksichtigt wird

^c Raten, wenn nur Fälle berücksichtigt werden, bei denen bereits in der Kindheit eine GID-Diagnose vergeben worden ist.

^d Raten, wenn nur solche Fälle berücksichtigt werden, bei denen die Teilnehmenden sowohl bereits in der Kindheit eine GID-Diagnose hatten als auch um Follow-Up teilgenommen haben.

^e Raten, wenn in der Kindheit keine GID-Diagnose vergeben worden ist.

Die in Tabelle 2 dargestellten Ergebnisse zeigen erwartungsgemäß, dass die jeweils ermittelten Persistenzraten in Abhängigkeit von den angewandten Einschlusskriterien (Diagnose „Störung der Geschlechtsidentität“ in der Kindheit erfüllt?, Non-Responder zu Desisters gezählt?) erheblich variieren. Dies schränkt die Verallgemeinerbarkeit der jeweils ermittelten Persistenzraten im Hinblick auf ihre Verallgemeinerbarkeit im Sinne einer

Auftretenswahrscheinlichkeit stark ein. Insbesondere aus dem Zusammenhang gerissene Pauschalaussagen ohne präzise Definition der Ausgangskriterien (Alter, GD-Diagnose), wie z.B. die häufig von Populärmedien aufgegriffene Zahl, wonach angeblich 80% geschlechtsdysphorischer Kinder und Jugendliche keine bleibende Transidentität entwickeln würden, können nicht durch Evidenz gestützt werden. Allenfalls die Aussage, wonach bei Kindern mit geschlechts-nonkonformem Rollenverhalten, bei denen die diagnostischen Kriterien für eine Geschlechtsdysphorie nicht erfüllt sind, ein hoher bis sehr hohen Anteil im Jugendalter keine persistierende Geschlechtsdysphorie entwickelt, kann durch Evidenz gestützt werden. Ferner fällt ein starker Zentrumseffekt auf. Die Persistenzraten, die in Toronto ermittelt wurden, waren deutlich geringer, als die in den niederländischen Studien. Hier ist das jeweils dahinterstehende Behandlungskonzept kritisch zu betrachten, das zwischen beiden Zentren erheblich divergierte. In Toronto gehörte es zum expliziten Konzept, bei Kindern eine Behandlung mit dem Ziel zu empfehlen, die Wahrscheinlichkeit einer Persistenz einer Transsexualität zu reduzieren (Zucker et al., 2012).

Ein solcher Behandlungsansatz wäre aus heutiger Sicht nicht nur unethisch, sondern wäre in Deutschland, nach dem im Mai 2020 verabschiedeten Gesetz zum Schutz vor Konversionsbehandlungen sogar verboten. Es sind unter Berücksichtigung des damaligen Behandlungsansatzes der Gender Clinic in Toronto zumindest zwei mögliche Biases zu berücksichtigen (Temple Newhook et al., 2018): Erstens bedingt der genannte Inanspruchnahmekontext, dass dort vorgestellte präpubertäre Kinder überrepräsentiert waren, deren Eltern eine nonkonforme Geschlechtsexpression als problematisches Verhalten ansahen verbunden mit dem Wunsch, eine mögliche Transsexualität ihres Kindes „abzuwenden“. Da zweitens die professionelle Grundhaltung der Behandelnden an dieser Klinik in die gleiche Richtung ging, wäre zu erwarten, dass in einer dort untersuchten Stichprobe Kinder unterrepräsentiert waren, die als Jugendliche weiterhin geschlechtsdysphorisches Empfinden oder Verhalten zeigten. In einer Klinik, in der ein persistierender Verlauf von Kindern mit Geschlechtsinkongruenz als ungünstiger Verlauf angesehen wurde, und an der therapeutische Bemühungen in der erklärten Absicht unternommen wurden, diesen Outcome möglichst unwahrscheinlicher werden zu lassen, ist anzunehmen, dass zumindest bei einem Teil der dort behandelten Kinder mit persistierender Transidentität diese in der ungehinderten Entfaltung ihrer Identität gehemmt wurden. In der Amsterdamer Klinik hingegen gehörte es zum expliziten Konzept, allen potenziellen Entwicklungsverläufen geschlechtsvarianter Kinder mit einer gleichsam offenen und akzeptierenden Haltung zu begegnen, verbunden mit dem Angebot, im Falle persistierender Geschlechtsdysphorie eine soziale Transition mit pubertätsunterdrückender und

geschlechtsangleichender Hormonbehandlung zu unterstützen, ohne dies als günstigen oder ungünstigen Outcome zu konnotieren (Steensma & Cohen-Kettenis, 2018).

Die Autor*innen heben zudem selbst hervor, dass Ziel der niederländischen Studien nicht die Ermittlung einer repräsentativen Persistenzrate gewesen sei, sondern die Darstellung der Variationsbreite von Entwicklungsverläufen und die Ermittlung von diskriminierenden Prädiktoren, die die diagnostische Einschätzung persistierender Verläufe insbesondere im früheren Jugendalter erleichtern helfen sollten (Steensma & Cohen-Kettenis, 2018).

2.3.2 Prädiktoren

Neben der Einschätzung, wie wahrscheinlich bzw. wie häufig ein persistierender Verlauf im Allgemeinen ist, interessiert vor allem die Frage nach möglichen Faktoren, die eine Vorhersage in individuellen Fällen erlauben (Prädiktoren). Es wurden folgende Prädiktoren untersucht:

Vorliegen einer GID-Diagnose² bereits in der Kindheit (Singh, 2012; Steensma et al., 2013; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008)

- Es fanden sich deutlich erhöhte Persistenzraten bei Feststellung einer GID-Diagnose in der Kindheit im Vergleich zu den Inanspruchnahmefällen, bei denen die (damaligen) Kriterien einer GID-Diagnose in der Kindheit nicht erfüllt waren.
- Wallien et al. (2008) weisen darauf hin, dass in ihrer Studie nur für die geburtsgeschlechtlichen Jungen und nicht für die Mädchen ein signifikanter Zusammenhang zwischen GID-Diagnose in der Kindheit und Persistenz gefunden wurde.
- Steensma et al. (2013) berichten hingegen unabhängig vom Geschlecht einen signifikanten Effekt einer GID-Diagnose in der Kindheit auf die Wahrscheinlichkeit der Persistenz.

Das bei Geburt zugewiesene Geschlecht (Steensma et al., 2013; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008)

- Die beiden niederländischen Studien berichten beide von einer höheren Wahrscheinlichkeit der Persistenz einer Geschlechtsdysphorie bei geburtsgeschlechtlichen Mädchen bzw. trans Jungen.

² GID – Gender Identity Disorder of Childhood nach ICD-10, DSM-III-R oder DSM-IV

Das Alter zum Zeitpunkt der Erstvorstellung in der Kindheit (Singh, 2012; Steensma et al., 2013; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008)

- Wallien et al. (2008) können keinen Alterseinfluss auf die Wahrscheinlichkeit der Persistenz berichten.
- Die differenzierte Analyse von Steensma et al. (2013) spricht im Allgemeinen dafür, dass die Persistenzwahrscheinlichkeit bei Kindern, die bei Erstvorstellung jünger waren, geringer ist. Aufgrund der kleineren Teilstichprobe geburtsgeschlechtlicher Mädchen erwies sich dieser Einfluss aber nur für geburtsgeschlechtliche Jungen als signifikant, wenn das Alter als Prädiktor gesondert nach Geschlechtern untersucht wurde.
- Bei Singh (2012) zeigte sich der Zusammenhang ähnlich: Kinder, die zum Zeitpunkt der Erstvorstellung in der Kindheit älter waren, zählten mit einer höheren Wahrscheinlichkeit zu den späteren *Persisters*.

Die Ausprägung geschlechtsinkongruenten Verhaltens (Drummond et al., 2008; Singh, 2012; Steensma et al., 2013; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008)

- Drummond et al. (2008) und Singh (2012) weisen auf einen signifikanten Einfluss geschlechtsvarianten Verhaltens in der Kindheit auf die Persistenzwahrscheinlichkeit hin.
- Wallien et al. (2008) berichten, dass das Ausmaß geschlechtsvarianten Verhaltens in der Kindheit für geburtsgeschlechtliche Jungen, nicht aber für Mädchen einen signifikanten Prädiktor darstellt.
- Bei Steensma et al. (2013) deuteten im Rahmen bivariater Analysen sämtliche entsprechenden Maße bei hohen Ausprägungen auf eine höhere Persistenzwahrscheinlichkeit hin.

Vollzogener früher sozialer Rollenwechsel (Steensma et al., 2013)

- Allgemein betrachtet erwies sich ein früher sozialer Rollenwechsel als signifikanter Prädiktor einer persistierenden Entwicklung (ohne dass sich hier Kausalitäten ableiten lassen). Getrennt nach Geschlechtern und im Rahmen multivariater Analysen, zeigte sich aber nur für geburtsgeschlechtliche Jungen ein signifikanter Einfluss.

3. Zusammenfassung des empirischen Wissensstandes

Aus dem bisherigen Wissensstand lassen sich einige Prädiktoren in der präpubertären Kindheit ableiten, die mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für eine persistierende Geschlechtsdysphorie im Jugend- und Erwachsenenalter assoziiert sind. Diese Prädiktoren haben jedoch lediglich einen *relativen Vorhersagewert*. Es existiert bislang *kein gesichertes Merkmal*, das bei einer anzunehmenden Geschlechtsinkongruenz bzw., Geschlechtsdysphorie *im Kindesalter* eine Vorhersage eines persistierenden Entwicklungsverlaufes ins Jugendalter ermöglicht.

Zusammenfassend lassen sich folgende empirisch belegten Aussagen treffen:

3.1 In bisherigen Studien berichtete Persistenzraten

- Für Kinder, bei denen vor Eintritt der Pubertät die Diagnose einer „Geschlechtsdysphorie des Kindesalters“ nach den engeren Kriterien des (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2013) gestellt werden kann, sind bisher keine Persistenz- bzw. Desistenzraten für eine Geschlechtsdysphorie im Jugendalter belegt.
- Für Kinder, bei denen vor Eintritt der Pubertät die Diagnose einer „Geschlechtsidentitätsstörung des Kindesalters (nach früheren Kriterien von ICD-10 und DSM-III-R oder DSM-IV) gestellt wurde, wurden in einer heterogenen Studienlage anhand der Inanspruchnahmepopulationen zweier Behandlungszentren stark divergierende Persistenzraten für eine Geschlechtsdysphorie im Jugendalter zwischen 13% und 63% berichtet. Aufgrund methodischer Einschränkungen sind repräsentative Aussagen auch hier nicht möglich

3.1.1 Prädiktor Geschlecht:

- Bei geburtsgeschlechtlich weiblichen Kindern mit Anzeichen für eine Geschlechtsdysphorie wurden im Vergleich zu geburtsgeschlechtlich männlichen Kindern mit höherer Wahrscheinlichkeit persistierende Entwicklungsverläufe einer Geschlechtsdysphorie im Jugendalter berichtet (Steensma et al., 2013; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008).

3.1.2 Prädiktor: Ausprägung des geschlechtsinkongruenten Verhaltens und vollzogener sozialer Rollenwechsel

- Eine hohe Ausprägung des berichteten geschlechtsinkongruenten Erlebens und Verhaltens bzw. geschlechtsdysphorischer Symptome in der Kindheit sowie ein bereits in der Kindheit vollzogener sozialer Rollenwechsel³ gehen mit einer entsprechend höheren Persistenzwahrscheinlichkeit einer Geschlechtsdysphorie im Jugendalter einher (Drummond et al., 2008; Singh, 2012; Steensma et al., 2013; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008).

3.1.3 Bedeutung des Alters

- Je jünger ein Kind vor der Pubertät zum Zeitpunkt einer diagnostischen Vorstellung ist, umso weniger vorhersehbar ist innerhalb einer großen Variationsbreite von Entwicklungsverläufen die Wahrscheinlichkeit für eine im Jugendalter persistierende Geschlechtsdysphorie (Singh, 2012; Steensma et al., 2013).
- Für den Entwicklungsverlauf von Kindern, bei denen bereits vor Eintritt der Pubertät deutliche Hinweise für eine Geschlechtsdysphorie des Kindesalters bestehen, kann die Altersspanne von 10 bis 13 Jahren als kritische Phase angenommen werden, in der sich typischerweise klärt, ob eine Geschlechtsdysphorie persistiert oder nicht.

Da sich die berichteten Studien ausschließlich auf Entwicklungsverläufe von Jugendlichen beziehen, die bereits in der Kindheit aufgrund ihres geschlechts-nonkonformen Verhaltens in einer hierfür spezialisierten Einrichtung des Gesundheitswesens (Gender Clinic/ Spezialsprechstunden) vorgestellt wurden, erlauben die berichteten Daten zudem keinerlei Aussage zur prognostischen Wahrscheinlichkeit einer persistierenden Geschlechtsdysphorie, wenn eine geschlechtsdysphorische Symptomatik erstmals nach Eintritt der Pubertät für das soziale Umfeld erkennbar in Erscheinung tritt. Eine geschlechtsdysphorische Symptomatik kann in jedem Alter erstmalig nach außen in Erscheinung treten. Insbesondere kann aufgrund einer von Eltern berichteten vermeintlich unauffällig geschlechtskonformen Entwicklung in der

³ Bei diesem Zusammenhang kann aus den berichteten Daten keine Aussage zu dessen Wirkrichtung abgeleitet werden. D.h. es kann keine Aussage darüber getroffen werden, ob ein in der Kindheit vollzogener sozialer Rollenwechsel vor Eintritt der Pubertät per se sich auf die Wahrscheinlichkeit eines persistierenden Entwicklungsverlaufes auswirkt. Ein möglicher Selektionseffekt ist zu berücksichtigen: Kinder mit besonders früh ausgeprägter und damit wahrscheinlich persistierender Geschlechtsinkongruenz fordern häufiger einen sozialen Rollenwechsel bereits in der Kindheit ein (siehe Kapitel III. → „Sozialer Rollenwechsel im Kindesalter“).

Kindheit nicht per se auf eine geringe Wahrscheinlichkeit eines persistierenden Outcomes einer GD geschlossen werden.

Bei der professionellen Beratung und Begleitung von Kindern mit anzunehmender Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie ist die Unsicherheit einer Vorhersage des weiteren Entwicklungsverlaufes, insbesondere die Tatsache, dass es bislang kein Kriterium gibt, anhand dessen vor *Eintritt der Pubertät* eine spätere Persistenz oder Desistenz einer Geschlechtsdysphorie im Jugendalter vorhergesagt werden könnte, angemessen zu berücksichtigen.

3.2 Fazit

Zusammenfassend ergeben sich aus dem bisherigen Wissensstand zu varianten Entwicklungsverläufen von Kindern mit Anzeichen einer Geschlechtsinkongruenz und/oder Geschlechtsdysphorie folgende empirisch gestützten Schlussfolgerungen:

- Die Datenlage erlaubt keine verallgemeinerbaren Annahmen zu anzunehmenden Persistenzraten.
- Bei Kindern, die vor der Pubertät geschlechts-nonkonformes Verhalten zeigen, entwickelt sich im Laufe der Pubertät häufig *keine* persistierende Geschlechtsdysphorie.
- Bei Kindern vor der Pubertät, die stark ausgeprägte Anzeichen einer Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie zeigen, ist die Wahrscheinlichkeit einer späteren Persistenz höher, insbesondere wenn eine entsprechende Diagnose bereits im Kindesalter gestellt werden kann.
- Aber: Vor Eintritt der Pubertät ist auch bei deutlichen Anzeichen einer Geschlechtsinkongruenz keine sichere Vorhersage einer Persistenz möglich.
- Bei Kindern, bei denen es vor der Pubertät deutliche Hinweise für eine Geschlechtsinkongruenz gibt, zeigt sich unter dem Einfluss der eingetretenen Pubertät typischerweise bis zum 13. Lebensjahr deutlich, ob eine Geschlechtsinkongruenz persistiert.

Hieraus ergeben sich folgende Implikationen für die Versorgungspraxis:

- Bei einem Kind vor Eintritt der Pubertät ist auch bei deutlichen Anzeichen einer Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter, die Vorhersage einer *persistierenden Geschlechtsinkongruenz im Jugendalter* bislang nicht möglich (s.u. Empfehlung II.K.3 am Ende dieses Kapitels).
- Empfehlungen für jedwede medizinische Interventionen zur Unterstützung einer Transition sind daher vor Eintritt der Pubertät obsolet (siehe Empfehlungen im Kapitel VII. → „*Indikationsstellungen für körpermodifizierende medizinische Interventionen*“).
- Eine vor Eintritt der Pubertät gestellte Diagnose einer *Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter* (ICD-11: HA61) kann daher keinen medizinischen Handlungsbedarf begründen, sondern hat im Hinblick auf eine etwaige später Indikationsstellung für medizinische Maßnahmen allenfalls die Wertigkeit eines dokumentierten frühen Beginns der berichteten Anzeichen einer Geschlechtsinkongruenz. (siehe Empfehlungen im Kapitel VII. → „*Indikationsstellungen für körpermodifizierende medizinische Interventionen*“).

4. Verläufe mit dem Outcome einer späteren Detransition

Wie oben referiert, werden in der Forschungsliteratur Jugendliche als Desisters (im Gegensatz zu Persisters) bezeichnet, wenn bei Ihnen eine Geschlechtsinkongruenz, welche noch *im Kindesalter* vorlag, im Jugendalter nicht durchgehend vorhanden war (Steensma & Cohen-Kettenis, 2018; Temple Newhook et al., 2018). Es handelt sich also um ein Konstrukt aus Beobachtungsstudien an klinischen Inanspruchnahmepopulationen früherer Jahrzehnte, deren Ergebnisse nur sehr begrenzt auf den heutigen gesellschaftlichen Kontext übertragbar sind, u.a. deshalb, weil geschlechts-nonkonformes Verhalten im Kindesalter von der heutigen Erwachsenenwelt zunehmend weniger problematisiert wird und deshalb eine Inanspruchnahme von professionellen Diensten im Gesundheitswesen für präpubertäre Kinder zunehmend weniger als nötig angesehen wird. In neueren Veröffentlichungen wurde der Begriff der „Detransitioners“ eingeführt, aber uneinheitlich verwendet (Expósito-Campos, 2021): Grundsätzlich sind damit Personen gemeint, die eine begonnene Transition abbrechen oder (teilweise) rückgängig machen, was in der Vergangenheit vollzogene Schritte einer sozialen, juristischen und/oder medizinischen Transition umfassen kann. Die Gründe hierfür können divergieren. Es können hiermit Personen bezeichnet werden, die nach einer Zeit mit empfundener Transidentität und vollzogenem Rollenwechsel sich wieder mit ihrem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht oder non-binär identifizieren und darum eine begonnene Transition abbrechen. Es können aber auch Personen gemeint sein, die aus äußeren Gründen

(sozialer Druck, medizinische Gründe etc.) eine Transition abbrechen oder rückgängig machen, bei denen die empfundene Transidentität aber fortbesteht.

Für Fragen der Patient*innensicherheit hat der gewünschte Abbruch einer geschlechtsangleichenden Behandlung eine besondere Bedeutung und soll darum an dieser Stelle betrachtet werden. Zum Teil wird Detransition nach geschlechtsangleichender Behandlung als negativer Outcome gesehen (Cohn, 2023; Entwistle, 2021). Gleichwohl sollte eine Detransition nicht mit „regret“ (=Bedauern einer früheren Fehlentscheidung) gleichgesetzt werden. Bustos et al. (2021) schätzen in einer Metaanalyse die Häufigkeit von „regret“ nach geschlechtsangleichenden Operationen bei Erwachsenen auf weniger als 1% bis 2% der operierten Personen. Personen müssen eine abgebrochene geschlechtsangleichende Behandlung aber nicht zwingend bedauern, sondern geben teilweise auch an, dass es für sie zum Zeitpunkt des Beginns dieser Behandlung ein stimmiger Schritt war. Auch kommt es vor, dass eine Detransition ihrerseits vorübergehend ist und es später zur Wiederaufnahme z.B. einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung kommt (Littman, 2021; Turban et al., 2021). Eine Detransition ist somit nicht zwingend als finaler Endpunkt einer geschlechtsdysphorischen Entwicklung zu verstehen, sondern kann passager sein.

Bisher ist das Phänomen der Detransition nur wenig erforscht (Butler & Hutchinson, 2020). Es konnte anhand der für die Leitlinie zuvor systematisch rezipierten Literatur sowie durch Hinweise aus der Leitlinien-Steuerungsgruppe folgende Originalpublikationen für eine Übersicht der empirischen Datenlage zu Detransition nach begonnener geschlechtsangleichender Behandlung identifiziert werden:

In einer englischen Studie (Boyd et al., 2022) wurde ein retrospektives Chart Review aus einer allgemeinärztlichen Praxis u.a. über 41 Patient*innen durchgeführt, die mit geschlechtsangleichenden Hormonen behandelt wurden. Die geschlechtsangleichende Behandlung begann in fast allen Fällen während der Volljährigkeit. Es konnte nachvollzogen werden, dass von den genannten 41 Personen 4 trans Männer (10%) die Hormonbehandlung wieder abbrechen, d.h. detransitionierten. Diese 4 Personen nahmen zuvor im Mittel seit 18 Monaten Androgene ein und hatten keine geschlechtsangleichende Operation durchführen lassen. Keine trans Frau oder nicht-binäre Person berichtete von Detransition. Die Autoren berichten, dass 32% der Patient*innen nicht fachärztlich bzgl. der Hormone behandelt wurden. Außerdem wurden 62% nicht nach den (inter-)nationalen Behandlungsstandards behandelt, was sich allerdings überwiegend auf somatomedizinische Aspekte bezieht und nicht auf die Standards der Indikationsstellung.

In einem weiteren retrospektiven Chart Review aus einem spezialisierten Gender-Service für Erwachsene in England sichteten Hall et al. (2021) die Behandlungsakten von

175 Patient*innen. Dabei wurden auch andere Berichte bezüglich psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlungen außerhalb des Behandlungszentrums mit einbezogen. Von den 175 Personen begannen 156 (89%) eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung. 61% der Patient*innen wurden bei der Geburt ein männliches Geschlecht zugewiesen und 39% ein weibliches. Bei der Erstvorstellung im Behandlungszentrum mussten die Patient*innen wenigstens 17 Jahre alt sein und der Altersmedian bei Erstvorstellung lag bei 25 Jahren. Bei 12 Patient*innen (7% von 175) kam es während der Behandlung oder bis zu 12 Monate danach zu einer Detransition nach Beginn einer Hormonbehandlung. Davon waren acht Personen geburtsgeschlechtlich männlich und vier Personen geburtsgeschlechtlich weiblich, was etwa der allgemeinen Geschlechtsverteilung in der Stichprobe entspricht. Weitere sechs Fälle zeigten einige Anzeichen ähnlich einer Detransition; es fand bei diesen aber zuvor keine kontinuierliche Hormonbehandlung statt.

In einer community-basierten Studie befragte Littman (2021) 100 selektierte Personen mit einer berichteten Detransitionserfahrung. 93% davon brachen eine geschlechtsangleichende Behandlung ab oder ließen sie rückgängig machen. 7% der Befragten brachen eine Pubertätsblockade ab. Die Teilnehmenden wurden über Detransitionier-Gruppen im Internet und Websites sowie über Mailinglisten von spezialisierten Behandelnden rekrutiert. Von den Teilnehmenden wurden 68% bei der Geburt dem weiblichen Geschlecht zugewiesen und 32% dem männlichen. Die Teilnehmenden waren im Mittel 22 Jahre alt ($SD = 6$), als sie zum ersten Mal Behandler*innen für eine geschlechtsangleichende Behandlung bzw. Pubertätsblockade aufsuchten. Höchstwahrscheinlich war also nur eine kleine Minderheit der Befragten zum Beginn der medizinischen Transition unter 18 Jahren alt. Es liegt für diese Subgruppe keine spezifische Auswertung vor. Es wurde im Mittel ein Intervall von 3 Jahren zwischen dem Beginn und dem Absetzen der Hormonbehandlung angegeben. 50% der Befragten berichteten starken oder sehr starken „regret“ über ihre Transition.

Die Gründe für die Detransition wurden von der Autorin zu folgenden Anteilen in nicht-ausschließliche Kategorien eingeordnet: Erkennen, dass die empfundene Geschlechtsdysphorie auf eine andere psychische Störung oder ein Trauma zurückgegangen war (58%); sozialer Druck für die ursprüngliche Transition (20%); ursprüngliche Transition sei auf internalisierte Misogynie zurückgegangen (7%); sozialer Druck (Stigmatisierung etc.) zu detransitionieren (29%); Identifikation als nicht-binär (16%). 55% der Befragten berichteten, dass bei ihnen eine psychische Störung diagnostiziert wurde, bevor die Geschlechtsdysphorie einsetzte. 57% der Befragten empfanden die Diagnostik vor dem Beginn ihrer Behandlung als unzureichend und mind. 46% der Befragten fühlten sich nicht ausreichend aufgeklärt.

Turban et al. (2021) werteten eine umfangreiche Befragung von trans Personen in den USA hinsichtlich (vergangenen) Detransitionen aus. In der Stichprobe sind also nur solche Personen vertreten, die sich zum Befragungszeitpunkt (wieder oder nach wie vor) als trans identifizierten. 13% der jemals transitionierten Befragten gaben an, in der Vergangenheit (zeitweise) detransitioniert zu sein. Dies muss sich allerdings nicht auf eine geschlechtsangleichende Behandlung bezogen haben. In der Gruppe der Befragten mit Detransitionserfahrung waren Personen mit jeweils männlichem oder weiblichem Geburtsgeschlecht etwa gleich häufig vertreten (51% vs. 49%). Die Autor*innen kategorisierten die Gründe für die (zeitweise) Detransition in die Kategorien *external* (z.B. sozialer Druck) gegenüber *internal* (z.B. Unklarheiten bzgl. der Geschlechtsidentität). Es liegt für die Subgruppe der Befragten, die vor ihrem 18. Lebensjahr transitionierten, keine spezifische Auswertung bzgl. Gründen vor. Von den Befragten mit Detransition in der Vergangenheit berichteten 83% mindestens einen externalen Grund und 16% mindestens einen internalen Grund.

In einer community-basierten Studie befragte Vandenbussche (2021) 237 selektierte Personen, die sich als Detransitioners bezeichneten. Die Teilnehmenden wurden über Detransitionier-Gruppen im Internet und Websites rekrutiert. Von den Teilnehmenden waren 92% bei der Geburt dem weiblichen Geschlecht zugeordnet und 8% dem männlichen, was möglicherweise auf eine selektive Rekrutierung zurückzuführen ist. Von allen Befragten gaben ca. 64% eine vorherige geschlechtsangleichende Hormonbehandlung an und 30% eine (ggf. zusätzliche) geschlechtsangleichende Operation. Ihre medizinische Transition begannen 25% vor ihrem 18. Lebensjahr. Es liegt für diese Subgruppe keine spezifische Auswertung vor. Es wurde im Mittel ein Intervall von 2 Jahren zwischen Behandlungsbeginn und Detransition angegeben. Von allen Befragten äußerten 60% ein Bedauern („regret“) bzgl. der Transition und/oder der Behandlung. Folgende Gründe für die Detransition wurden am häufigsten genannt:

- „realized that my gender dysphoria was related to other issues“ (70%),
- „health concerns“ (62%) und
- „transition did not help my dysphoria“ (50%).

Eine deutliche Mehrheit der Befragten gab an, dass eine oder mehrere psychische Störungen bei ihnen diagnostiziert worden seien und 54% berichteten von mindestens 3 begleitend auftretenden psychischen Störungen. Es wurde außerdem von 78% der Befragten angegeben, dass sich diese rückblickend nicht oder nur teilweise ausreichend bezüglich eingeleiteter Behandlungen und Interventionen aufgeklärt fühlten.

In der klinischen Follow-Up Studie von de Vries et al. (2014) wurden Langzeitverläufe von $n = 55$ Personen untersucht, die als Jugendliche nach sorgfältiger Indikationsstellung und bei gesicherter fortlaufender professioneller Prozessbegleitung zuerst eine Pubertätsblockade, anschließend eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung erhielten und sich danach zur Geschlechtsangleichung operieren ließen. Im Mittel lag die Dauer zwischen dem Beginn der geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung und der Befragung bei 4 Jahren. Von den berichteten 55 Personen wurde kein Fall eines „regrets“ und/oder einer Detransition berichtet. Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass die untersuchte Stichprobe in mehrfacher Hinsicht idealtypisch selektiv ist. Die Ergebnisse legen aber nahe, dass es zur Reduzierung des Outcome-Risikos einer späteren Detransition bei Behandlungsentscheidungen im Jugendalter sinnvoll ist, fachliche Standards für die Qualitätssicherung bei Indikationsstellung und professioneller Prozessbegleitung zu definieren.

Zusammenfassend lassen sich vor dem Hintergrund der spärlichen Forschung zu Detransition mit sehr selektiven Stichproben nur vorsichtige Aussagen ableiten. Es ist auch hervorzuheben, dass in den rezipierten Studien ganz überwiegend Stichproben berücksichtigt werden, die Detransition bei Personen untersuchen, welche ihre medizinische Transition als Volljährige begonnen haben.

Die rezipierten Chart-Reviews berichteten die Häufigkeit von Detransition von 7% bzw. 10%. Turban et al. (2021) gaben an, dass 13% der dort Befragten in der Vergangenheit meist passager detransitionierten. In der klinischen Studie von de Vries et al. (2014) findet sich kein Anhaltspunkt für eine Detransition in der kleinen Stichprobe. Vor dem Hintergrund der strengeren Anforderungen in internationalen Leitlinien für die Indikationsstellung zu körpermodifizierenden Behandlungen von Jugendlichen gegenüber Erwachsenen (Coleman et al., 2022) ist anzunehmen, dass bei Personen, die ihre Behandlung als Jugendliche begonnen haben, die Detransitions-Rate geringer ausfällt als in den berichteten Chart-Reviews zu Erwachsenen. Einen Anhaltspunkt dafür liefern Robert et al. (2022): Dabei konnte in einem selektiven Sample gezeigt werden, dass in der Stichprobe mindestens 74% derjenigen Personen, die als Minderjährige eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung begonnen hatten, diese auch noch nach 4 Jahren fortsetzten. Dagegen setzten mindestens 64% derjenigen, die als Volljährige eine Hormonbehandlung begonnen hatten, diese im gleichen Zeitintervall fort, was eine inferenzstatistisch signifikante geringere „continuation rate“ abbildet. Diese Studie ist allerdings insofern zurückhaltend zu interpretieren, da dort nur die positiv dokumentierte Fortsetzung von Hormonbehandlungen untersucht wurde. Die Hintergründe für eine nicht dokumentierte Fortsetzung der Behandlung wurden nicht berichtet, so dass für diese Fälle nicht sicher von einer Detransition ausgegangen

werden kann. Dennoch ergibt sich aus den Daten kein Anhaltspunkt für eine höhere Detransitionrate bei Personen mit Beginn einer geschlechtsangleichenden Behandlung im Jugendalter gegenüber dem Erwachsenenalter, sondern in der Tendenz eher umgekehrt.

Die Befundlage bezüglich des Zuweisungsgeschlechts und der (vorherigen) Geschlechtsidentität bei detransitionierten Personen ist uneinheitlich. Während in einigen Studien *Detransitioners* mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht überrepräsentiert sind (Boyd et al., 2022; Littman, 2021; Vandenbussche, 2021), sind in einer anderen Studie zuweisungsgeschlechtlich männliche *Detransitioners* überrepräsentiert (Turban et al., 2021) oder das Geschlechtsverhältnis der *Detransitioners* entspricht dem Verhältnis in der Gesamtstichprobe (Hall et al., 2021). Diese Abweichungen gehen vermutlich auf das zwischen den Studien stark divergierende Sampling zurück. Die mittlere Dauer vom Beginn einer geschlechtsangleichenden Behandlung bis zur Detransition wird relativ ähnlich im Bereich von 1,5 Jahren (Boyd et al., 2022) 3 Jahren (Littman, 2021) berichtet und ist deutlich geringer als das von Cohn (2023) geforderte Untersuchungsintervall von 8 Jahren.

Während Littman (2021) und Vandenbussche (2021) in der Mehrheit intrinsische Faktoren für die Detransition und eine darauffolgende Abkehr von der Transidentität berichten, berichten Turban et al. (2021) vor allem extrinsische Gründe bei bestehender Transidentität zum Befragungszeitpunkt. Die Häufigkeit eines „regret“ wird bei *Detransitioners* nur in den beiden community-basierten Studien (Littman, 2021; Vandenbussche, 2021) erhoben und dort mit 50% bzw. 60% angegeben. Auch fühlten sich in diesen Studien 46% bzw. 78% nicht ausreichend über die seinerzeit begonnene medizinische Behandlung aufgeklärt. Auch aus klinischer Sicht finden sich im Chart Review von Boyd et al. (2022) Anhaltspunkte für eine nicht fach- und leitliniengerechte Behandlung. Es kann davon abgeleitet werden, dass das Risiko einer Detransition höher ist, wenn medizinische Transitionsbehandlungen nicht leitlinienkonform bzw. nicht hinreichend fachgerecht indiziert und durchgeführt werden. Entsprechend formulieren die Standards of Care der WPATH (Coleman et al., 2022) unter dem Hinweis, dass Detransition ein seltenes Phänomen sei, für eine fachgerechte Behandlung von Jugendlichen mit diagnostizierter Geschlechtsinkongruenz folgende Empfehlung:

„[...] detransitioning may occur in young transgender adolescents and health care professionals should be aware of this.“ (Coleman et al., 2022, S. 547).

5. Empfehlungen für die professionelle Beratung

Konsensbasierte Empfehlung:

II. K1. Bei einer professionellen Beratung von Kindern und Jugendlichen mit Anzeichen einer Geschlechtsinkongruenz/Geschlechtsdysphorie (GI/GD) und ihren Sorgeberechtigten und ggf. weiteren Bezugspersonen sollen beratende Personen umfassende Kenntnisse über die Variationsbreite möglicher geschlechtsvarianter Entwicklungsverläufe in Kindheit und Jugend haben.

Konsensstärke: starker Konsens (>95%)

Konsensbasierte Empfehlung:

II. K2. Findet im Zusammenhang mit einem gewünschten oder bereits initiierten sozialen Rollenwechsel eine Beratung statt, soll das Kind bzw. der/die Jugendliche, seine /ihre Sorgeberechtigten und ggf. weitere Bezugspersonen über die Vielfalt der Entwicklungsverläufe einschließlich der Möglichkeit einer späteren Detransition informiert werden.

Konsensstärke: starker Konsens (>95%)

Konsensbasierte Empfehlung:

II. K3. Bei Kindern vor Eintritt der Pubertät, bei denen Anzeichen einer Geschlechtsinkongruenz des Kindesalters (nach ICD-11 HA61)⁴ vorliegen, sollen medizinische Fachpersonen davon ausgehen, dass bis zum Eintritt der Pubertät die Vorhersage einer *persistierenden* Geschlechtsinkongruenz im Jugendalter nicht möglich ist.

Konsensstärke: starker Konsens (>95%)

⁴ Für die diagnostischen Kriterien einer Geschlechtsinkongruenz des Kindesalters (HA61) siehe Kapitel VII. → „Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Behandlungen“.

Kapitel III

Sozialer Rollenwechsel im Kindesalter

- 1. Einleitung und Leitfragen**
- 2. Rechtliche und ethische Maßgaben**
- 3. Zum empirischen Wissensstand**
- 4. Empfehlungen für die professionelle Beratung**

Vorläufige Leitlinie zur Kommentierung

1. Einleitung und Leitfragen

Die Frage, ob und inwieweit geschlechts-nonkonforme Kinder darin unterstützt werden sollten, vor Eintritt der Pubertät einen vollständigen sozialen Rollenwechsel zu vollziehen, d.h. in allen Lebensbereichen sich entsprechend ihrem eigenen Wunsch zu kleiden, zu verhalten und angesprochen zu werden, wird in Fachkreisen kontrovers diskutiert. Es gibt Kinder, die dies anhaltend und mit großem Nachdruck einfordern. Im Einzelfall ist hier eine primär am Wohl des Kindes und seiner unbeeinträchtigten sozio-emotionalen Entwicklung orientierte erzieherische Haltung gefragt, die grundsätzlich in der Verantwortung und im Ermessen der Erziehungsberechtigten liegt und keine medizinisch begründete Entscheidung oder gar medizinisches Handeln erfordert. Dennoch werden Kinder mit Anzeichen für eine Geschlechtsinkongruenz (GI) oder Geschlechtsdysphorie (GD) in medizinischen und psychosozialen Behandlungskontexten in jedem Entwicklungsalter mit dem Anliegen einer fachlichen Beratung vorgestellt. Für eine solche Beratung sollte dann das bisher verfügbare Fachwissen zugrunde gelegt und Beratungssuchenden zugänglich gemacht werden. Auch werden nicht selten von pädagogischen Institutionen (Kitas und Grundschulen) medizinische oder psychologische Stellungnahmen erbeten, um eine am Wohl des Kindes orientierte erzieherische Haltung oder Vorgehensweise fachlich absichern zu helfen. Da in der Vergangenheit die frühere S1-Leitlinie zu „Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter“, ungeachtet ihrer auf den medizinischen Behandlungskontext fokussierenden Intention, als fachlicher Bezugsrahmen auch für pädagogische oder familienpsychologische Fragestellungen herangezogen wurde, erschien es den Leitlinienautor*innen wichtig, bei gebotener Zurückhaltung zu erzieherischen Fragen, den aktuellen Stand des Wissens und daraus ableitbarere Empfehlungen darzustellen.

Leitfragen an die Leitlinie:

- Welche Implikationen für die weitere Entwicklung können sich aus einem sozialen Rollenwechsel in der Kindheit ergeben?
- Welche Erkenntnisse gibt es im Hinblick auf eine damit möglicherweise einhergehende soziale Festlegung auf eine Geschlechtsrolle im Jugendalter?
- Welche Erkenntnisse gibt es im Hinblick auf mögliche günstige oder ungünstige Auswirkungen eines sozialen Rollenwechsels in der Kindheit auf die psychosoziale und gesundheitliche Entwicklung des Kindes?

2. Rechtliche und ethische Maßgaben

Grundsätzlich ist das Recht auf Entfaltung der eigenen Persönlichkeit ein sowohl vom Grundgesetz als auch von der UN-Kinderrechtskonvention im Status eines Menschenrechts geschütztes Recht eines Kindes. Bei gender-nonkonformen Kindern ist im Hinblick auf diese Entfaltung der Persönlichkeit auch die potenzielle Offenheit des späteren Entwicklungsverlaufes ab Eintritt der Pubertät mit zu bedenken, da bekannt ist, dass die späteren Entwicklungsverläufe der Geschlechtsidentität im Jugendalter einer großen Varianz unterliegen (siehe Kapitel II→ „*Variante Entwicklungsverläufe*“).

In der Ad-hoc Empfehlung des Deutschen Ethikrates zur professionellen Begleitung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Anzeichen für eine transidente Entwicklung heißt es hierzu u.a. (www.ethikrat.org):

- „Das allgemeine Persönlichkeitsrecht umfasst auch das Recht, ein Leben entsprechend der eigenen, subjektiv empfundenen geschlechtlichen Identität zu führen und in dieser Identität anerkannt zu werden.
- In allen Entscheidungsprozessen muss das Kind gehört und müssen seine Vorstellungen und Wünsche seiner Reife und seinem Alter entsprechend berücksichtigt werden. Diese Regel erhält umso mehr Gewicht, als es hier um Fragen der persönlichen Identität geht, über die die betroffene Person in letzter Konsequenz selbst zu entscheiden hat.“

In einer aktuellen Abhandlung des ethischen Diskurses zur sozialen Rollentransition im Kindes- und Jugendalter von Ashley (2019) wird hervorgehoben, dass die Entscheidung für eine solche Rollentransition unabhängig vom Alter des Kindes nicht als das Ergebnis einer vorab vollständig erfolgten intrapsychischen Klärung der eigenen Geschlechtsidentität getroffen werden kann. Vielmehr ist die soziale Rollenerprobung in der selbstempfundenen Geschlechtsrolle eingebettet in den Prozess einer Selbstexploration in stetiger Interaktion mit der sozialen Umwelt, auch wenn dieser Prozess als noch ergebnisoffen anzusehen ist (Ashley, 2019).

Verallgemeinernde, direktive Empfehlungen jenseits der Ermutigung zu einer die kindliche Persönlichkeit akzeptierenden sowie gegenüber einem potenziell fluiden Verlauf der geschlechtlichen Identitätsentwicklung offen bleibenden Haltung, lassen sich bisher nicht durch empirische Evidenz untermauern. Zu berücksichtigen ist zudem, dass ein in allen Lebensfeldern vollzogener sozialer Rollenwechsel in der Kindheit manchmal bereits ein Faktum bei der Erstvorstellung in der medizinischen oder psychotherapeutischen Versorgungspraxis ist, dem mit einer wertfreien nicht-diskriminierenden Haltung zu begegnen

ist (siehe Kapitel IX → „*Professionelle Interaktion und diskriminierungssensibler Umgang mit gender-nonkonformen Kindern und Jugendlichen*“).

3. Zum empirischen Wissensstand

Es gibt bislang nur sehr wenige empirische Studien aus dem nordamerikanischen Kulturraum, in denen Kinder, die vor Eintritt der Pubertät einen sozialen Rollenwechsel vollzogen hatten, systematisch untersucht wurden. Sichtet man die Ergebnisse dieser Studien daraufhin welche Auswirkungen ein sozialer Rollenwechsel für die Entwicklung der psychischen Gesundheit eines Kindes mit GD haben kann, muss vorab betont werden, dass sich hierzu nur eingeschränkt Aussagen treffen lassen. Gründe hierfür sind:

- Die Studien untersuchten von ihrer Intention und Konzeption her primär andere Fragestellungen.
- Die untersuchten Kinder nach vollzogenem Rollenwechsel waren selektiv ausgewählt und hatten mit höherer Wahrscheinlichkeit besonders stark ausgeprägte Anzeichen einer GI im Kindesalter, in Verbindung mit hohem Selbstbewusstsein sowie hoher Unterstützung durch das familiäre Umfeld. Daher wiesen diese Kinder neben einer besonders starken Merkmalsausprägung im Hinblick auf ihre geschlechts-nonkonformen Verhaltensäußerungen ein hohes Maß allgemein protektiver Ressourcen auf.
- Es liegen bislang wenig belastbare Studienergebnisse zum späteren Outcome dieser Kinder nach Pubertätsbeginn vor. Lediglich in einer aktuellen Follow-Up-Untersuchung mit einem Beobachtungszeitraum von fünf Jahren nach Beginn eines sozialen Rollenwechsels in der Kindheit ($N = 237$) war eine Untergruppe ($N = 70$) zum Zeitpunkt der Befragung 14 Jahre oder älter (Olson et al., 2022).
- Insbesondere liegen außer anekdotischen Hinweisen zu Einzelfällen keine Verlaufsdaten vor, wie und unter welchen Umständen ggf. eine spätere soziale Rollen-Detransition in die geburtsgeschlechtliche Rolle im Verlauf des Jugendalters psychosozial bewerkstelligt wurde.

Bisher *untersuchte Fragestellungen* umfassen u.a. geschlechtsrollenbezogene Kognitionen und Merkmale psychischer Gesundheit bei geschlechts-nonkonformen Kindern nach vollzogenem sozialem Rollenwechsel im Vergleich zu Altersgenossen mit geschlechtskonformer Rollenexpression (Durwood et al., 2017; Olson et al., 2015; Fast & Olson, 2017).) In einer Nach-Analyse von vorliegenden querschnittlichen Studiendaten wurden zudem Merkmale psychischer Gesundheit und deren Prädiktoren zwischen Kindern mit ausgeprägtem geschlechts-nonkonformem Verhalten nach vollzogenem Rollenwechsel und Kindern mit atypischer Geschlechtsexpression ohne Rollenwechsel verglichen (Wong et

al., 2019). Eine Studie untersuchte retrospektiv den differenziellen schrittweisen Ablauf sozialer Transitionsprozesse im Kindesalter (Kuper et al., 2019). Zudem wurden Erfahrungen und Berichte von Familien, die den Rollenwechsel eines Kindes begleiteten, qualitativ untersucht (Kivalanka et al., 2014; Olson et al., 2019). In der bislang größten Follow-Up-Studie wird der Verlauf der Geschlechtsidentitätsentwicklung in einer Gruppe von $N = 237$ Kindern fünf Jahre nach einem vollständigen sozialen Rollenwechsel in der Kindheit untersucht (Olson et al., 2022).

Folgende empirische Ergebnisse sind in diesem Zusammenhang durch Einzelstudien belegbar:

- 4- bis 8-jährige Kinder mit ausgeprägten Hinweisen für eine GI im Kindesalter (Einschlusskriterium war u.a., dass die Kinder bekräftigten, dass sie Jungen bzw. Mädchen sind und es nicht nur sein wollen), die mit Unterstützung der Eltern einen sozialen Rollenwechsel in allen Alltagsfeldern vollzogen hatten ($N = 36$; 28 $m \rightarrow w$, 8 $w \rightarrow m$) unterschieden sich im Vergleich zu Geschwistern und nach Alter und Geburts-geschlecht vergleichbaren Kontrollkindern nicht in ihren Kognitionen bezüglich Gender-Selbstattribution bezogen auf das jeweils empfundene Geschlecht und geschlechtstypischer Verhaltensweisen sowie in ihren Vorstellungen zu Gender-Konsistenz über Situationen (Fast & Olson, 2017). Sie waren sich dabei ihres zum Zugehörigkeitsempfinden konträren Geburts-geschlechts durchweg bewusst. Der einzige Unterschied in ihren gender-bezogenen Kognitionen bestand darin, dass sie Gender als weniger stabiles Konstrukt über längere Zeitspannen ansahen als andere Kinder, was durch die eigene Transitionserfahrung plausibel begründbar ist (*ebd.*).
- In einer untersuchten Gruppe von 5- bis 12-jährigen geschlechts-nonkonformen Kindern, die mit Unterstützung ihrer Eltern einen sozialen Rollenwechsel vollzogen hatten ($N = 32$; 20 $m \rightarrow w$, 12 $w \rightarrow m$), unterschieden sich die Untersuchungsgruppe in der Kohärenz und Stringenz ihrer genderbezogenen Kognitionen (Peerpräferenz, Objektpräferenz, Gender-identität, jeweils implizit und explizit) weder von ihren Geschwistern noch von externen Kontrollkindern. Die Kognitionen entsprachen durchgehend und stringent dem affirmativ unterstützten trans Geschlecht (Olson et al., 2015).
- In einer untersuchten Gruppe von 6- bis 8-jährigen geschlechts-nonkonformen Kindern, die mit Unterstützung ihrer Eltern einen sozialen Rollenwechsel vollzogen hatten ($N = 46$; 14 $w \rightarrow m$, 42 $m \rightarrow w$), neigten diese vergleichsweise weniger zu Geschlechtsstereotypisierungen und zeigten sich gegenüber Geschlechts-Nonkonformität offener und akzeptierender als Kinder einer Kontrollgruppe (Olson & Enright, 2017).

- In einer untersuchten Gruppe von 6- bis 14-jährigen geschlechts-nonkonformen Kindern, die mit Unterstützung der Eltern einen sozialen Rollenwechsel vollzogen hatten ($N = 116$), zeigten diese im Vergleich zu Kontrollkindern ($N = 122$) und Geschwistern ($N = 72$) keine Unterschiede im Selbstwertgefühl (Durwood et al., 2017).
- In einer Gruppe von 3-12 jährigen geschlechts-nonkonformen Kindern, die mit Unterstützung der Eltern einen sozialen Rollenwechsel vollzogen hatten ($N = 73$, 22 w→m; 51 m→w; 3→12J), gab es in den untersuchten Mental Health Outcomes Depressivität und Ängstlichkeit keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zu Geschwistern und Kontrollkindern. Beim Outcome Depressivität zeigten sich auch keine Unterschiede zur Normalbevölkerung. Leicht erhöhte Werte ergaben sich lediglich für Ängstlichkeit verglichen mit der Normalbevölkerung, wobei dieser Unterschied nicht signifikant war (Olson et al., 2016).
- In einer untersuchten Gruppe von 9-14 jährigen geschlechts-nonkonformen Kindern, die mit Unterstützung der Eltern einen sozialen Rollenwechsel vollzogen hatten ($N = 63$), zeigten diese sich nicht depressiver als vergleichbare Kontrollkinder und Geschwisterkinder, jedoch tendenziell etwas ängstlicher (Durwood et al., 2017).
- In einer Fallsammlung mit fünf Familien mit Kindern, die einen Rollenwechsel (m→w) im Alter von 7-10 Jahren durchliefen, wurde berichtet, dass die Kinder aus Sicht der Eltern primär initiativ für diesen Schritt gewesen und die Eltern zu Beginn weitgehend uninformat über das Thema Gender-Nonkonformität gewesen seien. Gleichwohl wurde rückblickend sehr frühes geschlechts-nonkonformes Verhalten berichtet (ab 1. oder 2. Lj.), das von den Eltern zunächst jedoch anders eingeordnet wurde. Der unterstützte Rollenwechsel führte in der Wahrnehmung der Eltern überwiegend zu positiven psychischen Veränderungen beim Kind (Aufblühen, Selbstbewusstsein etc.). Lediglich in einem Fall wurde eine krisenhafte Entwicklung mit Suizidalität als Reaktion auf die erlebte trans Feindlichkeit in der sozialen Umgebung und Gesellschaft berichtet (Kuvalanka et al., 2014). Die Eltern berichteten zudem von weitverbreiteter Uninformiertheit und teilweise unethischen Haltungen und Statements durch professionelle Helfer*innen in Gesundheitswesen und Schulen, und der damit verbundenen Notwendigkeit, selbst zu Expert*innen ihrer Anliegen werden zu müssen (*ebd.*).
- In einer Analyse querschnittlicher Daten von 6-12 jährigen geschlechts-nonkonformen Kindern, die aus drei vorangegangenen Studien zusammengeführt wurden, ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in den Scores zu psychischer Gesundheit zwischen Kindern mit und ohne vollzogenem Rollenwechsel, wobei die beiden Gruppen sich in der Ausprägung der Anzeichen für eine GI bzw. GD deutlich unterschieden (Wong et al., 2019). Über beide Gruppen zeigte sich die soziale Integration in Peer-Beziehungen konsistent als

wichtigster Prädiktor für psychische Gesundheit, wenngleich die Generalisierbarkeit dieser Aussage aufgrund methodischer Limitationen gering ist (*ebd.*).

- In einer retrospektiven Verlaufsstudie an geschlechts-nonkonformen Kindern und Jugendlichen mit bereits vollzogener oder gewünschter Transition ($N = 224$; Alter 6-17J., 60% w→m; 40% m→w), die zu 98% die DSM 5-Diagnose einer GD erhielten, zeigten sich eine große Variationsbreite der Entwicklungsverläufe vor Beginn der Pubertät sowie Geschlechtsunterschiede. Bei den geburtsgeschlechtlich männlichen Kindern war eine binäre transgeschlechtliche Rollenidentifizierung als Mädchen bereits vor der Pubertät häufiger, wohingegen geburtsgeschlechtlich weibliche Kinder vor der Pubertät häufiger gemischte oder non-binäre Geschlechtsexpressionen zeigten. Zudem variierte die Reihenfolge der Schritte in sozialen Outings (Mitteilungen an die soziale Umgebung) und gelebter Transition (Kleidung, Haarschnitt, Namen und Pronomen, offizieller Rollenwechsel in der Schule etc.) sowie deren abgestuftes oder nicht abgestuftes Durchschreiten erheblich (Kuper et al., 2019).
- In einer Vergleichsstudie wurden bei zwei stratifizierten Untergruppen von Kindern beiderlei Geburtsgeschlechts mit nonkonformer Geschlechtsrollenexpression mit und ohne vollzogenem sozialen Rollenwechsel (je $N = 60$) die Eltern zu den Entscheidungsprozessen für oder gegen einen vollzogenen sozialen Rollenwechsel befragt. Bei 83% der Kinder mit sozialem Rollenwechsel gaben die Eltern an, die Entscheidung sei in sehr deutlichem Maße initiativ vom Kind ausgegangen. In 75% der (noch) nicht transitionierten Fälle wurde die Möglichkeit einer Transition zwischen Eltern und Kind offen diskutiert. In nur 10% der (noch) nicht sozial transitionierten Kinder gaben die Eltern an, diese abwartende Haltung maßgeblich verantwortet zu haben (Olson et al., 2019). In einer internetbasierten Befragung von Eltern, deren Kinder ins empfundene Geschlecht sozial transitionierten ($N = 266$, davon 92% mit Transition vor Pubertätseintritt) gaben 68% an, mit ihren Kindern die Möglichkeit einer späteren Retransition im Jugendalter offen diskutiert zu haben (Olson et al., 2019), um die Ergebnisoffenheit späterer Entwicklungen in der Vorstellungswelt des Kindes zu erhalten. Lediglich ein geringer Teil der Eltern transitionierter Kinder (13%) äußerte die Befürchtung, dass die Thematisierung der offenbleibenden Option einer späteren Retransition von Seiten des Kindes als Nicht-Akzeptanz seiner subjektiven Geschlechtsidentität verstanden werden könnte.
- Zu Entwicklungsverläufen mit einer Rückkehr in die bei Geburt zugewiesene geschlechtliche Rolle im Jugendalter gibt es nur wenige empirische Daten. Ein solcher Verlauf wird in zwei Einzelfällen in den niederländischen Studien zu Persistenz und Desistenz berichtet (Steensma et al., 2013). Von diesen beiden geburtsgeschlechtlichen Mädchen, die bereits (teilweise) in die Rolle eines Jungen gewechselt waren, wurden erhebliche Schwierigkeiten mit der Rückkehr in die weibliche Rolle angegeben, ohne dass

hierzu sonstige psychosoziale Begleitumstände beschrieben wurden (Steensma et al., 2011).

- Lediglich in einer neueren Verlaufsstudie zu $N = 317$ Kindern mit gender-nonkonformer Geschlechtsidentität im Durchschnittsalter von acht Jahren, die vor Eintritt der Pubertät mit Unterstützung ihrer Familien einen vollständigen sozialen Rollenwechsel vollzogen hatten, wurden anteilig Verläufe ins Jugendalter ($N = 70$) berichtet (Olson et al., 2022). In dieser Studie blieben nach fünf Jahren 94% der Kinder in der sozial transitionierten Geschlechtsrolle. 7,3% hatten zumindest einmal retransitioniert, wovon wiederum ein Anteil von 1,3% nach einer „Phase des klärenden Ausprobierens“ wieder in ihre transgeschlechtliche Rolle zurückwechselten. Retransitionen traten häufiger auf, wenn der erste Rollenwechsel bereits vor dem sechsten Lebensjahr vollzogen wurde und wurden gegebenenfalls häufiger noch vor dem zehnten Lebensjahr vollzogen. Zum Zeitpunkt des 5-Jahres Follow-Up hatten $N = 70$ Jugendliche das 14. Lebensjahr erreicht, von denen nur eine Person (1,7%) in ihr Geburtsgeschlecht retransitioniert war. Die Studie zeigt, dass Kinder, die vor der Pubertät mit Unterstützung ihrer Eltern einen Rollenwechsel initiieren, in sehr großer Mehrheit langfristig bei der Transition bleiben. Andererseits zeigte die Studie auch, dass Retransitionen in dieser Gruppe von Kindern durchaus in selteneren Fällen (7%) vorkommen, was eine wichtige Information in der Beratung ist, um Kinder und Erziehende auf diese Möglichkeit vorzubereiten.

3.1. Zusammenfassung des empirischen Wissensstandes

Zum empirischen Wissensstand lassen sich folgende Aussagen und Schlussfolgerungen zur Option eines sozialen Rollenwechsels im Kindesalter ableiten, die als Orientierung bei einer professionellen Beratung dienen können:

- Es gab bei bisher untersuchten Kindern mit GI, die mit Unterstützung der Eltern einen sozialen Rollenwechsel vollzogen hatten, keine Hinweise auf vermehrte psychosexuelle Verwirrung, Identitätsunsicherheit oder anderweitig auffällige gender-bezogene Kognitionen. Letztere entsprachen überwiegend in stringenter Weise der empfundenen Geschlechtszugehörigkeit. Es gibt demnach Kinder mit stark ausgeprägter GI, bei denen sich eine transgeschlechtliche Rollenidentifizierung durchweg kohärent darstellt und nicht Ausdruck einer allgemeinen psychosexuellen Verunsicherung oder Identitätsunsicherheit ist.
- Es gibt **Anhaltspunkte** dafür, dass sich ein affirmativ unterstützter Rollenwechsel durch die Entfaltung der kindlichen Persönlichkeit im Laufe der präpubertären Entwicklung günstig auf die soziale Integration und das kindliche Selbstbewusstsein auswirken kann.

- Es gibt **Anhaltspunkte** dafür, dass sich ein affirmativ unterstützter Rollenwechsel vor Eintritt der Pubertät günstig auf die sozioemotionale Entwicklung auswirken kann.
- Eine möglichst unbeeinträchtigte **soziale Integration und erlebbare Akzeptanz in Peer-Beziehungen sind vorrangig** wichtige Faktoren für eine positive sozio-emotionale Entwicklung von Kindern mit GI bzw. GD, die einen sozialen Rollenwechsel vollzogen haben.
- Es gibt bislang **keine gesicherte empirische Erkenntnis** dazu, wie sich die affirmative Unterstützung eines gender-nonkonformen Kindes von Seiten seiner Bindungspersonen in der von ihm empfundenen geschlechtlichen Identität auf die künftige Offenheit der Entwicklung der Geschlechtsidentität in der Pubertät auswirkt. Zwar ist die Rate der Persistenz einer empfundenen transgeschlechtlichen Identität sehr hoch, was aber bereits durch die Selektion besonders eindeutiger Entwicklungsverläufe erklärbar scheint, die für das proaktive Einfordern eines Rollenwechsels von Seiten des Kindes typisch ist. Retransitionen nach vollzogenem Rollenwechsel in der Kindheit wurden in seltenen Fällen (7% der Fälle in einer Studie) beschrieben, wobei diese gegebenenfalls häufiger noch vor der Pubertät erfolgten.
- Es gibt bislang **keine gesicherte empirische Erkenntnis** dazu, wie sich ein restriktiver Umgang der Erziehungsberechtigten gegenüber dem sozialen Ausleben einer gender-nonkonformen Rollenidentifikation bei Kindern auf den Verlauf einer GI bzw. GD und einer späteren identitären Selbstfindung auswirkt.
- Es gibt bislang **keine empirische Erkenntnis** dazu, unter welchen psychosozialen Begleitumständen sich im Falle einer späteren Retransition nach einem in der Kindheit durchlebten Rollenwechsel eine Rückkehr in die Rolle des bei Geburt zugewiesenen Geschlechts erschwert oder erleichtert gestaltet.

4. Empfehlungen für die professionelle Beratung

Konsensbasierte Empfehlung:

III. K1. In einer Beratung von Kindern mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie, die einen sozialen Rollenwechsel vor Eintritt der Pubertät erwägen und ihren Sorgeberechtigten und ggf. weiteren Bezugspersonen, sollte die beratende Person das Recht des Kindes auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit achten.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Konsensbasierte Empfehlung:

III. K2. In einer Beratung von Kindern mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie, die einen sozialen Rollenwechsel vor Eintritt der Pubertät erwägen, und ihren Sorgeberechtigten und ggf. weiteren Bezugspersonen sollte die beratende Person versuchen, die Sorge- und Erziehungsberechtigten für eine Haltung zu sensibilisieren, die dem Kind eine Exploration und selbstbestimmte Entwicklung seiner Geschlechtsidentität und sozialen Geschlechtsrolle ermöglicht.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Konsensbasierte Empfehlung:

III. K3. In einer Beratung von Kindern mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie, die einen sozialen Rollenwechsel vor Eintritt der Pubertät erwägen und ihren Sorgeberechtigten und ggf. weiteren Bezugspersonen sollte ein (möglicher) sozialer Rollenwechsel als ein Prozess aufgefasst werden, der nach den Bedürfnissen des Kindes zu gestalten ist. Hierbei sollen jeweils zur Erprobung des Rollenwechsels in Betracht gezogene Schritte auf die individuelle Lebenssituation zugeschnitten sein.

Konsensstärke: starker Konsens (>95%)

Konsensbasierte Empfehlung:

III. K4. In einer Beratung von Kindern mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie, die einen sozialen Rollenwechsel vor Eintritt der Pubertät erwägen, und ihren Sorgeberechtigten und ggf. weiteren Bezugspersonen sollte die beratende Person unabhängig von der individuellen Entscheidung und dem Lebensweg der Betroffenen fachliche Unterstützung zum Schutz vor Stigmatisierung und Diskriminierung des Kindes und/oder seiner Bezugspersonen bieten.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Kapitel IV.

Assoziierte psychische Auffälligkeiten und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie

- 1. Einleitung und Leitfragen**
- 2. Stand der Forschung zu psychischen Auffälligkeiten und Suizidalität**
 - 2.1. Klinische Interview- und Aktenstudien
 - 2.2. Klinische Fragebogenstudien mit Kindern und Jugendlichen zu Beginn oder vor einer Behandlung
 - 2.3. Nicht-klinische Befragungen von Kindern und Jugendlichen
 - 2.4. Essstörungen/ Körperbild
 - 2.5. Auffälligkeiten aus dem Bereich Autismus-Spektrum („Neurodiversity“)
 - 2.6. Assoziierte Psychopathologie nach sozialer Transition im Kindesalter
 - 2.7. Exkurs: Assoziierte Psychopathologie nach sozialer Transition und nach körpermedizinischen Maßnahmen im Jugendalter
 - 2.8. Erklärungsansätze für die Entstehung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie
- 3. Aussagen und Empfehlungen**
 - 3.1. Aussagen zum wissenschaftlichen Erkenntnisstand
 - 3.2. Empfehlungen

1. Einleitung und Leitfragen

Ausgehend von der vielfach belegten und vielgestaltigen erhöhten psychiatrischen Morbidität unter Personen, die sich in ihrer Selbstbeschreibung transgeschlechtlich identifizieren (im Folgenden als trans Personen bezeichnet), ist es für Behandelnde unverzichtbar, über Kenntnisse des Spektrums häufig anzutreffender psychischer Gesundheitsprobleme bei trans Personen sowie zu deren Relevanz für das klinische Vorgehen in Diagnostik und Behandlung der Geschlechtsinkongruenz (GI) und Geschlechtsdysphorie (GD) im Kindes- und Jugendalter zu verfügen. Insbesondere die in jüngerer Zeit zunehmend berichtete überzufällig häufige Überlappung geschlechtsdysphorischer Symptomatologie mit Symptomen aus dem Autismus-Spektrum wirft diesbezüglich Fragen auf.

Bevor anhand vorliegender Symptome und Befunde sowie einer umfassenden Betrachtung eines Entwicklungsverlaufs im Einzelfall mit hinreichender diagnostischer Klarheit die Diagnose einer dauerhaft anhaltenden, d.h. *stabilen/persistierenden Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie* im Kindes- und Jugendalter gestellt werden kann, sind ggf. assoziierte bzw. koinzidente psychische Störungen fachgerecht zu diagnostizieren und im Hinblick auf ihre Interdependenz mit geschlechtsdysphorischen Symptomen zu bewerten. Der Begriff der *Komorbidität* wird in diesem Kapitel bewusst nicht verwendet, da die *Geschlechtsinkongruenz (GI)* in der ICD-11 nicht als krankheitswertige Störung angesehen wird, und auch im DSM-5 die einer *Geschlechtsdysphorie* zugrunde liegende GI per se keinen Krankheitswert hat (Skagerberg, Davidson, et al., 2013; Skagerberg, Parkinson, et al., 2013).

Insbesondere ist eine sorgfältige Einschätzung vorzunehmen, ob und inwieweit koinzidente psychische Gesundheitsprobleme mit der diagnostischen Klarheit bei der Feststellung einer *stabilen/persistierenden Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie* oder mit der Indikationsstellung oder Planung bestimmter Behandlungsmaßnahmen interferieren (siehe Kapitel V→ „*Psychotherapie und psychosoziale Interventionen*“ und Kapitel VII→ „*Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen*“). Für eine unvoreingenommene diagnostische Haltung und ein im Einzelfall valides Störungsverständnis ist hierbei wesentlich, dass bei koinzidenten psychischen Gesundheitsproblemen grundsätzlich keine primär theoriegeleitete Vorannahmen über etwaige (ko-)ätiologische Wirkrichtungen erfolgen (s.u. konsentierete Empfehlungen in diesem Kapitel). Psychische Gesundheitsprobleme bei trans Personen können sowohl reaktiv als vielfältige Anpassungsprobleme an eine bestehende Geschlechtsinkongruenz auftreten, als auch unabhängig hiervon bestehen oder entstanden sein. Auch die Möglichkeit, dass, insbesondere so lange bei einer jugendlichen trans Person die Diagnose einer *stabilen/persistierende Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie* noch nicht gestellt werden konnte, anderweitige psychische Probleme zu einer vorübergehenden geschlechtsdysphorischen Symptomatik führen könnten, ist sorgfältig zu bedenken.

Bei weitem nicht alle Jugendlichen, die sich selbst als einem queeren oder trans Spektrum zugehörig präsentieren, weisen eine *stabile/persistierende Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie* auf oder werden eine solche entwickeln (siehe Kapitel II→ „*Variante Entwicklungsverläufe*“). Andererseits sind auch schwerwiegende psychische Störungen, die die diagnostische Klarheit erheblich beeinträchtigen können (wie z.B. Psychosen oder komplexe Persönlichkeitsstörungen mit ausgeprägter Identitätsdiffusion) per se kein Beleg dafür, dass eine *stabile/persistierende Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie* nicht vorliegt, ebenso wenig wie beispielsweise bei Vorliegen einer solchen gravierenden Störung eine nicht heterosexuelle Orientierung einer Person als grundsätzlich unwahrscheinlich oder weniger glaubhaft anzusehen wäre.

Für das folgende Kapitel zur Diagnostik und Differentialdiagnostik assoziierter psychischer Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen, die mit der Fragestellung in Gesundheitsdiensten vorstellig werden, ob ggf. eine behandlungsbedürftige *Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie* vorliegt, wurden für diese Leitlinienerstellung a priori folgende Leitfragen formuliert (siehe Methodenreport):

Leitfragen an die Leitlinie:

- Welche psychopathologischen Problembereiche über eine Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter hinaus sind von Behandelnden besonders aufmerksam zu beachten?
- Welchen Einfluss haben assoziierte psychische Probleme auf die Behandlung?
- Welche Implikationen für das Vorgehen bei Diagnostik und Behandlung hat eine koinzidente Autismus-Spektrum-Störung bei minderjährigen Patient*innen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie?
- Wie ist das empfohlene diagnostische Vorgehen bei Hinweisen auf eine Geschlechtsinkongruenz unter Berücksichtigung möglicher zu berücksichtigender psychiatrischer oder psychosomatischer Begleitdiagnosen?

2. Stand der Forschung zu psychischen Auffälligkeiten und Suizidalität

Bei Kindern und Jugendlichen, die mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie im Gesundheitswesen vorstellig wurden, zeigte sich in bisherigen Untersuchungen, dass der *GI bzw. GD* in der Mehrheit der Fälle keine anderweitige psychiatrische Grunderkrankung vorausging (Meyer-Bahlburg, 2010; Steensma et al., 2011). Dennoch ist bei jungen Patient*innen, die zur Diagnostik und Behandlung in einer spezialisierten klinischen Einrichtung vorstellig werden, durch Studien vielfach eine hohe Bandbreite und Prävalenz begleitender psychopathologischer Auffälligkeiten bzw. Störungsbilder belegt. Diese sind bei Jugendlichen, d.h. ab Eintritt der Pubertät, deutlich ausgeprägter als bei Kindern. Die am häufigsten beschriebenen begleitenden psychopathologischen Auffälligkeiten von Jugendlichen mit *GI bzw. GD* sind *depressive Störungen, Angststörungen, Syndrome selbstverletzenden Verhaltens und Suizidalität*. Unabhängig von ätiologischen Fragestellungen, die diese Symptombelastung entweder als reaktiv, vorbestehend oder mitursächlich für die *GI bzw. GD* betrachten, ist daher eine diagnostische Erfassung bestehender psychopathologischer Symptome notwendig, da diese mit der *GI bzw. GD* sowie dem potenziellen Behandlungsprozess interferieren können.

Im Folgenden wird der Stand der Forschung zu psychischen Auffälligkeiten und Suizidalität im Kindes- und Jugendalter dargestellt. Dabei wird zwischen klinischen sogenannten Aktenstudien (Chart Reviews) und Interviewstudien (mit berichteten klinischen Diagnosen), klinischen Fragebogenstudien (vorrangig: Child Behavior Checklist/ Youth Self-Report) und bevölkerungsrepräsentativen Studien unterschieden, die jedoch fast alle querschnittlich erhobene Daten zum Zeitpunkt einer Erstvorstellung oder zu Beginn einer Behandlung (i. d. R. vor Behandlung mit geschlechtsangleichenden Maßnahmen) berichten. Zudem werden Ergebnisse im Kindes- (in der Regel <12 Jahre) und Jugendalter (≥12 Jahre) möglichst getrennt betrachtet, da sich ein geschlechtsdysphorischer Leidensdruck ab Beginn der Pubertät in der Regel durch den Beginn irreversibler Reifungsvorgänge im Körper und der hierdurch stetig zunehmenden Körperdysphorie verstärkt (Russell, 2003; Skagerberg, Davidson, et al., 2013; Skagerberg, Parkinson, et al., 2013; Steensma et al., 2011, 2014).

2.1. Klinische Interview- und Aktenstudien

Etwa die Hälfte der Kinder und Jugendlichen, die in den bestehenden *klinischen Interview- oder Aktenstudien* teilgenommen hatten, erhielten zusätzlich zu einer diagnostizierten Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie mindestens *eine weitere psychiatrische Diagnose* (Becker et al., 2014; D. Chen et al., 2017; M. Chen et al., 2016; Chodzen et al., 2018; Di Ceglie et al., 2002; Hewitt et al., 2012; Holt et al., 2016; Kaltiala-Heino et al., 2015; Khatchadourian et al., 2014; Nahata et al., 2017; Spack et al., 2012).

So berichten etwa D. Chen et al. (2017) bei 71% der von ihnen untersuchten Kinder und Kaltiala-Heino et al. (2015) bei 75% der von ihnen untersuchten Jugendlichen von mindestens einer vorausgegangenen oder aktuell bestehenden zusätzlichen psychiatrischen Diagnose.

Zu den berichteten koinzidenten Diagnosen zählen durchweg an erster Stelle: *affektive Störungen*, Depressionen und Angststörungen bei 32 bis 78% (Becker et al., 2014; D. Chen et al., 2017; M. Chen et al., 2016; Chodzen et al., 2018; Di Ceglie et al., 2002; Holt et al., 2016; Kaltiala-Heino et al., 2015; Khatchadourian et al., 2014; Nahata et al., 2017; Olson et al., 2015; Peterson et al., 2017; Skagerberg, Parkinson, et al., 2013; Spack et al., 2012). Eine der Studien berichtete sogar bei 100% der klinischen Population von Angst und Depression, differenzierte die Diagnosen aber nicht weiter (Hewitt et al., 2012). Auch für (*nicht-suizidales*) *selbstverletzendes Verhalten*, *Suizidgedanken* oder *Suizidalität* werden erhöhte Prävalenzen bei Jugendlichen berichtet: Hier liegen die Angaben für einen (über die bisherige Lebensspanne) vorausgegangenen Suizidversuch zwischen 9 und 52% (Becker et al., 2014; M. Chen et al., 2016; Holt et al., 2016; Khatchadourian et al., 2014; Nahata et al., 2017; Peterson et al., 2017; Spack et al., 2012). Nicht weiter differenzierte Suizidalität, z.B. in Form von Suizidgedanken (über die bisherige Lebensspanne), und nicht weiter differenziertes selbstverletzendes Verhalten werden für 13% bis 75% berichtet (Becker et al., 2014; M. Chen et al., 2016; Di Ceglie et al., 2002; Holt et al., 2016; Kaltiala-Heino et al., 2015; Nahata et al., 2017; Olson et al., 2015; Skagerberg, Parkinson, et al., 2013; Spack et al., 2012).

Bei den vorliegenden Untersuchungen anhand der Aktenstudien muss berücksichtigt werden, dass meist nicht zwischen Kindern und Jugendlichen differenziert wurde und somit möglicherweise die jeweils berichtete Prävalenz von psychischen Auffälligkeiten im Kindesalter eher über- sowie im Jugendalter hingegen eher unterschätzt wurde. Zudem wurden zum Teil auch Jugendliche in die Untersuchung miteinbezogen, die bereits eine körpermodifizierende medizinische Behandlung begonnen hatten und zum Zeitpunkt der Auswertung in ihrem Transitionsprozess unterschiedlich weit fortgeschritten waren.

2.2. Klinische Fragebogenstudien mit Kindern und Jugendlichen zu Beginn oder vor einer Behandlung

Auch die Studienergebnisse von klinischen Fragebogenstudien zeigen, dass Kinder und Jugendliche mit diagnostizierter Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie zu Beginn einer Behandlung in einer spezialisierten Klinik ein erhöhtes Maß an psychischen Auffälligkeiten aufweisen.

Obwohl die Ergebnisse hierzu uneinheitlich sind, erscheinen Kinder mit GI bzw. GD vor allem bei Betrachtung der Skalenwerte auf der *CBCL (Child Behavior Checklist, Achenbach & Ruffle, 2000)*, grundsätzlich weniger stark belastet als Patient*innen im Jugendalter: Kinder wiesen im Vergleich zur Normpopulation gemessen anhand der CBCL-Skalen häufiger psychische Auffälligkeiten sowohl im

emotionalen Erleben als auch auf der Verhaltensebene auf und unterscheiden sich darin ebenfalls von ihren Geschwistern (Aitken et al., 2016; Cohen-Kettenis et al., 2003; Sievert et al., 2021; Steensma et al., 2014; Zucker et al., 1997). Die in den vorliegenden Studien berichteten T-Normwerte liegen dabei bei bis zu 62% der Fälle im Kindesalter im klinisch auffälligen Bereich (über dem 90. Perzentil; Aitken et al., 2016; Cohen-Kettenis et al., 2003; Steensma et al., 2014; Zucker et al., 1997, 2002).

Ebenso zeigen zahlreiche Fragebogen-Studien mit Stichproben Jugendlicher mit GI bzw. GD, die sich an eine spezialisierte klinische Einrichtung für GI bzw. GD gewandt hatten, erhöhte Werte von psychischen Auffälligkeiten im klinisch relevanten Bereich (de Graaf et al., 2018; de Vries et al., 2016; Levitan et al., 2019; Shiffman et al., 2016; Skagerberg, Davidson, et al., 2013; Skagerberg, Parkinson, et al., 2013; Zucker et al., 2002, 2012): 45 bis 82% Jugendlichen zeigten externalisierende Auffälligkeiten wie soziale Verhaltensprobleme und Störungen der Impulskontrolle und/ oder internalisierende Symptome wie ängstlich-depressive Verstimmungen, Somatisierungsneigung und soziales Rückzugsverhalten.

Über unterschiedliche Länder hinweg zeigt sich hierbei ein ähnliches Muster an Problembereichen: Sowohl im Kindes- als auch im Jugendalter werden unter Verwendung der CBCL häufiger internalisierende Probleme im Vergleich zu externalisierenden Problemen berichtet (Cohen-Kettenis et al., 2003; de Graaf et al., 2018; de Vries et al., 2016; Levitan et al., 2019; Röder et al., 2018; Sievert et al., 2021; Skagerberg, Davidson, et al., 2013; Skagerberg et al., 2015; Steensma et al., 2014; Zucker et al., 1997, 2012). Das bedeutet, dass bei dieser Population ein *erhöhtes Maß an Angst, Depression und psychosomatischen Symptombildungen* und im Vergleich dazu *verhältnismäßig weniger aggressive oder externalisierende Verhaltensprobleme* berichtet werden.

Werden an Stelle von Screening-Instrumenten wie der CBCL *störungsspezifische diagnostische Testinventare* wie z.B. das BDI (*Beck-Depressions-Inventar*, Beck et al., 2011) wie *standardisierte klinische Interviews* eingesetzt, bestätigt sich das Muster der Ergebnisse aus den Fragebögen-Studien: Im klinischen Interview mit Eltern von Kindern mit GI bzw. GD erfassen Wallien et al. (2007) für 52% eine zusätzliche psychiatrische Diagnose, wobei internalisierende (mit 37%) häufiger vorkommen als externalisierende Störungsbilder (mit 23%). In der Studie von Kolbuck et al. (2019) erhielten immerhin 37% der 3- bis 11-Jährigen zusätzlich zur Diagnose GI bzw. GD mindestens eine weitere psychiatrische Diagnose.

Auch für Jugendliche zeigte sich anhand von Interview- und Fragebogenstudien, dass vor allem die affektiven Störungen (Angst und Depression in bis zu 48% der Fälle) besonders häufig vorkommen (Chodzen et al., 2018; de Vries et al., 2011). Olson et al. (2015) berichten für insgesamt 35% der Jugendlichen Depressionen gemessen anhand des BDI, bei 51% Suizidgedanken und bei 30% stattgehabte Suizidversuche (*über die bisherige Lebensspanne*).

Auch (*nicht-suizidales*) *selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität* werden in den erwähnten klinischen Fragebogenstudien ebenso häufig berichtet wie in klinischen Aktenstudien (siehe Surace et al., 2020 für eine Meta-Analyse klinischer Studien; Aitken et al., 2016; Arcelus et al., 2016; Fisher et al., 2017): In einer Meta-Analyse von Surace et al., (2020) wird selbstverletzendes Verhalten im Durchschnitt für 28% aller klinisch vorstelligen Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einer diagnostizierten GI bzw. GD berichtet, Suizidgedanken bei 28% und stattgehabte Suizidversuche bei 15% der untersuchten Fälle (über die bisherige Lebensspanne).

Für ihre klinische Stichprobe von *Kindern* mit diagnostizierter GI bzw. GD berichten Aitken et al., (2016) in 19% der Fälle selbstverletzendes Verhalten/Suizidversuche sowie für 19% Suizidgedanken. Damit ist für Kinder mit GI bzw. GD altersbedingt die Zahl der Selbstverletzungs- und Suizidraten im Vergleich zu Jugendlichen zwar noch geringer, jedoch signifikant höher als in der nicht-klinischen Normbevölkerung. Für *Jugendliche* mit GI bzw. GD berichten Arcelus et al. (2016) sogar für 46% nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (über die bisherige Lebensspanne).

2.3. Nicht-klinische Befragungen von Kindern und Jugendlichen

Naturalistische Erhebungen anhand von Stichproben jugendlicher trans Personen aus Jugendhilfeeinrichtungen (außerhalb eines klinischen Inanspruchnahmekontextes) berichten ähnliche Ergebnisse wie jene, die an Hand von klinischen Stichproben berichtet werden: Auch diese Studien weisen auf ein **allgemein erhöhtes Risiko für psychische Probleme, Depression, selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität** hin (Becerra-Culqui et al., 2018; Clark et al., 2014; Grossman & D'Augelli, 2007; Katz-Wise et al., 2018; MacMullin et al., 2020; Nahata et al., 2017; Perez-Brumer et al., 2017; Peterson et al., 2017; Reisner et al., 2015; Taliaferro et al., 2018; van Beijsterveldt et al., 2006; Veale et al., 2017). Hier gilt es zu berücksichtigen, dass diese Populationen in der Regel *keine Diagnose einer GI bzw. GD* erhalten hatten, sondern durch weniger spezifische Selbstbeschreibungen („transgender“) identifiziert wurden.

Auch bei diesen Studien gehören Depressionen und Suizidalität zu den am häufigsten berichteten psychischen Auffälligkeiten (Becerra-Culqui et al., 2018; Clark et al., 2014; Reisner et al., 2015). Die höchsten Prävalenzen depressiver Symptome werden für 41% der befragten jugendlichen transgeschlechtlichen Schüler*innen (Clark et al., 2014) und für 51% in einer Selbsthilfeeinrichtung (Reisner et al., 2015) berichtet. Manche Autor*innen wie Becerra-Culqui et al. (2018) berichten zudem erhöhte Prävalenzen für ADHS.

Für Kinder aus einer Selbsthilfeeinrichtung, die ein so genanntes “gender-nonkonformes Erleben und Verhalten” zeigen, werden Prozentzahlen zwischen 9.1% (Suizidversuch oder Selbstverletzung) und 6.8% (Suizidgedanken) berichtet, ähnlich jenen Zahlen aus klinischen Untersuchungen bei GI bzw. GD im Kindesalter (MacMullin et al., 2020).

Wiederholtes (nicht-suizidales) selbstverletzendes Verhalten wird zwischen 2% und 75% und *Suizidgedanken* zwischen 5 und 65% der befragten jugendlichen trans Personen aus bevölkerungsrepräsentativen Stichproben (für den Zeitraum der letzten 12 Monate) berichtet (Becerra-Culqui et al., 2018; Gower et al., 2018; Perez-Brumer et al., 2017; Taliaferro et al., 2018; Veale et al., 2017) und zwischen 12 und 49% (selbstverletzendes Verhalten) sowie zwischen 25 und 84% (Suizidgedanken) der Jugendlichen, die in Jugendhilfeeinrichtungen rekrutiert wurden (*für den Zeitraum der letzten 12 Monate*; Grossman & D'Augelli, 2007; Katz-Wise et al., 2018; Kuper et al., 2018; Reisner et al., 2015; Ross-Reed et al., 2019).

2.4. Essstörungen/ Körperbild

Weitere Problembereiche, wie Essstörungen oder Körperbildstörungen werden in den genannten Untersuchungen nur selten mit untersucht oder benannt (13% Essprobleme bei Holt et al., 2016, und 2% Essstörungen bei Kaltiala-Heino et al., 2015), obwohl ein negatives Körperbild für jugendliche Stichproben mit GI bzw. GD in Studien zum Essverhalten und/oder Körperbild berichtet wurde (Becker et al., 2018; McGuire et al., 2016). Zudem liegt ein Einfluss des Körperbilds auf die Lebensqualität gerade bei jungen Menschen mit GI bzw. GD nahe (Peterson et al., 2017; Röder et al., 2018). So berichteten beispielsweise Guss et al. (2017) für jugendliche trans Personen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, ungesundes Verhalten in Hinblick auf die Modifikation des Körpergewichtes zu zeigen.

2.5. Auffälligkeiten aus dem Bereich Autismus-Spektrum („Neurodiversity“)

Ungefähr 25 quantitative Studien der letzten 10 Jahre geben Hinweise darauf, dass GI und GD überzufällig gehäuft überlappend mit Auffälligkeiten aus dem Autismus-Spektrum auftreten. Dies wurde weit überwiegend für Kinder und Jugendliche, vereinzelt aber auch für das Erwachsenenalter beschrieben (Herrmann et al., 2021). Dabei wird das gehäufte Auftreten von ASS-Symptomen bei Personen mit GI bzw. GD ebenso wie in umgekehrter Konstellation beschrieben (bi-direktionale Koinzidenz). Im anglo-amerikanischen Schrifttum wird diese symptomatische Überlappung mit Autismus-typischen Symptomen u.a. unter dem englischen Begriff *Neurodiversity* diskutiert, der in einschlägigen Originalarbeiten zu dieser speziellen Thematik eingeführt ist (Strang et al., 2019; Van Vlerken et al., 2020) und auch im entsprechenden Kapitel der internationalen Leitlinie der WPATH¹ verwendet wird (Coleman et al. 2022). Da der Begriff „Neurodiversität“ in der deutschsprachigen medizinischen Fachliteratur zu Autismus-Spektrum-Störungen nicht etabliert ist, wird er in dieser Leitlinie in diesem Zusammenhang nicht verwendet.

¹ WPATH: World Professional Association for Transgender Health

Diagnosekriterien einer Autismus-Spektrum-Störung (ASS) sind nach DSM-5 u.a.: anhaltende konsistente Defizite der sozialen Kommunikation und Interaktion (A-Kriterium), eingeschränkte und repetitive Verhaltensmuster, Interessen oder Aktivitäten (B-Kriterium), ein Vorliegen der Symptome seit der frühen Kindheit (C-Kriterium), sowie Leid oder Beeinträchtigungen in mehreren Funktionsbereichen (D-Kriterium). Die frühere Unterscheidung verschiedener Subgruppen autistischer Störungsbilder (z.B. Asperger-Syndrom, frühkindlicher Autismus) wurde zunächst im US-amerikanischen Klassifikationssystem (DSM-5), dann auch international (ICD-11 der WHO) aufgegeben und durch das Konzept der ASS ersetzt.

In der großen Mehrzahl bisheriger Publikationen werden jedoch lediglich *subklinische Ausprägungen* eines der beiden Phänomene (ASS oder GI bzw. GD) in einer klinischen Population der jeweils anderen Diagnosegruppe untersucht. So untersuchte man z.B. die Häufigkeit von *gender-non-konformem Erleben bzw. Gendervarianz (GV)* in klinischen Stichproben mit ASS-Diagnosen und von so genannten „*autistischen Zügen*“ bei Kindern und Jugendlichen mit GI bzw. GD-Diagnose.

2.5.1. Geschlechtsdysphorische Symptome bei ASS-Patient*innen

Methodisch wurden hier häufig wenige Einzelitems in Elternfragebogen (zumeist CBCL) genutzt, um bei Kindern und Jugendlichen mit ASS Auffälligkeiten im Geschlechtererleben zu identifizieren (May et al., 2017; Strang et al., 2014; van der Miesen et al., 2018). Es zeigte sich eine erhöhte Prävalenz von 4-6.5% für gender-nonkonformes Erleben bei Kindern und Jugendlichen mit ASS-Diagnose. Möglicherweise liegt bei Entwicklungsstörungen und psychischen Störungen aber generell eine erhöhte Prävalenz für gender-nonkonformes Verhalten vor (May et al., 2017), was z.B. auch bereits für ADHS (Strang et al., 2014; Thrower et al., 2020) berichtet wurde.

2.5.2. ASS-Symptome bei Patient*innen mit Geschlechtsinkongruenz/Geschlechtsdysphorie

In fünf empirischen Studien zeigte sich, dass 4.7-13.3% aller Kinder und Jugendlichen, die sich wegen eines Verdachts auf GI bzw. GD in Spezialprechstunden vorstellen, auch eine ASS-Diagnose erhalten haben, wobei mehrheitlich lediglich Patient*innenakten ausgewertet wurden (Herrmann et al., 2020).

Wendet man ASS-Screening-Instrumente bei Kindern und Jugendlichen mit GI bzw. GD an, so erreichten 14.5-68.0% der Kinder- und Jugendlichen Cut-off-Werte oberhalb des Schwellenwertes. Dies ist keinesfalls mit einer ASS-Diagnose gleichzusetzen, sondern beschreibt lediglich eine erhöhte Wahrnehmung autistischer Züge bei den Eltern der Kinder und Jugendlichen mit GD, die jedoch auch im Rahmen anderer psychiatrischer Diagnosen auftreten können (z.B. soziale Interaktionsschwierigkeiten im Falle einer sozialen Phobie). Aufgrund der geringen Spezifität wird der Einsatz von ASS-Screening-Fragebögen aktuell explizit nur empfohlen, wenn es klinische

Anhaltspunkte für das mögliche Vorliegen einer ASS-Diagnose gibt (AWMF-S3-Leitlinie zur Diagnostik von ASS).

2.5.3. Koinzidente ASS und diagnostizierte Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie

Bislang untersuchten drei quantitative Studien tatsächlich das koinzidente Vorliegen beider Diagnosen. Die Häufigkeit von gesicherten ASS-Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen mit diagnostisch gesicherter GD wurde jeweils mit 7.8%, 5.2 % bzw. 6.3% angegeben (de Vries et al., 2010; Nahata et al., 2017; Spack et al., 2012). Da Betroffene mit beiden Diagnosen aufgrund vielfältiger psychosozialer Probleme vermutlich mit erhöhter Dringlichkeit klinisch vorgestellt werden (vor allem in den hier untersuchten auf spezialisierten Einrichtungen für GI bzw. GD), wurde als Limitation der Repräsentativität der berichteten Häufigkeiten u.a. ein sogenannter „presentation bias“ diskutiert.

2.5.4. Differentialdiagnostik versus Koinzidenz

Die bisherige Literatur zeigt eine erhöhte Prävalenz sowohl von „autistischen Zügen“ bei Kindern und Jugendlichen mit GI bzw. GD als auch von Gendervarianz bzw. gender-nonkonformen Erleben bei Kindern und Jugendlichen mit ASS (bi-direktionale Überlappung der Phänomene gender-nonkonformes Verhalten und Autismus-Spektrum). Ein solcher Zusammenhang wird auch für ein überzufälliges Überlappen gesicherter Diagnosen ASS und GI bzw. GD berichtet, wenngleich in geringerer Häufigkeit (Übersicht bei Van Der Miesen et al., 2016).

Sowohl bei ASS als auch bei GI bzw. GD zeigen sich Defizite in der sozialen Integration. Die psychosexuelle Entwicklung ist insbesondere im Jugendalter erschwert und rigides Denken und exzessive Beschäftigung mit spezifischen Themenbereichen können in beiden Fällen das klinische Bild bestimmen. Beschriebene „autistische Züge“ in subklinischer Ausprägung (d.h. ohne dass eine ASS vorliegt, z.B. in Form von Kommunikations- und Interaktionsschwierigkeiten bei Patient*innen mit GI bzw. GD) könnten somit auch auf die erschwerte soziale Integration oder auf eine soziale Phobie hinweisen. Als mögliche Erklärung für gehäuftes *gender-nonkonformes Verhalten* subklinischer Ausprägung, d.h. ohne dass eine GI bzw. GD vorliegt, werden bei Patient*innen mit ASS u.a. neben Autismus-bedingten Schwierigkeiten und Verzögerungen in der psychosexuellen Entwicklung eine für autistische Personen typische geringe allgemeine Rollenkonformität und eine damit verbundene geringe Ausprägung von psychosozialen Unterschieden im Geschlechtsrollenverhalten diskutiert (Wattel et al., 2022).

In der klinischen Versorgungspraxis gibt es jedoch auch eine Subgruppe von Patient*innen, die anhaltend und überdauernd das diagnostische Vollbild sowohl einer Geschlechtsinkongruenz, als auch einer ASS aufweisen. Hier kann nicht von einer Symptomüberlappung ausgegangen werden, sondern von einer tatsächlichen Koinzidenz. Die Gefahr einer Unterdiagnostik und Nicht- oder Fehlbehandlung

ist für beide Diagnosen vorhanden, wenn vorschnell und zu lange zeitlich anhaltende Symptome fälschlicherweise einem zuerst diagnostizierten Phänomen zugeordnet werden. Diese Subgruppe der Träger*innen von Doppeldiagnosen ASS und GI bzw. GD sind als besonders vulnerabel anzusehen – nicht zuletzt durch die Gefahr der sozialen Isolation, die sich durch beide Phänomene erheblich verstärken kann. Zu nennen ist jedoch auch das erhöhte Risiko eines erschwerten Zugangs zu fachgerechter Behandlung, der zum einen mit der genannten Gefahr einer protrahierten Verkennung oder Nichtanerkennung des Vorliegens einer koinzidenten Doppeldiagnose durch Behandelnde verbunden ist, zum anderen mit der ggf. entstehenden Notwendigkeit, die klinische Expertise für beide Diagnosen in einem Behandlungsplan zu integrieren (s.u. Empfehlungen).

2.6. Assoziierte Psychopathologie nach sozialer Transition im Kindesalter

In einigen Studien wurden Kinder mit GI bzw. GD untersucht, die bereits vor Eintritt der Pubertät mit Unterstützung ihrer Sorgeberechtigten einen vollständigen sozialen Rollenwechsel in allen Alltagsfeldern vollzogen hatten. Bei diesen Kindern wurde im Vergleich zur durchschnittlichen Normbevölkerung keine signifikant vermehrte Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten gefunden (siehe Kapitel III → „*Sozialer Rollenwechsel im Kindesalter*“).

2.7. Assoziierte Psychopathologie nach sozialer Transition und nach körpermedizinischen Maßnahmen im Jugendalter

Aus Follow-Up-Studien mit transitionierten trans Personen, die beginnend im Jugendalter gestufte somatomedinische Interventionen erhielten (Pubertätsblockade, geschlechtsangleichende Hormonbehandlung und Operationen), finden sich konsistente Hinweise für einen günstigen Verlauf von psychischer Gesundheit und Lebensqualität, wobei die Studienergebnisse hinsichtlich des Ausmaßes fortbestehender psychopathologischer Auffälligkeiten im Erwachsenenalter uneinheitlich sind (siehe ausführliche Darstellung der Studienlage im Kapitel VII → „*Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen*“).

2.8. Erklärungsansätze für die Entstehung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie

Aus den überwiegend querschnittlich erhobenen Studienergebnissen zur Prävalenz und zum Schweregrad begleitender psychischer Auffälligkeiten bei Jugendlichen mit GI bzw. GD lässt sich keine Aussage darüber ableiten, in jeweils welchem Maße die assoziierte Psychopathologie Folge der mit geschlechtsdysphorischem Leidensdruck einhergehenden Stressbelastung ist bzw. in welchem Maße

psychische Störungen möglicherweise unabhängig von der GI bzw. GD entstanden sind. Entsprechend lässt sich keine Aussage ableiten, in welchem Maße bei angenommenen reaktiven psychischen Störungen infolge einer GD diese durch aversive Umwelterfahrungen im Sinne einer unzureichend erlebten sozialen Akzeptanz der Transgeschlechtlichkeit (so genannter *Minority Stress* s.u.) und/oder durch die körperbezogene Dysphorie ab Pubertätseintritt bedingt sind.

Einige der hier zusammengefassten Studien berichten Zusammenhänge zwischen einem erhöhten Ausmaß an psychischen Auffälligkeiten und möglichen Prädiktoren und haben diese als mögliche Erklärungsansätze statistisch untersucht: Eine Reihe von Studien verweist auf den Zusammenhang von allgemein erhöhten psychischen Problemen mit Erfahrungen von Diskriminierung aufgrund der eigenen geschlechtlichen Identität oder der äußeren Erscheinung (Aitken et al., 2016; Arcelus et al., 2016). Dies wird durch das *Minority Stress Modell* (Meyer, 1995, 2003, 2015) erklärt, welches grundsätzlich beschreibt, wie sich psychische Belastungen aus einer Vielzahl interpersoneller und/oder sozialer Umstände entwickeln können. Nach diesem Modell resultiert jener Stress, den vor allem Minoritäten erleben (z.B. Personen, die dem LSBTIQ-Spektrum angehören), aus Belastungen und Konflikten, die diese Personen mit ihrem Umfeld erleben (Arcelus et al., 2016). Gesellschaftliche oder kulturelle Intoleranz gegenüber gender-nonkonform auftretenden Personen begünstigt Erfahrungen von Diskriminierung oder Viktimisierung bei transgeschlechtlichen Personen (zur Studienlage siehe hierzu Kapitel IX → „*Professionelle Interaktion und diskriminierungssensibler Umgang mit gender-nonkonformen Kindern und Jugendlichen*“). Da sich Kinder und Jugendliche mit einer anhaltenden GI bzw. GD am äußeren Ende eines gender-nonkonformen („queeren“) Geschlechterspektrums befinden, ist anzunehmen, dass sie einem erhöhten Risiko für entsprechend aversive Erfahrungen mit dem sozialen Umfeld ausgesetzt sind (Van Der Miesen et al., 2016) (vgl. Ausführungen in Kapitel IX → „*Professionelle Interaktion und diskriminierungssensibler Umgang mit gender-nonkonformen Kindern und Jugendlichen*“ und Kapitel V → „*Psychotherapie und psychosoziale Interventionen*“).

Ein solcher Zusammenhang wurde in Studien vor allem an Hand eines sogenannten *Poor Peer Relations-Index* untersucht: In den im Folgenden berichteten Untersuchungen hierzu waren negative Erfahrungen in den Peer-Beziehungen der wichtigste Prädiktor in der Vorhersage psychischer Auffälligkeiten sowohl bei Kindern als auch bei Jugendlichen mit GI bzw. GD (Aitken et al., 2016; de Graaf et al., 2018; de Vries et al., 2016; Levitan et al., 2019; Sievert et al., 2021; Steensma et al., 2014). Shiffman et al. (2016) fanden zudem drei weitere statistisch signifikante Korrelate von allgemeinen emotionalen und Verhaltensproblemen bei Jugendlichen mit GI bzw. GD: 1. soziale Ausgrenzungserfahrungen aufgrund der Transgeschlechtlichkeit, 2. sonstige Ausgrenzungserfahrungen, und 3. weniger Freund*innenschaften.

Obwohl Viktimisierung bei jugendlichen trans Personen häufiger berichtet wird als bei betroffenen Kindern, treten diese aversiven Erfahrungen teilweise bereits im Kindesalter auf, was möglicherweise langfristig ein erhöhtes Risiko für negative psychische Gesundheitsauswirkungen bedeutet (Katz-Wise et al., 2018; Ross-Reed et al., 2019; Steensma et al., 2014). So wird in den Studien von Kuper et al. (2018) und Perez-Brumer et al. (2017) übereinstimmend berichtet, dass Viktimisierungserfahrungen und depressive Symptome die stärksten prädiktiven Faktoren für Suizidgedanken bei transgeschlechtlichen Jugendlichen waren.

Junge Menschen mit einer GI bzw. GD-Diagnose und nicht-suizidalem selbstverletzenden Verhalten weisen zusätzlich auch generelle psychische Auffälligkeiten und geringere Selbstwertgefühle auf (Arcelus et al., 2016). Die Mehrzahl dieser Jugendlichen (mit selbstverletzendem Verhalten) berichtet, in der Vergangenheit stärker unter Diskriminierung oder persönlichen interpersonellen Problemen gelitten zu haben als jene ohne selbstverletzendes Verhalten.

Die Studien zu Peer-Beziehungen im Kindes- und Jugendalter von Aitken et al. (2016), de Vries et al. (2016), MacMullin et al. (2020), Steensma et al. (2014) und Zucker et al. (1997) weisen jedoch auch darauf hin, dass die schlechten Peer-Beziehungen auch ein Ausdruck von größeren psychosozialen Problemen im Allgemeinen und in der Konsequenz erhöhter psychischer Auffälligkeit sein können. Einige Autor*innen weisen beispielsweise für das Kindesalter darauf hin, dass Ausgrenzung und das Vorhandensein von negativen Erfahrungen mit dem Umfeld nicht als ausschließliche Erklärung für die Entwicklung von psychischen Auffälligkeiten ausreichen, sondern dass die Erfahrung einer GI bzw. GD per se ein starker aversiver Dauerstressor sein kann (Aitken et al., 2016; Bockting, 2016; Grossman & D'Augelli, 2007; MacMullin et al., 2020; Zucker et al., 2012). Aitken et al. (2016) und MacMullin et al. (2020) finden ebenfalls einen Zusammenhang zwischen allgemein erhöhten emotionalen und Verhaltensproblemen und der Präsenz von Suizidalität, der den Einfluss der Peer-Beziehungen abschwächte, wenn beide Faktoren gleichzeitig berücksichtigt wurden. Die Autor*innen kommen zu dem Schluss, dass das Erleben der GI bzw. GD für sich allein bereits eine hohe Stressbelastung für junge Menschen darstellen kann.

Des Weiteren kann *Minority Stress* auch innerhalb der eigenen Familie erlebt werden, wie die Studie von Grossman et al. (2005) gezeigt hat. Hier berichten Jugendliche, dass zwischen 53% und 63% der Elternteile negativ auf das eigene gender-nonkonforme Erleben und Verhalten reagiert hätten. Die Autor*innen schlussfolgern auch hier, dass es einen Zusammenhang zwischen dem psychischen Wohlbefinden und dem Erleben von Stress aufgrund von negativen Reaktionen im familiären Umfeld gebe. Dieses Ergebnis wurde anhand neuerer Untersuchungen zur Bedeutung der eigenen Familie repliziert (Kolbuck et al., 2019; Levitan et al., 2019; Sievert et al., 2021; Simons et al., 2013) und wird in einem eigenen Kapitel dieser Leitlinie berücksichtigt (siehe Kapitel VI → „*Einbeziehung des familiären*

Beziehungsumfelds und Familiendynamik“). Kolbuck et al. (2019) weisen zudem darauf hin, dass auch Eltern von Kindern mit GI bzw. GD selbst einem *Minority Stress* ausgesetzt sein können.

Auch die Rolle von Lehrer*innen und der Schule darf nicht unberücksichtigt bleiben: Während transgeschlechtliche Jugendliche vermehrt von Viktimisierung und Problemen oder eingeschränkter Lebensqualität im schulischen Kontext berichten (Röder et al., 2018; Shiffman et al., 2016; Toomey et al., 2010), scheint das Erleben von schulischer Unterstützung mit einer geringeren Häufigkeit berichteter Viktimisierung und selbstverletzendem Verhalten assoziiert zu sein (Ross-Reed et al., 2019).

Insgesamt sind die genauen Ursachen und Korrelate von psychischen Auffälligkeiten sowie deren interdependentes Zusammenwirken bei Kindern und Jugendlichen mit GI bzw. GD noch nicht hinreichend erforscht. Autor*innen wie Bockting (2016), de Vries et al. (2016) und Smith et al. (2001) betonen, dass das dauerhafte Erleben der Inkongruenz zwischen der empfundenen Geschlechtsidentität und dem durch körperliche Geschlechtsmerkmale geprägten äußeren Erscheinungsbild (körperbezogene Geschlechtsdysphorie) bei betroffenen jungen Menschen bereits als starker anhaltender Stressor wirkt. Zudem weisen Röder et al. (2018) auf den Zusammenhang zwischen Zufriedenheit mit dem eigenen Körper und der Lebensqualität bei Jugendlichen mit GI bzw. GD hin. Zudem lässt die empirische Studienlage keinen verallgemeinerbaren Schluss über kausale Wirkzusammenhänge zu. Das heißt, dass keine pauschale Aussage darüber getroffen werden kann, inwieweit die bei jungen trans Personen mit und ohne diagnostizierter GI bzw. GD gehäuft anzutreffenden psychischen Auffälligkeiten als Folge einer vorwiegend reaktiven Stressbelastung aufzufassen sind, oder wie häufig diese Ausdruck einer unabhängig von einer GI bzw. GD entstandenen bzw. primären Psychopathologie sind, in deren Verlauf auch vorübergehende geschlechtsdysphorische Symptome auftreten können, ohne dass sich daraus eine stabile/persistierende GI bzw. GD entwickelt.

3. Aussagen und Empfehlungen

3.1. Aussagen zum wissenschaftlichen Erkenntnisstand

Auf der Basis, der in den vorangegangenen Abschnitten dargestellten systematischen Literaturübersicht, wurden von der Leitlinienkommission folgende beiden Aussagen zum rezipierten Wissensstand konsentiert:

| |
|---|
| <p>IV. E1. Es gibt aus Querschnittsuntersuchungen Belege dafür, dass unter geschlechtsdysphorischen Kindern und Jugendlichen, die in Gesundheitseinrichtungen vorstellig werden, gehäuft klinisch relevante psychopathologische Auffälligkeiten auftreten, die über einen berichteten geschlechtsdysphorischen Leidensdruck hinausgehen.</p> |
|---|

Starke Evidenz: mehr als 20 aussagefähige Studien mit hinreichender Fallzahl und methodischer Güte (Aitken et al., 2016; Arcelus et al., 2016; Becker et al., 2014; Chen et al., 2016; Chen et al., 2017; Chodzen et al., 2018; de Graaf et al., 2018; de Vries et al., 2011; de Vries et al., 2016; Di Ceglie et al., 2002; Fisher et al., 2017; Hewitt et al., 2012; Holt et al., 2016; Kaltiala-Heino et al., 2015; Khatchadourian et al., 2014; Nahata et al., 2017; Olson et al. 2015; Peterson et al., 2017; Shiffman et al., 2016; Skagerberg, Davidson, et al., 2013; Skagerberg, Parkinson, et al., 2013; Spack et al., 2012; Surace et al., 2020; Zucker et al., 2002; Zucker et al., 2012).

Starker Konsens (> 95%)

IV. E2. Es gibt Hinweise, dass klinisch relevante psychopathologische Auffälligkeiten, die assoziiert mit einer Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter auftreten können, und die über einen berichteten GD-Leidensdruck hinausgehen, bei Jugendlichen nach Eintritt der Pubertät häufiger sind als bei präpubertären Kindern.

Mittelgradige Evidenz: Vergleich der Ergebnisse aus mehr als 10 Studien mit hinreichender Fallzahl und methodischer Güte (Aitken et al., 2016; Arcelus et al. 2016, Cohen-Kettenis et al., 2003; de Graaf et al., 2018; de Vries et al., 2016; Kolbuck et al. 2019; Shiffman et al., 2016; Skagerberg et al., 2013; Steensma et al., 2014; Wallien et al. 2007; Zucker et al., 1997, Zucker et al., 2002).

starker Konsens (> 95%)

Hinweis: Bei einer persistierenden GI wird ab dem Eintreten der Pubertät von betroffenen Jugendlichen häufig ein stark zunehmender körperbezogener geschlechtsdysphorischer Leidensdruck berichtet, der zu einer ausgeprägten und anhaltenden Stressbelastung führt. Dieser körperbezogene Leidensdruck spielt bei geschlechts-nonkonformen Kindern vor der Pubertät, insbesondere wenn sie sich in der empfundenen Geschlechtszugehörigkeit sozial akzeptiert fühlen, häufig keine oder eine nur geringe Rolle. Dies ist als wichtiger Faktor für das deutlich erhöhte psychische Erkrankungsrisiko geschlechtsdysphorischer Jugendlicher anzusehen.

Grundsätzlich relativierend ist zu berücksichtigen, dass psychopathologische Symptombildungen im Jugendalter allgemein häufiger sind als im Kindesalter, was mit der besonderen Vulnerabilität dieser Altersgruppe im Zusammenhang mit der Bewältigung psychosozialer und psychosexueller Entwicklungsaufgaben der Pubertät begründet wird.

3.2. Empfehlungen

3.2.1. Allgemeine Empfehlungen

Ausgehend von dem in den vorangegangenen Abschnitten dargestellten Wissensstand und den klinischen Beobachtungen und Behandlungserfahrungen der an der Leitlinienerstellung beteiligten Expert*innen geben wir die folgenden *konsensbasierten Empfehlungen* für das diagnostische und therapeutische Vorgehen bei Kindern und Jugendlichen, die wegen einer möglicherweise bestehenden oder sich entwickelnden GI bzw. GD im gesundheitlichen Versorgungskontext vorstellig werden.

Konsensbasierte Empfehlung:

| |
|---|
| <p>IV. K1. Bei Kindern und Jugendlichen, die wegen einer Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie (GI/GD) zur Diagnostik und/oder Behandlung vorstellig werden, sollte, wenn es Anhaltspunkte für klinisch relevante psychische oder psychopathologische Auffälligkeiten gibt, eine umfassende kinder- und jugendpsychiatrische oder psychotherapeutische Diagnostik durchgeführt werden. Dabei sollten die Entstehungsgeschichte der berichteten Auffälligkeiten sowie deren mögliche Interaktionen mit der GI bzw. GD sorgfältig erfasst werden.</p> |
|---|

Starker Konsens (> 95%)

Zur Erläuterung: Wenn es keine Anhaltspunkte für klinisch relevante psychische oder psychopathologische Auffälligkeiten gibt und keine psychotherapeutische Behandlung gewünscht wird, sind vorerst auch keine weiterführenden diagnostischen Maßnahmen erforderlich. So bedarf eine allgemeine entwicklungsorientierte Beratung oder die beratende Unterstützung zur Vorbereitung sozialer Rollenerprobungen keine vorausgehende kinder- und jugendpsychiatrische oder psychologische Diagnostik. Dies gilt jedoch nur, solange kein Wunsch nach einer körpermodifizierenden medizinischen Behandlung besteht. Für jedwede Indikationsstellung zu medizinischen Interventionen (z.B. Pubertätsblockade oder geschlechtsangleichende Hormonbehandlung) ist auch bei aktueller Abwesenheit psychopathologischer Symptome eine umfassende diagnostische Einschätzung (*assessment*) eine unbedingte Voraussetzung: Sie ist erforderlich sowohl für eine hinreichende diagnostische Sicherheit, dass eine stabile/persistierende GI vorliegt, als auch für die Feststellung, ob eine anderweitige psychische Störung vorliegt und ggf. zu adressieren ist. Ebenso ist diese diagnostische Einschätzung erforderlich zur Feststellung der Einwilligungsfähigkeit/ Urteilsfähigkeit/ Entscheidungsfähigkeit (*capacity for informed consent*) (siehe Kapitel VII → „Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen“).

Konsensbasierte Empfehlung:

IV. K2. Wird eine kinder- und jugendpsychiatrische bzw. –psychotherapeutische Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie (Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie) durchgeführt, soll eine Anamnese der bisherigen Entwicklung erhoben werden, anhand derer Beginn und Verlauf geschlechtsinkongruenter Selbstwahrnehmungen und ggf. damit einhergehender geschlechtsdysphorischer Symptome sorgfältig nachgezeichnet werden.

Starker Konsens (> 95%)

Zur Erläuterung: Diese Empfehlung gilt unabhängig davon, aus welchem Grund und mit welcher Zielsetzung eine kinder- und jugendpsychiatrische bzw. -psychologische Diagnostik veranlasst wurde (diagnostische Klärung psychopathologischer Symptome, Indikation für Psychotherapie oder Indikation für somatomedizinische Interventionen).

Konsensbasierte Empfehlung:

IV. K3. Bei einer kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Diagnostik von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie sollte gezielt auf das mögliche Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Depression, Angststörung sowie auf selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität geachtet werden.

Starker Konsens (> 95%)

Konsensbasierte Empfehlung:

IV. K4. Wenn assoziiert mit einer Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie (GI/GD) im Kindes- oder Jugendalter eine behandlungsbedürftige psychische Störung diagnostiziert wird, sollte eine fachgerechte Behandlung angeboten werden. Diese sollte individuell im Rahmen eines Behandlungsplans konzipiert werden, der ggf. indizierte GI/GD-spezifische Behandlungsmaßnahmen einschließt.

Starker Konsens (> 95%)

Zur Erläuterung: Die Behandlung einer diagnostizierten psychischen Störung soll entsprechend einschlägiger Leitlinienstandards störungsspezifisch erfolgen. Dies kann jedoch meist nicht losgelöst vom psychischen Leidensdruck erfolgen, der bei einer persistierenden GI bzw. GD vorliegt. Ein solcher geschlechtsdysphorischer Leidensdruck ist im Rahmen eines individuell zu erarbeitenden Störungsmodells als dauerhaft wirksamer und ätiologisch bedeutsamer Stressor zu verstehen, ohne dessen angemessene Adressierung in einem integrierten Behandlungsplan alleinige psychotherapeutische oder pharmakotherapeutische Interventionen, die z.B. an einer ängstlichen oder depressiven Zielsymptomatik ausgerichtet sind, nach überwiegender klinischer Erfahrung der an der Leitlinienerstellung beteiligten Expert*innen oftmals keine hinreichende Wirkung entfalten.

Konsensbasierte Empfehlung:

IV. K5. Behandelnde sollten bei der diagnostischen Einschätzung von psychopathologischen Symptomen oder psychischen Störungen, die mit einer Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie (GI/GD) assoziiert sind, pauschale Annahmen zu kausalen Zusammenhängen vermeiden. Stattdessen sollte im offenen Dialog mit Patient*innen versucht werden, bezüglich der psychopathologischen Symptome und Beschwerden, ein einzelfallbezogenes Störungsmodell zu entwickeln. (→ *siehe Kapitel V zu Psychotherapie*)

Starker Konsens (> 95%)

Zur Erläuterung: Liegt eine diagnostisch gesicherte GI vor, ist die Annahme, dass ein hieraus resultierender geschlechtsdysphorischer Leidensdruck im Zusammenwirken mit aversiven sozialen Erfahrungen (*minority stress*) ätiologisch bedeutsame Stressoren sein können, zwar naheliegend, jedoch im Einzelfall im diagnostischen Prozess zu überprüfen. Psychopathologische Symptome

können auch unabhängig von einer bestehenden GI bzw. GD entstanden sein bzw. bereits vor dem Gewahr werden eines geschlechtsinkongruenten Empfindens bestanden haben. Ebenso können manche psychischen Störungen, auch wenn sie durch den Stressor einer GD mitbedingt sind, eine die Störung perpetuierende Eigendynamik entwickeln, wie beispielsweise bei Suchtstörungen, Essstörungen oder ausgeprägten Sozialphobien mit Schulabsentismus. Auch die Möglichkeit, dass eine primäre psychische Störung, die mit ausgeprägter allgemeiner Identitätsunsicherheit und/oder Identitätsdiffusion einhergeht, zu einer vorübergehenden geschlechtsdysphorischen Symptomatik führen kann, die im weiteren Entwicklungsverlauf nicht persistiert, ist im Einzelfall zu bedenken und ggf. im diagnostischen Prozess sorgfältig zu überprüfen. Wenn z.B. im Einzelfall eine Persönlichkeitsstörung mit ausgeprägter Identitätsdiffusion vorliegt, kann dies zwar eine diagnostische Einschätzung deutlich erschweren und einen längeren diagnostischen Prozess erforderlich machen. Eine „automatische“ Annahme, wonach in einem solchen Fall keine persistierende GI vorliegt, ist jedoch ebenso wenig gerechtfertigt und ist ggf. im weiteren Verlauf kritisch zu überprüfen.

3.2.2. Spezielle Empfehlungen bei Hinweisen für das koinzidente Vorliegen einer Autismus-Spektrum-Störung (ASS)

Die Diagnostik und Begleitung der Betroffenen bei Hinweisen für eine koinzidente Doppeldiagnose von ASS und GI bzw. GD ist zumeist komplex und zeitintensiv. Autismus-bedingte Besonderheiten können eine fachgerechte Differentialdiagnostik, Begleitung und Behandlung von Jugendlichen, die mit Hinweisen auf das Vorliegen einer GI bzw. GD vorstellig werden, erheblich erschweren und verzögern. Liegt eine fachgerecht gestellte GI bzw. GD-Diagnose vor, rechtfertigt eine koinzidente ASS-Diagnose nicht, dass gewünschte medizinische Maßnahmen zur Unterstützung einer sozialen Transition generell verzögert oder nicht indiziert werden.

Konsensbasierte Empfehlung:

| |
|--|
| <p>IV. K6 Bei Kindern und Jugendlichen, die wegen einer geschlechtsdysphorischen Symptomatik vorstellig werden, sollte auf das mögliche Vorliegen einer Autismus-Spektrum-Störung geachtet werden. Bei Verdacht auf eine Autismus-Spektrum-Störung sollte entsprechend der Empfehlungen der S3-Leitlinie „Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes- und Jugendalter, Teil 1: Diagnostik (AWMF Reg. Nr. 028-018) vorgegangen werden.</p> |
|--|

Starker Konsens (> 95%)

Zur Erläuterung: Eine diagnostische Überlappung zwischen ASS und GI bzw. GD ist zwar überzufällig häufig, gleichwohl absolut gesehen selten. Ein generelles Autismus-Screening ist daher entbehrlich, wenn es keine klinischen Hinweise auf das mögliche Vorliegen einer ASS gibt. Liegen hingegen klinische Hinweise vor auf das mögliche Vorliegen einer ASS, ist eine leitliniengerechte Autismus-Diagnostik einzuleiten, wobei es im Ermessen der untersuchenden Fachperson liegt, ein Screening-Instrument vorzuschalten, oder bei bereits entsprechend deutlicherem klinischem Verdacht auf eine ASS direkt eine standardisierte Autismus-Diagnostik zu veranlassen.

Konsensbasierte Empfehlung:

| |
|--|
| <p>IV. K7. Liegt bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie zugleich eine diagnostisch gesicherte Autismus-Spektrum-Störung vor, sollte bei der professionellen Begleitung das Fachwissen beider Bereiche einbezogen werden.</p> |
|--|

Starker Konsens (> 95%)

Zur Erläuterung: Im Falle einer Doppeldiagnose sind für eine fachgerechte weiterführende Behandlungsplanung mittel- und langfristig die spezifischen Besonderheiten aus beiden Bereichen zu berücksichtigen. Dies bedeutet, dass die autismus-spezifische klinische Expertise für Fallverständnis und Behandlung der GI bzw. GD unverzichtbar ist und umgekehrt.

4. Zusammenfassung:

Diagnostisches Vorgehen bei Hinweisen auf eine Geschlechtsinkongruenz unter Berücksichtigung möglicher psychiatrischer Begleitdiagnosen

Bei der Diagnostik der Geschlechtsinkongruenz (GI) ist zu berücksichtigen, dass diese nach der ICD-11 nicht als psychische Störung definiert ist. Die Diagnosestellung erfolgt demnach nach der ICD-11 im Sinne einer gesundheitsrelevanten „*condition*“. Diagnostisch wegweisend sind die reflektierte und authentische Selbstausskunft der Patient*innen zu deren nonkonformen Geschlechtsidentität sowie deren zeitlich anhaltende Persistenz im Jugendalter nach Eintritt der Pubertät. Die bei einer GI häufig anzutreffenden assoziierten psychischen Störungen sind, wenn sie differentialdiagnostisch in Betracht gezogen werden, nicht als „Ausschlussdiagnosen“ zu verstehen - weder in dem Sinne, dass bei Vorliegen einer solchen Diagnose dies gegen die Annahme einer GI spricht, noch dass sie

ausgeschlossen sein müssen, bevor die Diagnose einer GI gestellt werden kann. Bei psychischen Störungen, die z.B. mit einer Symptomatik aus Körperunzufriedenheit, Identitätsunsicherheit oder sozialen Ängsten einhergehen, kann es im Verlauf dazu kommen, dass Jugendliche sich vorübergehend gender-nonkonform identifizieren, ohne dass sich hieraus eine persistierende GI entwickelt. Andererseits kann eine persistierende GI im Verlauf Identitätsunsicherheit, Körperunzufriedenheit, Angstsymptome und andere Sekundärsymptome hervorrufen. Im Einzelfall muss die diagnostische Einschätzung demnach sorgfältig anhand des Gesamtbefundes und des Verlaufs der psychopathologischen Begleitsymptome getroffen werden. Da die GI nicht als psychische Störung definiert ist (s.o.), wird in dieser Leitlinie hierfür nicht der Begriff „komorbide Störung“, sondern es werden durchgängig die Bezeichnungen „*koinzidente*“ oder „mit einer GI *assoziierte* psychische Störung“ gewählt.

Differentialdiagnostische Erwägungen im Sinne einer differenzierten diagnostischen Einschätzung assoziierter psychischer Störungen bei vermutetem Vorliegen einer GI sind wichtig, weil sie ggf. mit mehreren für Behandlungsentscheidungen bedeutsamen Aspekten interferieren können, nämlich u.a.:

- mit der diagnostischen Klarheit bezüglich der Selbstauskunft zur empfundenen Geschlechtsidentität (z.B. bei schwerer depressiver Symptomatik mit Identitätsdiffusion),
- mit der diagnostischen Klarheit bezüglich geäußerter Körperunzufriedenheit (z.B. bei Essstörungen),
- mit der Stabilität der Geschlechtsidentität im zeitlichen Verlauf (z.B. bei instabilen Persönlichkeitsstörungen),
- mit der Feststellung von Einwilligungsfähigkeit (D)/ Urteilsfähigkeit (CH)/ Entscheidungsfähigkeit (A) auf Basis informierter Zustimmung (z.B. bei psychischen Störungen mit kognitiver Einengung oder ausgeprägter emotionaler Instabilität),
- mit medizinischen Kontraindikationen für hormonelle Behandlungen (z.B. bei Anorexie mit starker Untergewichtigkeit oder bei psychischen Störungen mit ausgeprägter Affektlabilität und Impulsivität).

Das empfohlene Vorgehen bei der Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Maßnahmen bei einer diagnostizierten persistierenden GI ist in → *Kapitel VII* beschrieben. Dem geht in vielen Fällen bereits eine vertiefte psychiatrische bzw. psychotherapeutische Diagnostik aufgrund assoziierter psychischer Gesundheitsprobleme voraus. An dieser Stelle werden wichtige in dem vorangegangenen Kapitel ausgeführte Grundsätze und Schritte für ein integriertes diagnostisches Vorgehen zusammengefasst:

1. Der Verdacht auf das Vorliegen einer Geschlechtsinkongruenz begründet per se bei Abwesenheit psychopathologischer Symptome keinen Bedarf an psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Diagnostik. Insbesondere bedarf es bei Abwesenheit psychopathologischer Symptome keiner Differential- oder Ausschlussdiagnostik.
2. Die Durchführung einer kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Diagnostik ist hingegen bei Verdacht auf das Vorliegen einer Geschlechtsinkongruenz immer dann angezeigt, wenn hierfür *einer der drei folgenden Gründe* vorliegt:
 - a. Es gibt in Anamnese und psychopathologischem Befund Hinweise für eine behandlungsbedürftige psychische Störung, die ggf. in Wechselwirkung mit der Geschlechtsinkongruenz zu betrachten ist (→ vgl. o.g. *Empfehlung IV. K1*). In diesem Falle folgt das diagnostische Vorgehen dem jeweiligen Leitlinienstandard der in Betracht gezogenen psychischen Störung (z.B. Depression, Angststörung, Essstörung oder Autismus-Spektrum Störung). Ein individualisiertes Störungsmodell ist mit den Patient*innen zu erarbeiten, welches verschiedene Möglichkeiten kausaler und reaktiver Wirkzusammenhänge zwischen psychopathologischen Symptomen einerseits und geschlechtsdysphorischem Leidensdruck andererseits berücksichtigt (→ vgl. o.g. *Empfehlung IV. K5*). Häufige und differentialdiagnostisch bedeutsame koinzidente psychische Störungen sind in u.g. Tabelle 3 gelistet.
 - b. Es besteht der Wunsch nach psychotherapeutischer Begleitung. In diesem Falle folgt das diagnostische Vorgehen den für eine fachgerechte Indikationsstellung und Zielformulierung üblichen psychotherapeutischen Prinzipien (siehe Ausführungen in Kapitel V→ *„Psychotherapie und psychosoziale Interventionen“*).
 - c. Es besteht der Wunsch nach einer körpermodifizierenden medizinischen Behandlung oder eine solche Indikation wird erwogen. In diesem Fall ist eine ausführliche Diagnostik, bei der möglicherweise assoziierte psychische Störungen beachtet werden, unabdingbare Voraussetzung für eine fachgerechte Indikationsstellung (siehe Ausführungen in Kapitel VII→ *„Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen“*).

Tabelle. 3:

| <i>Differentialdiagnosen und häufige koinzidente Störungen bei Geschlechtsinkongruenz</i> |
|---|
| Depressive Störungen |
| Soziale Phobien |
| Persönlichkeitsstörungen mit Identitätsdiffusion |
| Essstörungen |
| Suizidale Syndrome |
| Syndrome selbstverletzenden Verhaltens |
| Autismus-Spektrum-Störungen |

3. Für die klinische Diagnosestellung einer persistierenden GI als gesundheitsrelevante „Condition“ ohne psychischen Krankheitswert nach ICD-11 existieren keine standardisierten Diagnostikinstrumente. Die Diagnosestellung gründet sich vorwiegend auf die narrative Exploration des Selbsterlebens der Patient*innen über längere Zeiträume. Behandelnde psychotherapeutische und medizinische Fachpersonen können sich dabei an den diagnostischen Kriterien nach ICD-11 orientieren (siehe Kapitel VII→ „*Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen*“), wonach eine *ausgeprägte und zeitlich überdauernd anhaltende Inkongruenz* zwischen dem empfundenen Geschlecht einer Person und dem zugewiesenen Geschlecht besteht, die den reflektierten Wunsch nach einer dauerhaft gelebten und sozial akzeptierten Transition begründet. Werden in Verbindung mit einem solchen Transitionswunsch körpermodifizierende medizinische Maßnahmen in Betracht gezogen, ist vor einer Indikationsstellung die Persistenz dieses ausgeprägten Empfindens vor dem Hintergrund der bisherigen Entwicklungs- und Lebensgeschichte der behandlungssuchenden Person umfassend mit dieser zu explorieren unter Einbezug der Perspektive der Sorgeberechtigten (siehe Kapitel VII→ „*Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen*“, *Empfehlung VII. K3*). Dabei sind auf Seiten der psychotherapeutischen Fachperson umfassende Kenntnisse über die Variationsbreite von Entwicklungsverläufen bei gender-nonkonformen Kindern und Jugendlichen notwendig. Dies schließt Kenntnisse über Verlaufsformen ein, die mit einer

Desistenz oder Detransition einhergehen (siehe Kapitel II→ „Variante Entwicklungsverläufe“ vgl. Empfehlungen II. K1 und II K2).

4. Zur standardisierten diagnostischen Einschätzung, in welchem Maße bei einer GI ein geschlechtsdysphorischer Leidensdruck besteht, können ergänzend die diagnostischen Kriterien der *Geschlechtsdysphorie im Jugend- und Erwachsenenalter nach dem DSM-5* herangezogen werden (siehe Liste in Kapitel VII→ „Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen“). Es sind darüber hinaus international vier englischsprachige für das Jugendalter validierte Fragebogeninstrumente zur Erfassung geschlechtsdysphorischer Symptome etabliert, von denen zwei in einer deutschsprachigen Übersetzung validiert wurden (s.u. Tabelle 4). Solche Symptomfragebögen sind für die klinische Diagnostik entbehrlich, weil sie im Einzelfall keinen validen diagnostischen Mehrwert gegenüber den klinischen DSM-5-Kriterien haben. Sie werden bislang überwiegend im Rahmen von Kohortenstudien zur Messung von Symptomausprägungen und deren Verlauf verwendet.

Tabelle 4: Validierte Fragebogeninstrumente zur Erfassung geschlechtsdysphorischer Symptome (nach Bloom et al., 2021; Bowman et al., 2022).

| Instrument | Autor*innen | Jahr | Land | Perspektive | Deutsche Validierung |
|---|--------------------|-------------|-------------|---------------------------|-----------------------------|
| Gender Diversity Questionnaire (GDQ) | Twist & de Graaf | 2019 | UK | Selbstbericht | nein |
| Gender Identity Questionnaire for Children (GIQ) | Johnson et al. | 2004 | Kanada | Fremdbericht durch Eltern | nein |
| Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults (GI/GDQ-AA) | Deogracias et al. | 2007 | Kanada | Selbstbericht | Ja* |
| Utrecht Gender Dysphoria Scale (UGDS) | Steensma et al. | 2013 | Niederlande | Selbstbericht | Ja* |

*Schneider et al., 2016

Die Diagnose einer koinzidenten psychischen Störung kann mit der diagnostischen Klarheit bei der Einschätzung einer GI interferieren, sie schließt per se aber das Vorliegen einer GI weder aus, noch begründet sie per se eine Kontraindikation für körpermodifizierende Maßnahmen. Mögliche Interferenzen zwischen einer GI mit geschlechtsdysphorischen Symptomen und einer koinzidenten psychischen Störung können vielfältig sein und sind einzelfallbezogen zu bewerten. Dies kann mitunter längere diagnostische Prozessbegleitungen zur Klärung des Vorgehens bei der Behandlung

begründen. Hierzu zwei illustrierende Fallbeispiele, die aufzeigen, wie komplex der diagnostische Prozess sein kann. Ähnliche Fallkonstellationen können in der klinischen Praxis natürlich auch ganz andere Verläufe nehmen.

Fall 1: Brian 16-21 Jahre,

Autismus-Spektrum-Störung und Geschlechtsinkongruenz

Brian ist ein 16jähriger Jugendlicher mit transgeschlechtlichem Empfinden (weiblich zu männlich), der, seinerzeit noch sozial in der Mädchenrolle lebend, in einer Spezialsprechstunde für Geschlechtsinkongruenz angemeldet wird. Brian kommuniziert sehr spärlich mit der Untersucherin, hält dabei den Blickkontakt. Seine Sprache wirkt einfach. Er kommuniziert klar, dass er sich als Junge fühle, hat aber keine Vorstellung, wie dies im Alltag umgesetzt werden könne. Seinen Mädchenvornamen will er zunächst noch beibehalten, da er diesen ja schon «so lange» habe und er ja zu ihm passe. Er leide gleichwohl stark darunter, dass sein Umfeld ihn unter dem Mädchennamen nicht als Junge erkenne. Die Körperdysphorie ist stark ausgeprägt. Er wünsche sich eine tiefe Stimme, männliche Behaarung, einen Bart und mehr Muskeln an Oberarmen und Oberkörper. Zudem leide er sehr stark unter der Menstruation und dem Anblick seiner weiblichen Brust. Er sei seit seiner Kindheit sozial isoliert und habe seit jeher große Probleme mit schulischen Leistungen, insbesondere in sprachlichen Fächern. Die Entwicklungsanamnese mit Brian und seinen Eltern ergibt das Bild einer seit früher Kindheit stabilen männlichen Geschlechtsidentität, jedoch bislang ohne klar geäußerten Wunsch nach Transitionsschritten.

Es folgt eine einjährige Phase der psychotherapeutischen Begleitung. Dabei fällt eine große Diskrepanz auf zwischen einerseits einem hohen geschlechtsdysphorischen Leidensdruck und andererseits einer großen Veränderungsangst. Brian und die Familie werden beraten, sich für den Prozess anstehender Entscheidungsfindungen viel Zeit zu nehmen. Er wird darin unterstützt, die von ihm gewünschten Schritte sehr gut vorzubereiten. Brian entscheidet sich schließlich dazu, den weiblichen Namen aufzugeben und einen männlichen Vornamen anzunehmen. Eine ausführliche diagnostische Abklärung ergab folgende Diagnosen: 1. *Persistierende Geschlechtsinkongruenz*; 2. *Autismus-Spektrum-Störung*; 3. *durchschnittliche Intelligenz*.

Im therapeutischen Prozess erscheint es wichtig, mit Brian zu erarbeiten, inwieweit die über mehrere Jahre anhaltende Ambivalenz gegenüber Transitionsschritten mit einer Selbstunsicherheit in Bezug auf seine Geschlechtsidentität oder eher mit einer aus autistischen Symptomen resultierenden Veränderungsangst und sozialen Ängsten zu tun haben könnte. Im Alter von knapp 18 Jahren entscheidet Brian sich für eine Testosteronbehandlung, für die die jugendpsychiatrische Indikation gestellt wird. Er wünscht sich zudem dringend eine Mastektomie. Er weint häufig vor Verzweiflung in den Sitzungen, kann sich jedoch über zwei Jahre nicht für eine Operation entscheiden, da er große Angst vor diesem Schritt hat. Er wird wiederum darin unterstützt, sich für die Entscheidung Zeit zu lassen.

Im Rückblick stand für Brian seine Geschlechtsidentität nie in Frage. Er war sich seit frühester Kindheit darüber klar, eine männliche Person zu sein. Er benötigte eine verlaufsoffene Begleitung über Jahre, um sich darüber klar zu werden, welche Maßnahmen für ihn richtig sind. Er meldet sich für eine Vorbesprechung der Mastektomie an

und wieder ab, um sich ein Jahr später wieder anzumelden. Mit 20 Jahren lässt er die Operation nach psychiatrischer Indikationsstellung durchführen. Im Follow-Up mit 21 Jahren zeigt sich eine hohe Zufriedenheit mit den erfolgten geschlechtsangleichenden Maßnahmen der Hormonbehandlung und der Mastektomie. Brian lebt in einer Partnerbeziehung mit einem jungen Mann.

Fall 2: Nick, 15-20 Jahre,

Anorexie und Geschlechtsinkongruenz

Der 15jährige bereits im männlichen Geschlecht lebende Nick wird zu einer kinder- und jugendpsychiatrischen Konsiliaruntersuchung angemeldet aufgrund einer sich seit dem Alter von 12 Jahren chronifizierenden restriktiven Anorexia nervosa, die bereits zu mehreren Klinikaufhalten geführt habe. Nick, dessen zugewiesenes Geschlecht bei Geburt weiblich war, erklärt, dass er sich als Junge fühle. Dies habe er während der vorangehenden Klinikaufhalte jedoch nie geäußert. Aus der Entwicklungsvorgeschichte werden jungentypische Verhaltensweisen und Vorlieben in der Kindheit berichtet, wobei nie ein expliziter Wunsch geäußert worden sei, diesbezüglich Schritte einer Transition zu unternehmen. Erst mit der Pubertät sei eine ausgeprägte Körperdysphorie in Bezug auf alle sekundären weiblichen Geschlechtsmerkmale entstanden. Im Prozess einer längeren psychotherapeutischen Begleitung werden die Entwicklung der Geschlechtsidentität im Lebensverlauf und die Hintergründe der Körperdysphorie reflektierend bearbeitet. Dabei wird exploriert, inwieweit die Essstörung als Reaktion auf eine Geschlechtsdysphorie zu verstehen ist, oder ob eher umgekehrt die berichtete Ablehnung der weiblichen Geschlechtsrolle als Ausdruck eines psychosexuellen Reifungskonflikts im Rahmen der Essstörung zu verstehen sein könnte. Es zeigt sich zunehmend klar, dass die männliche Geschlechtsidentität bereits seit Kindheit bestanden hat und daher ein mit seiner Person kongruentes Erleben der weiblichen körperlichen Entwicklung für Nick nicht möglich war. Nick kann einerseits die Entstehung der Essstörung im Zusammenhang mit seiner Geschlechtsidentität beschreiben, kann andererseits aber auch klar erkennen, dass die Essstörung inzwischen eine starke Eigendynamik angenommen hat. Seine Körperunzufriedenheit differenziert er nach unterschiedlichen Körpermerkmalen: Der Bauch fühle sich «zu dick» an, die Brüste als «grundsätzlich falsch und unpassend». Nach einer einjährigen psychotherapeutischen Begleitung wird Nicks Wunsch entsprechend die Indikation für eine Pubertätsblockade gestellt. Daraufhin zeigt sich, dass die Gewichtszunahme sehr rasch erfolgt, nachdem Nick eine mit seiner Identität kongruente körperlich männliche Entwicklung in Aussicht gestellt wird. Nach vierjährigem Verlauf der Essstörung kann Nick stabil bis zur 25. BMI-Perzentile an Gewicht zunehmen. Im Alter von 17 Jahren entscheidet er sich unter weiterhin stabilem Normalgewicht nach entsprechender Indikationsstellung für eine Testosteronbehandlung und mit 18 Jahren für eine Mastektomie. Im Follow-Up mit 20 Jahren zeigt sich eine weiterhin stabile männliche Identität, eine hohe Zufriedenheit mit den geschlechtsangleichenden Maßnahmen und eine komplette Remission der Essstörung.

Kapitel V

Psychotherapie und psychosoziale Interventionen

1. Einleitung und Leitfragen

2. Rahmenbedingungen psychotherapeutischer Angebote

- 2.1 Exkurs: Historische Entwicklung psychotherapeutischer Grundhaltungen und Konzepte

3. Beobachtungsstudien zu psychotherapeutischen Interventionen

4. Professionelle Haltung bei der psychotherapeutischen Begleitung gender-nonkonformer, geschlechtsinkongruenter und geschlechtsdysphorischer Jugendlicher

- 4.1 Nicht-binäres Verständnis von Geschlechtlichkeit
- 4.2 Akzeptierende und verlaufsoffene Grundhaltung
- 4.3 Ablehnung „reparativer“ Therapieziele
- 4.4 Affirmative Grundhaltung
- 4.5 Kenntnis bzw. Erfragen von trans-spezifischen Erfahrungen
- 4.6 Reflexion der therapeutischen Rolle und Selbsterfahrung

5. Aufgaben und Zielsetzungen psychotherapeutischer Interventionen bei gender-nonkonformen, geschlechtsinkongruenten und geschlechtsdysphorischen Jugendlichen

- 5.1 Einbeziehung von Eltern und weiteren familiären Bezugspersonen
- 5.2 Unterstützung bei Selbstexploration und Selbstfindung geschlechts-nonkonformer Jugendlicher
- 5.3 Selbstakzeptanz und Bearbeitung internalisierter trans Negativität
- 5.4 Psychotherapeutische Unterstützung bei Rollenerprobungen und Rollenwechsel
- 5.5 Offenheit für Zweifel, desistente Verläufe und die Möglichkeit späterer Detransition
- 5.6 Bearbeitung von Themen zu Körperbild und Körperbezug
- 5.7 Liebe, Partner*innenschaft und Sexualität
- 5.8 Bewältigung negativer Gefühle bei anhaltender Geschlechtsdysphorie
- 5.9 Unterstützung bei der Entwicklung von vollumfänglicher Einwilligungsfähigkeit für somatomedizinische Maßnahmen

1. Einleitung und Leitfragen

In bisherigen fachlichen Empfehlungen zu psychotherapeutischen Interventionen bei Kindern und Jugendlichen, die mit Anzeichen für das mögliche Vorliegen einer Geschlechtsinkongruenz (GI) bzw. Geschlechtsdysphorie (GD) im professionellen Hilfesystem vorstellig werden, fällt eine bemerkenswerte Diskrepanz auf. Einerseits wird unstrittig betont, dass das Angebot einer psychotherapeutischen Unterstützung sehr wichtig sei. In Behandlungsempfehlungen früherer Jahrzehnte wurde das Durchlaufen einer Psychotherapie für trans Personen sogar als eine verpflichtende Voraussetzung für den Zugang zu körpermodifizierenden medizinischen Maßnahmen definiert.¹ Andererseits wurde in bisherigen einschlägigen Empfehlungen wenig bis gar nicht definiert, welche Interventionen eine psychotherapeutische Unterstützung von trans Personen enthalten soll bzw. welche Therapieziele sinnvoll bzw. nicht sinnvoll sind. In anderen Worten: Psychotherapie wird vielfach empfohlen, bleibt in den Empfehlungen aber meist eine „Black Box.“

Ausgehend von der Diagnose einer GI nach ICD-11 (World Health Organization, 2022) leitet sich zunächst keine Indikation oder Empfehlung für psychotherapeutische Maßnahmen ab, da es sich nicht um eine psychische Störung handelt. Das Angebot einer Psychotherapie im engeren Sinne der Psychotherapierichtlinie bedarf demnach im Einzelfall einer separaten Indikation, die mit dem Vorliegen einer krankheitswertigen psychischen Störung begründet ist (s.u.). Gleichwohl erscheint eine psychotherapeutische Prozessbegleitung zur Unterstützung der geschlechtlichen Identitätsentwicklung und deren gelingende Integration in die gesamte Persönlichkeitsentwicklung oft sinnvoll. Sie wird entsprechend von Behandlungssuchenden oft gewünscht und in Anspruch genommen. Dabei ist der Vielfalt und Komplexität von Entwicklungsthemen im Kindes- und Jugendalter, die in der Regel weit über die Gender-Frage hinausgehen, angemessene Rechnung zu tragen, insbesondere was die gesamte *Identitätsentwicklung in der Adoleszenz* betrifft (Seiffge-Krenke, 2021).

Aufbau und Inhalt dieses Kapitels haben zum vorrangigen Ziel, psychotherapeutischen Fachpersonen aus der gesichteten speziellen Literatur einen breiten Fundus zur fachlichen Orientierung zugänglich zu machen, ohne dabei eine bestimmte Vorgehensweise zu reglementieren. Die Ausführungen fokussieren entsprechend auf zu reflektierende *professionelle Haltungen*, sowie auf sinnvolle *mögliche Ziele psychotherapeutischer Interventionen*, die jeweils bedarfsorientiert im Einzelfall mit Patient*innen bzw. Klient*innen

¹ In der 2020 veröffentlichten Begutachtungsanleitung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes der GKV (BGA-MDS; Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., 2020), deren Autor*innenschaft intransparent ist, wird diese veraltete Auffassung immer noch vertreten, obwohl sie mit dem in der aktuellen S3-Leitlinie für das Erwachsenenalter *Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans*Gesundheit* (AMWF, 2018) dargestellten wissenschaftlichen Erkenntnisstand sowie mit der Berufsethik von Psychotherapeut*innen nicht vereinbar ist.

und ihren Angehörigen zu erarbeiten sind. Dabei wurden insgesamt nur einige wenige handlungsleitende Empfehlungen von der Leitlinienkommission konsentiert und hervorgehoben.

Leitfragen an die Leitlinie:

-
- Wie verbindlich kann/soll Psychotherapie an welchen Stellen der professionellen Begleitung Behandlungssuchender empfohlen werden?
 - Welche Differenzierungen zwischen Psychotherapie und niederfrequenter Mental-Health-Beratung können spezifiziert werden?
 - Wie sieht eine leitliniengerechte professionelle Begleitung bei Patient*innen aus, die keine Psychotherapie wünschen oder benötigen?
 - Welche sinnvollen Ziele lassen sich für psychotherapeutische Interventionen bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie benennen?
 - Welche Ziele psychotherapeutischer Interventionen sind in diesem Kontext obsolet?
-

2. Rahmenbedingungen psychotherapeutischer Angebote

In der Versorgungspraxis beschränken sich psychotherapeutische Angebote für gender-nonkonforme Kinder und Jugendliche nicht auf die Richtlinienpsychotherapie, sondern umfassen ein breiteres Spektrum von Interventionen. Um entsprechend qualifizierte psychotherapeutische Angebote dennoch von anderen Angeboten *psychosozialer Beratung* für trans Personen zu differenzieren, definieren wir diese in den Ausführungen dieses Kapitels wie folgt:

Definition:

Unter *psychotherapeutischer Unterstützung* für Kinder und Jugendliche, die mit Anzeichen einer GI bzw. GD vorstellig werden, werden alle professionellen Versorgungsangebote verstanden, die von approbierten Fachpersonen mit ausgewiesener psychotherapeutischer Qualifikation mit dem Ziel des Erhalts oder der Verbesserung der seelischen Gesundheit erbracht werden.

Insbesondere sind damit auch niederfrequente psychiatrisch-psychotherapeutische Gesprächsangebote umfasst, die im Rahmen einer fachlichen Prozessbegleitung zur Unterstützung einer sozialen Transition und/oder zur Begleitung medizinischer

Transitionsschritte von approbierten psychotherapeutisch qualifizierten Fachpersonen angeboten werden. Die Indikation für eine Psychotherapie im enger gefassten Sinne der Psychotherapierichtlinie begründet sich im Einzelfall aus bestehenden Symptomen, der damit verbundenen psychosozialen Beeinträchtigung, dem subjektiven Leidensdruck sowie dem Wunsch nach psychotherapeutischer Unterstützung. Da das Vorliegen einer Geschlechtsinkongruenz nach ICD-11 (World Health Organization, 2022) per se keine psychische Störung darstellt, sollte ggf. stets eine für die Therapieindikation leitende eigenständige Diagnose einer psychischen Störung gestellt werden, in der sich ggf. ein bestehender geschlechtsdysphorischer Leidenszustand mit abbilden lässt z.B. depressive Störung, Angststörung, soziale Phobie, F54² etc.

Dieses Vorgehen wird auch für die ausstehende Übergangszeit, während derer in der Versorgungspraxis noch Diagnosen nach ICD-10 (World Health Organization, 2019) codiert werden, empfohlen. Damit wird berücksichtigt, dass die Umstellung auf die ICD-11 in der Codierungspraxis voraussichtlich innerhalb der Gültigkeitsdauer dieser Leitlinie fallen wird. Zudem sind die Störungskonzepte obsolet, die den F64- Diagnosen der ICD-10 (Störungen der Geschlechtsidentität) zugrunde liegen.

Eine regelhafte Verpflichtung zur Psychotherapie für Behandlungssuchende z.B. als Vorbedingung für den Zugang zu somatomedizinischen Maßnahmen zur Geschlechtsangleichung ist unethisch und obsolet. Die S3-Leitlinie der AWMF für das Erwachsenenalter gibt hierzu folgende konsensbasierte Empfehlung:

„Psychotherapie soll nicht ohne spezifische Indikation angewandt und keinesfalls als Voraussetzung für körpermodifizierende Behandlungen gesehen werden. Die Indikation ist nach den Vorgaben der Psychotherapierichtlinie zu stellen.“ (AMWF, 2018, S. 45).

In der internationalen Leitlinie *Standards of Care, Version 8* der World Professional Association for Transgender Health (2022) wird hierzu folgende Empfehlung formuliert:

„Wir empfehlen Angehörigen der Gesundheitsberufe für Transgender und gender-nonkonforme Personen vor der Einleitung einer geschlechtsangleichenden Behandlung nicht zwingend eine Psychotherapie vorzuschreiben. Dabei wird anerkannt, dass Psychotherapie für einige Transgender und gender-nonkonforme Personen hilfreich sein kann.“ (S. 177).

Konsensbasierte Empfehlung (aus Präambel der Leitlinie):

² F54: psychologische Faktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen

V. K1. Psychotherapeutische Unterstützung soll Behandlungssuchenden als Unterstützung und Begleitung z.B. zur ergebnisoffenen Selbstfindung, zur Stärkung des Selbstvertrauens, zur Bewältigung von Diskriminierungserfahrungen oder zur psychischen Vor- und Nachbereitung von Schritten im Prozess einer Transition niedrigschwellig angeboten und verfügbar gemacht werden. Eine Verpflichtung zu Psychotherapie als Bedingung für den Zugang zu somatomedizinischer Behandlung ist aus Gründen des Respekts vor der Würde und Selbstbestimmung der Person ethisch nicht gerechtfertigt.

Bei der fachlichen Begleitung von Selbstfindungs- und Transitionsprozessen von Kindern und Jugendlichen mit GI bzw. GD gibt es einige spezifische Aspekte, die je nach Einzelfall aufgrund eines erhöhten psychischen Gesundheitsrisikos ein Angebot psychotherapeutischer Unterstützung bei entsprechendem Wunsch begründen können:

- Bei einer fortschreitenden Pubertätsentwicklung kann durch irreversible Körperveränderungen und dadurch exazerbierenden geschlechtsdysphorischen Leidensdruck ein Zeitdruck für Behandlungsentscheidungen zu somatomedizinischen Interventionen entstehen. Für ihre psychische Vorbereitung und medizinische Indikationsstellung können psychotherapeutisch begleitete Klärungsprozesse notwendig sein (z.B. bei noch offen bzw. fluide erscheinenden Identitätsfindungsprozessen in der Adoleszenz oder zur Unterstützung der Entwicklung einer hinreichenden Einwilligungsfähigkeit).
- Die psychische Gesundheitsprognose bei GI bzw. GD hängt entscheidend von der Erfahrung emotionaler Unterstützung durch die Familie ab. Wenn die GI eines Kindes zu Konflikten in der Eltern-Kind-Beziehung führt, ist dies für Betroffene nachhaltig belastend, Dies kann psychotherapeutische Unterstützung notwendig machen.
- Die psychische Gesundheitsprognose hängt entscheidend von der Erfahrung sozialer Unterstützung und Akzeptanz im Lebensumfeld ab, wofür meist auch ein selbstbewusstes soziales Outing („Sich nicht mehr verstecken“) erforderlich ist, für dessen gelingende Vorbereitung oft psychotherapeutische Unterstützung benötigt wird.
- Als Angehörige einer geschlechtlichen Minderheit erleben Menschen mit GI in ihrem Lebensumfeld gehäuft sog. *Minority Stress*, der ein erhöhtes Risiko psychischer Gesundheitsprobleme bedingt und für dessen Bewältigung oft psychotherapeutische Unterstützung nötig ist.
- Eine soziale Transition in Verbindung mit ggf. somatomedizinischen Interventionen im Jugendalter vollzieht sich über Jahre in mehreren Schritten. Diese müssen in Interaktion

mit dem sozialen Umfeld jeweils psychisch vorbereitet und verarbeitet werden, um in die psychosexuelle und psychosoziale Identitätsentwicklung integriert werden zu können. Dies kann mit psychotherapeutischer Unterstützung oft besser gelingen. Ein Gelingen dieser psychischen Integration wiederum erscheint geeignet, das Risiko eines späteren Störepfindens zu mindern („Ein Teil von mir fehlt irgendwie“), wie es manchmal bei späteren Detransitionswünschen erwachsener trans Personen berichtet wird.

- Es erscheint sinnvoll, Stabilität und Kohärenz des eigenen geschlechtlichen Empfindens zu fördern, insbesondere bei Unsicherheit im Spannungsfeld zwischen innerer Überzeugung und der Lebbarkeit im sozialen Kontext von Beziehungen

Günther, Teren & Wolf (2021) führen hierzu aus: „Aus einem gendervarianten oder trans*geschlechtlichen Erleben von Kindern und Jugendlichen allein lässt sich kein Bedarf nach Psychotherapie ableiten. Für die Unterstützung bei der Bewältigung spezifischer Herausforderungen, vor denen diese Kinder und Jugendlichen in familiären, schulischen und anderen sozialen Kontexten stehen, kann eine Psychotherapie [in o.g. erweiterten Sinne] jedoch sinnvoll sein“ (S.254).

Zu dieser Form unterstützender entwicklungsorientierter Prozessbegleitung, die auch psychoedukative Elemente enthalten kann, führt Dietrich (2021) aus:

„In der psychotherapeutischen Begleitung von Transitionen im Jugendalter ist zudem eine prozessorientierte und auf die individuellen und wechselnden Bedarfe der Behandlungssuchenden eingehende Vorgehensweise geboten. [...] wir können [...] keinen strikten Behandlungsplan, kein festgelegtes Ziel vorgeben, sondern müssen dies mit dem Jugendlichen gemeinsam erarbeiten. So sollte der Jugendliche gründlich und umfassend über alle Schritte informiert sein [...] Solch ein Vorgehen bedeutet auch, dass die Therapeut_innen in der Lage sind, die Prozesshaftigkeit der Entwicklung als solche zu akzeptieren.“ (S. 19-20)

Wie die oben genannten *spezifischen Aspekte*, die bei einer psychotherapeutischen Begleitung von Kindern und Jugendlichen mit GI bzw. GD relevant sein können aufzugreifen und in psychotherapeutischen Interventionen umzusetzen sind, darüber gibt es in der einschlägigen Fachliteratur jenseits der unspezifischen Empfehlung für psychotherapeutische Unterstützung nur spärliche Hinweise. Evidenzbasierte Empfehlungen gibt es hierzu bislang nicht. Die Vorgehensweise im Einzelfall ist demnach individualisiert und bedarfsorientiert mit der behandlungssuchenden Person zu entwickeln und zu gestalten. Für diese Leitlinie haben wir auf der Basis einer umfassenden Sichtung bisheriger Leitlinienempfehlungen, Studienergebnisse und sonstiger einschlägiger Literatur einige wichtige Aspekte für die Anwendung und Gestaltung psychotherapeutischer Interventionen im Sinne eines aktuellen „State of the Art“ extrahiert, der psychotherapeutischen Fachpersonen zur Orientierung und Anregung dienen kann. Da sich bislang aus der gesamten wissenschaftlichen Literatur keine spezifischen Empfehlungen für konkrete Interventionen oder Therapieverfahren bzw. –

methoden ableiten lassen, konzentrieren wir uns in den folgenden Abschnitten auf wichtige Aspekte einer *psychotherapeutischen Haltung* sowie auf in diesem Feld relevante *definierbare Ziele* psychotherapeutischer Interventionen.

Konsensbasierte Empfehlung:

V. K2. Wenn gender-nonkonforme Jugendliche psychotherapeutische Unterstützung suchen, sollen sich Format (Setting, Frequenz etc.) und Ziele am individuellen Bedarf orientieren. Ziele sollen transparent zwischen psychotherapeutischer Fachperson und behandlingssuchender Person besprochen und einvernehmlich abgestimmt werden.

Konsentiert: starker Konsens (> 95%)

2.1 Exkurs: Historische Entwicklung psychotherapeutischer Grundhaltungen und Konzepte:

In verschiedenen narrativen Übersichtsarbeiten werden aus früheren Jahrzehnten drei zum Teil konträre Konzepte bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit einer Geschlechtsdysphorie beschrieben, denen jeweils eine spezifisch definierte Haltung zugrunde lag. (Korte et al., 2016; Leibowitz & Telingator, 2012; Menvielle & Gomez-Lobo, 2011; J. Olson et al., 2011; Spivey & Edwards-Leeper, 2019; Vance et al., 2014). Diese drei Konzepte bilden eine historische Entwicklung prototypischer „Reinformen“ ab, denen verschiedene theoretische Annahmen zugrunde lagen, auf deren Basis die jeweilige Haltung begründet wurde:

1. Das **„Live in your own skin“** – Modell von Zucker et al. (2012). In diesem Modell wurde von der Annahme eines noch formbaren „gender brain“ bei Kindern ausgegangen. mit dem Hauptziel, dass das Kind noch lernen könne, sein Geburtsgeschlecht zu akzeptieren, um sich auch selbst vor späterer Stigmatisierung und Ablehnung schützen zu können. Das Psychotherapieangebot richtete sich deswegen an die Eltern und das Kind mit den Empfehlungen zur Wegnahme und dem Ersetzen von geschlechtstypischem Spielzeug, einem Verändern der Auswahl von Spielkamerad*innen, sowie einem verstärkten Kontakt zwischen dem Elternteil des gleichen Geschlechts. Verbunden war damit die Reduktion des Kontakts zum anderen Elternteil. Dieses Modell gilt sowohl in Bezug auf seine ätiologischen Annahmen als auch auf seine empfohlenen Therapieziele und Interventionen als historisch überholt und obsolet. Ein entsprechendes Vorgehen von Behandelnden würde aus heutiger Sicht nicht

nur als unethisch gelten, sondern wäre, wenn es mit der Intention angewandt würde, das Zugehörigkeitsempfinden eines Kindes zu einem Geschlecht in eine definierte Richtung zu verändern, neuerdings in Deutschland sogar strafbar³.

2. Das „**Watchful waiting**“ – Modell wurde vom niederländischen Team um Cohen-Kettenis (1994) entwickelt. Im Kern sah dieses Modell eine hinreichend lange Phase der Begleitung eines Kindes oder Jugendlichen vor, während der erklärtermaßen eine **ergebnisoffene Selbstexploration** im Hinblick auf die Geschlechtsidentität unterstützt werden sollte. Dabei sollte das Kind nicht in eine bestimmte Richtung „gelenkt“, sondern ermutigt werden, sich auszuprobieren, um den mit seinem inneren Identitätserleben stimmigsten eigenen Weg für sich herauszufinden. In diesem Konzept wurde empfohlen, dass Kinder, die bereits vor der Pubertät eine GI zeigten, zumindest die Anfänge der Pubertät miterleben sollten, um unter dem Eindruck einer begonnenen Pubertätsentwicklung dann für sich herauszufinden, wie sich das Identitätserleben entwickelt, d.h. ob die GI im Sinne einer sich stabil verfestigenden trans Identität persistiert oder nicht. Dies sei eine Art „Beobachten über die Zeit hinweg“ verbunden mit dem Rat, dass das Kind sich gegenüber der Außenwelt noch nicht in allen Lebensfeldern auf eine Geschlechtsrolle festlegt. Das Psychotherapieangebot sah dabei vor, auch sichere Nischen im privaten Raum des Kindes zu schaffen, in denen das Kind transgeschlechtliches Rollenverhalten partiell ausleben könne. Die diesem Ansatz innewohnende Empfehlung, eine möglicherweise verfrühte „Festlegung“ auf eine transgeschlechtliche Rollenidentifikation insbesondere im Kindesalter zu vermeiden, war getragen von der Annahme, dass eine spätere Rückkehr in die bei Geburt zugewiesene soziale Geschlechtsrolle (*Retransition*) im Falle einer späteren Desistenz der GI psychisch nur sehr schwer bewältigt werden könne. Für diese Annahme gibt es jedoch keine empirische Evidenz, sondern nur Berichte entsprechender klinischer Beobachtungen in wenigen Einzelfällen aus früheren Jahrzehnten, in denen eine solche *Retransition* im Jugendalter mit psychopathologischen Auffälligkeiten einherging (Steensma et al., 2013). Bei diesen berichteten Fällen blieb jedoch unklar, welche familiären oder sozialen Begleitfaktoren hierzu beigetragen haben könnten. Mittlerweile liegen Verlaufsstudien mit größeren Fallzahlen zu Kindern vor, die vor ihrer Pubertät bereits einen vollständigen sozialen Rollenwechsel vollzogen haben (siehe Kapitel III → „*Sozialer Rollenwechsel im Kindesalter*“). Ihre Ergebnisse – auch zu den Verläufen mit einer *Retransition* – sprechen gegen diese grundsätzlichen Bedenken gegenüber sozialen Transitionen im Kindesalter (Olson et al., 2022).

³ Das 2020 vom Bundestag und Bundesrat verabschiedete „Gesetz zum Verbot von Konversionsbehandlungen“ verbietet u.a. alle therapeutischen Angebote an unter 18jährige Personen, die „auf die Veränderung oder Unterdrückung der sexuellen Orientierung oder der selbstempfundenen geschlechtlichen Identität gerichtet sind“ (§1, BGBl. I S. 1285)

3. Beim „**Gender affirmative**“ – Modell, das auch verschiedene psychosoziale Interventionen mit einschließt, wird empfohlen, ein Kind in dem von ihm selbst bekundeten geschlechtlichen Zugehörigkeitsempfinden zu validieren und ihm mit einer bejahenden Haltung zu begegnen (Ehrensaft, 2017; J. Olson et al., 2011; Spivey & Edwards-Leeper, 2019). Bei entsprechendem Wunsch werden Kind und Eltern ggf. auch vor der Pubertät darin unterstützt, eine soziale Transition des Kindes in allen Lebensfeldern einschließlich Kita und Schule zu vollziehen. Hervorgehoben wird bei diesem Modell die Individualisierung bei der Betreuung und die Vermeidung starrer Therapiemuster.

Je nach individueller klinischer Situation auf dem Weg zur Selbstfindung bis zur Begleitung eines sozialen Outings beziehen sich die meisten aktuellen Empfehlungen und Ansätze implizit oder explizit auf Aspekte des „Watchful Waiting“- sowie des „Gender-affirmative“-Therapiemodells.

Eine Ausnahme bei der Bewertung der erwähnten Psychotherapiemodelle stellt die Auffassung von Korte et al. (2016) dar. Die Autoren halten den affirmativen Ansatz für ungünstig, weil er angeblich von empirisch nicht belegten Grundannahmen ausgehe, und die Identitätskonflikte Betroffener eher verfestige, als lösen helfe. Hieraus resultiere, dass bei einer verfrühten Unterstützung einer sozialen Transition eine spätere Rückkehr zum „Ursprungsgeschlecht“ möglicherweise durch eine jahrelange erfahrene affirmative Validierung der Transition erschwert werde. Erfahrungen aus therapeutisch begleiteten Verläufen werden von den Autoren hierzu nicht berichtet. In der Literatur findet sich lediglich in den Persistenz/Desistenz-Studien von Steensma et al. (2011 & 2013) ein Hinweis auf zwei Einzelfälle von geburtsgeschlechtlichen Mädchen, die als Kinder vor ihrer Pubertät bereits (teilweise) in die Rolle eines Jungen gewechselt waren, bei denen im Zuge einer Desistenz der Geschlechtsdysphorie im Jugendalter erhebliche Schwierigkeiten bei der Rückkehr in die geburtsgeschlechtliche Rolle berichtet wurden. Zu sonstigen Begleitumständen wie z.B. psychotherapeutischer Begleitung werden keine näheren Angaben gemacht (Steensma et al., 2011; siehe Kapitel II → „*Sozialer Rollenwechsel im Kindesalter*“).

3. Beobachtungsstudien zu psychotherapeutischen Interventionen

Bei den bisher wenigen Beobachtungsstudien zu psychotherapeutischen Interventionen mit geschlechtsdysphorischen Kindern und Jugendlichen sind die Fallzahlen meist gering, was deren Aussagekraft relativiert.

Austin et al. (2018) begleiteten 8 Personen zwischen 16 und 18 Jahren, indem sie diese durch Bewältigungsstrategien bei Ablehnung und Mobbing unterstützen. Im Ergebnis konnten die

Depressionswerte verringert werden. Die bisherigen Copingstrategien blieben jedoch unverändert.

Di Ceglie und Thümmel (2006) berichten im Rahmen einer Querschnittsstudie über die Arbeit mit 10 Eltern von trans Kindern mit 6 thematischen Sitzungen. Die Eltern fühlten sich danach weniger isoliert, entdeckten Gemeinsamkeiten mit anderen Eltern, schätzten den Kontakt zu den Spezialist*innen und auch die Kinder profitierten von der Arbeit mit den Eltern. Die Untersuchung von sozialer Unterstützung stand im Mittelpunkt der Studie von Levitan et al. (2019). Bei 146 trans Jungen und 34 trans Mädchen konnte gezeigt werden, dass die soziale Transition deutlich besser verläuft, wenn die Kinder mit ihren Problemen nicht allein gelassen werden, sondern ausreichende soziale Unterstützung durch Eltern, andere Bezugspersonen und Spezialist*innen erfahren.

In der einer Evaluationsstudie von Menvielle (2012) zu einer Gruppenintervention für Familien wurde berichtet, dass der moderierte Austausch unter Eltern (42 Elternteile bei 31 trans Kindern) im Gruppensetting vor Ort und über eine Internetplattform das Gefühl sozialer Ausgrenzung überwinden half. Die Kinder gaben an, sich mithilfe der Intervention mehr mit Fragen ihrer zukünftigen aktiven Lebensgestaltung zu befassen (*Empowerment*). Eine prä-post-Studie zu offenen Gruppen für Jugendliche ab 15 Jahren mit einer Geschlechtsdysphorie kam zu folgenden Ergebnissen (Davidson et al., 2019): Der offen geäußerte Wunsch nach einer Transition war nach dieser Intervention stärker bzw. häufiger als vorher. Die Befragten berichteten nach den Gruppengesprächen von mehr sozialer Unterstützung und weniger sozialer Isolation. Ablehnungen und negative Beurteilungen erfuhren sie nach wie vor, konnten damit aber besser umgehen. Dies unterstreicht den psychotherapeutischen Nutzen einer affirmativen Gruppenerfahrung im Sinne eines Empowerments.

4. Professionelle Haltung bei der psychotherapeutischen Begleitung gender-nonkonformer, geschlechtsinkongruenter und geschlechtsdysphorischer Jugendlicher

In den folgenden Abschnitten werden aus bisherigen Leitlinien, sowie aus aktuellen Beiträgen einzelner Autor*innen einige wichtige Aspekte einer angemessenen therapeutischen Haltung in kondensierter Form dargestellt, wie sie für psychotherapeutische Prozessbegleitungen in diesem Feld diskutiert und empfohlen werden. Diese Aspekte sollen Anwendenden der Leitlinie zur Orientierung dienen und zur stetig weiterführenden Reflexion der eigenen Haltung anregen. Auf konsensusbasierte konkrete Empfehlungen zur therapeutischen Grundhaltung haben wir verzichtet, da diese letztlich in der reflektierten

Eigenverantwortung jeder psychotherapeutischen Fachperson liegt und nicht durch eine Leitlinie reglementiert werden kann und sollte.

4.1 Nicht-binäres Verständnis von Geschlechtlichkeit

Als wichtige Voraussetzung für eine angemessene professionelle Grundhaltung gegenüber trans Personen wird angesehen, dass professionell Helfende ein reflektiertes theoretisches Verständnis der Entwicklung geschlechtlicher Identitäten haben. Dieses sollte nicht in überholten Annahmen einer ausschließlich binären Zweigeschlechtlichkeit sowie nicht in cis- und heteronormativen Vorstellungen verhaftet sein, sondern auch non-binäre sowie im Verlauf des Lebens fluide Geschlechtsidentitäten anerkennen (Ehrensaft, 2016; Quindeau, 2014a, 2014b).

In der S3-Leitlinie *Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans*gesundheit* für das Erwachsenenalter wird hierzu im erläuternden Fließtext ausgeführt (AWMF, 2018, S.16):

„Zu den [von Behandelnden] infrage zu stellenden Annahmen gehört z. B., dass das eigene Geschlecht dauerhaft den körperlichen Geschlechtsmerkmalen entspricht und die Geschlechtsidentität im Laufe einer Biographie unveränderlich ist. So kann die Begegnung mit trans* Personen die Behandelnden mit der eigenen geschlechtlichen Identität, der geschlechtsbezogenen Entwicklung und den Rollenvorstellungen sowie mit Konflikten zwischen Akzeptanz und Nichtakzeptanz des eigenen Körpers konfrontieren. Unreflektiert kann eine solche Konfrontation zu Abwehr und zu Vermeidung sowie zu einer projektiven Psychopathologisierung führen, die den Aufbau einer tragfähigen Beziehung gefährden kann (Güldenring, 2015).“

In den *Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming (TGNC) People* der American Psychological Association (APA, 2015) heißt es hierzu in dem ersten von 16 fachlichen Statements:

„Psycholog_innen verstehen die Geschlechtszugehörigkeit als nicht-binäres Konstrukt, das eine Spannweite geschlechtlicher Identitäten erlaubt und sind der Auffassung, dass die Geschlechtsidentität eines Menschen nicht mit dem bei Geburt zugeschriebenen biologischen Geschlecht übereinstimmen muss“ (zit. Übersetzung nach AWMF, 2018, S.37).

In den monografischen Praxishandbüchern zu Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter von Dietrich (2021) und Meyenburg (2020), werden hierzu folgende Empfehlungen formuliert:

- „Es gilt, die trügerische Vorstellung von der Möglichkeit einer eindeutigen geschlechtlichen Zuordnung aufzugeben, die dem System einer hetero- und cisnormativen Zweigeschlechtlichkeit verpflichtet ist. Diese Vorstellung bildet die Lebenswirklichkeit der uns begegnenden Menschen und auch die Lebenswirklichkeit der Behandler_innen nicht ab“ (Dietrich, 2021, S. 64). Und weiter: „Nur wenn wir das Konzept eines ergebnisoffenen Vorgehens ernst nehmen und das Wandelbare der menschlichen Identität und auch des Geschlechtsidentitätserlebens als Therapeut_innen anerkennen, können wir schon zu Beginn der Begleitung verbal wie nonverbal signalisieren, dass all das, was die hilfeschuchende Person empfindet, seinen Platz in der Therapie haben soll.“ (Dietrich, 2021, S. 65).
- „Behandler*innen sollten keine binäre Sichtweise von Geschlecht äußern. Sie sollten großen Freiraum geben, um unterschiedliche Möglichkeiten von Geschlechtsexpression ausloten zu können. (Meyenburg, 2020, S. 12)

4.2 Akzeptierende und verlaufsoffene Grundhaltung

Zu einer trans-sensitiven Grundhaltung ist ein bedingungsloses Akzeptieren von trans Sein als gleichberechtigte und nicht pathologische Variante geschlechtlicher Diversität eine elementare Voraussetzung (Wiesendanger, 2002). Für eine therapeutische Beziehungsgestaltung ist daher eine vorbehaltlos annehmende Haltung gegenüber dem jeweils geäußerten aktuellen geschlechtsbezogenen Zugehörigkeitsempfinden eine wichtige Voraussetzung. Eine dabei (möglicherweise) entstehende Verwirrung und Ungewissheit („trans oder nicht trans?“) gilt es ggf. in der therapeutischen Beziehung auszuhalten“ (Romer & Möller, 2020). Empfohlen wird, insbesondere vom ersten Gesprächskontakt an, bei der persönlichen Anrede Vornamen und Pronomina entsprechend dem Wunsch und der Selbstzuschreibung der behandlungssuchenden Person zu verwenden und dies bei Gesprächsbeginn zu klären („Wie möchtest Du in unserem Gespräch von mir angesprochen werden?“).

Diese bedingungslos akzeptierende Grundhaltung steht nicht im Widerspruch zur für professionell Helfende gleichsam bedeutsame Kenntnis einer großen Variationsbreite von Entwicklungsverläufen in Kindheit und Jugend (siehe Kapitel II → „*Variante Entwicklungsverläufe*“), zu denen insbesondere volatile Verläufe der Identitätsfindung im

Jugendalter gehören können. Nicht alle Jugendlichen, die sich einem Spektrum „queerer“ Ausdrucksformen von Geschlechtsdiversität zugehörig fühlen und dabei als „trans“ bezeichnen, entwickeln eine dauerhaft persistierende Geschlechtsinkongruenz.

Rauchfleisch (2021) hat hierzu formuliert: „Wir müssen den Kindern und Jugendlichen klar machen, dass das Coming Out viel Kraft erfordert und es deshalb wichtig für uns ist, genau über ihren Gesundheitszustand informiert zu sein, damit wir mit ihnen an der Stabilisierung ihrer Persönlichkeit arbeiten können und sie dadurch fähig werden, ihre Transition erfolgreich zu gestalten (S. 192).“

In den Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People (APA, 2015) heißt es hierzu in einem von 16 fachlichen Statements:

„8. Psycholog_innen, die mit geschlechtshinterfragenden und TGNC-Jugendlichen arbeiten, verstehen die unterschiedlichen Entwicklungsbedürfnisse von Kindern und Jugendlichen und die Tatsache, dass nicht alle Jugendlichen im Erwachsenenalter an ihrer TGNC-Identität festhalten.“ (zit. Übersetzung nach AWMF, 2018, S.38)

4.3 Ablehnung „reparativer“ Therapieziele

„Behandlungsmethoden, die ausgehend von der Annahme einer psychopathologischen Fehlentwicklung darauf abzielen, die Geschlechtsidentität und geschlechtstypisches Verhalten so zu verändern, dass sie in besserer Übereinstimmung mit dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht stehen, sind ohne Erfolg versucht worden. Solche Behandlungsmethoden werden heute als ethisch nicht vertretbar angesehen“ (Meyenburg, 2020, S. 12). In Deutschland sind Therapieversuche bei Minderjährigen mit einer solchen „reparativen“ Intention (sog. Konversionsbehandlungen zur Veränderung der sexuellen Orientierung oder der geschlechtlichen Identität) seit 2020 zudem strafbar (Gesetz zum Schutz vor Konversionsbehandlungen, BGBl. I, S. 1285). Daher bedarf es hierzu keiner eigens konsensbasierten Empfehlung in dieser Leitlinie.

4.4 Affirmative Grundhaltung

Unabhängig von jeweils zu formulierenden Therapiezielen (s.u. nächster Abschnitt), die sich am individuellen Bedarf Behandlungssuchender orientieren und daher bezüglich einer *konkreten affirmativen Unterstützung einzelner Transitionsschritte* sehr unterschiedlich zu gestalten sind (abwartend bis ermutigend), je nachdem, wo die einzelne Person im Prozess aktuell steht, gehört zu einer transsensitiven professionellen Haltung eine affirmative Grundhaltung. Diese sollte von der o.g. unvoreingenommenen und bedingungslosen Akzeptanz geschlechts-nonkonformer Identitäten getragen sein und jede behandlingssuchende Person zur offenen und angstfreien Selbstexploration in lebendiger

Interaktion mit sozialer Rollenerprobung ermutigen. Dabei sind reale oder zu erwartende Widrigkeiten im gesellschaftlichen und institutionellen Umfeld anzuerkennen, denen Kinder und Jugendliche ausgesetzt sein können, die sich gender-nonkonform erproben wollen, sich als trans outen oder ggf. eine soziale Transition wünschen. Ebenso anzuerkennen ist der sich daraus ergebende spezifische Bedarf an sozialer und fachlicher Unterstützung. Beim Einnehmen einer solchermaßen affirmativen Grundhaltung sind gleichzeitig die Grundregeln therapeutischer Abstinenz zu wahren, um z.B. einer behandlingssuchenden Person nicht das Gefühl zu vermitteln, die Therapeut*in zu erfreuen oder zu enttäuschen, wenn z.B. ein bestimmter Schritt einer Transition angegangen oder (noch) nicht angegangen wird.

In den *Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People* (APA, 2015) sind hierzu folgende fachlichen Statements relevant:

- „6. Psycholog_innen versuchen den Einfluss institutioneller Barrieren im Leben von TGNC Klient_innen zu erkennen und die Entwicklung TGNC-freundlicher Umfelder zu unterstützen.
7. Psycholog_innen sind der Auffassung, dass ein Bedarf zur Förderung eines sozialen Wandels besteht, um negative Folgen von Stigmatisierung auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der TGNC Klient_innen zu reduzieren. [...]
11. Psycholog_innen sind der Ansicht, dass TGNC-Klient_innen eher positive Lebenserfolge erzielen, wenn sie soziale Unterstützung oder trans-affirmative Betreuung erhalten.“ (zit. Übersetzung nach AWMF, 2018, S.38)

4.5 Kenntnis bzw. Erfragen von trans-spezifischen Erfahrungen

Für ein empathisches Verstehen individueller Erfahrungen von trans Personen ist es wichtig, trans-spezifische Lebensrealitäten und Sozialisierungen gezielt zu erfragen (Günther et al., 2021). Hierzu gehören u.a.

- Erfahrungen mit Minoritätenstress und ggf. Diskriminierung (siehe Kapitel IX → „*Professionelle Interaktion & diskriminierungssensibler Umgang mit gender-nonkonformen Kindern & Jugendlichen*“)
- die evtl. hiermit verbundene Verarbeitung und Bewältigung internalisierter transphober Anteile im Selbstbezug Betroffener (Günther et al., 2021),
- subjektive Zusammenhänge zwischen sexueller Orientierung und geschlechtlicher Identität,
- spezifische Auswirkungen des trans Seins auf romantische und sexuelle Beziehungen,

- Überschneidungen gender-nonkonformer Identität mit anderen kulturell geprägten Identitäten im subjektiven Erleben Betroffener.

In den *Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People* (APA, 2015) werden hierzu folgende fünf von 16 fachlichen Statements formuliert:

- „2. Psycholog_innen begreifen Geschlechtsidentität und sexuelle Orientierung als verschiedene, aber zusammenhängende Konstrukte.
3. Psycholog_innen versuchen nachzuvollziehen, inwiefern sich Geschlechtsidentität mit anderen kulturellen Identitäten transgeschlechtlicher oder geschlechtlich nicht-konformer Menschen überschneidet.
4. Psycholog_innen sind sich darüber bewusst, wie ihre Haltung und ihr Wissen bezüglich der Geschlechtsidentität und der geschlechtlichen Ausdrucksweise möglicherweise die Qualität der Betreuung beeinflusst, welche sie TGNC Klient_innen und ihren Familien anbieten.
5. Psycholog_innen erkennen, inwiefern Stigma, Vorurteile, Diskriminierung und Gewalt die Gesundheit und das Wohlbefinden der TGNC Klient_innen beeinflusst. [...]
12. Psycholog_innen bemühen sich darum, die Effekte zu verstehen, die Veränderungen in der Geschlechtsidentität und der geschlechtlichen Ausdrucksweise hinsichtlich romantischer und sexueller Beziehung von TGNC-Klient_innen mit sich bringen.“ (zit. Übersetzung nach AWMF, 2018, S.37-38)

4.6 Reflexion der therapeutischen Rolle und Selbsterfahrung

Für die Gestaltung einer psychotherapeutischen Beziehung ist es wichtig, über Aspekte eines möglichen Macht- und Abhängigkeitsgefälles kritisch und offen zu reflektieren. Ein reales diesbezügliches Gefälle entsteht beispielsweise zwangsläufig, wenn psychotherapeutisch Behandelnde in Personalunion selbst Indikationen und Gutachten für somatomedizinische Interventionen erstellen und damit formal eine fachliche „Gatekeeping-Funktion“ für den Zugang zu medizinischen Transitionsbehandlungen übernehmen. Ein solches strukturelles Machtgefälle entsteht unabhängig davon, wie affirmativ diese Funktion ausgefüllt wird. Für psychotherapeutisch Behandelnde gilt es hierbei, die in die gegenwärtige Versorgungsrealität weit hineinreichende Vorgeschichte eines gegenüber trans Personen restriktiven Gesundheits- und Rechtssystems anzuerkennen. Hierzu gehört u.a., dass sich trans Personen für die legale Anerkennung ihrer Geschlechtsidentität nach dem aktuell noch gültigen Transsexuellengesetz (TSG) von zwei unabhängigen psychologischen oder psychiatrischen

Sachverständigen ausführlich begutachten lassen müssen, damit ihre trans Identität von einem Gericht anerkannt werden kann. Des Weiteren fordert z.B. die in 2020 veröffentlichte Begutachtungsrichtlinie des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenkassen (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., 2020), deren Autor*innenschaft und damit verbundene wissenschaftliche Legitimation intransparent ist, als Voraussetzung für die Kostenübernahme einer leitliniengerecht indizierten geschlechtsangleichenden Operation durch die GKV, dass die behandlingssuchende trans Person zuvor eine Richtlinienpsychotherapie absolviert haben muss – zum Nachweis, dass dieser „Behandlungsversuch“ zur Linderung einer bestehenden Geschlechtsdysphorie „ausgeschöpft“ sei. Diese Maßgabe des MDS steht damit im offenen Widerspruch zur zwei Jahre zuvor (!) veröffentlichten aktuellen S3-Leitlinie der AWMF für das Erwachsenenalter *Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans*Gesundheit* (AWMF, 2018), in der auf der Basis des anerkannten wissenschaftlichen Erkenntnisstandes ausdrücklich festgestellt wird, dass die Anforderung einer verpflichtenden Psychotherapie als Voraussetzung für den Zugang zu operativen geschlechtsangleichenden Maßnahmen wissenschaftlich nicht haltbar, unethisch und damit obsolet ist.

Diese skizzierte Historie der Instrumentalisierung von Psychotherapie als restriktive Hürde gegenüber trans Personen im Gesundheitswesen kann auch bei einer partizipativen und affirmativen Beziehungsgestaltung im Sinne latenter beidseitiger Erwartungen und Rollenzuschreibungen ein subjektiv empfundenes Machtgefälle in der psychotherapeutischen Beziehung bedingen. Über dieses gilt es achtsam und kritisch zu reflektieren.

Des Weiteren wird für die Selbstreflexion psychotherapeutisch Behandelnder zur Vermeidung latenter Abwehrhaltungen gegenüber geschlechtsdiversen Ausdrucks- und Lebensformen empfohlen, dass diese sich im Rahmen ihrer professionellen Selbsterfahrung kritisch mit verschiedenen Aspekten ihrer eigenen Geschlechtlichkeit und deren Entwicklung auseinandergesetzt haben.

Die S3-Leitlinie der AWMF *Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans*Gesundheit* für das Erwachsenenalter (AWMF, 2018) gibt hierzu folgende zwei konsensusbasierte Empfehlungen:

„Behandelnde sollten ihre eigene geschlechtsbezogene Entwicklung und ihr Verhältnis zu den körperlichen Geschlechtsmerkmalen nach Möglichkeit im Rahmen von Selbsterfahrung kritisch reflektiert haben.“

Die Selbstreflexion sollte den Umgang mit der Verwirrung einschließen, die der Widerspruch zwischen eigener Wahrnehmung und Selbstdarstellung bzw. Selbstbeschreibung der Behandlungssuchenden hinsichtlich des Geschlechts auslösen kann.“ (S.16)

5. Aufgaben und Zielsetzungen psychotherapeutischer Interventionen bei gender-nonkonformen, geschlechtsinkongruenten und geschlechtsdysphorischen Jugendlichen

5.1 Einbeziehung von Eltern und weiteren familiären Bezugspersonen

Eine gelingende psychosoziale Bewältigung einer Transition im Jugendalter hängt entscheidend von der Unterstützung durch das familiäre Umfeld der Betroffenen ab (Romer & Möller, 2020; siehe Kapitel VI → „*Einbezug des familiären Umfelds und Familiendynamik*“). Deshalb kann „die Wichtigkeit der engmaschigen Einbindung von Eltern und weiteren nahen familiären Bezugspersonen in den gesamten Prozess der Transition und ihrer professionellen Begleitung [...] nicht genug hervorgehoben werden“ (Romer & Möller, 2020, S. 92). Hierbei kommt der psychotherapeutischen Fachperson „die Aufgabe zu, einerseits den Patienten umfänglich in seinen Bestrebungen zu akzeptieren und andererseits die [eventuell vorhandenen] Bedenken und Sorgen der Eltern zu würdigen und sie im Falle bestehender ätiologischer Vorannahmen nach aktuellem Fachwissen aufzuklären. Das Beziehungsangebot an die Jugendlichen und ein Arbeitsbündnis auch mit den Eltern stellen ... [mitunter] eine große Herausforderung dar (Dietrich, 2021, S. 10–11). Nähere Ausführungen hierzu finden sich im Kapitel VI → „*Einbezug des familiären Umfelds und Familiendynamik*“ dieser Leitlinie.

5.2 Unterstützung bei Selbstexploration und Selbstfindung geschlechts-nonkonformer Jugendlicher

Wenn Jugendliche mit aktuell geschlechts-nonkonformer Selbstbeschreibung, die sich in noch eher fluide oder volatil erscheinenden Selbstfindungsprozessen befinden oder im Hinblick auf ihr empfundenes trans Sein unsicher erscheinen, psychotherapeutische Unterstützung suchen, kann ein wichtiges vorab zu klärendes Ziel darin bestehen, einen Prozess der Selbstexploration in stetiger Interaktion mit sozialen Rollenerprobungen zu begleiten, ohne dass damit Festlegungen für die Zukunft bezüglich eines dauerhaften Transitionswunsches suggeriert werden.

Ashley (2019) schreibt hierzu: „Erkundung ist nicht ein Schritt, der einer [sozialen] Transition vorausgeht, sondern ein Prozess, der durch eine Transition verläuft. Es ist unmöglich, sich ein Maß an Erkundung [ohne soziale Rollenerprobung] vorzustellen, das uns sicher macht, dass eine Transition für die zukünftige Identitätsentwicklung geeignet ist. Anstatt die Jugendlichen [nur] zu befragen, sollten professionell Helfende [hier] eine unterstützende Rolle spielen.“ (S. 233)

Preuss (2021) schreibt entsprechend hierzu, „Wichtigstes übergeordnetes Behandlungsziel bei der Behandlung geschlechtsdysphorischer Kinder und Jugendlicher, bei denen noch nicht [...] [absehbar] ist, ob [eine persistierende Geschlechtsinkongruenz vorliegt oder nicht], ist die Auflösung der inneren Verwirrung und die Förderung der Fähigkeit, dem eigenen Geschlechtsidentitätsempfinden zu trauen und sich damit auszudrücken“ (S. 180).

Romer & Möller (2020) formulieren hierzu: „Ein psychotherapeutisches Angebot versteht sich somit als eine entwicklungsorientierte Wegbegleitung. Im Prozess der Selbstfindung im Hinblick auf eine persistierende [oder nicht persistierende] Trans*identität steht die Unterstützung bei der introspektiven und sozial explorierenden Selbsterkundung im Vordergrund“ (S. 91).

Ein wichtiges Ziel kann dabei sein, gender-nonkonforme Jugendliche darin zu unterstützen, den Grad der Gewissheit über die eigene Geschlechtsidentität dialogisch weiterzuentwickeln. („Es geht nicht darum andere zu überzeugen, sondern dir selbst gewiss sein“). Hierbei kann insbesondere im Hinblick auf die Auftretenswahrscheinlichkeit einer späteren Detransition die Ermutigung sinnvoll sein, im Prozess der Selbstfindung ausschließlich binärgeschlechtliche Rollenerwartungen zu hinterfragen sowie auch nicht-binäre Rollenvorstellungen und Perspektiven zu reflektieren und durch soziale Alltagserfahrungen zu erkunden. So wurden in der retrospektiven Befragung von Personen mit Detransitionserfahrung u.a. Verläufe berichtet, bei denen zum Zeitpunkt der Detransition eine non-binäre Geschlechtsidentität angegeben wurde, die zum Zeitpunkt der vorangegangenen Transition noch nicht bewusst empfunden worden sei (Littman, 2021).

Konsensbasierte Empfehlung:

V. K3. Jugendliche mit gender-nonkonformer Selbstbeschreibung, die psychotherapeutische Unterstützung bei noch unsicherer Perspektive der Geschlechtsidentität suchen, sollten darüber informiert werden, dass explorierende soziale Rollenerkundungen wichtig sind, um einen Prozess der Introspektion und Selbstreflexion in Verbindung mit sozialen Interaktionserfahrungen dialogisch zu unterstützen. Dabei sollte der Diskriminierungsschutz beachtet werden. In diesem Prozess sollten Jugendliche darin unterstützt werden, geschlechtsstereotype Rollenerwartungen zu hinterfragen sowie die Möglichkeit eines nicht-binären Geschlechtsrollenverständnisses zu reflektieren.

Konsentiert: starker Konsens (> 95%)

5.3 Selbstakzeptanz und Bearbeitung internalisierter trans Negativität

Eine ablehnende innere Haltung gegenüber dem eigenen trans Sein (internalisierte trans Negativität) kann aus antizipierten oder bereits erlittenen Diskriminierungserfahrungen entstehen. Gesellschaftliche Vorurteile sowie eine durch kulturelle Vorstellungen des familiären und sozialen Umfeldes geprägte Ablehnung gegenüber homosexuellen Menschen und/oder trans Personen können dazu beitragen, dass Jugendliche sich selbst als „defizitär, nicht richtig, eine Enttäuschung“ erleben. Dies kann mit starken Selbstwertproblemen verbunden sein (Dietrich, 2021). Entsprechend ist eine bessere und konfliktfreiere Selbstakzeptanz häufig ein sinnvolles Ziel bei der psychotherapeutischen Unterstützung geschlechtsdysphorischer Jugendlicher. Romer & Möller (2020) schreiben hierzu, „Für die Psychotherapie bei geschlechtsdysphorischen Jugendlichen ist die Unterstützung der Integration des geschlechtsinkongruenten Selbsterlebens in ein kohärentes Selbstbild und dessen Akzeptanz ein wichtiges Ziel“ (S. 89).

Bei der psychotherapeutischen Bearbeitung internalisierter trans Negativität ist deren Einbettung in reale Erfahrungen mit trans Feindlichkeit im gesellschaftlichen bzw. medizinischen Kontext wichtig, da verinnerlichte trans Feindlichkeit bei Betroffenen selbst häufig schambesetzt ist (Günther et al., 2021). Entsprechend des Minoritäten-Stress-Modells sind daher bei der psychotherapeutischen Bearbeitung internalisierter Transnegativität spezifische Schweigegebote und weitere Erfahrungen von Transfeindlichkeit als bedeutsame Entstehungsfaktoren zu beachten. Das Nicht-Sprechen über persönlich wichtige innere Prozesse, nonkonforme Genderidentitäten und Gewalterfahrungen kann einerseits dem Schutz vor weiterer Stigmatisierung dienen, jedoch andererseits die Aktivierung und Entwicklung von Ressourcen behindern, die für das Mobilisieren von Selbststärkungskräften und Unterstützungsmöglichkeiten notwendig sind. (Günther et al., 2021). Die Reduzierung internalisierter Transnegativität kann wesentlich dazu beitragen, das Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen geschlechtsdysphorischer Jugendlicher und damit deren Resilienz zu stärken (*Empowerment*). Dies wiederum kann geeignet sein, um z.B. die Auftretenswahrscheinlichkeit von Mobbing- Erfahrungen zu reduzieren. Der Grad der eigenen Selbstgewissheit und (geschlechtlichen) Überzeugung ist dabei als protektiv für die psychosoziale Stabilisierung, Peer-Gruppen-Akzeptanz und gelingende soziale Beziehungen zu betrachten.

5.4 Psychotherapeutische Unterstützung bei Rollenerprobungen und Rollenwechsel

Die verlaufsoffene und klärende Begleitung von Selbsterkundungsprozessen bei geschlechts-nonkonformen Jugendlichen und eine affirmative Unterstützung explorierender Rollenerprobungen ergänzen sich stetig (s.o.). Eine frühzeitige Ermutigung zu geschlechts-nonkonformen Rollenerprobungen im Sinne eines möglichst angstfreien Ausprobierens (s.o.) wirkt den im vorigen Abschnitt ausgeführten Entstehungsbedingungen für internalisierte Transnegativität entgegen und öffnet zudem Erfahrungsräume für gelebte soziale Geschlechtervielfalt auch diesseits einer persistierenden Geschlechtsinkongruenz (z.B. als „Tom-Boy“) einschließlich nicht-binärer Rollenmodelle. Ein von (vermeintlichen) gesellschaftlichen Erwartungen geprägter empfundener „binärer Rollenerfüllungsdruck“ fand sich in Befragungen von ehemals transitionierten Personen, die nach irreversiblen medizinischen Maßnahmen später detransitionierten (sog. *detransitioners*) gehäuft als bedeutsamer Faktor (Littman, 2021; Turban et al., 2021; Vandenbussche, 2021). Insofern kann eine von der Akzeptanz sozialer Geschlechtervielfalt getragene Ermutigung geschlechts-nonkonformer Jugendlicher zur möglichst offenen sozialen Rollenerprobung auch geeignet sein, einer vermeintlich „alternativlosen“ Selbstfestlegung auf eine ausschließlich binäre trans Identität vorzubeugen, die sich im späteren Verlauf als verfrüht herausstellen könnte. Daher ist eine „Ethik der Gender-Exploration“, die geschlechts-nonkonforme Kinder und Jugendliche frühzeitig zu sozialen Rollenerprobungen ermutigt (Ashley, 2019; s.o.) auch im Hinblick auf die Prävention späterer Detransitionen begründet, die nach medizinischen Transitionsbehandlungen erfolgen, welche dann wiederum bereut werden (sog. *Regrets*). In diesem Sinne ist die Ermutigung zu Rollenerprobungen geschlechts-nonkonformer Kinder und Jugendlicher zur Unterstützung einer verlaufsoffenen Selbstexploration sinnvoll. Mitunter sind fachliche Stellungnahmen durch psychotherapeutische Fachpersonen wichtig, um die Unterstützung solcher Rollenerprobungen in Erziehungsinstitutionen zu fördern.

Da im Zusammenhang mit sozialen Rollenerprobungen im Kindesalter über einen akzeptierenden erzieherischen Umgang hinaus meist keine psychotherapeutische Unterstützung erforderlich ist, werden die diesbezüglichen Empfehlungen im gesonderten Kapitel III → „Sozialer Rollenwechsel in der Kindheit“ erläutert.

Wird von Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie eine soziale Transition gewünscht, steht die affirmative Begleitung aller hierzu anstehenden Schritte sowie deren Vorbereitung meist im Vordergrund einer psychotherapeutischen Prozessbegleitung, ebenso wie die dialogisch begleitete Verarbeitung der damit gemachten persönlichen Erfahrungen. Insbesondere vor dem historischen Hintergrund früherer Behandlungsrichtlinien, in denen über Jahrzehnte ein psychotherapeutisch begleiteter

vollständige Rollenwechsel als verpflichtende Voraussetzung z.B. für die medizinische Indikationsstellung zu einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung empfohlen wurde, empfiehlt es sich, Behandlungssuchenden gegenüber zu vermitteln, dass sich eine fortlaufende biografische Reflexion der mit einer sozialen Transition einhergehenden Erfahrungen als unterstützendes psychotherapeutisches Angebot und nicht als „Hürde“ versteht.

Konsensbasierte Empfehlung:

| |
|--|
| <p>V. K4. Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie, die eine soziale Transition begonnen haben oder diese anstreben, kann eine psychotherapeutische Prozessbegleitung zur Vorbereitung einzelner Entscheidungen und zur Reflexion der hiermit einhergehenden Erfahrungen angeboten werden.</p> |
|--|

Konsentiert: starker Konsens (> 95%)

Für eine solche Prozessbegleitung sind – insbesondere, wenn keine koinzidente behandlungsbedürftige psychische Störung vorliegt (wie z.B. Depression oder soziale Ängste) - oftmals niederfrequente Gesprächstermine (z.B. 1-3 Termine pro Quartal) hinreichend, die z.B. im Rahmen psychiatrischer oder psychosomatischer Beratungen erfolgen können. Direkte oder indirekte Unterstützung durch therapeutische Fachkräfte im Austausch mit Institutionen (Schule, Ausbildungsplatz, Arbeitgeber) kann zudem hilfreich oder notwendig sein (z.B. schriftliche Bescheinigungen zur Befürwortung sozialer Rollenerprobungen im Schulalltag o. Ä.)

5.5 Offenheit für Zweifel, desistente Verläufe und die Möglichkeit späterer Detransition

Eine Ermutigung geschlechts-nonkonformer Jugendlicher zu einer offenen Rollenerkundung im sozialen Umfeld impliziert, dass sich in deren Verlauf ergeben kann, dass Jugendliche, die sich als trans bezeichnen, nicht dauerhaft bei dieser Selbstbeschreibung bleiben. Dies beinhaltet auch die Option, ein bereits vollzogenes soziales Outing wieder zurückzunehmen (soziale Detransition). Diese Möglichkeit gilt es bei der Ermutigung zur sozialen Rollenerkundung von vorneherein zu benennen und im Dialog mit den Jugendlichen im Blick zu behalten, wofür der mentale Innenraum offenbleiben sollte. Insbesondere

selbstunsichere Jugendliche können dazu neigen, beim Aufkommen solcher Zweifel Ängste zu entwickeln, sie könnten damit eine zuvor als affirmativ wahrgenommene Therapeut*in oder die trans Community „enttäuschen“. Dies kann zu einer inneren Hemmung führen, eigene Zweifel an der Persistenz der eigenen trans Identität innerhalb der psychotherapeutischen Beziehung anzusprechen. Um solchen Ängsten und Hemmnissen entgegenzuwirken, ist es ratsam, diesbezügliche potentielle Missverständnisse, worin z.B. eine affirmative Grundhaltung der psychotherapeutischen Fachperson besteht, explizit auszuräumen („sei die Person, die du bist und folge nicht unbedingt einem Bild, das andere sich von dir gemacht haben.“)

Konsensbasierte Empfehlung:

V. K5. Psychotherapeutische Fachpersonen, die gender-nonkonforme Jugendliche im Prozess sozialer Rollenerkundungen oder einer sozialen Transition begleiten, **sollten** dabei vermitteln, dass sie für möglicherweise aufkommende Zweifel und Unsicherheiten im Hinblick auf die Transition sowie für Gedanken an eine Desistenz bzw. Detransition offen sind.

Konsentiert: starker Konsens (> 95%)

5.6 Bearbeitung von Themen zu Körperbild und Körperbezug

Bei geschlechtsdysphorischen Jugendlichen sind infolge der Körperdysphorie negative Körpergefühle, Bedürfnisse und Emotionen wie Ekel, Scham, Neid, Wut sowie Selbsthass häufig sehr präsent und bedürfen ggf. einer psychotherapeutischen Verarbeitungshilfe mit dem Ziel, die psychosexuelle Integration des eigenen Körperbildes zu fördern. Hierbei ist eine kritische Auseinandersetzung mit internalisierten (normativen) Körperbildern und den Grenzen der Realisierbarkeit von Körperidealen auch als nicht trans-spezifisches Thema ratsam, ebenso wie Erkundung und Bearbeitung von psychosexuellen Reifungskonflikten, wie es sie auch bei cis Jugendlichen geben kann, und die daher nicht „automatisch“ im spezifischen Zusammenhang mit der Geschlechtsdysphorie zu verstehen sind. Nicht vergessen werden sollte ferner eine sorgsame Begleitung der Integration des Körperbildes im Verlauf der durch somatomedizinische Maßnahmen herbeigeführten körperlichen Veränderungen (deren psychische Antizipation und Nachbearbeitung). Dies kann manchmal ein sehr bedeutsamer Aspekt psychotherapeutischer Prozessbegleitung sein.

5.7 Liebe, Partner*innenschaft und Sexualität

Bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie, die psychotherapeutische Unterstützung suchen, ist ein breites Spektrum von bisherigen Erfahrungen, Wünschen und damit möglicherweise verbundenen Unsicherheiten im Bereich Liebe, Partner*innenschaft und Sexualität zu erwarten. Manche Jugendliche haben bereits sexuelle Erfahrungen und/oder sind in einer festen Liebesbeziehung, andere können sich dies für sich gar nicht vorstellen und wieder andere geben an, sich frühestens nach geschlechtsangleichenden körpermedizinischen Maßnahmen vorstellen zu können, eigene sexuelle Beziehungen aufzunehmen – und selbstverständlich gibt es alles dazwischen. Ebenso sind manche Jugendliche über die Vernetzung mit der LGBTQ-Community sehr umfangreich über die Vielfalt sexueller Lebensformen und deren Verwirklichung informiert (oft umfangreicher als viele psychotherapeutische Fachpersonen) und zeigen damit einen selbstsicheren Umgang, während andere insgesamt sehr selbstunsicher im Umgang mit diesem Themenbereich erscheinen.

Im Hinblick auf die sexuelle Orientierung ist bei trans Personen insgesamt von einem im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung deutlich höheren Diversität auszugehen. So gaben in einem Survey unter erwachsenen trans Personen ($N = 6368$) nur 22% der Befragten eine aus der Perspektive des trans Geschlechts „heterosexuelle“ Orientierung („straight“) an (d.h. dass z.B. trans Männer angaben, sich vorwiegend vom weiblichen Geschlecht angezogen zu fühlen), während von 74% der Befragten andere Orientierungen aus dem „queeren“ Spektrum angegeben wurden (z.B. bisexuell, aus der Perspektive des trans Geschlechts homosexuell, „queer“ oder „andere“) (Herman, 2016). Daher sollten psychotherapeutische Fachpersonen, wenn sie diesen Themenbereich bei Jugendlichen erfragen, möglichst offen und unbefangen gegenüber geschlechtlicher Vielfalt und möglichst frei von heteronormativen Vorstellungen sein. Insbesondere, wenn schon längere Erfahrungen mit einer gelebten sozialen Transition in allen Lebensbereichen gemacht wurden, können Jugendliche in ihrer Selbstbeschreibung häufig sehr klar zwischen ihrer empfundenen Geschlechtsidentität und ihrer sexuellen Orientierung differenzieren. Für andere Jugendliche, die diesbezüglich in offenen Selbstfindungsprozessen sind, kann es hilfreich sein, wenn dies auch im Rahmen psychotherapeutischer Begleitung dialogisch und angstfrei exploriert werden kann. Von Seiten der psychotherapeutischen Fachperson geht es dabei in erster Linie darum, zu signalisieren, dass dieser Themenbereich offen und unbefangen besprochen werden kann und nicht etwa vermieden oder tabuisiert wird. Hierfür ist es oft notwendig, das Thema Sexualität offen anzusprechen, wobei dies mit angemessener Sensibilität zu gestalten ist. Es ist jedoch den Jugendlichen zu überlassen, inwieweit sie auf dieses thematische Angebot eingehen und sich darüber mitteilen möchten. Insbesondere erscheint eine angemessene Sensibilität dafür geboten, dass in der kollektiven Wahrnehmung von trans Personen Berichte präsent sein

können, wonach in der Vergangenheit (und teils auch heute noch) forcierte Explorationen des Themas Sexualität durch psychiatrisch-psychotherapeutische Fachpersonen teilweise sehr übergriffig erlebt werden, z.B., wenn im Rahmen von Begutachtungen zur Personenstandsänderung nach dem bisherigen TSG dezidierte Schilderungen zu Masturbationspraxis und damit verbundenen Fantasien verlangt werden. Dies würde angesichts der gezielten gutachterlichen Fragestellung, ob eine Person sich seit mindestens drei Jahren einem bestimmten Geschlecht dauerhaft und stabil zugehörig fühlt, eine fragwürdige Praxis darstellen.

5.8 Bewältigung negativer Gefühle bei anhaltender Geschlechtsdysphorie

Auch wenn es keine ursächliche psychotherapeutische Behandlung der Geschlechtsdysphorie gibt, weil diese definitionsgemäß auf einer Geschlechtsinkongruenz beruht, die wiederum eine durch psychosoziale Interventionen nicht beeinflussbare dauerhafte innere Disposition einer Person ist, können psychotherapeutische Interventionen dabei hilfreich sein, mit einer Geschlechtsdysphorie einhergehende negative Emotionen und Stresszustände besser zu bewältigen. Dies kann keinesfalls die vorrangige und einzig dauerhaft wirksame Intervention ersetzen, die zu einer nachhaltigen Verbesserung der seelischen Gesundheitsprognose führen kann – nämlich die Unterstützung der Entfaltung der Persönlichkeit im Einklang mit dem empfundenen Geschlecht und dessen soziale Akzeptanz – ggf. in Verbindung mit medizinisch indizierten körpermodifizierenden Maßnahmen.⁴ Wird eine soziale Transition geschlechtsdysphorischer Jugendlicher psychotherapeutisch begleitet (ggf. parallel zu somatomedizinischen Maßnahmen), können allgemeine Behandlungstechniken zur Bewältigung negativer Gefühle und Stresszustände, wie sie z.B. bei der Behandlung von depressiven und Angststörungen sowie bei Traumafolgestörungen üblich sind, zur Anwendung kommen. Hier ist ggf. zu prüfen, ob das Ausmaß der Belastung bzw. Beeinträchtigung durch negative Gefühle und Stresszustände die Vergabe einer koinzidenten psychiatrischen Diagnose und damit verbunden die Feststellung

⁴ Eine hierzu konträre Vorgabe in der aktuellen Begutachtungsanleitung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenkassen (2020), wonach vor einer Bewilligung der Kostenübernahme für eine leitliniengerecht indizierte geschlechtsangleichende Operation in jedem Einzelfall mittels einer bereits erfolglos durchgeführten Psychotherapie zusätzlich nachzuweisen sei, dass die GD nicht bereits allein mit psychotherapeutischen Mitteln hinreichend wirksam behandelbar war, ist mit dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand nicht vereinbar und unethisch sowie im Hinblick auf ihre Sozialrechtskonformität fragwürdig. Sie legt Betroffenen das Durchlaufen einer aufwändigen sowie nach aktueller Erkenntnis wirkungslosen Therapie (alleinige Psychotherapie bei Geschlechtsdysphorie) als Zugangsvoraussetzung für die Kostenerstattung einer leitliniengerechten Behandlung auf.

psychotherapeutischer Behandlungsbedürftigkeit im Sinne der Psychotherapierichtlinie begründet.

5.9 Unterstützung bei der Entwicklung von vollumfänglicher Einwilligungsfähigkeit für somatomedizinische Maßnahmen

Während volljährige Personen, sofern sie im Vollbesitz ihrer geistigen Fähigkeiten und nicht geistig behindert sind, gemeinhin als einwilligungsfähig auch für komplexe medizinische Eingriffe gelten, besteht eine Besonderheit der Behandlung von Minderjährigen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie darin, dass deren Einwilligungsfähigkeit in jedem Einzelfall und spezifisch für jede zu indizierende medizinische Intervention als Teil der Indikationsstellung festgestellt werden muss (siehe Kapitel X → „*Rechtliche Grundlagen & ethische Maßgaben für die Behandlung Minderjähriger mit Geschlechtsinkongruenz*“ und Kapitel VII → „*Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen*“). Eine professionelle Unterstützung der Reflexionsprozesse behandlungssuchender Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie bei der Erlangung einer vollumfänglichen Einwilligungsfähigkeit kann ein wichtiger Bestandteil einer psychotherapeutischen Prozessbegleitung sein, insbesondere, wenn umfassende Reflexionen zu weit in die Zukunft reichenden Konsequenzen einer Behandlung und deren Irreversibilität anstehen. Im Raum stehende Fragen, z.B. welchen Einfluss eine medizinische Transitionsbehandlung auf die eigene Beziehungs-, Lebens- und Familienplanung sowie eine mögliche Infertilität nehmen wird, oder ob eine vorsorgliche Kryokonservierung zum Fertilitätserhalt individuell sinnvoll ist oder nicht, können sehr persönliche Themen berühren, die mithilfe alleiniger medizinischer Aufklärung nicht hinreichend bearbeitet werden können, sondern eher einer vertiefenden und wiederkehrenden Reflexion bedürfen, um nachhaltig ins eigene Bewusstsein und in das psychosexuelle Selbstverständnis integriert werden zu können.

In Anlehnung an die S3 Leitlinie für das Erwachsenenalter *Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans*Gesundheit (AWMF, 2018)* sowie an die *Standards of Care 8* der WPATH (Coleman et al., 2022) werden zusammenfassend zur Orientierung folgende möglichen Ziele psychotherapeutischer Interventionen bei gender-nonkonformen Jugendlichen sowie Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie aufgelistet, die bei einer am jeweiligen Bedarf des Einzelfalles zu orientierenden Interventionsplanung in Erwägung zu ziehen sind:

Mögliche Ziele und zu bearbeitende Themen in der psychotherapeutischen Begleitung gender-nonkonformer⁵, geschlechtsinkongruenter und geschlechtsdysphorischer Jugendlicher:

- Unterstützung bei Selbstexploration und Identitätsfindung
- Förderung von Selbstakzeptanz, Selbstwertgefühl und Selbstsicherheit
- Bewältigung von Scham- und Schuldgefühlen sowie von internalisierter Transnegativität
- Unterstützung des Coming-Out-Prozesses
- Unterstützung innerfamiliärer Verständigung bei familiären Akzeptanz-Problemen
- Unterstützung bei sozialen Rollenerprobungen und Reflexion über damit gemachte Erfahrungen
- Bearbeitung aversiver Erfahrungen mit Diskriminierung und Transfeindlichkeit
- Gesprächsangebot zu Liebe, Partner*innenschaft und Sexualität
- Gesprächsangebot zu Körperbild und Körperbezug
- Unterstützung bei der Vorbereitung von Entscheidungen über körpermodifizierende Behandlungen (einschließlich Erlangung vollumfänglicher Einwilligungsfähigkeit)
- Unterstützung bei der psychosexuellen Integration von Körperveränderungen nach körpermodifizierenden Behandlungen
- Unterstützung bei der Bewältigung negativer Gefühle und Stresszustände bei andauernder Geschlechtsdysphorie

⁵ Der Begriff gender-nonkonform wird hier als Oberbegriff verwendet, auch wenn Jugendliche umfasst werden sollen, bei denen die Diagnose einer anhaltenden/persistierenden GI (noch) nicht gestellt wurde, d.h. die Frage der Geschlechtsidentität als noch verlaufsoffen eingeschätzt wird.

Kapitel VI

Einbeziehung des familiären Beziehungsumfelds und Familiendynamik

1. Einleitung und Leitfrage

2. Aussagen und Empfehlungen

2.1. Aussagen zum wissenschaftlichen Erkenntnisstand

2.2. Empfehlungen

Vorläufige Leitlinie zur Kommentierung

1. Einleitung und Leitfrage

Wenn Kinder und Jugendliche Symptome einer Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie (GI bzw. GD) zeigen, hat dies regelhaft tiefgreifende Auswirkungen auf ihr familiäres Umfeld. Für Eltern und Geschwister (aber auch für Familienmitglieder außerhalb der Kernfamilie) bedeutet dies eine Anpassungsleistung, die in den meisten Fällen zunächst mit einer hohen Verunsicherung einhergeht. Beziehungen innerhalb der Familie können sich dadurch negativ verändern und notwendige erzieherische Interventionen erschweren (z.B., weil die Eltern der Symptomatik der GI bzw. GD keine angemessene oder eine zu hohe Bedeutung zumessen).

Bei persistierenden Verläufen in der Adoleszenz sehen sich die Eltern zunehmend mit Entscheidungen der körperlichen Transition (Pubertätsblockade, Hormontherapie, operative Maßnahmen) konfrontiert, die nachvollziehbare Ängste und Sorgen auslösen. Dem gegenüber steht häufig der vehement vorgebrachte Wunsch auf schnellen Beginn somatomedizinischer Maßnahmen der betroffenen Jugendlichen. Daraus entsteht oft eine Polarisierung, aus der sich schnell eine hohe Belastung der Eltern-Kind-Beziehung entwickeln kann. Professionelle Helfer*innen werden leicht in diese Polarisierung mit einbezogen und riskieren dann, keine familienbasierte Beratung und Begleitung mehr durchführen zu können, wie im Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie und -psychiatrie/Jugendmedizin üblich.

Die familiäre Akzeptanz der betroffenen Jugendlichen stellt aber eine essenzielle Voraussetzung für eine Rollenerkundung/Alltagserprobung dar und scheint auch ein wichtiger Parameter für die psychische Gesundheit der Betroffenen im Langzeitverlauf zu sein. Daher kommt dem Einbezug des familiären Umfeldes, insbesondere, wenn hier Vorbehalte, Ablehnungen, Ängste dem Thema GI bzw. GD gegenüber bestehen, ein sehr hoher Stellenwert im Beratungsprozess zu.

In sehr seltenen Fällen kann es zu Kindeswohlgefährdungen kommen, die dann auch entsprechend benannt und bearbeitet werden müssen.

Leitfrage an die Leitlinie:

Welche familiären Konstellationen und Einflussfaktoren sind im Hinblick auf die Notwendigkeit ihrer Exploration und ggf. daraus resultierende Handlungsschritte besonders zu beachten?

Kinder und Jugendliche mit nonkonformer Geschlechtsidentität haben Bedürfnisse und müssen Entscheidungen treffen, die auch die weiteren Familienangehörigen und das Umfeld betreffen. Sie sind in ihrer Identitätsentwicklung und insbesondere bei Entscheidungen über eine Transition in besonderem Maße auf die Unterstützung durch die Familie angewiesen. Dabei spielen familiendynamische Prozesse eine bedeutsame Rolle. Dass die

Familiendynamik bei besonders vulnerablen Kindern und Jugendlichen sowohl im Sinne familiärer Belastungsfaktoren als auch im Sinne protektiver Ressourcen eine wichtige Rolle spielt, ist aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Jugendhilfe und der Familientherapie hinlänglich bekannt. Zweifellos gehören Kinder und Jugendliche mit GI und/oder GD zu solch einer vulnerablen Gruppe, wie alleine die beschriebenen erhöhten Raten für Suizidalität und Selbstverletzungen deutlich aufzeigen (Eisenberg et al., 2017; Strauss et al., 2017; Travers et al., 2012; Veale et al., 2017, uvm., siehe Kapitel IV → „Assoziierte psychische Auffälligkeiten und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie“). Deshalb widmet diese Leitlinie dem Thema der Familiendynamik ein eigenes Kapitel.

Leider gibt es in der ganzen Breite der Forschung im Bereich GI bzw. GD nur wenige Studien, die - wenigstens implizit - auch Fragestellungen zur spezifischen Familiendynamik untersucht haben. Die für dieses Kapitel rezipierte Literatur weist daher eine weitgehende Überlappung mit der rezipierten Literatur in anderen Kapiteln der Leitlinie auf. Es handelt sich dabei um Originalstudien, systemische Reviews, Überblicksartikel, bereits bestehende Leitlinien und Behandlungsansätze, die in mindestens einer Frage, Schlussfolgerung oder (Behandlungs-) Empfehlung auf das Thema der Familiendynamik eingehen.

Betrachtet man das Thema mit Fokus auf die Familiendynamik, sollten auch die unterschiedlichen Interessen und Absichten der Beteiligten erkannt und berücksichtigt werden. Kinder und Jugendlichen müssen oft auf Entscheidungen vertrauen, die die Eltern als Sorgeberechtigte stellvertretend für sie treffen. Es ist davon auszugehen, dass Eltern annehmen, dass die Ziele, die den eigenen Auffassungen zum bestmöglichen Wohl des Kindes entsprechen, auch im besten Interesse ihres Kindes sind und deshalb wahrscheinlich am ehesten Versorgungs- und Behandlungsangebote aufsuchen, die ihre eigenen Anschauungen und Einstellungen widerspiegeln (Byne et al., 2012). Im besten Fall decken sich die Vorstellungen der Kinder und Eltern oder liegen zumindest nahe beieinander. Solche Familien haben sich oft schon sehr gut über Gender-Diversität informiert und sich mit anderen Familien vernetzt. In mehreren Studien wurde berichtet, dass sich diese Form von Vernetzung im Sinne eines Peer-Supports mit positiver Lebenszufriedenheit, geringem sexuellen Risikoverhalten und einem geringen Ausmaß depressiver Symptome der Kinder und Jugendlichen einherging (Johns et al., 2018; Travers et al., 2012; Veale et al., 2017, uvm.). Kinder und Jugendliche in diesen Familien zeigten oft keine oder nur sehr geringe psychische Auffälligkeiten (u.a. Dierckx et al., 2016; Kaltiala-Heino et al., 2018). Diese Familien brauchen daher möglicherweise oftmals keine oder nur punktuell professionelle Unterstützung durch psychotherapeutische Fachpersonen.

Daneben gibt es aber auch Familien, in denen es um die GI bzw. GD eines Kindes oder Jugendlichen innerfamiliäre Konflikte gibt. So wird von teilweise negativen Reaktionen bis hin zu Zurückweisung durch die Eltern berichtet. Gründe dafür können unter anderem Scham und Stigmatisierung bzw. die Angst vor Stigmatisierung sein. Auch die Angst der Eltern, nicht das „Richtige“ zu tun sowie mangelnde Unterstützung und Information werden erwähnt (Dierckx et al., 2016).

Fachpersonen, die gut informiert sind und eine ebenso akzeptierende wie unterstützende Haltung haben, wurden von befragten Eltern als positiv und hilfreich für die Entwicklung angemessener Strategien im Umgang mit der GI bzw. GD des Kindes wahrgenommen (Sharek et al., 2018).

In besonderer Weise zu beachten ist, wenn Kinder und Jugendliche mit nonkonformer Geschlechtsidentität Ablehnung durch die eigene Familie inklusive aggressiver Äußerungen erfahren, insbesondere, wenn dies mit spezifischen autoritären Erziehungsmethoden und strafenden Sanktionen durch die Eltern einhergeht (Adelson, 2012). Dabei können die Werte und Normen der individuellen ethnischen Gruppe oder religiösen Gemeinschaft eine große Rolle spielen (Gartner & Sterzing, 2018). Mehrere Autoren weisen darauf hin, dass negative Reaktionen, Äußerungen und Ausgrenzung durch Peers oder Familie ein besonderes Entwicklungs- und Gesundheitsrisiko für das Kind darstellen. Als Beispiele werden die Schwächung protektiver Faktoren gegen Suizidalität und dysfunktionale Coping-Strategien wie Weglaufen oder Prostitution etc. genannt (Strauss et al., 2017; Travers et al., 2012). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass negativ belastete familiäre und Peer-Beziehungen auch als ein unspezifischer Risikofaktor für psychische Gesundheitsprobleme anzusehen sind. Zudem können keine sicheren Aussagen zu kausalen Zusammenhängen getroffen werden, da auch Wechselwirkungen (in dem Sinne, dass psychische Gesundheitsprobleme für Beziehungen belastend sein können) mit zu bedenken sind.

Akzeptanz und Unterstützung durch die eigene Familie ist ein bedeutsamer protektiver Faktor für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit GI bzw. GD. Dies unterstreicht, wie wichtig der Einbezug der Eltern/Familie für die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen ist. Es zeigt aber auch den Unterstützungsbedarf für Eltern, damit sie in der Lage sind, ihre Kinder angemessen zu begleiten. Zusätzlich herausfordernd ist die Unterstützung non-binärer Kinder und Jugendlichen, die ein besonders erhöhtes Risiko für internalisierende psychische Symptombildungen aufweisen (Kualanka et al., 2017).

2. Aussagen und Empfehlungen

2.1. Aussagen zum wissenschaftlichen Erkenntnisstand

VI. E1. Es gibt Belege, dass bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie ein die empfundene Geschlechtsidentität akzeptierendes und unterstützendes familiäres Umfeld einen bedeutsamen protektiven Faktor für die psychische Gesundheit darstellt.

Starke Evidenz:

> 10 Studien mit gleichsinnigen Ergebnissen (Aramburu Alegría, 2018; Catalpa & McGuire, 2018; Gray et al., 2016; Katz-Wise et al., 2017, 2018; Kolbuck et al., 2019; Kuvalanka et al., 2014; Levitan et al., 2019; McConnell et al., 2016; Pariseau et al., 2019; Ryan et al., 2010; Veale et al., 2017; Wilson et al., 2016).

Konsentiert: Starker Konsens (>95%)

VI. E2. Es gibt Anhaltspunkte, dass bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie, die in ihrem familiären Umfeld *eine geringe oder fehlende Akzeptanz* gegenüber ihrer empfundenen Geschlechtsidentität erfahren, das Risiko für depressive Erkrankungen und Suizidalität sowie für selbstschädigendes Risikoverhalten erhöht¹ ist.

Schwache Evidenz:

5 Studien mit gleichsinnigen Ergebnissen (Aramburu Alegría, 2018; McConnell et al., 2016; Pariseau et al., 2019; Simons et al., 2013; Travers et al., 2012).

Konsentiert: Starker Konsens (>95%)

¹ Gemeint ist bei dieser Aussage eine Erhöhung im Vergleich zu einer Normpopulation.

2.2. Empfehlungen

Konsensbasierte Empfehlung:

VI. K1. Sorgeberechtigte und Erziehende sollten darüber informiert werden, dass Therapieversuche, die darauf abzielen, das Zugehörigkeitsempfinden des Kindes zu einem Geschlecht entgegen seinem geäußerten Empfinden zu verändern, schädlich und unethisch sind.

Konsentiert: starker Konsens (> 95%)

Zur Erläuterung: Mit dem Begriff „Kind“ ist hier nicht eine Altersstufe, sondern das soziale und rechtliche Verhältnis gegenüber Sorgeberechtigten und Erziehenden bezeichnet. Demzufolge sind auch Jugendliche gemeint. Der Begriff „geäußertes Empfinden“ umfasst nicht ausschließlich explizit verbale Äußerungen, sondern kann auch Verhaltensäußerungen einschließen, sofern diese eindeutig das Zugehörigkeitsempfinden des Kindes zu einem Geschlecht ausdrücken.

An dieser Stelle wird folgende Aussage aus der Präambel (→ *Kapitel I.*) nochmals hervorgehoben:

„Die geschlechtliche Identität einer Person ist höchstpersönlicher Natur. Die Förderung der Selbstbestimmung und – soweit notwendig – der Selbstbestimmungsfähigkeit ist deshalb ein wesentliches Anliegen im Behandlungssetting mit minderjährigen Patient*innen. Therapieansätze, die implizit oder explizit von dem Behandlungsziel getragen sind, das Zugehörigkeitsempfinden einer Person zu einem Geschlecht in eine bestimmte Richtung zu lenken, werden als unethisch angesehen.“

Konsensbasierte Empfehlung

VI. K2. Sorgeberechtigte und Erziehende sollten darüber informiert werden, dass für Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie die sichere und stetige Erfahrung, von der eigenen Familie akzeptiert und unterstützt zu werden, bei der Selbstfindung und je nach Verlauf bei einem sozialen Coming-Out, einer Rollenerprobung und einer Transition für einen günstigen Verlauf der psychischen Gesundheit wesentlich ist.

Starker Konsens (> 95%)

Zur Erläuterung: Mit dem Begriff der Transition können in diesem Kontext je nach Situation die soziale, die juristische und/oder Schritte einer medizinischen Transitionsbehandlung gemeint sein. Mit dem Begriff „soziales Coming-Out“ ist der gesamte Prozess des zunehmenden „Sich-Zeigens“ gegenüber der sozialen Umgebung in der Geschlechtsrolle bezeichnet, die der aktuell empfundenen Geschlechtsidentität entspricht. Ein solcher Prozess verläuft häufig mehrschrittig (siehe Glossar).

Konsensbasierte Empfehlung:

VI. K3. Sorgeberechtigten und Erziehenden sollte empfohlen werden, dass bei allen Entwicklungsprozessen gender-nonkonformer Kinder und Jugendlicher ein sicherer sozialer Raum für explorierende Rollenerkundungen sowie je nach Verlauf auch ein sicherer sozialer Raum für die eventuelle spätere Veränderung einer gelebten Geschlechtsrolle zu unterstützen ist.

Starker Konsens (> 95%)

Zur Erläuterung: Nicht zuletzt, um die Entscheidungssicherheit bei evtl. später zu prüfenden medizinischen Behandlungsentscheidungen für geschlechtsangleichende Maßnahmen zu erhöhen, sind möglichst offene soziale Rollenerprobungen zu befürworten, die u.a. dazu dienen sollen, die dauerhafte Stimmigkeit und Lebbarkeit der angestrebten Geschlechtsrolle im Kontext sozialer Erfahrungen zu explorieren. Dies impliziert, dass für explorierende Rollenerkundungen die Option z.B. einer späteren Rücknahme eines trans Outings explizit anzusprechen und ggf. zu unterstützen ist.

Konsensbasierte Empfehlung:

VI. K4. Sorgeberechtigte und Erziehende gender-nonkonformer Kinder und Jugendlicher sollten über Angebote von Elterngruppen von Selbstvertretungs-Organisationen als Möglichkeit von Vernetzung und gegenseitiger Unterstützung informiert werden.

Konsentiert: starker Konsens (>95%)

Konsensbasierte Empfehlung:

VI. K5. Sorgeberechtigten und Erziehenden, die mit ihrem Kind wegen des möglichen Vorliegens einer Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie vorstellig werden, sollte eine professionelle Prozessbegleitung angeboten werden mit dem Ziel, das Kind unter Einbezug der Familie dabei zu unterstützen, die eigene Geschlechtsidentität zu erkunden sowie die möglichen mit einer Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie einhergehenden psychosozialen Schwierigkeiten zu bewältigen.

Konsentiert: starker Konsens (>95%)

Konsensbasierte Empfehlung:

VI. K6. Sind die Vorstellungen und Wünsche Minderjähriger und ihrer Erziehungsberechtigten in Bezug auf den Umgang der Familie mit der nonkonformen Geschlechtsidentität des Kindes bzw. des/der Jugendlichen nicht miteinander vereinbar, sollte eine Prozessbegleitung des Familiensystems durch eine geeignete Fachperson mit familientherapeutischer Expertise empfohlen werden mit dem Ziel, eine akzeptierende und unterstützende Haltung gegenüber der geschlechtlichen Identität des Kindes/Jugendlichen zu fördern. Eine solche Prozessbegleitung wird nur empfohlen, wenn hierdurch keine schädlichen Auswirkungen auf das gesundheitliche Wohl des Kindes zu erwarten sind.

Konsentiert: starker Konsens (>95%)

Zur Erläuterung: Der Begriff „familientherapeutische Expertise“ in dieser Empfehlung bezieht sich *nicht* auf ein formales Zertifikat einer diesbezüglichen speziellen Qualifizierung, sondern auf die professionellen Fertigkeiten und Erfahrungen der betreffenden Fachperson.

Kapitel VII

Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen

1. Einleitung und Leitfragen

2. Limitationen der Studienlage

3. Outcome-Studien zu Psychopathologie, Lebenszufriedenheit und Geschlechtsdysphorie nach körpermodifizierenden Interventionen

- 3.1. Vergleich zur Studienlage im Erwachsenenalter
- 3.2. Outcome-Studien zu möglichen somatischen und kognitiven Folgeerscheinungen medizinischer Interventionen im Jugendalter
- 3.3. Follow-Up-Studien zum Verlauf der Geschlechtsinkongruenz nach Beginn medizinischer Behandlungen (inkl. Desistenzen)
- 3.4. Follow-Up Studien zu geschlechtsangleichenden Operationen
- 3.5. Befragungen Behandlungssuchender zu Fertilität und Indikationskriterien

4. Zusammenfassung der Bewertung der Evidenzlage

5. Empfehlungen aus bisherigen Leitlinien und Übersichtsartikeln für die Indikationsstellung

- 5.1. Standards für die fachliche Qualifikation der Fachperson, welche die Indikation stellt
- 5.2. Psychiatrisch-psychotherapeutische diagnostische und therapeutische Maßnahmen
- 5.3. Somatische Voruntersuchungen
- 5.4. Vorbedingungen für eine informierte Zustimmung Minderjähriger

6. Zu den Empfehlungen

- 6.1. Grundsätzliches
- 6.2. Pubertätsblockade
- 6.3. Geschlechtsangleichende Hormonbehandlung (GAH)
- 6.4. Geschlechtsangleichende Operationen im Jugendalter
- 6.5. Empfohlene Inhalte eines Indikationsschreibens

1. Einleitung und Leitfragen

Körpermodifizierende medizinische Interventionen bei Personen mit Geschlechtsinkongruenz (GI) zielen darauf ab, durch vorübergehendes Anhalten der pubertären Reifeentwicklung oder durch Angleichung des körperlichen Erscheinungsbildes einen anhaltenden körperbezogenen geschlechtsdysphorischen Leidensdruck zu verhindern oder zu reduzieren. Es besteht Konsens in aktuellen Leitlinien, dass es für einen anhaltenden positiven Effekt auf die psychische Gesundheit wichtig ist, dass solche medizinischen Maßnahmen in eine mit Selbstakzeptanz und erfahrener sozialer Akzeptanz einhergehende soziale Transition eingebettet sind (AWMF, 2018; Coleman et al., 2022). Die Indikationsstellung zu diesen Interventionen ist insbesondere im Jugendalter komplex und fachlich herausfordernd. In diesem Kapitel werden die zu berücksichtigenden fachlichen Anforderungen an eine interdisziplinäre Indikationsstellung ausgeführt. Dabei ist vorab zu betonen, dass neben formalen Anforderungen an die fachliche Qualifikation der beteiligten Fachpersonen spezielle Fachkenntnisse und Vorerfahrungen unerlässlich sind.

VII. K0 Konsensbasierte Empfehlung

Für eine fachgerechte Indikationsstellung sind spezielle Fachkenntnisse und mehrjährige Erfahrungen in der Prozessbegleitung und Behandlung von Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz erforderlich. Fachpersonen ohne hinreichende spezielle Vorkenntnisse und Erfahrungen in diesem Bereich sollen zur fachlichen Absicherung einer Indikationsstellung eine hinreichend erfahrene Fachperson oder eine Spezialambulanz bzw. ein spezialisiertes Behandlungszentrum hinzuziehen.

Zur Erläuterung: Dieses Hinzuziehen von ausgewiesener Expertise ist nicht formal definiert und richtet sich nach den jeweils individuellen Gegebenheiten innerhalb einer sich als lernendes System stetig weiter entwickelnden Versorgungs- und Fortbildungslandschaft. Dies kann z.B. in Form einer unabhängigen medizinischen Zweitmeinung, durch eine konsiliarische Mitbeurteilung, durch kollegiale Intervention oder Supervision, oder durch Fallkonferenzen in Qualitätszirkeln erfolgen.

Leitfragen:

- Welche Fachexpertise sollte für die Indikationsstellung körpermodifizierender medizinischer Maßnahmen bei einer Geschlechtsinkongruenz im Jugendalter vorausgesetzt werden?
- Was ist bei der Diagnostik der Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie im Jugendalter hinsichtlich einer Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Maßnahmen zu beachten?
- Was ist bei der Diagnostik und Behandlung assoziierter psychischer Störungen hinsichtlich einer Indikationsstellung für medizinische Maßnahmen zu beachten?
- Welche entwicklungsbezogenen diagnostischen Überlegungen sind bei der Indikationsstellung für medizinischer Maßnahmen zu beachten?
- Welche Empfehlungen können für die Abstufung und Reihenfolge der Indikation für verschiedene medizinische Behandlungsschritte gegeben werden?
- Ab welchem Alter oder Reifestadium der Pubertätsentwicklung können welche medizinischen Behandlungsschritte grundsätzlich empfohlen werden?
- Welche Voraussetzungen sind für eine informierte Zustimmung von minderjährigen Patient*innen und ihren Sorgeberechtigten vor einer Indikationsstellung zu körpermodifizierenden Maßnahmen zu prüfen?

2. Limitationen der Studienlage

Die Literaturrecherche im Rahmen der Leitlinienerstellung zur Indikationsstellung pubertätsverzögernder und geschlechtsangleichender Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie ergab nur eine geringe Anzahl an relevanten Originalarbeiten, in denen der Outcome dieser Interventionen in einem Follow-Up-Design untersucht wurde ($N = 10$), wobei insbesondere Studien mit höherem Evidenzniveau fehlen (Mahfouda et al., 2019). Neben der geringen Zahl veröffentlichter Studien ist die limitierte Evidenzlage zudem durch methodische Limitationen in Bezug auf die Evidenzniveaus der Studien in diesem Kontext bedingt. Die Durchführung randomisiert kontrollierter und verblindeter Studien, in welchen eine Gruppe von geschlechtsinkongruenten bzw. geschlechtsdysphorischen Kindern und Jugendlichen pubertätsverzögernde bzw. geschlechtsangleichende Interventionen erhält und die andere nicht, scheint ethisch grundsätzlich nicht vertretbar. Eine Verblindung ist grundsätzlich bei hormonellen Interventionen nicht möglich. Ein Vorenthalten von wirksamen pubertätsverzögernden oder geschlechtsangleichenden Maßnahmen im Zuge der Randomisierung zu Studienzwecken ist bei einem vorliegenden Wunsch nach einer solchen Intervention von Seiten der Betroffenen sowie der Sorgeberechtigten und einem entsprechenden

Leidensdruck der Betroffenen schwer zu begründen und würde vermutlich zu einer sehr geringen Teilnahmebereitschaft an einer solchen Studie führen. Zudem fehlt ein vertretbares evidenzbasiertes alternatives Behandlungsangebot im Sinne einer bislang etablierten und bewährten Behandlung. Insbesondere eine alleinige Psychotherapie kann bei einer diagnostisch gesicherten persistierenden Geschlechtsinkongruenz nicht als eine geeignete Behandlung angesehen werden, um eine Geschlechtsdysphorie wirksam zu reduzieren oder abzuwenden.

Die systematisch gesichtete Literatur bezieht sich daher überwiegend auf klinische Verlaufskohortenstudien. In diesen wurden Jugendliche mit diagnostizierter Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie untersucht, welche eine pubertätsverzögernde bzw. geschlechtsangleichenden Behandlung auf Basis der von den Behandelnden gestellten Indikation und dem entsprechenden vorhandenen Wunsch der Betroffenen und der Sorgeberechtigten erhalten haben. Teilweise wurde zum Vergleich auch der klinische Verlauf von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie berichtet, bei denen keine Indikation für diese Behandlungen gestellt wurde oder bei welchen (noch) kein Wunsch der Betroffenen oder der Sorgeberechtigten danach bestand. Dies bedingt entsprechend große Gruppenunterschiede zwischen den verglichenen Teilkohorten. Für die Gruppen mit gestellter gegenüber nicht gestellter Indikation ist ein unterschiedlicher Schweregrad der assoziierten Psychopathologie oder Unterschiede im Ausmaß der Geschlechtsdysphorie und des damit einhergehenden Leidensdruckes anzunehmen. Es gibt keine Vergleichsstudien zwischen Gruppen behandelter Jugendlicher, bei welchen unterschiedliche Indikationskriterien angewendet wurden.

Schlussfolgerungen zur grundsätzlichen Indikation pubertätsverzögernder und geschlechtsangleichender Behandlungen bei Minderjährigen lassen sich vor dem Hintergrund der skizzierten Datenlage lediglich aus den Follow-Up Daten zur psychischen und körperlichen Gesundheit sowie der sozialen Situation nach durchgeführten Behandlungen ziehen. In den verfügbaren Follow-Up-Studien waren zum Nacherhebungszeitpunkt verschiedene medizinische Maßnahmen durchgeführt worden, meist in Kombination mit psychotherapeutischen Maßnahmen (Becker-Hebly et al., 2021; Chen et al., 2023; Costa et al., 2015; de Vries et al., 2014; Klink et al., 2015; Tordoff et al., 2022; Vlot et al., 2017). Die gemessenen Outcomes in diesen longitudinalen Studienergebnissen können aus methodischen Gründen somit meist nicht einer einzigen Intervention zugeordnet werden, sondern lassen lediglich Aussagen über das Outcome bei Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie nach Durchlaufen eines „Gesamtpakets“ zu, zu dem eine sowohl psychosozial als auch medizinisch unterstützte Transition mit sorgfältiger Indikationsstellung und professioneller Prozessbegleitung gehört.

Die systematischen Reviews des britischen NICE (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2020a, 2020b) zum Stand der Evidenz zu pubertätsblockierenden und geschlechtsangleichenden hormonellen Behandlungen im Jugendalter stellen fest, dass die zum Zeitpunkt der Reviews vorliegenden Studien insgesamt in die Richtung eines günstigen Outcomes nach medizinischen Interventionen für die psychische Gesundheit von Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie weisen. Das Evidenzniveau nach den Kriterien evidenzbasierter Medizin wird auf der Basis der vorliegenden Studien im Hinblick auf die spezifischen Interventionen (Pubertätssuppression und geschlechtsangleichende Hormongabe) dabei als „sehr unsicher“ bewertet. Als Grund wird u.a. die geringe Stichprobenzahl der Studien benannt, bei denen es sich mehrheitlich um Beobachtungsstudien ohne Kontrollgruppe handelt. Zudem wird angeführt, dass in den existierenden Studien Komorbiditäten und begleitende Behandlungen unzureichend berichtet bzw. kontrolliert werden. Gemäß der NICE-Bewertung handelt es sich zudem um Studien von nur wenigen spezialisierten Behandlungszentren, vorwiegend aus dem europäischen Raum, so dass Selektionseffekte die Übertragbarkeit der Ergebnisse limitieren.

Die Evidenzlage für die Behandlung mit Pubertätsblockern wird dabei als noch unsicherer im Vergleich zur geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung im Jugendalter bewertet, für die die Autor*innen auf der Basis von fünf Originalstudien zu dem Schluss kommen, dass eine günstige Wirkung auf die Outcome-Parameter für psychische Gesundheit als „wahrscheinlich“ anzusehen ist (s.u.).

Im vorliegenden Interim Report des sog. *Cass Review*, der für den National Health Service England (NHS) u.a. auf Basis der NICE-Reviews weiterführende Empfehlungen für die künftigen Behandlungsstandards von Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie erarbeiten soll, wird dies kritisch diskutiert. Die Autorin weist hierbei darauf hin, dass die alleinige Pubertätsblockade keine wirksame Behandlung einer Geschlechtsdysphorie sein kann: Pubertätsblocker können bei einer jugendlichen Person mit Geschlechtsdysphorie einen körperbezogenen Leidensdruck nicht anhaltend mindern. Sie ermöglichen für Betroffene lediglich einen befristeten Aufschub, innerhalb dessen es nicht zu einem Fortschreiten weiterer irreversibler Körperveränderungen im Zuge der pubertären Reifung kommt. Das Outcome nach alleiniger Pubertätsblockade kann daher erwartbar nicht wesentlich über das Abwenden einer weiteren Verschlechterung des körperdysphorischen Leidensdrucks hinaus gehen, die im Falle einer Nicht-Behandlung zu erwarten wäre (Cass, 2022). Der messbare Effekt einer alleinigen Pubertätsblockade kann daher allenfalls in einer vorübergehenden Reduzierung der psychosozialen und emotionalen Belastung durch die Entaktualisierung der Angst vor einem Fortschreiten der körperlichen Reifeentwicklung sowie durch die in Aussicht gestellte Perspektive einer gestuften körpermodifizierenden Transitionsbehandlung bestehen.

3. Outcome-Studien zu Psychopathologie, Lebenszufriedenheit und Geschlechtsdysphorie nach körpermodifizierenden Interventionen

Eine Longitudinalstudie aus den Niederlanden (de Vries et al., 2011) mit einer Stichprobe von 70 geschlechtsinkongruenten Jugendlichen (47.1% trans-weiblich und 52.9% trans-männlich) mit einem durchschnittlichen Alter von 13.65 Jahren (Bereich: 11.1-17.0) fand nach knapp zweijähriger Pubertätsblockade mit GnRH-Analoga eine signifikante Verringerung von emotionalen Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten. Vor Behandlungsbeginn zeigten 44.4% der Teilnehmenden emotionale oder Verhaltensauffälligkeiten im klinisch relevanten Bereich. Nach der Behandlung verringerte sich dieser Anteil auf 22.2%. Insbesondere zeigte sich eine signifikante Verringerung der Depressivität mit einer Reduktion des Rohwerts des Beck-Depressions-Inventars (BDI) von 8.31 (Cut-Off für Depression bei 14) vor der Behandlung auf einen Wert von 4.95 zum Zeitpunkt des Follow-Ups. Außerdem zeigte sich eine statistisch signifikante Verbesserung des globalen Funktionsniveaus von durchschnittlich 70.24 (oberer Bereich einiger leichter psychiatrischer Symptome) auf 73.90 (Bereich vorübergehender Symptome). Das Ausmaß der Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper veränderte sich hingegen nach alleiniger Pubertätsblockade wie erwartet nicht statistisch signifikant. Die Stichprobe bestand aus Jugendlichen mit sorgfältig nach definierten Kriterien diagnostizierter persistierender Geschlechtsdysphorie nach Eintritt der Pubertät. Alle Jugendlichen dieser Studie führten die Pubertätsblockade im Verlauf fort und begannen im Anschluss mit einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung.

In einem weiteren Follow-Up zu einer Substichprobe der vorherigen Studie wurden 55 junge Erwachsene (40.0% trans-weiblich und 60.0% trans-männlich), die eine im Jugendalter begonnene gestufte medizinische Transitionsbehandlung mit zunächst Pubertätsblockade und anschließend geschlechtsangleichender Hormongabe sowie geschlechtsangleichenden Operationen durchlaufen hatten, nach im Durchschnitt siebenjähriger Beobachtungszeit nachuntersucht (de Vries et al., 2014). Dabei zeigten sich im Verlauf statistisch signifikante und klinisch relevante Verbesserungen im Bereich des globalen Funktionsniveaus, in der psychopathologischen Symptombelastung, im Ausmaß von Verhaltensauffälligkeiten, in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und in der subjektiven Lebenszufriedenheit, sowie eine statistisch signifikante Abnahme der Körperunzufriedenheit. Während die Ausgangswerte für psychopathologische Symptombelastungen und gesundheitsbezogene Lebensqualität vor Beginn der Pubertätssuppression größtenteils im Bereich klinischer Auffälligkeit lagen, lagen die durchschnittlichen Scores für gesundheitsbezogene Lebensqualität, allgemeine Lebenszufriedenheit und das Ausmaß der psychopathologischen Symptombelastung nach

vollständig durchlaufener körpermodifizierender Transitionsbehandlung im Referenzbereich bevölkerungsrepräsentativer Normierungsstichproben. In dieser Studie wurden die Jugendlichen für die körpermodifizierenden Behandlungen nach definierten Kriterien für die Behandlung im Jugendalter zugelassen. Hierbei wurden nur Jugendliche mit binärer transgeschlechtlicher Identität und ohne psychiatrische Begleitdiagnosen, welche mit der Diagnostik oder Behandlung der Geschlechtsdysphorie interferieren könnten, inkludiert. Zudem fand bei allen inkludierten Jugendlichen durchgehend eine professionelle Prozessbegleitung über alle medizinischen Transitionsschritte durch das Behandlungszentrum statt (Cohen-Kettenis et al., 2008).

In einer Studie aus Großbritannien (Costa et al., 2015) erhielten 201 Jugendliche im Alter von im Schnitt 15.52 Jahren (Bereich: 12-17) zunächst über mehrere Monate psychologische Unterstützung. Davon wurde für 121 Jugendliche (38.5% trans-weiblich und 61.5% trans-männlich) 6 Monate nach der Baseline-Erhebung eine prinzipielle positive Indikation für eine Pubertätsblockade in Aussicht gestellt. Von diesen wurden 60 sofort mit einer Pubertätsblockade behandelt (Gruppe 1). Für die verbleibenden 61 wurde die Entscheidung für den Beginn einer Pubertätsblockade aufgrund diverser Unsicherheiten zurückgestellt (Gruppe 2). Meist wurde dies mit dem Vorhandensein vermehrter und komplexerer psychischer Auffälligkeiten begründet. Gruppe 2 erhielt während der Datenerhebung für diese Studie weiterhin ausschließlich eine nicht näher spezifizierte psychologische Unterstützung. Die im Rahmen dieser Studie gebildeten Gruppen sind daher nicht vergleichbar, weil sie sich zur Baseline-Erhebung in ihrem klinischen Erscheinungsbild systematisch unterschieden. Sie können daher nur als getrennte Verlaufskohorten berichtet werden. Für beide Gruppen zeigte sich im Follow-Up eine statistisch signifikante Verbesserung im globalen Funktionsniveau. Ein spezifischer Add-On-Effekt einer Pubertätsblockade lässt sich aus den berichteten Daten nicht ableiten. Die Ergebnisse untermauern die Heterogenität der Patient*innengruppe in Bezug auf begleitende psychopathologische Auffälligkeiten.

In der bisher größten Follow-Up-Studie mit 148 US-amerikanischen Jugendlichen von Kuper et al. (2020) wurden diese nur mit Pubertätsblockade ($N = 25$, Alter von im Mittel 13.7 Jahren mit Bereich 9.8-14.9) oder mit feminisierender oder maskulinisierender Hormonbehandlung ($N = 123$, Alter von im Mittel 16.2 Jahre mit Bereich 13.2-18.6) behandelt. Nach einem Follow-Up-Zeitraum von durchschnittlich 14.9 Monaten zeigten sich nach dem Selbstbericht der Jugendlichen bzgl. der Mittelwerte ein deutlicher Rückgang der Geschlechtsdysphorie mit Verbesserung ihrer Körperzufriedenheit, leichte bis mäßige Verbesserungen der depressiven Symptomatik und eine ebenso leichte Verbesserung von Angstsymptomen. Diese Veränderungen fielen statistisch signifikant aus.

Eine Follow-Up-Studie aus Deutschland (Becker-Hebly et al., 2021) überwiegend nach Behandlung mit Pubertätsblockade, geschlechtsangleichenden Hormonen oder Operationen kommt zu ähnlichen Ergebnissen. Es wurden die Daten von 75 Personen (14.7% trans-weiblich und 85.3% trans-männlich) mit einem durchschnittlichen Alter bei der Baseline-Messung von 15.56 Jahren (Bereich 11-18) berichtet. Es zeigten sich leichte bis mittlere deskriptive Verbesserungen der Psychopathologie nach einem Befragungszeitraum von im Schnitt zwei Jahren. Die inferenzstatistische Signifikanz wurde nicht getestet.

Eine Verlaufsstudie mit vorläufigen Ergebnissen aus der Schweiz (Pauli et al., 2020) von 51 Jugendlichen (23.9% trans-weiblich und 76.1 % trans-männlich; Alter zur Baseline im Durchschnitt 16.3 Jahre, Bereich 13-19), welche zum Großteil durch Pubertätsblockade oder mit geschlechtsangleichenden Hormonen behandelt wurden, zeigte in einem Befragungszeitraum von im Durchschnitt zwei Jahren zum Teil in der Tendenz ähnliche Ergebnisse. Es zeigte sich hier nur für die trans-weiblichen Jugendlichen eine Verringerung des psychopathologischen Gesamtscores. Diese Veränderung wurde allerdings aufgrund der geringen Fallzahl ($N=12$) nicht inferenzstatistisch signifikant und ließ sich für die trans-männlichen Jugendlichen nicht zeigen. Eine vollzogene soziale Transition erwies sich als positiver Prädiktionsfaktor für Aspekte der Lebenszufriedenheit.

Bei fünf von sechs der obig berichteten Follow-Up-Studien gilt zu berücksichtigen, dass es sich um Verlaufsdaten nach 12-24 Monaten handelt gegenüber dem Langzeit-Follow-Up-Intervall von sieben Jahren bei einer der beiden niederländischen Studien (de Vries et al., 2014). Zudem ist zu berücksichtigen, dass in einigen der genannten Follow-Up-Studien nicht alle Jugendlichen zunächst eine Pubertätsblockade erhielten, sondern bei drei Studien ein Teil der Stichprobe aufgrund des bereits fortgeschritteneren Alters bei Behandlungsbeginn direkt eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung erhielt.

In einer weiteren naturalistischen Verlaufsstudie über einen Zeitraum von insgesamt 12 Monaten (Tordoff et al., 2022) wurden 104 US-amerikanische Jugendliche und junge Erwachsene untersucht, die die ein spezialisiertes Behandlungszentrum aufsuchten (davon 26.0% trans-weiblich, 60.6% trans-männlich, 13.4% nicht-binär oder unbekannt). Ihr Altersschnitt zu Untersuchungsbeginn lag bei 15.8 Jahren (Bereich: 13-20). Es zeigte sich, dass die Häufigkeit von selbstverletzendem Verhalten oder Suizidgedanken in der Gruppe der bisher körpermedizinisch unbehandelten Jugendlichen zur Baseline-Messung bei 45% lag. Nach 12 Monaten lag sie bei den inzwischen mit Pubertätsblockade oder geschlechtsangleichenden Hormonen behandelten Jugendlichen bei 37%. Die berichteten Daten dieser Studie erlauben jedoch keine Aussage darüber, inwieweit dieser moderate Rückgang auf einen Behandlungseffekt zurückzuführen ist oder nicht, da die berichtete Kontrollgruppe der nicht behandelten Personen

mit ($N = 6$) zu klein und aufgrund anzunehmender Gruppenunterschiede als nicht vergleichbar gelten muss.

Eine retrospektive Vergleichsstudie (Turban et al., 2020) bei Erwachsenen, die sich als trans definieren, untersuchte die Untergruppen derjenigen, die in der Adoleszenz zeitweise mit Pubertätsblockern behandelt wurden ($N = 89$) und derjenigen, die sich eine solche gewünscht, aber nicht erhalten haben. Diejenigen, die die Pubertätsblockade gemäß ihrem Wunsche erhalten hatten, zeigten eine statistisch signifikant niedrigere Lebenszeitprävalenz von Suizidalität im Vergleich zu denjenigen, die sie trotz ihres Wunsches nicht erhalten hatten.

In einer Sekundäranalyse von Daten aus der U.S. Transgender Survey, an der sich über 27.000 erwachsene trans Personen beteiligten (26.2% trans-weiblich, 29.6% trans-männlich und 44.2% nicht-binär oder andere Geschlechtsidentität), wurde retrospektiv der Zusammenhang zwischen einer durchgeführten geschlechtsangleichenden Hormontherapie und Outcome-Maßen für psychische Gesundheit (aktuelle psychosoziale Belastung und Suizidgedanken) untersucht (Turban et al., 2022). Hierbei wurden die Untergruppen danach unterschieden, ob eine solche Hormonbehandlung bereits im Jugendalter (14-17J; $N = 481$) oder erst nach dem 18. Lebensjahr ($N = 12.257$) begonnen wurde. Als weitere Untergruppe wurden diejenigen definiert, die angaben, trotz eines entsprechenden Wunsches nach einer solchen Hormonbehandlung eine solche nie erhalten zu haben ($N = 8860$). Nach statistischer Kontrolle verschiedener potenziell konfundierender Variablen zeigte sich eine statistisch signifikant geringere Häufigkeit von Suizidgedanken in den zurückliegenden zwölf Monaten sowie eine signifikant geringere aktuelle psychosoziale Belastung bei der Gruppe der im Jugendalter Behandelten im Vergleich zu den erst im Erwachsenenalter Behandelten. Erwartungsgemäß waren die Outcome-Werte für psychische Gesundheit bei den trotz Wunsch nicht Behandelten nochmals deutlich signifikant schlechter als bei den ab Erwachsenenalter Behandelten. Dies ist als Hinweis für einen für die psychische Langzeitgesundheit günstigen Effekt einer bereits im Jugendalter beginnenden Hormonbehandlung bei einer persistierenden Geschlechtsinkongruenz zu werten.

Für die beiden letztgenannten Studien sind allerdings die möglichen Verzerrungen durch retrospektive Erhebungen als Limitation zu berücksichtigen. So ist es denkbar, dass Menschen mit besseren Ausgangswerten für psychische Gesundheit einen früheren Zugang zu geschlechtsangleichenden Behandlungen erhalten, wodurch der positive Effekt eines früheren Beginns der Intervention überschätzt werden könnte. Auch schränken mögliche Selektionseffekte bei der Gesamtstichprobe durch die Rekrutierung über Organisationen der *Trans-Community* die Übertragbarkeit auf andere Stichproben ein. Dies dürfte sich allerdings auf den Effekt im Binnenvergleich nach Altersgruppen zu Behandlungsbeginn nicht verzerrend auswirken.

3.1. Vergleich zur Studienlage im Erwachsenenalter

Die Evidenz für ein günstiges gesundheitliches Outcome geschlechtsangleichender medizinischer Interventionen bei erwachsenen Patient*innen mit Geschlechtsdysphorie ist deutlich umfassender. Dies ist für die Bewertung der zu erwartenden Wirksamkeit dieser Behandlungen bei Jugendlichen mit zu berücksichtigen. In einer Meta-Analyse wurden $N = 28$ Studien mit insgesamt $N = 1833$ Patient*innen ausgewertet ($N = 1093$ trans-weiblich, $N = 801$ trans-männlich), die sich einer medizinischen Transitionsbehandlung zur Geschlechtsangleichung unterzogen, welche eine Hormontherapie beinhaltet (Murad et al., 2010). Insgesamt 80% der Behandelten berichteten eine signifikante Verbesserung der Geschlechtsdysphorie (95%-KI = 68-89%; 8 Studien; $I_{ch^2} = 82%$); 78% berichteten von einer signifikanten Verbesserung psychischer Symptome (95%-KI = 56-94%; 7 Studien; $I_{ch^2} = 86%$); 80% berichteten von einer signifikanten Verbesserung der Lebensqualität (95%-KI = 72-88%; 16 Studien; $I_{ch^2} = 78%$); und 72% berichteten von einer signifikanten Verbesserung der Sexualfunktion (95%-KI = 60-81%; 15 Studien; $I_{ch^2} = 78%$). Da es sich überwiegend um nicht-kontrollierte Beobachtungsstudien handelte, wird jedoch auch hier das Evidenzniveau trotz hoher Fallzahl gleichwohl als niedrig eingestuft.

3.2. Outcome-Studien zu möglichen somatischen und kognitiven Folgeerscheinungen medizinischer Interventionen im Jugendalter

Verschiedentlich wird argumentiert, dass der Einsatz von Pubertätsblockern im Jugendalter unabsehbare Folgerisiken im Hinblick auf somatische oder kognitive Folgeerscheinungen in sich bergen könnte. Hier ist zu berücksichtigen, dass eine leitliniengerechte Behandlung mit Pubertätsblockern und/oder geschlechtsangleichenden Hormonen im Jugendalter stets nur nach sorgfältiger fachgerechter Indikationsstellung, altersbezogener, individualisierter Nutzen-Risiken-Abwägung und fortlaufender endokrinologischer Kontrolle mit entsprechendem Monitoring aller wichtiger medizinischer Parameter erfolgen sollte. Bei einer Pubertätsblockade sollte deren Dauer zudem stets in einem Rahmen begrenzt bleiben, der unter endokrinologischen Erwägungen vertretbar erscheint, insbesondere um das Risiko schädlicher Auswirkungen auf die spätere Knochendichte zu minimieren (zu Aspekten der Sicherheit der Behandlung siehe Kapitel VIII → „Somatische Aspekte hormoneller Interventionen“).

Folgende Studien zu somatischen und kognitiven Outcomes nach medizinischen Interventionen wurden im Rahmen der Leitlinienerstellung gesichtet:

Eine Studie (Staphorsius et al., 2015) mit Jugendlichen mit diagnostizierter damals noch so genannter „Störung der Geschlechtsidentität“ (GIS) nach den diagnostischen Kriterien des

DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) untersuchte den Einfluss von Pubertätsblockade auf die exekutiven Funktionen, hier im Sinne von Fähigkeit zur Planung und operationalisiert mit der „Tower of London Task“ (ToL) und durch fMRT-Scans. Dahinter stand die Fragestellung, ob eine vorübergehende Pubertätsblockade im Jugendalter zu Reifungsdefiziten im präfrontalen Kortex führen könnten. Es nahmen 20 Jugendliche während einer Pubertätsblockade teil (40% trans- weiblich, 60% trans-männlich) und 20 Jugendliche ohne medizinische Behandlung (50% trans-männlich und 50% trans-weiblich). Ihr Alter lag im Durchschnitt bei 15.4 Jahren (min. 12 Jahre). Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe wurden im Mittel seit 1.6 Jahren ($SD = 1.0$) mit einer Pubertätsblockade behandelt. Es zeigten sich, abgesehen von geringerer Genauigkeit in den ToL-Aufgaben durch mit Pubertätsblockade behandelte trans Mädchen im Vergleich mit der Kontrollgruppe, keine statistisch signifikanten negativen Effekte einer Pubertätsblockade auf die untersuchten exekutiven Funktionen.

Eine weitere Studie (Arnoldussen et al., 2022) konnte zeigen, dass bei 72 Teilnehmenden (27 trans-weiblich und 45 trans-männlich) nach knapp 8-jährigem Follow-Up-Intervall nach Pubertätsblockade und anschließender geschlechtsangleichender Hormonbehandlung das Bildungsniveau und der Berufserfolg in Relation zum vor der Behandlung gemessenen IQ im Bereich des aus Daten der Normalbevölkerung zu erwarteten Bildungsniveaus und Berufserfolgs lag.

In vier Studien (Joseph et al., 2019; Klink et al., 2015; Schagen et al., 2020; Vlot et al., 2017) zu somatischen Parametern wurde u.a. die Knochendichte nach Pubertätsblockade und anschließender geschlechtsangleichender Hormongabe untersucht. Gemeinsam ist den Studien, dass eine statistisch signifikante Abnahme der absoluten Knochendichte unter einer Pubertätsblockade zu beobachten war. Diese wurde unter einer darauffolgenden geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung überwiegend wieder auf Normalwerte der Knochendichte ausgeglichen, wobei die Ergebnisse hierzu teilweise uneinheitlich sind, dahingehend, dass in zwei einzelnen Studien diese Re-Normalisierung der Knochendichte bei je einer Untergruppe nach Geschlecht nicht vollständig erfolgte.

In einer Studie (Vlot et al., 2017) normalisierte sich die Knochendichte der trans Frauen, wohingegen die Knochendichte bei den trans Männern im Durchschnitt noch unter den Normwerten für gleichaltrige cis Frauen blieb. In einer anderen Studie (Schagen et al., 2020) normalisierte sich die Knochendichte bei der trans Männer vollständig, wohingegen sich nur bei den trans Frauen die verminderte Knochendichte unter geschlechtsangleichender Hormonbehandlung nicht vollständig renormalisieren ließ. Die Studienergebnisse im Einzelnen werden in Kapitel VIII → „Somatische Aspekte hormoneller Interventionen“ referiert.

Zusammenfassend ergeben sich aus der teils heterogenen Studienlage deutliche Hinweise dafür, dass bei der Indikationsstellung für eine Pubertätsblockade mit ggf. sich später anschließender geschlechtsangleichender Hormongabe zur Minimierung potenzieller somatischer Nebenwirkungen besondere Anforderungen an eine fachgerechte Durchführung zu stellen sind. Insbesondere eine unter physiologischen Gesichtspunkten rational abgewogene zeitliche Begrenzung einer Pubertätsblockade erscheint wichtig, um somatische Risiken zu minimieren (siehe Kapitel VIII → „*Somatische Aspekte hormoneller Interventionen*“).

Weitere Ergebnisse zu den somatischen Auswirkungen der Hormonbehandlungen einschließlich der zu berücksichtigenden möglichen Auswirkungen einer frühen Pubertätsblockade auf die Notwendigkeit, Durchführbarkeit oder Nicht-Notwendigkeit späterer geschlechtsangleichender Operationen (z.B. Nicht-Notwendigkeit einer späteren Mastektomie bei trans Jungen oder Auswirkungen auf die OP-Verfahren bei späterem Wunsch nach Genitalangleichung bei trans Mädchen) werden ebenfalls in Kapitel VIII → „*Somatische Aspekte hormoneller Interventionen*“ berichtet und diskutiert.

3.3. Follow-Up-Studien zum Verlauf der Geschlechtsinkongruenz nach Beginn medizinischer Behandlungen (inkl. Desistenz)

In der oben berichteten ersten niederländischen Follow-Up-Studie von De Vries et al. (2011) begannen ausnahmslos alle Jugendlichen, die die Behandlung mit Pubertätsblockern begonnen hatten, später auch eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung. Eine neuere retrospektive Studie aus demselben Behandlungszentrum relativierte dieses Ergebnis. Von 143 Jugendlichen, die in den Jahren 2010 bis 2018 mit Pubertätsblockern behandelt wurden, setzten in der Folge 125 (87%) die Behandlung mit geschlechtsangleichenden Hormonen fort. Im Durchschnitt geschah dies nach 12 Monaten bei den trans Mädchen und nach 10 Monaten bei den trans Jungen (Brik et al., 2020). Fünf Jugendliche waren zum Untersuchungszeitpunkt noch zu jung für den Beginn einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung, bei fünf Jugendlichen hatte die Geschlechtsdysphorie im Verlauf nicht persistiert und vier Jugendliche setzten die Pubertätsblockade wegen anderer Gründe (z.B. unerwünschter Nebenwirkungen) nicht fort.

Diese Verlaufsdaten sprechen für die Annahme, dass nach Beginn einer fachgerecht indizierten Pubertätsblockade, durch die ein Fortschreiten der irreversiblen Ausbildung sekundärer Geschlechtsmerkmale des Körpers in jedwede Richtung vorübergehend verhindert wird, im weiteren Entwicklungsverlauf die Möglichkeit einer Desistenz der Geschlechtsinkongruenz fortbesteht. Die Pubertätsblockade kommt demnach nicht in einer „Festlegung“ auf den Weg einer später folgenden geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung

gleich. Dies unterstreicht das grundsätzliche Rationale einer Pubertätsblockade, wonach mit dieser ein befristetes Zeitfenster zur Reflexion der Geschlechtsidentität mit vorübergehender Entaktualisierung der Angst vor der weiteren Pubertätsentwicklung gewonnen werden kann.

In einer kanadischen Studie mit 27 geschlechtsdysphorischen Jugendlichen, die mit einer Pubertätsblockade behandelt wurden, folgte bei 19 (70.4%) eine geschlechtsangleichende Hormongabe (Khatchadourian et al., 2014). Nur bei einem trans Mädchen wurde berichtet, dass es die Transition nicht fortsetzen wollte. Bei den anderen erfolgte die Beendigung der Pubertätsblockade aus anderen Gründen (z.B. unerwünschten Nebenwirkungen).

3.4. Follow-Up Studien zu geschlechtsangleichenden Operationen

Zu geschlechtsangleichenden bei Minderjährigen liegt wenig Literatur vor. Im Jugendalter kann nach den aktuellen internationalen Leitlinienempfehlungen der WPATH (Coleman et al., 2022) die Indikation zu einer Mastektomie Operationen nach geschlechtsangleichender Hormonbehandlung bei minderjährigen trans Jungen mit persistierender Geschlechtsinkongruenz und hohem geschlechtsdysphorischen Leidensdruck in Bezug auf die weibliche Brust gestellt werden (s.u.). Studien mit trans-männlichen Jugendlichen mit dem Wunsch nach einer Mastektomie haben gezeigt, dass die Brustdysphorie der Betroffenen mit stark erhöhten Raten von Angst, Depression und Stress verbunden war und zu funktionellen Einschränkungen führen kann, wie z. B. der Vermeidung von Sport oder Schwimmsportaktivitäten (Mehring et al., 2021; Olson-Kennedy et al., 2018; Sood et al., 2021). Follow-Up-Studien mit Jugendlichen, bei denen zur Reduzierung der Brustdysphorie eine Mastektomie vorgenommen wurde, zeigten gute chirurgische Ergebnisse, Zufriedenheit mit den Ergebnissen und minimales Bedauern während des Studienbeobachtungszeitraums (Marinkovic & Newfield, 2017; Olson-Kennedy et al., 2018). In einer Studie wurde berichtet, dass nach begonnener Testosterongabe bei männlichen trans Jugendlichen die Dysphorie in Bezug auf die weibliche Brust progredient zunehmen kann (Olson-Kennedy et al., 2018).

3.5. Befragungen Behandlungssuchender zu Fertilität und Indikationskriterien

In einer Studie wurde gezeigt, dass in der Frage eines späteren Kinderwunsches eine Diskrepanz besteht zwischen einer (noch) geringen Inanspruchnahme von medizinischen Maßnahmen zur Fertilitätsprotektion (Kryokonservierung) durch junge Menschen, die aufgrund einer Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie körpermodifizierende Behandlungen beginnen und einer höheren Zahl von Personen, die nach in der Vergangenheit erfolgter körpermodifizierender Behandlung einen Kinderwunsch äußern (De Roo et al., 2016). Dies verweist darauf, dass die Bedeutung eines potenziellen späteren Kinderwunsches bei jungen trans Personen bislang von Behandelnden im Gesundheitswesen unterschätzt wird. Eine

medizinische Aufklärung und Beratung zu medizinischen Optionen einer Fertilitätsprotektion sollte demnach möglichst bereits vor der Indikationsstellung zu körpermodifizierenden Interventionen erfolgen (s.u. Empfehlungen).

In einer qualitativen Befragung von 13 niederländischen Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie, die mit einem Durchschnittsalter von 16 Jahren und 11 Monaten eine erste medizinische Transitionsbehandlung begonnen hatten, zeigte sich, dass die meisten von ihnen die Festlegung einer minimalen Altersgrenze für die Indikation einer Pubertätsblockade als problematisch und eine individuelle entwicklungsbezogene Herangehensweise als angemessener ansahen. Betreffend des bekannten Mangels an Studien über mögliche somatische Langzeitfolgen einer Pubertätsblockade äußerten die Jugendlichen, dass sie sich zwar mehr Daten dazu wünschen würden, sie jedoch die Indikation für sich aufgrund ihres hohen Leidensdrucks ohne anderweitige Behandlungsalternative nicht aufgrund des Fehlens der Daten in Frage stellen würden (Vrouenraets et al., 2016).

Offenbar wogen für die Befragten die konkret absehbaren Folgen eines zunehmend irreversiblen Fortschreitens der Ausbildung sekundärer Geschlechtsmerkmale im Falle der Nicht-Behandlung schwerer als die Unsicherheit der Datenlage zu möglichen Spätfolgen der Behandlung. In einer weiteren Studie mit einer Befragung von 15 trans Jugendlichen und jungen Erwachsenen aus den USA im Alter von durchschnittlich 18 Jahren äußerten die Betroffenen den Wunsch nach einem individualisierten flexibleren Zugang zu pubertätsunterdrückenden und geschlechtsangleichenden Maßnahmen (Gridley et al., 2016).

4. Zusammenfassung der Bewertung der Evidenzlage

Insgesamt lässt sich konstatieren, dass berichtete Daten aus bisherigen nicht-kontrollierten klinischen Kohortenstudien zu hormonellen Interventionen bei Jugendlichen mit diagnostizierter Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie gleichsinnige Hinweise für einen günstigen Outcome der gemessenen Parameter für psychische Gesundheit und Lebenszufriedenheit liefern, wenn eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung zumindest Teil der Behandlung war. Das Evidenzniveau ist aufgrund der obig diskutierten methodischen Limitationen schwach. Insbesondere für die berichteten niederländischen Kohortenstudien ist aufgrund von Selektionseffekten durch idealtypisch eng gefasste Einschlusskriterien sowie durch den Umstand, dass drei Studien aus dem gleichen Zentrum stammen, die Übertragbarkeit der

Ergebnisse eingeschränkt. Im systematischen Review des britischen National Institute for Health and Care Excellence (2020b) heißt es hierzu¹:

„Die Ergebnisse von fünf unkontrollierten, beobachtenden Studien (Achille et al., 2020; Allen et al., 2019; Kaltiala et al., 2020; Kuper et al., 2020; López De Lara et al., 2020) legen nahe, dass bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung wahrscheinlich die Symptome der Geschlechtsdysphorie und möglicherweise auch Depressionen, Angstzustände, Lebensqualität, Suizidalität und das psychosoziale Funktionieren verbessert. Die Auswirkungen der Behandlung auf das Körperbild sind unklar. Alle Ergebnisse waren [im Hinblick auf ihr Evidenzniveau] von sehr geringer Gewissheit.“ (2020b, S. 50).

Bei Studien hingegen, in denen die berichtete Intervention ausschließlich in einer alleinigen Pubertätsblockade bestand, ließen sich allenfalls schwache Anhaltspunkte für ein günstiges Outcome auf die gemessenen Parameter ableiten (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2020a). Dies ist mit dem Rational dieser Phase einer gestuften Behandlung erklärbar: Durch ein vorübergehendes Aufhalten einer zunehmend irreversiblen Virilisierung bzw. Feminisierung des körperlichen Erscheinungsbildes ist nicht zu erwarten, dass sich ein körperbezogener geschlechtsdysphorischer Leidensdruck dauerhaft reduzieren lässt. Es geht somit eher um das Vermeiden einer ohne Behandlung zu erwartenden Verschlimmerung dieses Leidensdruckes (Cass, 2022; National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2020a).

Evidenzbasiertes Statement:

VII. E1. Es gibt aus nicht kontrollierten Verlaufsstudien Hinweise dafür, dass sich bei Patient*innen mit im Jugendalter diagnostizierter persistierender Geschlechtsdysphorie, die im Zusammenhang *mit einer sozial unterstützten Transition* eine *gestufte körpermodifizierende Behandlung* erhalten, eine langfristige Verbesserung von Lebensqualität und psychischer Gesundheit im Erwachsenenalter zeigt.

Evidenzgrad: niedrig (2 Studien mit unterschiedlichen Kohorten aus dem gleichen Zentrum)

Referenzen: (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; de Vries et al., 2011, 2014).

¹ eigene Fachübersetzung durch Autor*innen der Leitlinienkommission

Bei den berichteten Studien umfasste eine solche *gestufte körpermodifizierende Behandlung* bei jeweils *fachgerechter spezifischer Indikationsstellung* in der Regel:

1. eine vorübergehende Pubertätssuppression;
2. eine darauffolgende geschlechtsangleichende Hormonbehandlung; und
3. zu einem späteren Zeitpunkt geschlechtsangleichende Operationen.

Bei allen in den berichteten Studien eingeschlossenen Patient*innen erfolgte eine interdisziplinäre Indikationsstellung nach dem so genannten *Dutch Protocol* sowie eine durchgehende professionelle Begleitung über die gesamte Dauer des Transitionsprozesses.

5. Empfehlungen aus bisherigen Leitlinien und Übersichtsartikeln für die Indikationsstellung

In den meisten aktuellen Leitlinien und Übersichtsartikeln mit Empfehlungen für die Indikationsstellung zu körpermodifizierenden Maßnahmen bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie werden jeweils ähnliche bzw. zueinander kompatible Aussagen getroffen. Diese lassen sich unterteilen in Empfehlungen zur geforderten fachlichen Qualifikation der Indizierenden, zu vorausgehenden psychologisch-psychiatrisch diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, zu somatischen Voruntersuchungen und zu Voraussetzungen für eine informierte Zustimmung der Betroffenen.

Folgenden vorliegenden internationalen Leitlinien und Empfehlungen liegt eine transparente Methodik der Leitlinienerstellung zugrunde:

Leitlinien internationaler medizinischer Fachgesellschaften:

- *World Professional Association for Transgender Health (WPATH)* - Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, Version 8. (Coleman et al., 2022): Vollständige Einhaltung der NICE-Kriterien, u.a. unabhängiger externer Literatur-Review, breite Einbindung ausgewiesener internationaler Expert*innen, strukturiertes Delphi-Verfahren zur Konsensus-Findung (vergleichbar zu S3-Niveau der AWMF)
- *Endocrine Society* - Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline (Hembree et al., 2017): Systematische Literaturrecherche und systematisches Literatur-Review, Grading der Empfehlungen nach Stärke der Evidenz, Expertenkonsens und Konsentierung durch mehrere beteiligte Fachgesellschaften (vergleichbar zu S3-Niveau der AWMF).

Leitlinien nationaler medizinischer Fachgesellschaften:

- *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP, Medizinische Fachgesellschaft für Psychiatrie/Kinder- und Jugendpsychiatrie):* Recognising and addressing the mental health needs of people experiencing Gender Dysphoria / Gender Incongruence (RANZCP, 2021): Einfache konsensbasierte Praxisempfehlungen einer medizinischen Fachgesellschaft (am ehesten vergleichbar zu S1-Niveau).
- *American Pediatric Association - Ensuring comprehensive care and support for transgender and gender-diverse children and adolescents (Rafferty et al., 2018):* Einfache konsensbasierte Praxisempfehlungen einer medizinischen Fachgesellschaft (am ehesten vergleichbar zu S1-Niveau)

Die systematischen DELBI-Bewertungen der methodischen Qualität aller gesichteten Leitlinien finden sich in Tabelle 2 des Leitlinienreports (S. 13).

5.1. Standards für die fachliche Qualifikation der Fachperson, welche die Indikation stellt

In den voran erwähnten internationalen Leitlinien werden Kriterien angegeben hinsichtlich der fachlichen Qualifikation der Fachpersonen, welche die Indikation zu einer körpermodifizierenden Behandlung bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz stellen sollen. Die aktuelle Leitlinie der *World Professional Association for Transgender Health* fordert eine Fachperson für psychische Gesundheit auf postgraduiertem Niveau mit zusätzlicher Ausbildung und Expertise in der Thematik der Geschlechtsidentitätsentwicklung sowie der Geschlechtsinkongruenz. Für Fachpersonen, die mit geschlechtsdysphorischen Jugendlichen aus dem Autismusspektrum arbeiten, wird zudem eine Expertise in diesem Gebiet oder eine Zusammenarbeit mit Fachpersonen mit spezieller Expertise diesbezüglich gefordert (Coleman et al., 2022).

In der Leitlinie der *Endocrine Society* wird für die Indikationsstellung ebenfalls eine Fachperson für psychische Gesundheit gefordert, welche Qualifikationen in psychiatrischer Diagnostik aufweist. Zudem werden hier spezifische Kenntnisse in Differentialdiagnostik von Geschlechtsinkongruenz, Kriterien für körpermodifizierende Behandlungen bei Geschlechtsinkongruenz sowie die Fähigkeit zur Einschätzung des reflektierten Verständnisses der Betroffenen bezüglich in Frage kommender Behandlungsmaßnahmen sowie möglicher mit der Behandlung interferierender psychosozialer Umstände verlangt. Zudem wird die regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsaktivitäten gefordert (Hembree et al., 2017).

Die Empfehlung des *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP)* definiert (Kinder- und Jugend-)Psychiater*innen neben anderen "mental health

professionals“ als geeignete Fachpersonen zur Indikationsstellung (RANZCP, 2021). Es wird auf die notwendige Erfahrung der Behandelnden verwiesen, diese wird aber nicht weitergehend definiert. Es wird darin auch die Wichtigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Indikationsstellung hervorgehoben.

Die Leitlinie der American Pediatric Association (Rafferty et al., 2018) fordert eine Zusammenarbeit zwischen pädiatrischen bzw. endokrinologischen Fachpersonen mit Fachpersonen der psychischen Gesundheit mit Expertise in Entwicklungspsychologie und Geschlechtsinkongruenz.

5.2. Psychiatrisch-psychotherapeutische diagnostische und therapeutische Maßnahmen

Die Grundvoraussetzung für die Indikation von körpermodifizierenden Maßnahmen bei Jugendlichen ist in sämtlichen vorliegenden Leitlinien und narrativen Übersichtsarbeiten das Vorliegen einer diagnostisch gesicherten stabilen/persistierenden Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie. Diese wird meist als „anhaltend“ beschrieben, wobei keine Mindestdauer und keine klaren Kriterien für eine Prognose der Persistenz für die Zukunft angegeben werden (Agana et al., 2019; Hembree et al., 2017). In der aktuellen Leitlinie der WPATH wird für die Indikationsstellung einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung aufgrund ihrer partiellen Irreversibilität eine über mehrere Jahre („*several years*“) andauernde Geschlechtsinkongruenz gefordert:

“Given potential shifts in gender-related experiences and needs during adolescence, it is important to establish the young person has experienced several years of persistent gender diversity/incongruence prior to initiating less reversible treatments such as gender-affirming hormones or surgeries.“ (Coleman et al., 2022, S. 60).

Für die Indikationsstellung zu einer Pubertätsblockade wird zwar auch ein über einen längeren Zeitraum anhaltendes Erleben im Sinne einer persistierenden Geschlechtsinkongruenz als Voraussetzung für den Beginn einer Behandlung gefordert, gleichwohl wird konstatiert, dass eine Zeitspanne über mehrere Jahre für die Entwicklungsverläufe in der frühen Pubertät aus praktischen Gründen nicht gefordert werden kann und nicht geeignet wäre, die Stressbelastung, die durch das Fortschreiten pubertärer Körperveränderungen entstehen würde, abzuwenden:

“However, in this age group of younger adolescents, several years is not always practical nor necessary given the remorse of the treatment as a means to buy time while avoiding distress from irreversible pubertal changes.“ (Coleman et al., 2022, S. 60).

Sowohl in der Definition der Diagnose einer Geschlechtsinkongruenz nach ICD-11 (WHO, 2022) als auch der Diagnose einer Geschlechtsdysphorie nach DSM-5 (APA, 2013) sind nicht-binäre Varianten der Geschlechtsidentität ausdrücklich enthalten. Daher werden in allen neueren

Leitlinien auf der Basis dieser Definition junge Menschen mit nicht binärer Geschlechtsidentität explizit nicht von körpermodifizierenden Behandlungen ausgeschlossen (T'Sjoen et al., 2020).

Übereinstimmend wird in den internationalen Leitlinien und Übersichtsartikeln vor der Indikationsstellung zu einer körpermodifizierenden Maßnahme die Durchführung einer psychologisch-psychiatrischen Diagnostik (*Assessment*) unter Berücksichtigung der psychischen Begleitumstände und gegebenenfalls koinzident bestehender psychopathologischer Störungsbilder gefordert (Agana et al., 2019; Coleman et al., 2022; Hembree et al., 2017; RANZCP, 2021), wobei teilweise auch explizit die Erfassung von Resilienzfaktoren und Ressourcen hervorgehoben wird (T'Sjoen et al., 2020). Die Empfehlungen des RANZCP (2021) spezifizieren darüber hinaus, dass die Umstände des Erstauftretens der Geschlechtsdysphorie exploriert werden sollten. Es wird in allen Leitlinien bzw. Empfehlungen darauf verwiesen, dass vor Beginn der Behandlung sichergestellt werden muss, dass bei einer diagnostisch gesicherten Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie eine gegebenenfalls bestehende assoziierte psychische Störung fachgerecht diagnostiziert wird und nicht mit der diagnostischen Klarheit hinsichtlich Geschlechtsinkongruenz sowie nicht mit der Durchführung einer körpermodifizierenden Behandlung interferieren sollte. Gegebenenfalls ist die Behandlung an diese Besonderheiten anzupassen.

Wie in Kapitel IV → „*Assoziierte psychische Auffälligkeiten und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie*“ dargestellt, ist die psychiatrische Morbidität bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie hoch. Da bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie eine begleitende Psychopathologie nach den bisherigen klinischen Erfahrungen der an der Leitlinienerstellung beteiligten Expert*innen häufig durch die Begleitumstände der Geschlechtsdysphorie mitbedingt sind (u.a. körperdysphorische Stressbelastung, psychosoziale Probleme im Umfeld durch mangelnde Akzeptanz, Minoritätenstress, Diskriminierungserfahrungen, internalisierte Transnegativität etc.), sind psychische Störungen per se nicht als Kontraindikation für körpermodifizierende Maßnahmen zu sehen.

Ziel der körpermodifizierenden Maßnahmen bei gesicherter Diagnose ist die Linderung des körperdysphorischen und psychischen Leidensdrucks und somit der psychopathologischen Belastung. In aktuellen Leitlinien und Übersichtsartikeln wird deshalb bei Vorliegen einer mit einer diagnostizierten Geschlechtsinkongruenz koinzidenten psychischen Störung empfohlen, dass diese innerhalb eines integrierten Behandlungskonzeptes fachgerecht adressiert und mitbehandelt werden muss, wenn körpermodifizierende Maßnahmen in Betracht gezogen werden (Agana et al., 2019; Coleman et al., 2022; Hembree et al., 2017; RANZCP, 2021).

Das soziale Umfeld betreffend empfehlen bisherige internationale Leitlinien vor der Indikationsstellung für körpermodifizierende Maßnahmen die Sicherstellung, dass diese Maßnahmen in ausreichendem Maße durch das familiäre oder sonstige soziale Umfeld unterstützt werden. Die in früheren Jahrzehnten noch geforderte begleitende Psychotherapie als obligatorische Voraussetzung für die Indikationsstellung (Möller et al., 2014) ist hingegen in aktuellen internationalen Leitlinien nicht mehr enthalten (Coleman et al., 2022; Hembree et al., 2017). Die Indikation einer psychotherapeutischen Begleitung richtet sich im Einzelfall nach dem Bedarf (siehe Empfehlungen Kapitel V → „*Psychotherapie und psychosoziale Interventionen*“).

5.3. Somatische Voruntersuchungen

Betreffend somatischer Voruntersuchungen sollte gemäß vorliegender Leitlinien sichergestellt sein, dass keine somatische Kontraindikation für die jeweilige körpermodifizierende Behandlung vorliegt (Hembree et al., 2017; Rafferty et al., 2018; T'Sjoen et al., 2020). Weitere Empfehlungen hierzu werden im Kapitel VIII → „*Somatische Aspekte hormoneller Interventionen*“ ausgeführt.

5.4. Vorbedingungen für eine informierte Zustimmung Minderjähriger

Sämtliche vorliegenden Empfehlungen internationaler Leitlinien fordern eine ausführliche Aufklärung der Jugendlichen und ihrer Sorgeberechtigten über die Wirkungsmechanismen und Folgen inklusive möglicher Nebenwirkungen der zur Indikation stehenden körpermodifizierenden Maßnahme (Agana et al., 2019; Coleman et al., 2022; Hembree et al., 2017; RANZCP, 2021). Diese Aufklärung sollte insbesondere auch die möglichen Auswirkungen auf Fertilität, Sexualität, Beziehungserleben, Körpererleben und die Auswirkungen jeder Maßnahme auf allfällige weitere geschlechtsangleichende körpermodifizierende Maßnahmen beinhalten (Coleman et al., 2022; T'Sjoen et al., 2020). Auch sollte dabei auf Unsicherheiten in der Entscheidungsfindung und Evidenzlage hingewiesen werden (RANZCP, 2021). Außerdem müsse die informierte Entscheidungsfindung und die Fähigkeit zur informierten Zustimmung fachgerecht dokumentiert werden (RANZCP, 2021).

Die informierte Zustimmung der einwilligungsfähigen (D) bzw. entscheidungsfähigen (A) bzw. urteilsfähigen (CH) Betroffenen selbst steht vor einer Entscheidung für eine Behandlung im Vordergrund, wobei je nach Reifegrad der Jugendlichen und Rechtslage der Länder die Zustimmung der Sorgeberechtigten bei Minderjährigen zusätzlich maßgeblich ist (Agana et al., 2019; Coleman et al., 2022; Hembree et al., 2017). Klare Altersgrenzen für die Indikation körpermodifizierender Maßnahmen werden in älteren Leitlinien teilweise noch angegeben wie z.B. das Alter von 12 Jahren für die Pubertätsblockade (Byne et al., 2012). In der Leitlinie der

Endocrine Society wird angegeben, dass die nötige geistige Reife für eine informierte Zustimmung zu einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung in der Regel um die 16 Jahre erreicht wird, jedoch in einzelnen Fällen eine frühere Indikationsstellung ab 14 Jahren gerechtfertigt sein kann (Hembree et al., 2017). Dort wird für die geschlechtsangleichende Mastektomie eine entwicklungs- und reifegradbezogene Herangehensweise ohne feste Altersgrenze empfohlen, jedoch für die geschlechtsangleichenden Genitaloperationen weiterhin die Altersgrenze von 18 Jahren angegeben (Hembree et al., 2017).

In den aktuellen Leitlinien der WPATH (Coleman et al., 2022) wurde ebenfalls die Empfehlung jeweiliger Altersgrenzen für gestufte einzelne körpermodifizierende Behandlungsschritte grundsätzlich verlassen zugunsten einer entwicklungspsychologischen Betrachtungsweise und Indikationsstellung nach individueller somatosexueller und psychischer Reife. Dies entspricht auch der deutschen Rechtslage sowie den entsprechenden Rechtslagen in der Schweiz und Österreich für die Feststellung der Einwilligungsfähigkeit/Entscheidungsfähigkeit/Urteilsfähigkeit Minderjähriger für medizinische Eingriffe. Diese ist nicht anhand von Altersgrenzen zu beurteilen, sondern individuell zu prüfen (siehe Kapitel X → „*Recht und Ethik*“).

Für eine Pubertätsblockade wie auch für eine geschlechtsangleichende Hormongabe wird gefordert, dass die Indikationsstellung im individuellen Einzelfall nach Abschätzung der erwarteten Vorteile und Risiken eines Behandlungsschrittes und je nach individuellem Reifegrad der Betroffenen gemeinsam mit den Betroffenen und deren Sorgeberechtigten gefällt wird (Coleman et al., 2022). Eine Mastektomie kann gemäß WPATH-Leitlinie *Standards of Care* bei minderjährigen trans-männlichen Patienten mit Geschlechtsinkongruenz indiziert sein bei starkem geschlechtsdysphorischem Leidensdruck und sorgfältigem Abwägen der zu erwartenden Vor- und Nachteile dieses Behandlungsschrittes (Coleman et al., 2022). Für weitere operative Eingriffe wie Vaginoplastik oder operative Brustvergrößerung (Brustaugmentation) bei Minderjährigen wird dort eine Mindestdauer von 12 Monaten einer vorangehenden geschlechtsangleichenden Hormongabe gefordert. Eine Phalloplastik wird bei Minderjährigen nicht empfohlen (Coleman et al., 2022).

6. Zu den Empfehlungen

6.1. Grundsätzliches

Bei jeder Indikationsstellung muss der Wunsch der behandlingssuchenden Person individuell geklärt und berücksichtigt werden. Mögliche Vor- und Nachteile der Behandlungen, Informationen

über die Prognose und Behandlungsrisiken sind in einem Prozess des *shared decision making* im Dialog mit Behandlungssuchenden und ihren Sorgeberechtigten transparent und nachvollziehbar zu vermitteln (siehe Präambel und Ausführungen zu Behandlungsentscheidungen in Kapitel X → „*Recht und Ethik*“).

6.2. Pubertätsblockade

Eine Pubertätsblockade dient der Verhinderung der Entwicklung oder des Fortschreitens der Ausbildung sekundärer Geschlechtsmerkmale (z.B. Brustwachstum, Bart, Stimmbruch, geschlechtstypische Gesichtszüge, geschlechtstypischer Körperbau etc.) bei Jugendlichen mit diagnostizierter Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie. Diese stets nur für einen begrenzten Zeitraum vorgenommene Blockade der fortlaufenden Pubertät dient somit noch nicht der Geschlechtsangleichung, sondern soll vorerst vorrangig verhindern, dass durch das Fortschreiten der somatosexuellen Reifung der hierdurch bedingte geschlechtsdysphorische Leidensdruck weiter ansteigt. Hierdurch kann ein bestehender geschlechtsdysphorischer Leidensdruck vorübergehend entaktualisiert werden, was wiederum dazu beitragen kann, dass psychische Begleitsymptome wie z.B. Depressivität unter eine Pubertätsblockade sich vorübergehend bessern, ohne dass sich hierbei die Symptome der Geschlechtsdysphorie messbar reduzieren lassen (de Vries et al., 2011).

Nach weithin anerkannter endokrinologischer Auffassung, die u.a. durch die verfügbare Evidenz für die Anwendung von GnRH-Analoga bei der Pubertas praecox untermauert ist, gilt laut internationaler Leitlinie der Endocrine Society eine vorübergehende Pubertätsblockade im Hinblick auf ihre somatischen Wirkeffekte als vollständig reversibel (Hembree et al., 2017). Dies bedeutet, dass bei Absetzen der Behandlung die weitere genetisch angelegte pubertäre Reifung vollständig erfolgen kann. Entsprechend kann die komplette Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale im bei Geburt zugewiesenen Geschlecht mit der durch die Behandlung bedingten zeitlichen Verzögerung nachgeholt werden (Hembree et al., 2017). Durch einen möglicherweise ebenfalls verspätet einsetzenden Schluss der Epiphysenfuge sind mögliche Auswirkungen auf die körperliche Endgröße zu berücksichtigen (siehe Kapitel VIII → „*Somatische Aspekte hormoneller Interventionen*“).

In den aktuellen Leitlinien internationaler medizinischer Fachgesellschaften (Coleman et al., 2022; Hembree et al., 2017) sowie auf der Basis der klinischen Erfahrungen der überwiegenden Mehrheit der an dieser Leitlinienerstellung beteiligten Expert*innen besteht ein weitgehender Konsens darüber, dass eine vorübergehende Pubertätsunterdrückung mit GnRH-Analoga bei fachgerechter Indikationsstellung eine medizinisch gut begründbare Behandlungsoption bei einer mit hoher Wahrscheinlichkeit persistierenden

Geschlechtsinkongruenz im Jugendalter darstellt. Hierbei ist für Behandlungsentscheidungen der aktuell verfügbare Evidenzgrad entsprechend den Kriterien des *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine* (OCEBM, 2011) nicht höher als Stufe IV anzusiedeln (d.h. Evidenz basierend auf nicht-kontrollierten beschreibenden Kohortenstudien und Fallserien).

Zudem stützt sich die Behandlungsempfehlung auf die bekannten hormonellen Mechanismen und die langjährigen klinischen Erfahrungen und klinischen Studien zur Pubertätsunterdrückung bei Pubertas Praecox. Der entsprechende Evidenzgrad V nach den OCEBM-Kriterien (OCEBM, 2011) *Reasoning by Mechanism* bzw. *Mechanistic Evidence* (Aronson, 2020; Howick et al., 2009) ist bei endokrinologischen Interventionen wie z.B. Hormonersatztherapien häufig handlungsleitend, für die es in Ermangelung einer Behandlungsalternative regelhaft keine kontrollierten Studien gibt. Entsprechend weist der aktuelle Interim Report des *Cass Review* (2022), der für den National Health Service England (NHS) nationale Behandlungsempfehlungen für Jugendliche mit Geschlechtsinkongruenz erstellt, darauf hin, dass solange die verfügbare Evidenz aus Verlaufsstudien unsicher ist, ein möglichst breiter – sowie durch strukturierten Austausch als *learning system* angelegter – *erfahrungsbasierter Expert*innenkonsens* weiter als vorläufige Basis für Behandlungsentscheidungen dienen sollte. Eine fachgerechte Behandlungsempfehlung bei komplexen medizinischen Interventionen setzt eine individuelle Abwägung von zu erwartendem Nutzen und zu berücksichtigenden Risiken voraus. Diese müssen mit Patient*in und Sorgeberechtigten eingehend erörtert werden.

6.2.1. Angestrebte psychosoziale Effekte einer Pubertätsblockade

Das Rationale der Pubertätsblockade, wie es in aktuellen internationalen Leitlinienempfehlungen der *WPATH*, der *Endocrine Society* sowie der *American Pediatric Association* ausgeführt ist (Coleman et al., 2022; Hembree et al., 2017; Rafferty et al., 2018), besteht in einem zeitlich befristeten Anhalten einer fortschreitenden und irreversiblen Virilisierung bzw. Feminisierung des körperlichen Erscheinungsbildes. Bei den betroffenen Jugendlichen mit diagnostizierter Geschlechtsinkongruenz kann so ein körperbezogener geschlechtsdysphorischer Leidensdruck entaktualisiert werden bzw. dessen Verstärkung kann aufgehalten werden. Hierdurch soll ein Zeitfenster geschaffen werden, welches mit Hilfe einer professionellen Prozessbegleitung für die Vorbereitung einer hinreichenden Einwilligungsfähigkeit (D)/ Urteilsfähigkeit (CH)/ Entscheidungsfähigkeit (A) im Hinblick auf eine etwaig später gewünschte geschlechtsangleichende Hormonbehandlung genutzt werden kann. Obwohl eine Pubertätsblockade im oben genannten Sinn reversibel ist, kann nicht ausgeschlossen werden,

dass mit deren Durchführung die psychosexuelle Entwicklung z.B. durch die Verzögerung von pubertären Hirnreifungsprozessen beeinflusst werden könnte. Dem wird bei der Indikationsstellung u.a. dadurch Rechnung getragen, dass hierfür bereits das Vorliegen einer *persistierenden Geschlechtsinkongruenz im Jugendalter* gefordert wird (s.u. Empfehlungen). Zudem sind die Betroffenen und ihre Sorgeberechtigten auf die unzureichende Evidenz in dieser Hinsicht hinzuweisen, damit sie dies in ihren Entscheidungsprozess einbeziehen können.

Ein potenzieller Nutzen einer zunächst vorgenommenen Pubertätsblockade kann darin bestehen, dass die Entscheidung für oder gegen den Beginn einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung für einen begrenzten Zeitraum noch aufgeschoben werden kann, ohne dass hierbei das weitere irreversible Fortschreiten einer Virilisierung bzw. Feminisierung des Körpers im Rahmen der genetisch programmierten Reifeentwicklung in Kauf genommen werden muss. Dies lässt die Möglichkeit einer Desistenz der Geschlechtsinkongruenz noch offen, ohne dass im wesentlich wahrscheinlicheren Falle ihrer Persistenz schwerwiegende Folgen für die körperliche Entwicklung in Kauf genommen werden müssen, die den späteren Leidensdruck erwartbar erhöhen würden. Jugendliche mit einer sehr wahrscheinlichen persistierenden Geschlechtsinkongruenz können dieses Zeitfenster nutzen, um sich über die zeitliche Stabilität/Persistenz oder möglichen Fluidität ihrer empfundenen Geschlechtsidentität sicherer zu werden. Dies impliziert die Möglichkeit, dass im Zuge der weiteren Prozessbegleitung eine begonnene Pubertätsblockade wieder abgesetzt werden kann, wenn sich der oder die betroffene Jugendliche dafür entscheiden sollte, die Transition nicht fortzusetzen und im bei Geburt zugewiesenen Geschlecht oder in einer non-binären Identität ohne geschlechtsangleichende Maßnahmen weiter leben zu wollen. Solche Desistenzverläufe nach Beginn einer Pubertätsblockade sind selten, was aufgrund der strengen Vorgaben für eine Indikationsstellung und der gebotenen Sorgfalt einer vorausgehenden Prozessbegleitung zu erwarten ist. Sie kommen jedoch vor und werden in vorliegenden Follow-Up-Studien mit der Häufigkeit von 0-4% angegeben (s.o.).

Fallbeispiel: Desistenz nach anderthalbjähriger Pubertätsblockade (Rölver et al., 2022)

Die im weiblichen Geschlecht geborene Alexa stellt sich im Alter von 12 Jahren als Junge unter dem Namen „Claus“ vor. Sie hatte im weiblichen Geschlecht eine unauffällige Kindheit ohne besonders geschlechtstypische oder -atypische Verhaltensweisen durchlaufen. Mit Eintritt der Pubertät im Alter von elfeinhalb Jahren war eine zunehmende geschlechtsdysphorische Symptomatik entstanden mit Ablehnung der weiblichen Körperveränderungen und zunehmend männlichem Identitätserleben. Bei der Erstvorstellung wird eine ausgeprägte depressive Symptomatik berichtet sowie der Wunsch, nach außen

als Junge leben zu wollen. Aufgrund der Depression und im weiteren Verlauf hinzukommender Selbstverletzung wird eine hochfrequente Psychotherapie über neun Monate eingeleitet. Während dieser Zeit vollzieht „Claus“ einen vollständigen sozialen Rollenwechsel ins männliche Geschlecht, was in „seinem“ Erleben und in der Wahrnehmung der Eltern zu einer psychischen Stabilisierung mit Rückgang der depressiven Symptomatik beiträgt, wobei die körperbezogene Geschlechtsdysphorie persistiert. Nach einer insgesamt 10-monatigen klinischen Verlaufsbeobachtung wird auf Basis einer nach DSM-5 diagnostizierten Geschlechtsdysphorie in Verbindung mit einer mittelgradigen depressiven Episode nach informierter Zustimmung durch Patient und Eltern eine Pubertätsblockade mit GnRH-Analoga eingeleitet. Dies führt zu einem anhaltenden Rückgang der geschlechtsdysphorischen Stressbelastung. „Claus“ kann über mehrere Monate den Alltag stabil bewältigen. Die ambulante Psychotherapie wird fortgeführt. Nach ca. 18 Monaten unter Pubertätsblockade aggraviert die depressive Symptomatik erneut, was zu einer stationären Aufnahme in unserer Klinik führt. Der knapp 15-jährige „Claus“ äußert, dass „ihn“ die im Raum stehende Entscheidung für eine Testosteronbehandlung in eine Krise gestürzt habe, da diese Behandlung sich für ihn auch „irgendwie falsch“ anfühle. Unter therapeutischer Begleitung wird gemeinsam mit den Eltern entschieden, die Pubertätsblockade abzusetzen. „Claus“ lebt zunächst sozial in der männlichen Rolle unter seinem männlichen Vornamen weiter, setzt sich aber intensiv mit den inneren Prozessen auseinander, die durch die bald darauf einsetzende Menstruation und das fortschreitende Brustwachstum ausgelöst werden. Die ambulante Psychotherapie wird wieder aufgenommen. Anderthalbjahre später, mittlerweile knapp 17 Jahre alt, entscheidet die Jugendliche, wieder den weiblichen Geburtsnamen „Alexa“ anzunehmen. Gleichzeitig lässt sie sich eine Gestagenpille verschreiben, um die Menses zu unterdrücken, da diese nach wie vor eine große Stressbelastung für sie bedeutet. In der sehr reflektierten Selbstreflexion beschreibt Alexa ihre Identität mittlerweile als non-binär, wobei sie die äußere Erscheinung ihres weiblichen Körpers akzeptiert. In Rückschau steht sie zu dem beschrittenen Weg einschließlich der Pubertätsblockade und gibt an, sie habe diese Zeit für die eigene Selbstfindung gebraucht.

Ein Abwarten ohne körpermodifizierende Intervention stellt für das Zeitintervall des Abwartens keine neutrale Option dar (Coleman et al., 2022; Deutscher Ethikrat, 2020). Durch ein Fortschreiten der somatosexuellen Reifung ist eine Aggravation des geschlechtsdysphorischen Leidensdruckes zu erwarten, da für die Linderung keine andere Therapieoption besteht. Für die fachgerechte Indikationsstellung müssen daher in einem sehr sorgfältigen Prozess die potentiellen Vor- und Nachteile einer Behandlung bzw. ihrer Unterlassung abgewogen werden (Deutscher Ethikrat, 2020).

Die zu berücksichtigenden somatischen Aspekte einer Pubertätsblockade sowie die klinischen Behandlungsrichtlinien für die Durchführung sind im Kapitel VIII → „*Somatische Aspekte hormoneller Interventionen*“ dieser Leitlinie dargestellt. Eine Pubertätsblockade erfordert die sorgfältige Indikationsstellung durch eine psychologisch-psychiatrische sowie eine

endokrinologische Fachperson. In komplexen Fällen können medizinethische Fachpersonen zur Entscheidungsfindung herangezogen werden.

Konsensbasierte Empfehlung:

| | |
|----------------|--|
| VII. K0 | Für eine fachgerechte Indikationsstellung sind spezielle Fachkenntnisse und mehrjährige Erfahrung in der Prozessbegleitung und Behandlung von Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz erforderlich. Fachpersonen ohne hinreichende spezielle Vorkenntnisse und Erfahrungen in diesem Bereich sollten zur fachlichen Absicherung einer Indikationsstellung eine hinreichend erfahrene Fachperson oder eine Spezialambulanz bzw. ein spezialisiertes Behandlungszentrum hinzuziehen. |
|----------------|--|

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Zur Erläuterung: Dieses Hinzuziehen von ausgewiesener Expertise ist nicht formal definiert und richtet sich nach den jeweils individuellen Gegebenheiten innerhalb einer sich als lernendes System stetig weiter entwickelnden Versorgungs- und Fortbildungslandschaft. Dies kann z.B. in Form einer unabhängigen medizinischen Zweitmeinung, durch eine konsiliarische Mitbeurteilung, durch kollegiale Intervention oder Supervision, oder durch Fallkonferenzen in Qualitätszirkeln erfolgen.

Konsensbasierte Empfehlung:

| | |
|-----------------|---|
| VII. K1. | Eine Indikationsstellung zur Pubertätsblockade bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie sollte zweigleisig ² erfolgen und erfordert interdisziplinäre Expertise und Kooperation. Voraussetzung für diese Indikationsstellung ist eine der Dringlichkeit und Komplexität der Einzelsituation angemessene kinder- und jugendpsychiatrische bzw. –psychotherapeutische diagnostische Einschätzung. Der somatische Teil der Indikation sollte im Hinblick auf ihre Voraussetzungen (pubertäres Reifestadium, Abwesenheit von somatischen Kontraindikationen etc.) durch eine erfahrene pädiatrisch-endokrinologische Fachperson beigetragen werden. |
|-----------------|---|

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

² Der Begriff „zweigleisig“ bezieht sich hier auf die im Folgenden ausgeführte interdisziplinäre Kooperation zwischen psychiatrisch-psychotherapeutischer und somatischer medizinischer Expertise.

VII. K2. Die Fachkenntnis der Personen, die den kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutisch-psychotherapeutischen Teil der Indikation für eine Pubertätsblockade bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie stellen, sollte folgende formalen Anforderungen erfüllen:

Allgemeine Qualifikationen:

Eine der folgenden für das Kindes- und Jugendalter spezifischen Qualifikationen:

D:

- fachärztliche Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Approbation für Kinder- und Jugendpsychotherapie
- fachärztliche Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie

CH:

- Facharzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Foederatio Medicorum Helveticorum/FMH)
- Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeut*in

A:

- Facharzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin
- Eintragung als Psychotherapeut*in mit Weiterbildung in Säuglings-, Kinder- und Jugendpsychotherapie

Oder alternativ bei entsprechend ausgewiesener klinischer Expertise in der Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen:

D:

- Fachärztliche Gebietsbezeichnung für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Approbation für Psychologische Psychotherapie

CH:

- Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie/FMH)

A:

- Fachärzt*in für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Fachärzt*in für Psychiatrie und Neurologie
- Eintragung als Psychotherapeut*in, Eintragung als klinische*r Psycholog*in

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Voraussetzung für die Indikationsstellung für eine Pubertätsblockade ist die Feststellung einer stabilen/persistierenden *Geschlechtsinkongruenz im Jugendalter* entsprechend den diagnostischen Kriterien der ICD 11 ((WHO, 2022) mit gleichzeitig bestehendem geschlechtsdysphorischem Leidensdruck. Letzterer kann sich in einer antizipatorischen Angst vor dem Fortschreiten der Feminisierung bzw. Virilisierung des körperlichen Erscheinungsbildes zeigen, ohne dass bereits krankheitswertige psychosoziale Beeinträchtigungen eingetreten sind (s.u.). Zur Beurteilung, inwieweit eine klinisch relevante Geschlechtsdysphorie besteht oder bei Fortschreiten der pubertären Reifung zu erwarten wäre, können die diagnostischen Kriterien der Geschlechtsdysphorie im Jugend- und Erwachsenenalter nach DSM-5 (APA, 2013) zusätzlich herangezogen werden. Eine zweifache Diagnosestellung (d.h. Geschlechtsinkongruenz nach ICD-11 und Geschlechtsdysphorie nach DSM-5) ist hierbei nicht erforderlich. Wenn die Kriterien einer Geschlechtsdysphorie nach DSM-5 zusätzlich erfüllt sind, sollte dies in der klinischen Dokumentation festgehalten werden³.

Die alleinige Diagnose einer vor Eintritt der Pubertät festgestellten *Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter* (ICD-11, HA61) reicht für eine Indikationsstellung nicht aus, da sie im Hinblick auf deren persistierenden oder desistierenden Entwicklungsverlauf nicht hinreichend aussagefähig ist (siehe Kapitel II → „*Variante Entwicklungsverläufe*“). Gleichwohl kann eine bereits in der vorpubertären Entwicklungsvorgeschichte dokumentierte Diagnose einer *Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter* zur Gesamtbeurteilung eines Entwicklungsverlaufes herangezogen werden, um eine Diagnose in einem frühen Pubertätsstadium abzusichern. So ist in der Literatur zu persistierenden vs. desistierenden Entwicklungsverläufen beschrieben, dass bei einer im Kindesalter in Erscheinung getretenen Geschlechtsdysphorie zwar einerseits desistierende Verläufe nach Eintritt der Pubertät häufig sind, andererseits aber in Fällen einer Persistenz diese meist bis zum 13. Lebensjahr unter dem Einfluss der begonnenen

³ Insbesondere für Forschungskontexte empfiehlt es sich aufgrund der internationalen Vergleichbarkeit untersuchter Samples, zu dokumentieren, wie häufig bei Patient*innen mit GI auch eine GD nach DSM-5 diagnostiziert wurde.

Reifeentwicklung deutlich wird (Steensma et al., 2011, 2013 siehe Kapitel II → „*Variante Entwicklungsverläufe*“).

Abb. 2: Diagnosekriterien für Geschlechtsinkongruenz im Jugend- und Erwachsenenalter (HA60/ICD-11, WHO, 2022).

Eine Geschlechtsinkongruenz im Jugend- und Erwachsenenalter ist gekennzeichnet durch:

- eine *ausgeprägte und [zeitlich überdauernd] anhaltende Inkongruenz* zwischen dem empfundenen Geschlecht einer Person und dem zugewiesenen Geschlecht, die oft zu dem *Wunsch nach einer "Transition"* führt, *um als eine Person des erlebten Geschlechts zu leben und akzeptiert zu werden*, und zwar durch eine Hormonbehandlung, einen chirurgischen Eingriff oder andere Gesundheitsdienstleistungen, um den Körper der Person *so weit wie möglich und gewünscht an das erlebte Geschlecht anzupassen*.

Die Diagnose kann nicht vor dem Einsetzen der Pubertät gestellt werden. Geschlechtsvariante Verhaltensweisen und Vorlieben allein sind keine Grundlage für die Zuweisung der Diagnose.

Abb. 3: Diagnosekriterien für Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter (HA61/ICD-11, WHO, 2022).

Eine Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter ist durch eine *ausgeprägte Inkongruenz* zwischen dem erlebten/ausgedrückten Geschlecht einer Person und dem zugewiesenen Geschlecht bei vorpubertären Kindern gekennzeichnet. Dazu gehören:

- der starke Wunsch, ein anderes als das zugewiesene Geschlecht zu sein,
- eine starke Abneigung des Kindes gegenüber seiner sexuellen Anatomie oder den erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmalen und/oder ein starker Wunsch nach den primären und/oder erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmalen, die dem erlebten Geschlecht entsprechen,
- sowie Fantasiespiele, Spielzeug, Spiele oder Aktivitäten und Spielkameraden, die typisch für das erlebte Geschlecht und nicht für das zugewiesene Geschlecht sind.

Die Inkongruenz muss *seit etwa 2 Jahren* bestehen. Geschlechtsvariante Verhaltensweisen und Vorlieben allein sind keine Grundlage für die Zuweisung der Diagnose.

Abb. 4: Diagnostische Kriterien der Geschlechtsdysphorie im Jugend- und Erwachsenenalter nach DSM 5 (APA, 2013, S. 621)

- A. Eine **seit mindestens 6 Monaten** bestehende ausgeprägte Diskrepanz zwischen Gender und Zuweisungsgeschlecht, wobei **mindestens zwei der folgenden Kriterien** erfüllt sein müssen:
1. Ausgeprägte Diskrepanz zwischen Gender und den primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmalen (oder, bei Jugendlichen, den erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmalen).
 2. Ausgeprägtes Verlangen, die eigenen primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale loszuwerden (oder, bei Jugendlichen, das Verlangen, die Entwicklung der erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmale zu verhindern).
 3. Ausgeprägtes Verlangen nach den primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmalen des anderen Geschlechts.
 4. Ausgeprägtes Verlangen, dem anderen Geschlecht anzugehören (oder einem alternativen Gender, das sich vom Zuweisungsgeschlecht unterscheidet).
 5. Ausgeprägtes Verlangen danach, wie das andere Geschlecht behandelt zu werden (oder wie ein alternatives Gender, das sich vom Zuweisungsgeschlecht unterscheidet).
 6. Ausgeprägte Überzeugung, die typischen Gefühle und Reaktionsweisen des anderen Geschlechts aufzuweisen (oder die eines alternativen Gender, das sich vom Zuweisungsgeschlecht unterscheidet).
- B. Klinisch relevantes Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Bei Jugendlichen, die sich noch in einem frühen Stadium der Pubertät befinden, kann sich die Feststellung eines geschlechtsdysphorischen Leidensdrucks vorwiegend auf eine geäußerte antizipatorische Angst vor einer fortschreitenden Virilisierung bzw. Feminisierung des körperlichen Erscheinungsbildes beziehen, die als nicht zum empfundenen eigenen Geschlecht passenderlebt und abgelehnt werden. Ein solcher vorwiegend antizipatorischer Stress ist insbesondere typisch für Jugendliche, die bereits in der Kindheit einen sozialen Rollenwechsel vollzogen haben und mit hoher sozialer Zufriedenheit und Akzeptanz in ihrem empfundenen Geschlecht leben und demzufolge keinen Anlass mehr für ein leidvolles Störimpfinden gegenüber der ihnen zugewiesenen sozialen Geschlechtsrolle haben. In solchen Fällen wäre es nach Auffassung der

überwiegenden Mehrheit der an der Leitlinienerstellung beteiligten Expert*innen unethisch und mit dem ethischen Prinzip des „Nicht-Schadens“ unvereinbar, bei einer aktuell psychosozial nicht wesentlich beeinträchtigten jugendlichen Person den Verlauf der pubertären Reifeentwicklung so lange abzuwarten, bis aktuell ein „hinreichend krankheitswertiger“ körperdysphorischer Leidensdruck mit eingetretenen psychischen Beeinträchtigungen festgestellt werden kann.

Empirisch validierte Einzelkriterien für die Feststellung einer dauerhaften Stabilität/Persistenz der Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie liegen nach der von uns gesichteten Studienlage nicht vor. Es obliegt also der psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachperson mit Erfahrung in der Exploration diverser Geschlechtsidentitätsentwicklungen von Kindern und Jugendlichen, im gemeinsamen Gespräch mit den Betroffenen und den Sorgeberechtigten eine individuelle Einschätzung und Prognose aus dem Gesamtbild vorliegender psychischer Befunde, der Schilderungen und Reflexionen der Betroffenen und deren Lebensgeschichte zu erarbeiten.

Dies erfordert üblicherweise eine diagnostisch-explorative Prozessbegleitung über mehrere Termine und Wochen oder Monate. Für die psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson ist hierbei neben Erfahrung in der diagnostischen Einschätzung von berichteter geschlechtsinkongruenter bzw. geschlechtsdysphorischer Symptomatik insbesondere eine umfassende Kenntnis der Variationsbreite von diesbezüglichen Entwicklungsverläufen wichtig. Dies schließt die Kenntnis über Verläufe ein, die mit Desistenz einer Geschlechtsdysphorie im Laufe des Jugendalters oder mit späterer Detransition nach vollzogener Transition einhergehen (siehe Kapitel II → „Variante Entwicklungsverläufe“).

Konsensbasierte Empfehlung:

| |
|---|
| <p>VII. K3. Voraussetzung für die Indikation einer Pubertätsblockade sollte das Vorliegen einer stabilen/persistierenden Geschlechtsinkongruenz (GI) nach Pubertätseintritt (nach den diagnostischen Kriterien der GI im Jugendalter/ ICD-11 HA60) mit bestehendem geschlechtsdysphorischen Leidensdruck sein. Die diagnostische Einschätzung sollte im Rahmen einer Zusammenarbeit der psychiatrisch-psychotherapeutisch/psychotherapeutischen Fachperson mit den Patient*innen und ihren Sorgeberechtigten/Bezugspersonen anhand der sorgfältigen Exploration der psychischen Befunde und der Lebensgeschichte erfolgen.</p> |
|---|

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Bei Hinweisen auf psychopathologische Auffälligkeiten sind die in Kapitel IV → „Assoziierte psychische Auffälligkeiten und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen mit

Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie“ ausgeführten Empfehlungen zum diagnostischen Vorgehen zu beachten, insbesondere, um keine behandlungsbedürftige psychische Störung zu übersehen, deren Symptomatik mit geschlechtsdysphorischen Symptomen überlappen oder interferieren könnte. Dies kann die für eine Indikationsstellung erforderliche diagnostische Klarheit erschweren, was im Einzelfall zu längeren diagnostischen Prozessbegleitungen führen kann.

6.2.2. Sonderfall: Einleitung einer Pubertätsblockade mit hoher zeitlicher Dringlichkeit

In der Versorgungspraxis kann insbesondere bei einer Geschlechtsinkongruenz und hohem geschlechtsdysphorischem Leidensdruck in den frühen Stadien der Pubertätsentwicklung ein hoher Zeitdruck für die Betroffenen entstehen, der einen entsprechend verstärkten Handlungsdruck erzeugt. Nach Pubertätseintritt kann bei Betroffenen das Fortschreiten irreversibler Körperveränderungen mit lebenslangen Auswirkungen auf die Körperdysphorie und Lebensqualität (z.B. männlicher Stimmwechsel, weibliches Brustwachstum) verbunden sein, so dass oftmals eine zeitnahe Intervention indiziert ist. In diesen Fällen wären lange Wartezeiten (z.B. von mehr als 6 Monaten) für einen Termin zur kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Indikationsprüfung medizinisch nicht vertretbar.

Es kann jedoch in Einzelfällen aus versorgungsbedingten Gründen eine Situation eintreten, in der die oben ausgeführte regelhaft für eine Indikationsstellung zu fordernde kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutische Diagnostik nicht innerhalb einer hierfür verantwortbaren Zeitspanne umsetzbar ist. Dies kann dazu führen, dass die Reversibilität der Intervention gegen die Nicht-Reversibilität der Folgen eines zu langen Wartens abzuwägen ist und es zur Abwendung eines gesundheitlichen Schadens gerechtfertigt sein kann, dass eine erfahrene pädiatrisch-endokrinologische Fachperson bei erfolgter Diagnosestellung einer Geschlechtsinkongruenz im Jugendalter eine Pubertätsblockade unter dem Vorbehalt einer unverzüglich nachzuholenden fachgerechten kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutischen Diagnostik und Indikationsprüfung vorläufig für wenige Monate einleitet. Patient*in und Sorgeberechtigte sind über diese Vorläufigkeit zu informieren, die impliziert, dass die Pubertätsblockade im Fall einer Nicht-Bestätigung des jugendpsychiatrisch-psychotherapeutischen Teils der Indikation wieder abzusetzen wäre.

Konsensbasierte Empfehlung:

VII. K4. In Einzelfällen kann durch die fortschreitende pubertäre Reifeentwicklung ein Zeitdruck entstehen, bei dem zur Abwendung irreversibler Körperveränderungen (z.B. männlicher Stimmwechsel, weibliches Brustwachstum) von Seiten der pädiatrisch-endokrिनologischen Fachperson eine Pubertätsblockade aufgrund ihrer Dringlichkeit mit vorläufiger Indikationsstellung zeitnah eingeleitet werden kann, wenn die Durchführung einer kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutischen (KJP-) Prozessbegleitung für eine Indikationsstellung eine nicht vertretbare Verzögerung bedeuten würde. In einem so begründeten Fall sollte eine diagnostische KJP-Prozessbegleitung zur Absicherung der Indikation zeitnah nachgeholt werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

6.2.3. Bedeutung der sexuellen Orientierung und nicht-binärer Selbstbeschreibungen

Sowohl bei der sexuellen Orientierung als auch bei der geschlechtlichen Identität sind fluide Entwicklungsverläufe im Jugendalter möglich. Einem transgeschlechtlichen Coming-Out kann eine vorübergehende homosexuelle Erkundung („Ausprobieren“) vorausgegangen sein und umgekehrt. Nach den klinischen Beobachtungen der an der Leitlinienerstellung beteiligten Expert*innen sind viele der jugendliche Patient*innen mit Geschlechtsinkongruenz zur Frage ihrer sexuellen Orientierung in ihrer Selbstauskunft sehr differenziert („das eine hat mit dem anderen für mich nichts zu tun“). Zudem bestehen meist wenig Berührungängste mit homo- oder bisexuellen Orientierungen, was eine bisweilen ins Feld geführte Hypothese, es könne sich bei einer vermeintlich transgeschlechtlichen Identifizierung Jugendlicher um eine Erscheinungsform „abgewehrter Homosexualität“ handeln, relativiert. Ferner wurde in Community-basierten Erhebungen berichtet, dass nur eine Minderheit erwachsener trans Personen eine im empfundenen Geschlecht eindeutige heterosexuelle Orientierung („straight“) angab, wohingegen die meisten befragten trans Personen eine sexuelle Orientierung innerhalb des Spektrums queer, bisexuell oder fluide angaben (Katz-Wise et al., 2016).

Die sexuelle Orientierung ist bei Vorliegen einer Geschlechtsinkongruenz für die Indikationsstellung zu körpermodifizierenden Maßnahmen daher nicht wegweisend. Jegliche Ungleichbehandlung von Patient*innen in Abhängigkeit von ihrer sexuellen Orientierung wäre

unethisch und diskriminierend. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass bei einzelnen Jugendlichen, die sich z. B. in einer allgemeinen adoleszenten Reifungskrise befinden, die berichtete sexuelle Orientierung und die geschlechtliche Identität in einer Weise interferieren, die die Feststellung einer persistierenden Geschlechtsinkongruenz erschwert. Daher ist die Exploration der gesamten psychosexuellen Entwicklung als Teil eines diagnostischen Prozesses für die Indikationsstellung bedeutsam.

Konsensbasierte Empfehlung:

VII. K5. Die Indikationsstellung für eine Pubertätsblockade bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie sollte unabhängig von einem binären Zugehörigkeitsempfinden zu einem bestimmten Geschlecht und unabhängig von der sexuellen Orientierung getroffen werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft (DPG) für eine anderslautende Empfehlung:

VII. K5. Die Indikationsstellung für eine Pubertätsblockade bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie sollte unabhängig von der sexuellen Orientierung getroffen werden.

Dieses Sondervotum, bei der Empfehlung den Bezug zu einem binären Zugehörigkeitsempfinden wegzulassen, wurde gleichlautend auch bei den entsprechenden Empfehlungen zu geschlechtsangleichenden Hormonbehandlungen und chirurgischen Eingriffen abgegeben. Die Begründung für dieses Sondervotum ist bei der Empfehlung zu geschlechtsangleichenden Hormonbehandlungen (VII. K15) ausgeführt.

Der Wissensstand zu Entwicklungsverläufen von geschlechtsinkongruenten bzw. geschlechtsdysphorischen Kindern ins Jugend- und Erwachsenenalter ist im Kapitel II → „*Variante Entwicklungsverläufe*“ dieser Leitlinie dargestellt. Nicht bei allen Kindern, die vor Eintritt der Pubertät Symptome einer Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie berichten, bleibt diese über die Pubertät hinaus bestehen. Bei den bisher untersuchten Stichproben von Jugendlichen mit bereits begonnener oder fortgeschrittener Pubertät, welche nach fachgerechter

Indikationsstellung mit einer Pubertätsblockade behandelt wurden, zeigt sich jedoch, dass nur sehr wenige Jugendliche diese Behandlung später wieder absetzen, und die überwiegende Mehrzahl im weiteren Verlauf geschlechtsangleichende Interventionen wünscht (Brik et al., 2020; de Vries et al., 2011, 2014; Khatchadourian et al., 2014). Dies entspricht der Erwartung insofern, da an dem Behandlungszentrum, an dem diese Studien durchgeführt wurden, jeder Indikationsstellung eine fachgerechte Prozessbegleitung vorausging und u.a. die Diagnose einer mit hoher Wahrscheinlichkeit persistierenden Geschlechtsinkongruenz im Jugendalter ein definiertes Eingangskriterium für die Indikationsstellung war (s.o.).

Betroffene Jugendliche und ihre Sorgeberechtigten sind über verschiedene Verläufe von geschlechtsinkongruenten und geschlechtsdysphorischen Entwicklungen bei Kindern und Jugendlichen umfassend zu informieren. Hierzu gehört auch die Information, dass sich gemäß bisheriger Beobachtungen an den meisten spezialisierten Behandlungszentren nach einer begonnenen Pubertätsblockade die weit überwiegende Zahl der Betroffenen für eine Behandlung mit geschlechtsangleichenden Hormonen entscheidet. Gleichwohl ist darüber zu informieren, dass mit der Entscheidung für eine Pubertätsblockade keine Festlegung auf eine spätere geschlechtsangleichende Hormonbehandlung verbunden sein muss, sondern im Falle einer späteren Desistenz ein vollständiges Nachholen der Geschlechtsreife im bei Geburt zugewiesenen Geschlecht ohne gravierende medizinische Nachteile möglich wäre.

Insofern kann die befristete Pubertätsblockade als ein im Zeitrahmen vertretbares vorübergehendes „Moratorium“ zum Schutz vor fortschreitenden irreversiblen Körperveränderungen genutzt werden. Das so gewonnene Zeitfenster kann dazu dienen, eine in ihrer Tragweite ungleich schwerer wiegende Entscheidung für oder gegen eine hormonelle Angleichung angemessen vorzubereiten.

6.2.4. Möglicher Beginn einer Pubertätsblockade

Aufgrund der im Kapitel II → „Variante Entwicklungsverläufe“ dargestellten Evidenzlage wird bislang von allen bisherigen Leitlinienempfehlungen einhellig gefordert, dass eine Pubertätsblockade nicht vor dem ersten hormonellen Pubertätsschub erfolgen sollte, um den Entwicklungsaspekt der Geschlechtsidentität im Rahmen der Frühpubertät zu berücksichtigen. Sämtliche eingangs dieses Kapitels, unter dem Titel Originalstudien, erwähnte Untersuchungen zu den Auswirkungen einer Pubertätsblockade auf Jugendliche mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie wurden mit dem Indikationskriterium einer bereits begonnenen Pubertät von mindestens Tanner-Stadium 2 durchgeführt. Ein früherer Beginn einer Pubertätsblockade bei vorpubertären Kindern wird generell nicht empfohlen.

Neuere Leitlinien beschränken sich auf die Empfehlung des Pubertätsstadiums Tanner 2 als Indikationsgrenze (Coleman et al., 2022; Hembree et al., 2017). Auch in späteren Pubertätsstadien kann bei entsprechendem Wunsch der Behandlungssuchenden eine Pubertätsblockade sinnvoll sein, wenn eine ausgeprägte Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie besteht, wenn die weitere Ausbildung sekundärer Geschlechtsmerkmale vorerst verhindert werden soll, und wenn die betroffenen Jugendlichen bzw. deren Umfeld noch nicht für eine geschlechtsangleichende Behandlung bereit oder entschieden sind oder deren Indikationsstellung aus anderen Gründen noch verfrüht erscheint.

Konsensbasierte Empfehlung:

VII. K6. Die Indikation für eine Pubertätsblockade bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie soll nicht vor dem Tanner-Stadium 2 gestellt werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Konsensbasierte Empfehlung:

VII. K7. Die Indikation für eine Pubertätsblockade kann bei entsprechendem Wunsch auch in einem späteren Pubertätsstadium gestellt werden. Dies kann bei noch nicht bestehender Indikation für eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung zum Gewinnen von Zeit für die Entscheidung für oder gegen weitere Behandlungsschritte und zur Minderung des Leidensdrucks sinnvoll sein.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Es gibt keine Evidenz zur Frage, ob einer Pubertätsblockade eine soziale Transition der Betroffenen vorausgehen sollte. In bisherigen Leitlinien wird eine anhaltende Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie gefordert, wobei die soziale Umsetzung in Form einer Transition hierbei nicht explizit erwähnt wird (Agana et al., 2019; Hembree et al., 2017).

Ob eine Transition bei Kindern und Jugendlichen stattfindet oder nicht, hängt nicht nur mit dem Ausmaß der Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie, sondern auch mit der Akzeptanz einer solchen Transition durch das familiäre und schulische Umfeld zusammen. In der klinischen Erfahrung der an der Leitlinienerstellung beteiligten Expert*innen zeigen sich häufig

Fälle, in denen zwar eine starke und lang bestehende Geschlechtsinkongruenz mit starker körperbezogenen Geschlechtsdysphorie vorliegt, eine soziale Transition jedoch trotz diesbezüglichem Wunsch noch nicht umgesetzt werden konnte. In diesen Fällen besteht häufig der Wunsch nach einer Pubertätsblockade, um Zeit zu gewinnen, sich über die Möglichkeiten einer sozialen Transition zu informieren und sich bezüglich einer Umsetzung der sozialen Transition beraten zu lassen, ohne sich in dieser Zeit körperlich in eine nicht gewünschte Richtung zu verändern, was eine spätere soziale Transition noch weiter erschweren würde.

Konsensbasierte Empfehlung:

| |
|--|
| VII. K8. Ein bereits begonnener oder vollzogener sozialer Rollenwechsel sollte bei der Indikationsstellung für eine Pubertätsblockade nicht als ein notwendiges Kriterium gelten. |
|--|

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

6.2.5. Diagnostik und Behandlung assoziierter oder koinzidenter Konditionen

Aufgrund der Häufigkeit von assoziierten psychischen Störungen bei Jugendlichen, bei denen eine Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie diagnostiziert wird, sollten gegebenenfalls bestehende koinzidente psychische Störungen diagnostiziert und bei Bedarf behandelt werden. Eine genaue Darstellung der mit Geschlechtsinkongruenz bei Kindern und Jugendlichen häufig assoziierten psychischen Störungen und deren Berücksichtigung in einem individualisierten integrierten Störungsmodell einschließlich differentialdiagnostischer Überlegungen findet sich in Kapitel IV → „Assoziierte psychische Auffälligkeiten und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie“.

Es gibt Konditionen und assoziierte Störungsbilder, denen im Rahmen der Indikationsstellung für eine körpermodifizierende Maßnahme zur Behandlung einer Geschlechtsinkongruenz besondere Aufmerksamkeit zu widmen ist. Diese Konditionen und Störungsbilder sind insofern nicht als Differentialdiagnosen im klassischen medizinischen Sinne zu verstehen, als ihr Vorliegen weder die Schlussfolgerung erlaubt, dass keine persistierende Geschlechtsinkongruenz vorliegt, noch per se eine relative oder gar absolute Kontraindikation für die Indikationsstellung zu körpermodifizierenden Maßnahmen begründet. Nach der überwiegenden klinischen Erfahrung der an dieser Leitlinie beteiligten klinischen Expert*innen können diese Konditionen und Störungsbilder aber in vielfältiger Weise mit der Indikationsstellung

interferieren und damit längere diagnostische Klärungsprozesse zur Vorbereitung einer Indikationsstellung erforderlich machen.

Wie in Kapitel IV → „Assoziierte psychische Auffälligkeiten und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie“ ausgeführt, können diese je nach Einzelfallkonstellation

- bei der Entstehung einer geschlechtsdysphorie-ähnlichen Symptomatik, die *nicht* auf einer dauerhaften Geschlechtsinkongruenz beruht, eine Rolle spielen,
- unabhängig von einer Geschlechtsinkongruenz begleitend auftreten,
- als Folgeerscheinung der Geschlechtsinkongruenz und der durch diese bedingten erhöhten psychischen Belastungen entstehen,
- in komplexe Wechselwirkung mit der Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie treten.

Tabelle 5:

Bei der Diagnostik der Geschlechtsinkongruenz vor einer Indikationsstellung für medizinische Maßnahmen zu berücksichtigende mögliche assoziierte Konditionen und Störungsbilder:

- Depressive Störungen
- Störungen mit sozialer Ängstlichkeit
- Syndrome mit selbstverletzendem Verhalten
- Essstörungen
- Persönlichkeitsstörungen (insbesondere mit Identitätsdiffusion oder Selbstunsicherheit)
- adoleszente Reifungskrisen
- Autismusspektrumsstörungen

Eine Sonderrolle nehmen die Autismusspektrumsstörungen ein, da eine Entstehung als Folgeerscheinung einer Geschlechtsinkongruenz nicht in Betracht zu ziehen ist.

Eine fachgerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung unter Einbezug der Familie kann bei Jugendlichen mit assoziierten psychischen Störungen essenziell sein für einen positiven Verlauf der körpermodifizierenden Behandlung und der weiteren psychosozialen Entwicklung. Hierfür ist im Einzelfall ein integrierter Behandlungsplan zu erstellen. Da jedoch nicht alle Kinder und Jugendlichen mit einer diagnostizierten Geschlechtsinkongruenz von psychischen Störungen betroffen sind, soll der Bedarf individuell eingeschätzt werden. Voraussetzung für eine pubertätsaufhaltende Behandlung ist jedoch in jedem Falle eine eingehende kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutische Diagnostik, um sicher zu

stellen, dass bestehende Störungen fachgerecht erkannt und ggf. behandelt werden und nicht mit der körpermodifizierenden Behandlung interferieren. Eine mögliche Interferenz zwischen einer diagnostizierten oder vermuteten Geschlechtsinkongruenz und einer assoziierten anderweitigen psychischen Störung kann sich vielfältig bemerkbar machen und auswirken. So kann eine assoziierte psychische Störung u.a.

- die diagnostische Klarheit bei der Einschätzung geschlechtsdysphorischer Symptome beeinträchtigen,
- sich auf die Durchführbarkeit empfohlener sozialer Rollenerprobungen zur Vorbereitung einer körpermodifizierenden Behandlung auswirken (z.B. soziale Phobie mit Schulabsentismus),
- sich auf das anzustrebende Timing bei geplanten Interventionen auswirken (z.B. anorektiforme Essstörung mit Notwendigkeit einer Gewichtsrehabilitation vor hormonellen Interventionen),
- die für eine körpermodifizierende Behandlung hinreichende psychosoziale Stabilität und medizinische Behandlungscompliance beeinträchtigen (z.B. Patient*innen mit wiederholter akutpsychiatrischer Aufnahme bei Borderline-Persönlichkeitsstörung),
- die Einwilligungsfähigkeit/Urteilsfähigkeit/Entscheidungsfähigkeit im Hinblick auf für körpermodifizierende Maßnahmen beeinträchtigen (z.B. akute psychische Krise mit eingengter Sicht auf aktuelle Stressoren).

Gegebenenfalls ist gemeinsam mit den betroffenen Jugendlichen ein individualisiertes Störungsmodell (s.o.) zu erarbeiten, welches mögliche Wechselwirkungen zwischen geschlechtsdysphorischem Leidensdruck und der koinzidenten psychischen Störung (z.B. Depression, selbstverletzendes Verhalten, Sozialphobie oder Essstörung) umfasst. In einem integrierten Behandlungsplan ist bei Vorliegen von assoziierten psychischen Störungen die Indikationsstellung für eine pubertätsaufhaltende Behandlung zur Entaktualisierung des geschlechtsdysphorischen Leidensdrucks mit geeigneten psychosozialen und psychotherapeutischen Interventionen zu verbinden bzw. in diese einzubetten.

In folgender Auflistung sind die wichtigen Schritte des Vorgehens bei assoziierten Konditionen und Störungsbildern zusammengefasst.

Tabelle 6: Vorgehen bei Hinweisen auf assoziierten psychischen Störungen

1. Einleiten einer leitliniengerechten Diagnostik bezogen auf das jeweilige Störungsbild.
2. Prüfen, ob unabhängig von einer Geschlechtsinkongruenz ein Behandlungsbedarf besteht.
3. Dialogische Entwicklung eines individualisierten Störungsmodells zur Symptomen-genese und möglichen Interdependenz zwischen geschlechtsdysphorischem Erleben und assoziierter psychischer Störung.
4. Diagnostische Einschätzung, inwieweit die assoziierte Störung mit notwendigen Voraussetzungen einer Indikationsstellung interferiert (z.B. mit diagnostischer Klarheit, Einwilligungsfähigkeit oder Durchführbarkeit einer medizinischen Maßnahme).
5. Planen des weiteren Vorgehens unter Berücksichtigung der Punkte 1.-4. (z.B. verlängerte Prozessbegleitung zur Klärung der Voraussetzungen für eine Indikationsstellung, Hinzuziehung externer Expertise oder Indikation für Beginn einer körpermodifizierenden Behandlung parallel zur Behandlung der assoziierten Störung).

6.2.6. Wichtige Aspekte der Aufklärung

Jugendliche Patient*innen und ihre Sorgeberechtigten sind über die Wirkungsmechanismen und Folgen einer Pubertätsblockade inklusive möglicher Nebenwirkungen aufzuklären. Hierzu gehören insbesondere mögliche Auswirkungen auf Sexualität, Fertilität, spätere geschlechtsangleichende Maßnahmen wie Genitaloperationen, Beziehungserleben und Körpererleben (siehe Ausführungen hierzu im Kapitel VIII → „Somatische Aspekte hormoneller Interventionen“). Ebenso ist auf die zugänglichen Möglichkeiten der Fertilitätsprotektion (Kryokonservierung) hinzuweisen. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass sich in der Frage des Kinderwunsches im Lebensverlauf häufig Veränderungen ergeben und dass der Verzicht auf eine Kryokonservierung das Risiko eines späteren unerfüllten Kinderwunsches birgt. Die Vorteile eines Abwartens bis zur ausreichenden Geschlechtsreife für eine Kryokonservierung bei noch nicht dementsprechend entwickelten Jugendlichen sind gegen die Nachteile eines Abwartens und einer damit einhergehenden stärkeren Ausprägung nicht reversibler sekundärer Geschlechtsmerkmale abzuwägen.

Die Aufklärung soll die Jugendlichen je nach Reifegrad prozesshaft möglichst darin unterstützen, zu einer Einwilligungsfähigkeit (D)/ Urteilsfähigkeit (CH)/ Entscheidungsfähigkeit (A) zu gelangen und eine informierte Entscheidung treffen zu können (siehe Ausführungen hierzu im Kapitel X → „Recht und Ethik“). Dazu gehört, dass potenzielle Vor- und Nachteile der Behandlung aufgezeigt und gemeinsam mit den Betroffenen und den Sorgeberechtigten abgewogen werden.

Im Rahmen einer informierten Einwilligung der jugendlichen Person sollte deutlich werden, dass diese die möglichen positiven und negativen Konsequenzen der betreffenden Intervention verstanden hat und für sich adäquat einordnen und abwägen konnte. Das geforderte Verständnis der Patient*innen für die Intervention und deren mögliche Konsequenzen geht demnach über ein reines Faktenwissen hinaus.

Konsensbasierte Empfehlung:

VII. K9. Die Indikationsstellung für eine Pubertätsblockade soll die Prüfung der Einwilligungsfähigkeit (D) / Urteilsfähigkeit (CH) / Entscheidungsfähigkeit (A) der behandlingssuchenden minderjährigen Person durch eine kinder- und jugendpsychiatrische bzw. psychotherapeutische Fachperson beinhalten. Bei nicht hinreichender Einwilligungsfähigkeit / Urteilsfähigkeit / Entscheidungsfähigkeit sollte die minderjährige Person durch die involvierten Fachpersonen in der Ausbildung dieser Fähigkeit gefördert werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Wenn bei einer minderjährigen Person mit diagnostizierter Geschlechtsinkongruenz/Geschlechtsdysphorie (noch) keine Einwilligungsfähigkeit (D)/ Urteilsfähigkeit (CH)/Entscheidungsfähigkeit (A) besteht, können die Sorgeberechtigten, wenn es triftige Gründe für einen zeitnahen Beginn der Behandlung gibt (z.B. Verhindern eines irreversiblen männlichen Stimmwechsels) die Entscheidung für eine Pubertätsblockade treffen, sofern das Kind an dieser Entscheidung seiner kognitiven Reife entsprechend partizipieren konnte, und dies dem klar erkennbaren Willen des Kindes entspricht (siehe Ausführungen hierzu Kapitel X → „*Recht und Ethik*“).

Die Unterstützung des familiären Umfeldes für den Weg einer Transition und insbesondere für die Einleitung körpermodifizierender Maßnahmen ist von hoher Bedeutung für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz (siehe auch Kapitel VI → „*Einbeziehung des familiären Beziehungsumfelds und Familiendynamik*“). In Fällen, in denen eine anhaltende Geschlechtsinkongruenz mit dem Wunsch nach einer Transition von den Eltern und anderen Bezugspersonen abgelehnt wird, besteht ein hohes Risiko für psychische Folgestörungen, insbesondere Depression und Suizidalität (siehe auch Kapitel IV → „*Assoziierte psychische Auffälligkeiten und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie*“).

In diesen Fällen sollte mit einer intensiven familientherapeutischen Begleitung eine Unterstützung der Bezugspersonen angestrebt werden, um deren Vorbehalte gegenüber einer annehmenden Haltung in Bezug auf die Geschlechtsidentität ihres Kindes aufzugreifen und wenn möglich durcharbeiten, damit innerhalb der Familie ein akzeptierender Rahmen geschaffen werden kann. In dem familientherapeutischen Prozess geht es darum, den Bedenken der Eltern Raum zu geben und einen gemeinsamen Prozess der Verständigung über geeignete Schritte zur Unterstützung der betroffenen Jugendlichen zu erarbeiten. Dies setzt voraus, dass von familientherapeutischen Interventionen keine psychisch schädlichen Auswirkungen auf die betroffenen Jugendlichen zu erwarten sind (wie z.B. bei vom Jugendamt unterstützter räumlicher Trennung nach Misshandlungserfahrungen bei erhaltenem Sorgerecht).

Konsensbasierte Empfehlung:

VII. K10. Bei gegebener Einwilligungsfähigkeit (D)/Urteilsfähigkeit (CH) /Entscheidungsfähigkeit (A) der minderjährigen Person sollte ein Co-Konsens der Sorgeberechtigten angestrebt werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Konsensbasierte Empfehlung:

VII. K11. In Fällen, in denen kein Co-Konsens zwischen Patient*in und Sorgeberechtigten besteht, sollte eine intensive Prozessbegleitung des Familiensystems durch eine geeignete Fachperson mit familientherapeutischer Expertise angeboten werden mit dem Ziel, dass eine Unterstützung des/der Patient*in ermöglicht wird. Eine solche Prozessbegleitung wird nur empfohlen, wenn hierdurch keine schädlichen Auswirkungen auf das gesundheitliche/psychische Wohl des/der Patient*in zu erwarten sind. In solchen Fällen ist eine Prüfung des Kindeswohls angezeigt.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Zur Erläuterung: Jenseits der grundsätzlich gebotenen Orientierung am gesundheitlichen Wohl des Kindes, bezieht sich die Hervorhebung bei dieser Empfehlung auf Fallkonstellationen, bei denen Grund zur Annahme besteht, dass eine familientherapeutische Intervention unter Einbeziehung von jugendlichem/er Patient*in und Sorgeberechtigten schädlich sein könnte. Eine

solche Annahme sollte regelhaft dazu führen, dass der Fall unter speziellen Fragestellungen des Kindeswohls und ggf. des Kinderschutzes geprüft wird.

In Fällen, in denen trotz intensiver Prozessbegleitung kein Konsens hinsichtlich einer pubertätsunterdrückenden Behandlung zwischen Betroffenen und Sorgeberechtigten oder den Sorgeberechtigten untereinander erzielt werden kann, ist ggf. eine Prüfung einer Kindeswohlgefährdung und der geeigneten Schritte zur Förderung des Kindeswohls von unabhängiger Stelle einzuleiten. Dies obliegt der Zuständigkeit der im jeweiligen Land zuständigen Gerichte bzw. Behörden und sollte nicht aus einer therapeutischbefangenen Position beurteilt werden (zu den zu beachtenden rechtlichen Regelungen siehe Kapitel X → „*Recht und Ethik*“).

6.2.7. Zu berücksichtigende somatische Aspekte

Eine sorgfältige somatische Untersuchung durch eine endokrinologisch-fachärztliche Person soll sicherstellen, dass kein somatischer Zustand vorliegt, der mit einer pubertätsunterdrückenden Behandlung interferieren könnte. Die pubertätsunterdrückende Intervention muss in besonderen Fällen der individuellen somatischen Situation angepasst werden.

In früheren Empfehlungen wurde als Vorbedingung einer Indikationsstellung für hormonelle Interventionen bei Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie der differentialdiagnostische Ausschluss einer somatosexuellen Differenzierungsstörung aus dem DSD-Spektrum (somatische Diversität der Geschlechtsentwicklung, Intergeschlechtliche Kondition) verlangt. Die Koinzidenz von Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie mit einer Diagnose aus dem DSD-Spektrum ist selten. Sie stellt nach den aktuell verfügbaren internationalen Leitlinien (Coleman et al., 2022; Hembree et al., 2017) sowie nach überwiegender Auffassung der an der Erstellung dieser Leitlinie beteiligten Expert*innen per se keine Kontraindikation für körpermodifizierende Interventionen bei einer diagnostizierten Geschlechtsinkongruenz mit geschlechtsdysphorischem Leidensdruck dar. In diesen Situationen sind sowohl psychologische als auch somatische Bedingungen sorgfältig zu prüfen und die Intervention soll an den individuellen Fall angepasst werden. Entsprechende Empfehlungen finden sich in Kapitel VIII → „*Somatische Aspekte hormoneller Interventionen*“.

6.3. Geschlechtsangleichende Hormonbehandlung (GAH)

Eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung (GAH) ist zu erwägen, wenn bei einwilligungsfähigen (D)/ urteilsfähigen (CH) / entscheidungsfähigen (A) Jugendlichen mit gesicherter Diagnose einer Geschlechtsinkongruenz nach ICD-11 (WHO, 2022) ein über einen längeren Zeitraum überdauernder Wunsch hierzu besteht bei anhaltend bestehendem geschlechtsdysphorischem Leidensdruck. Die Sorgeberechtigten sind in jedem Fall in den Entscheidungsprozess einzubeziehen und unter Berücksichtigung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und der familiären Situation maßgeblich beteiligt.

Die professionelle Begleitung dieses Prozesses zielt auf eine eigenverantwortliche und informierte Entscheidung der minderjährigen Patient*innen im Konsens mit ihren Sorgeberechtigten ab unter sorgfältigem Abwägen der Vorteile der gewünschten geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung und der zunehmend irreversiblen somatischen Konsequenzen sowohl einer Behandlung als auch einer Nicht-Behandlung (Deutscher Ethikrat, 2020).

Aufgrund der zunehmenden partiellen Irreversibilität einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung ist ein hohes Maß an kognitiver und sozioemotionaler Reife Minderjähriger für die Entscheidung erforderlich. Im Zweifelsfall sollte bei noch nicht erreichter vollständiger Einwilligungsfähigkeit (D)/ Urteilsfähigkeit (CH)/ Entscheidungsfähigkeit (A) aufgrund der höchstpersönlichen Konsequenzen einer Behandlung bzw. deren Unterlassung nicht stellvertretend durch die Sorgeberechtigten entschieden werden. Stattdessen sollte die minderjährige Person mit Behandlungswunsch durch eine intensive professionelle Begleitung unter Einbezug der Perspektive der Sorgeberechtigten an ihre eigenständige Einwilligungsfähigkeit (D)/ Urteilsfähigkeit (CH)/ Entscheidungsfähigkeit (A) herangeführt werden, um eine eigenverantwortliche und informierte Entscheidung treffen zu können.

Die zu berücksichtigenden somatischen Konsequenzen einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung sowie die medizinischen Empfehlungen für die Durchführung dieser Intervention sind im Kapitel VIII → „*Somatische Aspekte hormoneller Interventionen*“ dargestellt. Der Beginn einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung erfordert die sorgfältige Indikationsstellung in interdisziplinärer Kooperation durch eine psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson sowie eine in der Behandlung Jugendlicher erfahrene endokrinologische Fachperson (zweigleisige Indikationsstellung, s.u.). Letztere kann aus dem Bereich der Pädiatrie, internistischen Endokrinologie oder (Kinder-)Gynäkologie stammen. In komplexen Fällen können medizinethische Fachpersonen zur Klärung herangezogen werden.

Konsensbasierte Empfehlung:

VII. K12. Die Indikationsstellung zur geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie sollte zweigleisig erfolgen und erfordert interdisziplinäre Expertise und Kooperation. Voraussetzung für eine Indikationsstellung ist eine der Dringlichkeit und Komplexität der Einzelsituation angemessene jugendpsychiatrische bzw. psychotherapeutische diagnostische Einschätzung⁴. Der somatische Teil der Indikationsstellung sollte im Hinblick auf ihre Voraussetzungen (pubertäres Reifestadium, Abwesenheit von somatischen Kontraindikationen, etc.) durch eine in der Behandlung von Jugendlichen erfahrene endokrinologische Fachperson erfolgen.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Vorzunehmende Prüfungen und Abwägungen hinsichtlich somatischer Kontraindikationen zur geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung sind in Kapitel VIII → „*Somatische Aspekte hormoneller Interventionen*“ dargestellt.

Konsensbasierte Empfehlung:

VII. K13. Die Fachkenntnis der Personen, die den kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutisch-psychotherapeutischen Teil der Indikation für eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie stellen, sollte folgende formalen Anforderungen erfüllen:

Eine der folgenden für das Jugendalter spezifischen Qualifikationen:

D:

- fachärztliche Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Approbation für Kinder- und Jugendpsychotherapie
- fachärztliche Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie

CH:

- FMH-Titel Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
- Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeut*in

A:

⁴ für die fachlichen Voraussetzungen siehe darauffolgende Empfehlung

- Fachärzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Fachärzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin
- Eintragung als Psychotherapeut*in mit Weiterbildung in Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Oder alternativ bei entsprechend klinischer Expertise in der Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen:

D:

- Fachärztliche Gebietsbezeichnung für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Approbation für Psychologische Psychotherapie

CH:

- FMH-Titel Psychiatrie und Psychotherapie

A:

- Fachärzt*in für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Fachärzt*in für Psychiatrie und Neurologie
- Eintragung als Psychotherapeut*in, Eintragung als klinische*r Psycholog*in

Konsensstärke: starker Konsens (> 95% Zustimmung)

Eine stabile/persistierende Geschlechtsinkongruenz mit gleichzeitig bestehender oder mit zunehmender pubertärer Entwicklung zu erwartender Geschlechtsdysphorie ist Voraussetzung für eine Indikationsstellung zu einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung.

Empirisch validierte Einzelkriterien für die Feststellung einer dauerhaften Stabilität/Persistenz der Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie liegen nach der von uns gesichteten Studienlage nicht vor. Es obliegt also der psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachperson, im gemeinsamen Gespräch mit den Betroffenen und den Sorgeberechtigten eine individuelle Einschätzung aus dem Gesamtbild vorliegender psychischer Befunde, der Schilderungen und Reflexionen der Betroffenen sowie deren Lebensgeschichte zu erarbeiten. Dies erfordert üblicherweise eine diagnostisch-explorative Prozessbegleitung über mehrere Termine und Wochen oder Monate. Für die psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson ist hierbei neben Erfahrung in der diagnostischen Einschätzung von berichteter geschlechtsinkongruenter bzw. geschlechtsdysphorischer Symptomatik insbesondere eine umfassende Kenntnis der Variationsbreite von diesbezüglichen Entwicklungsverläufen wichtig,

einschließlich solcher, die mit Desistenz einer Geschlechtsdysphorie im Laufe des Jugendalters oder mit späterer Detransition nach vollzogener Transition einhergehen.

In der aktuellen Leitlinie der WPATH *Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, Version 8* wird als Zeitkriterium empfohlen, dass vor Beginn einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung im Jugendalter von den Betroffenen ein seit mehreren Jahren („several years“) bestehendes geschlechtsinkongruentes Erleben berichtet werden sollte (Coleman et al., 2022). Das in unserer Leitlinie beschriebene Kriterium einer stabilen/persistierenden Geschlechtsinkongruenz trägt dieser Empfehlung Rechnung.

Die Geschlechtsinkongruenz sollte entsprechend über einen unter entwicklungspsychologischen Aspekten *hinreichend langen Zeitraum* bestehen. Bei der Exploration der Dauer der Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie ist darauf zu achten, dass das innere Erleben maßgeblich ist, was je nach psychosozialer Situation erheblich von dem nach außen hin beobachtbaren Geschlechtsausdruck abweichen kann. Wir haben uns im Rahmen dieser Leitlinienentwicklung bewusst gegen die Vorgabe einer formalen Zeitvorgabe entschieden, u.a. weil diese in der Erfahrung der beteiligten Expert*innen kein valides Kriterium für die Einschätzung der Stabilität innerer Coming-Out-Prozesse darstellt und eine diesbezügliche formale Zeitangabe für ein „ausgeprägtes und andauerndes“ inneres Erleben, wie laut ICD-11 gefordert, zudem nicht valide objektivierbar wäre. In der Praxis ist daher im Einzelfall unter Berücksichtigung der Gesamtentwicklung einzuschätzen, inwieweit von einem ausgeprägten und andauernden inneren Zustand auszugehen ist.

Konsensbasierte Empfehlung:

| |
|--|
| <p>VII. K14. Voraussetzung für die Indikation einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung sollte das Vorliegen einer stabilen/persistierenden Geschlechtsinkongruenz (nach den diagnostischen Kriterien der GI im Jugendalter/ ICD-11 HA60) mit nach Pubertätseintritt entstandenem oder verstärktem geschlechtsdysphorischem Leidensdruck sowie der damit einhergehende Wunsch nach der Ausbildung der durch die Hormonbehandlung zu erwartenden geschlechtsspezifischen körperlichen Veränderungen sein. Die diagnostische Einschätzung sollte im Rahmen einer Zusammenarbeit einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachperson mit den Patient*innen und ihren Sorgeberechtigten/Bezugspersonen anhand der Exploration der psychischen Befunde und der Lebensgeschichte erfolgen.</p> |
|--|

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

6.3.1. Nicht-binäre Geschlechtsidentitäten und fluide sexuelle Orientierung im Jugendalter

Eine besondere diagnostische Herausforderung stellt ein nicht-binäres Identitätserleben Jugendlicher dar, welches nach den Erfahrungen der an der Leitlinienerstellung beteiligten Expert*innen in jüngerer Zeit zunehmend häufig berichtet wird. Hierbei kann zunächst unklar sein, inwieweit eine solche Selbstbeschreibung in erster Linie Ausdruck eines *nicht-binären sozialen Geschlechtsrollenverständnisses* ist, welches nicht unbedingt mit einer dauerhaft *non-binären Geschlechtsidentität* einhergeht. Empfehlungen für die psychotherapeutische Begleitung diesbezüglicher ergebnisoffener Selbsterkundungs- und Selbstfindungsprozesse sind im Kapitel V→ „*Psychotherapie und psychosoziale Interventionen*“ dieser Leitlinie ausgeführt.

Folgende zwei Fallbeispiele illustrieren diese Variabilität.

Fallbeispiel 1: trans Junge mit initial nicht-binärer Selbstbeschreibung

Die 16-jährige Luisa stellt sich unter ihrem weiblichen Geburtsnamen vor mit der Selbstzuschreibung „Ich bin non-binär“. In der Exploration wird ausgeprägtes geschlechtsdysphorisches Erleben mit reflektierter Ablehnung weiblicher Rollenerwartungen und starkem Störepfinden gegenüber den weiblichen Geschlechtsmerkmalen ihres Körpers angegeben. Die Brüste werden seit einigen Monaten täglich abgebunden. Gleichwohl gibt die Jugendliche zu diesem Zeitpunkt an, sich auch nicht mit dem männlichen Geschlecht zu identifizieren und äußert die Befürchtung, sie könne bei einer Transition in eine andere Geschlechtsrolle, die für sie als Person ebenso wenig passend sei „vom Regen in die Traufe“ kommen. In einem psychotherapeutischen Prozess über mehrere Monate wird die Jugendliche zu einer konsequent offenen Erkundung einer für sie stimmigen sozialen Geschlechtsrolle ermutigt, worauf sie sich mit reflektierter Introspektion einlässt. Es wird ihr dabei zunehmend klarer, dass dauerhaft nur in einem männlich wirkenden Körper ein stimmiges Erleben mit der eigenen Geschlechtsidentität erfahrbar ist. Ein probatorisches Outing in der Schule als trans Junge mit dem neu gewählten männlichen Vornamen Milan führt zu zunehmendem Erleben von Kongruenz und psychischer Entlastung. Die durch die vorangegangenen nicht-binäre Selbsterkundung gewonnene Freiheit, ein „atypischer“ junger Mann sein zu können, ohne sich typische Erwartungen an eine „Männerrolle“ zu eigen zu machen, wirkt als innerer Anstoß zum Transitionswunsch. Milan wünscht nun eine Testosteronbehandlung, deren Indikation aufgrund der nun sicher diagnostizierbaren Geschlechtsinkongruenz bejaht werden kann. Kurz nach Beginn der Testosteronbehandlung erfolgt die gesetzliche Namens- und Personenstandsänderung. Ein Jahr später folgt im Alter von 18 Jahren die Mastektomie. Milan schließt als Junge am Gymnasium erfolgreich sein Abitur ab. Im weiteren 2-Jahres-Verlauf ist Milans psychische Entwicklung im männlichen Geschlecht stabil und von sozialem und gesundheitlichen Wohlbefinden begleitet.

Fallbeispiel 2: Ergebnisoffene Entwicklung über drei Jahre

Die 16 Jahre alte Carla stellt sich mit non-binärer Selbstbeschreibung unter ihrem weiblichen Geburtsnamen vor. Sie äußert, sie lehne sämtliche männlichen und weiblichen Rollenzuschreibungen ab, stelle sich dabei vor, sich innerhalb dieser empfundenen Nicht-Binarität eher in einem männlich erscheinenden Körper wohlfühlen zu können. Sie kleidet sich jungentypisch und legt sich einen Kurzhaarschnitt zu. In der Exploration fällt auf, dass kein ausgeprägter körperbezogener Leidensdruck zu bestehen scheint. Die Jugendliche äußert, sie könne sich gut vorstellen, eine Transition zu vollziehen und später auch männliche Hormone zu nehmen. In einem psychotherapeutischen Prozess über mehrere Monate wird Carla zu einer offenen Erkundung einer stimmig erlebbaren sozialen Geschlechtsrolle ermutigt. Sie entscheidet sich zunächst für ein soziales Outing als non-binäre trans Person und gibt sich den männlichen Vornamen Benno, unter dem er nun in allen Alltagsfeldern auftritt. In Familie und Schule erfährt Benno soziale Akzeptanz, zeigt sich vielfältig sozial aktiv und kompetent. Dabei scheint Benno sehr zufrieden und äußert, es mit der Entscheidung für eine medizinische Geschlechtsangleichung nicht eilig zu haben. Aufgrund des unklaren diagnostischen Bildes – vorerst lässt sich keine Geschlechtsinkongruenz diagnostizieren – wird Benno empfohlen, sich mindestens zwei weitere Jahre Zeit für seine non-binäre soziale Rollenerkundung zu lassen und als die Person zu leben, die er ist, ohne medizinisch in den eigenen Körper einzugreifen. Auf diese Empfehlung wirkt Benno entlastet. Die Frage nach einer medizinischen Transitionsbehandlung taucht über ein Jahr nicht mehr in den Gesprächsterminen auf. Dabei wirkt Benno stabil und in der aktiven Lebensgestaltung – nach erfolgreich abgelegtem Abitur – weiterhin kompetent und selbstwirksam.

Zur körpermodifizierenden Behandlung nicht-binärer Jugendlicher liegen keine publizierten Daten vor, weshalb besondere Vorsicht in der Indikationsstellung angebracht ist. Andererseits werden sowohl in der ICD-11 als auch im DSM-5 non-binäre Geschlechtsidentitäten ausdrücklich als Teil des diagnostischen Spektrums bei Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie inkludiert. Daraus ergibt sich, dass es medizinisch, sozialrechtlich und ethisch nicht zu vertreten wäre, nicht-binäre Personen mit Geschlechtsinkongruenz und anhaltendem geschlechtsdysphorischem Leidensdruck prinzipiell von fachgerechten Behandlungen auszuschließen. Die o.g. Probleme und Herausforderungen müssen daher in individualisierter Fallbetrachtung adressiert werden, was im Jugendalter die Notwendigkeit einer verlaufdiagnostischen Prozessbegleitung mit einem längeren klinischen Beobachtungsintervall begründen kann.

Sowohl bei der sexuellen Orientierung als auch bei der geschlechtlichen Identität sind fluide Entwicklungsverläufe im Jugendalter möglich. Einem transgeschlechtlichen Coming-Out kann eine vorübergehende homosexuelle Erkundung („Ausprobieren“) vorausgegangen sein und umgekehrt. Nach den klinischen Beobachtungen der an der Leitlinienerstellung beteiligten Expert*innen sind viele der jugendlichen Patient*innen mit Geschlechtsinkongruenz zur Frage

ihrer sexuellen Orientierung in ihrer Selbstauskunft sehr differenziert („das eine hat mit dem anderen für mich nichts zu tun“). Insbesondere gibt es bei den meisten Patient*innen wenig Berührungspunkte mit homo- oder bisexuellen Orientierungen, was ein mitunter ins Feld geführtes ätiologisches Erklärungsmodell, es könne sich bei einer vermeintlichen Transidentität vielleicht um eine „abgewehrte Homosexualität“ handeln, relativiert.

Ferner wurde in Community-basierten Erhebungen berichtet, dass nur eine Minderheit erwachsener trans Personen eine im empfundenen Geschlecht eindeutige heterosexuelle Orientierung („straight“) angab, wohingegen die meisten befragten trans Personen eine sexuelle Orientierung innerhalb des Spektrums queer, bisexuell oder fluide angaben (Katz-Wise et al., 2016). Die sexuelle Orientierung ist bei Vorliegen einer Geschlechtsinkongruenz für die Indikationsstellung zu körpermodifizierenden Maßnahmen daher nicht wegweisend. Eine Ungleichbehandlung von Patient*innen in Abhängigkeit von ihrer sexuellen Orientierung wäre unethisch und diskriminierend.

Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass bei einzelnen Jugendlichen, die sich in einer allgemeinen Reifungskrise befinden, berichtete sexuelle Orientierung und geschlechtliche Identität in einer Weise interferieren, die die Feststellung einer persistierenden Geschlechtsinkongruenz erschwert. Daher ist die Exploration der gesamten psychosexuellen Entwicklung als Teil eines diagnostischen Prozesses für die Indikationsstellung wichtig.

Konsensbasierte Empfehlung:

VII. K15. Die Indikationsstellung einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung sollte unabhängig von der Polarität bzw. Binarität der Geschlechtsidentität und unabhängig von der sexuellen Orientierung der Patient*innen getroffen werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft (DPG) für eine anderslautende Empfehlung:

VII. K15. Die Indikationsstellung für eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung **sollte** unabhängig von der sexuellen Orientierung der Patient*innen getroffen werden.

Begründung dieses Sondervotums der DPG:

(A) Fehlende Evidenz

Während es für binäre trans Jugendliche eine Reihe von Studien gibt (siehe Kapiteleinführung), die zumindest deutliche Hinweise geben oder vereinzelt Belege liefern für positive Auswirkungen von GnRH Analoga und geschlechtsangleichenden Hormonbehandlungen auf die psychische Gesundheit, ist die empirische Evidenzlage für non-binäre Jugendliche völlig unklar und bestenfalls spekulativ auf wenigen klinischen Erfahrungswerten (Einzelfallentscheidungen ohne Kenntnisse über den Langzeitverlauf) basierend. In aktuellen Outcome-Studien, z.B. Achille (2020) und Becker-Hebly (2021) wird lediglich nach «weiblich zu männlich» oder «männlich zu weiblich» differenziert. Nicht binäre Jugendliche werden nicht erwähnt und nicht mitaufgenommen in die Studiengruppen. Ebenso verhält es sich mit der holländischen Kohorte, für die zwar einige Langzeitverlaufs- und Katamnesedaten vorliegen, deren Stichprobe allerdings non-binäre Entwicklungsverläufe von somatischen Indikationen ausschloss (Abbruzzese et al., 2023). In einer Untersuchung Chen et al. (2023) und Kuper et al. (2020) wurden hingegen nicht-binäre Jugendliche explizit inkludiert, jedoch nicht analysiert, ob nicht-binär identifizierte Jugendliche gleichermaßen von der Behandlung profitieren wie binär identifizierte Jugendliche

(B) Psychosexualität und Adoleszenz – theoretische Annahmen

Im Rahmen des adoleszenten Entwicklungsprozesses, von der frühen, über die mittlere und die späte Adoleszenz (Blos, 2001) wird in der neuen Literatur (Quindeau, 2019) die psychische Bisexualität als ein normaler Prozess der Exploration der eigenen Identität beschrieben, im Rahmen dessen es zu starken Schwankungen in der geschlechtlichen Identifizierung kommt. Dieser Prozess stellt dabei eine Art Übergangsstadium zur Erprobung und Identifizierung dar, dass bei den meisten Jugendlichen in eine eindeutige (binäre) Geschlechtsidentität und einer klaren sexuellen Orientierung mündet. Eine non-binäre Identifizierung stellt in diesem Verständnis keine pathologische Lösung dar, sondern ist Ausdruck einer inneren Auseinandersetzung mit Entwicklungsaufgaben, Trennung von elterlichen Objekten und dem Aufbau eigener autonomer Fähigkeiten. In dieser Denkweise wäre eine frühzeitige medizinische Intervention bei einer anhaltend non-binären Identifizierung eine Unterbrechung des Entwicklungsprozesses und im ungünstigsten Fall eine körpermodifizierende Festschreibung eines Übergangsstadiums.

(C) Umgang mit Non-Binarität in anderen Leitlinien und Behandlungsempfehlungen

Explizit erwähnt wird Non-Binarität lediglich in den aktuellsten Empfehlungen der WPATH (SOC-8), indem durchgehend der Begriff „TSG Jugendliche“ verwendet wird, ein Begriff, der „Menschen, die sich als nicht-binär identifizieren“ (Coleman et al., 2022, S. 252) einschließt. Allerdings sind keine spezifischen Empfehlungen im Umgang mit nicht binär identifizierten Jugendlichen enthalten. Vielmehr scheint es aufgrund der fehlenden Evidenz und kaum vorhandenen klinischen Erfahrungswerten für körpermodifizierende Maßnahmen bei non-binären Verläufen im Jugendalter eine ethische Empfehlung zu sein, diese Subgruppe zwar ernst zu nehmen und explizit nicht auszuschließen, aber eben auch nicht einzuschließen in Indikationsempfehlungen. Ebenso werden in anderen europäischen Ländern (siehe Anhang und entsprechende Auflistungen der dortigen Leitlinien und/ oder Behandlungsempfehlungen) teils

deutlich konservative Kriterien wie Altersnormen gefordert und keine Stellung zu non-binären Entwicklungsverläufen mit körpermodifizierenden Behandlungswünschen genommen.

Zusammenfassend betrachtet liegt durch den hier besonders bedeutsamen entwicklungs-dynamischen Aspekt, die komplett fehlende empirische Evidenz und die Vermischung von zweifelsfrei sinnvollen ethischen Prinzipien und Behandlungsentscheidungen eine Situation vor, die eine Indikationsstellung für irgendeine körpermodifizierende Maßnahme im Jugendalter nicht möglich macht.

In den internationalen Leitlinien der Endocrine Society aus dem Jahre 2017 (Hembree et al., 2017) wurde empfohlen, dass bei Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie, bei denen eine Indikation zu einer somatomedizinischen hormonellen Behandlung bejaht wird, vor Einleitung einer geschlechtsangleichenden Hormongabe zwingend eine Pubertätsblockade gegeben werden muss. Dies entsprach dem ursprünglichen niederländischen Behandlungsprotokoll, das auch den ersten Verlaufskohortenstudien zugrunde lag. Dies hat vielerorts in der medizinischen Versorgungspraxis dazu geführt, dass regelhaft auch in der Spätadoleszenz, z.B. bei 16-jährigen Patient*innen nach einer bereits vollständig abgeschlossenen Reifeentwicklung, für ein Jahr und länger Pubertätsblocker eingesetzt wurden.⁵ Mit zunehmend fortgeschrittener Reifeentwicklung sind die potentiell schädlichen Begleitwirkungen einer Pubertätsblockade (u.a. Anhedonie, verminderte Knochendichte, menopausale Beschwerden) gegenüber einem erwartbaren Benefit durch Minderung des geschlechtsdysphorischen Leidensdrucks höher zu gewichten.

Aus diesem Grunde wird mittlerweile auf den regelhaften Einsatz von Pubertätsblockern als Vorstufe zu einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung meist verzichtet. Es gibt keine Evidenz dafür, dass bei Jugendlichen in jedem Fall eine Pubertätsblockade stattfinden muss, bevor eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung begonnen werden kann. Obwohl die ersten Follow-Up-Studien ausschließlich von Jugendlichen berichten, welche zunächst eine Pubertätsblockade und danach eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung erhielten (de Vries et al., 2014) sind in den Stichproben späterer Studien auch Jugendliche enthalten, welche bei vorliegender Indikation aufgrund ihrer bereits fortgeschrittenen pubertären Reifung ohne vorherige Pubertätsblockade mit geschlechtsangleichenden Hormonen behandelt wurden (Olson-Kennedy et al., 2018). Zur differenzierten Darstellung der somatischen Implikationen einer Pubertätsblockade bzw. einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung siehe Kapitel VIII → „Somatische Aspekte hormoneller Interventionen“.

⁵ Dies ist bis heute (Stand Juni 2023) die streng reglementiert vorgeschriebene Praxis im NHS England, was die dortige medizinische Kontroverse erheblich mitbestimmt hat, weil bei älteren Jugendlichen, deren pubertäre Reifung weitgehend abgeschlossen ist, die Nutzen-Risiko-Abwägung für den Einsatz von Pubertätsblockern meist negativ ausfällt.

Konsensbasierte Empfehlung:

VII. K16. Für die Indikation einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung bei Jugendlichen **sollte** nicht vorausgesetzt werden, dass zuvor eine Pubertätsblockade durchgeführt wurde.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

6.3.2. Soziale Rollenerprobung im empfundenen Geschlecht

In aller Regel geht einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung (GAH) eine soziale Transition in möglichst allen alltäglichen Lebensfeldern voraus. Die vorhandene Literatur gibt keinen Aufschluss darüber, ob bei den untersuchten Jugendlichen auch solche einbezogen wurden, bei denen die geschlechtsangleichende Hormonbehandlung vor der sozialen Transition initiiert wurde. In aktuellen internationalen Leitlinien wird übereinstimmend eine dauerhaft persistierende Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie als Voraussetzung für eine Indikationsstellung gefordert, wobei eine vollzogene soziale Transition nicht explizit erwähnt wird (Agana et al., 2019; Coleman et al., 2022; Hembree et al., 2017). Eine soziale Transition vor der GAH ist zu empfehlen, da sie den Behandlungssuchenden und dem Umfeld die unverzichtbare Sicherheit und Bestätigung gibt, dass der gewählte Weg für die Betroffenen sowohl anhaltend stimmig erlebt wird als auch sozial lebbar ist.

Zudem wird dem sozialen Umfeld die Anpassung an die zu erwartenden körperlichen Veränderungen erleichtert und behandelte Jugendliche werden vor möglicherweise irritierten Reaktionen aus ihrer sozialen Umgebung auf die feminisierenden bzw. virilisierenden Veränderungen ihres körperlichen Erscheinungsbildes bewahrt. Gemäß klinischer Erfahrungen der an der Leitlinienerstellung beteiligten Expert*innen gibt es einzelne Fälle, bei denen der anhaltende Wunsch nach einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung bei stabiler Geschlechtsidentität vor der Umsetzung der sozialen Transition in allen Alltagsfeldern besteht, meist verbunden mit dem Wunsch, den sozialen Rollenwechsel durch die aufgrund der Hormonbehandlung zu erwartenden Veränderungen zu erleichtern. In diesen Fällen ist in der Aufklärung besonderer Wert auf die realistisch zu erwartenden Veränderungen zu legen. Die psychosozialen Schwierigkeiten der Betroffenen in Bezug auf die Umsetzung der sozialen Transition sollen angesprochen werden und die Jugendlichen sollten diesbezüglich Unterstützung erhalten. Die Jugendlichen sind in diesen Fällen darüber aufzuklären, dass sich soziale Ängste in

Bezug auf die Transition realistischerweise nicht allein durch eine geschlechtsangleichende Hormongabe auflösen lassen.

In jedem Fall sollten in der Vorbereitung auf die GAH alle Auswirkungen auf das Umfeld hinreichend von den Behandlungssuchenden reflektiert werden. Der Schutz vor Diskriminierung muss in der Beratung hinsichtlich einer sozialen Transition maßgeblich mitgedacht werden. Zur Unterstützung der Jugendlichen in diesem Prozess sollte auf bestehende Angebote der Community (inklusive Peer-Beratungen) und der Jugendhilfe hingewiesen werden.

Konsensbasierte Empfehlung

| |
|--|
| <p>VII. K17. Zur Vorbereitung einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung sollte eine soziale Erprobung der gewünschten Geschlechtsrolle erfolgen, sofern dies mit dem Diskriminierungsschutz vereinbar ist. In Fällen, in denen die soziale Unterstützung durch das Umfeld nicht ausreicht, sollte eine psychotherapeutische Begleitung des Transitionsprozesses angeboten werden.</p> |
|--|

Starker Konsens (> 95%)

6.3.3. Berücksichtigung bestehender psychischer Störungen

Aufgrund der Häufigkeit von psychischen Störungen bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie sollten diese Störungen, sofern vorhanden, diagnostiziert und bei Bedarf fachgerecht behandelt werden (siehe Kapitel IV → „Assoziierte psychische Auffälligkeiten und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie“). Eine hinreichende psychosoziale Unterstützung der Betroffenen und ihrer Familien ist ein wichtiger Faktor für einen positiven Verlauf der körpermodifizierenden Interventionen und der weiteren Entwicklung. Da jedoch nicht alle Jugendlichen, bei denen eine Geschlechtsinkongruenz besteht, von behandlungsbedürftigen psychischen Störungen betroffen sind, ist der Bedarf individuell einzuschätzen. Voraussetzung für eine Indikationsstellung zu einer Hormonbehandlung ist jedoch in jedem Falle eine psychologisch-psychiatrische Untersuchung (*Assessment*), um sicher zu stellen, dass etwaige Störungen fachgerecht erkannt und ggf. behandelt werden und nicht mit der körpermodifizierenden Behandlung interferieren.

Eine mögliche Interferenz zwischen einer diagnostisch gesicherten oder vermuteten Geschlechtsinkongruenz und einer damit assoziierten anderweitigen psychischen Störung kann sich vielfältig bemerkbar machen und auswirken.

So kann eine koinzidente psychische Störung u.a.

- die diagnostische Klarheit bei der Einschätzung geschlechtsdysphorischer Symptome beeinträchtigen
- sich auf die Durchführbarkeit empfohlener sozialer Rollenerprobungen zur Vorbereitung einer körpermodifizierenden Behandlung auswirken (z.B. soziale Phobie mit Schulabsentismus).
- sich auf das anzustrebende Timing bei geplanten Interventionen auswirken (z.B. anorektiforme Essstörung mit Notwendigkeit einer Gewichtsrehabilitation vor hormonellen Interventionen).
- die für eine körpermodifizierende Behandlung hinreichende psychosoziale Stabilität und medizinische Behandlungcompliance beeinträchtigen (z.B. Patient*innen mit wiederholter akutpsychiatrischer Aufnahme bei Borderlinestörung)
- die Einwilligungsfähigkeit/Urteilsfähigkeit/Entscheidungsfähigkeit im Hinblick auf eine Behandlungsentscheidung beeinträchtigen (z.B. akute psychische Krise mit eingengter Sicht auf aktuelle Stressoren).

Konsensbasierte Empfehlung:

VII. K18. Besteht vor einer Indikationsstellung einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung eine über den geschlechtsdysphorischen Leidensdruck hinausgehende koinzidente psychische Störung, die mit der Behandlung interferiert, **sollte** in einem integrierten bzw. vernetzten Behandlungskonzept eine fachgerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Intervention empfohlen und angeboten werden. Dabei sollen im Dialog mit dem/der Patient*in die Behandlungsschritte priorisiert werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

6.3.4. Aufklärung, Einwilligungsfähigkeit und informierte Zustimmung

Wichtige Inhalte einer umfassenden Aufklärung der Jugendlichen und ihrer Sorgeberechtigten über die Wirkungsmechanismen und Folgen der geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung inklusive möglicher Nebenwirkungen sind in Kapitel VIII → „Somatische

Aspekte hormoneller Interventionen“ ausgeführt. Hierzu gehören insbesondere die möglichen Auswirkungen auf Sexualität, Fertilität, spätere geschlechtsangleichende Maßnahmen wie Operationen, Beziehungserleben und Körpererleben. Ebenso ist über die zugänglichen Möglichkeiten der Fertilitätsprotektion durch Kryokonservierung zu informieren. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass sich in der Frage des Kinderwunsches im Lebensverlauf häufig Veränderungen ergeben und dass der Verzicht auf eine Kryokonservierung möglicherweise das Risiko eines späteren unerfüllten Kinderwunsches birgt.

Grundsätzlich ist zu fordern, dass angesichts der Tragweite einer Entscheidung für die geschlechtsangleichende Hormonbehandlung diese Entscheidung nur eigenverantwortlich von minderjährigen Patient*innen getroffen werden kann, wenn diese diesbezüglich vollumfänglich einwilligungsfähig (D)/ urteilsfähig (CH)/ entscheidungsfähig (A) sind (siehe Kapitel X → „Recht und Ethik“). Die Aufklärung soll die Jugendlichen je nach Reifegrad prozesshaft darin unterstützen, zu einer Einwilligungsfähigkeit (D)/ Urteilsfähigkeit (CH)/ Entscheidungsfähigkeit (A) zu gelangen und eine informierte Entscheidung treffen zu können. Dazu müssen generelle wie auch individuelle Vor- und Nachteile der Behandlung ebenso wie einer Nicht-Behandlung oder einer auf einen späteren Zeitpunkt verschobenen Behandlung aufgezeigt, verstanden, individuell eingeordnet und gemeinsam mit den Betroffenen und den Sorgeberechtigten abgewogen werden.

Sollte bei einer geistig behinderten betroffenen minderjährigen Person eine *dauerhaft verminderte Einwilligungsfähigkeit (D)/ Urteilsfähigkeit (CH)/ Entscheidungsfähigkeit (A)* bestehen, können – analog zu Erwachsenen mit gesetzlicher Betreuung – die Sorgeberechtigten die Entscheidung für eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung treffen, sofern dies dem klar erkennbaren Willen der betroffenen Person entspricht (siehe Kapitel X → „Recht und Ethik“).

Konsensbasierte Empfehlung:

| |
|--|
| <p>VII. K19. Vor einer Indikationsstellung für eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung im Jugendalter sollen Jugendliche und ihre Sorgeberechtigten über die möglichen Auswirkungen der Behandlung auf Sexualität, Fertilität, Beziehungserleben, Körpererleben, mögliche Diskriminierungserfahrungen und weitere geschlechtsangleichende körpermodifizierende Behandlungsschritte aufgeklärt werden. Auf die Möglichkeiten fertilitätserhaltender medizinischer Maßnahmen sollte hierbei hingewiesen und der Zugang zu einer hierfür spezialisierten Beratung ermöglicht werden.</p> |
|--|

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Konsensbasierte Empfehlung:

VII. K20. Der jugendpsychiatrisch-psychotherapeutisch-psychotherapeutische Teil der Indikationsstellung für eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung soll die Prüfung der Einwilligungsfähigkeit (D)/ Urteilsfähigkeit (CH)/ Entscheidungsfähigkeit (A) des/der Patient*in - in Bezug auf die konkret geplante Behandlung - durch die indizierende Fachperson beinhalten. Bei nicht hinreichender Einwilligungsfähigkeit (D)/ Urteilsfähigkeit (CH)/ Entscheidungsfähigkeit (A) sollte die minderjährige Person darin gefördert werden, diese Fähigkeit zu erlangen.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

6.3.5. Familiäre Unterstützung und Zustimmung Sorgeberechtigter

Wie bereits im Abschnitt zu pubertätsaufhaltender Behandlung ausgeführt (s.o.), ist die Unterstützung des familiären Umfeldes für den Weg einer Transition und insbesondere für die Einleitung körpermodifizierender Maßnahmen von hoher Bedeutung für die psychische Gesundheit betroffener Jugendlicher (siehe auch Kapitel VI → „*Einbeziehung des familiären Beziehungsumfelds und Familiendynamik*“). In Fällen, in denen Jugendliche in ihrer Transgeschlechtlichkeit und dem Wunsch nach einer Transition von den Eltern und anderen familiären Bezugspersonen dauerhaft Ablehnung erfahren, besteht ein hohes Risiko für psychische Folgestörungen, insbesondere Depression und Suizidalität (siehe auch Kapitel IV → „*Assoziierte psychische Auffälligkeiten und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie*“). In diesen Fällen sollte mit einer intensiven familientherapeutischen Begleitung eine Unterstützung der Bezugspersonen angestrebt werden, um deren Vorbehalte gegenüber einer Akzeptanz in Bezug auf die empfundene Geschlechtsidentität ihres Kindes aufzugreifen und wenn möglich durchzuarbeiten, damit innerhalb der Familie ein akzeptierender Rahmen geschaffen werden kann.

In dem familientherapeutischen Prozess geht es darum, den Bedenken der Eltern Raum zu geben und einen gemeinsamen Prozess der Verständigung über geeignete Schritte zur Unterstützung der betroffenen Jugendlichen zu erarbeiten. Dies setzt voraus, dass von familientherapeutischen Interventionen keine psychisch schädlichen Auswirkungen auf die betroffenen Jugendlichen zu erwarten sind (wie z.B. bei vom Jugendamt erwirkter räumlicher Trennung nach Misshandlungserfahrungen bei erhaltenem Sorgerecht).

Konsensbasierte Empfehlung:

VII. K21. Bei gegebener Einwilligungsfähigkeit (D)/Urteilsfähigkeit (CH)/Entscheidungsfähigkeit (A) des/der Patient*in betreffend die Durchführung einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung sollte ein Co-Konsens der Sorgeberechtigten angestrebt werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Wenn in Einzelfällen trotz intensiver Beratung kein Co-Konsens zwischen Betroffenen und Sorgeberechtigten hinsichtlich der Durchführung einer gewünschten und medizinisch indizierten geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung erzielt werden kann, entsteht hinsichtlich der gesundheitlichen Gefährdung eine komplexe Dilemmasituation. Einerseits können Jugendliche, wenn sie einwilligungsfähig sind, in Deutschland, Österreich und der Schweiz auch ohne Zustimmung der Eltern eigenverantwortlich und rechtswirksam in die von ihnen gewünschte medizinische Behandlung einwilligen, d.h. ein „Veto“ der Eltern lässt sich durch das Sorgerecht in diesem Falle rechtlich nicht begründen (siehe Ausführungen in Kapitel X → „*Recht und Ethik*“).

Andererseits bedeutet die erfahrene Ablehnung bzw. Nicht-Unterstützung einer körpermodifizierenden Maßnahme durch Eltern eine hohe Belastung für die Jugendlichen. Der anhaltende Leidensdruck bei Nicht-Einleiten einer gewünschten und ansonsten fachgerecht indizierten Maßnahme ist gegenüber dieser Belastung abzuwägen. In einer solchen Fallkonstellation sind zum gesundheitlichen Wohle des/der betroffenen Jugendlichen intensive psychosoziale Maßnahmen zu erwägen, um diese auf dem Weg, ihr Leben entsprechend ihrer geschlechtlichen Identität zu gestalten, zu unterstützen, wozu im Einzelfall auch die therapeutische Begleitung eines notwendigen Ablösungsprozesses gehören kann. Die zu beachtenden gesetzlichen Regeln des jeweiligen Landes sind in Kapitel X → „*Recht und Ethik*“ aufgeführt.

Konsensbasierte Empfehlung:

VII. K22. In Fällen, in denen kein Co-Konsens zwischen Patient*in und Sorgeberechtigten besteht, sollte eine intensive Prozessbegleitung des Familiensystems durch eine geeignete Fachperson angeboten werden mit dem Ziel, dass eine Unterstützung des/der Patient*in ermöglicht wird. Eine solche Prozessbegleitung wird nur empfohlen, wenn hierdurch keine schädlichen Auswirkungen auf das gesundheitliche/psychische Wohl des/der Patient*in zu erwarten sind.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

6.4. Geschlechtsangleichende Operationen im Jugendalter

Geschlechtsangleichende Operationen bei Patient*innen mit Geschlechtsinkongruenz/Geschlechtsdysphorie sind irreversible Maßnahmen, welche erhebliche und dauerhafte Konsequenzen für die psychische und somatische Gesundheit der Betroffenen haben können, sowohl im positiven Sinne einer Reduzierung von Leidensdruck, Körperunzufriedenheit und psychischer Belastung sowie einer Verbesserung der Lebensqualität, als auch im negativen Sinne bei medizinischen oder psychosozialen Komplikationen oder im Falle eines späteren Bereuens der durchgeführten Operation.

Wenn bei einer dauerhaft persistierenden Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie im Jugendalter vor Erreichen der Volljährigkeit eine geschlechtsangleichende Operation von Betroffenen gewünscht wird und hierfür die medizinische Indikation zu prüfen ist, sind an das Vorgehen sowie an den Prozess der Entscheidungsfindung entsprechend hohe Anforderungen sowohl an die diagnostische Klarheit als auch an die gesicherte Feststellung der Einwilligungsfähigkeit (D)/ Urteilsfähigkeit (CH)/ Entscheidungsfähigkeit (A) der Patient*innen zu stellen, die in Kapitel X → „*Recht und Ethik*“ ausgeführt sind. Operative Eingriffe zur Genitalangleichung erfolgen in aller Regel erst nach dem 18. Lebensjahr. Insbesondere bei Eingriffen, die mit einer dauerhaften Infertilität einhergehen (d.h. wenn eine Orchiektomie, Ovarrektomie oder Hysterektomie angestrebt wird) ist in Deutschland die Gesetzeslage zu beachten, die bei Minderjährigen medizinische Eingriffe mit dem Ziel einer Sterilisation verbietet (§§ 1631c BGB). Im Falle intersexueller Genitalanlagen lässt dieses Gesetz Ausnahmen hiervon zu, vorausgesetzt, diese werden von betroffenen Minderjährigen ausdrücklich gewünscht, die zudem einwilligungsfähig sind (§§ 1631c & 1631d BGB). Zur Frage, ob solchermaßen begründete Ausnahmen im Falle eines anhaltend hohen geschlechtsdysphorischen Leidensdruckes bei minderjährigen Jugendlichen mit persistierender Geschlechtsinkongruenz ebenfalls rechtlich zulässig sein können, wird die Gesetzeslage in Kapitel X → „*Recht und Ethik*“ ausgeführt.

Zudem zeigt die bisherige klinische Erfahrung, dass sich hinsichtlich des Behandlungswunsches in Bezug auf genitalangleichende Operationen im Jungerwachsenenalter auch bei einer stabil persistierenden Geschlechtsinkongruenz Änderungen ergeben können, d.h. dass es zunehmend auch erwachsene trans Personen gibt, die keine Genitaloperation wünschen. Aufgrund dieser Erwägungen wird daher in aller Regel die Indikationsstellung für geschlechtsangleichende Genitaloperationen erst ab dem 18. Lebensjahr empfohlen. Die aktuelle internationale Leitlinie *Standards of Care, Version 8* der WPATH schließt die Möglichkeit der Indikationsstellung für genitalangleichende chirurgische Eingriffe im Jugendalter nicht

grundsätzlich aus, wenn strenge Indikationskriterien beachtet werden. Lediglich eine geschlechtsangleichende Phalloplastik wird für Minderjährige ausdrücklich nicht empfohlen (Coleman et al., 2022).

Bei den vorzunehmenden Abwägungen sind bei irreversiblen chirurgischen Eingriffen die potenziellen bleibenden gesundheitlichen Schäden im Falle eines späteren Detransitionswunsches deutlich höher zu gewichten als bei partiell und progredient irreversiblen Hormonbehandlungen. Dies ist entsprechend mit dem aktuellen geschlechtsdysphorischen Leidensdruck abzuwägen, der insbesondere bei einer Brustdysphorie bei trans-männlichen Jugendlichen sehr hoch sein und die psychische Gesundheit erheblich beeinträchtigen kann.

Wenn sich im Zuge einer dauerhaft persistierenden Geschlechtsinkongruenz nach einer vollständig vollzogenen Transition bereits seit mehreren Jahren eine stabile geschlechtliche Identität im Jugendalter gefestigt hat, einschließlich eines stabil verbesserten Kongruenzempfindens mit der unter einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung eingetretenen Virilisierung bzw. Feminisierung des körperlichen Erscheinungsbildes unter geschlechtsangleichender Hormonbehandlung, kann bei ausgeprägtem geschlechtsdysphorischem Leidensdruck und entsprechendem Behandlungswunsch die Indikationsstellung für eine geschlechtsangleichende Operation auch im Jugendalter erwogen werden. Nach den bisherigen klinischen Erfahrungen der an der Leitlinienerstellung beteiligten Expert*innen betrifft dies bislang fast ausschließlich die Mastektomie bei trans Jungen, die bereits über einen längeren Zeitraum stabil in der männlichen Geschlechtsrolle leben und sich darin unter laufender Testosteronbehandlung weiter gefestigt haben. Unter einer Testosteronbehandlung bleibt erfahrungsgemäß der geschlechtsdysphorische Leidensdruck in Bezug auf das Erscheinungsbild der Brust meist anhaltend bestehen oder kann sogar zunehmen.

In dieser Leitlinie werden nur Empfehlungen für das Vorgehen bei der Indikationsstellung für geschlechtsangleichende plastisch-chirurgische Eingriffe an der Brust ausgeführt. Genitalangleichende Operationen werden erst nach Erreichen des 18. Lebensjahres empfohlen. Hierfür sind die Empfehlungen der S3-Leitlinie für das Erwachsenenalter *Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Transgesundheit* (AWMF, 2018) sowie die internationale Leitlinie *Standards of Care 8* der WPATH (Coleman et al., 2022) maßgeblich.

In aktuellen internationalen Leitlinien wird eine Mastektomie bei begründeter Indikation für trans-männliche minderjährige Jugendliche als operative Option aufgeführt (Coleman et al., 2022; Hembree et al., 2017). In bisherigen Kohortenstudien wurde berichtet, dass bei hohem individuellem Leidensdruck der Betroffenen – insbesondere bei bereits mit Testosteron behandelten und langjährig im männlichen Geschlecht stabil lebenden trans-männlichen

Jugendlichen – auch Minderjährige geschlechtsangleichende Mastektomien erhalten (Marinkovic & Newfield, 2017; Olson-Kennedy et al., 2018).

In den vorliegenden Studien wird ein überwiegend positiver Behandlungserfolg berichtet hinsichtlich Reduzierung der Brustdysphorie und Zufriedenheit der Behandelten. Der Brustdysphorische Leidensdruck von trans-männlichen Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie ist in vielen Fällen erheblich. Dabei können nach den bisherigen klinischen Erfahrungen der an der Leitlinienerstellung beteiligten Expert*innen gesundheitliche Risiken entstehen. Jahrelanges tägliches Abbinden der Brust kann zu Atembeeinträchtigung und Haltungsschäden mit Rückenbeschwerden führen, wodurch die sportliche Aktivität stark eingeschränkt sein kann. Zudem ist bei vielen geschlechtsdysphorischen Jugendlichen die psychosoziale Teilhabe eingeschränkt z.B. durch jahrelanges Vermeiden von Schwimmbadbesuchen oder anderen sozialen Aktivitäten aus Scham über die nicht mit der Geschlechtsidentität in Einklang stehenden körperlichen Geschlechtsmerkmale. Auch der Zugang zum Arbeitsmarkt ist bei geschlechtsinkongruenten Jugendlichen nach sozialer Transition ohne Angleichung ihres körperlichen Erscheinungsbildes oft erschwert, da Inkongruenzen zwischen dem sozial gelebten Geschlecht und den biologischen Geschlechtsmerkmalen äußerlich sichtbar sind und transfeindliche Reaktionen der sozialen Umgebung begünstigen können. Es ist daher ein sorgfältiges Abwägen der Risiken der geschlechtsangleichenden Operation gegenüber den Risiken und Belastungen der nicht chirurgisch behandelten Geschlechtsdysphorie in jedem Einzelfall erforderlich.

Nach aktuellen Leitlinien gibt es keine aus Studienergebnissen ableitbare Evidenz für oder gegen definierte Altersgrenzen für geschlechtsangleichende Brustoperationen bei minderjährigen Jugendlichen mit diagnostisch gesicherter Geschlechtsinkongruenz. Daher sollte sich der Zeitpunkt der Indikation nach dem individuellen Gesundheitszustand richten (Hembree et al., 2017). Abzuwägen sind Aspekte des Leidensdrucks, der kognitiven und emotionalen Reife und der zeitlich anhaltenden Stabilität der Diagnose. Geschlechtsangleichende Brustoperationen bei Minderjährigen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie erfordern demnach die sorgfältige einzelfallbezogene Indikationsstellung in interdisziplinärer Kooperation zwischen einer psychologisch-psychiatrischen sowie einer chirurgischen Fachperson. In komplexen Fällen können medizinethische Fachpersonen zur Klärung herangezogen werden.

Konsensbasierte Empfehlung:

VII. K23. Die Indikationsstellung einer geschlechtsangleichenden Mastektomie oder operativen Brustverkleinerung bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie sollte zweigleisig erfolgen und erfordert interdisziplinäre Expertise und Kooperation. Voraussetzung für eine Indikationsstellung ist eine der Dringlichkeit und Komplexität der Einzelsituation angemessene kinder- und jugendpsychiatrische bzw. psychotherapeutische diagnostische Einschätzung⁶. Der somatische Teil der Indikationsstellung sollte im Hinblick auf ihre Voraussetzungen durch eine erfahrene Fachperson aus der operativen Medizin gestellt werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95% Zustimmung)

Konsensbasierte Empfehlung:

VII. K24. Die Qualifikation der Fachperson für den jugendpsychiatrisch-psychotherapeutisch-psychotherapeutischen Teil der Indikationsstellung einer geschlechtsangleichenden Mastektomie oder Brustverkleinerung Operation bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie sollte folgende Anforderungen erfüllen:

Eine der folgenden für das Kindes- und Jugendalter spezifischen Qualifikationen:

D:

- fachärztliche Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Approbation für Kinder- und Jugendpsychotherapie
- fachärztliche Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie

CH:

- FMH-Titel Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
- Eidgenössisch anerkannte*r Psychotherapeut*in

A:

- Facharzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Facharzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin

⁶ Für die fachliche Voraussetzung siehe folgende Empfehlung (s.u.)

- Eintragung als Psychotherapeut*in mit Weiterbildung in Säuglings-, Kinder- und Jugendpsychotherapie

Oder alternativ bei entsprechend ausgewiesener klinischer Expertise in der Diagnostik und Behandlung von Jugendlichen:

D:

- Fachärztliche Gebietsbezeichnung für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Approbation für Psychologische Psychotherapie

CH:

- FMH-Titel Psychiatrie und Psychotherapie

A:

- Fachärzt*in für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Fachärzt*in für Psychiatrie und Neurologie
- Eintragung als Psychotherapeut*in, Eintragung als klinische*r Psycholog*in

Konsensstärke: starker Konsens (> 95% Zustimmung)

Für den chirurgischen Teil der Indikationsstellung geschlechtsangleichender Operationen bei Minderjährigen sowie die chirurgische Durchführung eines solchen Eingriffs wird auf die Ausführungen in der entsprechenden S2k-Leitlinie der AWMF „Geschlechtsangleichende chirurgische Maßnahmen bei Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie“ (Registernummer 043 – 052) verwiesen.

Eine stabile/persistierende Geschlechtsinkongruenz nach den diagnostischen Kriterien der ICD-11 mit gleichzeitig bestehendem körperbezogenem geschlechtsdysphorischem Leidensdruck ist Grundvoraussetzung für die Indikationsstellung einer geschlechtsangleichenden Operation. Valide Einzelkriterien für die in Zukunft zu erwartende Persistenz/Stabilität der Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie liegen nicht vor und lassen sich aus der Studienlage aktuell nicht ableiten. Es obliegt also der psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachperson mit Erfahrung in der Exploration diverser Geschlechtsidentitätsentwicklungen von Jugendlichen im gemeinsamen Gespräch mit den Betroffenen und den Sorgeberechtigten eine individuelle Einschätzung aus der Gesamtschau der psychischen Befunde und der Lebensgeschichte der Jugendlichen zu erarbeiten. In komplexen Fallkonstellationen oder wenn die psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson über (noch) nicht hinreichende spezifische

klinische Erfahrung in diesem Feld verfügt, steht es im Ermessen der beteiligten Fachpersonen beider Disziplinen, den Patient*innen und ihren Sorgeberechtigten zu empfehlen, zur fachlichen Absicherung der Indikation eine zusätzliche erfahrenere fachliche Zweitsicht durch eine ausgewiesene erfahrene psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson zu empfehlen.

Konsensbasierte Empfehlung:

VII. K25. Voraussetzung für die Indikation einer geschlechtsangleichenden operativen Brustentfernung bzw. -verkleinerung **soll** das Vorliegen einer stabilen/persistierenden Geschlechtsinkongruenz (nach den diagnostischen Kriterien der GI im Jugendalter/ ICD-11: HA60) mit geschlechtsdysphorischem Leidensdruck verbunden mit dem klaren Wunsch nach einer Veränderung des zu operierenden Organs bzw. Merkmals sein. Die Einschätzung der Stabilität/Persistenz der Geschlechtsinkongruenz und des Behandlungswunsches sollte durch eine Zusammenarbeit der psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachperson gemeinsam mit den Patient*innen und ihren Sorgeberechtigten anhand der sorgfältigen Exploration der psychischen Befunde und der Lebensgeschichte erfolgen.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95% Zustimmung)

Betreffend geschlechtsangleichende Operationen bei Minderjährigen, die sich dem nicht-binären Spektrum der Geschlechtsidentität zuordnen, gibt es bislang keine empirischen Studien. So liegen keine Verlaufsdaten hinsichtlich der Persistenz/Stabilität von nicht-binärer Geschlechtsidentität im Jugendalter vor. Es ist zudem bislang nicht bekannt, ob es bei jungen trans Personen mit nicht-binärer Geschlechtsidentität möglicherweise eine höhere Auftretenswahrscheinlichkeit für ein späteres Bedauern von durchgeführten angleichenden medizinischen Maßnahmen gibt.

Die neuen Klassifikationen von DSM-V und ICD-11 schließen nicht-binäre Geschlechtsidentitäten in die Definition von Geschlechtsdysphorie bzw. Geschlechtsinkongruenz ausdrücklich ein. Sowohl die S3-Leitlinie der AWMF (AWMF, 2018) für das Erwachsenenalter *Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit*, als auch die aktuelle Neufassung der internationalen Leitlinie *Standards of Care* der WPATH (Coleman et al., 2022) schließen Personen mit nicht-binärer Geschlechtsidentität ebenfalls ausdrücklich in ihren Empfehlungen zur Indikationsstellung für geschlechtsangleichende chirurgische Maßnahmen ein.

Ein grundsätzlicher Ausschluss von Personen mit nicht-binärer Geschlechtsidentität und anhaltender Geschlechtsdysphorie vom Zugang zu geschlechtsangleichenden

körpermodifizierenden Maßnahmen ist daher medizinisch, ethisch und sozialrechtlich nicht vertretbar. Aufgrund der bisherigen Studienlage kann jedoch bislang keine empirisch fundierte Empfehlung zu geschlechtsangleichenden Operationen Minderjähriger mit nicht-binärer Geschlechtsidentität gegeben werden. Entscheidungen für Indikationen sind daher im Einzelfall besonders sorgfältig zu prüfen und sollen nach Abwägen des geschlechtsdysphorischen Leidensdrucks, der zeitlich anhaltenden Stabilität des diesbezüglichen Behandlungswunsches, der kognitiven und emotionalen Reife der Betroffenen im Sinne einer Einwilligungsfähigkeit (D)/ Urteilsfähigkeit (CH)/ Entscheidungsfähigkeit (A) unter Einbezug aller zu erwarteten Vor- und Nachteile sowie Risiken eines solchen Eingriffs getroffen werden.

Über die Möglichkeit eines späteren Bedauerns des chirurgischen Eingriffs einschließlich dessen im Vergleich zu binär-transgeschlechtlichen Personen aufgrund unzureichender Datenlage bisher nicht valide einschätzbare Auftretenswahrscheinlichkeit ist dabei besonders aufzuklären. Im Zweifelsfall liegt es im Ermessen der beteiligten Fachpersonen für psychische Gesundheit und Chirurgie, zur fachlichen Absicherung einer individualisierten Indikationsstellung die Einholung einer Zweitsicht durch eine in Behandlungsverläufen von Patient*innen mit Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie erfahrene psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson zu empfehlen.

Konsensbasierte Empfehlung:

VII. K26. Die Indikationsstellung für eine geschlechtsangleichende Mastektomie oder Brustverkleinerung sollte unabhängig von der Polarität bzw. Binarität der Geschlechtsidentität und unabhängig von der sexuellen Orientierung getroffen werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95% Zustimmung)

Sondervotum der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft (DPG) für eine anderslautende Empfehlung:

VII. K26. Die Indikationsstellung für eine geschlechtsangleichende Mastektomie oder Brustverkleinerung sollte unabhängig von der sexuellen Orientierung getroffen werden.

Hinweis: Die Begründung dieses Sondervotums ist bei der inhaltlich entsprechenden Empfehlung zur geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung (VII. K15.) ausgeführt.

In aller Regel gehen einer geschlechtsangleichenden Operation bei Minderjährigen eine über mehrere Jahre stabil gelebte soziale Transition sowie eine geschlechtsangleichende

Hormonbehandlung über mehrere Monate voraus. Die Indikation bedingt eine Einschätzung der hinreichenden Stabilität/Persistenz des Behandlungswunsches sowie der individuellen dauerhaften psychosozialen Lebbarkeit einer Transition. Für geschlechtsangleichende Operationen ohne vorherige geschlechtsangleichende Hormongabe gibt es bisher keine Evidenz, da nach früheren Leitlinien die Reihenfolge der Interventionen festgelegt war und die geschlechtsangleichenden Hormone obligatorisch vor der geschlechtsangleichenden Operation eingenommen werden mussten.

Dennoch zeigt die klinische Erfahrung, dass in einzelnen Fällen z.B. der stabile Wunsch einer Mastektomie besteht ohne eine vorangehende Testosteronbehandlung. In den neuen Leitlinien der WPATH wird diese Möglichkeit für Einzelfälle auch bei Minderjährigen ausdrücklich erwähnt (Coleman et al., 2022). Solche Fälle zeigen sich nach klinischer Erfahrung häufiger bei Personen mit nicht-binärer Geschlechtsidentität und/oder mit einer koizidenten Autismus-Spektrum-Störung. Diese Fälle bedürfen einer besonders sorgfältigen Prüfung hinsichtlich eines anhaltenden spezifisch geschlechtsdysphorischen Leidensdrucks sowie der Stabilität des Behandlungswunsches, um die in Betracht zu ziehenden gesundheitlichen Nutzen und Risiken eines solchen Vorgehens im Einzelfall abzuwägen.

Es liegen zudem keine Informationen aus der Literatur über Verläufe von jugendlichen Betroffenen vor, bei denen eine geschlechtsangleichende Operation ohne vorangegangene soziale Transition durchgeführt wurde. Es gibt klinische Berichte von Fällen erwachsener Patient*innen mit nicht-binären Identitäten, in denen weder eine soziale Transition noch eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung gewünscht wird, jedoch der anhaltende Wunsch einer geschlechtsangleichenden Mastektomie besteht bei starker anhaltender Körperdysphorie in Bezug auf das Brustprofil. In der S3-Leitlinie für das Erwachsenenalter wird für solche Fallkonstellationen ein individualisiertes Vorgehen empfohlen, bei dem eine vorangegangene soziale Transition oder Testosteronbehandlung nicht als zwingende Voraussetzung für die Indikation zu einer Mastektomie empfohlen wird (AWMF, 2018).

Im Jugendalter ist nach überwiegend einhelliger Ansicht der an der Leitlinienerstellung beteiligten Expert*innen für eine Indikationsstellung zu einem geschlechtsangleichenden operativen Eingriff die hinreichende Überprüfung der sozialen Lebbarkeit und hierbei anhaltend stabil bleibenden Stimmigkeit der empfundenen Geschlechtsidentität aufgrund der andernfalls weitgehend unabsehbaren Risiken irreversibler gesundheitlicher Schäden besonders wichtig.

Konsensbasierte Empfehlung:

VII. K27. Zur Vorbereitung einer geschlechtsangleichenden Mastektomie oder Brustverkleinerung bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie sollte eine soziale Erprobung der gewünschten Geschlechtsrolle erfolgen, sofern dies mit dem Diskriminierungsschutz vereinbar ist. In Fällen, in denen die soziale Unterstützung durch das Umfeld nicht ausreicht, sollte eine psychotherapeutische Begleitung des Transitionsprozesses angeboten werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95% Zustimmung)

Gemäß überwiegender Erfahrung der in der Leitlinienkommission tätigen Expert*innen sind die ersten Monate nach Beginn der geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung von Jugendlichen häufig eine Phase, in der sich eine weitere Stabilisierung der Gesamtsituation der Betroffenen zeigt. Eine Beobachtungsphase von mindestens 6 Monaten scheint somit geeignet vor einer geschlechtsangleichenden Brustoperation sicher zu stellen, dass sich an der Persistenz einer gefestigten Geschlechtsidentität unter dem Eindruck hormonell induzierter Körperveränderungen nichts ändert. Gemäß klinischer Erfahrung der auf geschlechtsangleichende Brustoperationen spezialisierten chirurgischen Fachpersonen verändert sich zudem das Brustgewebe unter einer Testosterongabe, sodass das kosmetische Ergebnis der geschlechtsangleichenden Brustoperation durch einen mehrmonatigen Abstand zwischen Beginn der Hormonbehandlung und Operation unter Umständen günstig beeinflusst wird. Der Zeitraum von mindestens 6 Monaten hat sich nach überwiegender bisheriger klinischer Erfahrung der an der Leitlinienerstellung beteiligten Expert*innen bewährt und wird daher von der Kommission als sinnvoll erachtet. Die aktuellen internationalen medizinischen Leitlinien der *Endocrine Society* und der *World Professional Association for Transgender Health (WPATH)* treffen zur empfohlenen Mindestdauer einer Hormontherapie keine Aussage.

Konsensbasierte Empfehlung:

VII. K28. Wird bereits eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung durchgeführt, sollte vor einer darauffolgenden geschlechtsangleichenden Mastektomie oder Brustverkleinerung ein Zeitraum von mindestens 6 Monaten zur Reflexion der damit gemachten Erfahrungen empfohlen werden

Konsensstärke: starker Konsens (> 95% Zustimmung)

Konsensbasierte Empfehlung:

VII. K29. In begründeten Einzelfällen kann eine geschlechtsangleichende Mastektomie oder brustverkleinernde Operation bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie ohne vorherige geschlechtsangleichende Hormonbehandlung erwogen werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95% Zustimmung)

6.4.1. Diagnostik und Behandlung assoziierter psychischer Störungen

Aufgrund der Häufigkeit von psychischen Störungen bei geschlechtsinkongruenten bzw. geschlechtsdysphorischen Jugendlichen sollten diese Störungen fachgerecht diagnostiziert und bei Bedarf behandelt werden. Die psychosoziale Unterstützung der Betroffenen und ihrer Familien ist essenziell für einen positiven Verlauf der körpermodifizierenden Behandlung und der weiteren gesundheitlichen Entwicklung. Da jedoch nicht alle Jugendlichen mit einer Geschlechtsinkongruenz von psychischen Störungen betroffen sind, ist der Bedarf an professioneller psychosozialer Unterstützung individuell einzuschätzen. Voraussetzung für eine fachgerechte Indikationsstellung zu einem geschlechtsangleichenden operativen Eingriff ist gleichwohl in jedem Fall eine psychologisch-psychiatrische Untersuchung (Assessment) um sicher zu stellen, dass ggf. bestehende psychische Gesundheitsprobleme adäquat diagnostiziert und behandelt werden und nicht mit der diagnostischen Sicherheit oder mit der körpermodifizierenden Behandlung interferieren.

Konsensbasierte Empfehlung:

VII. K30. Besteht vor einer Indikationsstellung einer geschlechtsangleichenden Mastektomie bzw. Brustverkleinerung eine über den geschlechtsdysphorischen Leidensdruck hinausgehende koinzidente psychische Störung, die mit der Behandlung interferiert, sollte in einem integrierten bzw. vernetzten Behandlungskonzept eine fachgerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Intervention empfohlen werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95% Zustimmung)

6.4.2. Einwilligungsfähigkeit (D)/ Urteilsfähigkeit (CH)/ Entscheidungsfähigkeit (A)

Vor einer Indikationsstellung zu einer Mastektomie bzw. brustverkleinernden OP bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie ist eine umfassende Aufklärung der Patient*innen und ihrer Sorgeberechtigten über mögliche Folgen und Komplikationen der Operation sowie mögliche Auswirkungen auf Körpererleben, Beziehungserleben, Sexualität und Stillfähigkeit durchzuführen. Mögliche Vor- und Nachteile sowie Risiken der geschlechtsangleichenden Operation sollen aufgezeigt und gemeinsam mit den Betroffenen und deren Sorgeberechtigten abgewogen werden. Die Aufklärung soll die Jugendlichen prozesshaft darin unterstützen, zu einer eigenen Einwilligungsfähigkeit (D)/ Urteilsfähigkeit (CH)/ Entscheidungsfähigkeit (A) zu gelangen und so eine informierte Entscheidung treffen zu können.

Ebenso ist darauf zu achten, im Falle einer für einen späteren Zeitpunkt gewünschten oder in Betracht gezogenen genitalangleichenden Operation frühzeitig über die zugänglichen Möglichkeiten der Kryokonservierung zum Erhalt der eigenen Fortpflanzungsfähigkeit aufzuklären. Bei der Aufklärung ist darauf hinzuweisen, dass sich in der Frage des Kinderwunsches im Lebensverlauf häufig Veränderungen ergeben und dass der Verzicht auf eine Kryokonservierung das Risiko eines späteren unerfüllten Kinderwunsches birgt.

Die Einwilligungsfähigkeit (D), Urteilsfähigkeit (CH) bzw. Entscheidungsfähigkeit (A) von Minderjährigen hinsichtlich einer gewünschten geschlechtsangleichenden Operation beinhaltet die sorgfältige Reflexion der Irreversibilität des Eingriffs, der Prüfung von Vor- und Nachteilen sowie Risiken und der Überprüfung individueller alternativer Wege der gelebten Transition.

Konsensbasierte Empfehlung:

| |
|---|
| <p>VII. K31. Die Indikationsstellung für operative Maßnahmen zur Geschlechtsangleichung bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie soll die Prüfung der Einwilligungsfähigkeit (D) / Urteilsfähigkeit (CH) / Entscheidungsfähigkeit (A) des/der Patient*in durch eine jugendpsychiatrisch-psychotherapeutisch-psychotherapeutische Fachperson beinhalten. Bei nicht hinreichender Einwilligungsfähigkeit (D)/ Urteilsfähigkeit (CH)/ Entscheidungsfähigkeit (A) sollte die minderjährige Person darin gefördert werden, diese Fähigkeit zu erlangen.</p> |
|---|

Konsensstärke: starker Konsens (> 95% Zustimmung)

Konsensbasierte Empfehlung:

VII. K32. Bei gegebener Einwilligungsfähigkeit (D)/ Urteilsfähigkeit (CH)/ Entscheidungsfähigkeit (A) der minderjährigen Person sollte ein Co-Konsens der Sorgeberechtigten angestrebt werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95% Zustimmung)

Konsensbasierte Empfehlung:

VII. K33. In Fällen, in denen kein Co-Konsens zwischen Patient*in und Sorgeberechtigten besteht, sollte eine intensive Prozessbegleitung des Familiensystems durch eine geeignete Fachperson angeboten werden mit dem Ziel, dass eine Unterstützung des/der Patient*in ermöglicht wird. Eine solche Prozessbegleitung wird nur empfohlen, wenn hierdurch keine schädlichen Auswirkungen auf das gesundheitliche/psychische Wohl des/der Patient*in zu erwarten sind.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95% Zustimmung)

Wenn in Einzelfällen trotz intensiver Beratung kein Co-Konsens zwischen Betroffenen und Sorgeberechtigten hinsichtlich der Durchführung einer gewünschten und medizinisch indizierten geschlechtsangleichenden Mastektomie oder Brustverkleinerung erzielt werden kann, entsteht hinsichtlich der gesundheitlichen Gefährdung eine komplexe Dilemmasituation. Einerseits können Jugendliche, wenn sie einwilligungsfähig sind, in Deutschland, Österreich und in der Schweiz auch ohne Zustimmung der Eltern eigenverantwortlich und rechtswirksam in die von ihnen gewünschte medizinische Behandlung einwilligen, d.h. ein „Veto“ der Eltern lässt sich durch das Sorgerecht in diesem Falle rechtlich nicht begründen (siehe Ausführungen in Kapitel X → „*Recht und Ethik*“). Auch ein Behandlungsvertrag kann von gesetzlich versicherten Jugendlichen zumindest ab dem 16. Lebensjahr eigenständig geschlossen werden.⁷

Andererseits bedeutet die erfahrene Ablehnung bzw. Nicht-Unterstützung einer körpermodifizierenden Maßnahme durch Eltern eine hohe Belastung für betroffene Jugendliche. Der anhaltende Leidensdruck bei Nicht-Durchführung einer fachgerecht indizierten Behandlung ist gegenüber dieser Belastung abzuwägen. In einer solchen Fallkonstellation sollten im

⁷ Bei privat versicherten Minderjährigen ist auch hierfür die Unterschrift eines sorgeberechtigten Hauptversicherten erforderlich.

gesundheitlichen Interesse und zum Wohle des/der betroffenen Jugendlichen intensive psychosoziale Maßnahmen erwogen werden, um diese auf dem Weg, ihr Leben entsprechend ihrer geschlechtlichen Identität zu gestalten, zu unterstützen, wozu im Einzelfall auch die therapeutische Begleitung eines notwendigen Ablösungsprozesses gehören kann. Die zu beachtenden gesetzlichen Regeln des jeweiligen Landes sind in Kapitel X → „Recht und Ethik“ ausgeführt.

6.5. Empfohlene Inhalte eines Indikationsschreibens

Entsprechend den in diesem Kapitel ausgeführten Empfehlungen wird nochmals zusammengefasst aufgelistet, was in einem kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Indikationsschreiben für körpermodifizierende Interventionen im Jugendalter (d.h. Pubertätsblockade, geschlechtsangleichende Hormonbehandlung oder brustchirurgische geschlechtsangleichende Operation) jeweils zu berücksichtigen ist. Es sollten in einem solchen Indikationsschreiben inhaltliche Angaben zu folgenden Punkten enthalten sein, die für die Mitbehandelnden, die den somatischen Teil einer interdisziplinär zu entwickelnden Indikation ärztlich verantworten, nachvollziehbar sind:

- diagnostische Einschätzung einer stabilen/persistierenden Geschlechtsinkongruenz nebst Begründung aus dem bisherigen Entwicklungsverlauf.
- Früherer und bestehender bzw. antizipierter geschlechtsdysphorischer Leidensdruck
- bisherige bzw. geplante soziale Rollenerprobungen bzw. soziale Transition
- psychischer Gesundheitszustand und ggf. begleitende psychische Gesundheitsprobleme oder Störungen
- im Falle koinzidenter psychischer Störung: erfolgte Diagnostik und diagnostische Einschätzung der Interdependenz mit Geschlechtsdysphorie (individuelles Störungsmodell) sowie integrierter Behandlungsplan
- anhaltender und reflektierter Wunsch nach medizinischer Intervention
- differenzierte Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit (D)/ Entscheidungsfähigkeit (A)/ Urteilsfähigkeit (CH) auf Basis informierter Zustimmung zu gewünschter Behandlung
- Informiertheit zu möglicher Perspektive einer späteren Detransition
- erfolgte Aufklärung zu möglichen Auswirkungen der Behandlung auf die spätere Fertilität und Möglichkeiten der Fertilitätsprotektion
- erfolgte Aufklärung über mögliche Risiken der Behandlung

- individuelle gesundheitliche Nutzen-Risiko-Abwägung zur gewünschten Behandlung in Abwägung zur Option der Nicht-Behandlung oder eines weiteren Abwartens
- Angaben zur Unterstützung des familiären und sozialen Umfeldes für den weiteren Weg der Transition inkl. Co-Konsens der Sorgeberechtigten

Vorläufige Leitlinie zur Kommentierung

Kapitel VIII

Somatische Aspekte hormoneller Interventionen

1. Einleitung und Leitfragen

2. Behandlung mit GnRH-Analoga (Pubertätsblocker)

2.1.1 Ziele einer Pubertätssuppression

2.1.2 Pharmakodynamik und Pharmakokinetik von GnRH-Analoga

2.1.3 Mögliche unerwünschte Nebenwirkungen von GnRH-Analoga

3. Alternativen zu einer Pubertätssuppression im Jugendalter vor Beginn einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung

3.1.1 Behandlung mit Gestagenen bei bereits weitgehend abgeschlossener Pubertätsentwicklung

3.1.2 Behandlung mit Antiandrogenen

4. Geschlechtsangleichende Hormonbehandlung

4.1.1 Geschlechtsangleichende Hormonbehandlung bei trans-männlichen Jugendlichen

4.1.2 Geschlechtsangleichende Hormonbehandlung bei trans-weiblichen Jugendlichen

4.1.3 Aufklärung zu Off-Label-Verordnungen

1. Einleitung und Leitfragen

Hormonelle Interventionen im Rahmen einer gestuften und entwicklungsorientierten Behandlung von Jugendlichen mit persistierender Geschlechtsinkongruenz (GI) bzw. Geschlechtsdysphorie (GD) sind komplexe Eingriffe in den Verlauf der pubertären Reifeentwicklung, die einer sorgfältigen individualisierten Indikationsstellung bedürfen. Hierzu gehört eine auf die Gegebenheiten des Einzelfalls abzustimmende Nutzen-Risiko-Abwägung sowie ein entsprechend sorgfältiges endokrinologisches Risikomanagement. Die an der Erstellung dieser Leitlinie beteiligten klinischen Expert*innen teilen überwiegend die Auffassung, wie sie auch in den aktuellen internationalen Leitlinien der *Endocrine Society* sowie der *World Professional Association for Transgender Health (WPATH)*, die jeweils von ausgewiesenen Expert*innengremien erstellt wurden (Coleman et al., 2022; Hembree et al., 2017) vertreten wird. Dieser zufolge kann, insbesondere für den Einsatz von Pubertätsblockern, eine pauschale Nutzen-Risiko-Abwägung ausschließlich auf der Basis von Studiendaten der Komplexität medizinischer Entscheidungssituationen in diesem Feld nicht gerecht werden.

So ist es aus internationaler Sicht nicht verwunderlich, dass vom National Health Service England (NHS) aktuell pauschal eine uneindeutige Nutzen-Risiko-Bilanz für den Einsatz von Pubertätsblockern gezogen wurde. Sie sollen künftig nur noch im Rahmen klinischer Studien empfohlen werden (siehe Kapitel zu kritischen Diskursen und abweichenden Empfehlungen in anderen Ländern, im Anhang). Die dort bis heute angewandten Behandlungsprinzipien, die strikt dem ursprünglichen *Dutch Protocol* folgen, weichen z.T. erheblich von der international etablierten *Best Practice* ab (Pang et al., 2022). So muss bis heute in England bei jedem bzw. jeder Jugendlichen mit diagnostizierter GD eine mindestens zwölfmonatige Pubertätsblockade durchgeführt werden, bevor eine indizierte geschlechtsangleichende Hormonbehandlung beginnen kann. Aufgrund der extrem langen Wartezeiten sind viele Patient*innen bei Behandlungsbeginn bereits 16 Jahre und älter. Sie sind somit in einem Alter, in dem der Nutzen einer Pubertätsblockade aufgrund der weitgehend abgeschlossenen Reifeentwicklung fraglich ist, unerwünschte menopausale Nebenwirkungen hingegen überwiegen (Hembree et al., 2017; O'Connell et al., 2022).

Solche aus heutiger Sicht zur Fehlanwendung führenden Artefakte aus veralteten Behandlungsempfehlungen vergangener Jahrzehnte sind in vorliegende Studiendaten eingegangen und tragen zur uneindeutigen Evidenzlage bei. Für hormonelle Interventionen zur gestuften Behandlung von Jugendlichen mit diagnostisch gesicherter persistierender GI bzw. GD ist daher die Abwägung von erwartetem Nutzen und zu bedenkenden Risiken einzelfallbezogen vorzunehmen. Dabei fließen u.a. das Stadium der pubertären Reife bei Beginn einer Behandlung, das Ausmaß und die Dauer des geschlechtsdysphorischen Leidensdruckes ein. Bei einer erwogenen Pubertätsblockade ist deren angemessene geplante

zeitliche Begrenzung ein wichtiger Aspekt, der bei der individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung zu berücksichtigen ist. Zudem kommt, wie allgemein bei endokrinologischen Interventionen (z.B. Hormonersatztherapien), der *mechanistischen Evidenz*, d.h. der möglichst umfassenden Kenntnis der in Gang gesetzten physiologischen Mechanismen und deren erwünschten und unerwünschten Auswirkungen eine besondere Bedeutung für die Nutzen-Risiko-Abwägung im Einzelfall zu.

Für dieses Kapitel wurden von der Leitlinienkommission a priori folgende drei Leitfragen formuliert:

Leitfragen zu somatischen Aspekten hormoneller Interventionen im Jugendalter:

- Welche somatischen Aspekte sind beim endokrinologischen Teil der Indikationsstellung, Aufklärung und individuellen Planung von hormonellen Interventionen im Jugendalter zu berücksichtigen?
- Kann die Behandlung mit GnRH-Analoga zur Pubertätssuppression bei Jugendlichen mit persistierender Geschlechtsinkongruenz/Geschlechtsdysphorie im Hinblick auf bekannte Risiken als hinreichend sicher angesehen werden?
- Kann die geschlechtsangleichende Hormonbehandlung mit Testosteron bzw. Östrogen bei Jugendlichen mit persistierender Geschlechtsinkongruenz/Geschlechtsdysphorie im Hinblick auf bekannte Risiken als hinreichend sicher angesehen werden?

Voraussetzung für den Beginn einer hormonellen Behandlung ist in jedem Fall eine fachgerechte interdisziplinäre Indikationsstellung durch qualifizierte medizinische bzw. psychotherapeutische Fachpersonen, die hinreichend Erfahrung mit der Thematik haben (siehe Kapitel VII → „*Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen*“). Hierbei ist das gewünschte und realistisch erreichbare Ziel einer hormonellen Behandlung in jedem Einzelfall zu prüfen und gemeinsam mit den zu bedenkenden Risiken mit den Patient*innen und ihren Sorgeberechtigten abzuwägen.

2. Behandlung mit GnRH-Analoga (Pubertätsblocker)

2.1 Ziele einer Pubertätssuppression

Wie im vorangegangenen Kapitel VII → „*Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen*“ ausgeführt, kann nach den Empfehlungen aktueller internationaler medizinischer Leitlinien, wenn durch eine kinder- und jugendpsychiatrische bzw. -psychotherapeutische Diagnostik bei einem bzw. einer Jugendlichen eine persistierende Geschlechtsinkongruenz mit geschlechtsdysphorischem Leidensdruck festgestellt wurde, frühestens ab einem Pubertätsentwicklungsstadium Tanner 2 eine pubertätsunterdrückende Behandlung erwogen werden (Coleman et al., 2022; de Vries et al., 2006; Hembree et al., 2017). Ist die pubertäre Reifung bereits weiter fortgeschritten, kann alternativ erwogen werden, durch eine suppressive Hormonbehandlung (z.B. Antiandrogene bei trans-weiblichen Jugendlichen) der fortschreitenden Ausbildung der sekundären Geschlechtsmerkmale entgegenzuwirken bzw. bei trans-männlichen Jugendlichen die Menstruation mit einem *Gestagenpräparat* zu unterdrücken (s.u. Abschnitt 3 „Alternativen zur Pubertätssuppression“).

Durch den Wirkmechanismus einer Pubertätsblockade (s.u.) wird lediglich ein *Fortschreiten der Reifeentwicklung verhindert*, d.h. die bereits begonnene Reifeentwicklung wird für eine begrenzte Zeit auf ihrem Stand zu Behandlungsbeginn „eingefroren“. Die Rationale dahinter ist, den Hauptstressor des geschlechtsdysphorischen Leidensdruckes, d.h. die fortschreitende Maskulinisierung bzw. Feminisierung des körperlichen Erscheinungsbildes, zu entaktualisieren, indem dessen *Progredienz* verhindert wird. In dem Maße, in dem sich weibliche bzw. männliche Geschlechtsmerkmale bereits ausgebildet haben (z.B. weibliches Brustwachstum bei trans-männlichen Jugendlichen oder männlicher Stimmwechsel bei trans-weiblichen Jugendlichen) bleibt der körperliche Stressor bei Behandlung unverändert und es wird lediglich dessen *Aggravation* verhindert. Dies ist bei der Definition von Outcome-Maßen bei Studien, die den ausschließlichen Effekt einer Pubertätsblockade untersuchen, relativierend zu bedenken (Cass, 2022). So kann es einem realistischen Ziel entsprechen, einen vor Behandlung bestehenden psychischen Gesundheitszustand einigermaßen gleichbleibend stabil zu halten, d.h. *dessen Verschlechterung zu verhindern*. Dies ist bei der Bewertung der diesbezüglich schwachen Evidenz für positive Veränderungseffekte einer alleinigen Pubertätssuppression auf psychische Gesundheitsparameter zu berücksichtigen. Das könnte erklären, warum im Vergleich zur schwachen Evidenz für den alleinigen Nutzen einer vorübergehenden Pubertätsblockade die Evidenz für positive Outcomes für die psychische Gesundheit in *Studien zur geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung* ebenso wie zum Langzeit-Outcome des „Gesamtpakets“ einer im *Jugendalter beginnenden gestuften*

Transitionsbehandlung einschließlich späterer geschlechtsangleichender Operation deutlicher und einheitlicher ist (siehe Ausführungen zur Studienlage in Kapitel VII → „*Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen*“).

Im Einzelfall abzuwägen ist, dass junge Menschen mit einer persistierenden GI im Falle eines Fortschreitens der Pubertät lebenslange gesundheitliche Nachteile erfahren können (Deutscher Ethikrat, 2020), z.B. durch ein langfristig stigmatisierendes körperliches Erscheinungsbild mit erhöhtem geschlechtsdysphorischen Erleben sowie vermehrter Beeinträchtigung psychosozialer Teilhabe, z.B. bei der Aufnahme romantischer Beziehungen, Strand- oder Schwimmbadbesuchen etc. Ein bedeutsames Ziel einer zeitlich begrenzten Pubertätsunterdrückung ist bei Jugendlichen häufig das Gewinnen von Zeit für einen geistigen Reife- und Reflexionsprozess, bevor eine Entscheidung für eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung getroffen werden kann (Brik et al., 2020; van der Loos et al., 2022). Diese Zeit wird u.a. oft benötigt, um die nötige Einwilligungsfähigkeit (D)/ Entscheidungsfähigkeit (A)/ Urteilsfähigkeit (CH) zu erlangen, also die Befähigung zu einer informierten Entscheidung, bevor eine partiell irreversible geschlechtsangleichende Intervention eingeleitet wird (siehe Kapitel VII → „*Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen*“).

Im bei Behandlungsbeginn mit hoher Wahrscheinlichkeit angenommenen Fall einer dauerhaften Persistenz der GI wird das spätere Erscheinungsbild einer jungen trans Personen nach Einleiten einer späteren geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung im Erwachsenenalter, insbesondere bei einer erfolgten Unterbrechung der pubertären Reifeentwicklung in deren frühen Stadien, weitestgehend dem empfundenen Geschlecht entsprechen. Das heißt, ihnen bleibt eine lebenslange Stigmatisierung durch Körpermerkmale des bei der Geburt zugewiesenen Geschlechts weitestgehend erspart. Zudem werden spätere geschlechtsangleichende Eingriffe wie Mastektomien, Kehlkopfoperationen, Bart-Epilationen oder kiefer-/gesichtschirurgische Eingriffe bei frühzeitig begonnener Pubertätsunterdrückung oft nicht mehr erforderlich.

2.2 Pharmakodynamik und Pharmakokinetik von GnRH-Analoga

GnRH-Analoga unterdrücken effektiv Gonadotropine und damit auch die Produktion von Sexualhormonen aus Hoden und Eierstöcken (Schagen et al., 2016). Auf diese Weise können körperliche Veränderungen, wie männlicher Stimmwechsel, Bartwuchs oder weibliches Brustwachstum verhindert oder angehalten werden. Indem ein Fortschreiten der irreversiblen Maskulinisierung bzw. Feminisierung des körperlichen Erscheinungsbildes verhindert wird (s.o.), soll der Leidensdruck der Betroffenen entaktualisiert werden.

Aus Mikrokapseln werden die Depot-GnRH-Agonisten kontinuierlich freigesetzt und „blockieren“ die GnRH-Rezeptoren der Hypophyse durch eine verlängerte Halbwertszeit und führen zur Abnahme der Anzahl der GnRH-Rezeptoren und der Sensibilität der LH- und FSH-

produzierenden Zellen (für eine ausführliche Darstellung der Pharmakodynamik siehe Lahlou et al., 2000). Da es sich um einen Agonisten handelt, kommt es zum Beginn der Therapie zu einer Aktivierung der Pubertät mit Anstieg der Gonadotropine. Zur Verkürzung der „flare-up“-Phase kann der Spritzabstand der ersten beiden Injektionen verkürzt werden. Bei ca. 80 % der Behandelten liegt nach 6 Monaten eine Suppression der gonadotropen Achse vor.

Sowohl bei trans-männlichen Jugendlichen, als auch bei trans-weiblichen Jugendlichen sind GnRH-Analoga effektiv, um die Gonadotropine (und somit nachgeordnet die Sexualsteroiden) zu supprimieren (de Vries et al., 2011). In der Regel wird Leuprorelin-Depot 11,25 mg alle drei bzw. 22,5 mg s.c. alle sechs Monate verwendet, alternativ Triptorelin-Depot 22,5 mg i.m. alle sechs Monate.

2.2.2 Mögliche Auswirkungen auf die Wachstumsprognose

Die steigenden Konzentrationen von Sexualhormonen in der Pubertät induzieren nicht nur die fortschreitende Ausbildung der sekundären Geschlechtsmerkmale, sondern beeinflussen auch das Knochenwachstum (pubertärer Wachstumsschub). Eine Unterdrückung der Pubertät kann somit eine Verlangsamung der Wachstumsgeschwindigkeit verursachen - die Epiphysenfugen bleiben allerdings im Gegenzug länger offen. Dies kann bei mehrjähriger Anwendung zu einer gesteigerten Endgröße führen, was vor allem für trans-weibliche Jugendliche problematisch werden kann. Neuere Studien haben allerdings gezeigt, dass eine zeitlich begrenzte Behandlung mit GnRH-Analoga mit darauffolgender geschlechtsangleichender Hormonbehandlung im Langzeitverlauf keine relevanten Auswirkungen auf die erwachsene Endgröße bei Jugendlichen beiderlei Geschlechts hatte (Boogers et al., 2022; Willemsen et al., 2023).

2.2.2 Auswirkungen auf die Fertilität

Eine Pubertätssuppression mittels GnRH-Analoga stellt den ersten Schritt einer hormonellen Behandlung zur Unterstützung einer sozialen Transition dar. Erfolgt dies in einem frühen Pubertätsstadium, ist im Falle einer sich später nahtlos anschließenden geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung meist eine *dauerhafte Infertilität* infolge ausbleibender Ausreifung der Gonaden und des Reproduktionstrakts die Folge. Vor Beginn einer pubertätsblockierenden Behandlung sollte daher die Frage einer ggf. künftig eingeschränkten Fertilität umfassend erörtert werden und eine medizinische Beratung zu *medizinischen Möglichkeiten einer Fertilitätsprotektion* angeboten werden (siehe Ausführungen in Kapitel VII → „*Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen*“). Hierfür zu sensibilisieren ist bedeutsam, um einer jugendlichen Person die spätere Option eigener biologischer Fortpflanzung offen halten zu können bzw. um diese

Option nicht uninformiert zu verbauen. Erwägungen hierzu können in Fällen, in denen die Oogenese bzw. Spermiogenese noch nicht bis zur Menarche bzw. Spermarche erfolgt ist, was wiederum eine Voraussetzung dafür wäre, um Eizellen oder Spermien für eine Kryokonservierung gewinnen zu können, eine Entscheidung über die Frage beeinflussen, ab wann eine gewünschte und indizierte Pubertätssuppression begonnen werden soll. Dies ist im Hinblick auf das gesundheitliche Wohl des jungen Menschen und die damit verbundene Dringlichkeit eines Behandlungsbeginns ggf. gegenüber dem bestehenden geschlechtsdysphorischen Leidensdruck sorgsam abzuwägen. Dabei sind die betroffene junge Person und ihre Sorgeberechtigten in diese Abwägungsprozesse einzubeziehen (siehe Ausführungen in Kapitel VIII → „*Rechtliche Grundlagen & ethischen Maßgaben für die Behandlung Minderjähriger mit G**“).

Bisher ist die Rate der Inanspruchnahme von Fruchtbarkeitserhaltenden Maßnahmen in Form von Kryokonservierung unter Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz, die eine Hormontherapie anstreben, noch sehr gering. In einer Studie von Nahata et al. (2017) waren es von 72 trans Jugendlichen lediglich zwei geburtsgeschlechtlich männliche Personen (d.h. trans-weibliche Jugendliche), die eine Fertilitätsprotektion wünschten. Dieser Befund ist im Vergleich zu Befragungen von erwachsenen trans Personen bemerkenswert: Erwachsene trans Personen beiderlei Geschlechts gaben in einer vergleichenden multizentrischen Befragung in Deutschland ($N=99$ trans-weiblich; $N=90$ trans-männlich) deutlich häufiger an, dass ein Kinderwunsch für sie in Betracht komme (trans Frauen ca. 70%, trans Männer 47%) und dass deshalb Informationen zu den Möglichkeiten fruchtbarkeitserhaltender Maßnahmen gesucht wurden (Auer et al., 2018). Bemerkenswert war, dass nur 10% der trans Frauen und 3% der trans Männer angaben, sich nach eingeholter Information real für eine Kryokonservierung entschieden zu haben (Auer et al., 2018). Für den sehr geringen Anteil bei den trans Männern werden neben dem Umstand, dass durch den Beginn einer Testosteronbehandlung die Funktionsfähigkeit der Ovarien für eine spätere Reaktivierung im Falle eines eigenen Kinderwunsches ohnehin erhalten bleibt, v.a. zwei Gründe angegeben: Erstens das gesetzliche Verbot einer Eizellspende in Deutschland, zweitens die Möglichkeit, dass sich innerhalb einer Partner*innenschaft mit einer cis Frau ein gemeinsamer Kinderwunsch realistisch durch eine anonyme Samenspende realisieren lassen würde (Auer et al., 2018).

Gleichwohl ist davon auszugehen, dass sich die Bedeutung dieser Thematik und damit die Einstellung junger Menschen zur eigenen Fortpflanzungsfähigkeit im Erwachsenenalter ändern kann, was die Wichtigkeit einer umfassenden Aufklärung unterstreicht. Die Beratung zu Fertilitätsprotektion bei jungen trans Personen ist ein relativ neues in Entwicklung befindliches Feld in der medizinischen Versorgung. Es ist zu erwarten, dass es in den kommenden Jahren – und damit auch in künftigen medizinischen Leitlinien – wachsende

Bedeutung erfährt (für aktuelle Übersichten siehe Lai et al., 2020; Nahata et al., 2017; Quinn et al., 2021). Nach aktuellen Erfahrungsberichten wird von Jugendlichen mit GI und ihren Sorgeberechtigten eine gezielte Information und professionelle Unterstützung bei der Entscheidungsfindung für oder gegen fertilitätserhaltende Maßnahmen vor oder zu Beginn einer hormonellen Behandlung überwiegend positiv beurteilt (Boguszewski et al., 2022).

Konsensbasierte Empfehlung:

| |
|--|
| <p>VIII. K1. Vor Beginn einer pubertätsunterbrechenden oder geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung soll über eine infolge der Behandlung möglicherweise eingeschränkte Fertilität und die Möglichkeit von Fruchtbarkeitserhaltenden Maßnahmen aufgeklärt werden.</p> |
|--|

starker Konsens (> 95%)

2.2.3 Auswirkungen auf die sexuelle Empfindungsfähigkeit

Im Hinblick auf die Auswirkungen hormoneller Interventionen im Jugendalter auf die spätere sexuelle Zufriedenheit und Empfindungsfähigkeit ist die Studienlage uneinheitlich. Direkte negative Auswirkungen ausschließlich hormoneller Interventionen sind bisher nicht belegt. Aus der klinischen Erfahrung der an der Leitlinienentwicklung beteiligten Expert*innen ist bekannt, dass trans-männliche Jugendliche unter begonnener Testosteronbehandlung häufig von einer Libidosteigerung mit erhöhter sexueller Bereitschaft berichten. Da diese Jugendlichen mitunter in Beziehungen mit männlichen Liebespartnern sexuell aktiv sind, was Geschlechtsverkehr einschließen kann (bei dem sie sich selbst in der Regel dennoch als männliche Person erleben), sind sexuelle Aktivitäten zu erfragen und ggf. ist auf die Notwendigkeit einer Empfängnisverhütung hinzuweisen, zumal der Eisprung unter begonnener Testosteronbehandlung nicht sicher unterbunden wird. Von trans-weiblichen Jugendlichen unter Östrogenbehandlung wird vornehmlich berichtet, dass spontane Erektionen zurückgehen, was jedoch meist als positiv erlebt wird. In einer aktuellen Studie zur späteren sexuellen Zufriedenheit und Empfindungsfähigkeit Erwachsener nach Durchlaufen sowohl hormoneller, als auch chirurgischer geschlechtsangleichender Behandlungen wird berichtet, dass die sexuelle Empfindungsfähigkeit insbesondere mit der allgemeinen Zufriedenheit mit dem körperlichen Erscheinungsbild korreliert (Gieles et al., 2023). Dies spräche eher für einen Vorteil eines Beginns hormoneller Behandlungen im Jugendalter, weil diese erwartbar zu besseren Ergebnissen bei der späteren Zufriedenheit mit dem eigenen körperlichen Erscheinungsbild und dem damit verbundenen Kongruenzerleben als männliche bzw. weibliche Person führt.

2.2.4 Auswirkungen auf spätere chirurgische Optionen bei genitalangleichenden Operationen

Es wird diskutiert, ob bei einer früh einsetzenden pubertätsunterdrückenden Behandlung bei trans-weiblichen Patientinnen mit direkt darauf folgender geschlechtsangleichender Behandlung mit Östrogen bei einer ggf. später angestrebten geschlechtsangleichenden Operation für die Betroffenen dadurch ein Nachteil entsteht, dass das pubertäre Peniswachstum unterbrochen wird und somit später ggf. weniger Penisschafthaut für die Bildung einer hinreichend tiefen Neovagina zur Verfügung steht (Khatchadourian et al., 2014). Alternative Lösungsansätze bestehen in der Augmentation mit einem freien Hauttransplantat des Skrotums. Bei ausgiebigerem Bedarf an Hautgewebe, falls auch die Skrotalhaut, aufgrund eines infolge einer frühen Pubertätsblockade hypoplastischen Skrotums nicht ausreichen würde, mit einem freien Hauttransplantat z.B. vom Unterbauch. Dessen Entnahme kann jedoch größere sichtbare Narben hinterlassen (Buncamper et al., 2017). In einer Übersichtsarbeit hierzu wurde berichtet, dass sich bei den genannten alternativen OP-Techniken kein signifikanter Unterschied bzgl. der Vaginaltiefe und Patient*innenzufriedenheit mit oder ohne freiem Hauttransplantat ergab (Buncamper et al., 2017). Eine weitere etablierte Möglichkeit besteht in der Anlage einer primären Sigmavagina (Bouman et al., 2016). Insgesamt spricht dieser Aspekt somit nicht grundsätzlich gegen einen frühzeitigen Beginn einer pubertätssupprimierenden Behandlung, wenn diese fachgerecht indiziert wurde. Zu den Optionen genitalangleichender Operationsverfahren nach ggf. früh einsetzender pubertätsblockierender Behandlung wird auf die aktuell erstellte S2k-Leitlinie „*Geschlechtsangleichende chirurgische Maßnahmen bei Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie*“ verwiesen.

Die Information, dass im Falle einer später gewünschten genitalangleichenden Operation bei trans-weiblichen Patientinnen die Auswahl an verfügbaren Operationsverfahren geringer sein kann, ist aber im Rahmen einer umfassenden Aufklärung wichtig und mit den Langzeitfolgen eines längeren Zuwartens im Hinblick auf die spätere Zufriedenheit mit dem körperlichen Erscheinungsbild abzuwägen. Im Zuge dieser Abwägung ist, insbesondere bei trans-weiblichen Patientinnen, bei denen in einem frühen Stadium der eingetretenen Pubertät eine persistierende GI diagnostiziert wurde, darauf zu achten, dass im Zuge des Fortschreitens der biologischen Reifeentwicklung eine irreversible Stimmmutation einsetzen würde. Die Folge wäre eine lebenslang tiefe bzw. männlich klingende Stimme. Dies geht mit einem erhöhten Risiko für eine dauerhafte geschlechtsdysphorische Symptombelastung einher.

2.3 Mögliche unerwünschte Nebenwirkungen von GnRH-Analoga

Unerwünschte somatische Nebenwirkungen sind bei fachgerechter Anwendung, insbesondere im Hinblick auf das endokrinologische Monitoring und eine vertretbar zeitlich begrenzte Dauer der Behandlung, nach überwiegender Erfahrung der, an dieser Leitlinie beteiligten, klinischen Expert*innen eher selten. Es kann im Bereich der Einstichstellen zu lokalen Reaktionen, wie subkutanen Verhärtungen, Blutergüssen oder allergisch bedingten Papeln kommen; in sehr seltenen Fällen zu einer Abszessbildung. Bei zu Behandlungsbeginn in ihrer pubertären Reifung bereits fortgeschrittenen Jugendlichen kann es unter der Behandlung mit GnRH-Analoga zu *menopausalen Beschwerden* wie Hitzewallungen, Schwitzen, Stimmungsschwankungen, Anhedonie und (seltener) zu Kopfschmerzen kommen. Dies ist bei fortgeschrittener pubertärer Reifeentwicklung bei der vorzunehmenden *individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung* zu berücksichtigen. Vor allem bei trans-männlichen Jugendlichen stehen solche menopausalen Beschwerden im Vordergrund, die durch den Abfall des Estradiols bedingt werden. Diese bessern sich zwar häufig innerhalb weniger Wochen oder Monate. Dennoch ist in Anbetracht dieser Nebenwirkungen bei trans-männlichen Jugendlichen, wenn zur Minderung eines geschlechtsdysphorischen Leidensdruckes vorrangig deren Menses supprimiert werden soll, der Einsatz eines Gestagenpräparats vorzuziehen (s.u.).

2.3.1 Vorzunehmende Laborkontrollen

Unter der Behandlung mit GnRH-Analoga sind die Gonadotropine in der Regel nicht vollständig supprimiert. Dennoch bleibt die Menses bei behandelten trans-männlichen Jugendlichen in der Regel aus. Deshalb ist die Bestimmung von LH/FSH nicht wegweisend in der Beurteilung des Hormonstatus. Stattdessen ist ein supprimierter Estradiol- bzw. Testosteronspiegel auf präpubertäre Werte ein geeigneter Indikator für die effektive Pubertätssuppression.

2.3.2 Auswirkungen auf den juvenilen Knochenstoffwechsel

Bei einer längerfristigen Unterdrückung der Sexualhormone im Jugendalter durch GnRH-Analoga-Behandlung wäre die Entwicklung einer Osteoporose zu befürchten. Die Pubertätsblockade hat einen Effekt auf den Knochenstoffwechsel. In vier Studien (Joseph et al., 2019; Klink et al., 2015; Schagen et al., 2020; Vlot et al., 2017) wurde u.a. die Knochendichte nach Pubertätsblockade und anschließender geschlechtsangleichender Hormongabe untersucht. Gemeinsam ist den Studien, dass eine statistisch signifikante Abnahme der absoluten Knochendichte nach erfolgter Pubertätsblockade zu beobachten war.

In der Studie von Klink et al. (2015; 15 trans-weiblich und 19 trans-männlich; Alter zu Beginn von im Mittel 15.0 Jahre, Bereich: 11 – 18 Jahre) zeigte sich im Zeitraum zwischen dem Beginn der Pubertätsblockade und dem Beginn der Behandlung mit geschlechtsangleichenden Hormonen (Dauer im Mittel 1.5 Jahre) eine vorübergehende statistisch signifikante Verminderung der Knochendichte im Vergleich zur Normalstichprobe bei der Gruppe der trans-männlichen Jugendlichen. Im weiteren Verlauf der darauffolgenden geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung verringerte sich dieser Unterschied zur Normalstichprobe bei den trans-männlichen Personen wieder deutlich und die Werte erreichten im Durchschnitt den mittleren Normbereich einer Alterskohorte für das Geburtsgeschlecht. In der Gruppe der trans-weiblichen Jugendlichen zeigten sich keine statistisch signifikanten Veränderungen der Knochendichte im Vergleich zur Normalstichprobe im Untersuchungszeitraum. In der Studie von Vlot (2017; $N = 28$ trans-weiblich und $N = 42$ trans-männlich; Alter zu Behandlungsbeginn von im Mittel 13 Jahren, Bereich: 12 – 14 Jahre) zeigte sich im Zeitraum zwischen dem Beginn der Pubertätsblockade und dem Beginn der geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung (Dauer bei trans-weiblichen Jugendlichen $M = 2.5$ Jahre und bei trans-männlichen Jugendlichen $M = 1.2$ Jahre) dass der t-Wert für die Knochendichte für beide berichteten Geschlechter statistisch signifikant sank. Er erhöhte sich wieder statistisch signifikant für beide Gruppen innerhalb der ersten 24 Monaten nach dem Ansetzen der geschlechtsangleichenden Hormone und erreichte für erwachsene trans Frauen im Durchschnitt den Normbereich für erwachsene cis Männer. Für erwachsene trans Männer war die Knochendichte nach 24 Monaten im Mittel jedoch noch unterhalb des Bevölkerungsdurchschnitts für cis Frauen. In der Studie von Joseph et al. (2019; $N = 10$ trans-weiblich und $N = 21$ trans-männlich; Alter zu Beginn im Mittel 15.1 Jahre, Bereich: 12–14 Jahre) zeigte sich über einen Zeitraum von 3 Jahren unter Pubertätsblockade (ohne geschlechtsangleichende Hormone), dass sich die Knochendichte statistisch signifikant reduzierte. In dieser Studie wurde der Rekompensationseffekt einer danach einsetzenden geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung nicht untersucht.

Schagen et al. (2020) berichten ein ähnliches Muster ($N = 10$ trans-weiblich und $N = 21$ trans-männlich; Alter zu Beginn im Mittel 15.1 Jahre): Es kam *zunächst* zu einer statistisch signifikant verringerten Knochendichte unter Pubertätsblockade (Dauer im Mittel: 1.89 Jahre), welche die trans-männlichen Jugendlichen allerdings unter späterer geschlechtsangleichender Hormonbehandlung wieder vollständig ausglich, die trans-weiblichen Jugendlichen jedoch in der Tendenz nicht vollständig.¹

Eine weitere Studie (Lee et al., 2020) zeigte auf, dass bei Kindern und Jugendlichen mit GI oder GD bereits *vor einer Pubertätsblockade* eine niedrigere Knochendichte bestand, was häufig mit einer geringeren körperlichen Bewegung einherging. Als Ursache wird die häufig

¹ Damit war dies genau umgekehrt wie in der o.g. Studie von Klink et al. (2015).

eingeschränkte Freude an sportlicher Betätigung bei Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie angenommen.

2.3.3 Sonstige körperlichen Nebenwirkungen

In einer weiteren Studie (Schagen et al., 2016) wurden körpermedizinische Parameter bei $N = 49$ trans-weiblichen und $N = 67$ trans-männlichen Jugendlichen (Altersdurchschnitt: 13.9 Jahre, Bereich: 11 – 18 Jahre) vom Beginn einer Pubertätsblockade über insgesamt 12 Monate regelmäßig erhoben. Dabei stiegen weder Leber- noch Nierenparameter durch die Pubertätsblockade statistisch signifikant an, sondern sanken sogar im Trend. Der BMI SDS (altersnormierter Body-Mass-Index) stieg bei trans-männlichen Jugendlichen statistisch signifikant an, nicht aber bei den trans-weiblichen Jugendlichen. Für beide Gruppen gab es eine statistisch signifikante Zunahme des Körperfettanteils, welcher jedoch nicht mit einer Vergleichsstichprobe oder einer Altersnorm verglichen wurde. Es bleibt somit unklar, ob die Erhöhung auf die Pubertätsblockade zurückgeht. Es wurden *keine gravierenden körperlichen Nebenwirkungen* festgestellt. In weiteren Studien fanden sich keine gravierenden Nebenwirkungen in Nachuntersuchungen behandelter Jugendlicher über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten und bis zu 24 Monaten (Jarin et al., 2017; Olson-Kennedy et al., 2018; Tack et al., 2016, 2017).

Zusammenfassend ergeben sich aus der teils heterogenen Studienlage Hinweise dafür, dass bei der Indikationsstellung für eine Pubertätsblockade mit ggf. sich später anschließender geschlechtsangleichender Hormongabe zur Minimierung potenzieller somatischer Nebenwirkungen, insbesondere im Hinblick auf die Knochendichte, eine besondere Sorgfalt bei der fachgerechten Durchführung geboten ist. Insbesondere eine unter physiologischen Gesichtspunkten rational abgewogene zeitliche Begrenzung einer Pubertätsblockade erscheint zur Vermeidung somatischer Risiken bedeutsam.

Konsensbasierte Empfehlung:

| |
|---|
| <p>VIII. K2. Vor einer Behandlung mit GnRH-Analoga zur Pubertätssuppression soll über mögliche Nebenwirkungen, wie Hitzewallungen und - bei mehrjähriger Behandlung - die Entwicklung einer Osteoporose aufgeklärt werden.</p> |
|---|

Starker Konsens (> 95%)

2.3.4 Mögliche Auswirkungen auf die psychosexuelle Entwicklung

Inwieweit eine Pubertätssuppression mit GnRH-Analoga bei Jugendlichen mit diagnostizierter persistierender Geschlechtsinkongruenz nach Pubertätseintritt, die weitere Entwicklung der Geschlechtsidentität beeinflussen kann, indem der physiologische Einfluss von Steroidhormonen auf die juvenile Gehirnentwicklung unterbunden wird, ist unklar. Es wird jedoch zuweilen als spekulativer Einwand erhoben. Hormonelle Einflüsse auf die Ausprägung *geschlechtstypischen Rollenverhaltens* bei pubertierenden gender-konform identifizierten Jugendlichen sind bekannt. Es gibt jedoch bislang keine Evidenz dafür, dass Steroidhormone nach Pubertätseintritt auf ein bestehendes Zugehörigkeitsempfinden zu einem Geschlecht noch einen verändernden Einfluss nehmen können. Ein solcher potenzieller Einfluss von Steroidhormonspiegeln auf den Verlauf der späteren Geschlechtsidentitätsentwicklung ist in der prä- und postnatalen Gehirnentwicklung sehr wohl wahrscheinlich. So konnte bei DSD-Individuen² mit Adrenogenitalem Syndrom, bei denen nach der Geburt eine weibliche Geschlechtszuweisung erfolgt war, gezeigt werden, dass ein erhöhter *postnataler Androgenspiegel* die Wahrscheinlichkeit für eine spätere männliche Identitätsentwicklung erhöhte (Meyer-Bahlburg et al., 2008). Hingegen sind bislang z.B. unter jugendlichen Mädchen oder Frauen mit einem postpubertär entstandenen Hyperandrogenismus (z.B. polyzystisches Ovar-Syndrom als dessen häufigster Ursache) keine erhöhten Raten von Geschlechtsinkongruenz (weiblich zu männlich) bekannt.

Aus Kohortenstudien und Fallberichten ist andererseits belegt, dass es nach Beginn einer Pubertätsblockade in Einzelfällen zu einer Desistenz der Geschlechtsdysphorie kommen kann (Brik et al., 2020; Rölver et al., 2022). Dies legt nahe, dass eine verlaufsoffene bzw. fluide Weiterentwicklung der Geschlechtsidentität sehr wohl auch unter einer Pubertätsblockade möglich ist. Da hemmende Einflüsse auf die diesbezügliche psychosexuelle Entwicklung jedoch nicht sicher ausgeschlossen werden können, verbietet sich der Einsatz von Pubertätsblockern bei einem diagnostisch vagen Bild einer im Hinblick auf das Geschlecht noch „unsicheren Identität“. Für eine fachgerechte Indikationsstellung ist daher in jedem Fall zu fordern, dass nach diagnostischer Einschätzung mit hoher Wahrscheinlichkeit nach Pubertätseintritt eine stabil persistierende Geschlechtsinkongruenz anzunehmen ist (siehe Ausführungen im Kapitel VII → „*Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen*“ zu *Indikationsstellung*“).

² DSD (Disorders of sex development): Spektrum der Varianten der Geschlechtsentwicklung (auch sog. Intersexualität)

3. Alternativen zu einer Pubertätssuppression im Jugendalter vor Beginn einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung

3.1 Behandlung mit Gestagenen bei bereits weitgehend abgeschlossener Pubertätsentwicklung

Zur Unterdrückung der Menses bei trans-männlichen Jugendlichen sind gestagenhaltige orale Kontrazeptiva zum Beispiel Desogestrel (75 ug täglich), Drospirenon (4 mg täglich) oder Lynestrenol (5-10 mg täglich) eine oral anwendbare und kostengünstige Alternative zu GnRH-Analoga (Tack et al., 2016). Lynestrenol ist derzeit auf dem deutschen Markt nicht verfügbar, kann jedoch über die internationale Apotheke besorgt werden (wobei es für Kassenpatient*innen nicht erstattungsfähig ist). Die Regelmäßigkeit (und sogar tägliche Pünktlichkeit) der Tabletteneinnahme ist hierbei wichtig für eine effektive Mensesuppression. Zuweilen treten allerdings unter dieser Behandlung vaginale (Schmier-)Blutungen auf. Durch eine Verdoppelung der Dosis des Desogestrels (auf 150 ug/Tag) bzw. des Drospirenon (auf 8 mg/Tag) oder den Einsatz von Chlormadinon 2-4 mg) kommen in vielen Fällen die Menstruations- bzw. Schmier-Blutungen zum Erliegen.

Konsensbasierte Empfehlung:

| |
|--|
| <p>VIII. K3. Bei bereits weitgehend abgeschlossener Pubertätsentwicklung können bei trans Jungen mit Geschlechtsdysphorie zur Unterdrückung von Periodenblutungen gestagenhaltige Pillen im Langzeitzyklus eingesetzt werden.</p> |
|--|

Starker Konsens (>95%)

3.2 Behandlung mit Antiandrogenern

Bei trans-weiblichen Jugendlichen, deren männliche Pubertät bereits fortgeschritten ist (Stimmwechsel, adultes Hodenvolumen, verstärkte Körperbehaarung), können zur Suppression der Androgenwirkung z.B. auf Bartwuchs und männliche Körperbehaarung vorübergehend (z.B. wenn zur Vorbereitung einer Östrogenbehandlung noch Zeit benötigt wird oder zur überlappenden Behandlung bei schrittweisem Aufbau eines Östrogenspiegels) Antiandrogene wie zum Beispiel Cyproteronacetat eingesetzt werden (Tack et al., 2017). Diese Medikamente haben nicht nur eine periphere antiandrogene Wirkung, sondern supprimieren auch zentral die Ausschüttung von Gonadotropinen und nachfolgend das Testosteron. Seit Anfang 2020 gibt es eine Warnung der EMEA, dass 1 bis 10 zusätzliche Meningeome bei

10.000 mit Cyproteronacetat behandelten Patient*innen auftreten – vor allem bei mehrjähriger Therapie mit hohen Dosierungen über 25 mg/Tag (Weill et al., 2021). Es wurden zudem Beobachtungen berichtet, wonach sich Cyproteronacetat negativ auf die Knochendichte auswirken kann, vor allem im Bereich der Lendenwirbelsäule (Tack et al., 2018). Als Alternative zu Cyproteronacetat können auch andere Antiandrogene zur Anwendung kommen, wie Spironolacton (Tangpricha & den Heijer, 2017), Finasterid als 5-Alpha-Reduktase- Inhibitor (Spack, 2013) oder Bicalutamid (Neyman et al., 2019).

Konsensbasierte Empfehlung:

| |
|--|
| <p>VIII. K4. Zur Reduktion der Androgenwirkungen bei trans-weiblichen Jugendlichen mit persistierender Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie und weitgehend abgeschlossener Pubertätsentwicklung können Antiandrogene eingesetzt werden.</p> |
|--|

Starker Konsens (>95%)

4. Geschlechtsangleichende Hormonbehandlung

Die Unterdrückung der als zur eigenen Geschlechtsidentität nicht kongruent erlebten Pubertät durch den Einsatz von GnRH-Analoga führt zwar bei geschlechtsdysphorischen Jugendlichen in der Regel zu einer vorübergehenden Entaktualisierung des psychischen Leidensdruckes, doch kann es hierbei nur um einen verantwortbar zeitlich befristeten Aufschub der weichenstellenden Entscheidung gehen, ob eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung gewünscht und indiziert ist, und wann diese ggf. eingeleitet werden soll. Jugendliche, die wegen ihrer Geschlechtsinkongruenz mit Pubertätsblockern behandelt werden, erleben im weiteren Verlauf eine zunehmende Diskrepanz zwischen ihrer eigenen zum Stillstand gebrachten körperlichen Reifeentwicklung und der fortschreitenden Pubertät ihrer Altersgenoss*innen (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1998). Das Ausbleiben der gewünschten sekundären Geschlechtsmerkmale entsprechend der empfundenen Geschlechtsidentität wird in der Regel mit voranschreitendem Alter als mehr und mehr belastend empfunden. Die meisten Jugendlichen wünschen dann eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung, die ihren Körper verändern und dem empfundenen Geschlecht anpassen soll. Dieser zweite Schritt einer gestuften medizinischen Transitionsbehandlung ist gesondert vorzubereiten einschließlich einer sorgfältigen Überprüfung der Indikation aus dem zwischenzeitlichen Entwicklungsverlauf. In seltenen Einzelfällen kann es bei dieser Überprüfung zu einer abweichenden Neubewertung des

beschrittenen Transitionsweges durch die jugendliche Person bis hin zur Desistenz kommen (siehe Fallbeispiel in Kapitel VII → „*Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen*“; Rölver et al., 2022). Bei diagnostischer Einschätzung (Assessment) im Rahmen der Indikationsprüfung stellt sich erneut die Frage, inwieweit Jugendliche bereits die nötige geistige Reife besitzen, um die Tragweite der anstehenden Entscheidung abschätzen zu können, u.a. in Bezug darauf, wie sich die angestrebten körperlichen Veränderungen auf ihr künftiges Leben und insbesondere auf ihre Sexualität und Fertilität auswirken werden (siehe Ausführungen in Kapitel VII → „*Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen*“)

4.1 Geschlechtsangleichende Hormonbehandlung bei trans-männlichen Jugendlichen

Die Vermännlichung des Körpers von trans-männlichen Jugendlichen erfolgt durch Testosteron, das in unterschiedlichen Applikationsformen zur Verfügung steht. Bei der Steigerung der Sexualsteroiden sind Längenwachstum und Skeletalter zu berücksichtigen.

Bei trans-männlichen Jugendlichen unter einer Therapie von GnRH-Analoga kann die Pubertätsinduktion analog den verfügbaren Leitlinien zu Behandlung der Pubertas tarda oder eines Hypogonadismus erfolgen (Nordenström et al., 2022, AWMF, 2021).

Bei noch nicht ausgewachsenen trans-männlichen Jugendlichen empfiehlt sich eine langsamere Steigerung der Testosteron-Dosierung, um einen zu schnellen Verschluss der Epiphysenfugen zu verhindern. Vor Therapiebeginn sollte das Knochenalter mittels eines Röntgenbildes der linken Hand bestimmt werden. Die angleichende „Pubertätsinduktion“ kann mit transdermaleme Testosteron mit 10 mg/Tag begonnen werden, was dann nach einem halben Jahr (auch in Abhängigkeit vom Knochenalter) auf 25 mg/Tag gesteigert werden kann. In seltenen Fällen muss 50 mg/Tag verwendet werden, um eine Konzentration im adulten männlichen Normbereich zu erreichen. Das Testosteron-Gel sollte täglich im Bereich der Innenseite der Unterarme eingerieben werden; alternativ auch an der Innenseite der Oberschenkel oder im Bereich der Brust.

Konsensbasierte Empfehlung:

| |
|---|
| <p>VIII. K5. Bei einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung mit Testosteron sollten Wachstum und Skeletalter berücksichtigt werden. Bei trans-männlichen Jugendlichen im Wachstum kann unter Berücksichtigung der Wachstumsprognose die Dosierung von Testosteron ggf. langsamer gesteigert werden als bei bereits ausgewachsenen Jugendlichen.</p> |
|---|

Starker Konsens (> 95%)

Zur Behandlung steht außerdem Testosteronenantat in Ampullen à 250 mg zur Verfügung. Die Pubertätsinduktion beginnt bei noch nicht ausgewachsenen trans-männlichen Jugendlichen während der ersten 6 Monate mit 50 -100 mg Testosteronenantat einmal pro Monat intramuskulär. Während der langsamen Aufdosierung empfiehlt sich das überlappende Weiterführen der Behandlung mit GnRH-Analoga, insbesondere um leidvolle vaginale Zwischenblutungen durch eine nicht hinreichend unterdrückte Menses zu vermeiden.

Die dauerhafte Hormonersatztherapie sieht Testosterongaben von 250 mg Testosteronenantat i.m. alle 3-4 Wochen vor. Alternativ kann 1000 mg Testosteronundecanoat als Depotpräparat i.m. alle 3-4 Monate gegeben werden. Der Talspiegel ist ausschlaggebend dafür, ob das Applikations-Intervall verkürzt oder verlängert wird. Angestrebt wird ein Testosteronspiegel im adulten männlichen Normbereich. Im Falle des Auftretens einer Polyglobulie (Hämatokrit über 50%) sollte das Intervall verlängert werden.

Ist ein trans-männlicher jugendlicher Patient bereits vollständig ausgewachsen, kann mit einer vollen Substitutionsdosis begonnen werden (Testosteron-Undecanoat 1000 mg alle drei Monate. Eine „Aufsättigung“ nach sechs Wochen, wie dies bei männlichem Hypogonadismus empfohlen wird, ist nicht erforderlich. Patienten mit Adipositas und Bluthochdruck sollten eher mit einem transdermalen Präparat behandelt werden, da es für diese Personengruppe ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko zu geben scheint (Seal, 2007).

Eine vorangegangene Behandlung mit GnRH-Analoga kann nach erfolgter Testosteron-Aufdosierung beendet werden; es treten dann nur sehr selten vaginale Blutungen auf. Es kann aber trotz supprimierter gonadaler Achse zu einem Wiederauftreten der Menses kommen, wenn beispielsweise ein hohes Testosteron im Fettgewebe zu Östrogen aromatisiert wird. Außerdem können Ovarialzysten einen Estradiol-Anstieg verursachen. Dadurch kann sich das Endometrium aufbauen, was dann bei Hormonschwankungen eine Abbruch-Blutung zur Folge hat. Kommt es zu vaginalen Blutungen unter der Testosteron-Behandlung und sind die Gonadotropine und/oder das Estradiol nicht supprimiert, so kann die zusätzliche Einnahme von Gestagenen (z.B. Desogestrel, Drospirenon oder Chlormadinon) sinnvoll sein (siehe Procedere unter 2.). Persistieren trotzdem die Blutungen, sollte ein GnRH-Analogon verabreicht werden. In dieser Situation ist es ratsam, eine Ultraschalluntersuchung des inneren Genitales durchzuführen, um das Endometrium und die Ovarien zu evaluieren.

Konsensbasierte Empfehlung:

| |
|---|
| <p>VIII. K6. Bei auftretenden Blutungen unter Testosteronbehandlung sollte die Ursache sorgsam evaluiert werden. Es kann überlappend additiv ein Gestagenpräparat oder GnRH-Analogon eingesetzt werden, um die Regelblutung zu unterdrücken.</p> |
|---|

Starker Konsens (> 95%)

4.1.1 Wichtige Inhalte der Aufklärung

Die wichtigsten Inhalte einer Aufklärung über eine Testosteron-Behandlung umfassen folgende Informationen: Bereits etwa zwei bis drei Monate nach Beginn einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung kann es zum Stimmwechsel kommen, in manchen Fällen dauert es länger; auch nimmt die Körperbehaarung zu (Oberlippenflaum, Behaarung an Armen, Beinen und Bauch). Bis es allerdings zu einem vollständigen Bart kommt, können zwei bis drei Jahre vergehen und die Ausprägung ist abhängig vom familiären Behaarungsmuster. Die Gesichtszüge werden im weiteren Verlauf kantiger und die Muskulatur nimmt zu. Die Fettverteilung verändert sich, sodass das körperliche Erscheinungsbild maskuliner wird (Klaver et al., 2018). Die Klitoris wächst, sodass sich ein kleiner Phallus entwickeln kann. Die Patient*innen sollten darauf hingewiesen werden, dass diese körperlichen Veränderungen größtenteils irreversibel sind, dass sie auch (bei genetischer Disposition) mit einer androgenetischen Alopezie in der Zukunft rechnen müssen, dass Akne auftreten, der BMI steigen, das HDL absinken und sich eine Polyglobulie entwickeln kann (Jarín et al., 2017). Letzteres ist vermutlich für das etwas erhöhte Thromboserisiko verantwortlich. Der langfristige Einsatz von Testosteron in einer üblichen Dosierung scheint bei trans-männlichen Patienten ohne zusätzliche Gesundheitsrisiken (wie z.B. erhebliche Adipositas oder ausgeprägte Untergewichtigkeit) kein dauerhaft erhöhtes Gesundheitsrisiko darzustellen. So wurden in der diesbezüglichen Studie von Chan et al (2018) keine Fettstoffwechselstörungen (bis auf einen Abfall des HDL-Cholesterins) oder eine Verschlechterung der Glukosestoffwechselfparameter berichtet. Ferner sollte im Hinblick auf einen möglicherweise künftig bestehenden Erhalt der Fertilität (s.o.) darauf hingewiesen werden, dass die Möglichkeit einer späteren Reaktivierung der Ovarien einschließlich befruchtungsfähiger Eizellen nach Absetzen einer Testosteronbehandlung zwar erhalten bleibt, jedoch dennoch, insbesondere nach langer Suppression, mit einer Abnahme der Fertilität zu rechnen ist.

4.2 Geschlechtsangleichende Hormonbehandlung bei trans-weiblichen Jugendlichen

Bei trans-weiblichen Jugendlichen hat eine Östrogen-Behandlung nicht nur das Ziel, eine Brustentwicklung und ein pubertäres Wachstum zu ermöglichen, sondern soll zudem im Falle einer für eine erwachsene Frau ungünstig hohen Wachstumsprognose dazu beitragen, die Endgröße durch einen akzelerierten Verschluss der Epiphysenfugen zu verringern. Es kann demzufolge bei eher großen trans-weiblichen Jugendlichen durchaus mit einer vollen Substitutionsdosis mit Estradiolvalerat oder Estradiol 2 mg/Tag begonnen werden. Die Dosis kann ggfs. auf 4 mg/Tag gesteigert werden, in Abhängigkeit von der Estradiol-Konzentration im Serum. Anzustreben ist ein Estradiol-Spiegel im oberen adulten weiblichen Normbereich,

um eine gute Brustentwicklung zu erreichen. Bei sehr hohen Wachstumsprognosen (>185 cm) kann eine wachstumshemmende hochdosierte Ethinylestradiol-Behandlung (mit 100 µg/Tag) in Erwägung gezogen werden. Bei dieser Behandlung ist auf ein erhöhtes Thromboserisiko hinzuweisen. Es ist dann keine zusätzliche suppressive Therapie der Hoden erforderlich. Vor Beginn einer geschlechtsangleichenden Östrogen-Behandlung empfiehlt sich die Durchführung einer Thrombophilie-Diagnostik, um (genetische) Risikofaktoren für Thrombose auszuschließen.

Konsensbasierte Empfehlung:

| |
|---|
| <p>VIII. K7. Ethinylestradiol kann zum Einsatz kommen, wenn bei nicht ausgewachsenen trans Mädchen der Wunsch besteht, die Endgröße durch einen beschleunigten Epiphysenverschluss zu begrenzen.</p> |
|---|

Starker Konsens (> 95%)

4.2.1 Wichtige Inhalte der Aufklärung:

Die wichtigsten Inhalte einer Aufklärung über eine Östrogen-Behandlung umfassen folgende Informationen: Unter der Einnahme von Östrogenen kommt es bereits nach wenigen Wochen zu einer Brustknospung, die auch häufig von einer erhöhten Berührungsempfindlichkeit begleitet wird. Bis zu einer vollständigen Brustentwicklung dauert es etwa 2-3 Jahre, allerdings scheint das erste Behandlungsjahr (und vor allem die ersten sechs Monate) recht entscheidend dafür zu sein, wie das Ergebnis ausfallen wird (de Blok et al., 2018). Ist das Wachstum innerhalb der ersten Monate unter einer guten Estradiol-Konzentration unbefriedigend, wird die Brust vermutlich auch eher klein bleiben. Es gibt keine Evidenz dafür, dass der Einsatz von Progesteron für eine vermehrte Brustentwicklung förderlich ist. Da Östrogene lipophil sind, empfiehlt sich die Einnahme der Tabletten zu einer Mahlzeit. Als Alternative zu Tabletten kann auch eine transdermale Östrogen-Behandlung mit einem Gel durchgeführt werden. Dies empfiehlt sich vor allem bei trans-weiblichen Patientinnen mit Risikofaktoren für Thromboembolien. Über langfristige *Nebenwirkungen* der geschlechtsangleichenden Hormontherapie bei trans-weiblichen Patientinnen gibt es noch recht wenige Erkenntnisse, allerdings erhöht sich statistisch gesehen deren Brustkrebsrisiko - es liegt jedoch noch immer unter dem Brustkrebsrisiko erwachsener cis Frauen (Sonnenblick et al., 2018) oder scheint zumindest nicht höher zu liegen (Gooren et al., 2013). Das Langzeitrisiko für Herz-Kreislaufkrankungen bleibt für trans Frauen unter einer Östrogenbehandlung entsprechend dem „Ausgangsrisiko“ von cis Männern unverändert, was jedoch auf den - in der Vergangenheit üblichen - Einsatz von Ethinylestradiol zurückgeführt

wird. Die Inzidenz venöser Thromboembolien bei trans Frauen unter Östrogen-Behandlung lag in einem systematischen Review mit Meta-Analyse von Khan et al. (2019) bei 2,3 pro 1000 Personenjahre.

4.3 Aufklärung zu Off-Label-Verordnungen

Bei allen Präparaten, die für eine hormonelle Behandlung von Patient*innen mit GI bzw. GD nach den Empfehlungen dieser Leitlinie sowie aktuellen internationalen auf Expertenkonsens beruhenden medizinischen Leitlinien zur Anwendung kommen, handelt es sich regelhaft um *Off-Label-Verordnungen*. Das heißt, diese Medikamente sind zwar für andere medizinische Anwendungsgebiete arzneimittelrechtlich zugelassen und damit auf ihre grundsätzliche Anwendungssicherheit hin in anderen Anwendungsfeldern geprüft (z.B. GnRH-Analoga zur Behandlung der Pubertas praecox), nicht jedoch für das Anwendungsfeld der Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie. Dies trifft in gleicher Weise für den Einsatz von Testosteron und Östrogen zur geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung bei Erwachsenen zu. Aufgrund der in diesem Anwendungsfeld insgesamt sehr geringen Behandlungszahlen sowie der Nicht-Durchführbarkeit von kontrollierten Wirksamkeitsstudien (sog. Phase 3-Studien) ist in absehbarer Zeit u.a. nicht mit entsprechenden Zulassungsstudien zu rechnen, so dass es mittelfristig weiterhin bei dieser Off-Label-Praxis bleiben wird. Off-Label-Verordnungen entsprechen allgemein in der Kinder- und Jugendmedizin häufig dem leitliniengerechten Behandlungsstandard. Nach einer Übersichtsarbeit kommen bei stationären medizinischen Behandlungen von Kindern und Jugendlichen in 42-90% der Fälle Medikamente per Off-Label-Verordnung zum Einsatz, bei ambulanten medizinischen Behandlungen betrifft dies 46-64% der Fälle (Kimland & Odland, 2012). Nach einer aktuellen Metaanalyse beruhen zudem 82% aller internationalen medizinischen Leitlinienempfehlungen für Off-Label-Behandlungen im Kindes- und Jugendalter nach den Kriterien evidenzbasierter Medizin auf *schwacher bzw. sehr schwacher Evidenz* (Meng et al., 2022), d.h. sie beruhen weitgehend auf nicht-kontrollierten Kohortenstudien oder auf Expert*innenkonsens in Verbindung mit Studienergebnissen von klinischen Studien mit erwachsenen Patient*innen. Die besonderen Aufklärungsstandards für Off-Label-Verordnungen bei minderjährigen Patient*innen, sind, wie sonst in der Kinder- und Jugendmedizin und –psychiatrie sonst auch üblich, zu beachten.

In den Tabellen auf den folgenden Seiten sind die wichtigsten Informationen zu somatischen Aspekten hormoneller Behandlungen im Jugendalter nochmals in einer Übersicht aufgelistet.

Tabelle 7: Übersicht über Risiken und Nebenwirkungen hormoneller Interventionen bei Geschlechtsinkongruenz im Jugendalter

| | Trans-weibliche Patientinnen | Trans-männliche Patienten |
|---|---|---|
| GnRH-Analoga | lokale Reaktionen, wie subkutane Verhärtungen, Blutergüsse oder allergisch bedingte Papeln, in sehr seltenen Fällen Abszessbildung im Bereich der Einstichstelle | |
| GnRH-Analoga bei fortgeschrittener Pubertät | <ul style="list-style-type: none"> • <i>menopausale Beschwerden</i> wie Hitzewallungen, Schwitzen, Stimmungsschwankungen, Anhedonie und (seltener) Kopfschmerzen • Vorübergehende Reduktion der Knochendichte | |
| Gestagene | | Zwischenblutungen |
| Antiandrogene (Cyproteronacetat) | <ul style="list-style-type: none"> • Meningeomrisiko erhöht • Reduzierte Knochendichte | |
| Testosteron | | <ul style="list-style-type: none"> • Polyglobulie • Alopezie (Glatzenbildung) • Akne • Absinken HDL-Cholesterin und Anstieg LDL-Cholesterin • Erhöhtes kardiovaskuläres Risiko • Hypertonus |
| Östrogene | Thromboserisiko Brustkrebsrisiko leicht erhöht Makroprolaktinom Cholelithiasis | |
| Leber- und Nierenwerte | Keine Auswirkungen | |
| Fettstoffwechsel | Keine Auswirkungen | |
| Glukosestoffwechsel | Keine Auswirkungen | |

Vorläufige Leitlinie zur Kommentierung

Tabelle 8: Erwarteter zeitlicher Ablauf der körperlichen Veränderungen nach Beginn einer geschlechtsangleichenden Hormontherapie (adaptiert nach Coleman et al., 2022)

| Wirkung des Testosterons | | |
|--|---------------|----------------|
| | Beginn | Maximum |
| Hautfettigkeit/Akne | 1-6 Monate | 1-2 Jahre |
| Bartwuchs/Körperbehaarung | 6-12 Monate | > 5 Jahre |
| Haarausfall (Glatzenbildung) | 6-12 Monate | > 5 Jahre |
| Vermehrte Muskelmasse/ -Kraft | 6-12 Monate | 2-5 Jahre |
| Fettumverteilung | 1-6 Monate | 2-5 Jahre |
| Ausbleiben der Menstruation | 1-6 Monate | 1-2 Jahre |
| Klitorisvergrößerung | 1-6 Monate | 1-2 Jahre |
| Vaginale Atrophie | 1-6 Monate | 1-2 Jahre |
| Stimmwechsel | 1-6 Monate | 1-2 Jahre |
| Wirkung von Östrogen und antiandrogenen Therapien | | |
| | Beginn | Maximum |
| Umverteilung von Körperfett | 3-6 Monate | 2-5 Jahre |
| Abnahme der Muskelmasse/ -Kraft | 3-6 Monate | 1-2 Jahre |
| Hautbildveränderung/ verminderte Fettigkeit | 3-6 Monate | unbekannt |
| Vermindert sexuelles Verlangen | 1-3 Monate | unbekannt |
| Seltener spontane Erektionen | 1-3 Monate | 3-6 Monate |
| Reduzierte Spermienbildung | unbekannt | 2 Jahre |
| Brustwachstum | 3-6 Monate | 2-5 Jahre |
| Verringertes Hodenvolumen | 3-6 Monate | variabel |
| Abnahme Körperbehaarung | 6-12 Monate | > 3 Jahre |
| Vermehrte Kopfhaare | variabel | variabel |
| Stimmveränderungen | keine | |

Tabelle 9: Dosierungsempfehlungen für die geschlechtsangleichende Hormonbehandlung mit Testosteron (adaptiert nach Coleman et al., 2022)

| Verwendetes Hormonpräparat | Applikation | Dosierung | Fortführung einer Pubertätsblockade bzw. Mensessuppression | Kommentar |
|--|---------------|--|--|---|
| Trans-männliche Jugendliche: Therapiestart bei nicht abgeschlossenem Wachstum | | | | |
| Testosteronenant at (Ampullen 250 mg) | intramuskulär | Start: 50 mg alle 4 Wochen für 3-6 Monate, dann auf 100 mg alle 4 Wochen steigern, individuelle Steigerung auf bis auf 250 mg alle 3-4 Wochen (adulte Dosis) | Bereits initiierte Pubertätsblockade oder Gestagen-behandlung unverändert fortführen, bis die adulte Testosteron-dosis erreicht ist. Danach kann diese beendet werden. | Dosissteigerung in Abhängigkeit vom Skeletalter und der Wachstumsgeschwindigkeit; regelmäßige Blutbildkontrollen notwendig; bei Polyglobulie das Spritzintervall verlängern bzw. transdermal die Dosis reduzieren |
| Testosteron- Gel (unterschiedliche Konzentrationen je nach Hersteller, Dosierungshinweise beachten) | transdermal | Startdosis: 10 mg Testosteron-Gel jeden Tag, für 6 Monate, steigern auf 25 – (50 mg) adulte Dosis. Dosisanpassung in Abhängigkeit von der Testosteronkonzentration (beachten, dass die Blutentnahme nicht an dem Arm stattfinden soll auf den das Testosterongel zuvor aufgetragen wurde, da dies falsch-hohe Testosteron-Konzentrationen zur Folge haben kann.) | | |
| Trans-männliche Jugendliche: Therapiestart nach abgeschlossenem Wachstum | | | | |
| Testosteronenant at (Ampullen 250 mg) | intramuskulär | 125 mg alle 4 Wochen für 3 Monate, danach 250 mg alle 3-4 Wochen | Im Tanner Stadium 4-5 wird in der Regel keine Pubertätssuppression mehr begonnen. Eine vorangehende Behandlung mit GnRH-Analoga oder Gestagenen kann abgesetzt werden. | Nach Abschluss des Wachstums kann mit der adulten Dosis gestartet werden. Eine einschleichende Aufdosierung ist nicht notwendig, wird aber meist positiv aufgenommen. Dosierung nach Testosteronkonzentration zum Ende des Spritzintervalls |
| Testosteron- Gel (unterschiedliche Konzentrationen je nach Hersteller, Dosierungshinweise beachten) | transdermal | 25 mg Testosteron-Gel jeden Tag für 3 Monate; sollte die Testosteronkonzentration dann nicht im adulten Bereich liegen, Steigerung auf ggfs. 50 mg pro Tag | | |
| Testosteronundecanat | intramuskulär | 1000 mg alle 10-12 Wochen bei abgeschlossenem Wachstum | | |

Tabelle 10:

Aktuelle Dosierungsempfehlungen für die geschlechtsangleichende Hormonbehandlung mit Östrogen (adaptiert nach Coleman et al., 2022)

| Verwendetes Hormonpräparat | Applikation | Dosierung | Fortführung einer Pubertätsblockade | Kommentar |
|---|-------------|--|---|---|
| <i>Trans-weibliche Jugendliche: Therapiestart bei nicht abgeschlossenem Wachstum</i> | | | | |
| Estradiolvalerat In Tablettenform oder in in der Apotheke angefertigt als Tropfen (0,4 % Lösung, 1 Tr. = 0,1 mg Estradiolvalerat) | oral | Start: 0,5 mg für 6 Monate, dann auf 1mg/Tag für weitere 3-6 Monate steigern. Anschließend erhöhen auf 2 mg Adulte Dosis 2-4 mg/Tag. Das Estradiol sollte im adulten weiblichen Normbereich liegen | Die Pubertätsblockade bzw. antiandrogene Behandlung muss unverändert auch nach Erreichen der adulten Östrogendosis fortgeführt werden. Unter einer wachstums-bremsenden Ethinylestradiol-Behandlung ist keine antiandrogene bzw. pubertätsunterdrückende Behandlung erforderlich | Die Hormonersatztherapie mit Östrogen supprimiert nicht ausreichend die gonadale Achse. Beendigung bei erfolgter Gonadektomie bzw. Therapieumstellung auf Antiandrogene. Zur Reduktion der avisierten Endlänge kann analog einer wachstums-begrenzenden Hormontherapie die Östrogendosis schnell gesteigert werden bzw. mit der adulten Dosis begonnen werden. Alternativ können 100 µg/Tag Ethinylestradiol bis zum Verschluss der Epiphysenfugen gegeben werden. |
| Estradiol- Pflaster 25 µg, 50 g, 75 µg, 100 µg | transdermal | Start: ¼ eines 25 µg Pflaster (= 6,2µg) oder 1/8 eines 50 µg Pflasters für 3-6 Monate nachts, danach verdoppeln für 6 Monate bei einer Klebedauer von 24 Stunden. Adulte Dosis 100 µg/Tag | | |
| Estradiol-Gel, (0,62 mg pro 1 g Gel, Einzeldosis 2,5 g/Tag) | transdermal | aufgrund schwieriger Dosierung erst nach Abschluss der Pubertät geeignet oder bei besonderen Risikofaktoren für Thrombose | | |
| <i>Trans-weibliche Jugendliche: Therapiestart nach abgeschlossenem Wachstum</i> | | | | |
| Estradiol oder Estradiolvalerat Tabletten | oral | Start mit 1 mg/Tag für 6 Monate, danach adulte Dosis 2-4 mg/Tag. | Die Pubertätsblockade bzw. antiandrogene Behandlung muss unverändert auch nach Erreichen einer Östradiolkonzentration im adulten Bereich fortgeführt werden. | Es gibt keine Daten, dass die zusätzliche Gabe von Progesteron die Brustentwicklung verbessert. Der Beginn der Östrogen-Behandlung kann auch mit der adulten Dosis erfolgen. |
| Estradiol- Pflaster | transdermal | Start: 50 µg Pflaster/Tag. Adulte Dosis 100 µg/Tag | | |
| Estradiol-Gel (0,62 mg pro 1 g Gel, Einzeldosis 2,5 g/Tag) | transdermal | 1 Hub a 2,5 g für 3-6 Monate, danach auf 2 Hub erhöhen. Adulte Dosis 2-4 Hub | | |

Kapitel IX

Professionelle Interaktion und diskriminierungssensibler Umgang mit gender-nonkonformen Kindern und Jugendlichen

- 1. Einleitung und Leitfragen**
- 2. Definition und Operationalisierung des Diskriminierungsbegriffes**
- 3. Nationale und internationale Studien**
- 4. Diskriminierung durch Peers, Folgen und Schutzfaktoren**
- 5. Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitssystem**
- 6. Literatur zu Empfehlungen für einen diskriminierungs-sensiblen Umgang mit trans Personen**
- 7. Aussagen zum wissenschaftlichen Erkenntnistand**
- 8. Konsensbasierte Empfehlungen**

Vorläufige Leitlinie zur Kommentierung

1. Einleitung und Leitfragen

Junge trans Personen stellen eine Minderheit dar und können daher von spezifischen Erfahrungen mit sozialer Marginalisierung oder Diskriminierung betroffen sein. Insofern ist es für professionell Helfende wichtig, sich für den sozialen Kontext des Aufwachsens dieser Kinder und Jugendlichen zu sensibilisieren und dabei u.a. auf stattgehabte oder drohende Diskriminierungserfahrungen zu achten. Gender-nonkonforme Kinder und Jugendliche berichten häufig von erfahrener Ausgrenzung, Stigmatisierung bis hin zu offener Feindseligkeit in ihren Alltagserfahrungen. Diese Erfahrungen können zu psychischen Belastungen führen, mit Folgesymptomen, die bereits vor einer transgeschlechtlichen Selbstoffenbarung nach außen (soziales Outing) auftreten können.

Obwohl die UN-Kinderrechtskonvention Diskriminierung auf Grund des Geschlechts bzw. der geschlechtlichen Identität verbietet (z.B. Art.2: Das Recht auf Nichtdiskriminierung; Art.19: Das Recht, vor jeglicher Art physischer oder mentaler Gewalt, Verletzung oder Missbrauch, geschützt zu werden; Art.24: Das Recht des Kindes, den höchsten verfügbaren Gesundheitsstandard in Anspruch nehmen zu können (UNICEF, 2022)), zeigen verschiedene nationale und internationale Studien, dass minderjährige trans Personen sowie deren Familien nicht nur im gesellschaftlichen Kontext, sondern auch im Gesundheitswesen gehäuft Ausgrenzung und Abwertung erfahren (Edenfield et al., 2019; Fuchs et al., 2012; Mizock & Lewis, 2008).

Auf der Basis der Ergebnisse einer groß angelegten Studie zu Diskriminierungserfahrungen von trans Personen im Gesundheitswesen, die in mehreren EU-Mitgliedstaaten durchgeführt wurde, fordert die Agentur für Grundrechte der EU daher, dass EU-Staaten Sorge dafür zu tragen haben, dass das Personal im Gesundheitswesen entsprechend zu schulen ist und dass Bedürfnisse von Personen mit nonkonformer Geschlechtsidentität bei der Konzeption von gesundheitspolitischen Maßnahmen zu berücksichtigen sind (European Union Agency for Fundamental Rights., 2014).

Ein zusätzlich Gesundheitsrisiken bedingender Effekt geht für Betroffene von der antizipierenden Erwartung von Diskriminierung aus (Hädicke & Wiesemann, 2021). Dies zeigt sich etwa dann, wenn trans Personen aus einer begründeten Befürchtung heraus, diskriminiert zu werden, das Gesundheitswesen im Krankheitsfall meiden (Kcomt et al., 2020). Daher ist es für professionell Helfende wichtig, über diese Erfahrungen sowie über deren Bedingungsfaktoren und Folgen informiert zu sein, um daraus Empfehlungen für eine diskriminierungssensible Praxis sowie für strukturelle antidiskriminatorische Maßnahmen (z.B. Aufrufen im Wartezimmer) abzuleiten.

Ein informierter und sensibler Umgang mit Diskriminierungserfahrungen ist daher eine wichtige Voraussetzung für eine zielführende professionelle Begleitung junger trans Personen und ihrer Angehörigen.

Wenn gender-nonkonforme Kinder, trans Jugendliche und deren Eltern Diskriminierungserfahrungen gemacht haben, kann dies den Beziehungsaufbau im psychotherapeutischen und medizinischen Setting beeinflussen. So können z.B bei einem Erstkontakt verhaltenes Schweigen und Misstrauen die initiale Kontaktgestaltung prägen, mit der Folge, dass die junge trans Person vom Gegenüber als „schwierig im Kontakt,“ oder „unangemessen fordernd“ wahrgenommen wird. Daher empfiehlt es sich, solche Vorerfahrungen im anamnestischen Gespräch zu erfragen und ggf. zu validieren, um den Beziehungsaufbau zu erleichtern.

Leitfragen an die Leitlinie:

- Welche Rolle spielen Erfahrungen von Behandlungssuchenden¹ mit Diskriminierung für den Prozess von Beratung und Behandlung bei der Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen?
- Worauf können und sollten professionell Helfende im Prozess von Beratung und Behandlung diesbezüglich achten?

2. Definition und Operationalisierung des Diskriminierungsbegriffes

Derzeit existiert eine Vielzahl an Definition und Interpretationen des Diskriminierungsbegriffs (Beigang et al., 2017; Ruhrmann, 2017). Den diesem Kapitel zugrundeliegenden Studien ist gemein, dass Diskriminierung als Erfahrung von Ausgrenzung und Abwertung infolge des Nicht-Entsprechens gesellschaftlicher Normen und Vorstellungen (meist hinsichtlich des Geschlechts) verstanden wird.

Unterschiede zwischen den Studien werden deutlich in der Definition und Erfassung von Ausgrenzungs- und Abwertungserfahrungen. Während einige Studien besonders Erfahrungen *direkter* Diskriminierung in den Fokus nehmen, bei denen die gezielte Diskriminierung auf Grund des Merkmals Geschlecht erfolgte, betrachten andere Studien auch *indirekte* Diskriminierung, denen nicht unbedingt eine negative Intention der Diskriminierenden zugrunde liegt, sondern vielfach fehlende Information und Unachtsamkeit, sowie *strukturelle* Diskriminierung, bei der die Diskriminierung durch Institutionen erfolgt wie etwa durch

¹ Im Text der Leitlinie wird die Bezeichnung „Patient/Patientin“ im sozialrechtlichen Sinne für junge Personen verwendet, die eine Gesundheitsdienstleistung in Anspruch nehmen. Der Begriff „Behandlungssuchende“ umfasst hingegen auch die sorgeberechtigten Bezugspersonen, die bei dieser Inanspruchnahme beteiligt sind.

praktisch etablierte Handlungsweisen im medizinischen System (Council of Europe & Commissioner for Human Rights, 2011; Günther et al., 2021). Neben unterschiedlichen Formen der Diskriminierung fokussieren sich die Studien auch auf unterschiedliche Kontexte/Systeme, in denen Diskriminierung erfolgen kann: z.B. Familie, Schule oder Gesundheitssystem. In dem folgenden Abschnitt werden daher zunächst Studien vorgestellt, die sich auf mehrere Kontexte beziehen. Anschließend folgen sowohl ein Abschnitt mit weiteren, für den Kontext „Schule und Peerbeziehungen“ relevanten Studien als auch ein Abschnitt mit Befunden zu „Diskriminierungserfahrungen im und durch das Gesundheitssystem“.

In diesem Kapitel wird dem Begriff der Diskriminierung folgende Definition von Hädicke und Wiesemann (2021) zugrunde gelegt:

Unter Diskriminierung wird eine ungleiche Behandlung von Mitgliedern einer bestimmten sozialen Gruppe „mit einem niedrigeren Status im Gefüge sozialer Machtverhältnisse“ verstanden, die diese „schädigt, ihre Freiheitsrechte beschneidet, sie herabwürdigt oder ihre Chancengleichheit beeinträchtigt“ (Hädicke & Wiesemann, 2021, S. 382-383). Absicht ist dabei keine notwendige Voraussetzung (ebd.).

3. Nationale und internationale Studien

Da bislang nur sehr wenig Studien existieren, welche die Gleichbehandlungs- und Diskriminierungssituation von minderjährigen trans Personen und deren Angehörigen im deutschsprachigen Raum abbilden, muss auch auf Studien zur Situation trans Jugendlicher in anderen Ländern und zur Situation älterer trans Menschen zurückgegriffen werden. Besonders stark mangelt es an Studien, welche explizit auf die Situation von gender-nonkonformen präpubertären Kinder eingehen. Dies verdeutlicht einen großen Forschungsbedarf und erschwert eine Schätzung des Ausmaßes von Diskriminierung für den deutschsprachigen Raum.

Eine deutschsprachige Studie mit einem qualitativen Forschungsdesign widmete sich den Erfahrungen von Sorgeberechtigten eines trans Kindes/Jugendlichen im deutschen Gesundheitswesen und identifizierte dabei teilweise erhebliche Barrieren der Familien in der Gesundheitsversorgung (Mucha et al., 2022). Es wird insbesondere in der pädiatrischen Versorgung von Erlebnissen der Unsicherheit, fehlendem Fachwissen bis hin zu Unglaublichkeit und Pathologisierung der Transidentität berichtet. In Folge kam es teilweise zu Behandlungsabbrüchen (ebd.).

Einen detaillierten Eindruck der Situation junger trans Menschen in Australien ermöglichen die Befunde einer querschnittlichen Studie von Strauss et al. (2020). Mittels eines anonymen Onlinesurveys wurden 859 Jugendliche (bei Geburt weiblichen Geschlechts zugewiesen bei 74,4%) zwischen 14 und 25 Jahren ($M= 19.37$ $SD=3.15$), welche sich selbst als trans identifizierten sowie 194 Eltern oder Betreuende befragt. Abgefragt wurden unter anderem psychische Gesundheit und potenziell Distress verursachende Erfahrungen im Gesundheitssystem. Die Befunde weisen auf eine deutlich erhöhte Prävalenz psychischer Erkrankungen der Befragten im Vergleich zu australischen nicht trans Jugendlichen hin: So gaben beispielsweise 74,6% der Teilnehmenden an, bereits eine Depressions-Diagnose erhalten zu haben. Von einer Diagnose aus dem Bereich der Angststörungen berichteten 72,2% Teilnehmende. Darüber hinaus berichteten 79,8%, sich in der Vergangenheit selbstverletzt zu haben, 82,4% berichteten in der Vergangenheit bereits suizidale Gedanken gehabt zu haben und 48,1% gaben an, bereits einen Suizidversuch unternommen zu haben. Als potentiell Disstress verursachende Erlebnisse, welche in Zusammenhang mit Diskriminierung stehen könnten, berichteten die Teilnehmenden von Abweisung/Zurückweisung durch Peers (89%), Problemen in der Schule/Universität (78,9%), Mobbing (74%), Diskriminierung (68,9%), mangelnde familiäre Unterstützung (65,8%), Isolation von Diensten/Services (60,1%), psychische Misshandlung in der Familie (57,9%), Probleme mit beruflicher Beschäftigung (41,9%), physische Misshandlung in der Familie (24,8%), Obdachlosigkeit/Probleme mit Unterkunft (22%) und physische Misshandlung außerhalb der Familie (16,2%). Des Weiteren gaben 19,6% der Befragten an, mit der hausärztlichen Behandlung und 31,7% mit der psychiatrischen Behandlung nicht zufrieden zu sein. Als Gründe hierfür wurde u.a. angegeben, dass sich die Behandelnden weigerten, in der Ansprache den gewählten Vornamen und das entsprechende Pronomen zu verwenden, Transidentität als eine „Entwicklungsphase“ deklarierten, sowie dass sich die Betroffenen pathologisiert fühlten oder ihnen eine gewünschte Behandlung verweigert worden sei. Dies führte dazu, dass viele Betroffene davon berichteten, dass sie mehrere Ärzt*innen hätten aufsuchen müssen, oder dass Ärzt*innenbesuche vermieden worden seien.

Hinweise auf die Übertragbarkeit der o.g. australischen Befunde von Strauss et al. (2020) auf trans Jugendliche in Deutschland bieten vor allem ein Studie Agentur für Grundrechte der Europäischen Union (2014) sowie Befunde einer qualitativen Interview-Studie von Sauer und Meyer (2016).

Die Daten der genannten EU-Studie bilden verschiedene Aspekte der Gleichbehandlung und Diskriminierung erwachsener trans Personen innerhalb der EU ab (European Union Agency for Fundamental Rights., 2014). Es wurden insgesamt 93.079 Personen über 18 Jahren ($M = 34$ Jahre) mittels einer anonymen Online-Erhebung befragt. Von diesen identifizierten sich 6.771 Personen als trans (darunter 1.329 Deutsche). EU-weit

gaben 54% der befragten trans Personen an, sich in den vergangenen 12 Monaten belästigt oder diskriminiert gefühlt zu haben, weil sie als trans wahrgenommen worden seien. Jüngere, arbeitslose sowie trans Personen mit einem niedrigen Einkommen gaben dabei häufiger an, sich im vergangenen Jahr diskriminiert gefühlt zu haben. Im Beschäftigungskontext gaben befragte trans Personen an, dass sich 37% bei der Arbeitsplatzsuche und sich 27% am Arbeitsplatz diskriminiert gefühlt haben. Im Kontext des Bildungswesens berichtete ca. ein Viertel der trans Personen, die selbst eine Schule/ Universität besucht haben oder Kinder in der Schule/ Universität haben, sich persönlich durch Mitarbeitende diskriminiert gefühlt zu haben. Etwa ein Fünftel der befragten trans Personen gab an, sich im vergangenen Jahr durch Mitarbeitende des Gesundheitswesens bzw. durch zuständige Sozialämter diskriminiert gefühlt zu haben. Nur wenige Personen meldeten den letzten Fall von Diskriminierung an Behörden. 60% meldete den entsprechenden Vorfall nicht, aus der Überzeugung, es „würde nichts bringen bzw. ändern“. Darüber hinaus gaben 47% an, dass es nicht wert sei, Vorfälle zu melden, da so etwas dauernd passiere. 30% wussten nicht, wie/wo der entsprechende Vorfall hätte gemeldet werden können. Neben verbalen Diskriminierungserfahrungen wurden auch Androhungen und Erfahrungen physischer Gewalt und Belästigung abgefragt.

Jede zweite trans Person berichtet von einem Vorfall von Gewalt oder Belästigung im vergangenen Jahr. 44% derjenigen, die Gewalterfahrung innerhalb des zurückliegenden Jahres berichteten, gaben an, dass dies dreimal oder häufiger der Fall gewesen sei. 8% der trans Personen wurden körperlich oder sexuell angegriffen oder mit Gewalt bedroht (aufgrund der Wahrnehmung als trans). Von den befragten trans Personen, die Gewalterfahrungen berichteten, gaben 21% an, den jüngsten Fall von durch Hass motivierte Gewalt an die Polizei gemeldet zu haben. Als Folgen der Diskriminierungserfahrungen wurden unter anderem Ängste und Einschränkungen im Alltag berichtet. So vermieden beispielsweise 32% der befragten trans Personen das Ausleben der Geschlechtsrolle in der Öffentlichkeit (aus Angst, angegriffen, bedroht oder belästigt zu werden). Die Hälfte vermeide aus entsprechenden Befürchtungen Plätze oder Orte. Jede*r fünfte gab an, selbst zuhause einen offenen Umgang mit dem eigenen trans-Sein zu vermeiden (European Union Agency for Fundamental Rights., 2014).

Im Rahmen der qualitativen Studie von Sauer und Meyer (2016) wurden 15 in Deutschland lebende trans Menschen (davon 14 bei der Geburt weiblichen Geschlechtes zugewiesen) im Alter zwischen 14 und 26 Jahren zu ihrem Selbstverständnis, ihrer Lebenssituation und dem von ihnen wahrgenommenen Unterstützungsbedarf durch Gesellschaft und Institutionen befragt. Hinsichtlich Diskriminierung berichten ca. die Hälfte der Befragten konkrete psychische Belastungen, welche besonders häufig durch familiäre Konflikte hervorgerufen worden seien. Darüber hinaus berichteten die Befragten von Ausgrenzung durch Peers (häufig Mitschüler*innen) und Ängsten, auf Grund von homo- und

transphobem Verhalten anderer das Aufsuchen bestimmter öffentlicher Orte zu meiden. Berichtete Diskriminierungserfahrungen bestehen vor allem aus mangelnder Akzeptanz durch Eltern, Peers, Lehrer*innen, Ärzt*innen etc. Diskriminierende Verhaltensweisen seien beispielsweise Weigerungen, den gewählten Namen zu nutzen bis hin zu konkreter Gewalt. An positiven Erfahrungen wurden von Betroffenen berichtet, wenn ihnen mit aufrichtigem Interesse, guter Informiertheit und einer positiven und wohlwollenden Haltung begegnet werde, was dann als Quelle von Halt und Unterstützung beschrieben wurde (Sauer & Meyer, 2016).

4. Diskriminierung durch Peers, Folgen und Schutzfaktoren

Einen Überblick über die Folgen von Peer-Viktimisierung im Jugendalter auf Grund sexueller Orientierung sowie des Ausdrucks der eigenen Transidentität ermöglicht das systematische Review von Collier et al. (2013). Dieses basiert auf insgesamt 39 Studien², bei denen häufig jedoch nicht zwischen sexueller Orientierung und Transidentität unterschieden wurde. Die Studienergebnisse zeigen, dass Peer-Viktimisierung mit verschiedenen negativen psychosozialen und gesundheitlichen Outcomes korreliert. Zu Peer-Viktimisierung zählten dabei: *verbale Viktimisierung*, *physische Viktimisierung*, *sexuelle Viktimisierung* (z.B. sexueller Missbrauch), *sexuelle Belästigung* (z.B. Kommentare, Gesten, sexuelle Berührungen/Begrabschen), *relationale Viktimisierung* (absichtlich von Peers von Aktivitäten ausgeschlossen werden), *indirekte Viktimisierung* (negative/ schädliche Gerüchte) und *Cybermobbing*. Die am häufigsten untersuchten Outcome-Parameter in Studien waren Schul-Zugehörigkeitsgefühl, Depression und Suizidalität.

Es ergaben sich starke Hinweise dafür, dass jene, die Viktimisierung erfahren, ein geringeres Zugehörigkeitsgefühl zu ihrer Schule haben sowie höhere Ausprägungen depressiver Symptome aufweisen. Bezüglich des Zusammenhangs zwischen Viktimisierung und Suizidgedanken bzw. Suizidversuchen fallen die Ergebnisse unterschiedlich aus: In großen schulbasierten Stichproben moderierte Peer- Viktimisierung den Zusammenhang zwischen sexueller Orientierung (inkl. Transidentität) und Suizidalität. In reinen LGB-Studien (excl. Transidentität) hingegen ergab sich kein unabhängiger Zusammenhang zwischen Peer-Viktimisierung und Suizidversuchen. Die Ergebnisse bzgl. Peer-Viktimisierung legen nahe: Bei Jugendlichen trans Personen, die lernbezogene oder andere Schwierigkeiten in/ an der Schule haben, ist es für Behandelnde wichtig, gezielt nach möglicherweise erlittenen Peer-Viktimisierungen zu fragen. Ist eine solche Viktimisierung bekannt, sollte auf das mögliche

² Hiervon 12 Studien mit Trans Personen

Vorliegen einer Depression oder von Suizidgedanken gezielt geachtet werden (s.u. konsensbasierte Empfehlung).

Der Zusammenhang von Suizidgedanken und Mobbing Erfahrungen bei trans Jugendlichen im Vergleich zu nicht trans Jugendlichen in den USA wurde in der Studie von Ybarra et al. (2015) untersucht. Mittels eines Onlinesurveys wurden insgesamt 5.542 Jugendliche im Alter zwischen 13 und 18 Jahren befragt, in der Stichprobe bezeichneten sich 188 als Transgender, 199 als Gender-Nonkonform und 50 als „Anderes Geschlecht“. Dabei gaben 48% der trans Jugendlichen, 44% der Gender-Nonkonformen und 55% der Jugendlichen mit der Angabe „Anderes Geschlecht“ an, in den vergangenen 12 Monaten soziale Ausgrenzung bzw. Mobbing erfahren zu haben. Unter den männlichen cis-gender Jugendlichen waren dies 21% und unter den weiblichen 25%. Auf die Frage nach Suizidgedanken innerhalb der vergangenen Woche antworteten gender-nonkonforme Jugendliche mit 41-53% deutlich häufiger mit „ja“ als cis-gender Jugendliche (13-21%).

Dass trans Jugendliche auch von mehrfacher Diskriminierung betroffen sein können, geht aus einer Studie von Wilson et al. (2016) hervor. Befragt wurden 216 jugendliche trans Mädchen im Alter zwischen 16 und 24 Jahren. Untersucht wurde dabei der Zusammenhang von Unterschieden der psychischen Gesundheit in Abhängigkeit des Ausmaßes an Diskriminierungserfahrungen und Schutzfaktoren. 37% der Befragten berichteten, einer geringen Ausprägung an Diskriminierung ausgesetzt zu sein. 45,9% berichteten von stark ausgeprägter transgender-bezogener Diskriminierung und 26,2% der Jugendlichen berichteten, stark ausgeprägter rassistischer Diskriminierung ausgesetzt zu sein. 15,9% berichteten, beide Diskriminierungsformen in hohem Ausmaß gleichzeitig zu erleben. Der Stress in Zusammenhang mit Suizidgedanken war in allen Diskriminierungsbedingungen erhöht. Erlebte Diskriminierung aufgrund der Transidentität ging in dieser Stichprobe mit 2,6-fachem Risiko für PTBS-Symptome, 2,6-fachem Risiko für Depressivität und 7,7-fachem Risiko für Suizidgedanken einher. Darüber hinaus fanden sich auch spezifische Outcomes je nach Diskriminierungstyp, was auf die Notwendigkeit spezifischer Ansätze sowohl für transgender-bezogene, für rassistische als auch für gemischte Diskriminierung hinweist. Als bedeutsamer, die psychische Gesundheit fördernder, Schutzfaktor konnte neben unspezifischen Resilienzfaktoren v.a. die Akzeptanz und Unterstützung der Transidentität durch das familiäre Umfeld nachgewiesen werden.

Mit 81.885 Highschool-Schüler*innen (Stufen 9 und 11), von denen sich 2.168 als TGNC (Transgender/ NonConforming) identifizierten, sind die Größen der Stichprobe und der Kontrollgruppe der querschnittlichen Studie von Eisenberg und Kollegen (2017) sehr groß. Zentrale Fragestellungen dieser Untersuchung waren die Prävalenz von TGNC-Identität bei Jugendlichen, Unterschiede von Risiko- und Schutzfaktoren bei TGNC-Jugendlichen im Vergleich zu cis-gender Jugendlichen sowie Unterschiede bei Risiko- und Schutzfaktoren der

TGNC-Jugendlichen zwischen den bei Geburt zugewiesenen Geschlechtern. Zusammenfassend wird berichtet, dass TGNC-Jugendliche in allen untersuchten Risikofaktoren stärker betroffen sind als die cis-gender Vergleichsgruppe. Besonders mit Blick auf das emotionale Wohlbefinden sind die Unterschiede TGNC vs. cis-gender groß: Über 60% der TGNC-Jugendlichen geben an, bereits Suizidgedanken gehabt zu haben, unter den cis-gender Jugendlichen waren es 20%; von den TGNC-Jugendlichen gab etwa jede*r Dritte an, bereits einen Suizidversuch begangen zu haben. Des Weiteren berichteten TGNC-Jugendliche auch signifikant häufiger von Mobbing- und Diskriminierungserfahrungen. Bezogen auf physische Angriffe: TGNC 25,1% (cisgender 12,7%), Cybermobbing: TGNC 27,6% (cisgender 12,3%). Diskriminierung aufgrund von Gender: TGNC 35,3% (cisgender 4,7%). Innerhalb der Gruppe der TGNC-Jugendlichen ist in dieser Studie aufgefallen, dass Jugendliche mit bei Geburt weiblich zugewiesenem Geschlecht (trans Jungen) signifikant häufiger als Jugendliche mit bei Geburt männlich zugewiesenem Geschlecht (trans Mädchen) von emotionalem Stress sowie von Diskriminierung durch Peers berichteten sowie weniger ausgeprägte Schutzfaktoren wie familiäre Verbundenheit oder eine positive Lehrer*innen-/Schüler*innenbeziehung aufwiesen (ebd.).

Der Einfluss von Risiko- und Schutzfaktoren auf die psychische Gesundheit von Jugendlichen geht auch aus einer Studie von Veale et al. (2017) hervor. Mittels eines Online-Surveys wurden insgesamt 923 kanadische 14 bis 25-Jährige befragt. In der Gruppe der 14 bis 18-Jährigen (N=323) berichteten 64% im vergangenen Jahr sozial ausgegrenzt worden zu sein. Dabei gaben 52% dieser Jugendlichen an (auch) in der Schule Mobbing erfahren zu haben. Ein aus den berichteten kumulativen Erfahrungen ermittelter Stigmatisierungsindex sagte durchweg vermehrte Probleme mit der psychischen Gesundheit voraus, insbesondere in Bezug auf das nichtsuizidale selbstverletzende Verhalten stieg die Wahrscheinlichkeit, dieses Verhalten zu zeigen um 25% mit jedem zusätzlichen Punkt im Stigmatisierungsindex. Alle Schutzfaktoren waren hingegen mit psychischen Gesundheitsproblemen negativ korreliert, wobei nicht alle das Kriterium eines Odds-Ratio von $< 0,5$ erfüllten. *Familienverbundenheit* war der stärkste Schutzfaktor. *Schulverbundenheit* war ein signifikanter Schutzfaktor bzgl. extremem Stress sowie extremer Verzweiflung. Die Wahrnehmung, dass sich Freund*innen um einen kümmern, konnte eine geringere Rate an Suizidversuchen vorhersagen.

Einen zusammenfassenden Überblick über die Bedeutung und Wirksamkeit verschiedener Schutzfaktoren ermöglicht ein systematisches Review von Johns et al. (2018), welches die Befunde von 21 Studien auf Schutzfaktoren untersucht. Die Altersspanne der Studienteilnehmer*innen reichte dabei von 11 bis 26 Jahren. In den 21 Artikeln wurden insgesamt 27 Faktoren in Bezug auf positive Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlergehen

von trans bzw. gender-nonkonformen Jugendlichen untersucht. Die folgenden erwiesen sich als protektiv:

- Auf Ebene des Individuums war dies das Selbstwertgefühl der Jugendlichen.
- Auf Ebene der Beziehungen erwies sich die Unterstützung durch Eltern/ Familie sowie durch Peers als zentral für das Wohlergehen der Jugendlichen. Auch Erwachsene außerhalb der Familie stellen eine wichtige Ressource dar. Insbesondere in jenen Fällen, in denen seitens der Familie oder der Peers keine Unterstützung erfahren wird. Solche Erwachsene könnten z.B. eine Hilfe sein, wenn es darum geht, Familien und Peers zu einem besseren Verständnis von Gender-Nonkonformität zu verhelfen.
- Auf Ebene der (Schul-) Gemeinschaft erwiesen sich sog. „Gay-Straight-Alliances“ als protektiv für LGB-Jugendliche. Dies sind von Schüler*innen geleitete und von einem verantwortlichen Lehrer betreute Organisationen, die an Schulen vor allem in den Vereinigten Staaten und Kanada für ein sicheres und unterstützendes Umfeld für LGBTQ-Personen eintreten (ebd.).

Einen Ansatzpunkt zum Abbau von Diskriminierung durch Peers können die Ergebnisse der Studie von Barbir und Kollegen (2017) darstellen. Diese untersuchten den Zusammenhang zwischen dem sozialen Kontakt cis-gender-heterosexueller College-Studenten mit trans Personen und den selbstberichteten positiven sowie negativen Einstellungen und Verhaltensintentionen gegenüber trans Personen. Aus den Ergebnissen dieser Untersuchung geht hervor, dass sozialer Kontakt wie Freundschaften mit trans Personen die selbstberichteten Einstellungen gegenüber trans Personen beeinflussen kann. Ebenso kann der soziale Kontakt die selbstberichteten Verhaltensintentionen beeinflussen: Wer in der vorliegenden Studie mindestens eine Freundschaft zu einer Transgender-Person hatte, berichtete weniger negative Einstellungen und Verhaltensintentionen gegenüber trans Personen, mehr positive Verhaltensintentionen sowie Ansichten und mehr unterstützend-öffentliche Intentionen. Mögliche Vorteile durch Freundschaften mit cis-gender Personen sind für trans Personen zudem ein Zugang zur „Mainstream-Gesellschaft“, ein größeres Angebot diverser Perspektiven und Interaktionen, Gelegenheiten, Wissen und Bewusstsein für die Erfahrungen der trans Personen zu erhöhen und ggf. Hilfe darin, sich in der Rolle des gewählten Geschlechts zu präsentieren. Typische berichtete Hindernisse für Freundschaften mit cis-gender/ heterosexuellen Personen waren u.a. unzureichendes Wissen zu Gender-Themen, unsensibler Sprachgebrauch sowie weniger geteilte Erfahrungen (ebd.).

5. Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitssystem

Wie beschrieben, sind trans Personen auch im Kontext des Gesundheitswesens Diskriminierungen ausgesetzt. Dabei kann diese Diskriminierung sowohl durch Personen im Gesundheitswesen erfolgen, die wegen trans spezifischen Themen aufgesucht wurden, als auch durch alle andere, wie Zahnarzt-, Betriebsarzt-Praxen, Impfsprechstunden usw. (European Union Agency for Fundamental Rights., 2014; Sauer & Meyer, 2016; Strauss et al., 2017). Bei den berichteten Raten diskriminierender Erfahrungen ist zu differenzieren, ob und wie in den jeweiligen Studien der Begriff der Diskriminierungserfahrungen operationalisiert wird.

Verschiedene Online-Umfragen erfassten Diskriminierungserfahrungen erwachsener trans Personen im Gesundheitswesen der USA. Bradford, Reisner, Honnold und Xavier (2013) berichten, dass 41% von 387 befragten trans Personen angaben, diskriminierendes Verhalten erlebt zu haben. Shires und Jaffee (2015) beschreiben, dass 41% von 1.711 befragten trans Personen (FTM) angaben, dass aufgrund der Transidentität die Behandlung verweigert wurde, sie körperlich angegriffen oder verbal belästigt bzw. sie verbal nicht respektvoll behandelt wurden. Kattari, Bakko, Hecht und Kinney (2020) berichten, dass 8% von 27.715 transidenten und nichtbinären Befragten eine Behandlungsverweigerung bei Personen im Gesundheitswesen angaben, die sie aufgrund der Transidentität aufsuchten. Weniger als 3% gab eine Behandlungsverweigerung in Kontakten im Gesundheitswesen an, wenn der Kontakt einen anderen Grund als die Transidentität hatte.

Bradford und Kolleg*innen (2013) berichten darüber hinaus, dass ein niedriger sozioökonomischer Status, Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit, ein jüngeres Alter bei Bekanntwerden der Transidentität sowie eine geringere Unterstützung durch die Familie Faktoren sind, welche mit einer erhöhten Diskriminierungswahrscheinlichkeit im Gesundheitswesen einhergehen.

In einer Fokusgruppen-Studie mit 34 trans Teilnehmenden von Sperber und Kollegen (2005) beschrieben die Befragten Ignoranz, mangelnde Sensibilität und Diskriminierung als häufig bei Kontakten ins Gesundheitswesen. Zudem wurde geäußert, dass Behandelnde oft auf die Trans-Thematik eingingen, wenn dies nicht behandlungsrelevant sei (z.B. bei Frakturen oder Infektionskrankheiten).

Eine Einschätzung der aktuellen Situation und Erfahrungen von trans Personen in Deutschland ermöglichen die Ergebnisse einer umfangreichen querschnittlichen Untersuchung durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2016): Mittels einer Online-Umfrage wurden Daten von 1.049 trans Personen erfasst. Darunter waren auch die Angaben von 117 trans Kindern und Jugendlichen (genaues Alter unbekannt), wobei in 70% dieser Fälle der Fragebogen stellvertretend durch Erwachsene (meist ein Elternteil) ausgefüllt wurde. Bezogen auf die Antworten der Kinder und ihrer Angehörigen gaben ca. 75%

der Befragten an, Psychotherapeut*innen in Gesprächen einfühlsam, unterstützend und fachkundig empfunden zu haben. Gleichzeitig erlebten ca. 33 % der Befragten solche Gespräche als pathologisierend. Ärzt*innen wurden von ca. 60% der befragten Kinder, Jugendliche sowie deren Angehörigen als einfühlsam, unterstützend und fachkundig wahrgenommen. 28 % der Teilnehmenden fühlten sich eher pathologisiert. Auf die Frage „Von welcher Personengruppe/Institution hätten Sie oder Ihr*e Angehörige*r sich mehr Unterstützung gewünscht?“ gaben 52,14% Schule und Kindergarten, 39,32% Ärzt*innen, 34,19% Familie, Freund*innen, Bekannte und 25,64% Psychotherapeut*innen, an.

Die Folgen von Diskriminierungserfahrungen umfassen Furcht vor Diskriminierung im Kontakt mit Gesundheitseinrichtungen (Grossman et al., 2016), Verschweigen der eigenen Transidentität aufgrund einer unstimmgigen Behandelnden-Patient*innen-Beziehung oder Befürchtung negativer Konsequenzen (Rossman et al., 2017) und Aufschieben oder Vermeiden von ärztlichen Behandlungen aufgrund von Diskriminierungserfahrungen. In einer Studie von Cruz und Kollegen (2014) gab etwa die Hälfte von 4049 befragten trans Personen an, schon einmal eine kurative Behandlung aufgrund der eigenen trans Identität aufgeschoben zu haben, davon wiederum die Hälfte gab als Grund dafür bereits gemachte Diskriminierungserfahrungen an. In einer Online-Befragung von Bauer und Kolleg*innen (2014) gaben 21% von 433 trans Personen an, schon einmal vermieden zu haben, einen ärztlichen Notdienst aufzusuchen.

Auf Unsicherheiten auf Seiten der Behandelnden im Umgang mit trans Personen weisen kanadische und US-amerikanische Studien hin. In einer kanadischen Studie von (Snelgrove et al., 2012) wurden 13 Ärzt*innen verschiedener Fachrichtungen zu Hindernissen für trans Personen im Gesundheitssystem befragt. Bezogen auf die eigenen Erfahrungen und Einschätzungen, gaben die Befragten an, Defizite bzgl. des entsprechenden medizinischen Spezialwissens aufzuweisen und ethische Abwägung transitions-bezogener Behandlung als sehr herausfordernd zu erleben. Häufig trat eine Überforderung der Ärzt*innen dadurch auf, nicht zu wissen, an wen man sich wenden sollte.

In einer anderen Studie zur Stigmatisierung von trans Personen im Gesundheitswesen von (Poteat et al., 2013) wurden neben 55 Trans Personen auch 12 Ärzt*innen/ Krankenpfleger*innen befragt. Ein häufiges Thema der Behandelnden war Unsicherheit im konkreten Umgang mit trans Personen sowie mit der grundsätzlichen Einordnung des Phänomens „trans“ (inkl. der Frage nach Behandlungsbedürftigkeit).

Von einer subjektiv empfundenen Dilemma-Situation berichteten Angehörige des Krankenpflegepersonals, die zu eigenen Unsicherheiten im Umgang mit trans Personen befragt wurden (Beagan et al., 2012). Die Befragten gaben an, sich einerseits zu bemühen, keine Unterschiede im Umgang zwischen trans Personen und sonstigen Patient*innen

machen zu wollen, andererseits aber auch behandlungsrelevante existierende Unterschiede wahrzunehmen.

Im Rahmen einer Studie von Kitts (2010) wurden 184 Ärzt*innen einer US-Universitätsklinik zu Hindernissen optimaler Fürsorge für LGBT-Jugendliche befragt. Die Mehrheit gab an sich nicht ausreichend kompetent zu fühlen, um mit LGBT-Jugendlichen über deren sexuelle Orientierung/ Geschlechtsidentität ins Gespräch zu kommen. Entsprechend wurde der Wunsch nach Fortbildungen formuliert.

Ergebnisse verschiedener Untersuchungen zeigen, dass bereits kurze Workshops das Wissen über Diskriminierung und Vulnerabilität von trans Personen im und deren Zugang zum Gesundheitssystem sowie Kompetenzen im Umgang mit trans Kindern und trans Jugendlichen fördern können: Beispielsweise absolvierten in einer Studie von Kelley und Kollegen (2008) 75 Medizinstudierende eine zweistündige Lehrinheit zum Thema LGBT*-Gesundheit. Untersucht wurde die Auswirkung auf das Wissen und die Einstellungen der Studierenden bezüglich der Behandlung von LGBT*-Personen. Bei der Nachbefragung gaben deutlich mehr Studierende an, dass der Zugang zum Gesundheitssystem für LGBT*-Personen schwieriger ist als für die Durchschnittsbevölkerung. Weniger Befragte als zuvor waren der Überzeugung, dass LGBT*-Personen selten in stabilen Partnerschaften lebten. Weniger Studierende als vor dem Workshop gaben an, Personen ungern in Angelegenheiten der Geschlechtsidentität behandeln zu wollen.

Ähnliches zeigte sich auch in einer Studie von Safer und Pearce (2013). 74 Medizinstudierende nahmen an einer Vorlesung im Rahmen des endokrinologischen Lehrangebots teil. Es wurde geprüft, welche Auswirkungen auf die Einstellung gegenüber der Behandlung von trans Personen festzustellen wären. Nach dem Kurs reduzierte sich die Anzahl der Studierenden, denen eine Behandlung von trans Personen unangenehm wäre um 60%. Bei der Nachbefragung war kein Studierender mehr der Meinung, bei trans Angelegenheiten handele es sich um kein medizinrelevantes Thema. Zudem reduzierte sich die Zahl der Studierenden, die eine entsprechende Behandlung verweigern würden, deutlich.

Dass auch im psychotherapeutischen Kontext diskriminierungs-sensitive Fortbildungs-Workshops sinnvoll sein können, konnte von McGravey (2015) gezeigt werden. An 68 psychotherapeutisch tätigen Schulpsycholog*innen wurde die Effektivität eines Workshops zur Erweiterung des Wissens und der Fertigkeiten im Umgang mit LGBTQ-Jugendlichen untersucht. Im Allgemeinen hatten sich die Maße für Wissen sowie Kompetenzen zu beiden Nachbefragungszeitpunkten signifikant verbessert.

6. Literatur zu Empfehlungen für einen diskriminierungs-sensiblen Umgang mit trans Personen

Eine umfassende Orientierung für Professionelle hinsichtlich einer diskriminierungssensiblen Arbeit im Gesundheitswesen bietet die TGNC-Leitlinie der American Psychological Association (2015), sowie hinsichtlich einer fundierten intersektionalen Perspektive die Multicultural Guidelines der American Psychological Association (2017). Kontextsensible Modelle wie z.B. das minority-stress-modell (Meyer, 2003) werden in einer trans-spezifischen Adaptation zur Erfassung und Bearbeitung von Diskriminierungserfahrungen und deren gesundheitlichen Folgen bei Rood et al. (2016) ausführlich dargestellt. Eine umfassende Darstellung für trans Personen im Hinblick auf Diskriminierung besonders kritischen Haltungen und Vorgehensweisen, die von den mittlerweile veralteten psychopathologischen Konzeptualisierungen des in der ICD-10 noch so genannten „Transsexualismus“ ausgehen, und die gleichwohl in der gesundheitlichen Versorgung von trans Personen jahrzehntelang prägend waren, findet sich bei Wanner & Landsteiner (2019)

7. Aussagen zum wissenschaftlichen Erkenntnistand

IX. E1. Es gibt aus Befragungsstudien Belege, dass minderjährige trans Personen und ihre Erziehungsberechtigten häufig von vielfältigen Diskriminierungserfahrungen in verschiedenen Lebensbereichen berichten, auch im Gesundheitswesen.

Starke Evidenz

Anzahl der Studien: 25

(Bauer et al. 2014; Bradford et al. 2013; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2017; Collier et al. 2013; Cruz 2014; Cruz et al., 2016; ; Mucha et al., 2022; Rossman et al. 2017; Sauer und Meyer, 2016; Shires und Jaffee, 2015; Sperber et al. 2005; Strauss et al. 2017; Strauss et al. 2020; Veale et al. 2017; Wilson et al. 2016; Ybarra et al. 2015)

Konsentiert: starker Konsens (> 95%)

IX. E2. Es gibt Hinweise, dass Diskriminierungserfahrungen minderjähriger trans Personen und ihrer Erziehungsberechtigten nicht nur in der individuellen Interaktion mit Behandelnden gemacht werden, sondern auch auf struktureller und institutioneller Ebene.

Mittelgradige Evidenz

Anzahl der Studien: 10

(Bauer et al. 2014; Bradford et al. 2013; Council of Europe Commissioner for Human Rights, 2011; Cruz 2014; Cruz et al., 2016; Günther et al. 2021; Hädicke & Wiesemann, 2021; Kcomt et al., 2020; Mucha et al., 2022; Rossman et al., 2017)

Konsentiert: starker Konsens (> 95%)

IX. E3. Bei berichteten Diskriminierungserfahrungen minderjähriger trans Personen und ihrer Erziehungsberechtigten im Gesundheitswesen gibt es zudem Anhaltspunkte dafür, dass diese häufig nicht durch bewusste oder intendierte Haltungen von Behandelnden bedingt sind, sondern durch unzureichendes Fachwissen und/oder fachliche Unsicherheit entstehen können.

Schwache Evidenz

Anzahl der Studien: 8

(Beagan et al. 2012; Kelly et al. 2008; Kitts, 2010; McGravey, 2015; Mucha et al., 2022; Poteat et al. 2013; Safer & Pearce, 2013; Snelgrove et al. 2012)

Konsentiert: starker Konsens (> 95%)

8. Konsensbasierte Empfehlungen

IX. K1. Behandelnde (Angehörige aller helfenden Berufsgruppen im Gesundheitswesen) sollten über Risiken und Formen von Diskriminierung, denen minderjährige trans Personen und ihre Erziehungsberechtigten ausgesetzt sein können, informiert sein. Sie sollten ihre eigene professionelle Haltung hinsichtlich potentiell diskriminierender Aspekte kritisch reflektieren.

Konsentiert: starker Konsens (> 95%)

IX. K2. Behandelnde (Angehörige aller helfenden Berufsgruppen im Gesundheitswesen) sollten nach Möglichkeit im Rahmen ihres Tätigkeitsfeldes dazu beitragen, Diskriminierungen, die u.a. auf struktureller oder institutioneller Ebene vorkommen können, abzubauen.

Konsentiert: starker Konsens (> 95%)

IX. K3. Behandelnde (Angehörige aller helfenden Berufsgruppen im Gesundheitswesen) sollten über die psychischen und gesundheitlichen Folgen von Diskriminierungserfahrungen informiert sein und dieses Wissen in ihrer Arbeit berücksichtigen.

Konsentiert: starker Konsens (> 95%)

IX. K4. Im Rahmen psychologisch-psychotherapeutischer Diagnostik, Beratung und Prozessbegleitung bei Kindern und Jugendlichen, die wegen GI/GD vorstellig werden, sollten Diskriminierungserfahrungen erfragt und als krankheitsfördernde Faktoren beachtet werden.

Konsentiert: starker Konsens (> 95%)

Neben dem gezielten Erfragen solcher Erfahrungen in der Vergangenheit sollten dabei auch aktuelle Erfahrungen erfragt werden. Im Sinne eines ressourcen-orientierten Ansatzes empfiehlt es sich auch gezielt nach positiven Erfahrungen im gesellschaftlichen Kontext sowie im Gesundheitssystem zu fragen.

IX. K5. Für die Prozessbegleitung minderjähriger trans Personen sollten dem sozialen Umfeld (z.B. Schulen, Ausbildungseinrichtungen, Sportvereine, Jugendeinrichtungen, Kirchengemeinden etc.) Aufklärungs- und Informationsangebote zur Verfügung gestellt werden, die auch auf Informations- und Beratungsangebote durch Selbstvertretungs-Organisationen von trans Personen und ihren Angehörigen von hinweisen.

Konsentiert: starker Konsens (> 95%)

Zur Erläuterung: Ein solches Angebot der fachlichen Unterstützung Behandlungssuchender in ihrem sozialen Alltagsumfeld setzt transparentes Einvernehmen voraus.

Die in anderen medizinischen Kontexten für durch Patient*innen und deren Interessenvertretungen organisierte Beratungsangebote üblichen Begriffe „Selbsthilfe“ bzw. „Selbsthilfeorganisation“ sind in diesem Feld nicht (mehr) gebräuchlich.

IX. K6. Behandelnde sollten in der Ansprache gender-nonkonformer Kinder und Jugendlicher die jeweils gewünschten Pronomina und Vornamen erfragen und nach situativer Möglichkeit verwenden. Entsprechend sollte in Abstimmung mit den Behandlungssuchenden auch in der professionellen Kommunikation mit anderen beteiligten Fachpersonen und Institutionen vorgegangen werden.

Konsentiert: starker Konsens (> 95%)

Gegenüber Erziehungsberechtigten und anderen wichtigen Bezugspersonen, die Vorbehalte äußern gegenüber dem Wunsch einer minderjährigen trans Person, entsprechend ihrer geschlechtlichen Selbstauskunft angesprochen zu werden, ist es wichtig, die Bedeutung der Anerkennung der geschlechtlichen Selbstauskunft für einen notwendigen Vertrauens- und Beziehungsaufbau in der Behandlung zu kommunizieren. Es ist darauf hinzuweisen, dass eine entsprechende Verwendung von gewünschten Vornamen und Pronomen keine Festlegung im Hinblick auf zukünftige soziale, rechtliche oder medizinische Schritte einer Transition impliziert.

Kapitel X:

Recht und Ethik – Rechtliche Grundlagen und ethische Maßgaben für die Behandlung Minderjähriger mit Geschlechtsinkongruenz

- 1. Einleitung**
- 2. Schutzfunktion der Rechtsordnung**
- 3. Recht auf Selbstbestimmung und höchstpersönlicher Kernbereich**
 - 3.1. Selbstbestimmung bei Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger
 - 3.2. Selbstbestimmung bei nicht einwilligungsfähigen Minderjährigen

Vorläufige Leitlinie zur Kommentierung

1. Einleitung

Die in der medizinischen Fachwelt geführten Kontroversen um somatomedizinische Interventionen bei Jugendlichen mit diagnostizierter Geschlechtsinkongruenz (GI) bzw. Geschlechtsdysphorie (GD) werden häufig vordergründig über Argumente zur unsicheren Evidenz für diese Altersgruppe ausgetragen, berühren dabei aber im Kern ethische und rechtliche Fragen:

- Wie kann dem für Behandlungsentscheidungen im Jugendalter besonderen ethischen Dilemma begegnet werden, welches darin besteht, dass sowohl eine Behandlung als auch deren Aufschieben oder Unterlassen irreversible Folgen für die spätere psychische Langzeitgesundheit haben kann (Deutscher Ethikrat, 2020)?
- Wie ist das Recht auf Selbstbestimmung und das dahinterstehende ethische Prinzip der Förderung von Autonomie gegenüber dem Schutz Minderjähriger vor weit in ihre Zukunft reichenden Behandlungsentscheidungen mit potenziell fatalen Folgen zu gewichten (Hädicke et al., 2023)?
- Unter welchen Voraussetzungen können Minderjährige eine informierte Zustimmung zu einer pubertätsunterdrückenden oder geschlechtsangleichenden medizinischen Behandlung geben (Giordano et al., 2021)?
- Wie ist ggf. bei Minderjährigen die notwendige Einwilligungsfähigkeit (D)/ Entscheidungsfähigkeit (A)/ Urteilsfähigkeit (CH) zu prüfen und festzustellen¹?
- Welche Bedeutung hat die Einbeziehung und Zustimmung Sorgeberechtigter bei Behandlungsentscheidungen?

In diesem Kapitel werden die hierzu relevanten rechtlichen Grundlagen mit vorrangigem Bezug auf die deutsche Gesetzeslage dargestellt und wichtige ethische Maßgaben aus dem internationalen medizinethischen Diskurs diskutiert. Dies soll Behandelnden bei der Anwendung der Leitlinie zur Information, Orientierung und ggf. Absicherung dienen. Da der rechtliche Rahmen ohnehin bindend ist und ethische Prinzipien bei verantwortlichen Behandlungsentscheidungen zueinander reflektiert abzuwägen sind, enthält dieses Kapitel keine konsentierten Empfehlungen.

2. Schutzfunktion der Rechtsordnung

„Die deutsche Rechtsordnung errichtet für die somatomedizinische Behandlung von Minderjährigen mit Geschlechtsdysphorie einen doppelten Schutzraum – zunächst und in erster Linie für das grundgesetzlich garantierte Recht jedes Menschen, seine geschlechtliche

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit, wird im folgenden Fließtext des Kapitels der für die deutsche Rechtslage relevante Begriff der Einwilligungsfähigkeit verwendet, die analogen Begriffe aus dem österreichischen und schweizerischen Rechtssystem (Entscheidungsfähigkeit bzw. Urteilsfähigkeit) werden nicht wiederholt.

Identität zu finden und zu entfalten [s.u.], und sodann für den Entscheidungsfindungsprozess im Dreieck der transidenten Person, ihrer Sorgeberechtigten und der Behandelnden. Dieser Schutzraum, zu dem auch hohe Anforderungen hinsichtlich der Einhaltung evidenzbasierter medizinischer Standards, der Prozessqualität der Behandlung, der Feststellung der Einwilligungsfähigkeit sowie hinsichtlich der Aufklärung und Information der Beteiligten gehören, dient dazu, diese je individuellen Entscheidungsfindungs- und Behandlungsprozesse gegen Dritte und Instrumentalisierungen aller Art abzusichern.“ (Gutmann, 2023, S. 4). Das Recht setzt dabei die zentrale ethische Herausforderung um, die darin besteht, „Minderjährige auf dem Weg zu einer eigenen geschlechtlichen Identität zu unterstützen und zugleich vor – teils irreversiblen – Schäden zu bewahren“ (Deutscher Ethikrat, 2020, S. 2).

Die von internationalen auf Expertenkonsens beruhenden medizinischen Leitlinien (Coleman et al., 2022; Hembree et al., 2017) sowie von dieser Leitlinie empfohlene umfassende diagnostische biopsychosoziale Beurteilung der Lebenssituation einer minderjährigen trans Person (u.a. ihrer Entwicklungsvorgeschichte, ihres sozialen und familiären Umfelds, der ggf. diagnostischen Bewertung anderweitiger assoziierter psychischer Gesundheitsprobleme etc.) durch die Behandelnden als unverzichtbare Voraussetzung einer Indikationsstellung für körpermodifizierende Maßnahmen wird im deutschen Recht von § 630a Abs. 2 BGB (Einhaltung des geforderten fachlichen Diagnose- und Behandlungsstandards), von § 630c BGB (Informationspflichten) und von § 630e BGB (individualisierte Aufklärungspflichten) gefordert (Gutmann, 2023).

3. Recht auf Selbstbestimmung und höchstpersönlicher Kernbereich

Das Recht auf Selbstbestimmung über den eigenen Körper zählt zu den grundlegenden Persönlichkeitsrechten. Es gilt für alle medizinischen und psychologisch-psychotherapeutischen Eingriffe, seien sie diagnostischer, therapeutischer oder präventiver Art. Diese unterliegen der Einwilligungserfordernis. In der Kinderheilkunde und Jugendmedizin erfolgt die Einwilligung entweder durch die einwilligungsfähige minderjährige Person selbst oder – im Falle der Einwilligungsunfähigkeit – durch die rechtlichen Stellvertretenden, in der Regel die Eltern (Rixen, 2020; Rothärmel, 2004; Wapler, 2015).

Einige Bereiche sind höchstpersönlicher Natur, über sie kann nicht stellvertretend durch Dritte entschieden werden. Dazu zählt die Geschlechtsidentität. Die geschlechtliche Identität gehört zum unantastbaren Kernbereich privater Lebensgestaltung. Darüber ist grundsätzlich allein die betroffene Person entscheidungsbefugt (Deutscher Ethikrat, 2020; Siedenbiedel, 2016). Medizinisch-psychotherapeutische Maßnahmen müssen demzufolge darauf abzielen, die Selbstbestimmung der betroffenen Person über ihre geschlechtliche Identität so weit wie möglich zu gewährleisten. Die Beschränkung der Entscheidungsbefugnis bei Minderjährigen ist lediglich mit dem Ziel zulässig, eine vollumfänglich selbstbestimmte Entscheidung zu

ermöglichen, d.h. bis höchstens zur erlangten Einwilligungsfähigkeit der betroffenen Person (Siedenbiedel, 2016). Die Erlangung der Einwilligungsfähigkeit stellt bei minderjährigen Patient*innen daher eine wichtige Schwelle für Eingriffe zur Behandlung bei Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie dar.

3.1. Selbstbestimmung bei Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger

„Bei Minderjährigen wird die Einwilligungsfähigkeit [...] nicht wie bei Erwachsenen generalisierend vermutet, sondern bedarf einer positiven Feststellung. Einwilligungsfähigkeit ist nicht an ein bestimmtes Alter gebunden und kann dies aus verfassungsrechtlichen Gründen auch nicht sein.“ (Gutmann, 2023, S. 4). Ist die minderjährige Person einwilligungsfähig, ist sie allein berechtigt, über medizinisch-psychotherapeutische Maßnahmen zu entscheiden (Rixen, 2020). Eine selbstbestimmte Entscheidung setzt eine umfassende, verständliche Information über alle Aspekte der Entscheidung oder Nicht-Entscheidung voraus. Sie ist nur möglich, wenn die Person in der Situation der Entscheidung frei ist von äußerem Zwang (durch Drohungen Dritter o.Ä.) oder innerem Zwang (durch Intoxikation, Halluzinationen o.Ä.).

3.1.1. Definition der Einwilligungsfähigkeit

Einwilligungsfähigkeit ist eine komplexe Eigenschaft, die kognitive und emotionale Aspekte der Persönlichkeit gleichermaßen umfasst. Sie bildet sich erst allmählich im Verlauf der Persönlichkeitsentwicklung heraus. Sie ist nicht gleichzusetzen mit Intelligenz.

Unter Einwilligungsfähigkeit versteht man die Fähigkeit einer Person, Wesen, Bedeutung und Tragweite einer Handlung zu verstehen und ihren Willen danach zu bestimmen. Sie umfasst Einsichts-, Urteils- und Steuerungsfähigkeit (Laufs et al., 2015). Einwilligungsfähig ist eine Person also im Einzelnen, wenn sie in der Lage ist,

- „a) den Zweck, die Notwendigkeit und die Dringlichkeit, den voraussichtlichen Verlauf, die möglichen Folgen, die potenziellen Risiken und den potenziellen Nutzen des Eingriffs und seiner Nichtvornahme zu verstehen,
- b) zu erfassen, welchen Wert die betroffenen Rechtsgüter für [sie] haben und unter welchen Alternativen [sie] wählen kann,
- c) das Für und Wider abzuwägen und eine Entscheidung zu treffen,
- d) diese Entscheidung zu äußern und
- e) der Entscheidung gemäß zu handeln.“ (Genske, 2020, S. 347)

Dabei stellt bei Entscheidungen im Kindes- und Jugendalter insbesondere die Beurteilung der zukünftigen Risiken und Chancen eines Eingriffs bzw. seiner Unterlassung eine besondere Herausforderung dar. Denn um den Wert der jeweils betroffenen Rechtsgüter zu beurteilen, bedarf es zumindest einer gewissen Lebenserfahrung, die Kinder und

Jugendliche erst allmählich im Verlauf ihrer Persönlichkeitsentwicklung erwerben. Eine weitere spezifische Schwierigkeit ergibt sich daraus, dass bei jugendlichen Patient*innen Entscheidungen für eine Behandlung oder für deren Nicht-Beginn – mit jeweils zu berücksichtigenden irreversiblen Konsequenzen – zu einem Zeitpunkt getroffen werden müssen, zu dem die Identitäts- und Persönlichkeitsentwicklung in vielen Aspekten noch jugendtypischen psychosozialen Entwicklungsprozessen unterliegt (Deutscher Ethikrat, 2020; Seiffge-Krenke, 2021).

Dennoch sind nach einem rechtswissenschaftlichen Gutachten von Gutmann (2023) generalisierende Einwände gegen die Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger bei komplexen medizinischen Eingriffen nicht mit der Gesetzeslage begründbar. „Wenn es um somatomedizinische Maßnahmen zur Behandlung einer Geschlechtsdysphorie geht, muss die Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit einer minderjährigen Person insbesondere auch unter Berücksichtigung ihres Entwicklungsstandes bezüglich der Wahrnehmung und Reflektion ihrer eigenen geschlechtlichen Identität (ihrer „Geschlechtsidentitätsreife“) erfolgen. Kognitiv reife Minderjährige mit persistierender Geschlechtsinkongruenz oder -dysphorie können regelmäßig auch die nötige Urteilskraft haben, um hinsichtlich somatomedizinischer Behandlungsmaßnahmen als einwilligungsfähig zu gelten.“ (Gutmann, 2023, S. 5).

Gleichwohl sind die Anforderungen an die *Gründlichkeit der Feststellung* der Einwilligungsfähigkeit (sowie an die Qualität der Aufklärung und den Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung) erhöht, wenn es sich um partiell oder gar vollständig irreversible somatomedizinische Maßnahmen handelt (Gutmann, 2023). Für das geforderte Vorgehen gelten im deutschen Recht demnach anspruchsvolle Standards. Zwingende Voraussetzung für die Erfüllung der ärztlich-psychotherapeutischen Sorgfaltspflicht bei der Durchführung somatomedizinischer Maßnahmen zur Behandlung einer diagnostizierten Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie sind u.a. „präzise und umfassende Gespräche, Nachfragen, Einschätzungen, diagnostische Schritte und Begutachtungen, um über das Vorliegen der Indikationsvoraussetzungen, über das richtige und professionelle Vorgehen bei der Behandlung sowie über die Einwilligungsfähigkeit des Patienten bzw. der Patientin entscheiden und ihn bzw. sie adäquat informieren und aufklären zu können. Diese Anamnese-, Diagnose- und Beurteilungsverfahren dienen der Integrität des Entscheidungsprozesses und damit primär der Wahrung der Interessen und Rechte der Patientinnen und Patienten selbst“ (Gutmann, 2023, S. 5).

3.1.2. Schwelle der Einwilligungsfähigkeit

Einwilligungsfähigkeit ist ein Schwellenbegriff, sie liegt entweder vor oder nicht vor. Sie wird erst im Lauf der individuellen Persönlichkeitsentwicklung erworben und ist jeweils abhängig von der Komplexität der anstehenden Entscheidung (Lippert, 2016). Altersgrenzen

werden zwar in der Literatur gelegentlich als Schwellenwerte genannt. So heißt es etwa, dass Einwilligungsfähigkeit ab dem vollendeten 13. Lebensjahr in Einzelfällen, ab dem vollendeten 15. Lebensjahr in der Regel gegeben sein kann. Doch sind diese nur als Orientierungswerte zu verstehen (Alderson, 2007, 2008; Duttge, 2013; Rixen, 2020). Einwilligungsfähigkeit ist auch nicht gleichzusetzen mit Geschäftsfähigkeit, für die starre Altersgrenzen gelten (Genske, 2020). Zudem ist die Schwelle nach herrschender Meinung nicht allein anhand objektiver, den Eingriff charakterisierender Faktoren zu bestimmen. Das heißt: Für schwere, dringliche oder komplikationsbehaftete Eingriffe gelten nicht zwangsläufig eigene Altersgrenzen, aber sie können die Anforderungen an die Einwilligungsfähigkeit erhöhen (Lippert, 2016).

Die Einwilligungsfähigkeit muss in jedem Fall individuell sowie situations-, fall- und eingriffsbezogen geprüft werden (Laufs et al., 2015). Maßgeblich sind die individuelle Reife der Person, bei Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie insbesondere die nach diagnostischer Einschätzung anzunehmende Stabilität/Persistenz der Geschlechtsidentität, und das individuelle, fall- und eingriffsbezogene, konkrete Einsichts-, Urteils- und Steuerungsvermögen.

3.1.3. Prüfung der Einwilligungsfähigkeit

Die rechtliche Pflicht, das Vorliegen der Einwilligungsfähigkeit zu prüfen, liegt bei den Behandelnden und ist damit eine ärztlich-psychotherapeutische Aufgabe (Gutmann, 2023). Die Voraussetzungen dafür, dass die Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger rechtssicher festgestellt werden kann, gelten u.a. insbesondere in Behandlungssettings, in denen eine länger andauernde, kontinuierlich begleitende Ärzt*in-Patient*in-Beziehung ent- und besteht (wie in internationalen Leitlinien empfohlen, (Coleman et al., 2022)) und die auf eine zeitlich entzerrte und schrittweise Entscheidungsfindung hin angelegt sind (Siedenbiedel, 2016). Die Prüfung der Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger bei komplexen medizinischen Interventionen hat durch die behandelnde Person zu erfolgen, ggf. unterstützt durch Fachpersonen mit spezifischen Kenntnissen der Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters. Dies ist für den Anwendungsbereich dieser Leitlinie in den Empfehlungen des Kapitels VII → „*Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen*“ durch das dort beschriebene zweigleisige Vorgehen gesichert, wonach eine solche Indikationsstellung interdisziplinär unter Beteiligung einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachperson und einer Fachperson aus der somatischen Medizin zu erfolgen hat.

Die Prüfung der Einwilligungsfähigkeit hat zudem in persönlichen, bei komplexen bzw. folgenreichen Eingriffen in wiederholten Gesprächen zu erfolgen, unterstützt durch schriftliches Informations- und Aufklärungsmaterial. Die aufklärende Person hat sich dabei davon zu überzeugen, dass die Informationen verstanden wurden (Laufs et al., 2015). Die Prüfung der Einwilligungsfähigkeit muss schriftlich dokumentiert werden.

Zu prüfende Aspekte bei der Feststellung von Einwilligungsfähigkeit:

Neben einer Beurteilung des geistig-kognitiven Entwicklungsstandes sowie der anzunehmenden Stabilität/Persistenz einer diagnostizierten Geschlechtsinkongruenz ist nach Gutmann (2023) nach einer erfolgten Aufklärung in gesonderten Gesprächen zu prüfen, ob der junge Patient bzw. die junge Patientin die erhaltenen Informationen über die medizinischen Optionen auf die eigene Lebensperspektive übertragen kann, also hinreichend plausibel erläutern kann,

- „welche (positiven und negativen) Aspekte seiner/ihrer a) gegenwärtigen und b) künftigen Situation und c) der im Aufklärungsgespräch besprochenen Handlungsmöglichkeiten für ihn/sie (im Licht der eigenen Lebensperspektive) besonders bedeutsam sind;
- was die besprochene Behandlungsmaßnahme für ihn/sie bedeutet und wie sie sein/ihr Leben, seinen/ihren Alltag und sein/ihr Verhältnis zu Familie, Freunden und anderen Menschen beeinflussen wird;
- was seine/ihre Ziele sind und was ihm/ihr am wichtigsten ist;
- was er/sie hierfür bereit ist aufzugeben;
- was seine/ihre größten Befürchtungen für die persönliche Zukunft sind;
- was als die größte Gefahr verstanden wird, wenn die Maßnahme durchgeführt oder nicht durchgeführt wird;
- warum er/sie deshalb das „Für und Wider“ der Maßnahme so und nicht anders abwägt und seine/ihre Entscheidung so getroffen hat;
- wie er/sie insbesondere die langfristige Bedeutung irreversibler geschlechtsangleichender Maßnahmen für das eigene Leben bewertet, gerade im Hinblick darauf, welche Auswirkungen eine Geschlechtsangleichung auf das künftige Sexualleben hat sowie darauf, dass ggf. ein infertilitätsbedingter Verzicht auf spätere biologische Elternschaft in der Zukunft möglicherweise als Verlust wahrgenommen wird;
- sowie wie er/sie die Möglichkeit einschätzt, dass sich das Erleben seiner/ihrer geschlechtlichen Identität, seine/ihre Einstellungen zu ihre bzw. seine genderbezogenen Bedürfnisse in Zukunft verändern könnten.“ (Gutmann, 2023, S. 43)

Zur Feststellung der Stabilität der genannten Reflexionen sollten diese zeitlich entzerrt und im Rahmen von mindestens zwei Gesprächen vertieft werden (Gutmann, 2023.). Zudem sollte im Hinblick auf Stabilität der Behandlungsentscheidung geprüft werden, ob die junge Person in der Lage ist, „sich

- zu einer klaren Entscheidung durchzuringen, diese
- als ihre eigene, d.h. auch selbst zu verantwortende Entscheidung zu begreifen,
- sie klar zu kommunizieren und sie
- auch im Licht kritischer Rückfragen von Seiten der Behandelnden oder der Sorgeberechtigten durchzuhalten“ (Gutmann, 2023, S. 44).

In der internationalen Leitlinie *Standards of Care (Version 8)* der WPATH² wird betont, wie wichtig es für die Feststellung der Fähigkeit zur informierten Zustimmung Jugendlicher ist, dass ich junge Patient*innen über den Umgang mit irreversiblen Folgeerscheinungen einer Behandlung im Falle einer späteren Detransition eigene Gedanken machen. Zur Orientierung für Behandelnde werden folgende Fragen empfohlen:

- „Kann der junge Mensch vorausschauend in die Zukunft denken und die Auswirkungen einer teilweise oder vollständig irreversiblen Maßnahme bedenken?
- Verfügt der junge Mensch über eine ausreichende Fähigkeit zur Selbstreflexion, um die Möglichkeit in Betracht zu ziehen, dass sich geschlechtsspezifische Bedürfnisse und Prioritäten im Laufe der Zeit entwickeln können und dass sich geschlechtsspezifische Prioritäten zu einem bestimmten Zeitpunkt auch ändern könnten? –
- Hat die jugendliche Person darüber nachgedacht, was sie ggf. tun könnte, wenn sich ihre Prioritäten in Bezug auf das Geschlecht in der Zukunft ändern würden?“ (Coleman et al., 2022, S. 66)³.

3.2. Selbstbestimmung bei nicht einwilligungsfähigen Minderjährigen

3.2.1. Partizipation

Minderjährige, die nicht einwilligungsfähig sind, haben ein Recht auf Partizipation. Das heißt: Ihre Meinung muss in allen sie betreffenden Angelegenheiten gehört und entsprechend ihrem Alter und ihrer Reife berücksichtigt werden. Das Recht auf Partizipation setzt angemessene, altersgemäß verständliche Information voraus (Mengel et al., 2019; Vereinte Nationen, 1989). Demnach sind einem noch nicht einwilligungsfähigen Kind (entspr. § 630e Abs. 5 Satz 1 BGB) sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände entsprechend seines Verständnisses zu erläutern, insoweit es aufgrund seines Entwicklungsstandes und seiner kognitiven Verständnismöglichkeiten in der Lage ist, die Erläuterungen zu verstehen (Gutmann, 2023).

² WPATH – World Professional Association for Transgender Health

³ eigene Fachübersetzung für dieses Kapitel

Partizipation ist auch geboten, weil sie zum einen der minderjährigen Person hilft, ihr Einsichts-, Urteils- und Steuerungsvermögen schrittweise auszubilden (Wapler, 2015). Zum anderen ermöglicht sie es dem medizinisch-psychotherapeutischen Personal, sich über die Zeit der Behandlung hinweg von den Fähigkeiten und der Persönlichkeitsentwicklung der zu behandelnden Person zu überzeugen und damit die sich entwickelnde Einwilligungsfähigkeit mit größerer Sicherheit zu erfassen (Wiesemann, 2020b). Hieraus leitet sich ein wichtiger ethischer Grundsatz für Behandelnde ab: In Fällen, in denen bei einer minderjährigen Patient*in mit Behandlungswunsch (noch) keine Einwilligungsfähigkeit gegeben ist, ist die junge Person im Prozess der weiteren professionellen Begleitung darin zu unterstützen, diese Einwilligungsfähigkeit zu erlangen (Deutscher Ethikrat, 2020).

Diese Partizipation ist somit auch im Hinblick auf das Persönlichkeitsrecht der minderjährigen Person geboten, weil sie ihr hilft, ihr Einsichts-, Urteils- und Steuerungsvermögen auszubilden und damit ihre eigene Einwilligungsfähigkeit allmählich herzustellen.

3.2.2. Stellvertretende Einwilligung und Kindeswohl

Die Einwilligung in medizinisch-psychotherapeutische Maßnahmen bei nicht einwilligungsfähigen Minderjährigen erfolgt stellvertretend durch die umfassend aufgeklärten sorgeberechtigten Personen, in der Regel die Eltern. Ihre Entscheidung hat sich am Wohl des Kindes zu orientieren (Dettenborn, 2017; Dörries, 2003). Maßgeblich für das Kindeswohl ist sowohl das aktuelle wie auch das zukünftige Wohlergehen. Objektive Werte wie Gesundheit oder körperliche Integrität sowie subjektive Werte wie Lebensqualität oder Leid müssen gleichermaßen beachtet und ggf. gegeneinander abgewogen werden (Oommen-Halbach & Fangerau, 2019).

Dabei müssen stets auch der Wille und die subjektive Einschätzung des Kindes berücksichtigt werden (Wiesemann, 2020a). Entscheidungen über elektive Maßnahmen mit irreversiblen Folgen für eine spätere selbstbestimmte Lebensgestaltung in der eigenen Geschlechtsidentität sind auf ein späteres Alter des Kindes zu verschieben, in dem dieses eine eigene Einwilligungsfähigkeit erlangt hat. Dies betrifft in der Regel die Entscheidung für eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung aufgrund der hiermit beabsichtigten irreversiblen Umlenkung der Ausbildung sekundärer körperlicher Geschlechtsmerkmale. Hingegen kann bei einer vorübergehenden Pubertätsblockade aufgrund deren Reversibilität im Falle ihres Absetzens, wenn im Anschluss keine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung folgen würde, die stellvertretende Einwilligung durch Sorgeberechtigte erfolgen, wenn begründet werden kann, dass dies dem Wohl und Willen des Kindes entspricht.

3.2.3. Co-Konsens von minderjährigem/r Patient*in und Sorgeberechtigten

Je gravierender die anstehende Entscheidung ist und je schwerer die Bestimmung der Einwilligungsfähigkeit der betroffenen Person fällt, desto eher ist ein Co-Konsens der minderjährigen Person und der Sorgeberechtigten sinnvoll. Ein Co-Konsens ist in der Regel auch deshalb grundsätzlich anzustreben, weil die fürsorgliche Unterstützung der Bezugspersonen für die betroffene minderjährige Person eine wesentliche Hilfe bei der Bewältigung der anstehenden Lebensfragen darstellt (Schickhardt, 2016).

Im Konfliktfall sollten zunächst die Möglichkeiten einer einvernehmlichen gemeinsamen Entscheidung ausgelotet werden, da die psychosozialen Langzeit-Implicationen eines anhaltenden Konflikts zwischen Eltern und Kind um die Frage der Unterstützung eines selbstbestimmten Lebensweges des Kindes als trans Person für beide Seiten erheblich sind und deshalb nicht allein auf sorgerechtlichem Weg lösbar erscheinen (siehe hierzu Ausführungen und Empfehlungen in Kapitel VI → „*Einbeziehung des familiären Beziehungsumfelds und Familiendynamik*“ und Kapitel VII „*Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen*“). Stellt sich jedoch ein Konflikt trotz aller professioneller Bemühungen anhaltend als unauflösbar heraus, ist das Kindeswohl als vorrangiges Rechtsgut anzusehen (Siedenbiedel, 2016). Es obliegt dem Jugendamt, dies bei Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung zu prüfen und ggf. geeignete Schritte der Klärung im Interesse des Kindeswohls einzuleiten.

Vorläufige Leitlinie zur Transsexualität

Literaturverzeichnis

- Abbruzzese, E., Levine, S. B., & Mason, J. W. (2023). The Myth of “Reliable Research” in Pediatric Gender Medicine: A critical evaluation of the Dutch Studies—and research that has followed. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 49(6), 673–699. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2150346>
- Achenbach, T. M., & Ruffle, T. M. (2000). The Child Behavior Checklist and Related Forms for Assessing Behavioral/Emotional Problems and Competencies. *Pediatrics In Review*, 21(8), 265–271. <https://doi.org/10.1542/pir.21.8.265>
- Achille, C., Taggart, T., Eaton, N. R., Osipoff, J., Tafuri, K., Lane, A., & Wilson, T. A. (2020). Longitudinal impact of gender-affirming endocrine intervention on the mental health and well-being of transgender youths: Preliminary results. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2020(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s13633-020-00078-2>
- Adams, N., Pearce, R., Veale, J., Radix, A., Castro, D., Sarkar, A., & Thom, K. C. (2017). Guidance and Ethical Considerations for Undertaking Transgender Health Research and Institutional Review Boards Adjudicating this Research. *Transgender Health*, 2(1), 165–175. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0012>
- Adelson, S. L. (2012). Practice Parameter on Gay, Lesbian, or Bisexual Sexual Orientation, Gender Nonconformity, and Gender Discordance in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(9), 957–974. <https://doi.org/10/ggjk78>
- Agana, M. G., Greydanus, D. E., Indyk, J. A., Calles, J. L., Jr, Kushner, J., Leibowitz, S., Chelvakumar, G., & Cabral, M. D. (2019). Caring for the transgender adolescent and young adult: Current concepts of an evolving process in the 21st century. *Disease-a-month: DM*, 65(9), 303–356. [cmedm. https://doi.org/10/ggsjw2](https://doi.org/10/ggsjw2)
- Åhs, J. W., Dhejne, C., Magnusson, C., Dal, H., Lundin, A., Arver, S., Dalman, C., & Kosidou, K. (2018). Proportion of adults in the general population of Stockholm County who want gender-affirming medical treatment. *PLOS ONE*, 13(10), e0204606. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204606>
- Aitken, M., Steensma, T. D., Blanchard, R., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., Spegg, C., Wasserman, L., Ames, M., Fitzsimmons, C. L., Leef, J. H., Lishak, V., Reim, E., Takagi, A., Vinik, J., Wreford, J., Cohen-Kettenis, P. T., De Vries, A. L. C., Kreukels, B. P. C., & Zucker, K. J. (2015). Evidence for an Altered Sex Ratio in Clinic-Referred Adolescents with Gender Dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(3), 756–763. <https://doi.org/10.1111/jsm.12817>

- Aitken, M., VanderLaan, D. P., Wasserman, L., Stojanovski, S., & Zucker, K. J. (2016). Self-Harm and Suicidality in Children Referred for Gender Dysphoria. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, 55(6), 513–520. cmedm. <https://doi.org/10/f8qvvd9>
- Alderson, P. (2007). Competent children? Minors' consent to health care treatment and research. [Review] [65 refs]. *Social Science & Medicine*, 65(11), 2272–2283. <https://doi.org/10/dknqwx>
- Alderson, P. (2008). *Young children's rights: Exploring beliefs, principles and practice* (2nd ed). Jessica Kingsley Publishers.
- Allen, L. R., Watson, L. B., Egan, A. M., & Moser, C. N. (2019). Well-being and suicidality among transgender youth after gender-affirming hormones. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 302–311. <https://doi.org/10.1037/cpp0000288>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)* (4. Aufl., Bd. 1). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890423349>
- American Psychological Association. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist*, 70(9), 832–864. <https://doi.org/10.1037/a0039906>
- APA Council of Representatives, Clauss-Ehlers, C. S., Chririboga, D. A., Hunter, S. J., Roysicar-Sodowsky, G., & Tummala-Narra, P. (2017). *Task Force on Re-envisioning the Multicultural Guidelines for the 21st Century*. <http://www.apa.org/about/policy/multicultural-guidelines.pdf>
- Aramburu Alegría, C. (2018). Supporting families of transgender children/youth: Parents speak on their experiences, identity, and views. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 132–143. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1450798>
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. (2018). *S3-Leitlinie: Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: Diagnostik, Beratung, Behandlung*. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/138-001>
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. (2021). *S1-Leitlinie Pubertas tarda und Hypogonadismus*. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/174-022>
- Arcelus, J., Bouman, W. P., Van Den Noortgate, W., Claes, L., Witcomb, G., & Fernandez-Aranda, F. (2015). Systematic Review and Meta-Analysis of Prevalence Studies in Transsexualism. *European Psychiatry*, 30(6), 807–815. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.005>
- Arcelus, J., Claes, L., Witcomb, G. L., Marshall, E., & Bouman, W. P. (2016). Risk Factors for Non-Suicidal Self-Injury Among Trans Youth. *The Journal Of Sexual Medicine*, 13(3), 402–412. cmedm. <https://doi.org/10/f854th>

- Arnoldussen, M., Hooijman, E. C., Kreukels, B. P., & De Vries, A. L. (2022). Association between pre-treatment IQ and educational achievement after gender-affirming treatment including puberty suppression in transgender adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 27(4), 1069–1076. <https://doi.org/10.1177/13591045221091652>
- Aronson, J. K. (2020). Defining Aspects of Mechanisms: Evidence-Based Mechanism (Evidence for a Mechanism), Mechanism-Based Evidence (Evidence from a Mechanism), and Mechanistic Reasoning. In A. LaCaze & B. Osimani (Hrsg.), *Uncertainty in Pharmacology* (Bd. 338, S. 3–38). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-29179-2_1
- Ashley, F. (2019a). Shifts in Assigned Sex Ratios at Gender Identity Clinics Likely Reflect Changes in Referral Patterns. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(6), 948–949. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.03.407>
- Ashley, F. (2019b). Thinking an ethics of gender exploration: Against delaying transition for transgender and gender creative youth. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(2), 223–236. <https://doi.org/10/ggpcjs>
- Auer, M. K., Fuss, J., Nieder, T. O., Briken, P., Biedermann, S. V., Stalla, G. K., Beckmann, M. W., & Hildebrandt, T. (2018). Desire to Have Children Among Transgender People in Germany: A Cross-Sectional Multi-Center Study. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(5), 757–767. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.083>
- Austin, A., Craig, S. L., & D'Souza, S. A. (2018). An AFFIRMative cognitive behavioral intervention for transgender youth: Preliminary effectiveness. *Professional Psychology: Research and Practice*, 49(1), 1–8. <https://doi.org/10/gcz5mr>
- AWMF. (noch nicht veröffentlicht). *Sk2-Leitlinie Geschlechtsangleichende chirurgische Maßnahmen bei Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie*.
- AWMF, L. online. (2018). *Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: Diagnostik, Beratung, Behandlung. Registriernummer 138-001*. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/138-001>
- Bakwin, H. (1968). DEVIANT GENDER-ROLE BEHAVIOR IN CHILDREN: RELATION TO HOMOSEXUALITY. *Pediatrics*, 41(3), 620–629. <https://doi.org/10.1542/peds.41.3.620>
- Barbir, L. A., Vandevender, A. W., & Cohn, T. J. (2017). Friendship, attitudes, and behavioral intentions of cisgender heterosexuals toward transgender individuals. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 21(2), 154–170. [psych. https://doi.org/10/ggjmpv](https://doi.org/10/ggjmpv)
- Bauer, G. R., Scheim, A. I., Deutsch, M. B., & Massarella, C. (2014). Reported Emergency Department Avoidance, Use, and Experiences of Transgender Persons in Ontario, Canada: Results From a Respondent-Driven Sampling Survey. *Annals of Emergency Medicine*, 63(6), 713-720.e1. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2013.09.027>

- Beagan, B. L., Fredericks, E., & Goldberg, L. (2012). Nurses' work with LGBTQ patients: „they're just like everybody else, so what's the difference“? *Journal of Nursing Research*, *44*(3), 44–63.
- Becerra-Culqui, T. A., Liu, Y., Nash, R., Cromwell, L., Flanders, W. D., Getahun, D., Giammattei, S. V., Hunkeler, E. M., Lash, T. L., Millman, A., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Sandberg, D. E., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). Mental health of transgender and gender nonconforming youth compared with their peers. *Pediatrics*, *141*(5). <https://doi.org/10/gdjg97>
- Bechard, M., VanderLaan, D. P., Wood, H., Wasserman, L., & Zucker, K. J. (2017). Psychosocial and Psychological Vulnerability in Adolescents with Gender Dysphoria: A „Proof of Principle“ Study. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, *43*(7), 678–688. cmedm. <https://doi.org/10/ggjmxj>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (2011). *Beck Depression Inventory–II* [dataset]. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
- Becker, I., Auer, M., Barkmann, C., Fuss, J., Möller, B., Nieder, T. O., Fahrenkrug, S., Hildebrandt, T., & Richter-Appelt, H. (2018). A cross-sectional multicenter study of multidimensional body image in adolescents and adults with gender dysphoria before and after transition-related medical interventions. *Archives of Sexual Behavior*, *47*(8), 2335–2347. APA PsycInfo. <https://doi.org/10/gfprz6>
- Becker, I., Gjergji-Lama, V., Romer, G., & Möller, B. (2014). Merkmale von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie in der Hamburger Spezialsprechstunde = Characteristics of children and adolescents with gender dysphoria referred to the Hamburg Gender Identity Clinic. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, *63*(6), 486–509. psych. <https://doi.org/10/ggjmsz>
- Becker-Hebly, I., Fahrenkrug, S., Campion, F., Richter-Appelt, H., Schulte-Markwort, M., & Barkmann, C. (2021). Psychosocial health in adolescents and young adults with gender dysphoria before and after gender-affirming medical interventions: A descriptive study from the Hamburg Gender Identity Service. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *30*(11), 1755–1767. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01640-2>
- Beigang, S., Fetz, K., Kalkum, D., & Otto, M. (2017). *Diskriminierungs- erfahrungen in Deutschland. Ergebnisse einer Repräsentativ- und einer Betroffenenbefragung. Hg. V. Antidiskriminierungsstelle des Bundes.*
- Bentz, E.-K., Hefler, L. A., Kaufmann, U., Huber, J. C., Kolbus, A., & Tempfer, C. B. (2008). A polymorphism of the CYP17 gene related to sex steroid metabolism is associated with female-to-male but not male-to-female transsexualism. *Fertility and Sterility*, *90*(1), 56–59. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.05.056>

- Blanchard, R., Zucker, K. J., Bradley, S. J., & Hume, C. S. (1995). Birth order and sibling sex ratio in homosexual male adolescents and probably prehomosexual feminine boys. *Developmental Psychology*, 31(1), 22–30. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.31.1.22>
- Bloom, T. M., Nguyen, T. P., Lami, F., Pace, C. C., Poulakis, Z., Telfer, M., Taylor, A., Pang, K. C., & Tollit, M. A. (2021). Measurement tools for gender identity, gender expression, and gender dysphoria in transgender and gender-diverse children and adolescents: A systematic review. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 5(8), 582–588. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(21\)00098-5](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(21)00098-5)
- Blos, P. (2001). *Adoleszenz: Eine psychoanalytische Interpretation* (G. Kallner, Übers.; 7. Auflage). Klett-Cotta.
- Blosnich, J. R., Brown, G. R., Shipherd, PhD, J. C., Kauth, M., Piegari, R. I., & Bossarte, R. M. (2013). Prevalence of Gender Identity Disorder and Suicide Risk Among Transgender Veterans Utilizing Veterans Health Administration Care. *American Journal of Public Health*, 103(10), e27–e32. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301507>
- Bockting, W. O. (2016). Vulnerability and resilience among gender-nonconforming children and adolescents: Mental health professionals have a key role to play. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(6), 441–443. <https://doi.org/10.1093/aacap/55.6.441>
- Boguszewski, K. E., Woods, S., Ducar, D. M., & Taylor, J. F. (2022). Transgender and Gender Diverse Fertility Choices: Supporting the Decision-Making Process for Adolescents and Young Adults. *The Journal of Pediatrics*, 240, 256–264.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2021.10.013>
- Boogers, L. S., Wiepjes, C. M., Klink, D. T., Hellinga, I., van Trotsenburg, A. S. P., den Heijer, M., & Hannema, S. E. (2022). Transgender Girls Grow Tall: Adult Height Is Unaffected by GnRH Analogue and Estradiol Treatment. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 107(9), e3805–e3815. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgac349>
- Bouman, M.-B., Buncamper, M. E., van der Sluis, W. B., & Meijerink, W. J. H. J. (2016). Total laparoscopic sigmoid vaginoplasty. *Fertility and Sterility*, 106(7), e22–e23. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.08.049>
- Bouman, W. P., Claes, L., Brewin, N., Crawford, J. R., Millet, N., Fernandez-Aranda, F., & Arcelus, J. (2017). Transgender and anxiety: A comparative study between transgender people and the general population. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 16–26. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1258352>
- Bowman, S. J., Casey, L. J., McAloon, J., & Wootton, B. M. (2022). Assessing gender dysphoria: A systematic review of patient-reported outcome measures. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 9(4), 398–409. <https://doi.org/10.1037/sgd0000486>

- Boyd, I., Hackett, T., & Bewley, S. (2022). Care of Transgender Patients: A General Practice Quality Improvement Approach. *Healthcare*, 10(1), 121. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010121>
- Bradford, J., Reisner, S. L., Honnold, J. A., & Xavier, J. (2013). Experiences of transgender-related discrimination and implications for health: Results from the Virginia Transgender Health Initiative Study. *Journal of Public Health*, 103(10), 1820–1829. <https://doi.org/10/f5r68g>
- Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (1990). Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 35(6), 477–486. <https://doi.org/10.1177/070674379003500603>
- Brik, T., Vrouenraets, L. J. J. J., de Vries, M. C., & Hannema, S. E. (2020). Trajectories of Adolescents Treated with Gonadotropin-Releasing Hormone Analogues for Gender Dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 49(7), 2611–2618. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01660-8>
- Buncamper, M. E., van der Sluis, W. B., de Vries, M., Witte, B. I., Bouman, M.-B., & Mullender, M. G. (2017). Penile Inversion Vaginoplasty with or without Additional Full-Thickness Skin Graft: To Graft or Not to Graft? *Plastic and Reconstructive Surgery*, 139(3), 649e–656e. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000003108>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2016). *Situation von trans- und intersexuellen Menschen im Fokus—Sachstandsinformationen des BMFSFJ*. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/situation-von-trans-und-intersexuellen-menschen-im-fokus-sachstandsinformationen-des-bmfsfj-112094>
- Bustos, V. P., Bustos, S. S., Mascaro, A., Del Corral, G., Forte, A. J., Ciudad, P., Kim, E. A., Langstein, H. N., & Manrique, O. J. (2021). Regret after Gender-affirmation Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence. *Plastic and Reconstructive Surgery - Global Open*, 9(3), e3477. <https://doi.org/10.1097/GOX.00000000000003477>
- Butler, C., & Hutchinson, A. (2020). Debate: The pressing need for research and services for gender desisters/detransitioners. *Child and Adolescent Mental Health*, 25(1), 45–47. <https://doi.org/10.1111/camh.12361>
- Byne, W., Bradley, S. J., Coleman, E., Eyler, A. E., Green, R., Menvielle, E. J., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pleak, R. R., Tompkins, D. A., & Disorder, A. P. A. T. F. on T. of G. I. (2012). Report of the American Psychiatric Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 41(4), 759–796. <https://doi.org/10/f35b42>
- Cass, H. (Hrsg.). (2022). *Independent review of gender identity services for children and young people: Interim report*. The Cass Review. <https://cass.independent-review.uk/publications/interim-report/>

- Cass, H. (2022). *Independent review of gender identity services for children and young people: Interim report*. <https://cass.independent-review.uk/publications/interim-report/>
- Catalpa, J. M., & McGuire, J. K. (2018). Family Boundary Ambiguity Among Transgender Youth. *Family Relations*, 67(1), 88–103. <https://doi.org/10.1111/fare.12304>
- Chan, K. J., Jolly, D., Liang, J. J., Weinand, J. D., & Safer, J. D. (2018). Estrogen Levels Do Not Rise With Testosterone Treatment For Transgender Men. *Endocrine Practice*, 24(4), 329–333. <https://doi.org/10.4158/EP-2017-0203>
- Chen, D., Berona, J., Chan, Y.-M., Ehrensaft, D., Garofalo, R., Hidalgo, M. A., Rosenthal, S. M., Tishelman, A. C., & Olson-Kennedy, J. (2023). Psychosocial Functioning in Transgender Youth after 2 Years of Hormones. *New England Journal of Medicine*, 388(3), 240–250. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2206297>
- Chen, D., Hidalgo, M. A., & Garofalo, R. (2017). Parental perceptions of emotional and behavioral difficulties among prepubertal gender-nonconforming children. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 5(4), 342–352. <https://doi.org/10.1007/s11845-017-0188-8>
- Chen, M., Fuqua, J., & Eugster, E. A. (2016). Characteristics of Referrals for Gender Dysphoria Over a 13-Year Period. *The Journal Of Adolescent Health: Official Publication Of The Society For Adolescent Medicine*, 58(3), 369–371. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.02.008>
- Chodzen, G., Hidalgo, M. A., Chen, D., & Garofalo, R. (2018). Minority stress factors associated with depression and anxiety among transgender and gender-nonconforming youth. *Journal of Adolescent Health*. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.03.008>
- Clark, T. C., Lucassen, M. F. G., Bullen, P., Denny, S. J., Fleming, T. M., Robinson, E. M., & Rossen, F. V. (2014a). The Health and Well-Being of Transgender High School Students: Results From the New Zealand Adolescent Health Survey (Youth'12). *Journal of Adolescent Health*, 55(1), 93–99. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.008>
- Clark, T. C., Lucassen, M. F. G., Bullen, P., Denny, S. J., Fleming, T. M., Robinson, E. M., & Rossen, F. V. (2014b). The health and well-being of transgender high school students: Results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). *The Journal Of Adolescent Health: Official Publication Of The Society For Adolescent Medicine*, 55(1), 93–99. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.008>
- Cohen-Kettenis, P. T. (1994). Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsidentitätsstörungen an der Universität Utrecht. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 7, 231–239.
- Cohen-Kettenis, P. T. (2001). *Gender identity disorder in DSM? [Psychological Disorders [3210]]*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*.

- Cohen-Kettenis, P. T., Delemarre-van de Waal, H. A., & Gooren, L. J. G. (2008). The treatment of adolescent transsexuals: Changing insights. *Journal of Sexual Medicine*, 5(8), 1892–1897. [psych. https://doi.org/10/bctgds](https://doi.org/10/bctgds)
- Cohen-Kettenis, P. T., Owen, A., Kaijser, V. G., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2003). Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 31(1), 41–53. [cmedm. https://doi.org/10/dj5r8m](https://doi.org/10/dj5r8m)
- Cohen-Kettenis, P. T., & van Goozen, S. H. (1997). Sex reassignment of adolescent transsexuals: A follow-up study. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, 36(2), 263–271. <https://doi.org/10/dzmdj6>
- Cohen-Kettenis, P. T., & van Goozen, S. H. M. (1998). Pubertal delay as an aid in diagnosis and treatment of a transsexual adolescent. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7(4), 246–254. <https://doi.org/10/fjrw49>
- Cohn, J. (2023). The Detransition Rate Is Unknown. *Archives of Sexual Behavior*, 52(5), 1937–1952. <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02623-5>
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., de Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., ... Arcelus, J. (2022a). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(Suppl 1), S1–S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., ... Arcelus, J. (2022b). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(sup1), S1–S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., ... Arcelus, J. (2022c). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(sup1), S1–S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>

- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., ... Arcelus, J. (2022d). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(sup1), S1–S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- Collier, K. L., van Beusekom, G., Bos, H. M. W., & Sandfort, T. G. M. (2013). Sexual orientation and gender identity/expression related peer victimization in adolescence: A systematic review of associated psychosocial and health outcomes. [Review]. *Journal of Sex Research*, 50(3–4), 299–317. <https://doi.org/10/gd8cc4>
- Collin, L., Reisner, S. L., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2016). Prevalence of Transgender Depends on the “Case” Definition: A Systematic Review. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(4), 613–626. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.02.001>
- Conron, K. J., Scott, G., Stowell, G. S., & Landers, S. J. (2012). Transgender Health in Massachusetts: Results From a Household Probability Sample of Adults. *American Journal of Public Health*, 102(1), 118–122. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300315>
- Costa, R., Dunsford, M., Skagerberg, E., Holt, V., Carmichael, P., & Colizzi, M. (2015). Psychological Support, Puberty Suppression, and Psychosocial Functioning in Adolescents with Gender Dysphoria. *The Journal Of Sexual Medicine*, 12(11), 2206–2214. [cmedm. https://doi.org/10/f746nv](https://doi.org/10/f746nv)
- Council of Europe, & Commissioner for Human Rights (Hrsg.). (2011). *Discrimination on grounds of sexual orientation and gender identity in Europe* (2. ed). Council of Europe Publ.
- Crissman, H. P., Berger, M. B., Graham, L. F., & Dalton, V. K. (2017). Transgender Demographics: A Household Probability Sample of US Adults, 2014. *American Journal of Public Health*, 107(2), 213–215. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303571>
- Cruz, T. M. (2014a). Assessing access to care for transgender and gender nonconforming people: A consideration of diversity in combating discrimination. *Social Science & Medicine*, 110, 65–73. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.032>
- Cruz, T. M. (2014b). Assessing access to care for transgender and gender nonconforming people: A consideration of diversity in combating discrimination. *Social Science & Medicine*, 110, 65–73. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.032>
- Davenport, C. W. (1986). A follow-up study of 10 feminine boys. *Archives of Sexual Behavior*, 15(6), 511–517.
- Davidson, S., Morrison, A., Skagerberg, E., Russell, I., & Hames, A. (2019). A therapeutic group for young people with diverse gender identifications. *Clinical Child Psychology And Psychiatry*, 24(2), 241–257. <https://doi.org/10.1177/135910451880016>

- de Blok, C. J. M., Klaver, M., Wiepjes, C. M., Nota, N. M., Heijboer, A. C., Fisher, A. D., Schreiner, T., T'Sjoen, G., & den Heijer, M. (2018). Breast Development in Transwomen After 1 Year of Cross-Sex Hormone Therapy: Results of a Prospective Multicenter Study. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *103*(2), 532–538. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01927>
- De Graaf, N. M., Carmichael, P., Steensma, T. D., & Zucker, K. J. (2018). Evidence for a Change in the Sex Ratio of Children Referred for Gender Dysphoria: Data From the Gender Identity Development Service in London (2000–2017). *The Journal of Sexual Medicine*, *15*(10), 1381–1383. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.08.002>
- de Graaf, N. M., Cohen-Kettenis, P. T., Carmichael, P., de Vries, A. L. C., Dhondt, K., Laridaen, J., Pauli, D., Ball, J., & Steensma, T. D. (2018). Psychological functioning in adolescents referred to specialist gender identity clinics across Europe: A clinical comparison study between four clinics. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *27*(7), 909–919. cmedm. <https://doi.org/10/gds3r8>
- De Graaf, N. M., Giovanardi, G., Zitz, C., & Carmichael, P. (2018). Sex Ratio in Children and Adolescents Referred to the Gender Identity Development Service in the UK (2009–2016). *Archives of Sexual Behavior*, *47*(5), 1301–1304. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1204-9>
- De Roo, C., Tilleman, K., T'Sjoen, G., & De Sutter, P. (2016). Fertility options in transgender people. *International Review of Psychiatry*, *28*(1), 112–119. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1084275>
- de Vries, A. L. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Delemarre-van de Waal, H. (2006). Clinical management of gender dysphoria in adolescents. *International Journal of Transgenderism*, *9*(3–4), 83–94. https://doi.org/10.1300/J485v09n03_04
- de Vries, A. L. C., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C. F., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*, *134*(4), 696–704. psych. <https://doi.org/10/gddthh>
- de Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, *40*(8), 930–936. cmedm. <https://doi.org/10/b9kh4k>
- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T., VanderLaan, D. P., & Zucker, K. J. (2016). Poor peer relations predict parent- and self-reported behavioral and emotional problems of adolescents with gender dysphoria: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *25*(6), 579–588. cmedm. <https://doi.org/10/gf73x7>

- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011a). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *The Journal Of Sexual Medicine*, 8(8), 2276–2283. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x>
- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011b). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *Journal of Sexual Medicine*. <https://doi.org/10/c3z3ff>
- Definition Was ist Diskriminierung?* (2022, November 1). Amnesty International. <https://www.amnesty.ch/de/themen/diskriminierung/zahlen-fakten-und-hintergruende/was-ist-diskriminierung>
- Dettenborn, H. (2017). *Kindeswohl und Kindeswille: Psychologische und rechtliche Aspekte* (5., aktualisierte Auflage). Ernst Reinhardt Verlag.
- Deutscher Ethikrat. (2020a). *Trans-Identität bei Kindern und Jugendlichen: Therapeutische Kontroversen – ethische Orientierungen: Ad-Hoc-Empfehlung*. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-trans-identitaet.pdf>
- Deutscher Ethikrat. (2020b). *Trans-Identität bei Kindern und Jugendlichen: Therapeutische Kontroversen–ethische Orientierungen. Ad-hoc-Empfehlung*. Berlin: Deutscher Ethikrat. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-trans-identitaet.pdf>
- Di Ceglie, D., Freedman, D., McPherson, S., & Richardson, P. (2002). Children and adolescents referred to a specialist gender identity development service: Clinical features and demographic characteristics. *International Journal of Transgenderism*, 6(1). psych. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2002-14060-001&lang=de&site=ehost-live>
- Di Ceglie, D., & Thümmel, E. C. (2006). An Experience of Group Work with Parents of Children and Adolescents with Gender Identity Disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(3), 387–396. <https://doi.org/10.1177/1359104506064983>
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). (2013). American psychiatric association.
- Diamond, L. M., & Butterworth, M. (2008). Questioning Gender and Sexual Identity: Dynamic Links Over Time. *Sex Roles*, 59(5–6), 365–376. <https://doi.org/10.1007/s11199-008-9425-3>
- Diamond, M. (2013). Transsexuality Among Twins: Identity Concordance, Transition, Rearing, and Orientation. *International Journal of Transgenderism*, 14(1), 24–38. <https://doi.org/10.1080/15532739.2013.750222>

- Dierckx, M., Motmans, J., Mortelmans, D., & T'sjoen, G. (2016). Families in transition: A literature review. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 36–43. psych. <https://doi.org/10/ggjmjx>
- Dietrich, H. (2021). *Geschlechtsdysphorie und Transidentität. Die therapeutische Begleitung von Trans*Jugendlichen*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Discrimination on grounds of sexual orientation and gender identity in Europe*. (2011). Council of Europe Publishing.
- Dörries, A. (2003). Der best-interest standard in der Pädiatrie—theoretische Konzeption und klinische Anwendung. In C. Wiesemann, A. Dörries, G. Wolfslast, & A. Simon (Hrsg.), *Das Kind Als Patient*. Campus.
- Dragon, C. N., Guerino, P., Ewald, E., & Laffan, A. M. (2017). Transgender Medicare Beneficiaries and Chronic Conditions: Exploring Fee-for-Service Claims Data. *LGBT Health*, 4(6), 404–411. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0208>
- Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, 44(1), 34–45. cmedm. <https://doi.org/10/bgfvn6>
- Durwood, L., McLaughlin, K. A., & Olson, K. R. (2017). Mental health and self-worth in socially transitioned transgender youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(2), 116–123. psych. <https://doi.org/10/f9p76p>
- Duttge, G. (2013). Patientenautonomie und Einwilligungsfähigkeit. In C. Wiesemann & A. Simon (Hrsg.), *Patientenautonomie* (S. 77–90). Brill | mentis. https://doi.org/10.30965/9783897859661_007
- Edenfield, A. C., Colton, J. S., & Holmes, S. (2019). Always Already Geopolitical: Trans Health Care and Global Tactical Technical Communication. *Journal of Technical Writing and Communication*, 49(4), 433–457. <https://doi.org/10.1177/0047281619871211>
- Ehrensaft, D. (2016). *The Gender Creative Child: Pathways for Nurturing and Supporting Children Who Live Outside Gender Boxes*. The Experiment.
- Ehrensaft, D. (2017). Gender nonconforming youth: Current perspectives. *Adolescent Health, Medicine And Therapeutics*, 8, 57–67. <https://doi.org/10/gf8p79>
- Eisenberg, M. E., Gower, A. L., McMorris, B. J., Rider, G. N., Shea, G., & Coleman, E. (2017a). Risk and Protective Factors in the Lives of Transgender/Gender Nonconforming Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 61(4), 521–526. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.04.014>
- Eisenberg, M. E., Gower, A. L., McMorris, B. J., Rider, G. N., Shea, G., & Coleman, E. (2017b). Risk and Protective Factors in the Lives of Transgender/Gender Nonconforming Adolescents. *The Journal Of Adolescent Health: Official Publication Of The Society For Adolescent Medicine*, 61(4), 521–526. cmedm. <https://doi.org/10/gcmk8z>

- Entwistle, K. (2021). Debate: Reality check – Detransitioners' testimonies require us to rethink gender dysphoria. *Child and Adolescent Mental Health*, 26(1), 15–16. <https://doi.org/10.1111/camh.12380>
- Ettner, R. (2020). Etiology of Gender Dysphoria. In L. S. Schechter (Hrsg.), *Gender Confirmation Surgery* (S. 21–28). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-29093-1_2
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2014). *Being trans in the European Union: Comparative analysis of EU LGBT survey data*. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2811/92683>
- Ewald, E. R., Guerino, P., Dragon, C., Laffan, A. M., Goldstein, Z., & Streed, C. (2019). Identifying Medicare Beneficiaries Accessing Transgender-Related Care in the Era of ICD-10. *LGBT Health*, 6(4), 166–173. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0175>
- Expósito-Campos, P. (2021). A Typology of Gender Detransition and Its Implications for Healthcare Providers. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1–11. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1869126>
- Fernández, R., Esteva, I., Gómez-Gil, E., Rumbo, T., Almaraz, M. C., Roda, E., Haro-Mora, J., Guillamón, A., & Pávaro, E. (2014). The (CA)n Polymorphism of ER β Gene is Associated with FtM Transsexualism. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(3), 720–728. <https://doi.org/10.1111/jsm.12398>
- Fernández, R., Esteva, I., Gómez-Gil, E., Rumbo, T., Almaraz, M. C., Roda, E., Haro-Mora, J.-J., Guillamón, A., & Pávaro, E. (2014). Association Study of ER β , AR, and CYP19A1 Genes and MtF Transsexualism. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(12), 2986–2994. <https://doi.org/10.1111/jsm.12673>
- Fernández, R., Guillamón, A., Cortés-Cortés, J., Gómez-Gil, E., Jácome, A., Esteva, I., Almaraz, M., Mora, M., Aranda, G., & Pávaro, E. (2018). Molecular basis of Gender Dysphoria: Androgen and estrogen receptor interaction. *Psychoneuroendocrinology*, 98, 161–167. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.07.032>
- Fisher, A. D., Ristori, J., Castellini, G., Sensi, C., Cassioli, E., Prunas, A., Mosconi, M., Vitelli, R., Dèttore, D., Ricca, V., & Maggi, M. (2017). Psychological characteristics of Italian gender dysphoric adolescents: A case-control study. *Journal Of Endocrinological Investigation*, 40(9), 953–965. <https://doi.org/10.1007/s12020-017-0953-9>
- Flint, C., Förster, K., Koser, S. A., Konrad, C., Zwitterlood, P., Berger, K., Hermesdorf, M., Kircher, T., Nenadic, I., Krug, A., Baune, B. T., Dohm, K., Redlich, R., Opel, N., Arolt, V., Hahn, T., Jiang, X., Dannlowski, U., & Grotegerd, D. (2020). Biological sex classification with structural MRI data shows increased misclassification in transgender women. *Neuropsychopharmacology*, 45(10), 1758–1765. <https://doi.org/10.1038/s41386-020-0666-3>

- Fuchs, W., Ghattas, D. C., Reinert, D., & Widman, C. (2012). *Studie zur Lebenssituation von Transsexuellen in NRW*.
https://www.lsvd.de/fileadmin/pics/Dokumente/TSG/Studie_NRW.pdf
- Garcia-Falgueras, A., & Swaab, D. F. (2008). A sex difference in the hypothalamic uncinate nucleus: Relationship to gender identity. *Brain*, *131*(12), 3132–3146.
<https://doi.org/10.1093/brain/awn276>
- Gartner, R. E., & Sterzing, P. R. (2018). Social ecological correlates of family-level interpersonal and environmental microaggressions toward sexual and gender minority adolescents. *Journal of Family Violence*, *33*(1), 1–16. psych. <https://doi.org/10/ggjmsk>
- Genske, A. (2020). *Gesundheit und Selbstbestimmung: Voraussetzungen und Folgen der Einwilligungs(un)fähigkeit von Patienten* (Bd. 23). Springer Berlin Heidelberg.
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-61140-1>
- Gesetz zum Schutz vor Konversionsbehandlungen.
- Gieles, N. C., van de Griff, T. C., Elaut, E., Heylens, G., Becker-Hebly, I., Nieder, T. O., Laan, E. T. M., & Kreukels, B. P. C. (2023). Pleasure please! Sexual pleasure and influencing factors in transgender persons: An ENIGI follow-up study. *International Journal of Transgender Health*, *24*(2), 212–224. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2028693>
- Giordano, S., Garland, F., & Holm, S. (2021). Gender dysphoria in adolescents: Can adolescents or parents give valid consent to puberty blockers? *Journal of Medical Ethics*, medethics-2020-106999. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106999>
- Gómez-Gil, E., Esteva, I., Almaraz, M. C., Pasaro, E., Segovia, S., & Guillamon, A. (2010). Familiarity of Gender Identity Disorder in Non-Twin Siblings. *Archives of Sexual Behavior*, *39*(2), 546–552. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9524-4>
- Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Kreukels, B., Motmans, J., & Coleman, E. (2019). Size and Distribution of Transgender and Gender Nonconforming Populations. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, *48*(2), 303–321.
<https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.01.001>
- Gooren, L. J., van Trotsenburg, M. A. A., Giltay, E. J., & van Diest, P. J. (2013). Breast cancer development in transsexual subjects receiving cross-sex hormone treatment. *Journal of Sexual Medicine*, *10*(12), 3129–3134. <https://doi.org/10/ggj285>
- Gower, A. L., Rider, G. N., Coleman, E., Brown, C., McMorris, B. J., & Eisenberg, M. E. (2018). Perceived gender presentation among transgender and gender diverse youth: Approaches to analysis and associations with bullying victimization and emotional distress. *LGBT Health*, *5*(5), 312–319. <https://doi.org/10/gdv73h>

- Gray, S. A. O., Sweeney, K. K., Randazzo, R., & Levitt, H. M. (2016). "Am I Doing the Right Thing?": Pathways to Parenting a Gender Variant Child. *Family Process*, 55(1), 123–138. <https://doi.org/10.1111/famp.12128>
- Green, R. (1979). Childhood cross-gender behavior and subsequent sexual preference. *Journal of Psychiatry*, 136(1), 106–108.
- Green, R. (1987). *The "sissy boy syndrome" and the development of homosexuality*. Yale University Press.
- Green, R. (2000). Family cooccurrence of „gender dysphoria“: Ten sibling or parent-child pairs. *Archives of Sexual Behavior*, 29(5), 499–507. <https://doi.org/10.1023/A:1001947920872>
- Gridley, S. J., Crouch, J. M., Evans, Y., Eng, W., Antoon, E., Lyapustina, M., Schimmel-Bristow, A., Woodward, J., Dundon, K., Schaff, R., McCarty, C., Ahrens, K., & Breland, D. J. (2016). Youth and caregiver perspectives on barriers to gender-affirming health care for transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 59(3), 254–261. [psych. https://doi.org/10/ggjk86](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.08.027)
- Grossman, A. H., & D’Augelli, A. R. (2007). Transgender youth and life-threatening behaviors. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 37(5), 527–537. [cmedm. https://doi.org/10/cf8mv6](https://doi.org/10.1016/j.suic.2007.05.006)
- Grossman, A. H., D’Augelli, A. R., Howell, T. J., & Hubbard, S. (2005). Parent’ Reactions to Transgender Youth’ Gender Nonconforming Expression and Identity. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 18(1), 3–16. https://doi.org/10.1300/J041v18n01_02
- Grossman, A. H., Park, J. Y., & Russell, S. T. (2016). Transgender youth and suicidal behaviors: Applying the interpersonal psychological theory of suicide. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 20(4), 329–349. [https://doi.org/10/gdcd9z](https://doi.org/10.1080/15327917.2016.1191993)
- Güldenring, A. (2015). A critical view of transgender health care in Germany: Psychopathologizing gender identity – Symptom of ‘disordered’ psychiatric/psychological diagnostics? *International Review of Psychiatry*, 27(5), 427–434. [https://doi.org/10/gf97xz](https://doi.org/10.1080/09638237.2015.1061993)
- Günther, M., Teren, K., & Wolf, G. (2021). *Psychotherapeutische Arbeit mit trans* Personen. Handbuch für die Gesundheitsversorgung*. (2. Auflage). Ernst Reinhardt Verlag.
- Günther, M., Teren, K., Wolf, G., & Langs, G. (2021). *Psychotherapeutische Arbeit mit trans* Personen: Handbuch für die Gesundheitsversorgung* (2., aktualisierte Auflage). Ernst Reinhardt Verlag.
- Guss, C. E., Williams, D. N., Reisner, S. L., Austin, S. B., & Katz-Wise, S. L. (2017). Disordered Weight Management Behaviors, Nonprescription Steroid Use, and Weight Perception in Transgender Youth. *Journal of Adolescent Health*, 60(1), 17–22. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.08.027>

- Gutmann, T. (2023). *Rechtswissenschaftliches Gutachten zu den Erfordernissen einer rechtswirksamen Einwilligung in eine pubertätsunterdrückende oder geschlechtsangleichende somatomedizinische Behandlung von Minderjährigen mit Geschlechtsdysphorie. (Unveröffentlicht)*. erstellt für Universitätsklinikum Münster.
- Hädicke, M., Föcker, M., Romer, G., & Wiesemann, C. (2023). Healthcare Professionals' Conflicts When Treating Transgender Youth: Is It Necessary to Prioritize Protection Over Respect? *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 32(2), 193–201. <https://doi.org/10.1017/S0963180122000251>
- Hädicke, M., & Wiesemann, C. (2021). Was kann das Konzept der Diskriminierung für die Medizinethik leisten? – Eine Analyse. *Ethik in der Medizin*, 33(3), 369–386. <https://doi.org/10.1007/s00481-021-00631-4>
- Hall, R., Mitchell, L., & Sachdeva, J. (2021). Access to care and frequency of detransition among a cohort discharged by a UK national adult gender identity clinic: Retrospective case-note review. *BJPsych Open*, 7(6), e184. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1022>
- Hare, L., Bernard, P., Sánchez, F. J., Baird, P. N., Vilain, E., Kennedy, T., & Harley, V. R. (2009). Androgen Receptor Repeat Length Polymorphism Associated with Male-to-Female Transsexualism. *Biological Psychiatry*, 65(1), 93–96. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.08.033>
- Harney, A., Huster, S., & Kohlenbach, F. (2023). Hormonbehandlungen bei geschlechtsinkongruenten oder geschlechtsdysphorischen Jugendlichen zu Lasten der GKV. *Medizinrecht*, 41(2), 127–139. <https://doi.org/10.1007/s00350-023-6418-8>
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V., & T'Sjoen, G. G. (2017a). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal Of Clinical Endocrinology And Metabolism*, 102(11), 3869–3903. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V., & T'Sjoen, G. G. (2017b). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. *The Journal Of Clinical Endocrinology And Metabolism*. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V., & T'Sjoen, G. G. (2017c). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102(11), 3869–3903. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>

- Henningsson, S., Westberg, L., Nilsson, S., Lundström, B., Ekselius, L., Bodlund, O., Lindström, E., Hellstrand, M., Rosmond, R., Eriksson, E., & Landén, M. (2005). Sex steroid-related genes and male-to-female transsexualism. *Psychoneuroendocrinology*, *30*(7), 657–664. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2005.02.006>
- Herman, J. (2016). *LGB within the T: Sexual Orientation in the National Transgender Discrimination Survey and Implications for Public Policy*. <https://escholarship.org/uc/item/4n7727j7>
- Herrmann, L., Bindt, C., Fahrenkrug, S., Schweitzer, J., Schulte-Markwort, M., Barkmann, C., & Becker-Hebly, I. (2021). Autism-Spektrum-Störungen in einer Spezialsprechstunde für Geschlechtsdysphorie: Wie häufig kommt eine Doppeldiagnose vor und was bedeutet die gemeinsame Prävalenz für eine Behandlung? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, *49*(4), 259–271. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000805>
- Herrmann, L., Bindt, C., Schweizer, K., Micheel, J., Nieder, T. O., Haaß, J., Schöttle, D., & Becker-Hebly, I. (2020). Autism-Spektrum-Störungen und Geschlechtsdysphorie bei Kindern und Jugendlichen: Systematisches Review zur gemeinsamen Prävalenz. *Psychiatrische Praxis*, *47*(6), 300–307. <https://doi.org/10.1055/a-1148-4873>
- Hewitt, J. K., Paul, C., Kasiannan, P., Grover, S. R., Newman, L. K., & Warne, G. L. (2012). Hormone treatment of gender identity disorder in a cohort of children and adolescents. *Journal of Australia*, *196*(9), 578–581. <https://doi.org/10/f32d58>
- Heylens, G., De Cuypere, G., Zucker, K. J., Schelfaut, C., Elaut, E., Vanden Bossche, H., De Baere, E., & T'Sjoen, G. (2012). Gender Identity Disorder in Twins: A Review of the Case Report Literature. *The Journal of Sexual Medicine*, *9*(3), 751–757. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02567.x>
- Holt, V., Skagerberg, E., & Dunsford, M. (2016). Young people with features of gender dysphoria: Demographics and associated difficulties. *Clinical Child Psychology And Psychiatry*, *21*(1), 108–118. [cmedm. https://doi.org/10/f75xck](https://doi.org/10/f75xck)
- Howick, J., Glasziou, P., & Aronson, J. K. (2009). The evolution of evidence hierarchies: What can Bradford Hill's 'guidelines for causation' contribute? *Journal of the Royal Society of Medicine*, *102*(5), 186–194. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2009.090020>
- Jarin, J., Pine-Twaddell, E., Trotman, G., Stevens, J., Conard, L. A., Tefera, E., & Gomez-Lobo, V. (2017). Cross-Sex Hormones and Metabolic Parameters in Adolescents With Gender Dysphoria. *Pediatrics*, *139*(5), e20163173. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-3173>

- Jasuja, G. K., De Groot, A., Quinn, E. K., Ameli, O., Hughto, J. M. W., Dunbar, M., Deutsch, M., Streed, C. G., Paasche-Orlow, M. K., Wolfe, H. L., & Rose, A. J. (2020). Beyond Gender Identity Disorder Diagnoses Codes: An Examination of Additional Methods to Identify Transgender Individuals in Administrative Databases. *Medical Care*, *58*(10), 903–911. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001362>
- Johns, M. M., Beltran, O., Armstrong, H. L., Jayne, P. E., & Barrios, L. C. (2018). Protective factors among transgender and gender variant youth: A systematic review by socioecological level. *The Journal of Primary Prevention*. psych. <https://doi.org/10/gdphq>
- Johns, M. M., Lowry, R., Andrzejewski, J., Barrios, L. C., Demissie, Z., McManus, T., Rasberry, C. N., Robin, L., & Underwood, J. M. (2019). Transgender Identity and Experiences of Violence Victimization, Substance Use, Suicide Risk, and Sexual Risk Behaviors Among High School Students—19 States and Large Urban School Districts, 2017. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, *68*(3), 67–71. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6803a3>
- Joseph, T., Ting, J., & Butler, G. (2019a). The effect of GnRH analogue treatment on bone mineral density in young adolescents with gender dysphoria: Findings from a large national cohort. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, *32*(10), 1077–1081. <https://doi.org/10.1515/jpem-2019-0046>
- Joseph, T., Ting, J., & Butler, G. (2019b). The effect of GnRH analogue treatment on bone mineral density in young adolescents with gender dysphoria: Findings from a large national cohort. *Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism: JPEM*, *32*(10), 1077–1081. <https://doi.org/10.1515/jpem-2019-0046>
- Kaltiala, R., Heino, E., Työläjäarvi, M., & Suomalainen, L. (2020a). Adolescent development and psychosocial functioning after starting cross-sex hormones for gender dysphoria. *Nordic Journal of Psychiatry*, *74*(3), 213–219. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1691260>
- Kaltiala, R., Heino, E., Työläjäarvi, M., & Suomalainen, L. (2020b). Adolescent development and psychosocial functioning after starting cross-sex hormones for gender dysphoria. *Nordic Journal of Psychiatry*, *74*(3), 213–219. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1691260>
- Kaltiala-Heino, R., Bergman, H., Työläjäarvi, M., & Frisen, L. (2018). Gender dysphoria in adolescence: Current perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics, Volume 9*, 31–41. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S135432>
- Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Työläjäarvi, M., & Lindberg, N. (2015). Two years of gender identity service for minors: Overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *9*. psych. <https://doi.org/10/f8bs95>

- Kattari, S. K., Bakko, M., Hecht, H. K., & Kinney, M. K. (2020). Intersecting Experiences of Healthcare Denials Among Transgender and Nonbinary Patients. *American Journal of Preventive Medicine*, *58*(4), 506–513. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.11.014>
- Katz-Wise, S. L., Budge, S. L., Fugate, E., Flanagan, K., Touloumtzis, C., Rood, B., Perez-Brumer, A., & Leibowitz, S. (2017). Transactional pathways of transgender identity development in transgender and gender-nonconforming youth and caregiver perspectives from the Trans Youth Family Study. *International Journal of Transgenderism*, *18*(3), 243–263. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1304312>
- Katz-Wise, S. L., Ehrensaft, D., Veters, R., Forcier, M., & Austin, S. B. (2018a). Family functioning and mental health of transgender and gender-nonconforming youth in the trans teen and family narratives project. *Journal of Sex Research*, *55*(4–5), 582–590. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1415291>
- Katz-Wise, S. L., Ehrensaft, D., Veters, R., Forcier, M., & Austin, S. B. (2018b). Family Functioning and Mental Health of Transgender and Gender-Nonconforming Youth in the Trans Teen and Family Narratives Project. *The Journal of Sex Research*, *55*(4–5), 582–590. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1415291>
- Katz-Wise, S. L., Reisner, S. L., Hughto, J. W., & Keo-Meier, C. L. (2016). Differences in sexual orientation diversity and sexual fluidity in attractions among gender minority adults in Massachusetts. *Journal of Sex Research*, *53*(1), 74–84. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1415291>
- Kauth, M. R., Shipherd, J. C., Lindsay, J., Blosnich, J. R., Brown, G. R., & Jones, K. T. (2014). Access to Care for Transgender Veterans in the Veterans Health Administration: 2006–2013. *American Journal of Public Health*, *104*(S4), S532–S534. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302086>
- Kcomt, L., Gorey, K. M., Barrett, B. J., & McCabe, S. E. (2020). Healthcare avoidance due to anticipated discrimination among transgender people: A call to create trans-affirmative environments. *SSM - Population Health*, *11*, 100608. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100608>
- Kelley, L., Chou, C. L., Dibble, S. L., & Robertson, P. A. (2008). A Critical Intervention in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health: Knowledge and Attitude Outcomes Among Second-Year Medical Students. *Teaching and Learning in Medicine*, *20*(3), 248–253. <https://doi.org/10.1080/10401330802199567>
- Khan, J., Schmidt, R. L., Spittal, M. J., Goldstein, Z., Smock, K. J., & Greene, D. N. (2019). Venous Thrombotic Risk in Transgender Women Undergoing Estrogen Therapy: A Systematic Review and Metaanalysis. *Clinical Chemistry*, *65*(1), 57–66. <https://doi.org/10.1373/clinchem.2018.288316>

- Khatchadourian, K., Amed, S., & Metzger, D. L. (2014a). Clinical Management of Youth with Gender Dysphoria in Vancouver. *The Journal of Pediatrics*, *164*(4), 906–911. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.10.068>
- Khatchadourian, K., Amed, S., & Metzger, D. L. (2014b). Clinical Management of Youth with Gender Dysphoria in Vancouver. *The Journal of Pediatrics*, *164*(4), 906–911. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.10.068>
- Khatchadourian, K., Amed, S., & Metzger, D. L. (2014c). Clinical management of youth with gender dysphoria in Vancouver. *The Journal Of Pediatrics*, *164*(4), 906–911. <https://doi.org/10/f2qm7n>
- Kimland, E., & Odland, V. (2012). Off-Label Drug Use in Pediatric Patients. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, *91*(5), 796–801. <https://doi.org/10.1038/clpt.2012.26>
- Kitts, R. L. (2010). Barriers to optimal care between physicians and lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning adolescent patients. *Journal of Homosexuality*, *57*(6), 730–747. <https://doi.org/10/dfh8dk>
- Klaver, M., de Mutsert, R., Wiepjes, C. M., Twisk, J. W. R., den Heijer, M., Rotteveel, J., & Klink, D. T. (2018). Early Hormonal Treatment Affects Body Composition and Body Shape in Young Transgender Adolescents. *The Journal of Sexual Medicine*, *15*(2), 251–260. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.12.009>
- Klink, D., Caris, M., Heijboer, A., van Trotsenburg, M., & Rotteveel, J. (2015a). Bone mass in young adulthood following gonadotropin-releasing hormone analog treatment and cross-sex hormone treatment in adolescents with gender dysphoria. *Journal of Clinical Endocrinology*, *100*(2). <https://doi.org/10.1210/jc.2014-2439>
- Klink, D., Caris, M., Heijboer, A., van Trotsenburg, M., & Rotteveel, J. (2015b). Bone mass in young adulthood following gonadotropin-releasing hormone analog treatment and cross-sex hormone treatment in adolescents with gender dysphoria. *The Journal Of Clinical Endocrinology And Metabolism*, *100*(2), E270–E275. <https://doi.org/10.1210/jc.2014-2439>
- Kolbuck, V. D., Muldoon, A. L., Rychlik, K., Hidalgo, M. A., & Chen, D. (2019a). Psychological functioning, parenting stress, and parental support among clinic-referred prepubertal gender-expansive children. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, *7*(3), 254–266. <https://doi.org/10/ggj3f9>
- Kolbuck, V. D., Muldoon, A. L., Rychlik, K., Hidalgo, M. A., & Chen, D. (2019b). Psychological functioning, parenting stress, and parental support among clinic-referred prepubertal gender-expansive children. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, *7*(3), 254–266. <https://doi.org/10.1037/cpp0000293>
- Korpaisarn, S., & Safer, J. D. (2019). Etiology of Gender Identity. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, *48*(2), 323–329. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.01.002>

- Korte, A., Beier, K. M., & Bosinski, H. A. G. (2016). Behandlung von Geschlechtsidentitätsstörungen (Geschlechtsdysphorie) im Kindes- und Jugendalter—Ausgangsoffene psychotherapeutische Begleitung oder frühzeitige Festlegung und Weichenstellung durch Einleitung einer hormonellen Therapie? *Sexuologie: Zeitschrift für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft*, 23(3–4), 117–132.
- Kosky, R. J. (1987). Gender-disordered children: Does inpatient treatment help? *Medical Journal of Australia*, 146(11), 565–569. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1987.tb120415.x>
- Kruijver, F. P., Zhou, J. N., Pool, C. W., Hofman, M. A., Gooren, L. J., & Swaab, D. F. (2000). Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. *Journal of Clinical Endocrinology*, 85(5), 2034–2041.
- Kuper, L. E., Adams, N., & Mustanski, B. S. (2018). Exploring cross-sectional predictors of suicide ideation, attempt, and risk in a large online sample of transgender and gender nonconforming youth and young adults. *LGBT Health*, 5(7), 391–400. <https://doi.org/10/gfg294>
- Kuper, L. E., Lindley, L., & Lopez, X. (2019). Exploring the gender development histories of children and adolescents presenting for gender affirming medical care. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 217–228. APA PsycInfo. <https://doi.org/10/ggj3f8>
- Kuper, L. E., Stewart, S., Preston, S., Lau, M., & Lopez, X. (2020a). Body dissatisfaction and mental health outcomes of youth on gender-affirming hormone therapy. *Pediatrics*, 145(4). <https://doi.org/10/ggs6x3>
- Kuper, L. E., Stewart, S., Preston, S., Lau, M., & Lopez, X. (2020b). Body Dissatisfaction and Mental Health Outcomes of Youth on Gender-Affirming Hormone Therapy. *Pediatrics*, 145(4), e20193006. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3006>
- Kuvalanka, K. A., Weiner, J. L., & Mahan, D. (2014a). Child, Family, and Community Transformations: Findings from Interviews with Mothers of Transgender Girls. *Journal of GLBT Family Studies*, 10(4), 354–379. <https://doi.org/10.1080/1550428X.2013.834529>
- Kuvalanka, K. A., Weiner, J. L., & Mahan, D. (2014b). Child, family, and community transformations: Findings from interviews with mothers of transgender girls. *Journal of GLBT Family Studies*, 10(4), 354–379. psych. <https://doi.org/10/ggjmg6>
- Kuvalanka, K. A., Weiner, J. L., Munroe, C., Goldberg, A. E., & Gardner, M. (2017). Trans and Gender-Nonconforming Children and Their Caregivers: Gender Presentations, Peer Relations, and Well-Being at Baseline. *Journal Of Family Psychology: JFP: Journal Of The Division Of Family Psychology Of The American Psychological Association (Division 43)*. cmedm. <https://doi.org/10/ggjmd4>
- Kuyper, L., & Wijnen, C. (2014). Gender Identities and Gender Dysphoria in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 43(2), 377–385. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0140-y>

- Lahlou, N., Carel, J. C., Chaussain, J. L., & Roger, M. (2000). Pharmacokinetics and pharmacodynamics of GnRH agonists: Clinical implications in pediatrics. *Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism: JPEM*, 13(Suppl. 1), 723–737. <https://doi.org/10.1515/jpem.2000.13.s1.723>
- Lai, T. C., McDougall, R., Feldman, D., Elder, C. V., & Pang, K. C. (2020). Fertility Counseling for Transgender Adolescents: A Review. *Journal of Adolescent Health*, 66(6), 658–665. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.01.007>
- Laufs, A., Katzenmeier, C., & Lipp, V. (Hrsg.). (2015). *Arztrecht* (7., völlig neu bearb. Aufl). Beck.
- Lebovitz, P. S. (1972). Feminine Behavior in Boys: Aspects of Its Outcome. *American Journal of Psychiatry*, 128(10), 1283–1289. <https://doi.org/10.1176/ajp.128.10.1283>
- Lee, J. Y., Finlayson, C., Olson-Kennedy, J., Garofalo, R., Chan, Y.-M., Glidden, D. V., & Rosenthal, S. M. (2020). Low Bone Mineral Density in Early Pubertal Transgender/Gender Diverse Youth: Findings From the Trans Youth Care Study. *Journal of the Endocrine Society*, 4(9), bvaa065. <https://doi.org/10.1210/jendso/bvaa065>
- Leibowitz, S. F., & Telingator, C. (2012). Assessing gender identity concerns in children and adolescents: Evaluation, treatments, and outcomes. *Current Psychiatry Reports*, 14(2), 111–120. <https://doi.org/10/ggjk8n>
- Levitan, N., Barkmann, C., Richter-Appelt, H., Schulte-Markwort, M., & Becker-Hebly, I. (2019a). Risk factors for psychological functioning in German adolescents with gender dysphoria: Poor peer relations and general family functioning. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(11), 1487–1498. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01308-6>
- Levitan, N., Barkmann, C., Richter-Appelt, H., Schulte-Markwort, M., & Becker-Hebly, I. (2019b). Risk factors for psychological functioning in German adolescents with gender dysphoria: Poor peer relations and general family functioning. *European child & adolescent psychiatry*, 28(11), 1487–1498. MEDLINE. <https://doi.org/10/ggsjw5>
- Levitan, N., Barkmann, C., Richter-Appelt, H., Schulte-Markwort, M., & Becker-Hebly, I. (2019c). Risk factors for psychological functioning in German adolescents with gender dysphoria: Poor peer relations and general family functioning. *European child & adolescent psychiatry*, 28(11), 1487–1498. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01308-6>
- Lippert, L. (2016). *Probleme der Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger in ärztliche Behandlungen*. Tectum Verlag.
- Littman, L. (2021). Individuals Treated for Gender Dysphoria with Medical and/or Surgical Transition Who Subsequently Detransitioned: A Survey of 100 Detransitioners. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3353–3369. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02163-w>

- López De Lara, D., Pérez Rodríguez, O., Cuellar Flores, I., Pedreira Masa, J. L., Campos-Muñoz, L., Cuesta Hernández, M., & Ramos Amador, J. T. (2020). Psychosocial assessment in transgender adolescents. *Anales de Pediatría (English Edition)*, 93(1), 41–48. <https://doi.org/10.1016/j.anpede.2020.01.004>
- MacMullin, L. N., Aitken, M., Nabbijohn, A. N., & VanderLaan, D. P. (2020). Self-harm and suicidality in gender-nonconforming children: A Canadian community-based parent-report study. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 7(1), 76–90. <https://doi.org/10/ggjsgt>
- Mahfouda, S., Moore, J. K., Siafarikas, A., Hewitt, T., Ganti, U., Lin, A., & Zepf, F. D. (2019). Gender-affirming hormones and surgery in transgender children and adolescents. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 7(6), 484–498. <https://doi.org/10/ggtvm7>
- Marinkovic, M., & Newfield, R. S. (2017). Chest reconstructive surgeries in transmasculine youth: Experience from one pediatric center. *International Journal of Transgenderism*, 18(4), 376–381. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1349706>
- Martin, C. L., Ruble, D. N., & Szkrybalo, J. (2002). Cognitive theories of early gender development. *Psychological Bulletin*, 128(6), 903–933. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.6.903>
- May, T., Pang, K., & Williams, K. J. (2017). Gender variance in children and adolescents with autism spectrum disorder from the National Database for Autism Research. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 7–15. <https://doi.org/10/ggjmxz>
- McConnell, E. A., Birkett, M., & Mustanski, B. (2016). Families Matter: Social Support and Mental Health Trajectories Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. *Journal of Adolescent Health*, 59(6), 674–680. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.07.026>
- McGravey, K. A. (2015). *Measuring the effectiveness of a professional development workshop on awareness, knowledge, and skills of mental health professionals in working with lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning (lgbtq) youth* (2015-99071-117). ProQuest Information & Learning.
- McGuire, J. K., Doty, J. L., Catalpa, J. M., & Ola, C. (2016). Body image in transgender young people: Findings from a qualitative, community based study. *Body Image*, 18, 96–107. <https://doi.org/10/f8455d>
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (Hrsg.). (2020). *Begutachtungsanleitung Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach §282 SGB V Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-10, F64.0)*. https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publicationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/BGA_Transsexualismus_201113.pdf
- Mehring, J. E., Harrison, J. B., Quain, K. M., Shea, J. A., Hawkins, L. A., & Dowshen, N. L. (2021). Experience of Chest Dysphoria and Masculinizing Chest Surgery in Transmasculine Youth. *Pediatrics*, 147(3), e2020013300. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-013300>

- Meier, S. C., & Labuski, C. M. (2013). The Demographics of the Transgender Population. In A. K. Baumle (Hrsg.), *International Handbook on the Demography of Sexuality* (Bd. 5, S. 289–327). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-007-5512-3_16
- Meng, M., Zhou, Q., Lei, W., Tian, M., Wang, P., Liu, Y., Sun, Y., Chen, Y., & Li, Q. (2022). Recommendations on Off-Label Drug Use in Pediatric Guidelines. *Frontiers in Pharmacology*, 13. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fphar.2022.892574>
- Mengel, R., Wedemeyer, F., & Wiesemann, C. (2019). Partizipation von Kindern und Jugendlichen im Krankenhaus. *frühe kindheit*, 22, 20–28.
- Menvielle, E. (2012). A comprehensive program for children with gender variant behaviors and gender identity disorders. *Journal Of Homosexuality*, 59(3), 357–368. <https://doi.org/10/ggjk7t>
- Menvielle, E., & Gomez-Lobo, V. (2011). Management of children and adolescents with gender dysphoria. *Journal of Pediatric*, 24(4), 183–188. <https://doi.org/10/cvw6dd>
- Meyenburg, B. (o. J.). *Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter*. Kohlhammer.
- Meyenburg, B. (2020a). *Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter*. Verlag W. Kohlhammer.
- Meyenburg, B. (2020b). *Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter*. Verlag W. Kohlhammer.
- Meyenburg, B., Renter-Schmidt, K., & Schmidt, G. (2021). Transidentität in Jugend und Adoleszenz: Zur Veränderung der Sexratio und der Prävalenz in den letzten eineinhalb Jahrzehnten: Eine Auswertung von 1434 Gutachten nach dem Transsexuellengesetz (TSG). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 49(2), 93–100. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000763>
- Meyer, I. H. (1995). Minority Stress and Mental Health in Gay Men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 38. <https://doi.org/10.2307/2137286>
- Meyer, I. H. (2003a). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Meyer, I. H. (2003b). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Meyer, I. H. (2015). Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 209–213. <https://doi.org/10/gg3qp6>
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2010). From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: Dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. *Archives Of Sexual Behavior*, 39(2), 461–476. [cmedm. https://doi.org/10/d7xcjx](https://doi.org/10/d7xcjx)

- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., & New, M. I. (2008a). Sexual Orientation in Women with Classical or Non-classical Congenital Adrenal Hyperplasia as a Function of Degree of Prenatal Androgen Excess. *Archives of Sexual Behavior*, 37(1), 85–99. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9265-1>
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., & New, M. I. (2008b). Sexual Orientation in Women with Classical or Non-classical Congenital Adrenal Hyperplasia as a Function of Degree of Prenatal Androgen Excess. *Archives of Sexual Behavior*, 37(1), 85–99. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9265-1>
- Mizock, L., & Lewis, T. (2008). Trauma in Transgender Populations: Risk, Resilience, and Clinical Care. *Journal of Emotional Abuse*, 8(3), 335–354. <https://doi.org/10.1080/10926790802262523>
- Möller, B., Nieder, T. O., Preuss, W. F., Becker, I., Fahrenkrug, S., Wüsthof, A., Briken, P., Romer, G., & Richter-Appelt, H. (2014). Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie im Rahmen einer interdisziplinären Spezialsprechstunde = Care of children and adolescents with gender dysphoria in the context of an interdisciplinary special consultation service. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 63(6), 465–485. <https://doi.org/10/ggjk8v>
- Money, J., & Russo, A. J. (1979). Homosexual Outcome of Discordant Gender Identity/Role in Childhood: Longitudinal Follow-Up. *Journal of Pediatric Psychology*, 4(1), 29–41. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/4.1.29>
- Mucha, S. R., Brokmeier, T., Romer, G., & Föcker, M. (2022). Erfahrungen im Gesundheitswesen von Sorgeberechtigten eines Kindes oder Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie: Eine qualitative Studie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 71(7), 620–639. <https://doi.org/10.13109/prkk.2022.71.7.620>
- Mueller, S. C., Guillamon, A., Zubiaurre-Elorza, L., Junque, C., Gomez-Gil, E., Uribe, C., Khorashad, B. S., Khazai, B., Talaei, A., Habel, U., Votinov, M., Derntl, B., Lanzenberger, R., Seiger, R., Kranz, G. S., Kreukels, B. P. C., Kettenis, P. T. C., Burke, S. M., Lambalk, N. B., ... Luders, E. (2021). The Neuroanatomy of Transgender Identity: Mega-Analytic Findings From the ENIGMA Transgender Persons Working Group. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(6), 1122–1129. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.03.079>
- Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, 72(2), 214–231. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x>

- Nahata, L., Chen, D., Moravek, M. B., Quinn, G. P., Sutter, M. E., Taylor, J., Tishelman, A. C., & Gomez-Lobo, V. (2019). Understudied and Under-Reported: Fertility Issues in Transgender Youth—A Narrative Review. *The Journal of Pediatrics*, *205*, 265–271. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.09.009>
- Nahata, L., Quinn, G. P., Caltabellotta, N. M., & Tishelman, A. C. (2017). Mental Health Concerns and Insurance Denials Among Transgender Adolescents. *LGBT Health*, *4*(3), 188–193. <https://doi.org/10/gbhvn8>
- Nahata, L., Tishelman, A. C., Caltabellotta, N. M., & Quinn, G. P. (2017). Low Fertility Preservation Utilization Among Transgender Youth. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, *61*(1), 40–44. <https://doi.org/10/gbpkq9>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2020b). *Evidence review: Gender affirming hormones for children and adolescents with gender dysphoria*. <http://evidence.nhs.uk>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2020a). *Evidence review: Gonadotrophin releasing hormone analogues for children and adolescents with gender dysphoria*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng150/resources/evidence-review:Gonadotrophin-releasing-hormone-analogues-for-children-and-adolescents-with-gender-dysphoria-pdf-20210323>
- Neyman, A., Fuqua, J. S., & Eugster, E. A. (2019). Bicalutamide as an Androgen Blocker With Secondary Effect of Promoting Feminization in Male-to-Female Transgender Adolescents. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, *64*(4), 544–546. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.10.296>
- Nonhoff, T. (2018). *Persistenz und Desistenz der Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter – ein systematisches Review (Bachelorarbeit)*. Institut für Psychologie, Westfälische Wilhelms-Universität Münster.
- Nordenström, A., Ahmed, S. F., van den Akker, E., Blair, J., Bonomi, M., Brachet, C., Broersen, L. H. A., Claahsen-van der Grinten, H. L., Dessens, A. B., Gawlik, A., Gravholt, C. H., Juul, A., Krausz, C., Raivio, T., Smyth, A., Touraine, P., Vitali, D., & Dekkers, O. M. (2022). Pubertal induction and transition to adult sex hormone replacement in patients with congenital pituitary or gonadal reproductive hormone deficiency: An Endo-ERN clinical practice guideline. *European Journal of Endocrinology*, *186*(6), G9–G49. <https://doi.org/10.1530/EJE-22-0073>
- O'Connell, M. A., Nguyen, T. P., Ahler, A., Skinner, S. R., & Pang, K. C. (2022). Approach to the Patient: Pharmacological Management of Trans and Gender-Diverse Adolescents. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, *107*(1), 241–257. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgab634>
- Olson, J., Forbes, C., & Belzer, M. (2011). Management of the transgender adolescent. *Archives Of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *165*(2), 171–176. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.275>

- Olson, K. R., Blotner, C., Alonso, D., Lewis, K., Edwards, D., & Durwood, L. (2019). Family discussions of early childhood social transitions. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 229–240. <https://doi.org/10/ggj3f7>
- Olson, K. R., Durwood, L., DeMeules, M., & McLaughlin, K. A. (2016). Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities. *PEDIATRICS*, 137(3), e20153223–e20153223. <https://doi.org/10/gftvth>
- Olson, K. R., Durwood, L., Horton, R., Gallagher, N. M., & Devor, A. (2022a). Gender Identity 5 Years After Social Transition. *Pediatrics*, 150(2), e2021056082. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-056082>
- Olson, K. R., Durwood, L., Horton, R., Gallagher, N. M., & Devor, A. (2022b). Gender Identity 5 Years After Social Transition. *Pediatrics*, 150(2), e2021056082. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-056082>
- Olson, K. R., & Enright, E. A. (2017). Do transgender children (gender) stereotype less than their peers and siblings? *Developmental Science*. cmedm. <https://doi.org/10/ggjmdz>
- Olson, K. R., Key, A. C., & Eaton, N. R. (2015). Gender Cognition in Transgender Children. *Psychological Science*, 26(4), 467–474. <https://doi.org/10/f69rjt>
- Olson-Kennedy, J., Okonta, V., Clark, L. F., & Belzer, M. (2018). Physiologic response to gender-affirming hormones among transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 62(4), 397–401. <https://doi.org/10/gc9k8p>
- Olson-Kennedy, J., Warus, J., Okonta, V., Belzer, M., & Clark, L. F. (2018). Chest Reconstruction and Chest Dysphoria in Transmasculine Minors and Young Adults: Comparisons of Nonsurgical and Postsurgical Cohorts. *JAMA pediatrics*, 172(5), 431–436. cmedm. <https://doi.org/10/ggsjzd>
- Olyslager, F., & Conway, L. (2008). *Transseksualiteit komt vaker voor dan u denkt. Een nieuwe kijk op de prevalentie van transseksualiteit in Nederland en België*. 2(11).
- Oommen-Halbach, A., & Fangerau, H. (2019). Selbstbestimmung von Kindern in der Medizin. In J. Drerup & G. Schweiger (Hrsg.), *Handbuch Philosophie der Kindheit* (S. 274–281). J.B. Metzler. https://doi.org/10.1007/978-3-476-04745-8_35
- Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. (2011). *The Oxford Levels of Evidence 2*.
- Pang, K. C., De Graaf, N. M., Chew, D., Hoq, M., Keith, D. R., Carmichael, P., & Steensma, T. D. (2020). Association of Media Coverage of Transgender and Gender Diverse Issues With Rates of Referral of Transgender Children and Adolescents to Specialist Gender Clinics in the UK and Australia. *JAMA Network Open*, 3(7), e2011161. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.11161>

- Pang, K. C., Hoq, M., & Steensma, T. D. (2022). Negative Media Coverage as a Barrier to Accessing Care for Transgender Children and Adolescents. *JAMA Network Open*, 5(2), e2138623. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.38623>
- Pariseau, E. M., Chevalier, L., Long, K. A., Clapham, R., Edwards-Leeper, L., & Tishelman, A. C. (2019). The relationship between family acceptance-rejection and transgender youth psychosocial functioning. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 267–277. <https://doi.org/10.1037/cpp0000291>
- Pauli, D., Günthard, M., Schenker, T., Flütsch, N., Ball, J., Häberling, I., & Berger, G. (2020). Zürcher Sprechstunde für Jugendliche mit Genderdysphorie – erste Verlaufsergebnisse. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 69(6), 570–589. <https://doi.org/10.13109/prkk.2020.69.6.570>
- Perez-Brumer, A., Day, J. K., Russell, S. T., & Hatzenbuehler, M. L. (2017). Prevalence and Correlates of Suicidal Ideation Among Transgender Youth in California: Findings From a Representative, Population-Based Sample of High School Students. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, 56(9), 739–746. [cmedm. https://doi.org/10/gbv7s8](https://doi.org/10/gbv7s8)
- Peterson, C. M., Matthews, A., Copps-Smith, E., & Conard, L. A. (2017). Suicidality, Self-Harm, and Body Dissatisfaction in Transgender Adolescents and Emerging Adults with Gender Dysphoria. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 47(4), 475–482. [cmedm. https://doi.org/10/ggjmw8](https://doi.org/10/ggjmw8)
- Poteat, T., German, D., & Kerrigan, D. (2013). Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science & Medicine*, 22–29.
- Preuss, W. F. (2021). *Geschlechtsdysphorie, Transidentität und Transsexualität im Kindes- und Jugendalter* (3. überarbeitete Auflage). Reinhardt Verlag.
- Quindeau, I. (2014a). Geschlechtsidentitätsentwicklung jenseits starrer Zweigeschlechtlichkeit. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 63(6), 437–448. <https://doi.org/10.13109/prkk.2014.63.6.437>
- Quindeau, I. (2014b). *Sexualität*. Psychosozial-Verlag.
- Quindeau, I. (2019). Freuds Bisexualität im Lichte der fluiden Geschlechtsidentität: *Kinderanalyse*, 27(01), 21–38. <https://doi.org/10.21706/ka-27-1-21>
- Quinn, G. P., Tishelman, A. C., Chen, D., & Nahata, L. (2021). Reproductive health risks and clinician practices with gender diverse adolescents and young adults. *Andrology*, 9(6), 1689–1697. <https://doi.org/10.1111/andr.13026>

- Quinn, V. P., Nash, R., Hunkeler, E., Contreras, R., Cromwell, L., Becerra-Culqui, T. A., Getahun, D., Giammattei, S., Lash, T. L., Millman, A., Robinson, B., Roblin, D., Silverberg, M. J., Slovis, J., Tangpricha, V., Tolsma, D., Valentine, C., Ward, K., Winter, S., & Goodman, M. (2017). Cohort profile: Study of Transition, Outcomes and Gender (STRONG) to assess health status of transgender people. *BMJ Open*, *7*(12), e018121. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018121>
- Rafferty, J., committee on psychosocial aspects of child and family health, committee on adolescence, section on lesbian, gay, bisexual, and transgender health and wellness, Yogman, M., Baum, R., Gambon, T. B., Lavin, A., Mattson, G., Wissow, L. S., Breuner, C., Alderman, E. M., Grubb, L. K., Powers, M. E., Upadhyia, K., Wallace, S. B., Hunt, L., Gearhart, A. T., Harris, C., ... Sherer, I. M. (2018). Ensuring Comprehensive Care and Support for Transgender and Gender-Diverse Children and Adolescents. *Pediatrics*, *142*(4), e20182162. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2162>
- Rametti, G., Carrillo, B., Gómez-Gil, E., Junque, C., Segovia, S., Gomez, Á., & Guillamon, A. (2011). White matter microstructure in female to male transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A diffusion tensor imaging study. *Journal of Psychiatric Research*, *45*(2), 199–204. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.05.006>
- Rametti, G., Carrillo, B., Gómez-Gil, E., Junque, C., Zubiarre-Elorza, L., Segovia, S., Gomez, Á., & Guillamon, A. (2011). The microstructure of white matter in male to female transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A DTI study. *Journal of Psychiatric Research*, *45*(7), 949–954. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.11.007>
- RANZCP, R. A. and N. Z. C. of P. (2021). *Recognising and addressing the mental health needs of people experiencing Gender Dysphoria / Gender Incongruence*. <https://www.ranzcp.org/clinical-guidelines-publications/clinical-guidelines-publications-library/recognising-and-addressing-the-mental-health-needs-of-people-experiencing-gender-dysphoria>
- Rauchfleisch, U. (2021). *Sexuelle Orientierungen und Geschlechtsentwicklungen im Kindes- und Jugendalter*. Kohlhammer Verlag.
- Reisner, S. L., Veters, R., Leclerc, M., Zaslow, S., Wolfrum, S., Shumer, D., & Mimiaga, M. J. (2015). Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban community health center: A matched retrospective cohort study. *The Journal Of Adolescent Health: Official Publication Of The Society For Adolescent Medicine*, *56*(3), 274–279. cmedm. <https://doi.org/10/gdcg8c>
- Ristori, J., & Steensma, T. D. (2016). Gender dysphoria in childhood. *International Review Of Psychiatry (Abingdon, England)*, *28*(1), 13–20. cmedm. <https://doi.org/10/gf75d7>

- Rixen, S. (2020). Kapitel 10: Gesundheitsrecht Stephan Rixen. In I. Richter, L. Krappmann, & F. Wapler (Hrsg.), *Kinderrechte* (S. 331–344). Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. <https://doi.org/10.5771/9783845296005-331>
- Roberts, C. M., Klein, D. A., Adirim, T. A., Schvey, N. A., & Hisle-Gorman, E. (2022). Continuation of Gender-affirming Hormones Among Transgender Adolescents and Adults. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *107*(9), e3937–e3943. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgac251>
- Röder, M., Barkmann, C., Richter-Appelt, H., Schulte-Markwort, M., Ravens-Sieberer, U., & Becker, I. (2018). Health-related quality of life in transgender adolescents: Associations with body image and emotional and behavioral problems. *International Journal of Transgenderism*, *19*(1), 78–91. <https://doi.org/10/gf8g8z>
- Rölver, A., Föcker, M., & Romer, G. (2022). Desisting from gender dysphoria after 1,5 years of puberty suppression: A case report. *Psychiatry Research Case Reports*, *1*(2), 100049. <https://doi.org/10.1016/j.psycr.2022.100049>
- Romer, G., & Möller, B. (2020a). Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Jugendalter. *Ärztliche Psychotherapie*, *15*(2), 87–94. <https://doi.org/10/ggtvm8>
- Romer, G., & Möller, B. (2020b). Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Jugendalter: Aktuelle Paradigmenwechsel und Herausforderungen für die psychotherapeutische Praxis. *Ärztliche Psychotherapie*, *15*(2), 87–94. <https://doi.org/10.21706/aep-15-2-87>
- Rossman, K., Salamanca, P., & Macapagal, K. (2017). A Qualitative Study Examining Young Adults' Experiences of Disclosure and Nondisclosure of LGBTQ Identity to Health Care Providers. *Journal of Homosexuality*, *64*(10), 1390–1410. <https://doi.org/10/gf97zb>
- Ross-Reed, D. E., Reno, J., Peñaloza, L., Green, D., & FitzGerald, C. (2019). Family, school, and peer support are associated with rates of violence victimization and self-harm among gender minority and cisgender youth. *Journal of Adolescent Health*, *65*(6), 776–783. <https://doi.org/10/gg3t7h>
- Rothärmel, S. (2004). *Einwilligung, Veto, Mitbestimmung: Die Geltung der Patientenrechte für Minderjährige* (1. Aufl). Nomos-Verl.-Ges.
- Ruhrmann, G. (2017). Diskriminierung in den Medien. In A. Scherr, A. El-Mafaalani, & G. Yüksel (Hrsg.), *Handbuch Diskriminierung* (S. 367–385). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-10976-9_20
- Russell, S. T. (2003). Sexual minority youth and suicide risk. *American Behavioral Scientist*, *46*(9), 1241–1257. <https://doi.org/10/fskh4d>

- Ryan, C., Russell, S. T., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2010). Family Acceptance in Adolescence and the Health of LGBT Young Adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(4), 205–213. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00246.x>
- Safer, J. D., & Pearce, E. N. (2013). A Simple Curriculum Content Change Increased Medical Student Comfort with Transgender Medicine. *Endocrine Practice*, 19(4), 633–637. <https://doi.org/10.4158/EP13014.OR>
- Saleem, F., & Rizvi, S. W. (2017). Transgender Associations and Possible Etiology: A Literature Review. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.1984>
- Sauer, A. T., & Meyer, E. (2016). *Wie ein grünes Schaf in einer weißen Herde: Lebenssituationen und Bedarfe von jungen Trans*-Menschen in Deutschland: Forschungsbericht zu „TRANS* – JA UND?!“ als gemeinsames Jugendprojekt des Bundesverbands Trans* (BVT*) e.V.i.G. und des Jugendnetzwerks Lambda e.V. Bundesverband Trans**.
- Savic, I., & Arver, S. (2011). Sex Dimorphism of the Brain in Male-to-Female Transsexuals. *Cerebral Cortex*, 21(11), 2525–2533. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhr032>
- Schaaf, S. (2019). „Es werden immer mehr ...!“—Zur Situation transidenter/transsexueller Menschen in Deutschland: Dokumentation Ergänzungsausweis und Bestandsanalyse über den Zeitraum von 1999-2016. dgti e.V. https://dgti.org/wp-content/uploads/2023/06/Es_werden_immer_mehr_dgti_EA_22_10_2019_V4.pdf
- Schagen, S. E. E., Cohen-Kettenis, P. T., Delemarre-van de Waal, H. A., & Hannema, S. E. (2016). Efficacy and safety of gonadotropin-releasing hormone agonist treatment to suppress puberty in gender dysphoric adolescents. *Journal of Sexual Medicine*, 13(7), 1125–1132. <https://doi.org/10/f852c7>
- Schagen, S. E. E., Wouters, F. M., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L. J., & Hannema, S. E. (2020a). Bone Development in Transgender Adolescents Treated With GnRH Analogues and Subsequent Gender-Affirming Hormones. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 105(12), e4252–e4263. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa604>
- Schagen, S. E. E., Wouters, F. M., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L. J., & Hannema, S. E. (2020b). Bone Development in Transgender Adolescents Treated With GnRH Analogues and Subsequent Gender-Affirming Hormones. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 105(12), e4252–e4263. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa604>
- Schickhardt, C. (2016). *Kinderethik: Der moralische Status und die Rechte der Kinder* (Zweite, korrigierte und ergänzte Auflage). mentis.

- Schneider, C., Cerwenka, S., Nieder, T. O., Briken, P., Cohen-Kettenis, P. T., De Cuypere, G., Haraldsen, I. R., Kreukels, B. P. C., & Richter-Appelt, H. (2016a). Measuring Gender Dysphoria: A Multicenter Examination and Comparison of the Utrecht Gender Dysphoria Scale and the Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults. *Archives of Sexual Behavior*, *45*(3), 551–558. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0702-x>
- Schneider, C., Cerwenka, S., Nieder, T. O., Briken, P., Cohen-Kettenis, P. T., De Cuypere, G., Haraldsen, I. R., Kreukels, B. P. C., & Richter-Appelt, H. (2016b). Measuring Gender Dysphoria: A Multicenter Examination and Comparison of the Utrecht Gender Dysphoria Scale and the Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults. *Archives of Sexual Behavior*, *45*(3), 551–558. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0702-x>
- Seal, L. J. (2007). The practical management of hormonal treatment in adults with gender dysphoria. In *Transsexual and Other Disorders of Gender Identity*. CRC Press.
- Seiffge-Krenke, I. (2021a). *Die Jugendlichen und ihre Suche nach dem neuen Ich: Identitätsentwicklung in der Adoleszenz* (2., aktualisierte Auflage). Verlag W. Kohlhammer.
- Seiffge-Krenke, I. (2021b). *Die Jugendlichen und ihre Suche nach dem neuen Ich. Identitätsentwicklung in der Adoleszenz* (2. aktualisierte Auflage). Kohlhammer Verlag.
- Sharek, D., Huntley-Moore, S., & McCann, E. (2018). Education Needs of Families of Transgender Young People: A Narrative Review of International Literature. *Issues in Mental Health Nursing*, *39*(1), 59–72. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1395500>
- Sherer, I. (2013). *Review of The transgender child: A handbook for families and professionals*. [Psychosocial & Personality Development [2840]]. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*.
- Shields, J. P., Cohen, R., Glassman, J. R., Whitaker, K., Franks, H., & Bertolini, I. (2013). Estimating Population Size and Demographic Characteristics of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth in Middle School. *Journal of Adolescent Health*, *52*(2), 248–250. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.06.016>
- Shiffman, M., VanderLaan, D. P., Wood, H., Hughes, S. K., Owen-Anderson, A., Lumley, M. M., Lollis, S. P., & Zucker, K. J. (2016). Behavioral and emotional problems as a function of peer relationships in adolescents with gender dysphoria: A comparison with clinical and nonclinical controls. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *3*(1), 27–36. <https://doi.org/10/gf8vrX>
- Shires, D. A., & Jaffee, K. (2015). Factors associated with health care discrimination experiences among a national sample of female-to-male transgender individuals. *Health & Social Work*, *40*(2), 134–141. [cmedm. https://doi.org/10/f7csxv](https://doi.org/10/f7csxv)

- Siedenbiedel, M. (2016). *Selbstbestimmung über das eigene Geschlecht: Rechtliche Aspekte des Behandlungswunsches transsexueller Minderjähriger*. Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. <https://doi.org/10.5771/9783845276922>
- Sievert, E. D., Schweizer, K., Barkmann, C., Fahrenkrug, S., & Becker-Hebly, I. (2021). Not social transition status, but peer relations and family functioning predict psychological functioning in a German clinical sample of children with Gender Dysphoria. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 26(1), 79–95. <https://doi.org/10.1177/1359104520964530>
- Simons, L., Schragar, S. M., Clark, L. F., Belzer, M., & Olson, J. (2013a). Parental Support and Mental Health Among Transgender Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 53(6), 791–793. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.07.019>
- Simons, L., Schragar, S. M., Clark, L. F., Belzer, M., & Olson, J. (2013b). Parental support and mental health among transgender adolescents. *The Journal Of Adolescent Health: Official Publication Of The Society For Adolescent Medicine*, 53(6), 791–793. cmedm. <https://doi.org/10/f5h5ht>
- Singh, D. (2012). *A follow-up study of boys with gender identity disorder*. (2014-99040-406) [ProQuest Information & Learning]. psych. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2014-99040-406&lang=de&site=ehost-live>
- Skagerberg, E., Davidson, S., & Carmichael, P. (2013). Internalizing and externalizing behaviors in a group of young people with gender dysphoria. *International Journal of Transgenderism*, 14(3), 105–112. psych. <http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2013.822340>
- Skagerberg, E., Di Ceglie, D., & Carmichael, P. (2015). Brief Report: Autistic Features in Children and Adolescents with Gender Dysphoria. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 45(8), 2628–2632. cmedm. <https://doi.org/10/f7ktnj>
- Skagerberg, E., Parkinson, R., & Carmichael, P. (2013). Self-harming thoughts and behaviors in a group of children and adolescents with gender dysphoria. *International Journal of Transgenderism*, 14(2), 86–92. psych. <http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2013.817321>
- Skordis, N., Kyriakou, A., Dror, S., Mushailov, A., & Nicolaidis, N. C. (2020). Gender dysphoria in children and adolescents: An overview. *Hormones*, 19(3), 267–276. <https://doi.org/10.1007/s42000-020-00174-1>
- Smith, Y. L., van Goozen, S. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejected for sex reassignment surgery: A prospective follow-up study. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, 40(4), 472–481. cmedm. <https://doi.org/10/fwkf6m>

- Snelgrove, J. W., Jasudavicius, A. M., Rowe, B. W., Head, E. M., & Bauer, G. R. (2012). „Completely out-at-sea“ with „two-gender medicine“: A qualitative analysis of physician-side barriers to providing healthcare for transgender patients. *BMC Health Services Research*. <https://doi.org/10/gb35zp>
- Socialstyrelsen. (2022). *Vård av barn och ungdomar med könsdysfori. In Bilaga Till Nationellt Kunskapsstöd Med Rekommendationer Till Profession Och Beslutsfattare*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2022-12-8302-kunskapsunderlag-med-metodbeskrivning.pdf>
- Sonnenblick, E. B., Shah, A. D., Goldstein, Z., & Reisman, T. (2018). Breast Imaging of Transgender Individuals: A Review. *Current Radiology Reports*, 6(1), 1. <https://doi.org/10.1007/s40134-018-0260-1>
- Sood, R., Chen, D., Muldoon, A. L., Chen, L., Kwasny, M. J., Simons, L. K., Gangopadhyay, N., Corcoran, J. F., & Jordan, S. W. (2021). Association of Chest Dysphoria With Anxiety and Depression in Transmasculine and Nonbinary Adolescents Seeking Gender-Affirming Care. *Journal of Adolescent Health*, 68(6), 1135–1141. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.02.024>
- Spack, N. P. (2013). Management of transgenderism. *JAMA*, 309(5), 478–484. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.165234>
- Spack, N. P., Edwards-Leeper, L., Feldman, H. A., Leibowitz, S., Mandel, F., Diamond, D. A., & Vance, S. R. (2012). Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics*, 129(3), 418–425. cmedm. <https://doi.org/10/gdchcm>
- Sperber, J., Landers, S., & Lawrence, S. (2005). Access to Health Care for Transgendered Persons: Results of a Needs Assessment in Boston. *International Journal of Transgenderism*, 8(2–3), 75–91. <https://doi.org/10/b8gw9g>
- Spivey, L. A., & Edwards-Leeper, L. (2019). Future directions in affirmative psychological interventions with transgender children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 48(2), 343–356. <https://doi.org/10/gtffnn>
- Spizzirri, G., Eufrásio, R., Lima, M. C. P., De Carvalho Nunes, H. R., Kreukels, B. P. C., Steensma, T. D., & Abdo, C. H. N. (2021). Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. *Scientific Reports*, 11(1), 2240. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81411-4>
- Staphorsius, A. S., Kreukels, B. P. C., Cohen-Kettenis, P. T., Veltman, D. J., Burke, S. M., Schagen, S. E. E., Wouters, F. M., Delemarre-van de Waal, H. A., & Bakker, J. (2015). Puberty suppression and executive functioning: An fMRI-study in adolescents with gender dysphoria. *Psychoneuroendocrinology*, 56, 190–199. cmedm. <https://doi.org/10/f7b98q>

- Statistics Canada. (2022). *Census of population Canada*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220427/dq220427b-eng.htm>
- Statistisches Bundesamt. (2023). *Operationen für Geschlechtsumwandlungen in Deutschland in den Jahren 2012 bis 2022*. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/272600/umfrage/anzahl-von-operationen-fuer-geschlechtsumwandlungen-in-deutschland/>
- Steensma, T. D., Biemond, R., De Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 16*(4), 499–516. <https://doi.org/10.1177/1359104510378303>
- Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. <https://doi.org/10/c88dv2>
- Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2018). A critical commentary on “A critical commentary on follow-up studies and “desistence” theories about transgender and gender non-conforming children”. *International Journal of Transgenderism, 19*(2), 225–230. <https://doi.org/10/ggvs9n>
- Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T., & Zucker, K. J. (2018). Evidence for a Change in the Sex Ratio of Children Referred for Gender Dysphoria: Data from the Center of Expertise on Gender Dysphoria in Amsterdam (1988–2016). *Journal of Sex & Marital Therapy, 44*(7), 713–715. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1437580>
- Steensma, T. D., McGuire, J. K., Kreukels, B. P. C., Beekman, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: A quantitative follow-up study. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry, 52*(6), 582–590. <https://doi.org/10/f2xkcz>
- Steensma, T. D., Zucker, K. J., Kreukels, B. P. C., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Behavioral and emotional problems on the Teacher’s Report Form: A cross-national, cross-clinic comparative analysis of gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 42*(4), 635–647. <https://doi.org/10/f5xxd5>
- Stoller, R. J. (2020). *Sex and Gender: The Development of Masculinity and Femininity* (1. Aufl.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429479915>
- Strang, J. F., Kenworthy, L., Dominska, A., Sokoloff, J., Kenealy, L. E., Berl, M., Walsh, K., Menvielle, E., Slesaransky-Poe, G., Kim, K.-E., Luong-Tran, C., Meagher, H., & Wallace, G. L. (2014). Increased gender variance in autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorder. *Archives Of Sexual Behavior, 43*(8), 1525–1533. <https://doi.org/10/f6mqpv>

- Strang, J. F., Klomp, S. E., Caplan, R., Griffin, A. D., Anthony, L. G., Harris, M. C., Graham, E. K., Knauss, M., & Van Der Miesen, A. I. R. (2019). Community-based participatory design for research that impacts the lives of transgender and/or gender-diverse autistic and/or neurodiverse people. *Clinical Practice in Pediatric Psychology, 7*(4), 396–404. <https://doi.org/10.1037/cpp0000310>
- Strauss, P., Cook, A., Winter, S., Watson, V., Wright Toussaint, D., & Lin, A. (2017). *Trans Pathways: The mental health experiences and care pathways of trans young people. Summary of results*. Telethon Kids Institute, Perth, Australia.
- Strauss, P., Cook, A., Winter, S., Watson, V., Wright Toussaint, D., & Lin, A. (2020). Associations between negative life experiences and the mental health of trans and gender diverse young people in Australia: Findings from Trans Pathways. *Psychological Medicine, 50*(5), 808–817. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000643>
- Studie zur Lebenssituation.* (o. J.).
- Surace, T., Fusar-Poli, L., Vozza, L., Cavone, V., Arcidiacono, C., Mammano, R., Basile, L., Rodolico, A., Bisicchia, P., Caponnetto, P., Signorelli, M. S., & Aguglia, E. (2020). Lifetime prevalence of suicidal ideation and suicidal behaviors in gender non-conforming youths: A meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10/gg3t7p>
- Tack, L. J. W., Craen, M., Dhondt, K., Vanden Bossche, H., Laridaen, J., & Cools, M. (2016). Consecutive lynestrenol and cross-sex hormone treatment in biological female adolescents with gender dysphoria: A retrospective analysis. *Biology of Sex Differences, 7*, 14. <https://doi.org/10.1186/s13293-016-0067-9>
- Tack, L. J. W., Heyse, R., Craen, M., Dhondt, K., Bossche, H. V., Laridaen, J., & Cools, M. (2017). Consecutive Cyproterone Acetate and Estradiol Treatment in Late-Pubertal Transgender Female Adolescents. *The Journal of Sexual Medicine, 14*(5), 747–757. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.03.251>
- Taliaferro, L. A., McMorris, B. J., & Eisenberg, M. E. (2018). Connections that moderate risk of non-suicidal self-injury among transgender and gender non-conforming youth. *Psychiatry Research, 268*, 65–67. [psych. https://doi.org/10/gfdtj](https://doi.org/10/gfdtj)
- Tangpricha, V., & den Heijer, M. (2017). Oestrogen and anti-androgen therapy for transgender women. *The Lancet. Diabetes & Endocrinology, 5*(4), 291–300. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(16\)30319-9](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(16)30319-9)
- Taziaux, M., Swaab, D. F., & Bakker, J. (2012). Sex Differences in the Neurokinin B System in the Human Infundibular Nucleus. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 97*(12), E2210–E2220. <https://doi.org/10.1210/jc.2012-1554>

- Temple Newhook, J., Pyne, J., Winters, K., Feder, S., Holmes, C., Tosh, J., Sinnott, M.-L., Jamieson, A., & Pickett, S. (2018). A critical commentary on follow-up studies and “desistance” theories about transgender and gender-nonconforming children. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 212–224. <https://doi.org/10/gfvks5>
- Thrower, E., Bretherton, I., Pang, K. C., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2020). Prevalence of Autism Spectrum Disorder and Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Amongst Individuals with Gender Dysphoria: A Systematic Review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(3), 695–706. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04298-1>
- Toomey, R. B., Ryan, C., Diaz, R. M., Card, N. A., & Russell, S. T. (2010). Gender-nonconforming lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: School victimization and young adult psychosocial adjustment. *Developmental Psychology*, 46(6), 1580–1589. <https://doi.org/10/cckg4r>
- Tordoff, D. M., Wanta, J. W., Collin, A., Stepney, C., Inwards-Breland, D. J., & Ahrens, K. (2022). Mental Health Outcomes in Transgender and Nonbinary Youths Receiving Gender-Affirming Care. *JAMA Network Open*, 5(2), e220978. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.0978>
- Travers, R., Bauer, G., Pyne, J., Bradley, K., Gale, L., & Papadimitriou, M. (2012a). *Impacts of Strong Parental Support for Trans Youth*. Trans PULSE.
- Travers, R., Bauer, G., Pyne, J., Bradley, K., Gale, L., & Papadimitriou, M. (2012b). *Impacts of Strong Parental Support for Trans Youth: A report prepared for Children’s Aid Society of Toronto and Delisle Youth Services*. Trans PULSE. <https://transpulseproject.ca/wp-content/uploads/2012/10/Impacts-of-Strong-Parental-Support-for-Trans-Youth-vFINAL.pdf>
- T’Sjoen, G., Arcelus, J., De Vries, A. L. C., Fisher, A. D., Nieder, T. O., Özer, M., & Motmans, J. (2020). European Society for Sexual Medicine Position Statement “Assessment and Hormonal Management in Adolescent and Adult Trans People, with Attention for Sexual Function and Satisfaction”. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(4), 570–584. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.01.012>
- Turban, J. L., King, D., Carswell, J. M., & Keuroghlian, A. S. (2020). Pubertal Suppression for Transgender Youth and Risk of Suicidal Ideation. *Pediatrics*, 145(2), e20191725. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1725>
- Turban, J. L., King, D., Kobe, J., Reisner, S. L., & Keuroghlian, A. S. (2022). Access to gender-affirming hormones during adolescence and mental health outcomes among transgender adults. *PLOS ONE*, 17(1), e0261039. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261039>

- Turban, J. L., King, D., Li, J. J., & Keuroghlian, A. S. (2021). Timing of Social Transition for Transgender and Gender Diverse Youth, K-12 Harassment, and Adult Mental Health Outcomes. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 69(6), 991–998. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.06.001>
- UNICEF. (2022). Die UN-Kinderrechtskonvention Regelwerk zum Schutz der Kinder weltweit. <https://www.unicef.de/informieren/ueber-uns/fuer-kinderrechte/un-kinderrechtskonvention>
- van Beijsterveldt, C. E. M., Hudziak, J. J., & Boomsma, D. I. (2006). Genetic and environmental influences on cross-gender behavior and relation to behavior problems: A study of dutch twins at ages 7 and 10 years. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 647–658. <https://doi.org/10/fngtpw>
- Van Caenegem, E., Wierckx, K., Elaut, E., Buysse, A., Dewaele, A., Van Nieuwerburgh, F., De Cuypere, G., & T'Sjoen, G. (2015). Prevalence of gender nonconformity in Flanders, Belgium. *Archives of Sexual Behavior*, 44(5), 1281–1287. <https://doi.org/10/f7gb7p>
- van der Loos, M. A. T. C., Hannema, S. E., Klink, D. T., den Heijer, M., & Wiepjes, C. M. (2022). Continuation of gender-affirming hormones in transgender people starting puberty suppression in adolescence: A cohort study in the Netherlands. *The Lancet. Child & Adolescent Health*, 6(12), 869–875. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(22\)00254-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(22)00254-1)
- van der Miesen, A. I. R., de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., & Hartman, C. A. (2018). Autistic symptoms in children and adolescents with gender dysphoria. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(5), 1537–1548. <https://doi.org/10/gdcw8v>
- Van Der Miesen, A. I. R., Hurley, H., & De Vries, A. L. C. (2016). Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A narrative review. *International Review Of Psychiatry (Abingdon, England)*, 28(1), 70–80. <https://doi.org/10/ggjmzt>
- Van Vlerken, R. H. T., Fuchs, C. E., & Van Der Miesen, A. I. R. (2020). Caring for Transgender and Gender Diverse Youth with Co-occurring Neurodiversity. In M. Forcier, G. Van Schalkwyk, & J. L. Turban (Hrsg.), *Pediatric Gender Identity* (S. 137–148). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-38909-3_10
- Vance, S. R., Jr, Ehrensaft, D., & Rosenthal, S. M. (2014). Psychological and medical care of gender nonconforming youth. *Pediatrics*, 134(6), 1184–1192. <https://doi.org/10/gftvsn>
- Vandenbussche, E. (2021). Detransition-Related Needs and Support: A Cross-Sectional Online Survey. *Journal of Homosexuality*, 69(9), 1602–1620. <https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1919479>
- Veale, J. F., Peter, T., Travers, R., & Saewyc, E. M. (2017a). Enacted Stigma, Mental Health, and Protective Factors Among Transgender Youth in Canada. *Transgender Health*, 2(1), 207–216. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0031>

- Veale, J. F., Peter, T., Travers, R., & Saewyc, E. M. (2017b). Enacted Stigma, Mental Health, and Protective Factors Among Transgender Youth in Canada. *Transgender Health*, 2(1), 207–216. cmedm. <https://doi.org/10/gcqv2>
- Veale, J. F., Watson, R. J., Peter, T., & Saewyc, E. M. (2017). Mental Health Disparities Among Canadian Transgender Youth. *The Journal Of Adolescent Health: Official Publication Of The Society For Adolescent Medicine*, 60(1), 44–49. cmedm. <https://doi.org/10/f9vk22>
- Vereinte Nationen. (1989). *Konvention über die Rechte des Kindes*. <https://www.kinderrechtskonvention.info/>
- Vlot, M. C., Klink, D. T., den Heijer, M., Blankenstein, M. A., Rotteveel, J., & Heijboer, A. C. (2017). Effect of pubertal suppression and cross-sex hormone therapy on bone turnover markers and bone mineral apparent density (BMAD) in transgender adolescents. *Bone*, 95, 11–19. <https://doi.org/10/f9ncmb>
- Vrouenraets, L. J. J. J., Fredriks, A. M., Hannema, S. E., Cohen-Kettenis, P. T., & de Vries, M. C. (2016). Perceptions of sex, gender, and puberty suppression: A qualitative analysis of transgender youth. *Archives of Sexual Behavior*, 45(7), 1697–1703. psych. <https://doi.org/10/f8zbgw>
- Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual Outcome of Gender-Dysphoric Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1413–1423. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31818956b9>
- Wallien, M. S. C., Swaab, H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *Journal of the American Academy of Child*, 46(10), 1307–1314. <https://doi.org/10/b8r2qf>
- Wanner, L., & Landsteiner, F. L. (2019). Schranken und Quadranten: Hegemoniale Diskurse und Praktiken zu Inter* und Trans* in der Psychotherapie. *Psychotherapie Forum*, 23(1–2), 67–74. <https://doi.org/10.1007/s00729-019-0122-1>
- Wapler, F. (2015). *Kinderrechte und Kindeswohl*. Mohr Siebeck.
- Wattel, L. L., Walsh, R. J., & Krabbendam, L. (2022). Theories on the Link Between Autism Spectrum Conditions and Trans Gender Modality: A Systematic Review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s40489-022-00338-2>
- Weill, A., Nguyen, P., Labidi, M., Cadier, B., Passeri, T., Duranteau, L., Bernat, A.-L., Yoldjian, I., Fontanel, S., Froelich, S., & Coste, J. (2021). Use of high dose cyproterone acetate and risk of intracranial meningioma in women: Cohort study. *BMJ*, 372. <https://doi.org/10.1136/bmj.n37>
- Wiesemann, C. (2020a). Ethisches Spannungsfeld – Kindeswohl – Kindeswillen. In A. Riedel & S. Lehmeier (Hrsg.), *Ethik im Gesundheitswesen* (S. 1–9). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58685-3_55-1

- Wiesemann, C. (2020b). Trans-Identität bei Kindern und Jugendlichen: Medizinethische Grundsätze für individuelle Behandlungsentscheidungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 69(6), 517–523. <https://doi.org/10.13109/prkk.2020.69.6.517>
- Wiesemann, C., Dörries, A., Wolfslast, G., Simon, A., & Akademie für Ethik in der Medizin (Hrsg.). (2003). *Das Kind als Patient: Ethische Konflikte zwischen Kindeswohl und Kindeswille: [... Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. „Das Kind als Patient“, die im Oktober 2002... in Tutzing stattfand]*. Campus Verlag.
- Wiesendanger, T. K. (2002). Grundlagen von Psychotherapie und Beratung bei schwulen und bisexuellen Männern. Gleich und doch anders. Psychotherapie und Beratung von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und ihren Angehörigen. In U. Rauchfleisch, J. Frossard, G. Waser, K. Wiesendanger, & W. Roth (Hrsg.), *Gleich und doch anders. Psychotherapie und Beratung von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und ihren Angehörigen* (S. 104–120). Klett-Cotta.
- Willemsen, L. A., Boogers, L. S., Wiepjes, C. M., Klink, D. T., van Trotsenburg, A. S. P., den Heijer, M., & Hannema, S. E. (2023). Just as Tall on Testosterone; a Neutral to Positive Effect on Adult Height of GnRHa and Testosterone in Trans Boys. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 108(2), 414–421. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgac571>
- Wilson, E. C., Chen, Y.-H., Arayasirikul, S., Raymond, H. F., & McFarland, W. (2016a). The Impact of Discrimination on the Mental Health of Trans*Female Youth and the Protective Effect of Parental Support. *AIDS and Behavior*, 20(10), 2203–2211. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1409-7>
- Wilson, E. C., Chen, Y.-H., Arayasirikul, S., Raymond, H. F., & McFarland, W. (2016b). The Impact of Discrimination on the Mental Health of Trans*Female Youth and the Protective Effect of Parental Support. *AIDS And Behavior*, 20(10), 2203–2211. cmedm. <https://doi.org/10/f849bp>
- Wong, W. I., van der Miesen, A. I. R., Li, T. G. F., MacMullin, L. N., & VanderLaan, D. P. (2019). Childhood social gender transition and psychosocial well-being: A comparison to cisgender gender-variant children. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 241–253. <https://doi.org/10/ggj3f6>
- World Health Organization. (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*.
- World Health Organization. (2022). *The global standard for diagnostic health information. ICD-11: International Classification of Diseases, 11th Revision*. <https://icd.who.int/en>

- Ybarra, M. L., Mitchell, K. J., & Kosciw, J. (2015). The relation between suicidal ideation and bullying victimization in a national sample of transgender and non-transgender adolescents. In P. Goldblum, D. L. Espelage, J. Chu, & B. Bongar (Hrsg.), *Youth suicide and bullying: Challenges and strategies for prevention and intervention*. (2014-22830-012; S. 134–145). Oxford University Press; psych. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2014-22830-012&lang=de&site=ehost-live>
- Zhang, Q., Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Hashemi, L., Kreukels, B., Motmans, J., Snyder, R., & Coleman, E. (2020). Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data. *International Journal of Transgender Health, 21*(2), 125–137. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1753136>
- Zhang, Q., Rechler, W., Bradlyn, A., Flanders, W. D., Getahun, D., Lash, T. L., McCracken, C., Nash, R., Panagiotakopoulos, L., Roblin, D., Sandberg, D. E., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Vupputuri, S., & Goodman, M. (2021). Changes in Size and Demographic Composition of Transgender and Gender Non-Binary Population Receiving Care at Integrated Health Systems. *Endocrine Practice, 27*(5), 390–395. <https://doi.org/10.1016/j.eprac.2020.11.016>
- Zhou, J.-N., Hofman, M. A., Gooren, L. J. G., & Swaab, D. F. (1995). A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature, 378*(6552), 68–70. <https://doi.org/10.1038/378068a0>
- Zubiaurre-Elorza, L., Junque, C., Gomez-Gil, E., Segovia, S., Carrillo, B., Rametti, G., & Guillamon, A. (2013). Cortical Thickness in Untreated Transsexuals. *Cerebral Cortex, 23*(12), 2855–2862. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhs267>
- Zucker, K. J. (2005). Measurement of psychosexual differentiation. [Review] [97 refs]. *Archives of Sexual Behavior, 34*(4), 375–388.
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., Wood, H., Singh, D., & Choi, K. (2012). Demographics, behavior problems, and psychosexual characteristics of adolescents with gender identity disorder or transvestic fetishism. *Journal Of Sex & Marital Therapy, 38*(2), 151–189. cmedm. <https://doi.org/10/gf8vrc>
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., & Sanikhani, M. (1997). Sex differences in referral rates of children with gender identity disorder: Some hypotheses. *Journal of Abnormal Child Psychology, 25*(3), 217–227. <https://doi.org/10/bbvz4>
- Zucker, K. J., Owen, A., Bradley, S. J., & Ameeriar, L. (2002). Gender-dysphoric children and adolescents: A comparative analysis of demographic characteristics and behavioral problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 7*(3), 398–411. psych. <https://doi.org/10/c7c68b>

- Zucker, K. J., Wood, H., Singh, D., & Bradley, S. J. (2012a). A Developmental, Biopsychosocial Model for the Treatment of Children with Gender Identity Disorder. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 369–397. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653309>
- Zucker, K. J., Wood, H., Singh, D., & Bradley, S. J. (2012b). A Developmental, Biopsychosocial Model for the Treatment of Children with Gender Identity Disorder. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 369–397. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653309>
- Zucker, K. J., Wood, H., Singh, D., & Bradley, S. J. (2012c). A developmental, biopsychosocial model for the treatment of children with gender identity disorder. *Journal Of Homosexuality*, 59(3), 369–397. <https://doi.org/10/gf536p>
- Zuger, B. (1978). Effeminate behavior present in boys from childhood: Ten additional years of follow-up. *Comprehensive Psychiatry*, 19(4), 363–369.
- Zuger, B. (1984). Early effeminate behavior in boys. Outcome and significance for homosexuality. *Journal of Nervous*, 172(2), 90–97

Vorläufige Leitlinie zur Kommentierung

ANHANG:

DIVERGIERENDE

BEHANDLUNGSEMPFEHLUNGEN IN ANDEREN LÄNDERN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE MIT GESCHLECHTSINKONGRUENZ

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Übersicht..... | 2 |
| Australien & Neuseeland: RANZCP..... | 4 |
| England (ohne Schottland, Wales und Nordirland): NHS England..... | 5 |
| Finnland: Palveluvalikoima..... | 9 |
| Frankreich: Académie nationale de médecine..... | 11 |
| Norwegen 1: Helsedirektoratet..... | 13 |
| Norwegen 2: UKOM..... | 15 |
| Schweden: SBU & Socialstyrelsen..... | 18 |
| USA: American Academy of Pediatrics..... | 21 |
| Quellen..... | 22 |
| Tabellen zu den DELBI-Bewertungen..... | 25 |

Übersicht

In den vergangenen Jahren ist zunehmend zu beobachten, dass in Medienberichten über Diskurse in anderen Ländern von einer begonnenen oder für die Zukunft angekündigten deutlich restriktiveren Haltung bei Behandlungsempfehlungen für Jugendliche die Rede ist. Insbesondere für die Behandlung mit Pubertätsblockern werden dabei vermehrt deutliche Restriktionen berichtet. Dabei wird in Presseberichten teilweise der Eindruck erweckt, die Behandlung mit Pubertätsblockern sei in anderen europäischen Ländern mittlerweile komplett gestoppt oder “gebannt” worden. Letzteres trifft innerhalb westlicher Industrienationen für republikanisch regierte Staaten in den USA zu, wo zunehmend *gesetzliche Verbote* für hormonelle Behandlungen bei Jugendlichen erlassen worden sind und für die Zukunft weiter angekündigt sind. In Deutschland wird ein solches *gesetzliches Verbot* bisher nur von der AFD gefordert..

In den Ländern Finnland, Schweden sowie für den National Health Service England (nicht für Großbritannien insgesamt) sind für die Behandlungspraxis relevante und teils verbindliche Änderungen bei diesbezüglichen Empfehlungen erfolgt bzw. für die Zukunft angekündigt, die insbesondere für die Anwendung von Pubertätsblockern eingeschränktere Voraussetzungen fordern als in den Empfehlungen aktueller internationaler Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften sowie unserer Leitlinie. Im folgenden Kapitel wird der zum Zeitpunkt der Fertigstellung dieser Leitlinie aktuelle Stand zu Behandlungsempfehlungen in mehreren anderen Ländern differenziert dargestellt, die von den konsentierten Empfehlungen unserer Leitlinie nennenswert abweichen. Dabei wird insbesondere nach herausgebender Institution, Art und Bedeutung des jeweiligen Dokuments und der hinter der Empfehlung stehenden Methodik unterschieden (Art und Zusammensetzung des Gremiums, systematische Literatursichtung, strukturierte Konsensfindung etc.).

Tab 1:

Auflistung divergierender Behandlungsempfehlungen in anderen Ländern

| Herkunftsland | Herausgebende Institution | Art der Institution | Art der Veröffentlichung |
|-------------------------|--|--|---|
| Australien & Neuseeland | Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP) | medizinische Fachgesellschaft für Psychiatrie und Kijū-Psychiatrie | <i>Unverbindliche</i> Stellungnahme |
| England | NHS England | (Beauftragung vom) nationalen Gesundheitsdienst | Unabhängiges Review & <i>verbindliche</i> Leistungsbeschreibung für künftige medizinische Behandlungszentren in England |
| Finnland | Palveluvalikoima (Council for Choices in Health Care in Finland) | staatliche Stelle | <i>Verbindliche</i> nationale Behandlungsempfehlungen |
| Frankreich | Académie nationale de médecine | Gelehrtenegesellschaft von Mediziner*innen verschiedener Fachrichtungen; keine staatliche oder halbstaatliche Organisation | Pressemitteilung (<i>unverbindlich</i>) |
| Norwegen (1) | Helsedirektoratet | Nationale Gesundheitsbehörde | <i>Verbindliche</i> nationale Leitlinie zur Organisation der betreffenden Gesundheitsdienste |
| Norwegen (2) | Statens undersøkelseskomisjon for helse-og omsorgstjenesten (UKOM) | die Regierung beratende halbstaatliche Organisation | Bericht mit <i>unverbindlichen</i> Empfehlungen |
| Schweden | Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) & Socialstyrelsen | beide autonome staatliche Stellen | Review & „Wissensbasis“ mit <i>verbindlichen</i> Empfehlungen |
| USA | American Academy of Pediatrics | größte kinder- und jugendärztliche Fachgesellschaft der USA | Grundsatzerklärung („Policy Statement“, <i>unverbindlich</i>) |

Australien & Neuseeland: RANZCP

Dokument:

Recognising and addressing the mental health needs of people experiencing Gender Dysphoria / Gender Incongruence

Herausgebende Institution:

Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP; Australien & Neuseeland; medizinische Fachgesellschaft für Psychiatrie und KiJu-Psychiatrie)

Autor*innen & Jahr:

Keine Autor*innen genannt (2021)

Art der Publikation:

Unverbindliche Stellungnahme

Beteiligung von Expert*innen und Fachgesellschaften

Da keine Beteiligten namentlich genannt werden, kann die Expertise der Autor*innen nicht eingeschätzt werden. Es ist keine Anhörung oder Beteiligung von Expert*innen für Geschlechtsdysphorie bei KiJu erkennbar.

Die Herausgeberin selbst ist eine medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft. Eine Konsultation von anderen Fachgesellschaften (z.B. für Endokrinologie oder Pädiatrie) ist nicht erkennbar.

Abweichende Empfehlungen:

Keine abweichenden Empfehlungen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen erkennbar.

Auch wenn die Stellungnahme z.T. in Sekundärquellen als besonders „vorsichtig“ berichtet wird, z.B. im British Medical Journal von Block (2023), lassen sich keine abweichenden Empfehlungen erkennen.

Begründung für Empfehlungen:

Entfällt

Konsensstärke

Nicht angegeben

Zusammenfassende DELBI-Bewertung

Kann entfallen, weil keine abweichenden Empfehlungen formuliert

Methodenkritische Bewertung der abweichenden Empfehlungen

Kann entfallen, weil keine abweichenden Empfehlungen formuliert

England (ohne Schottland, Wales und Nordirland): NHS England

Dokument:

Independent review of gender identity services for children and young people: Interim report. February 2022 („Cass Interim Report“) & Interim service specification: Interim specialist service for children and young people with gender incongruence. Erste Spezifizierung, Juni 2023

Herausgebende Institution:

NHS England

Autor*innen & Jahr:

Cass, H. (2022) & für die Interim service specification nicht genannt

Art der Publikation:

Unabhängiges Review „von außen“ & Leistungsbeschreibung für ein medizinisches Zentrum mit Empfehlungen für die künftige fachliche organisatorische Ausrichtung der Versorgung

Beteiligung von Expert*innen und Fachgesellschaften

Die für das unabhängige Review beauftragte Medizinerin Hillary Cass gilt als eine wissenschaftlich renommierte Kinder- und Jugendärztin, gleichwohl ohne ausgewiesene spezielle klinische oder wissenschaftliche Expertise im Bereich Geschlechtsdysphorie bei Kijū. Laut Bericht arbeitete ein interdisziplinäres Gremium am Bericht mit, dessen Mitglieder nicht öffentlich bekannt sind. Expert*innen aus dem Bereich der Gesundheitsversorgung von Kijū mit Geschlechtsdysphorie sind darin nicht vertreten, was der Konzeption eines unabhängigen und externen Reviews entspricht. Klinische Experten aus der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie wurden laut Bericht angehört, ebenso wie Behandlungssuchende und deren Angehörige sowie Elternorganisationen. Es ist dabei unklar, wer an diesen Anhörungen beteiligt wurde. In einem im Internet veröffentlichten offenen Brief haben bisherige Mitarbeitende der Tavistock Clinic beklagt, dass sie in diesem Anhörungsprozess nicht beteiligt wurden. Die aktuellen Empfehlungen basieren somit nicht auf einem strukturierten Konsens klinischer Expert*innen. Eine Konsultation oder Beteiligung von Fachgesellschaften ist nicht erkennbar. Auch ist nicht erkennbar, ob die konsultierten Expert*innen durch Fachgesellschaften mandatiert wurden.

Methodisches Vorgehen:

- Grundlage der **Evidenzbewertung** sind methodisch hochwertige unabhängige systematische Literatur-Reviews des National Institute for Health and Care Excellence („NICE“) nach Kriterien der evidenzbasierten Medizin (NICE, 2020a, 2020b). Deren Ergebnis: für Pubertätssuppression und geschlechtsangleichende Hormonbehandlungen ist die vorliegende Evidenz vorwiegend aufgrund methodischer Limitationen (nur Kohortenstudien ohne Kontrollgruppen, mögliche Selektionseffekte durch idealtypisches Sampling etc.) als schwach bzw. „sehr unsicher“ („very low certainty“) einzustufen.
- Allerdings: Die Bewertung der Evidenzlage erfolgte ausschließlich unter methodischen Gesichtspunkten anhand international anerkannter Kriterien evidenzbasierter Medizin. Bei den daraus abzuleitenden klinischen Empfehlungen ist bislang keine Einbindung ausgewiesener klinischer Erfahrungsexpertise erfolgt, obwohl dies als Anspruch im Cass Review explizit formuliert wird. Dort wird ausgeführt, dass solange die Evidenz unsicher sei, ein möglichst breiter Konsens klinischer Expertinnen und Experten als Grundlage für vorläufige Behandlungsempfehlungen anzustreben sei, deren Umsetzung zudem als „learning system“ angelegt werden sollte. Letzteres sollte gewährleistet werden durch 1. Fortlaufenden klinischen Erfahrungsaustausch unter vernetzten Behandlungszentren, 2. Fortlaufende Evaluation durch klinische Follow-Up-Studien.

Abweichende Empfehlungen:

1. Externe Reviews von medizinischen Behandlungsentscheidungen bzgl. Pubertätsblockade und Hormonen sowie deren Dokumentation im Einzelfall vor Behandlungsbeginn durch ein fachfremdes externes Kontrollgremium, welches interdisziplinär aus Medizinern und Juristen zusammengesetzt wird.¹
2. Ankündigung, dass Behandlungen mit Pubertätsblockern künftig nur noch im Rahmen klinischer Studien durchgeführt werden sollen, für die ein Studiendesign noch zu entwickeln ist.
3. Empfehlung für eine standardisierte Erhebung von Follow-Up-Daten im Langzeitverlauf bei allen Behandlungen von Geschlechtsdysphorie bei KiJu, bei Hormonbehandlung auch Follow-Up in das Erwachsenenalter, um langfristig Datenlage zu verbessern („Behandlungszentren als *learning system*“).
4. Behandlung mit geschlechtsangleichenden Hormonen frühestens ab einem Alter von 16 Jahren.
5. Behandlung mit geschlechtsangleichenden Hormonen nur nach mindestens 12 Monaten Pubertätsblockade auch bei älteren Jugendlichen.

Begründung für Empfehlungen:

ad1 In der Vergangenheit sei in der Tavistock Clinic die Dokumentation über die Aufklärung und die Entscheidungsfindung z.T. lückenhaft gewesen. Da auf ihr aber die Indikation bei unsicherer Evidenzlage beruhe, sei sie essenziell. Die Dokumentation solle sich an den internationalen Standards orientieren, wie z.B. der Leitlinie der Endocrine Society (Hembree et al., 2017).

ad2 Die Evidenz bzgl. der Behandlung von KiJu mit Geschlechtsdysphorie sei noch nicht eindeutig genug, weswegen die Durchführung der Behandlungen in wissenschaftlichen Studien notwendig sei.

ad3 Wie ad 2.

ad4 Keine explizite Begründung angegeben. Es ist zu vermuten, dass sich das Alter auf das ursprüngliche *dutch protocol* bezieht, in welchem ab 16 Jahren geschlechtsangleichende Hormone verschrieben wurden.

ad5 Keine explizite Begründung angegeben. Auch hier ist zu vermuten, dass sich die Bedingung auf das ursprüngliche *dutch protocol* bezieht und als sinnvoll angesehen wird, den Jugendlichen Zeit zu geben, die Entscheidung für oder gegen eine geschlechtsangleichende Behandlung zu treffen.

¹ Diese externen Reviews wurden vom NHS England nach der juristischen Klage einer jungen Frau gegen die Tavistock Clinic (Fall „Bell gegen Tavistock“) vorsorglich eingerichtet, um gegen künftige Klagen dieser Art besser geschützt zu sein. Die ehemalige Patientin der Klinik hatte auf der Basis einer diagnostizierten Geschlechtsdysphorie und dem erklärten Wunsch, im männlichen Geschlecht zu leben, im Alter von 17 Jahren (!) erstmals Pubertätsblocker erhalten, gefolgt von einer im Alter von 18 Jahren begonnenen Testosterontherapie. Im Alter von 20 Jahren ließ sie eine Mastektomie an sich vornehmen. Mehrere Jahre später vollzog sie eine Detransition und bereute ihre früheren Behandlungsentscheidungen. Sie erhob zudem öffentliche Vorwürfe gegen ihre früheren Behandler, diese hätten zu wenig auf ihre damaligen anderweitigen psychischen Probleme geachtet, die sie als Jugendliche gehabt habe. Juristisch ging es in dem Verfahren nicht um den Vorwurf einer fehlerhaften medizinischen Behandlung, sondern lediglich um die Frage, ob bei der damals 17jährigen Patientin eine rechtswirksame eigenständige Einwilligungsfähigkeit für die Behandlung mit Pubertätsblockern angenommen werden konnte. Die Klägerin bekam in der ersten Instanz recht, was in der internationalen Presseberichterstattung großes Aufsehen erregte. Das erstinstanzliche Urteil wurde vom zuständigen Berufungsgericht (Court of Appeals) gerügt und vollständig revidiert, was letztinstanzlich vom Supreme Court bestätigt wurde. In der internationalen Presse wurde über diesen weiteren Verlauf kaum berichtet. Ungeachtet einer laut Medienberichten zu erwartenden Klagewelle mit ähnlich gelagerten Fällen wurden bislang keine weiteren Fälle von Klagen bekannt. Gleichwohl hat dieser Einzelfall in der medizinischen Fachwelt eine vermehrte Sensibilisierung für die Frage angestoßen, wie mit der Möglichkeit einer späteren Detransition bei der Vorbereitung von Behandlungsentscheidungen im Jugendalter angemessen umzugehen ist.

Konsensstärke

Nicht angegeben, Zusammensetzung

Zusammenfassende DELBI-Bewertung (Bewertungssystem für Leitlinien)

| <i>Geltungsbereich & Zweck</i> | <i>Beteiligung</i> | <i>Methodische Exaktheit</i> | <i>Klarheit</i> | <i>Generelle Anwendbarkeit</i> | <i>Redaktionelle Unabhängigkeit</i> | <i>Anwendbarkeit in Deutschland</i> |
|------------------------------------|--------------------|------------------------------|-----------------|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 0,66 | 0,42 | 0,48 | 0,33 | 0,33 | 0,17 | 0,44 |

Kritische Bewertung der abweichenden Empfehlungen

Die wichtigste Einschränkung bezüglich der Empfehlungen ist, dass es sich um einen *Interim Report* bzw. *Service Specification* handelt und er sich explizit zu den meisten klinischen Fragen noch einer abschließenden Bewertung enthält. Die getroffenen Empfehlungen betreffen fast ausschließlich organisatorische Fragen. Hierbei wird vor allem die spärliche Datenbasis angeführt, welche durch die methodisch hochwertigen Evidence Reviews des NICE (2020a, 2020b) herausgestellt wird. Eine Einschränkung, welche eventuell auch im Final Report relevant sein könnte, ist die Unklarheit bezüglich der Art der Entscheidungsfindung. Es wurden zahlreiche Interviews mit Behandler*innen, Patient*innen und Bezugspersonen durchgeführt. Es ist aber nicht klar, wie daraus und aus den Evidenzreviews systematisch Empfehlungen abgeleitet werden. Es wird kein Konsensverfahren angegeben und wichtige Fachgruppen (z.B. KiJu-Psychiatrie) werden nicht direkt in der Empfehlungsfindung beteiligt. Weder auf nationaler Ebene, noch auf internationaler Ebene wurden ausgewiesene Expert*innen mit klinischer Erfahrung in der Behandlung von Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie beratend eingebunden. Darüber hinaus wäre zu erwarten, dass Erklärungen bzgl. der Finanzierung und bzgl. Interessenskonflikten der Beteiligten abgegeben werden. So wurde von Prof. G. Butler, einem führenden pädiatrischen Endokrinologen des UK, öffentlich kritisiert, dass die beiden neu benannten Behandlungszentren in England, die künftig die Versorgung übernehmen sollen, beide institutionell mit dem früheren Arbeitgeber von Hillary Cass verflochten seien (Zitat, Quelle Gary Butler).

- a. Die Empfehlung eines „externen Reviews“ als Qualitätssicherungsmaßnahme zur Erhöhung der Patientensicherheit scheint unüblich und vermutlich von der speziellen Lage in England geprägt. Dort existierte seit Jahrzehnten nur ein spezialisiertes Behandlungszentrum, welches im April 2024 geschlossen werden soll. Dem dort gewachsenen Behandlungsmonopol scheint mit großem Misstrauen begegnet zu werden. In anderen Leitlinien wird dem Thema üblicherweise mit Empfehlungen zu Qualifikationsanforderungen für beteiligte Fachpersonen begegnet. In anderen medizinischen Kontexten sind als praktikable Vorgehensweisen z.B. ein Vier-Augen-Prinzip oder die Einholung einer unabhängigen fachlichen Zweitmeinung zur Absicherung einer Indikation üblich.
- b. Die geplante Erhebung von Daten zu Langzeit-Follow-Ups erscheint sinnvoll zur Verbesserung der Evidenzbasis, soweit dabei die Patient*innenrechte gewahrt bleiben und forschungs- und medizinethische Gesichtspunkte berücksichtigt werden.
- c. Die Altersbegrenzung auf „ab etwa 16 Jahren“ bildet sich z.T. in den Behandlungsprotokollen der Studien ab, die im NICE-Review rezipiert wurden (insb. im *dutch protocol*). Sie gilt gleichwohl als veraltet und wird in neueren internationalen Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften durchweg nicht mehr empfohlen (siehe Kapitel zu Indikationsstellungen).
- d. Auch die Übernahme der Empfehlung, auch bei älteren Jugendlichen, deren Reifeentwicklung weit fortgeschritten ist, zwingend mindestens 12 Monate eine Pubertätsblockade durchzuführen, bevor eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung im Jugendalter empfohlen werden kann, gilt als veraltet und ist in neueren Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften nicht mehr

enthalten (siehe Kapitel zu Indikationsstellungen). Dieses Vorgehen erhöht bei älteren Jugendlichen das Risiko menopausaler Nebenwirkungen erheblich. Damit fällt die Nutzen-Risiko-Bewertung der Pubertätsblockade deutlich negativer aus (Pang et al., 2022)², was in England, wo diese Praxis bis heute verbindlich vorgeschrieben ist, dazu beigetragen haben dürfte, dass die Behandlung mit Pubertätsblockern besonders in die Kritik geraten ist .

Vorläufige Leitlinie zur Kommentierung

1. ² Pang, K. C., Wiggins, J., & Telfer, M. M. (2022). Gender identity services for children and young people in England. *bmj*, 377. <https://doi.org/10.1136/bmj.o825>

Finnland: Palveluvalikoima

Dokument:

Alaikäisten sukupuoli-identiteetin variaatioihin liittyvän dysforian lääketieteelliset hoitomenetelmät (Medizinische Behandlung von Dysphorie im Zusammenhang mit Geschlechtsidentitätsvarianten bei Minderjährigen)

Herausgebende Institution:

Palveluvalikoima (Council for Choices in Health Care in Finland; Finnland; staatliche Behörde.

Autor*innen & Jahr:

Lohiniva-Kerkelä, M. et al. (2020)

Art der Publikation:

Verbindliche nationale Behandlungsempfehlungen

Beteiligung von Expert*innen und Fachgesellschaften

Die Autor*innen selbst sind keine Expert*innen für die Behandlung von KijU mit Geschlechtsdysphorie. Expert*innen aus dem Bereich der Gesundheitsversorgung von KijU mit Geschlechtsdysphorie wurden beratend eingebunden. Die Empfehlungen selbst wurden offenbar ohne ihre direkte Beteiligung und nicht durch Expert*innenkonsens formuliert.

Eine Konsultation oder Beteiligung von Fachgesellschaften ist nicht erkennbar. Auch ist nicht erkennbar, dass die konsultierten Expert*innen durch Fachgesellschaften mandatiert wurden.

Abweichende Empfehlungen:

1. Spezifische Behandlung von Geschlechtsinkongruenz bei KijU nur in spezialisierten Forschungszentren (Helsinki und Tampere), nachdem etwaige psychische Störungen (durch Behandlung) ausgeräumt sind
2. Pubertätsblockade „von Fall zu Fall nach sorgfältiger Abwägung und angemessenen diagnostischen Tests“ möglich
3. Geschlechtsangleichende Hormonbehandlung im Einzelfall unter folgenden Bedingungen:
 - I. klinische Einschätzung, dass Geschlechtsdysphorie persistent,
 - II. schwere Dysphorie vorhanden,
 - III. Einwilligungsfähigkeit gegeben und
 - IV. keine Kontraindikationen
4. keine geschlechtsangleichenden OPs vor dem 18. Lj. (einschließlich Mastektomien)

Begründung für Empfehlungen:

- a. Es könne Ungewissheit über Geschlechtsidentität im Jugendalter bestehen. Angenommene Veränderungen innerhalb der Zielgruppe implizierten besondere Vorsicht.
- b. Evidenz aus Datenbasis zu Risiken von Pubertätsblockade, Hormonen und geschlechtsangleichenden OPs bei Minderjährigen sei zu gering. Darum seien irreversible Maßnahmen vor dem 18. Lebensjahr eher nicht zu empfehlen.
- c. Die finanziellen Kosten einer körpermedizinischen Behandlung seien erheblich. Eine öffentlich finanzierte Behandlung sei nur zu rechtfertigen, wenn der Nutzen als höher gegenüber den Risiken und Kosten nachgewiesen sei. Dies heiße nicht, dass eine solche Behandlung unethisch wäre.

Konsensstärke

Nicht angegeben

Zusammenfassende DELBI-Bewertung

| <i>Geltungsbereich & Zweck</i> | <i>Beteiligung</i> | <i>Methodische Exaktheit</i> | <i>Klarheit</i> | <i>Generelle An- wendbarkeit</i> | <i>Redaktionelle Unabhängigkeit</i> | <i>Anwendbarkeit in Deutschland</i> |
|--|--------------------|----------------------------------|-----------------|--------------------------------------|---|---|
| 0,56 | 0,25 | 0,33 | 0,58 | 0,33 | 0 | 0,22 |

Methodenkritische Bewertung der abweichenden Empfehlungen

Insgesamt eine mittelmäßig qualitative Methodik zur Einschätzung. Es wurden systematische Reviews durchgeführt und eine ethische Analyse in Auftrag gegeben. Das Review wurde methodisch z.T. nicht angemessen durchgeführt oder dokumentiert (z.B. keine Kriterien für Ein- oder Ausschluss von Studien in Review nach gut dokumentierter systematischer Literaturrecherche). Als besonders problematisch zeigt sich hier, dass die Methoden der Konsensfindung bezüglich der Empfehlungen nicht dargestellt werden. Die Empfehlungen können weder aus dem Literaturreview abgeleitet werden, noch ist der Prozess ihrer Formulierung und ggf. Abstimmung transparent. Es werden keine Evidenzgrade oder Konsensstärken für die Empfehlungen angegeben. Weder Betroffene noch klinische Experten wurden direkt im Erarbeitungsprozess beteiligt. Es ist keine redaktionelle Unabhängigkeit dokumentiert.

ada Eine Veränderung der Population wird angenommen ohne Biases in der Erhebung und Inanspruchnahme zu berücksichtigen.

adb Körpermedizinische Maßnahmen werden als in der Regel zu risikoreich eingeschätzt, wenn sie irreversibel seien. Es findet keine ethische Abwägung gegenüber den Risiken des Unterlassens bei fehlender Behandlungsalternative statt (Steigerung der Geschlechtsdysphorie durch fortschreitende Reifeentwicklung mit lebenslangen Folgen).

adc Es ist hervorzuheben, dass in der ethischen Analyse hervorgehoben wird, dass unter medizinisch-ethischen Gesichtspunkten eine weitergehende Behandlung gerechtfertigt sein kann. Die Zurückhaltung bezüglich körpermedizinischer Maßnahmen leite sich insb. aus dem Prinzip ab, dass öffentlich finanzierte Behandlungen einen erwiesenen Nutzen und Effizienz benötigten und bei einer Situation mit unklaren Risiken einer Behandlung und ebenso unklaren Risiken bei Nichtbehandlung die Nichtbehandlung vorzuziehen sei. Es ist also vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Zielsetzungen (bestmögliche Patient*innenversorgung durch eine Leitlinie gegenüber Rechtfertigung von Kostenerstattung von Gesundheitsleistungen hier) keine Übertragbarkeit der Empfehlungen auf medizinische Leitlinien gegeben.

Frankreich: Académie nationale de médecine

Dokument:

La médecine face à la transidentité de genre chez les enfants et les adolescents (Die Medizin im Umgang mit Transidentität des Geschlechts bei Kindern und Jugendlichen)

Herausgebende Institution:

Académie nationale de médecine (Frankreich; Sich selbst rekrutierende Gelehrten-gesellschaft von Mediziner*innen verschiedener Fachrichtungen in Frankreich; keine staatliche oder halbstaatliche Organisation, keine erkennbare Beteiligung klinischer Experten, keine erkennbare Beteiligung des Fachgebiets der Kinder- und Jugendpsychiatrie)

Autor*innen & Jahr:

Keine genannt (2022)

Art der Publikation:

Pressemitteilung

Beteiligung von Expert*innen und Fachgesellschaften

Es ist keine spezifische Expertise für die Gesundheitsversorgung von KiJu mit Geschlechtsdysphorie in der beschließenden Gruppe erkennbar. Expert*innen wurden nicht erkennbar angehört.

Die Herausgeberin selbst ist eine selektive medizinische Gelehrten-gesellschaft ohne spezielle medizinische Disziplin. Eine Konsultation von Fachgesellschaften (z.B. für Endokrinologie oder Pädiatrie) ist nicht erkennbar.

Abweichende Empfehlungen:

1. Vorsicht bei Entscheidung bzgl. GnHR-Analoga und Hormonen
2. Vorsicht bzgl. sozialer Medien bei KiJu mit Geschlechtsinkongruenz, unter der Annahme, dass der Einfluss sozialer Medien im Sinne der Beeinflussung Jugendlicher an den steigenden Prävalenzzahlen von Geschlechtsdysphorie im Jugendalter beteiligt sei („rapid onset gender dysphoria“).

Begründung für Empfehlungen:

- Anstieg von Inanspruchnahme von Behandlung und Prävalenz von Geschlechtsinkongruenz bei KiJu
 - „phénomène d’allure épidémique“ („epidemieartiges Phänomen“)
- mögliche Gründe für Anstieg: Einfluss von sozialen Medien, höhere Akzeptanz, Einfluss von peers; Gefahr von Über-Diagnosen
 - „problématique avant tout sociale“ („vor allem soziales Problem“)
 - Quelle: Littman (2018)
- Nebenwirkungen und Risiken von Behandlung mit Pubertätsblockern oder Hormonen
 - keine wissenschaftliche Quelle angegeben

Konsensstärke

Mehrheitliche Empfehlung (74,7% bei 59 Ja-Stimmen, 20 Nein-Stimmen, 13 Enthaltungen)

Zusammenfassende DELBI-Bewertung

| Geltungsbereich & Zweck | Beteiligung | Methodische Exaktheit | Klarheit | Generelle Anwendbarkeit | Redaktionelle Unabhängigkeit | Anwendbarkeit in Deutschland |
|-------------------------|-------------|-----------------------|----------|-------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 0,22 | 0 | 0,05 | 0,25 | 0 | 0 | 0,06 |

Methodenkritische Bewertung der abweichenden Empfehlungen

Insgesamt liegt den Empfehlungen keine systematische Literaturrecherche oder -bewertung zugrunde. Sie wurden bei einer mittleren Konsensstärke verabschiedet. Es ist außerdem durch die fehlende Angabe von Autor*innen keine thematische Expertise ersichtlich.

ad1 Für eine gegenüber den fachlichen Empfehlungen aktueller internationaler Leitlinien restriktivere Vorsicht (Coleman et al., 2022) berichtet das Papier keine Evidenzbasis.

ad2 Es wird als alleinige Quelle Littman (2018) für diese Empfehlung genannt, diese nur sehr begrenzt aussagefähige Studie wurde zuvor aber nicht erkennbar methodenkritisch rezipiert (keine Befragung betroffener Jugendlicher, ausschließliche Befragung von Eltern, die zuvor international in ausgewiesenen trans-kritischen Foren rekrutiert wurden), sondern es wurden die Ergebnisse dieser einzigen Studie als empirische Fakten übernommen.

Anwendungsrelevanz für die Versorgungspraxis in Frankreich:

Es handelt sich bei dieser Erklärung um eine öffentliche Empfehlung eines Gelehrtenremiums, die keinerlei bindende Wirkung für die Anwendungspraxis hat. Nach schriftlicher Auskunft des führenden auf Jugendliche mit Geschlechtsdysphorie spezialisierten Behandlungszentrums für pädiatrische Endokrinologie (Prof. Dr. Med. Laetitia Martinerie, Endocrinologie et Diabetologie Pédiatrique, Hôpital Robert Debré, Paris) wird landesweit weiterhin nach den aktuellen internationalen Standards der WPATH (2022) behandelt. Es werde an der Neufassung einer akademisch legitimierten nationalen Praxisleitlinie durch transparent benannte Expertengremien in Vernetzung mit europäischen Fachgesellschaften gearbeitet. In Fachkreisen erhoffe man sich hiervon, dass sich dadurch die öffentliche Debatte wieder beruhigen werde.

Norwegen I: Helsedirektoratet

Dokument:

Kjønnsinkongruens. Nasjonal faglig retningslinje (Geschlechterinkongruenz. Nationale fachliche Leitlinie)

Herausgebende Institution:

Helsedirektoratet (Norwegen; nationale Gesundheitsbehörde)

Autor*innen & Jahr:

Roland, B. et al. (2021)

Art der Publikation:

Verbindliche nationale Leitlinie zur Organisation der betreffenden Gesundheitsdienste

Beteiligung von Expert*innen und Fachgesellschaften

Die Mitglieder der „Referenzgruppe“ selbst waren Expert*innen für die Behandlung von Geschlechtsdysphorie sowie Vertreter*innen von Betroffenen und somit direkt an der Erarbeitung der Leitlinie beteiligt. Eine Konsultation oder Beteiligung von Fachgesellschaften ist nicht erkennbar. Auch ist nicht erkennbar, dass die konsultierten Expert*innen durch Fachgesellschaften mandatiert wurden.

Abweichende Empfehlungen:

1. Diagnose der Geschlechtsinkongruenz durch alle Ärzt*innen und Psycholog*innen möglich. Indikation von körpermedizinischer Behandlung („Begutachtung“) durch interdisziplinäres Team mit pädiatrischer und sexologischer Expertise (z.B. durch KiJu-Psychiater*innen oder entsprechende Psycholog*innen).
2. Geschlechtsangleichende Hormone wird frühestens ab einem Alter von 16 Jahren empfohlen, zuvor ggf. Pubertätsblockade. Zustimmung der Erziehungsberechtigten ist zu jeder Behandlung bis zum 18. Lj. notwendig.
3. Geschlechtsangleichende Operationen grundsätzlich bei Minderjährigen ausgeschlossen. Ausnahmsweise Mastektomie möglich nach entsprechender Indikation und Zustimmung der Erziehungsberechtigten.
4. Die Gesundheitsversorgung von KiJu mit Geschlechtsinkongruenz sollte dezentral organisiert werden. Es sollte interdisziplinäre Spezialambulanzen auf Ebene der Regionen geben.
5. Ein nationales Qualitätsregister solle eingerichtet werden.

Begründung für Empfehlungen:

- Die Empfehlungen seien den internationalen Leitlinien (insb. WPATH, 2012 & Endocrine Society, 2017) entsprechend.
- Für die Altersgrenze von 16 Jahren für geschlechtsangleichende Hormone liegt keine explizite Begründung vor. Es ist davon auszugehen, dass dies in Anlehnung an das ursprüngliche *dutch protocol* (de Vries et al., 2014) festgelegt wurde. Darüber hinaus sei die Zustimmung der Erziehungsberechtigten im norwegischen Recht bei irreversiblen Interventionen notwendig.
- Eine dezentrale, wohnortnähere Versorgung wird als hilfreich für die KiJu gesehen, gerade da ein unterstützendes breiteres Umfeld (Nachbarschaft, Schule etc.) wichtig für eine gesunde Identitätsentwicklung sei. Ein Qualitätsregister sei zur Vergrößerung der Wissensbasis und zur Qualitätssicherung sei wichtig.

Konsensstärke

Nicht berichtet

Zusammenfassende DELBI-Bewertung

| <i>Geltungsbereich & Zweck</i> | <i>Beteiligung</i> | <i>Methodische Exaktheit</i> | <i>Klarheit</i> | <i>Generelle An- wendbarkeit</i> | <i>Redaktionelle Unabhängigkeit</i> | <i>Anwendbarkeit in Deutschland</i> |
|--|--------------------|----------------------------------|-----------------|--------------------------------------|---|---|
| 0,22 | 0,58 | 0,05 | 0,50 | 0 | 0 | 0,19 |

Methodenkritische Bewertung der abweichenden Empfehlungen

Die Leitlinie adressiert überwiegend organisatorische Aspekte in der Versorgung von KJJu mit Geschlechtsinkongruenz. Sie ist trotz der Bezeichnung als Leitlinie nicht als klinische Leitlinie zu werten, was in ihr auch explizit erklärt wird. Den klinischen Empfehlungen liegt keine systematische Literaturrecherche oder -auswahl zugrunde. Es wird häufig auf die internationalen Standards of Care der WPATH (Coleman et al., 2012³) und der Endocrine Society (Hembree, 2017) verwiesen. Dies scheint gut nachvollziehbar. Es findet sich keine Beschreibung über die Art der Formulierung von Empfehlungen und Konsensfindung. Positiv zu werten ist der breite Einbezug von Fachgruppen und weiteren Interessensgruppen.

ad1 Diese Empfehlung für KJJu könnte als Widerspruch zu den neuen WPATH-SoC (Coleman et al., 2022) gewertet werden. Dort wird für die Indikationsstellung von körpermedizinischer Behandlung bei KJJu eine Einschätzung durch „mental health professionals“ (KJJu-Psychiater*in oder -Psycho-therapeut*in) nahegelegt. Dies ist in diesem Dokument nicht explizit festgehalten, sondern nur als Möglichkeit dargestellt. Es wird auf notwendige „sexologische“ Expertise verwiesen. Wenn dies als Abweichung zu den SoC zu verstehen ist, wäre dafür eine explizite Begründung wünschenswert gewesen.

ad2 Hierfür wird angeführt, dass im norwegischen Recht bei irreversiblen Behandlungen (wozu Hormonbehandlung gezählt wird) immer die Einwilligung der Erziehungsberechtigten notwendig sei. Damit wird ein strengeres Kriterium als nach den WPATH-SoC (Hembree et al., 2022) oder der deutschen Rechtslage etabliert.

ad3 Analog zu ad 2.

ad4 Die Vorteile einer dezentralen Gestaltung der spezifischen Gesundheitsversorgung (bessere Erreichbarkeit für Patient*innen, bessere Anbindung in das Lebensumfeld etc.) werden genannt. Es wäre auch eine Diskussion möglicher Nachteile oder Probleme wünschenswert gewesen (z.B. schwierigerer Aufbau von Expertise im Behandlungszentrum etc.).

ad5 Dies scheint unter Forschungsgesichtspunkten sinnvoll, soweit dabei die Patient*innenrechte gewahrt bleiben und forschungs- und medizinethische Gesichtspunkte berücksichtigt werden.

³ Die Neufassung der WPATH Standards of Care, Version 8 wurde 2022 publiziert, also 1 Jahr nach erscheinen dieser norwegischen Empfehlung.

Norwegen 2: UKOM

Dokument:

Pasientsikkerhet for barn og unge med kjønnsinkongruens (Patient*innensicherheit für Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsinkongruenz)

Herausgebende Institution:

Statens undersøkelseskomisjon for helse-og omsorgstjenesten (UKOM; die Regierung beratende halbstaatliche Organisation)

Autor*innen & Jahr:

Keine genannt (2023)

Art der Publikation:

Bericht mit unverbindlichen Empfehlungen (Phan, 2023), die eine Überarbeitung der bestehenden Leitlinien des Helsedirektoratet (Norwegen 1) empfiehlt.

Beteiligung von Expert*innen und Fachgesellschaften

Die Autor*innen selbst sind keine Expert*innen für die Behandlung von KiJu mit Geschlechtsdysphorie. Expert*innen aus dem Bereich der Gesundheitsversorgung von KiJu mit Geschlechtsdysphorie wurden befragt. Die Empfehlungen selbst wurden offenbar ohne ihre direkte Beteiligung und nicht durch Expert*innenkonsens formuliert.

Eine Konsultation oder Beteiligung von Fachgesellschaften ist nicht erkennbar. Auch ist nicht erkennbar, dass die konsultierten Expert*innen durch Fachgesellschaften mandatiert wurden.

Abweichende Empfehlungen:

1. Überarbeitung der nationalen Leitlinien (siehe „Norwegen 1: Helsedirektoratet“) und Ergänzung um insb. folgende Punkte
 - I. Definition der notwendigen Qualifikation der Diagnostiker*innen bzw. Behandelnden
 - II. Klarere Empfehlungen über Indikationen, Kontraindikationen, Bestimmung der Einwilligungsfähigkeit und Einbeziehung von Angehörigen
 - III. Klarere Empfehlungen über das Versorgungslevel (z.B. nationale Spezialzentren oder Primärversorger*innen)
2. Durchführung von Pubertätsblockade sowie geschlechtsangleichender Hormonbehandlung und Operationen bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz sollte künftig nur im Rahmen klinischer Studien empfohlen werden.
3. Einführung eines nationalen Qualitätsregisters für Pubertätsblockaden und geschlechtsangleichende Behandlungen.

Begründung für Empfehlungen:

- Es liege kein norwegisches systematisches Review über die Behandlung von Geschlechtsinkongruenz vor. Die nationale Leitlinie basiere nicht auf einem solchen und sei darum nicht evidenzbasiert. Die nationale Leitlinie lasse zu viel Interpretationsspielraum und sei deshalb nicht für die Anwendung geeignet.
- Zur Sicherheit sei bei der unklaren Datenlage die körpermedizinische Behandlung nur in klinischen Studien anzuwenden. Andere Interventionen (z.B. Beratung) seien weniger invasiv und darum vorzuziehen.
 - Die Studien zu Outcomes von körpermedizinischer Behandlung von KiJu mit Geschlechtsinkongruenz seien im Stichprobenumfang zu klein, mit zu kurzem Follow-Up und ohne Kontrollgruppe.

- Wegen der berichteten Zunahme der Inanspruchnahme und höherer psychischer Belastung könnten die Ergebnisse nicht auf aktuelle Kohorten übertragen werden.
- Es gebe nicht ausreichend Forschung über langfristige Nebenwirkungen.
- Die Generierung von fundiertem Wissen über Outcomes und Nebenwirkungen der Behandlung sei notwendig. Um solches zu generieren sei ein nationales Qualitätsregister und die Durchführung der Behandlungen in klinischen Studien sinnvoll.

Konsensstärke

Nicht angegeben

Zusammenfassende DELBI-Bewertung

| <i>Geltungsbereich & Zweck</i> | <i>Beteiligung</i> | <i>Methodische Exaktheit</i> | <i>Klarheit</i> | <i>Generelle Anwendbarkeit</i> | <i>Redaktionelle Unabhängigkeit</i> | <i>Anwendbarkeit in Deutschland</i> |
|------------------------------------|--------------------|------------------------------|-----------------|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 0,33 | 0,17 | 0,05 | 0,66 | 0 | 0 | 0,05 |

Kritische Bewertung der abweichenden Empfehlungen

Insgesamt liegt den Empfehlungen keine systematische Literaturrecherche oder -bewertung zugrunde. Es findet sich keine Beschreibung über die Art der Formulierung von Empfehlungen und Konsensfindung. Es ist außerdem durch die fehlende Angabe von Autor*innen keine thematische Expertise ersichtlich.

ad1 Der Bericht weist auf Unklarheiten in der Leitlinie des Helsedirektoratet hin. Diese Unklarheiten scheinen tatsächlich zum Teil gegeben. Beispielsweise bleibt unklar, ob das Hinzuziehen einer Fachkraft für psychische Gesundheit (KiJu-Psychiater*in oder -Psychotherapeut*in) bei KiJu optional ist oder ob dies nur für Erwachsene gilt. Bezüglich der Indikationskriterien wird in der norwegischen Leitlinie auf die internationalen Leitlinien verwiesen, was zunächst angemessen erscheint, da diese selbst wiederum evidenz- und konsensbasiert sind. Es ist nicht ersichtlich, warum ein eigenes norwegisches systematisches Review durchgeführt werden müsste. Es müsste allerdings eine methodenkritische Prüfung der herangezogenen internationalen Leitlinien vorgenommen werden, was tatsächlich in der norwegischen Leitlinie nicht der Fall ist. Dies ist auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass der Schwerpunkt der Leitlinie organisatorische und nicht im engeren Sinne klinische Fragen sind.

ad2 Es wird eine mangelnde Evidenz für Pubertätsblockade und geschlechtsangleichende Hormone angeführt. Korrekt ist, dass die norwegische Leitlinie des Helsedirektoratet die Evidenzbasis für bestimmte Empfehlungen nicht ausreichend diskutiert. Es wäre bei der Behauptung, dass allgemein nicht genug Evidenz vorliege und darum Behandlungen nur experimentell seien, notwendig gewesen, dass dann selbst ein *systematisches* Literaturreview durchgeführt wird und nicht selektiv Ergebnisse herangezogen werden. Zwar wird auf die Reviews der SBU (siehe „Schweden“) verwiesen, allerdings wird die dort dargestellte Evidenz kaum diskutiert, sondern nur auf die darauf basierenden Empfehlungen von Socialstyrelsen (siehe „Schweden“) referiert. Hier ist auch relevant, dass keinerlei Angaben über die Art der Konsensfindung gemacht werden. Wie die (anonymen) Autor*innen also diese Empfehlung aus der von ihnen rezipierten Evidenz kommen, bleibt offen.

ad3 Diese Forderung ist unter Gesichtspunkten der Forschung zu begrüßen, soweit dabei die Patient*innenrechte gewahrt bleiben und forschungs- und medizinethische Gesichtspunkte berücksichtigt werden. Die Empfehlung findet sich auch bereits in den Leitlinien des Helsedirektoratet.

Anwendungsrelevanz für die Versorgung:

Für die künftigen Behandlungsstandards in Norwegen sind nicht die UKOM-Empfehlungen maßgeblich, sondern weiterhin die bisherigen Leitlinien des Helsedirektoratet (Norwegen 1), die unter Einbindung interdisziplinärer klinischer Expertise überarbeitet werden sollen. Die Empfehlungen der UKOM sind dabei nicht bindend (Pham, 2023). Wie das Helsedirektoratet sich dazu verhalten wird, ist bis auf weiteres offen. Es ist erkennbar, dass es in der Debatte um eine angemessene Versorgung u.a. auch um die Hoheit über Versorgungsressourcen geht (zentrale oder dezentrale Versorgungsstrukturen). Die damit verbundenen Interessenkonflikte sind nicht vollständig von Argumentationen zur Strukturqualität der Versorgung zu trennen.

Vorläufige Leitlinie zur Kommentierung

Schweden: SBU & Socialstyrelsen

Dokument:

Hormonbehandling vid könsdysfori - barn och unga. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska aspekter (Hormonterapi bei Geschlechtsdysphorie - Kinder und Jugendliche. Eine systematische Überprüfung und Bewertung der medizinischen Aspekte) & Vård av barn och ungdomar med könsdysfori. Nationellt kunskapsstöd med rekommendationer till profession och beslutsfattare (Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie. Nationale Wissensbasis mit Empfehlungen für Fachleute und Entscheidungsträger)

Herausgebende Institution:

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) & Socialstyrelsen (beide autonome staatliche Stellen)

Autor*innen & Jahr:

Kriström, B. et al. (2022) & Bodin, M. et al. (2022)

Art der Publikation:

Review & „Wissensbasis“ mit verbindlichen Empfehlungen

Beteiligung von Expert*innen und Fachgesellschaften

In den „Empfehlungsgruppen“ waren Expert*innen für die Behandlung von KiJu mit Geschlechtsdysphorie vertreten. Außerdem wurden Expert*innen aus dem Bereich der Gesundheitsversorgung von KiJu mit Geschlechtsdysphorie einmalig befragt. Das Verfahren der Entscheidungsfindung für einen möglichen Expert*innenkonsens ist nicht berichtet.

Eine Konsultation oder Beteiligung von Fachgesellschaften ist nicht erkennbar. Auch ist nicht erkennbar, dass die beteiligten Expert*innen durch Fachgesellschaften mandatiert wurden.

Abweichende Empfehlungen:

1. Es wird bei Verdacht auf Geschlechtsinkongruenz standardmäßig ein Screening auf Autismus-Spektrums-Störung und ADHS empfohlen
2. Die Behandlung mit Pubertätsblockade, Hormonen oder durch Operationen unter dem 18. Lj. soll nur noch im Rahmen von klinischen Studien empfohlen werden.
3. Bis klinische Studien nach 2. gestartet sind, sollen ausnahmsweise Behandlungen mit Pubertätsblockade vor dem 18. Lj. unter folgenden Bedingungen empfohlen werden können:
 - I. Erreichen von mindestens Tanner-Stadium 3 (nicht 2) und
 - II. stabile psychosoziale Situation (insb. keine neuropsychiatrische oder kognitive Behinderung oder unbehandelten psychische Störungen) und keine schwere Adipositas sowie
 - III. stabile Geschlechtsinkongruenz mit nachprüfbarem Beginn in der Kindheit (early onset) oder
 - IV. Geschlechtsinkongruenz mit late onset bei männlichem Zuweisungsgeschlecht (bei weiblichem Zuweisungsgeschlecht und late onset nur Mini-/Mikropille zur Unterdrückung der Menstruation)
4. Bis klinische Studien nach 2. gestartet sind, ausnahmsweise Behandlungen mit geschlechtsangleichenden Hormonen vor dem 18. Lj. unter folgenden Bedingungen:
 - I. stabile psychosoziale Situation (insb. keine neuropsychiatrische oder kognitive Behinderung oder unbehandelten psychische Störungen)
 - II. stabile Geschlechtsinkongruenz mit nachprüfbarem Beginn in der Kindheit (early onset),
 - III. vorherige Pubertätsblockade mit persistierender transgeschlechtlicher Identifikation und

IV. Erreichung des 16. Lj.

5. Bis klinische Studien nach 2. gestartet sind, ausnahmsweise Mastektomie vor dem 18. Lj. unter den gleichen (hier relevanten) Bedingungen wie 4.

Begründung für Empfehlungen:

Studien mit positiven Outcomes für Pubertätsblockade oder Hormone werden v.a. als nicht hinreichend angesehen, weil Stichprobe zu klein, Drop-Out zu hoch, Follow-Up zu kurz und keine Kontrollgruppe.

Begründungen für vorsichtigere Empfehlungen:

- a. Es werden Veränderungen in Patientenpopulation angenommen
- b. Jüngere Publikationen zu Detransition mahnen zur Zurückhaltung (z.B. Littman, 2018)
- c. Unter klinischen Expert*innen wird zunehmend eine kontroverse Debatte zu angemessenen Behandlungsempfehlungen wahrgenommen

Konsensstärke

Nicht angegeben, aber Dissens von Expert*innen vermerkt

Zusammenfassende DELBI-Bewertung

| <i>Geltungsbereich & Zweck</i> | <i>Beteiligung</i> | <i>Methodische Exaktheit</i> | <i>Klarheit</i> | <i>Generelle Anwendbarkeit</i> | <i>Redaktionelle Unabhängigkeit</i> | <i>Anwendbarkeit in Deutschland</i> |
|------------------------------------|--------------------|------------------------------|-----------------|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 0,56 | 0,50 | 0,67 | 0,75 | 0 | 0,33 | 0,33 |

Kritische Bewertung der abweichenden Empfehlungen

Insg. ist Rezeption der Evidenzbasis als methodisch hochwertig zu bezeichnen. Diese enthält jedoch keine daraus ableitbaren klinischen Empfehlungen, sondern lediglich Empfehlungen für künftige Forschung in diesem Feld, wobei auffällt, dass die Autoren bezüglich des klinischen Anwendungsfelds fachfremd sind. So empfehlen sie zur Verbesserung der Evidenzlage randomisiert kontrollierte Studien, die in Ermangelung einer wirksamen Behandlungsalternative ethisch nicht vertretbar wären, ohne dies kritisch zu relativieren bzw. einzuordnen. Die Darstellung ist insgesamt klar. Ein Problem sind die fehlenden Angaben zum Konsensprozess bzgl. der Formulierung der Empfehlungen, Interessenskonflikten, direktem Einbezug von Betroffenen/Patient*innen im Erarbeitungsprozess etc. Es fehlt eine schlüssige Begründung für neue Empfehlungen bei im Kern gleicher Datenlage bzgl. Behandlungsergebnissen wie früher. Es wurde zudem eine einmalige Konsultation von Expert*innen im Form einer schriftlichen Umfrage zu vorab definierten Fragen durchgeführt. Während allgemeine Aussagen zu Erfahrungswissen abgestimmt wurden, ist nicht ersichtlich, ob und ggf. wie die Formulierung von Empfehlungen konsentiert wurden. Es wird auch keine Konsensstärke angegeben, sondern nur vermerkt, dass einige Expert*innen abweichende Ansichten vertreten haben.

Zu den einzelnen abweichenden Empfehlungen ist kritisch anzumerken:

Ad 1: Es ist nicht nachvollziehbar, warum standardmäßig nach dem Vorliegen einer Autismus-Spektrum-Störung sowie einer ADHS gescreent werden soll, unabhängig davon, ob sich hierfür aus der Anamnese oder dem klinischen Bild überhaupt Anhaltspunkte oder Verdachtsmomente ergeben. Ein solches standardmäßiges Screening ohne jeglichen Hinweis für einen klinischen Verdacht wird von den entsprechenden S3-Leitlinien zum diagnostischen Vorgehen bei Verdacht auf Autismus bzw. ADHS nicht empfohlen.

Ad 2: Klinische Langzeitstudien sind zur Verbesserung der Evidenzlage notwendig. Die Autoren gehen jedoch nicht auf die mit ihrer Empfehlung verbundenen forschungsethischen Fragen ein. In Ermangelung einer wirksamen Behandlungsalternative bei persistierender Geschlechtsdysphorie darf der Zugang zu ei-

ner dem internationalen Leitlinienstandard entsprechenden und klinisch weitgehend bewährten Behandlung für einzelne Patient*innen nicht von der Zustimmung zur Teilnahme an einer Studie abhängig gemacht werden.

Ad 3, 4, 5: Diese Empfehlungen sind ethisch problematisch, da sie ohne nachvollziehbare Begründung ganze Patienten*gruppen (assoziierte Autismus-Spektrum-Störung, Geschlechtsdysphorie mit Beginn nach Pubertätseintritt bei geburtsgeschlechtlichen Mädchen, andere koinzidente psychische Erkrankung etc.) ohne die Möglichkeit einer Einzelfallbewertung kategorisch von einer Behandlung im Jugendalter ausschließen. Damit werden Behandlungssuchende nach Geschlecht sowie solche mit begleitenden psychiatrischen Störungen diskriminiert. Insbesondere die Vorgabe, dass Zugang zu einer hormonellen Behandlung für Jugendliche mit Geschlechtsdysphorie nur „bei nachprüfbarem Beginn in der Kindheit (early onset)“ möglich sein soll, ist in zweifacher Hinsicht problematisch und klinisch nicht praktikabel: 1. Das hierfür entscheidende berichtete innere Erleben Betroffener lässt sich nicht nachprüfbar objektivieren; 2. Die Vorstellung, dass nur Jugendliche eine hinreichend sicher diagnostizierbare persistierende Geschlechtsdysphorie zeigen können, die diese bereits aus ihrer präpubertären Kindheit berichten können, widerspricht der überwiegenden klinischen Erfahrung der an dieser Leitlinie beteiligten klinischen Expert*innen. Ein großer Teil von Patient*innen, die in der Jugend eine persistierende Geschlechtsdysphorie entwickeln, berichten von einer im Hinblick auf ihre Geschlechtsidentität und –rolle weitgehend unauffällige oder indifferente Kindheitsentwicklung.

Die benannten Gründe für die restriktiveren Empfehlungen scheinen vor diesem Hintergrund nicht schlüssig nachvollziehbar:

ada Eine Veränderung der Population wird angenommen ohne Biases in der Erhebung und Inanspruchnahme, die hinter dieser Beobachtung stehen, zu berücksichtigen. Es bleibt letztlich unklar, warum eine solche Veränderung ein grundsätzliches Abweichen von bisherigen Behandlungsstandards impliziert, die stets eine umfassende und sorgfältige Diagnostik und fachgerechte Prozessbegleitung jedes Einzelfalles gefordert haben.

adb Publikationen zu Detransition werden berücksichtigt, ohne ihre methodischen Einschränkungen zu diskutieren, während methodische Einschränkungen bzgl. des *dutch protocol* sehr ausführlich diskutiert werden und als Argument gegen Pubertätsblockade und Hormone gesehen werden. Insbesondere wird nicht diskutiert, inwieweit sich aus den Studien zu Detransition überhaupt Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie eine erhöhte Auftretenswahrscheinlichkeit einer späteren Detransition angenommen werden kann. In den berichteten Publikationen zu detransitionierten Personen gaben diese überwiegend an, ihre erste Hormonbehandlung im Erwachsenenalter begonnen zu haben. Es werden keine publizierte Fallberichte zitiert, bei denen es zu einer Detransition nach Beginn einer Pubertätsblockade oder Hormonbehandlung im Jugendalter gekommen war, was angesichts einer bald 30jährigen weltweiten Behandlungspraxis mit dem *dutch protocol* bemerkenswert ist.

adc Die Bedeutung des Erfahrungswissens von beteiligten Expert*innen für die Empfehlungsfindung kann schwer eingeschätzt werden, wenn die Empfehlungen offenbar nicht im Rahmen eines Konsensusprozesses formuliert wurden und die Konsensstärke nicht berichtet wird.

USA: American Academy of Pediatrics

Dokument:

Ensuring comprehensive care and support for transgender and gender-diverse children and adolescents

Herausgebende Institution:

American Academy of Pediatrics (USA; größte kinder- und jugendärztliche Fachgesellschaft der USA)

Autor*innen & Jahr:

Rafferty, J. et al. (2018)

Art der Publikation:

Grundsatzerklärung („Policy Statement“)

Beteiligung von Expert*innen und Fachgesellschaften

Der Erstautor ist wissenschaftlicher Experte für die Behandlung von KJü mit Geschlechtsdysphorie. Es wird erklärt, dass andere Statements von Expert*innen berücksichtigt wurden. Die Art der Statements, die Art ihrer Berücksichtigung und die Auswahl der Befragten wird nicht transparent dargelegt.

Die Herausgeberin selbst ist eine medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft für Pädiatrie. Eine Konsultation von anderen Fachgesellschaften (z.B. für Endokrinologie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie) ist nicht erkennbar. Auch ist nicht erkennbar, wie die befragten Expert*innen ausgewählt wurden.

Abweichende Empfehlungen:

1. Indikationsstellung für somatomedizinische Behandlung „wenn möglich“ und „idealerweise“ unter Einbezug einer Fachperson für psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter (z.B. KJü-Psychiater*in).
2. Affirmation der Geschlechtsidentität auch bei präpubertären Kindern sei wichtig.

Begründung für Empfehlungen:

- a. Affirmation der Geschlechtsidentität sei wichtig zum Vermeiden von Stigmatisierung und führe zu besseren Outcomes. Es wird keine explizite Begründung angegeben, weshalb die Indikationsstellung für eine Pubertätsblockade oder geschlechtsangleichende Hormone nur „idealerweise“ bzw. „wenn möglich“ multidisziplinär (also unter der Beteiligung von Fachkräften für psychische Gesundheit) stattfinden sollte. Evtl. könnte dies strukturelle Gründe im US-amerikanischen Gesundheitssystem haben.
- b. Studien zu Desisting (Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter mit späterer cis-geschlechtlichen Identifikation) seien veraltet und nicht valide.

Konsensstärke

Nicht angegeben

Zusammenfassende DELBI-Bewertung

| <i>Geltungsbereich & Zweck</i> | <i>Beteiligung</i> | <i>Methodische Exaktheit</i> | <i>Klarheit</i> | <i>Generelle Anwendbarkeit</i> | <i>Redaktionelle Unabhängigkeit</i> | <i>Anwendbarkeit in Deutschland</i> |
|------------------------------------|--------------------|------------------------------|-----------------|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 0,33 | 0,17 | 0,10 | 0,17 | 0 | 0,17 | 0,28 |

Kritische Bewertung der abweichenden Empfehlungen

Insgesamt beruhen die Empfehlungen auf eher schwacher Evidenzbasis. Es werden allgemein Ziele und Geltungsbereich benannt. Die Art der Beteiligung von anderen Berufsgruppen bleibt unklar. Letztlich zeichnet der Erstautor verantwortlich für den Text, einschließlich der Empfehlungen. Es ist insofern nicht

von einem (strukturierten) Konsensprozess auszugehen. Es wurde ausdrücklich kein systematisches Literaturreview durchgeführt. Zahlreiche Empfehlungen sind nicht klar beschrieben („idealerweise“). Es wurden keine Evidenz- oder Empfehlungsgrade angegeben. Die generelle Anwendbarkeit und die Anwendbarkeit in Deutschland scheint fraglich. Grob vergleichbar mit einer S1-Leitlinie der AWMF.

- ad1 Wenn die Empfehlung so gemeint ist, dass eine Diagnostik durch Fachkräfte für psychische Gesundheit bei KiJu nicht notwendig ist, sondern nur wenn durch die Familie gewünscht, steht dies im Widerspruch zu den Leitlinien der Endocrine Society (Hembree et al., 2017) und den Standards of Care der WPATH (Coleman et al., 2022). Diese sehen zwar keine verpflichtende Psychotherapie vor (im Sinne von Interventionen), sie sehen aber die Notwendigkeit einer fachgerechten Diagnostik psychischer Probleme (Assessment) vor. Die bisherigen Follow-Up-Studien von körpermedizinischer Behandlung bei KiJu mit Geschlechtsdysphorie sahen dies im Behandlungsprotokoll bislang stets als wichtige Qualitätssicherungsmaßnahme vor.
- ad2 Es bleibt unklar, was mit Affirmation konkret gemeint ist, d.h. ob es um das Respektieren geschlechts-nonkonformer Verhaltensweisen oder um die Empfehlung für einen sozialen Rollenwechsel in der Kindheit geht. Hier ist zu berücksichtigen, dass dies eine Entscheidung der Familie im individuellen Fall ist. Mit Verweis auf die SoC der WPATH (Coleman et al., 2022; bzw. Vorgängerversion) und der Endocrine Society (Hembree et al., 2017) wird ein Tanner-Stadium von 2 für den frühestmöglichen Beginn einer Pubertätsblockade gefordert. Aus dem Text selbst geht diese Erfordernis allerdings nicht klar hervor. Hierzu wäre mehr Klarheit wünschenswert.

Quellen

Primärquellen

- Académie nationale de médecine (Hrsg.). (25. Februar 2022). *La médecine face à la transidentité de genre chez les enfants et les adolescents*. Abgerufen am 6. April 2023, <https://www.academie-medecine.fr/la-medecine-face-a-la-transidentite-de-genre-chez-les-enfants-et-les-adolescents/>
- Cass, H. (Februar 2022). *Independent review of gender identity services for children and young people: Interim report*. Abgerufen am 28. April 2023, <https://cass.independent-review.uk/wp-content/uploads/2022/03/Cass-Review-Interim-Report-Final-Web-Accessible.pdf>
- Helsedirektoratet. (9. Juni 2021). *Kjønnsinkongruens. Nasjonal faglig retningslinje [Geschlechterinkongruenz; Nationale fachliche Leitlinie]*. Abgerufen am 8. August 2023, <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kjønnsinkongruens>
- Palveluvalikoima. (6. Juni 2020). *Palveluvalikoimaneuvoston suositus. Alaikäisten sukupuoli-identiteetin variaatioihin liittyvän dysforian lääketieteelliset hoitomenetelmät [Empfehlung des Dienstleistungsausschusses. Medizinische Behandlung von Dysphorie im Zusammenhang mit Geschlechtsidentitätsvarianten bei Minderjährigen]*. Abgerufen am 28. April 2023, https://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/22895008/Alaik%C3%A4iset_suositus.pdf/c987a74c-dfac-d82f-2142-684f8dddead64/Alaik%C3%A4iset_suositus.pdf
- Palveluvalikoima. (6. Juni 2020). *Medical treatment methods for dysphoria associated with variations in gender identity in minors – recommendation*. Abgerufen am 28. April 2023, [https://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/22895008/Summary_minors_en+\(1\).pdf/fa2054c5-8c35-8492-59d6-b3de1c00de49/Summary_minors_en+\(1\).pdf](https://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/22895008/Summary_minors_en+(1).pdf/fa2054c5-8c35-8492-59d6-b3de1c00de49/Summary_minors_en+(1).pdf)
- Palveluvalikoima. (6. Juni 2020). *Palveluvalikoimaneuvoston valmistelumuistio. Sukupuoli-identiteetin variaatioista johtuvan dysforian lääketieteelliset tutkimus- ja hoitomenetelmät [Vorbereitendes Memorandum des Dienstleistungsausschusses. Dysphorie aufgrund von Abweichungen der Geschlechtsidentität. Medizinische Diagnose und Behandlung der dysphorischen Störung der Geschlechtlichkeit]*. Abgerufen am 28. April 2023 einschließlich Anhängen, <https://palveluvalikoima.fi/sukupuolidysforia-alaikaiset>
- Rafferty, J., Yogman, M., Baum, R., Gambon, T. B., Lavin, A., Mattson, G., ... & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (2018). Ensuring comprehensive care and support for

- transgender and gender-diverse children and adolescents. *Pediatrics*, 142(4).
<https://doi.org/10.1542/peds.2018-2162>
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists [RANZCP] (Hrsg.). (1. August 2021). *Recognising and addressing the mental health needs of people experiencing Gender Dysphoria / Gender Incongruence*. Abgerufen am 17. April 2023, <https://www.ranzcp.org/news-policy/policy-and-advocacy/position-statements/gender-dysphoria>
- Socialstyrelsen. (Dezember 2022). *Vård av barn och ungdomar med könsdysfori. Bilaga till nationellt kunskapsstöd med rekommendationer till profession och beslutsfattare. Kunskapsunderlag med metodbeskrivning [Anhang zur nationalen Wissensbasis mit Empfehlungen für Fachleute und Entscheidungsträger. Wissensbasis mit Methodenbeschreibung]*. Abgerufen am 11. April 2023, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2022-12-8302.pdf>
- Socialstyrelsen. (Dezember 2022). *Vård av barn och ungdomar med könsdysfori. Nationellt kunskapsstöd med rekommendationer till profession och beslutsfattare [Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie. Nationale Wissensbasis mit Empfehlungen für Fachleute und Entscheidungsträger]*. Abgerufen am 11. April 2023, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2022-12-8302-kunskapsunderlag-med-metodbeskrivning.pdf>
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU]. (22. Februar 2022). *Hormonbehandling vid könsdysfori - barn och unga. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska aspekter [Hormontherapie bei Geschlechtsdysphorie - Kinder und Jugendliche. Eine systematische Überprüfung und Bewertung der medizinischen Aspekte] (Rapport 342/2022)*. Abgerufen am 11. April 2023, https://www.sbu.se/contentassets/ea4e698fa0c4449aaae964c5197c940/hormonbehandling-vid-konsdysfori_barn-och-unga.pdf
- Statens undersøkelseskomisjon for helse-og omsorgstjenesten. (6. Juni 2023). *Pasientsikkerhet for barn og unged med kjønnsinkongruens [Patientensicherheit für Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsinkongruenz]*. Abgerufen am 8. August 2023, <https://ukom.no/rapporter/pasientsikkerhet-for-barn-og-unge-med-kjønnsinkongruens/sammendrag>

Zusätzliche Quellen

- Beyer, M., Geraedte, M., Gerlach, F. M., Güllich, M., Kopp, I., Lelgemann, M., Ollenschläger, G., Selbmann, H.-K., Thole, H., Follmann, M., Holzmann, N., Langer, T., Nothacker, M., Siering, U., Weinbrenner, S. & Wieland A. (2008). *Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI) Fassung 2005/2006 + Domäne 8*. AWMF und ÄZQ (Hrsg.) <https://www.leitlinien.de/hintergrund/pdf/delbi-fassung-2005-2006-domaene-8-2008.pdf>
- Block, J. (2023). Gender dysphoria in young people is rising—and so is professional disagreement. *BMJ*, 380, 382. <https://doi.org/10.1136/bmj.p382>
- Cohen-Kettenis, P. T., & van Goozen, S. H. (1997). Sex reassignment of adolescent transsexuals: A follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 263-271. <https://doi.org/10.1097/00004583-199702000-00017>
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., de Vries, A. L., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., ... Arcelus, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- de Vries, A. L., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*, 134(4), 696-704. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2958>
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V., & T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An endocrine society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102, 3869–3903. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>

- Littman, L. (2018). Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PloS one*, 13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. (21. Oktober 2020a). *Evidence review: Gender-affirming hormones for children and adolescents with gender dysphoria*. Abgerufen am 28. April 2023, https://cass.independent-review.uk/wp-content/uploads/2022/09/20220726_Evidence-review_Gender-affirming-hormones_For-upload_Final.pdf
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. (21. Oktober 2020b). *Evidence review: Gonadotrophin releasing hormone analogues for children and adolescents with gender dysphoria*. Abgerufen am 28. April 2023, https://cass.independent-review.uk/wp-content/uploads/2022/09/20220726_Evidence-review_GnRH-analogues_For-upload_Final.pdf
- Phan, K. (8. Juni 2023). *Norway didn't ban gender-affirming care for minors, as headline falsely claims*. AP News. <https://apnews.com/article/fact-check-norway-not-ban-gender-affirming-care-956221436313>

Tabellen zu den DELBI-Bewertungen

England & Wales: NHS England & NICE

Dokumente:

- Independent review of gender identity services for children and young people: Interim report. February 2022 („Cass Interim Report“)
- Interim service specification: Interim specialist service for children and young people with gender incongruence
- Evidence review: Gonadotrophin releasing hormone analogues for children and adolescents with gender dysphoria (NICE, 2020a),
- Evidence review: Gender-affirming hormones for children and adolescents with gender dysphoria (NICE, 2020b)

Herausgebende Institution:

Beauftragt vom NHS England & National Institute for Health and Care Excellence („NICE“)

DELBI-Domäne 1: Geltungsbereich und Zweck

| Item 1 | Item 2 | Item 3 |
|---|---|---|
| Spezifischen Ziele benannt, ohne dass erwarteter Nutzen spezifisch beschrieben wird (3) | Im Interim Report und den Service Specifications nur in der Minderzahl der Empfehlungen Bezug zu empirischen Fragen (2) | klare Beschreibung von Patient*innengruppe und Versorgungsbereich (4) |

DELBI-Domäne 2: Beteiligung von Interessengruppen

| Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 |
|---|--|---|-----------------------------------|
| Namen und Fachgruppen der „Assurance Group“ auf Website benannt, relevante Fachgruppen (z.B. Kijū-Psychiatrie) dabei nicht einbezogen (2) | Patient*innen indirekt durch Diskussion an Erarbeitung des Interim Report beteiligt, keine direkte Beteiligung (2) | Anwenderzielgruppe und indirekte Anwender benannt (4) | keine Pilotstudie ersichtlich (1) |

DELBI-Domäne 3: Methodische Exaktheit der Leitlinien-Entwicklung

| Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 |
|--|---|---|---|--|--|--|
| alle relevanten Faktoren einer systematischen Literatursuche angegeben (4) | individuelle Benennung von Ein- und Ausschlusskriterien, Übersicht als Diagramm vorhanden (4) | Für Interim Report und Service Specifications kein Konsensprozess beschrieben (1) | Keine Angaben zu Nebenwirkungen, Nutzen und Risiken zu Empfehlungen (1) | Empfehlungen teilweise mit Evidenz verknüpft, keine Evidenzklassen oder Empfehlungsgrade angegeben (2) | keine vorherige Begutachtung ersichtlich (1) | Aktualisierung durch finalen Report angegeben und Ansprechpersonen sowie Methodik und Zeitplan dargestellt (4) |

DELBI-Domäne 4: Klarheit und Gestaltung

| Item 15 | Item 16 | Item 17 | Item 18 |
|---|--|--|---|
| Empfehlungen teilweise spezifisch und eindeutig, jedoch nicht überwiegend (2) | keine klinischen Handlungsoptionen benannt (1) | Schlüsselempfehlungen durchgängig leicht und eindeutig zu identifizieren (4) | keine zusätzlichen Materialien oder Instrumente (1) |

DELBI-Domäne 5: Generelle Anwendbarkeit

| Item 19 | Item 20 | Item 21 |
|--|--|---|
| einige mögliche Barrieren werden benannt, z.T. Vorschläge für Lösung, keine explizite Barrierenanalyse (3) | Finanzielle Auswirkungen im Interim Report und in den Service Specifications nicht explizit diskutiert (1) | Messgrößen teilweise benannt (z.B. Patient*innenzufriedenheit) ohne expliziten Bezug zu Schlüsselempfehlungen (2) |

DELBI-Domäne 6: Redaktionelle Unabhängigkeit

| Item 22 | Item 23 |
|---|---|
| Erklärung von Herausgeberin als Finanzierin (2) | keine Erklärung zu Interessenskonflikten der beteiligten Personen (1) |

DELBI-Domäne 7: Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem

| <i>Item 24</i> | <i>Item 25</i> | <i>Item 26</i> | <i>Item 27</i> | <i>Item 28</i> | <i>Item 29</i> |
|---|--|--|---|---|---|
| keine klare Differenzierung der Versorgungsbereiche (1) | obsolete Maßnahmen benannt ohne Angabe zum Empfehlungsgrad (2) | Ablauf klinischer Entscheidungsfindung dargelegt und Diagramm zu Prozess der informierten Einwilligung (3) | Dokumente online abrufbar, aber nicht gut aufzufinden (2) | Konzept zur Implementierung beschrieben mit Einbeziehung relevanter Gruppen sowie Rückkopplung für Final Report (4) | allgemeine Darstellung des methodischen Vorgehens, Methodik des Entscheidungsprozesses kaum beschrieben (2) |

Vorläufige Leitlinie zur Kommentierung

Finnland: Palveluvalikoima

Dokument:

Alaikäisten sukupuoli-identiteetin variaatioihin liittyvän dysforian lääketieteelliset hoitomenetelmät (Medizinische Behandlung von Dysphorie im Zusammenhang mit Geschlechtsidentitätsvarianten bei Minderjährigen)

Herausgebende Institution:

Palveluvalikoima (Council for Choices in Health Care in Finland; Finnland; staatliche Stelle)

DELBI-Domäne 1: Geltungsbereich und Zweck

| Item 1 | Item 2 | Item 3 |
|---|--|---|
| Allgemeine, aber keine spezifischen Ziele definiert (2) | Einige den Empfehlungen zugrundeliegende Fragen werden benannt (2) | klare Beschreibung von Patient*innengruppe und Versorgungsbereich (4) |

DELBI-Domäne 2: Beteiligung von Interessengruppen

| Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 |
|---|---|--|-----------------------------------|
| Zuordnung der Fachgruppe nicht durchgängig möglich (1; z.B. keine Angabe über Beteiligung von Endokrinolog*innen) | Patient*innen indirekt durch Diskussion an Erarbeitung beteiligt, keine direkte Beteiligung (2) | Anwenderzielgruppe, aber nicht indirekte Anwender klar benannt (3) | keine Pilotstudie ersichtlich (1) |

DELBI-Domäne 3: Methodische Exaktheit der Leitlinien-Entwicklung

| Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 |
|--|--|---|---|--|--|--------------------------------------|
| alle relevanten Faktoren einer systematischen Literatursuche angegeben (4) | Nur grundlegende Kriterien für Ein- oder Ausschluss angeben, bspw. keine Übersicht über Häufigkeit von Ausschlussgründen gemäß PRISMA o.ä. (2) | formale Abstimmungsmethoden verwendet, jedoch keine formalen Abstimmungsmethoden für Empfehlungen angegeben (2) | Nutzen, Risiken und Nebenwirkungen sind z.T. mit Literaturverweisen belegt. Vergleich mit „natürlichem“ Verlauf oder alternativem Vorgehen kaum dargestellt (3) | Keine Verknüpfung von Empfehlungen mit Evidenz ersichtlich; keine Evidenzgrade angegeben (1) | keine vorherige Begutachtung ersichtlich (1) | keine Gültigkeitsdauer angegeben (1) |

DELBI-Domäne 4: Klarheit und Gestaltung

| Item 15 | Item 16 | Item 17 | Item 18 |
|---|---|--|---|
| Empfehlungen teilweise spezifisch und eindeutig, jedoch nicht überwiegend (2) | Handlungsoptionen z.T. benannt, keine klaren Entscheidungskriterien benannt (2) | Schlüsselempfehlungen durchgängig leicht und eindeutig zu identifizieren (4) | Verweis auf zusätzliches Material, Empfehlungen ohne Empfehlungsgrade (2) |

DELBI-Domäne 5: Generelle Anwendbarkeit

| Item 19 | Item 20 | Item 21 |
|---|--|--|
| organisatorische Barrieren nicht diskutiert (1) | finanzielle Auswirkungen benannt, keine Kosten-Nutzen-Analyse o.ä. (3) | Messgrößen oder Kriterien für Monitoring benannt, kein Bezug zu Empfehlungen (2) |

DELBI-Domäne 6: Redaktionelle Unabhängigkeit

| Item 22 | Item 23 |
|--------------------------------------|---|
| keine Erklärung zur Finanzierung (1) | keine Erklärung zu Interessenskonflikten der beteiligten Personen (1) |

DELBI-Domäne 7: Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem

| Item 24 | Item 25 | Item 26 | Item 27 | Item 28 | Item 29 |
|---|--|---|---|---|---|
| keine klare Differenzierung der Versorgungsbereiche (1) | obsoletere Maßnahmen benannt ohne Angabe zum Empfehlungsgrad (2) | Ablauf klinischer Entscheidungsfindung dargelegt ohne Diagramm o.ä. (2) | offener Abruf der Leitlinie mit Zusatzmaterialien, Langfassung aber nur auf Finnisch verfügbar. (1) | allgemeines Konzept zur Implementierung beschrieben (2) | allgemeine Darstellung des methodischen Vorgehens, Methodik des Entscheidungsprozesses kaum beschrieben (2) |

Frankreich: Académie nationale de médecine

Dokument:

La médecine face à la transidentité de genre chez les enfants et les adolescents (Die Medizin im Umgang mit Transidentität des Geschlechts bei Kindern und Jugendlichen)

Herausgebende Institution:

Académie nationale de médecine (Frankreich; Gelehrten-gesellschaft von Mediziner*innen verschiedener Fachrichtungen in Frankreich; keine staatliche oder halbstaatliche Organisation)

DELBI-Domäne 1: Geltungsbereich und Zweck

| Item 1 | Item 2 | Item 3 |
|-----------------------------------|---|--|
| Ziel nicht eigens beschrieben (1) | Empfehlungen zugrunde liegende Fragen werden nur selektiv benannt (2) | einfache Nennung der Zielgruppe ohne Differenzierung (2) |

DELBI-Domäne 2: Beteiligung von Interessengruppen

| Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 |
|-------------------------------|---|---|-----------------------|
| Autor*innen nicht genannt (1) | Keine Beteiligung von Patient*innen (1) | Anwenderzielgruppe nicht definiert (1; „communauté médicale“) | keine Pilotstudie (1) |

DELBI-Domäne 3: Methodische Exaktheit der Leitlinien-Entwicklung

| Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 |
|--|--|--|---|---|----------------------------------|------------------------------------|
| keine systematische Literatursuche (1) | keine systematische Literaturauswahl (1) | Abstimmung ohne ersichtliche formelle Konsensfindung (2) | Keine Angaben zu Nebenwirkungen, Nutzen und Risiken zu Empfehlungen (1) | keine explizite Verbindung von Empfehlungen und Literatur (1) | keine vorherige Begutachtung (1) | keine Aktualisierung angegeben (1) |

DELBI-Domäne 4: Klarheit und Gestaltung

| Item 15 | Item 16 | Item 17 | Item 18 |
|---|--|---|---|
| Empfehlungen insg. nicht spezifisch und eindeutig (1) | nicht verschiedene Handlungsoptionen dargestellt (1) | Empfehlungen durchgehend leicht und eindeutig zu identifizieren (4) | keine zusätzlichen Materialien oder Instrumente (1) |

DELBI-Domäne 5: Generelle Anwendbarkeit

| Item 19 | Item 20 | Item 21 |
|---|--------------------------------------|--|
| organisatorische Barrieren nicht diskutiert (1) | mögliche Kosten nicht diskutiert (1) | keine Messgrößen oder Kriterien für Monitoring definiert (1) |

DELBI-Domäne 6: Redaktionelle Unabhängigkeit

| Item 22 | Item 23 |
|--------------------------------------|--|
| keine Erklärung zur Finanzierung (1) | keine Erklärung bzgl. möglicher Interessenskonflikte (1) |

DELBI-Domäne 7: Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem

| Item 24 | Item 25 | Item 26 | Item 27 | Item 28 | Item 29 | Item 30 |
|--|--|--|--|---|--|---|
| keine klare Differenzierung der Versorgungs-bereiche (1) | keine Angaben zu obsoleten Maßnahmen (1) | keine Abbildung des Entscheidungsproz. (1) | keine Orientierung am Entscheidungsprozess erkennbar (1) | Dokument online kostenfrei abrufbar (3) | kein Konzept zur Implementierung beschrieben (1) | keine Beschreibung des methodischen Vorgehens (1) |

Norwegen I: Helsedirektoratet

Dokument:

Kjønnsinkongruens. Nasjonal faglig retningslinje (Geschlechterinkongruenz. Nationale fachliche Leitlinie)

Herausgebende Institution:

Helsedirektoratet (Norwegen; Behörde)

DELBI-Domäne 1: Geltungsbereich und Zweck

| Item 1 | Item 2 | Item 3 |
|-----------------------------------|---|--|
| Ziel nicht eigens beschrieben (1) | Empfehlungen zugrunde liegende Fragen werden nur selektiv benannt (2) | einfache Nennung der Zielgruppe ohne Differenzierung (2) |

DELBI-Domäne 2: Beteiligung von Interessengruppen

| Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 |
|---|--|---|-----------------------|
| Benennung und Beteiligung aller relevanten Fachgruppen; Einbeziehung von anderen Beteiligten nicht klar (3) | Direkte Beteiligung von Patient*innen; keine Darlegung der Entscheidungskonsequenzen (3) | Direkte und indirekte Anwenderzielgruppe klar benannt (4) | keine Pilotstudie (1) |

DELBI-Domäne 3: Methodische Exaktheit der Leitlinien-Entwicklung

| Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 |
|--|--|--|---|---|----------------------------------|------------------------------------|
| keine systematische Literatursuche (1) | keine systematische Literaturauswahl (1) | Keine Angabe zu Methoden zur Formulierung der Empfehlungen (1) | Keine Angaben zu Nebenwirkungen, Nutzen und Risiken zu Empfehlungen (1) | teilweise Verbindung von Empfehlungen und Literatur; keine LoE oder GoR angegeben (2) | keine vorherige Begutachtung (1) | keine Aktualisierung angegeben (1) |

DELBI-Domäne 4: Klarheit und Gestaltung

| Item 15 | Item 16 | Item 17 | Item 18 |
|---|---|---|---|
| Empfehlungen teilweise spezifisch und eindeutig, jedoch nicht überwiegend (2) | verschiedene Handlungsoptionen in einigen Bereichen dargestellt (2) | Schlüsseempfehlungen vorhanden, aber oft nicht leicht und eindeutig zu identifizieren (4) | Verweis auf zusätzlichen Materialien oder Instrumente; keine Kurzfassung oder Übersicht über Empfehlungen (2) |

DELBI-Domäne 5: Generelle Anwendbarkeit

| Item 19 | Item 20 | Item 21 |
|---|--------------------------------------|--|
| organisatorische Barrieren nicht diskutiert (1) | mögliche Kosten nicht diskutiert (1) | keine Messgrößen oder Kriterien für Monitoring definiert (1) |

DELBI-Domäne 6: Redaktionelle Unabhängigkeit

| Item 22 | Item 23 |
|--------------------------------------|--|
| keine Erklärung zur Finanzierung (1) | keine Erklärung bzgl. möglicher Interessenskonflikte (1) |

DELBI-Domäne 7: Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem

| Item 24 | Item 25 | Item 26 | Item 27 | Item 28 | Item 29 | Item 30 |
|---|---|--|--|---|--|---|
| keine klare Differenzierung der Versorgungsbezüge (1) | einige Angaben zu obsoleten Maßnahmen, nicht Bezogen auf Empfehlungen (2) | keine Abbildung des Entscheidungsprozesses (1) | keine Orientierung am Entscheidungsprozess erkennbar (1) | Dokument online kostenfrei abrufbar (3) | Allgemeiner aber unspezifischer Plan zur Implementierung (z.B. Dezentralisierung; 2) | keine Beschreibung des methodischen Vorgehens (1) |

Norwegen 2: UKOM

Dokument:

Pasientsikkerhet for barn og unge med kjønnsinkongruens (Patient*innensicherheit für Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsinkongruenz)

Herausgebende Institution:

Statens undersøkelseskomisjon for helse-og omsorgstjenesten (UKOM; die Regierung beratende halbstaatliche Organisation)

DELBI-Domäne 1: Geltungsbereich und Zweck

| Item 1 | Item 2 | Item 3 |
|---|---|--|
| Allgemeine, aber keine spezifischen Ziele definiert (2) | Empfehlungen zugrunde liegende Fragen werden nur selektiv benannt (2) | einfache Nennung der Zielgruppe ohne Differenzierung (2) |

DELBI-Domäne 2: Beteiligung von Interessengruppen

| Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 |
|-------------------------------|--|---|-----------------------|
| Autor*innen nicht genannt (1) | Anhörung, aber keine direkte Beteiligung von Patient*innen (2) | Anwenderzielgruppe allgemein definiert, aber nicht spezifisch (2) | keine Pilotstudie (1) |

DELBI-Domäne 3: Methodische Exaktheit der Leitlinien-Entwicklung

| Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 |
|--|--|--|---|---|----------------------------------|------------------------------------|
| keine systematische Literatursuche (1) | keine systematische Literaturauswahl (1) | Keine Angabe zu Methoden zur Formulierung der Empfehlungen (1) | Keine Angaben zu Nebenwirkungen, Nutzen und Risiken zu Empfehlungen (1) | teilweise Verbindung von Empfehlungen und Literatur; keine LoE oder GoR angegeben (2) | keine vorherige Begutachtung (1) | keine Aktualisierung angegeben (1) |

DELBI-Domäne 4: Klarheit und Gestaltung

| Item 15 | Item 16 | Item 17 | Item 18 |
|---|--|---|--|
| Empfehlungen überwiegend spezifisch und eindeutig, keine Darlegung der Unsicherheiten (3) | nicht verschiedene Handlungsoptionen dargestellt (1) | Empfehlungen durchgehend leicht und eindeutig zu identifizieren (4) | Verweis auf zusätzliches Material ohne Empfehlungsgrade in Kurzfassung (2) |

DELBI-Domäne 5: Generelle Anwendbarkeit

| Item 19 | Item 20 | Item 21 |
|---|--------------------------------------|--|
| organisatorische Barrieren nicht diskutiert (1) | mögliche Kosten nicht diskutiert (1) | keine Messgrößen oder Kriterien für Monitoring definiert (1) |

DELBI-Domäne 6: Redaktionelle Unabhängigkeit

| Item 22 | Item 23 |
|--------------------------------------|--|
| keine Erklärung zur Finanzierung (1) | keine Erklärung bzgl. möglicher Interessenskonflikte (1) |

DELBI-Domäne 7: Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem

| Item 24 | Item 25 | Item 26 | Item 27 | Item 28 | Item 29 | Item 30 |
|---|---|--|--|---|---|--|
| keine klare Differenzierung der Versorgungsbereiche (1) | Angaben zu obsoleten Maßnahmen ohne GoR (2) | keine Abbildung des Entscheidungsprozesses (1) | keine Orientierung am Entscheidungsprozess erkennbar (1) | Dokument online kostenfrei abrufbar (3) | kein Konzept zur Implementierung beschrieben (z.B. zur Umsetzung klinischer Studien; 1) | Sehr Beschreibung des methodischen Vorgehens, aber Entscheidungsprozess wird nicht ersichtlich (1) |

Schweden: SBU & Socialstyrelsen

Dokument:

Hormonbehandling vid könsdysfori - barn och unga. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska aspekter (Hormonterapi bei Geschlechtsdysphorie - Kinder und Jugendliche. Eine systematische Überprüfung und Bewertung der medizinischen Aspekte) & Vård av barn och ungdomar med könsdysfori. Nationellt kunskapsstöd med rekommendationer till profession och beslutsfattare (Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie. Nationale Wissensbasis mit Empfehlungen für Fachleute und Entscheidungsträger)

Herausgebende Institution:

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) & Socialstyrelsen

DELBI-Domäne 1: Geltungsbereich und Zweck

| Item 1 | Item 2 | Item 3 |
|---|--|--|
| Allgemeine, aber keine spezifischen Ziele definiert (2) | Empfehlungen zugrunde liegende Fragen werden durchgehend benannt (4) | einfache Nennung der Zielgruppe ohne Differenzierung (2; z.B. early- vs. late-onset) |

DELBI-Domäne 2: Beteiligung von Interessengruppen

| Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 |
|--|--|---|-----------------------------------|
| alle relevanten ärztlichen Fachgruppen einbezogen, Art des Einbezugs nicht benannt (3) | Patient*innen indirekt an Erarbeitung beteiligt, keine direkte Beteiligung (2) | Anwenderzielgruppe und indirekte Anwender benannt (4) | keine Pilotstudie ersichtlich (1) |

DELBI-Domäne 3: Methodische Exaktheit der Leitlinien-Entwicklung

| Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 |
|--|---|---|---|--|---|--------------------------------------|
| alle relevanten Faktoren einer systematischen Literatursuche angegeben (4) | individuelle Benennung von Ein- und Ausschlusskriterien (4) | formale Abstimmungsmethoden verwendet, jedoch keine formalen Abstimmungsmethoden für Empfehlungen angegeben (2) | Nutzen, Risiken und Nebenwirkungen sind z.T. mit Literaturverweisen belegt. Vergleich mit „natürlichem“ Verlauf oder alternativem Vorgehen kaum dargestellt (3) | Empfehlungen verknüpft mit Evidenz und unter Angabe der Empfehlungsgrade, aber ohne Evidenzgrade (3) | Review (nicht zwingend „Wissensbasis“) wurde extern begutachtet unter Angabe von Name und Fachrichtung der Gutachter*innen allerdings ohne Beschreibung der Methode (3) | keine Gültigkeitsdauer angegeben (1) |

DELBI-Domäne 4: Klarheit und Gestaltung

| Item 15 | Item 16 | Item 17 | Item 18 |
|--|---|--|--|
| Empfehlungen durchgängig spezifisch und fehlende Grundlagen für andere Empfehlungen explizit dargelegt (4) | verschiedene Handlungsoptionen in einigen Bereichen angegeben (2) | Schlüsselempfehlungen durchgängig leicht und eindeutig zu identifizieren (4) | Verweis auf zusätzliches Material (aus Geschlechtsdysphorie-Register) ohne Empfehlungsgrade oder Kurzfassung (2) |

DELBI-Domäne 5: Generelle Anwendbarkeit

| Item 19 | Item 20 | Item 21 |
|---|--|--|
| organisatorische Barrieren nicht diskutiert (1) | keine Angaben zu finanziellen Auswirkungen; nur Verweis auf fehlende Evidenz (1) | keine Definition von Messgrößen oder Überprüfungskriterien (1) |

DELBI-Domäne 6: Redaktionelle Unabhängigkeit

| Item 22 | Item 23 |
|---|---|
| Erklärung von Herausgeberin als Finanzierin (2) | allgemeine Erklärung von Abwesenheit von Interessenskonflikten der beteiligten Personen (2) |

DELBI-Domäne 7: Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem

| Item 24 | Item 25 | Item 26 | Item 27 | Item 28 | Item 29 |
|---|--|---|--|---|--|
| keine klare Differenzierung der Versorgungsbereiche (1) | obsoletere Maßnahmen benannt und mit Literaturrecherche belegt (4) | Ablauf klinischer Entscheidungsfindung dargelegt ohne Diagramm o.ä. (2) | offener Abruf der Leitlinie mit Zusatzmaterialien, Langfassung aber nur auf Schwedisch verfügbar (1) | allgemeines Konzept zur Implementierung beschrieben (2) | keine allgemeine Darstellung des methodischen Vorgehens, Methodik des Entscheidungsprozesses nicht beschrieben (1) |

USA: American Academy of Pediatrics

Dokument:

Ensuring comprehensive care and support for transgender and gender-diverse children and adolescents

Herausgebende Institution:

American Academy of Pediatrics (USA; größte kinder- und jugendärztliche Fachgesellschaft der USA)

DELBI-Domäne 1: Geltungsbereich und Zweck

| <i>Item 1</i> | <i>Item 2</i> | <i>Item 3</i> |
|---|---|--|
| Allgemeine, aber keine spezifischen Ziele definiert (2) | Empfehlungen zugrunde liegende Fragen werden nur selektiv benannt (2) | einfache Nennung der Zielgruppe ohne Differenzierung (2) |

DELBI-Domäne 2: Beteiligung von Interessengruppen

| <i>Item 4</i> | <i>Item 5</i> | <i>Item 6</i> | <i>Item 7</i> |
|---|--|---|-----------------------|
| Eindeutige Benennung von Fachgruppen, jedoch vermutlich nicht alle relevanten Fachgruppen mit Entscheidungsrecht bzgl. Empfehlungen beteiligt (2) | Keine erwähnte Beteiligung von Patient*innen (1) | Anwenderzielgruppe im Fließtext indirekt definiert, nicht eindeutig benannt (2) | keine Pilotstudie (1) |

DELBI-Domäne 3: Methodische Exaktheit der Leitlinien-Entwicklung

| <i>Item 8</i> | <i>Item 9</i> | <i>Item 10</i> | <i>Item 11</i> | <i>Item 12</i> | <i>Item 13</i> | <i>Item 14</i> |
|--|--|---|---|---|----------------------------------|--|
| keine systematische Literatursuche (1) | keine systematische Literaturauswahl (1) | Vermutlich keine Konsensbildung, da Erstautor als verantwortlich erklärt wird (1) | Nutzen, Risiken und Nebenwirkungen werden nur spärlich diskutiert und nur z.T. mit Literaturverweisen belegt. (2) | keine explizite Verbindung von Empfehlungen und Literatur (1) | keine vorherige Begutachtung (1) | Zeitraum der Gültigkeit von 5 Jahren angegeben, keine Person als Ansprechpartnerin genannt (2) |

DELBI-Domäne 4: Klarheit und Gestaltung

| <i>Item 15</i> | <i>Item 16</i> | <i>Item 17</i> | <i>Item 18</i> |
|---|--|---|---|
| Empfehlungen teilweise spezifisch und eindeutig, jedoch nicht überwiegend (2) | nicht verschiedene Handlungsoptionen dargestellt (1) | Schlüssempfehlungen im Fließtext zu rekonstruieren, jedoch nicht leicht zu identifizieren, zusammengefasste Empfehlungen zum Schluss nicht deckungsgleich (2) | keine zusätzlichen Materialien oder Instrumente (1) |

DELBI-Domäne 5: Generelle Anwendbarkeit

| <i>Item 19</i> | <i>Item 20</i> | <i>Item 21</i> |
|---|--------------------------------------|--|
| organisatorische Barrieren nicht diskutiert (1) | mögliche Kosten nicht diskutiert (1) | keine Messgrößen oder Kriterien für Monitoring definiert (1) |

DELBI-Domäne 6: Redaktionelle Unabhängigkeit

| <i>Item 22</i> | <i>Item 23</i> |
|---|--|
| Finanzierung durch herausgebende Organisation; Art der Finanzierung nicht beschrieben (2) | allgemeine vermeintliche Erklärung bzgl. möglicher Interessenskonflikte nur für den Hauptautor; keine Erklärung anderer Beteiligter, keine spezifische Dokumentation (2) |

DELBI-Domäne 7: Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem

| <i>Item 24</i> | <i>Item 25</i> | <i>Item 26</i> | <i>Item 27</i> | <i>Item 28</i> | <i>Item 29</i> | <i>Item 30</i> |
|---|--|--|--|---|--|---|
| keine klare Differenzierung der Versorgungsbereiche (1) | keine Angaben zu obsoleten Maßnahmen (1) | keine Abbildung des Entscheidungsproz. (1) | keine Orientierung am Entscheidungsprozess erkennbar (1) | Dokument online kostenfrei und als PDF abrufbar (3) | kein Konzept zur Implementierung beschrieben (1) | keine Beschreibung des methodischen Vorgehens (1) |