

„Die Irreversibilität der körperlichen Entwicklung stellt uns vor ein ethisches Dilemma“

Der Einsatz von Pubertätsblockern bei trans Jugendlichen steht derzeit in der Kritik. Was sagt einer der erfahrensten Experten dazu? Der Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie Georg Romer übernimmt für diese Behandlungen seit 25 Jahren die Verantwortung. Im Interview spricht er über die biologische Uhr, den Stress Betroffener, politische Hintergrundmusik und vieles mehr.

von Peter Spork

📅 16.10.2023 ⌚ 16 Minuten



Menschen, deren empfundenes Geschlecht nicht dem körperlichen entspricht, werden als trans Personen

(<https://www.riffreporter.de/de/international/lgbtq-homosexualitaet-queer-transsexualitaet-weltreporter-verfolgung-akzeptanz-gay-pride>) oder geschlechtsinkongruent bezeichnet. Sie haben häufig eine Geschlechtsdysphorie, leiden also massiv unter dem Leben im falsch empfundenen Körper. Dann benötigen sie eventuell eine Hormonbehandlung und vielleicht auch eine operative Geschlechtsangleichung. Bei Jugendlichen in einem frühen Stadium der Pubertät halten behandelnde Ärzt*innen unter bestimmten Voraussetzungen das Fortschreiten der Pubertät vorübergehend mit Pubertätsblockern (<https://www.riffreporter.de/de/wissen/transgender-pubertaetsblocker-hormone-england-geschlechtsdysphorie-kontroverse-inkongruenz>) auf.

Bald erscheint wichtige Leitlinie

Georg Romer leitet die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Uniklinikums Münster. Mit Kolleg*innen aus 26 medizinischen und psychotherapeutischen Fachgesellschaften arbeitet er derzeit an einer neuen Leitlinie zur Behandlung von trans Jugendlichen. Im ausführlichen Interview erklärt er, warum dieses Leiden keine Krankheit ist, aber fast immer krank macht. Er sagt, wieso Pubertätsblocker – nach dem aktuellen Wissensstand eingesetzt – von Vorteil für Betroffene sein können. Und er äußert eine Bitte an die Skeptiker*innen.

Professor Romer, es gibt Menschen, deren empfundenes Geschlecht vom körperlichen Geschlecht abweicht. Wie diagnostizieren Sie einen solchen Zustand?

Dazu benötigen wir die Gesamtbetrachtung eines mehrere Jahre anhaltenden Entwicklungsverlaufs. Wir müssen verstehen, ob es sich um ein dauerhaftes Muster handelt oder nur um einen vorübergehenden Zustand. Außerdem müssen wir klären, ob die Ursache der Probleme tatsächlich diese Form eines als falsch empfundenen Körpers ist. Zur Diagnose gehört also auch genügend Zeit, in der Betroffene ihre neue Geschlechterrolle im sozialen Umfeld erproben können. Wenn diese Veränderung das Problem bereits löst, weil zum Beispiel ein Unbehagen mit der sozial konstruierten Geschlechterrolle bestand, dann liegt keine Geschlechtsinkongruenz vor. Davon sprechen wir erst, wenn mit den körperlichen Geschlechtsmerkmalen dauerhaft kein Frieden gefunden werden kann.

Ähnliches war in den vergangenen 30 Jahren bei der Homosexualität zu beobachten.

Wie häufig kommt das vor?

Es gibt aktuelle Daten aus Volkszählungen in Kanada, England und Wales, in denen zwischen 0,4 und 0,8 Prozent der Bevölkerung über 16 Jahre angeben, sich nicht mit ihrem Geburtsgeschlecht zu identifizieren. Das sind jedoch Selbstbeschreibungen. Eine repräsentative Studie in Schweden hat ergeben, dass zwischen 0,8 und 1,0 Prozent der Erwachsenen eine solche Geschlechtsinkongruenz in sich fühlen und einen sozialen Rollenwechsel wünschen. 0,2 Prozent gaben einen starken Wunsch nach medizinischen Schritten zur Geschlechtsangleichung an.

Seit etwa zwei Jahrzehnten nimmt die Zahl der Fälle in vielen westlichen Ländern stark zu. Von „Steigerungen von mehr als tausend Prozent“ ist die Rede. Wechseln wir bald alle unser Geschlecht? Oder wie kann man solche Zahlen verstehen?

Die tausend Prozent beziehen sich ausschließlich auf die Zahl der Anmeldungen an spezialisierten Zentren. Und das sind ja weitgehend neue Angebote, die es vorher nicht gab. In Kanada hat man verschiedene Altersgruppen über die gesamte Lebensspanne betrachtet. Dort findet sich ein stetiger Zuwachs über alle Erwachsenengenerationen, der überhaupt nicht für die heutige Generation Jugendlicher spezifisch ist, sondern in diese hineinreicht. Ähnliches war in den vergangenen 30 Jahren bei der Homosexualität (<https://www.riffreporter.de/de/wissen/newsletter-epigenetik-meldungen-gedaechtnis-der-zellen-zeitalter-epigenom>) zu beobachten. Mit zunehmender Aufklärung sowie gesellschaftlicher Toleranz und Offenheit können sich mehr Menschen in ihrer Selbstwahrnehmung annehmen und nach außen dazu stehen.

Aktuelle Zahlen aus Deutschland

Gibt es auch Zahlen aus Deutschland?

Nach einer Hochrechnung der Barmer-Krankenkasse haben im Jahr 2014 deutschlandweit etwa 330 Jugendliche mit einer diagnostizierten Geschlechtsdysphorie eine hormonelle medizinische Behandlung neu begonnen. Davon erhielten etwa ein Drittel zunächst Pubertätsblocker. Fünf Jahre später waren es hochgerechnet etwa 1.060. Das entspricht einem Anstieg binnen fünf Jahren um den Faktor 3,2. Bei den 18- bis 30-Jährigen stiegen die Zahlen im gleichen Zeitraum von gut 500 auf etwa 1.800 – das entspricht dem Faktor 3,5. Ein Anstieg ist also da, aber es ist auch hier kein spezielles Phänomen des Jugendalters.

Die Vorwürfe sind unsachlich und werden der Versorgungsrealität nicht gerecht.

Ihnen und vielen Ihrer Kolleg*innen wird manchmal vorgeworfen, Sie würden Pubertätsblocker oft zu früh oder voreilig verschreiben. Diese Medikamente unterbinden die natürliche Ausschüttung von Geschlechtshormonen und bremsen so die Pubertät. Können Sie diese Vorwürfe verstehen?

Diese Vorwürfe sind unsachlich und werden der Versorgungsrealität nicht gerecht. An allen mir bekannten spezialisierten Behandlungszentren und auch in den spezialisierten Behandlungspraxen wird mit größter Sorgfalt entsprechend den Empfehlungen und Leitlinien vorgegangen, die von internationalen medizinischen Fachgesellschaften entwickelt und aktualisiert werden. Jeder ist sich der Verantwortung für höchste medizinische Sorgfalt bei einer solch komplexen Entscheidung bewusst.

Im Porträt: Professor Dr. Georg Romer





Professor Dr. Georg Romer leitet die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Universitätsklinikum Münster.

Georg Romer studierte in Freiburg Medizin und spezialisierte sich anschließend am Universitätsklinikum Eppendorf in Hamburg zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Parallel absolvierte er eine Weiterbildung zum Paar- und Familientherapeuten.

In Hamburg wurde er stellvertretender Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Seit 2013 ist er ärztlicher Direktor der gleichlautenden Klinik am Universitätsklinikum Münster. Als Professor lehrt er zudem an der Universität Münster.

Seit etwa 25 Jahren begleitet Romer Kinder- und Jugendliche mit Geschlechtsinkongruenz. Während dieser Zeit hat er etwa 600 Mal die Verordnung von sogenannten Pubertätsblockern verantwortet.

Seit einiger Zeit erarbeitet Romer gemeinsam mit weiteren erfahrenen Ärzt*innen und Psycholog*innen aus 26 unterschiedlichen Fachverbänden für die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) an der ersten deutschen Leitlinie, die die Behandlung von trans Personen im Kinder- und Jugendalter auf eine qualitativ möglichst hochwertige Stufe bringen soll.

Die Leitlinie wird in Kürze vorgestellt und heißt: Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter: Dia-

agnostik und Behandlung.

Was machen Sie denn, um Fehler auszuschließen?

Es ist hier immer eine längere Prozessbegleitung gefordert. Die ist von einer erfahrenen Fachperson vorzunehmen. Diese kennt natürlich die großen individuellen Unterschiede bei der psychischen Entwicklung im Kindes- und Jugendalter. Sie weiß, was noch alles dahinterstecken kann, wenn die Geschlechtsidentität infrage gestellt wird. Die Entscheidung für oder gegen Pubertätsblocker fällt immer erst nach sorgfältiger Prüfung jedes Einzelfalls, und sie wird gemeinsam mit den Betroffenen und ihren Eltern entwickelt.

Entscheidung dauert sechs bis neun Monate

Es dauert also, bis jemand Pubertätsblocker erhält?

Das kann sechs bis neun Monate dauern. Wenn wir von Einzelfällen hören, dass Kollegen bereits nach einer einmaligen Konsultation Pubertätsblocker verschreiben, nehmen wir das mit größter Sorge zur Kenntnis. Aber genau aus diesen Gründen benötigen wir anerkannte medizinische Leitlinien. Sie beschreiben, welche Sorgfaltsregeln zu beachten sind. Wer dann davon abweicht, muss dies im Einzelfall medizinisch sehr gut begründen können oder macht sich fachlich angreifbar.

Man hat viel zu lange an einem veralteten Protokoll festgehalten.

Aber Pubertätsblocker haben auch Nebenwirkungen. Sie verringern zumindest vorübergehend die Knochendichte, verzögern das Wachstum

und senken die Libido. Nach dem Absetzen werden Entwicklungsverzögerungen zwar nachgeholt. Aber es fehlt angeblich auch an zuverlässigen Studien, die eine klare Evidenz für eine positive Wirkung zeigen. Ist Pubertätsblockade ein Risiko?

Das Problem der Studienlage insbesondere zu Nebenwirkungen ist, dass man vielerorts viel zu lange an einem veralteten Protokoll festgehalten hat: dem Dutch Protocol, das auf einer 30 Jahre alten, seinerzeit pionierhaften Studie basiert, die nur sehr eindeutige Fälle aufgenommen und sehr strenge Regeln angewandt hatte. So hatte man vorgeschrieben, dass auch alle älteren Jugendlichen, die im Grunde alle Voraussetzungen für eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung erfüllen, mindestens ein Jahr Pubertätsblocker bekommen sollten, bevor sie mit geschlechtsangleichenden Hormonen behandelt werden konnten. Das ist längst veraltet und wird auch von den Niederländern, die es einst entwickelt haben, heute so nicht mehr angewandt. Nur in England ist es bis heute Standard und hat dort zu der Schlussfolgerung geführt, dass die Abwägung zwischen Nutzen und Risiko nicht hinreichend deutlich auf der Seite des Nutzens sei. Das liegt letztlich daran, dass die Pubertätsblocker dort nicht nach dem aktuellen Stand der Empfehlungen verordnet werden.

Sie unterstützen also die Kritik am Dutch Protocol?

Es war zu seiner Zeit sehr wichtig und hat das Feld international vorangebracht. Heute kann man aber sagen, dass es als erster Gehversuch in diesem Feld auch zu Artefakten schädlicher Behandlungen geführt hat. So wurden Pubertätsblocker in vielen Fällen eingesetzt, bei denen sie gar nicht mehr sinnvoll waren. Und vor allem wurden sie oft viel zu lange eingesetzt. Heute wäre es undenkbar, einem Jugendlichen drei Jahre lang mit Pubertätsblockern die sonstige körperliche Entwicklung, die Knochenentwicklung und die Sexualhormone zu entziehen. Das ist eine so dermaßen unphysiologische Situation – das schadet mehr, als es nutzt.



Eine trans Frau demonstriert am 14. Oktober in Atlanta, USA, für die Rechte von trans Personen und gegen neue Gesetze im US-Staat Georgia, die die medizinische Versorgung von Transgender-Jugendlichen einschränken.

Was machen die aktuellen Empfehlungen denn anders?

Wir haben mittlerweile über 20 Jahre Behandlungserfahrung. Allein in der Expertenkommission für die neue Leitlinie kommen über 100 Behandlungsjahre zusammen. Wir haben gelernt, dass wir die Nutzen-Risiko-Abwägung jeder einzelnen Behandlungsentscheidung nur individuell beurteilen können. Auch das niederländische Zentrum in Amsterdam, also die Urheber des Dutch Protocol, empfehlen heute gemeinsam mit einer ganz breiten Basis internationaler Experten, dass man individuell vorgeht und den individuellen Nutzen der Blocker immer im Einzelfall begründen muss.

Die Blocker machen nur früh in der Pubertät Sinn

Das heißt?

Im Sinne einer Best Practice macht es zum Beispiel überhaupt keinen Sinn, 16- oder 17-Jährigen Pubertätsblocker zu verschreiben. Die pubertäre Reifung ist dann weitestgehend abgeschlossen. Ich kann gar nichts mehr bewirken, um beispielsweise eine künftige trans Frau davor zu bewahren, ein Leben lang breite Schultern und eine tiefe Stimme zu haben. Das macht nur im frühen Stadium der Pubertät Sinn und in einem ganz befristeten Zeitfenster. Zu einem späteren Zeitpunkt empfehlen wir das heute nicht, weil dann die Risiken in der Tat den Nutzen überwiegen.

Wir lindern den empfundenen Dauerstress, den für eine betroffene Person die biologische Uhr bedeuten kann.

Wie lange sollten Pubertätsblocker genommen werden?

So kurz wie möglich und so lange wie nötig. Wenn man sie einbettet in die Gesamtstrategie, haben sie ja immer nur eine vorübergehende Funktion. Man möchte mit ihnen Zeit gewinnen, bis man sich so einig wie irgend möglich ist, dass tatsächlich eine dauerhaft anhaltende, stabile Geschlechtsinkongruenz vorliegt, die therapeutisch nicht auflösbar sein wird. Dann sollte man zügig die Hormonbehandlung beginnen. Das kann bei 12- oder 13-Jährigen maximal zwei Jahre dauern. In aller Regel versuchen wir es bei Jugendlichen ab einem Alter von 14 Jahren auf sechs Monate zu begrenzen. Eigentlich machen wir das immer nur so lange, wie wir einen positiven Grund dafür haben, dies noch einem Weg vorzuziehen, der mehr Eindeutigkeit in die körperliche Reifeentwicklung bringt.

Was für ein Weg ist das?

Es kann theoretisch beides sein: das Absetzen der Blocker und damit die Fortsetzung der unterbrochenen Pubertät oder die Einleitung einer Hormonersatzbehandlung. Es ist die Irreversibilität der körperlichen Entwicklung, die uns hier vor ein ethisches Dilemma stellt: Geben wir keine Puber-

tätsblocker, schreitet die Reifeentwicklung fort, aber auch wenn wir die Pubertät umleiten, lösen wir ab einem gewissen Zeitpunkt irreversible Veränderungen aus. Wenn die Stimme einmal tief ist, ist sie zeitlebens tief. Das trifft für einen behandelten trans Jungen genauso zu wie für ein nichtbehandeltes trans Mädchen. Wir stellen uns täglich diesem Irreversibilitätsdilemma. Und da bietet im Einzelfall die reversible Pubertätsblockade ein begrenztes Zeitfenster, um die Entscheidung für eine irreversible Weichenstellung auf eine bestmögliche Grundlage zu stellen.

Die biologische Uhr anhalten

Man könnte also zugespitzt sagen, wenn Sie Pubertätsblocker geben, ist das so ähnlich, als würden Sie als Arzt nichts tun? Denn auch wenn Sie tatsächlich nichts tun, beginnen ja Hormone auf Ihre Patient*innen zu wirken – in diesem Fall die eigenen.

Wir halten die biologische Uhr für einen verantwortbaren Zeitraum an, der gut vorgeplant und vorbesprochen sein muss. Wir lindern damit den empfundenen Dauerstress, den für eine betroffene Person die biologische Uhr bedeuten kann. Und wir sagen: „Probiere dich weiter in deinem Geschlecht aus. Denn bevor wir umlenken und irreversible Entwicklungen in Kauf nehmen, möchten wir dir und deinem sozialen Umfeld die nötige Zeit der inneren Vorbereitung geben.“ Es geht auch darum, die Lebbarkeit der neuen Rolle zu festigen und zu überprüfen, ob es wirklich dauerhaft der richtige Weg ist.

Aber heißt das nicht doch, dass Pubertätsblocker oft voreilig verschrieben werden – sozusagen zum Ausprobieren?

Nein, wir machen das niemals experimentell. Niemals kämen wir auf die Idee, damit einfach mal anzutesten, ob jemand nur in einer Pubertätskrise steckt und sich einfach mal ausprobieren möchte. Das wäre ein völlig verzerrtes Bild. Die Voraussetzung, überhaupt an Pubertätsblocker zu denken,

ist eine bereits bestehende hohe diagnostische Sicherheit, dass es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um eine persistierende transgeschlechtliche Entwicklung handelt, die sich nicht mehr ändern wird. Meist gibt es trotzdem Gründe, dem ganzen Prozess noch etwas mehr Zeit zu lassen. Und für ein solches Zeitfenster ist das eine vertretbare Option, um irreversible Veränderungen im Körper in beide Richtungen vorerst aufzuhalten. Aber das macht natürlich nur Sinn, wenn es eingebettet ist in das neu zu überprüfende Angebot, nach sechs oder zwölf Monaten gelebter Erfahrung und intensiver Reflexion erneut über den Weg zu entscheiden. In Einzelfällen sehen wir dann auch, dass Jugendliche diese Zeit nutzen, um von dem gesamten Weg doch wieder zurückzutreten.

Wie häufig kommt das vor?

Sehr selten – gerade weil wir schon bei der ersten Indikationsstellung versuchen, möglichst sicher zu sein. In der neuesten publizierten Kohorte in den Niederlanden waren es vier Prozent derjenigen, die Pubertätsblocker bekommen haben, die den Weg insgesamt vorerst nicht weitergegangen sind. Und damit ist durch diese gestufte Vorgehensweise der potenzielle Schaden begrenzt.

Pubertätsblocker nutzen nicht immer

Hätten alle sofort Hormone bekommen, wäre der Schaden größer gewesen?

Das genau ist die Abwägung, die in jedem Einzelfall zu treffen ist: Kann man den Benefit von Pubertätsblockern damit begründen, dass man sagt, für das gelebte Leben in einer neuen Geschlechtsrolle braucht es noch mehr Zeit? Im Einzelfall kann es aber auch andersherum sein, dass dieser Benefit gar nicht mehr existiert. Die Sache kann schon so langjährig und eindeutig im vollzogenen Rollenwechsel und in der fortgeschrittenen Pubertät geklärt sein, dass Pubertätsblocker keinen begründbaren Nutzen mehr haben.

Eine trans Person ist natürlich nicht psychisch krank. Geschlechtsinkongruenz ist weder eine Störung noch eine Krankheit.

Es wäre fatal, dann zu warten?

Wenn wir zu lange abwarten, bevor wir eine Behandlung anbieten, hat die betroffene Person meist einen sehr langen vorprogrammierten Leidensweg vor sich. Eine trans Person ist natürlich nicht psychisch krank. Geschlechtsinkongruenz ist genau wie Homosexualität weder eine Störung noch eine Krankheit. Es ist eine Normvariante menschlicher Geschlechtervielfalt. Aber eine betroffene Person wird mit den sich fortschreitend entwickelnden Geschlechtsmerkmalen im Körper absehbar keinen Frieden finden. Es wird sich für sie immer falsch anfühlen. Und dieser dauerhafte Stress führt gemeinsam mit dem permanenten sozialen Druck, gesellschaftlich nicht akzeptiert zu sein, häufig zu psychischen Erkrankungen. Vierzig Prozent aller erwachsenen trans Personen berichten, schon mindestens einmal in ihrem Leben einen Suizidversuch gemacht zu haben. Bei Jugendlichen sind es 19 Prozent. Das heißt auch, wenn man nichts tut und es einfach bis ins Erwachsenenalter laufen lässt, steigt das Risiko psychischer Erkrankungen.

Ist denn belegt, dass die Behandlung den Betroffenen guttut?

Bei Erwachsenen sind die günstigen Effekte von Hormonbehandlungen unstrittig. Und Jugendliche haben eine deutlich bessere psychische Gesundheitsprognose. Erste Studien haben sehr günstige Langzeiteffekte auf die psychische Gesundheit gezeigt. Menschen, bei denen mit 14 oder 15 Jahren die Behandlung mit Pubertätsblockern gestartet ist, hatten im Alter von 25 oder 26 Jahren genauso viele oder wenige psychische Gesundheitsprobleme wie die Durchschnittsbevölkerung. Das war das Resultat nach dem kompletten Prozess einschließlich einer geschlechtsangleichen-

den Hormonbehandlung, einer sorgfältigen Prozessbegleitung und einer unterstützten sozialen Transition in allen Lebensfeldern.

Bisherige Studien liefern nur Hinweise

Aber diese Studien waren klein. Es wurden vergleichsweise wenige Fälle ausgewertet.

Aus wissenschaftlicher Sicht werten wir das deshalb auch nur als Hinweis. Aber längst bestätigt unsere klinische Erfahrung die Effekte. Gerade weil wir an diesen jungen Menschen dranbleiben, sie weiter begleiten, sehen wir, wie sie ihre Schule abschließen, eine Ausbildung oder ein Studium aufnehmen, Partnerbeziehungen haben und keine Psychotherapie mehr brauchen. Natürlich wissen wir, dass die Studienlage noch vorläufig ist. Wir brauchen definitiv weitere Studien. Da sind sich alle einig, und wir arbeiten auch daran, Langzeitverläufe zu untersuchen.

Für eine ausschließlich psychotherapeutische Begleitung des Leidens an der tiefen Stimme oder den breiter werdenden Schultern oder der wachsenden Brust gibt es null Evidenz.

Gibt es keine Alternativen zu den Pubertätsblockern?

Entscheidend ist die Frage, was bietet man einer Person an, die in ihrer Pubertät diese klare und eindeutige transgeschlechtliche Entwicklung zeigt? Es geht dann ja um einen in der Regel bereits mehrjährigen Verlauf dieser Entwicklung. Für eine ausschließlich psychotherapeutische Behandlung des Leidens an der tiefen Stimme oder den breiter werdenden Schultern oder der wachsenden Brust gibt es null Evidenz. Das wäre genauso wirkungslos und unethisch, als wenn man gegen eine Homosexualität antherapieren würde.

Ist Psychotherapie dann überflüssig?

Natürlich nicht. Die Psychotherapie ist immer dann notwendig, wenn bereits psychische Symptome entstanden sind. Wenn trans Personen sozial ängstlich, depressiv oder selbstunsicher geworden sind zum Beispiel. Außerdem hat sie ihren festen Platz in der Begleitung und Diagnose des Transitionsprozesses. Wir müssen natürlich gemeinsam mit den Jugendlichen und meist auch mit ihren Eltern sehr sorgfältig prüfen, ob möglicherweise eine völlig andere Problematik dahinterstehen könnte. Hier geht es um beides: um die diagnostische Sicherheit und darum, dass Betroffene so gut informiert sind, dass sie die Konsequenzen einer Behandlung überblicken können und informiert einwilligen können. Dadurch minimieren wir das Risiko einer späteren Detransition, also dass jemand später vielleicht doch sagt, es war der größte Fehler meines Lebens, ich möchte wieder ins alte Geschlecht zurück.

Detransitionen sind selten

Wie häufig kommt das denn vor, dass trans Jugendliche, die bereits Hormone nehmen, darunter im Nachhinein leiden und die Detransition wollen?

Das hängt von den Umständen ab. Bei Erwachsenen sind Raten von Detransitionen bis zu zehn Prozent beschrieben, aber nur, wenn keine qualitätsgesicherte Prozessbegleitung stattgefunden hat. Bei den Jugendlichen, wo die ohnehin schon große fachliche Sorgfalt noch einmal größer geschrieben wird, können sowohl die Amsterdamer als auch wir in Münster zeigen, dass Detransitionen sehr selten sind. Wir hatten bei insgesamt 600 Behandelten nur drei Fälle. Zwei davon waren noch im ganz frühen Stadium der Hormonbehandlung, sodass kein bleibender Schaden entstanden ist. Und im dritten Fall hat diese junge Person sich als Erwachsene neu umentschieden, rückblickend aber gesagt, ihr damaliger Weg sei dennoch der für sie stimmige gewesen.

Bekannt wurde der Fall der Britin Keira Bell, die ihre früheren Ärzte verklagt hat. Haben Sie vor so etwas Angst?

Der Fall dieser Patientin war spektakulär und ging durch die Weltpresse. Das hat auch zu Verunsicherung innerhalb der Medizin geführt. Diese junge Frau sagte im Nachhinein, sie hätte als Teenager ganz andere Probleme gehabt, für die sich angeblich niemand interessiert habe. Mit einer sorgfältigen kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik, die nach allem schaut, was einen jungen Menschen seelisch belasten kann, sollte es zu so einem Verlauf nicht kommen. Und eine solche Diagnostik muss Teil unserer medizinischen Sorgfalt sein. Das hat nichts mit Pathologisierung zu tun.

Manche Länder sind gerade dabei, wegen mangelnder Evidenz den Zugang zu Pubertätsblockern bei Geschlechtsinkongruenz zu begrenzen,

(<https://www.riffreporter.de/de/wissen/transgender-pubertaetsblocker-hormone-england-geschlechtsdysphorie-kontroverse-inkongruenz>) **England, Finnland**

und Schweden zum Beispiel. Auch hierzulande wird darüber gestritten.

Ist das eher eine politische (<https://www.riffreporter.de/de/international/100-jahre-disney-geburtstag>) **oder eine medizinische Diskussion?**

Es ist eine medizinische Diskussion mit starker politischer Hintergrundmusik. Das zeigt sich sehr deutlich am Beispiel von England. Auch die neueren restriktiveren Empfehlungen bejahen übrigens sehr klar, dass es Jugendliche gibt, die diese Behandlungen weiterhin brauchen. Aber es werden pauschal die Einschlusskriterien enger gefasst. Im Grunde wird das restriktive alte Dutch Protocol wiederholt. Der Erkenntniszuwachs, den wir brauchen, wird so verhindert. Neue Erkenntnisse können nur entstehen, wenn wir Behandlungen, anstatt sie nur bei idealtypisch ‚supereindeutigen‘ Fällen zuzulassen, an der Vielfalt des realen Lebens messen. Wie auch sonst in der Medizin gehören dazu auch atypische und komplexere Fälle, deren Leidenswege unbehandelt jedoch nicht weniger schwerwiegend sind.

Politische Hintergrundmusik

Und wo wird die Diskussion politisch?

Die politische Hintergrundmusik

(<https://www.riffreporter.de/de/gesellschaft/polen-lgbtq-ranking-schulen-queer>)

zeigt sich daran, dass man klinische Experten von der Entwicklung neuer Behandlungsstandards ausschließt. Indem man Gremien schafft, die nur von außen auf die Ergebnisse veröffentlichter Studien schauen, diese aber nicht mit der Behandlungspraxis verbinden können. Der internationale Standard für qualitativ hochwertige medizinische Leitlinien fordert aber genau diese Synthese aus wissenschaftlicher Evidenz und klinischer Erfahrung. Zum Beispiel kennt ein erfahrener Chirurg sich am besten mit der Vielfalt von Wundheilungsstörungen bestimmter Operationen aus, auch wenn diese in keiner Studie berichtet werden.

Ich habe in der Begegnung mit diesen jungen Menschen und ihren Eltern viel dazugelernt.

Ähnlich wie bei der Einführung des neuen Selbstbestimmungsgesetzes, das nicht den medizinischen, sondern nur den personenstandsrechtlichen Geschlechtswechsel zum Inhalt hat, drängt sich auch bei der Diskussion um Pubertätsblocker der Eindruck auf, es werde über die Köpfe der Betroffenen hinweg diskutiert. Sie haben in 25 Jahren 600 Menschen auf diesem Weg begleitet. Hat Sie diese Arbeit verändert?

Ich habe in der Begegnung mit diesen jungen Menschen und ihren Eltern viel dazugelernt. Es ist enorm wichtig, in der Begegnung mit dem uns Unbekannten immer wieder unvoreingenommen zuzuhören, und zwar möglichst ohne vorgefasste theoretische Überzeugungen, bis wir das innere Erleben einer trans Person verstanden haben. Einfaches Beispiel: Früher haben wir noch pauschal empfohlen, dass es ein Ausschlusskriterium für eine Behandlung ist, wenn eine Magersucht vorliegt. Es schien uns klar, dass

diese Magersucht die Ursache des Problems sein müsse. Irgendwann saß mir der erste junge Patient gegenüber, der bereits eine zweijährige Leidensgeschichte mit einer schweren Magersucht als trans Junge hinter sich hatte und mir verzweifelt erzählte, dass das seine einzige Methode war, das Wachstum seiner Brust zu unterdrücken und so seine weibliche Pubertät, die niemals seine sein konnte, zu stoppen. Er war schon in zwei verschiedenen Kliniken über neun Monate stationär in jugendpsychiatrischer Behandlung gewesen, sagte aber, es habe sich nie jemand dafür interessiert.

Und dann?

Wir haben einen Plan entwickelt. Ich sagte, ich könne eine Hormonbehandlung nicht verantworten, solange er so untergewichtig sei. Und mit dieser Perspektive war es dem Jungen in kürzester Zeit möglich, Gewicht zuzunehmen. Als Ärzte konnten wir dann auch zunächst die pubertätsblockierende und später die Testosteronbehandlung gut verantworten. Dieser junge Mensch hat seine Magersucht überwunden und ist erfolgreich ins Leben durchgestartet.

Die Evidenzdebatte ist ein Stück weit eine Scheindebatte. Sie lenkt von den wesentlichen Kontroversen ab, die im Kern ethischer Natur sind.

Würden Sie sich nicht manchmal wünschen, Sie hätten mehr große Studien auf Ihrer Seite? Das würde vermutlich auch die Ausarbeitung der neuen Leitlinie leichter machen.

Die Evidenzdebatte ist ein Stück weit eine Scheindebatte. Bis zu 70 Prozent aller Medikamente im Kindes- und Jugendalter werden „off label“ verschrieben, es liegen also keine klinischen Zulassungsstudien vor.

80 Prozent aller internationalen Leitlinienempfehlungen, die diese Off-la-

bel-Verordnungen für Kinder und Jugendliche betreffen, beruhen auf schwacher bis sehr schwacher Evidenz, dennoch entsprechen diese Behandlungen der bestmöglichen medizinischen Praxis. Die Evidenzdebatte um Pubertätsblocker lenkt von den wesentlichen Kontroversen ab, die im Kern ethischer Natur sind.

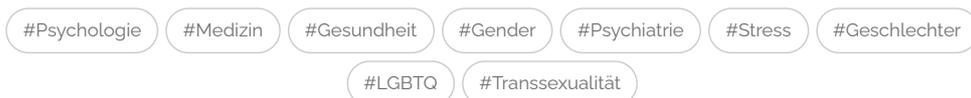
Das Irreversibilitätsdilemma

Welche Kontroversen meinen Sie?

Die großen Fragen sind doch: Wie gehe ich mit dem Irreversibilitätsdilemma um? Wie gehe ich damit um, dass es einen ethischen Konflikt gibt, zwischen dem Schutz Jugendlicher vor möglicherweise verfrühten Entscheidungen und ihrem Recht auf ein selbstbestimmtes Leben? Gerade wenn es um so etwas Urpersönliches geht wie ein Leben, das der eigenen Geschlechtsidentität entspricht? Beides sind wichtige ethische Prinzipien. Wie komme ich da in eine individuelle Abwägung? Wenn nur ein Prinzip betont wird, wie der Schutz Minderjähriger vor weitreichenden Entscheidungen, und das andere Prinzip negiert wird, entsteht eine undifferenzierte und polarisierende Position, die uns nicht weiterhilft.

Was sagen Sie den Skeptiker*innen?

Ich habe eine Bitte: Es geht um die Überwindung von Voreingenommenheit und die Bereitschaft, dazuzulernen. Das habe ich selber erst mit der Zeit begreifen müssen.



Verantwortlich im Sinne des Presserechts

Peter Spork

20253 Hamburg

Deutschland

www: <http://www.peter-spork.de>

E-Mail: info@peter-spork.de

Weitere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Redaktion: Katharina Jakob (<https://www.riffreporter.de/de/autorinnen-und-autoren/katharina-jakob>)