UKM
Universitätsklinikum
Münster

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
-psychosomatik und -psychotherapie

Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Jugendalter

- Aktuelle Paradigmenwechsel, ethische Maßgaben und Behandlungsempfehlungen

Univ.-Prof. Dr. med. Georg Romer

DGKJP virtuell, 20.9.2023

Erhaltene Drittmittelförderungen (themenbezogen)

DGKJP:

– Koordination der Erstellung einer neuen AWMF-Leitlinie „Geschlechtsinkongruemnz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter“ 2019-2023, 10.000€

Bundesministerium für Gesundheit:

– TRANSKIDS - Förderung eines nicht-diskriminierenden Umgangs mit minderjährigen trans* Personen durch patientenorientierte Schulungsmaßnahmen im Gesundheitswesen (Konsortialführung), 2019-2023, 568.000 €

GB-A Innovationsfond:

– TRANSKIDS-CARE - Somatomedizinische Behandlung jugendlicher Patienten mit Geschlechtsdysphorie: Verbesserung der Versorgung durch epidemiologische und gesundheitsökonomische Evidenz (Konsortialführung), 2021-2024, 247.000 €

– EMPOWER-TRANS - Entwicklung und Implementierung innovativer, digitaler Informations- und Schulungskonzepte für Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsinkongruenz/Geschlechtsdysphorie (GI/GD) und ihre Familien (Co-Konsortialführung), 2024, 75.000 € (für Erstellung Vollantrag)

Es bestehen keine Interessenkonflikte.

Center for Transgender Health (CTH)

UKM
Universitätsklinikum
Münster

Psychische Gesundheitsversorgung

Hormonbehandlung

Stimmbehandlung

Geschlechtsangleichende Chirurgie

Fertilitätsprotektion

UKM
Universitätsklinikum
Münster

Gliederung

1. Einleitung und gesellschaftlicher Kontext
2. Die neue medizinische Sicht auf nonkonforme Geschlechtsidentität
3. Ätiologie der Transgeschlechtlichkeit
4. Steigende Prävalenzen und Fallzahlen
5. Geschlechts-Nonkonformität im Kindesalter
6. Assoziierte Psychopathologie im Jugendalter
7. Aktuelle Behandlungsstandards
8. Herausforderung Detransition
9. Umgang mit aktuellen Ungewissheiten

GESCHLECHTERVIELFALT IM ÖFFENTLICHEN LEBEN: BEISPIEL HOMOSEXUALITÄT

GESCHLECHTERVIELFALT IM ÖFFENTLICHEN LEBEN: BEISPIEL TRANSGENDER

Sarah McBride, erste Transgender-Senatorin Bundesstaat Delaware, USA

Nyke Slawik, MdB (Bündnis 90/Die Grünen)

Kulturkampf um Transgeschlechtlichkeit

- Präsidentschaftskampagne Donald Trump

- Bedrohungsszenarien:
  - „Männer dringen in exklusive Schutzräume für Frauen ein“
  - „Kinder werden mit Transideologie indoktriniert“

Recht auf Selbstbestimmung

- „Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt."

  Art 2 Abs (1) Grundgesetz

- Die geschlechtliche Identität gehört zum **unantastbaren höchstpersönlichen Kernbereich** individueller Lebensgestaltung. Über sie kann nicht stellvertretend durch Dritte entschieden werden, sondern die betroffene Person ist **allein entscheidungsbefugt**.
  (Siedenbiedel 2016; Deutscher Ethikrat 2020)

Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics (2022), 1–9
doi:10.1017/S0963180122000251

CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS

ARTICLE

Healthcare Professionals' Conflicts When Treating Transgender Youth: Is It Necessary to Prioritize Protection Over Respect?

Maximiliane Hädicke[1]*, Manuel Föcker[2], Georg Romer[2] and Claudia Wiesemann[1]

[1]University Medical Center Göttingen, Department of Medical Ethics and History of Medicine, Humboldtallee 36, 37073, Göttingen, Germany
[2]University Medical Center Münster, Clinic for Child and Adolescent Psychiatry, Psychosomatics and Psychotherapy, Schmeddingstraße 50, 48149 Münster, Germany

Zwei Gruppenzugehörigkeiten

Trans* Personen

Minderjährige

Fallbeispiel

Maike (lt. Anmeldung), 13 Jahre, möchte „Kiki“ (bei Vorstellung) genannt werden, habe lt. Eltern „rosarote“ Kindheit als Mädchen durchlebt, gibt an, seit Pubertätseintritt zunehmendes Störgefühl zum weiblichen Körper zu empfinden, fühle sich seit Monaten mittlerweile als Junge und ziehe sich aus Sozialkontakten zurück, werde zunehmend depressiv. Habe sich Eltern offenbart. Vorstellung beim Kinderarzt, danach bei KJ-Psychotherapeutin, die angeraten habe „auf alle Fälle schon mal“ eine Hormondiagnostik zu veranlassen. Darauf Untersuchung bei Endokrinologen, der unauffälligen weiblichen Hormonstatus und Chromosomenanalyse feststellt. Dort Beratung über die Notwendigkeit eines Alltagstests, bevor man mit einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung beginnen könne. Danach unmittelbar Trans*Outing in Schule. Eltern fühlen sich stark verunsichert und „völlig überfahren“, sagen, sie seien „noch nicht so weit“, fragen ob man nicht abwarten könne „bis die Pubertät durch ist“. Weitgehende Sprachlosigkeit zwischen „Kiki“ und Eltern ohne emotionalen Austausch. „Kiki“ sagt, er fühle sich nicht verstanden und fürchte, nun sowieso mit allem warten zu müssen bis er 18 sei. Äußert dabei große innere Verzweiflung im Einzelkontakt (weint). Im Kontakt mit Eltern eher abwartend „cool.“

Zu klärende Fragen in der Praxis (u. a.)

- Wie finden Behandlungssuchende ihren Weg durchs Versorgungssystem?
- Timing: Ab wann ist Einstieg bei Endokrinologen sinnvoll?
- Prozess von Selbstfindung und Outing: wie finden Jugendliche und Eltern zueinander?
- Welchen diagnostischen Wert hat „normal-binäres“ Geschlechtsrollenverhalten im Kindesalter („rosarote Mädchenkindheit“)?
- Differenzialdiagnose:
  „*persistierende Geschlechtsinkongruenz*“ vs. „*identitätssuchende Selbstfindungskrise*“

Die aktuelle medizinische Sicht

- *ICD-11:* **Geschlechtsinkongruenz (GI)**
  keine psychische Störung, sondern „Condition related to sexual health“ (WHO 2018)

- *DSM 5:* **Geschlechtsdysphorie (GD)**
  anhaltendes Leid infolge einer GI mit Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit (APA 2013)

- *AWMF-S3-Leitlinie Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans*gesundheit:* Konsequente Entpathologisierung der Trans*-Identität und Individualisierung der Behandlungswege

It‘s been a long way……

1979 – Leitsymptome „Transsexualität“ Sigusch et al. 1979, S 251

- Im ärztlichen Gespräch wirken Transsexuelle **kühl-distanziert** und **affektlos, starr, untangierbar und kompromisslos, egozentrisch, demonstrativ** und **nötigend, durchtypisiert**.

- Trotz oft unablässiger Schilderungen des Leidensweges drückt der Patient **kaum Affekte** aus. Bei oft gesten- und floskelreicher Redseligkeit wirkt der Patient **stereotyp, monoton, fassadenhaft**.

- Die zwischenmenschlichen Beziehungen Transsexueller sind **stark gestört**, weil ihnen **Einfühlungsvermögen** und **Bindungsfähigkeit** weitgehend fehlen…

Evidenz im Kontext klinisch-katamnestischer Erfahrung

Outcome-Studien zu spezifischen Interventionen

- bisher schwache Evidenz („Hinweise“)
- jedoch gleichsinnig

Studien zu Langzeit-Outcome früher Transitionen

- bisher schwache Evidenz („Hinweise“)
- jedoch gleichsinnig

Studien zu unbehandelter Situation

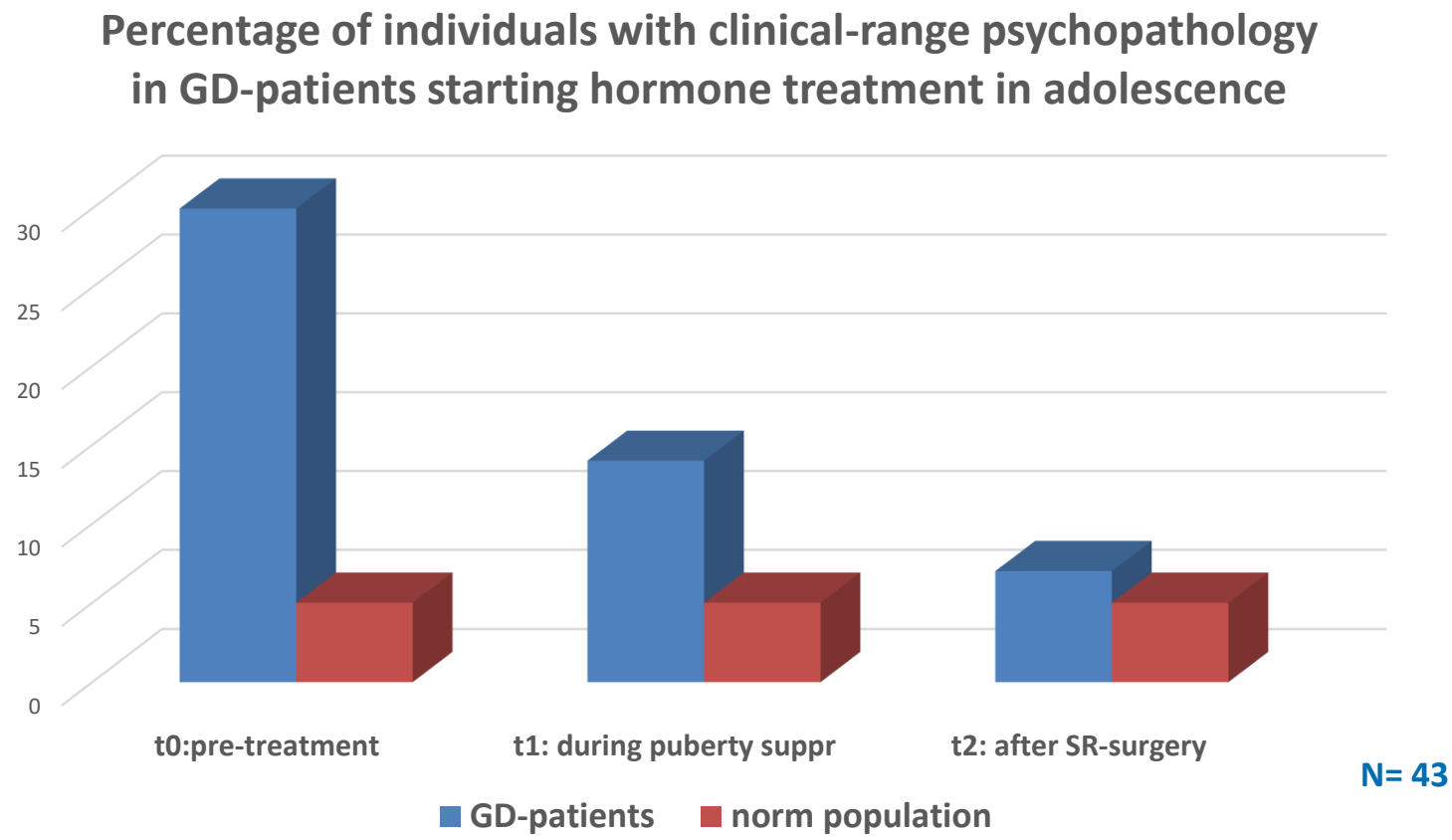
- Starke Evidenz für hohe psych. Morbidität („Belege“)

Daten zu ausschließlich psychosozialen Interventionen

- Evidenz Null

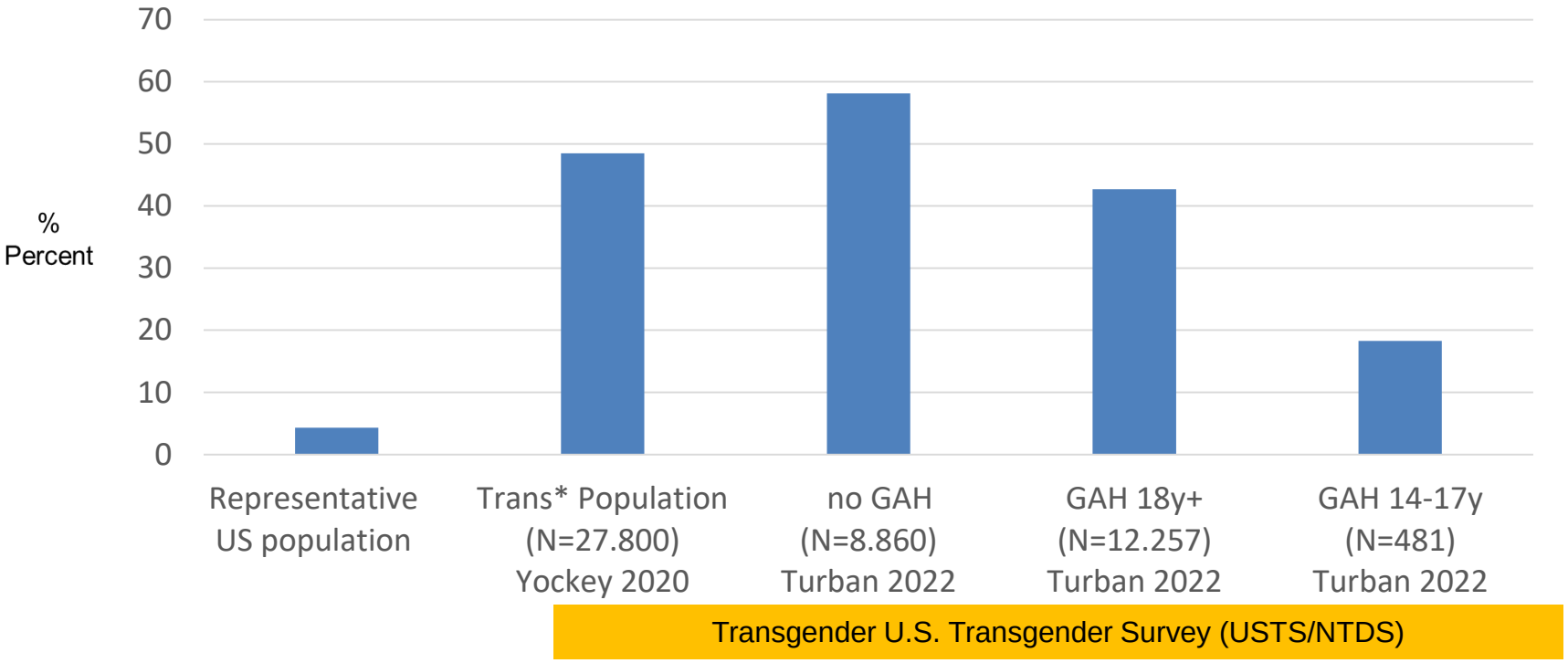
Studien zu medizinischen Transitionsbehandlungen bei Erwachsenen

- Evidenz unstrittig, wenngleich mittelmäßig



De Vries, A. ... & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*, *134*(4), 696-704.

Suizidgedanken in den vergangenen 12 Monaten



Turban et al (2022) Access to gender-affirming hormones during adolescence and mental health outcomes among transgender adults. PLOS ONE 17(1): e0261039.

Yockey et al. (2022). Past-year suicidal ideation among transgender individuals in the United States. Archives of suicide research, 26(1), 70-80.

ICD-11 Diagnose HA60
Geschlechtsinkongruenz im Jugend- und Erwachsenenalter

Ausgeprägte und 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.

Implikationen für professionelle Grundhaltung

- Es gibt keine „Störung der Geschlechtsidentität“
- Therapieversuche, die die Geschlechtsidentität einer Person verändern wollen, sind nicht nur unethisch, sondern seit 2020 in Deutschland zudem strafbar (KonvBG §2).
- Zur Reduzierung psychischer Gesundheitsprobleme bei Geschlechtsinkongruenz sollen Interventionen professionell Helfenden vorrangig darauf ausgerichtet sein, die betreffende Trans*Person darin zu unterstützen, die eigene Persönlichkeit im Einklang mit ihrer empfundenen Geschlechtsidentität zu entfalten, sich selbst zu akzeptieren und sich sozial akzeptiert zu fühlen.
  (S3-Leitlinie AWMF 2018; Standards of Care WPATH 2012, 2022).

UKM
Universitätsklinikum
Münster

ÄTIOLOGIE DER TRANSGESCHLECHTLICHKEIT

Zur Genese der Trans*identität

- Nicht durch psychosoziale Einflüsse, pädagogische oder psychotherapeutische Interventionen lenkbar oder beeinflussbar
- Stabil persistierende innere Disposition, die sich Betroffene nicht „ausgesucht“ haben
- Hinweise für genetische und andere biologische (Ko-)Faktoren

Evidenz für biologische (Ko-)Faktoren

- **Zwillingsfallstudien:**
  39,1% Konkordanz der Transidentität bei monozygoten Zwillingen
  vs. < 0,1% bei dizygoten Zwillingen *(Heylens et al., 2012)*

- **Molekulargenetik:**
  Spezifische Genotypen unterschiedlicher Kombinationen der Allel-Längen von Androgen- und Östrogenrezeptorgenen sind mit Mann-zu-Frau- und Frau-zu-Mann-Transidentität assoziiert *(Fernandez et al 2018).*

- **Endokrinologie:**
  Bei DSD-Individuen mit weiblicher Geschlechtsattribution erhöhen erhöhte prä- und postnatale Androgenspiegel die Wahrscheinlichkeit für später männliche Geschlechtsidentität *(Meyer-Bahlburg et al. 2008)*

- **Neuroanatomie:**
  Hinweise auf diskriminierende hirnstrukturelle phänotypische Unterschiede zwischen Untergruppen von Cis-weiblichen/männlichen und trans-weiblichen/männlichen Personen *(Flint et al. 2020; Mueller et al. 2021)*

Neuropsychopharmacology (2020) 0:1–8; https://doi.org/10.1038/s41386-020-0666-3 www.nature.com/npp

ARTICLE

Biological sex classification with structural MRI data shows increased misclassification in transgender women

Claas Flint[1,2], Katharina Förster[1], Sophie A. Koser[1], Carsten Konrad[3], Pienie Zwitserlood[4], Klaus Berger[5], Marco Hermesdorf[5], Tilo Kircher[6], Igor Nenadic[6], Axel Krug[6], Bernhard T. Baune[1,7,8], Katharina Dohm[1], Ronny Redlich[1], Nils Opel[1], Volker Arolt[1], Tim Hahn[1], Xiaoyi Jiang[2], Udo Dannlowski[1] and Dominik Grotegerd[1]

THE JOURNAL OF SEXUAL MEDICINE J Sex Med 2021;000:1–9 ORIGINAL RESEARCH & REVIEWS

TRANSGENDER HEALTH

The Neuroanatomy of Transgender Identity: Mega-Analytic Findings From the ENIGMA Transgender Persons Working Group

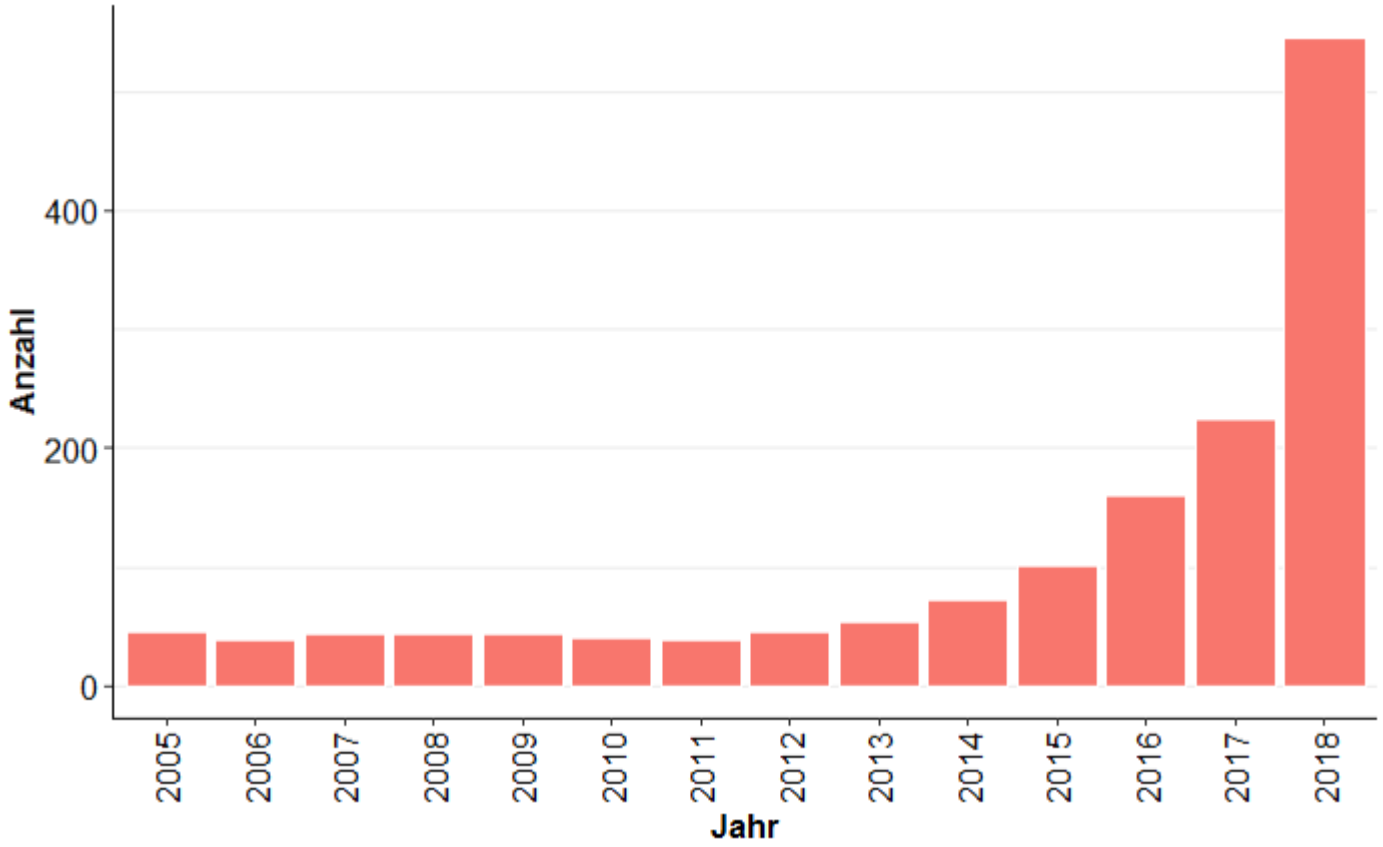
Sven C. Mueller, PhD,[1,2] Antonio Guillamon, MD, PhD, Prof.,[3] Leire Zubiaurre-Elorza, PhD,[4] Carme Junque, PhD,[5] Esther Gomez-Gil, MD, PhD,[6] Carme Uribe, PhD,[5] Behzad S. Khorashad, MD,[7,31] Behnaz Khazai, MD, MSc,[8] Ali Talaei, MD,[7] Ute Habel, PhD,[9,10] Mikhail Votinov, PhD,[9,10] Birgit Derntl, PhD,[11] Rupert Lanzenberger, MD, PhD, Prof.,[12] Rene Seiger, MSc, PhD,[12] Georg S. Kranz, PhD,[12,13] Baudewijntje P.C. Kreukels, PhD,[14] Peggy T. Cohen Kettenis, PhD,[14] Sarah M. Burke, PhD,[15] Nils B. Lambalk, MD, PhD,[16] Dick J. Veltman, MD, PhD,[17] Mathilde Kennis, MSc,[18] Francisco J. Sánchez, PhD,[19] Eric Vilain, MD, PhD,[20,21] Alessandra Daphne Fisher, MD, PhD,[22] Mario Mascalchi, MD, PhD,[23] Gioele Gavazzi, PhD,[24] Stefano Orsolini, BSc,[25] Jiska Ristori, PhD,[20] Udo Dannlowski, MD, PhD,[26] Dominik Grotegerd, PhD,[26] Carsten Konrad, MD, PhD,[27] Maiko Abel Schneider, PhD,[28] Guy T'Sjoen, MD, PhD,[29] and Eileen Luders, PhD[30]

UKM
Universitätsklinikum
Münster

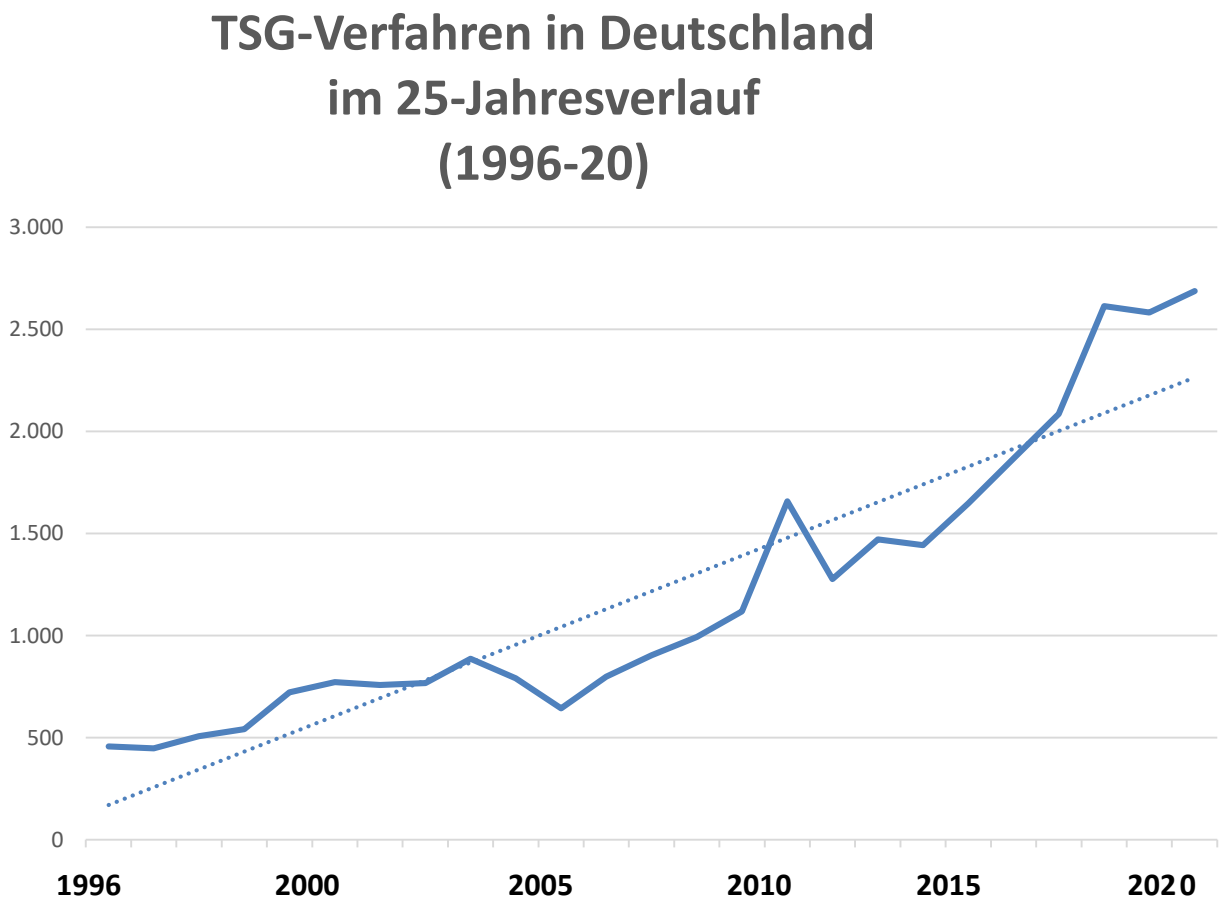
STEIGENDE FALLZAHLEN UND PRÄVALENZ

Stark anwachsende Fallzahlen

- Trans*Outings werden zunehmend früher im Kindes- und Jugendalter beschritten
- Steigender Bedarf an qualifizierten Behandlungsangeboten



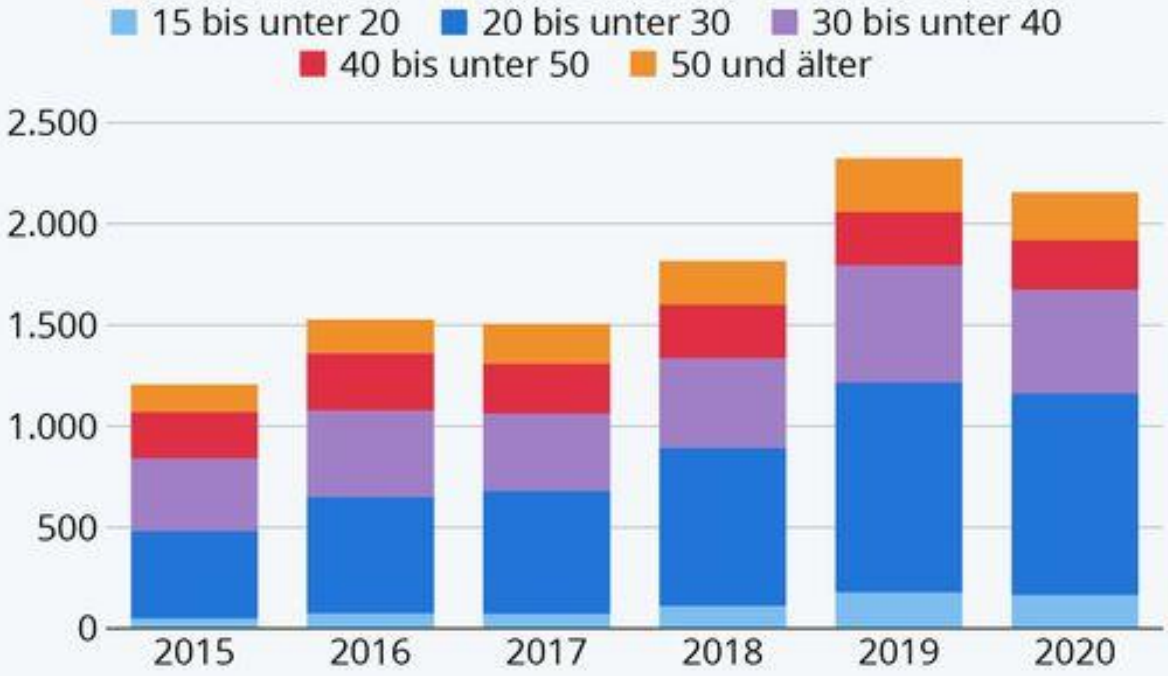
Anstieg von F64-Diagnosen bei Versicherten der BARMER bis 18 Jahre bundesweit (Quelle: BARMER).



Quelle: Bundesministerium für Justiz

Transition findet mehrheitlich in den 20ern statt

Anzahl der geschlechtsangleichenden Operationen in Deutschland nach Altersgruppen



Quelle: Statistisches Bundesamt

CC BY ND

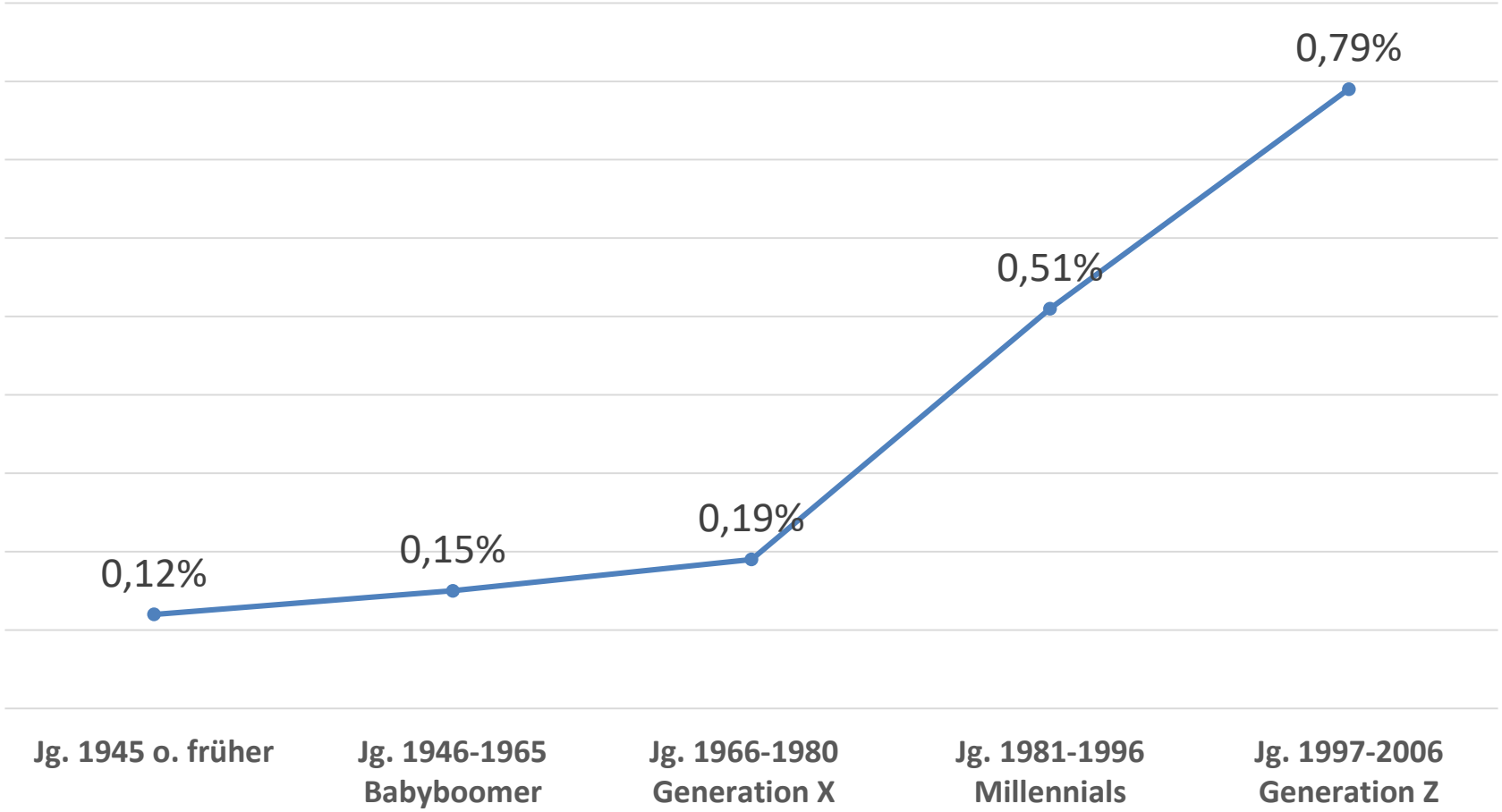
statista

Geschätzter Anteil von TGD-Personen an der Allgemeinbevölkerung

	Transgender	Alle TGD
Gesundheitssystem-basierte Daten (F64)	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 %

WPATH Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, Version 8 (Coleman et al. 2022).

Census Kanada (Bevölkerung > 16 Jahre)
Angabe transgeschlechtlicher Identität nach Jahrgängen



Prävalenz der Geschlechtsinkongruenz

Bevölkerungsrepräsentative Studie in Provinz Stockholm
(n=50157, > 22J)

	gesetzlich männlich	gesetzlich weiblich
stark bejahte Geschlechtsinkongruenz	0,9%	1,0%
stark bejahter Wunsch nach Transition	0,7%	1,0%
stark bejahter Wunsch nach medizinischer Geschlechtsangleichung	0,2%	0,2%

ÅHS, Jill W., et al. Proportion of adults in the general population of Stockholm County who want gender-affirming medical treatment. *PloS one*, 2018, 13. Jg., Nr. 10.

Warum so viele Trans*Jungen bei Jugendlichen?

- Bei Jugendlichen zentrumsübergreifend ca. 80% (!) der Behandlungssuchenden mit weiblichen Zuweisungsgeschlecht
- Auch bei nach TSG-Standards (> 3 Jahre GI) ausführlich und doppelt begutachteten Jugendlichen (<19J) mit fortgeschrittener sozialer Transition *(n=420)* fand sich die gleiche gender-ratio von 80:20 *(Meyenburg et al., 2020)*
- Outings und soziale Transition werden bei Trans*Männern (FzM) **im Durchschnitt 10 Jahre früher** vollzogen als bei Trans*Frauen (MzF)

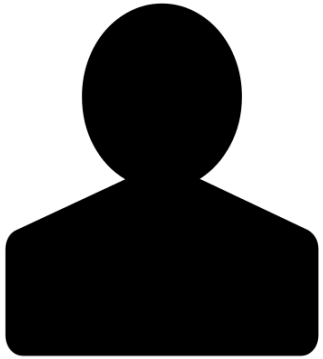
Ergänzungsausweis für Trans*Personen

dgti

ERGÄNZUNGSAUSWEIS

dgti

Nr / No / No 12345678



Name / Surname / Nom
Neufrau

Vornamen / Given names / Prénoms
Maria

Geschlecht / Gender / Sexe
weiblich/female/féminin

Pronomen / Pronoun / Civilité
sie/she/elle

Ausweis-Nr. / Passport no. / No. de passport
1234567890ABC

Geburt / Birth / Naissance
31.06.1987

Gültig bis / Expiry / Expiration
07/16

Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität e.V.

Die Angaben zur Person in dem vorliegenden Ergänzungsausweis sind zu respektieren. Die gewünschte Anrede der Person ist zu achten und ggf. zu erfragen.

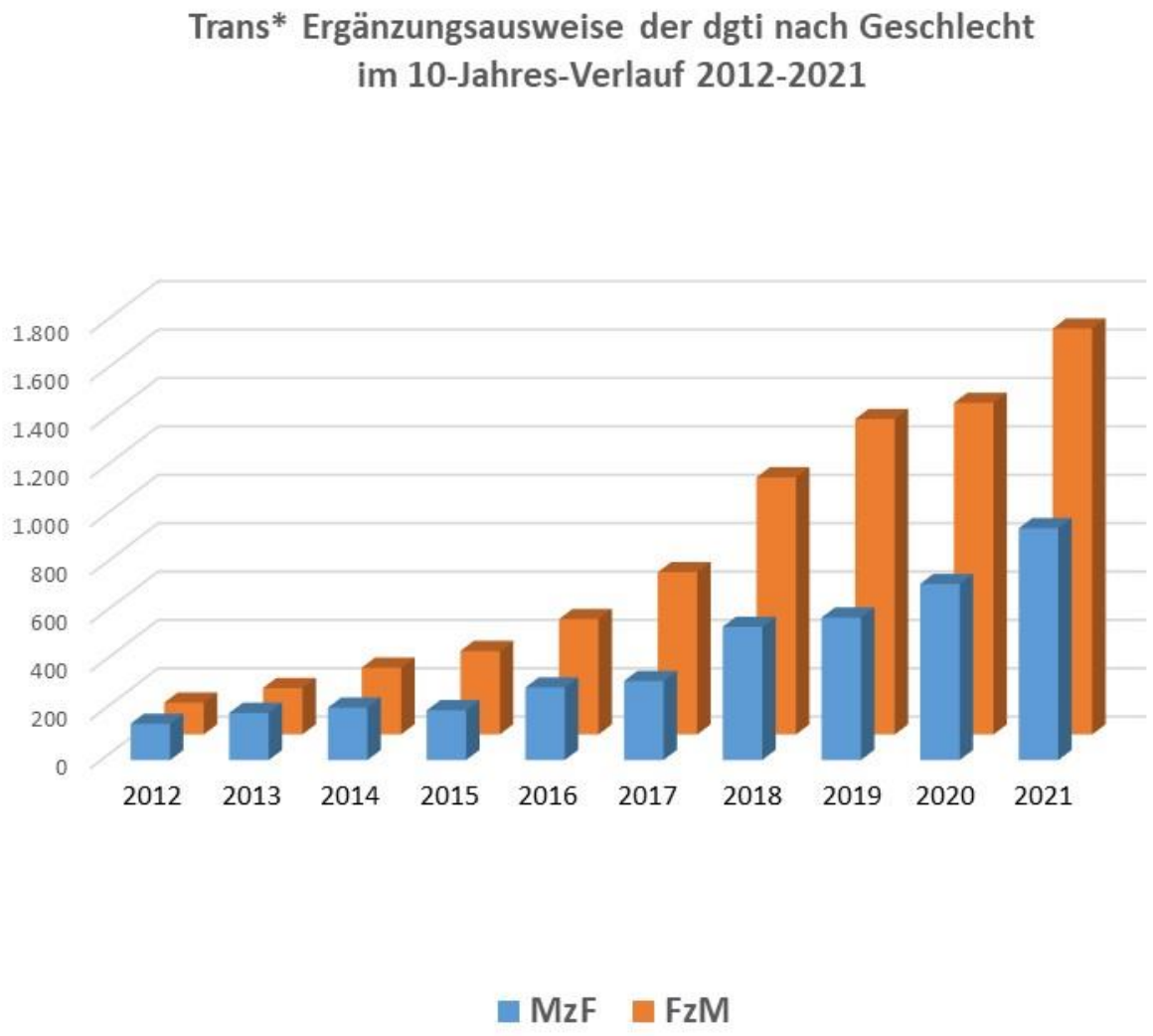
The personal details in the present supplemental ID must be respected. The pronoun of the person must also be respected and be inquired, if necessary.

Les données relatives à la personne contenues dans cette carte d'identification complémentaire doivent être respectées. La civilité choisie par la personne doit être respectée, et, si nécessaire, doit être demandée.

Unterschrift Inhaber_in /
signature of bearer /
signature du titulaire

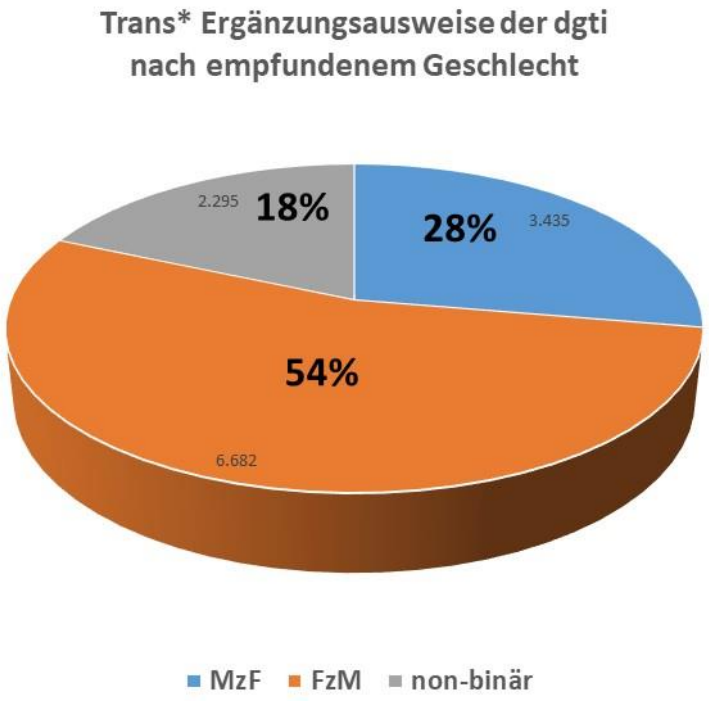
© 2018 Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität e.V.

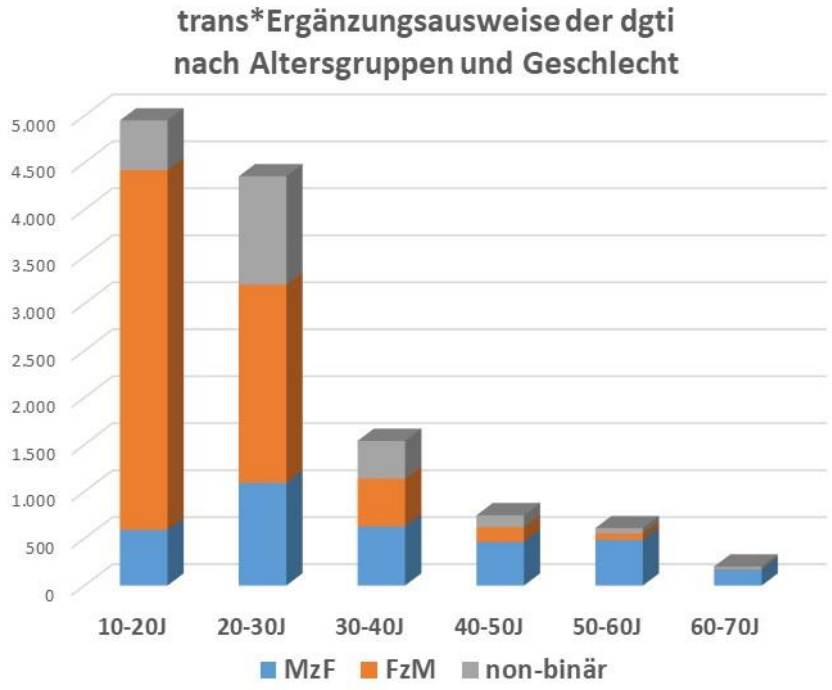
http://www.dgti.info/ea-info



Quelle: dgti e.V.

Gender ratio bei sozialer (prä-juristischer) Transition von Trans*Personen 2017-2021





Quelle: dgti e.V.

GESCHLECHTS-NONKONFORMITÄT IM KINDESALTER

Prävalenz geschlechts-nonkonformen Verhaltens bei Kindern vs. Jugendlichen

	NL	
CBCL-Item	Kinder	Jugendliche
„verhält sich wie dem anderen Geschlecht zugehörig“	2,5-5,0%	1,1-3,1%
„wünscht, dem anderen Geschlecht anzugehören“	1,4-2,0%	0,2-0,4%

Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2003). *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making choices* (Vol. 46). Sage Publications

Studienlage zu Entwicklungsverläufen bei GI in der Kindheit

- Je jünger Kinder vor der Pubertät, desto größer die Variationsbreite von Entwicklungsverläufen
- Bei ausgeprägter GI/GD bereits im Kindesalter: Klärung der Persistenz meist bis zum 13. Lebensjahr *(Steensma et al. 2011)*

→ **Vor der Pubertät ist keine Vorhersage möglich!**

→ **Vor der Pubertät keine Indikationsstellung zu somatomedizinischen Interventionen**

Phänomenologische Variationsbreite bei GI/GD im Jugendalter

Eher hohe Eindeutigkeit der Persistenz:

- GI bereits im Kindesalter
- jenseits von GI durchweg kohärentes Identitätserleben
- deutlich gesteigerte körperbezogene GD mit Pubertätseintritt

Kontinuum

Eher (noch) weniger eindeutige Persistenz:

- GI nach Pubertät neu aufgetreten
- Hinweise für allgemeine Identitätsunsicherheit bzw. Identitätskonflikte
- Ablehnung des Geburtsgeschlechts steht einseitig im Vordergrund

UKM
Universitätsklinikum
Münster

GESCHLECHTSDYSPHORIE UND ASSOZIIERTE PSYCHOPATHOLOGIE IM JUGENDALTER

Das Leiden an der sich „falsch“ anfühlenden Virilisierung bzw. Femininisierung des Körpers

Trans*Jungen:

- Sichtbarkeit der Brustwölbung durch die Kleidung wird nicht ertragen
- Brüste werden (teils über Jahre) täglich straff abgebunden
- oft seit Jahren kein Schwimmbadbesuch
- Menstruation wird als Demütigung bzw. als etwas zutiefst Falsches erlebt *(„gehört nicht zu mir“)*
- Vorstellung zunehmender weiblicher Rundungen an Oberschenkeln und Hüften wird als leidvoll geschildert.

Trans*Mädchen:

- großes Unbehagen durch
  - männlichen Stimmwechsel
  - zunehmenden Bartwuchs und männliche Körperbehaarung
  - kantige Gesichtszüge
  - Entwicklung breiterer Schultern
  - hervorstehenden Adamsapfel
- oft seit Jahren kein Schwimmbadbesuch
- oft lebenslange starke Unzufriedenheit mit körperlichem Erscheinungsbild

Koinzidente Psychopathologie bei Geschlechtsdysphorie

- Bei Mehrzahl der wg. GD vorstelligen Jugendlichen ging der GD keine anderweitige psychische Störung voraus
  (Meyer-Bahlburg et al. 2010; Steensma et al. 2014)

- Hohe psychiatrische Morbidität bei Jugendlichen mit GD
  - Meta-Analyse: 28% Selbstverletzung, 28% Suizidgedanken, 15% Suizidversuche *(Surace et al. 2021*)*
  - Koinzidente Angst- u./o. depressive Störung bei 32-78% (z.B. *Becker et al. 2014, Holt et al. 2016, Kaltiala-Heino et al. 2015)*

- Zum Vergleich: Lifetime-Prävalenz für Suizidversuche bei erwachsenen Trans*Personen 40-43%
  *(*USA: *Herman et al. 2019;* Australien: *Zwickl et al. 2021)*

* Surace, T. et al. (2021). Lifetime prevalence of suicidal ideation and suicidal behaviors in gender non-conforming youths: a meta-analysis. *European child & adolescent psychiatry*, *30*(8), 1147-1161.

Psychopathologie bei Geschlechtsdysphorie

- kann unabhängig von einer GI/GD entstanden sein
- kann reaktiv durch Begleitumstände einer GI/GD verursacht bzw. verstärkt werden:
  - internalisierende Verarbeitung der körperbezogenen Geschlechtsdysphorie
  - aversive Erfahrungen mit sozialer Nicht-Akzeptanz, Diskriminierung oder Gewaltviktimisierung (sog. Minority Stress),
  - internalisierte Transnegativität mit beeinträchtigter Selbstakzeptanz und verfestigten Negativerwartungen
- kann mit allgemeiner Identitätsdiffusion einhergehen
- Ist per se weder ein “Beweis”, dass keine GI vorliegt, noch eine Kontraindikation für somatomedizinische Behandlungen

UKM
Universitätsklinikum
Münster

AKTUELLE BEHANDLUNGSSTANDARDS

Grundprinzipien für Behandelnde *(Romer & Möller 2020)*

- Vorurteilsfreies Akzeptieren der subjektiven Identität von Beginn an
- Respektieren gewünschter Anrede (Namen und Pronomen)
- Getrennte Reflexion von „ob“ und „wann“ (*eligibility and timing*) bei somatomedizinischen Behandlungsschritten
- Offenheit für individuelle Wege

Verfügbare aktuelle Leitlinien und Empfehlungen

– AWMF Leitlinie (2018) „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Transgesundheit“ (www.awmf.org)

– WPATH Standards of Care Version 8 (Coleman et al., 2022)

– Endocrine Society Practice Guidelines (Hembree et al., 2017)

– Trans-Identität bei Kindern und Jugendlichen Therapeutische Kontroversen – ethische Orientierungen (Dt. Ethikrat, 2020, www.ethikrat.org)

– American Academy of Pediatrics 2012: “Ensuring Comprehensive Care and Support for Transgender and GenderDiverse Children and Adolescents”

Psychotherapeutische Prozessbegleitung

- **Individuelle Indikation** nach Symptomatik, psychosozialer Beeinträchtigung und Leidensdruck
- **entwicklungsorientierte** Wegbegleitung

Ziele psychotherapeutischer Begleitung bei GI/GD

(AWMF 2018; Standards of Care WPATH 2022, Günther et al. 2021)

- Förderung von Selbstakzeptanz, Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Unterstützung bei Identitätsfindung (inkl. Öffnung non-binärer mentaler Erkundungsräume)
- Unterstützung bei Coming-Out-Prozessen, insbesondere bei familiären oder sozialen Akzeptanzproblemen
- Verarbeitung und Reflexion möglicher Erfahrungen und Konflikte bei sozialer Rollenerprobung
- Unterstützung bei einer selbstbestimmten und selbstverantwortlichen Entscheidung über körpermodifizierende Behandlungen

Typische Hinweise für persistierende GI nach Pubertätseintritt

(ergänzt nach Steensma & Cohen-Kettenis 2015)

- Massive Steigerung des geschlechtsdysphorischen Leidensdruckes mit zunehmender Pubertätsreifung
- Körperbezogene Geschlechtsdysphorie erfährt keine nennenswerte Linderung durch sozial akzeptierten Rollenwechsel
- Androgyne bzw. nicht-binäre Selbstwahrnehmungen können reflektiert werden

Pubertätsunterdrückende Behandlung mit GnRH-Analoga

- Vorübergehendes „Stillhalte-Moratorium“ mit der pubertären Reifung
- Im Hinblick auf *somatische* Reifung bei Absetzen vollständig reversibel

Ziele:

- Vorübergehende Entlastung, um Zeit zu gewinnen
- Leidensdruck entaktualisieren („Kopf wieder frei“)
- Vorbereitung weiterführender Behandlungsentscheidungen
  - soziale Rollenerprobung
  - informierte Einwilligungsfähigkeit in irreversible Interventionen
- Verhinderung einer Verschlimmerung des GD-Leidensdruckes
- Verhinderung des Fortschreitens irreversibler pubertärer Veränderungen

Pubertätsunterdrückemde Behandlung mit GnRH-Analoga

Vorteile

- Im Falle einer späteren Desistenz keine irreversiblen Körperveränderungen
- Zeit für Entscheidungsprozesse von Kind und Eltern wird gewonnen
- Leidensdruck wird entaktualisiert, wenn geschlechtsangleichende Hormonbehandlung noch zu früh erscheint

Nachteile

- Artifizielle „Wechseljahre“ mitten in der Pubertät?
- Mögliche negative Spätfolgen auf Knochendichte (Behandlungsdauer!)
- Nebeneffekte induzierter „Spät“-Entwicklung
- Möglicherweise verfrühte Weichenstellung ?

Indikationskriterien für pubertätsunterdrückende Hormonbehandlung bei Geschlechtsdysphorie im Jugendalter

(Romer & Lempp 2022; WPATH Standards of Care 2022; Endocrine Society 2017)

- Persistierende GI über längeren Zeitraum mit GD nach Eintritt der Pubertät
- Mindestens pubertäres Reifestadium II nach Tanner
- Normaler pubertärer Hormonstatus und Ausschlussdiagnostik einer DSD* erfolgt

- Bereitschaft zur Vorbereitung einer sozialen Alltagserprobung
- adäquate psychologische und soziale Unterstützung während der Behandlung
- Informierte Zustimmung von Patient und Sorgeberechtigten
- Evtl. koinzidente psychiatrische oder somatische Erkrankungen, die mit diagnostischer Klarheit oder mit der Behandlung interferieren könnten, wurden angemessen berücksichtigt

Pubertätsunterdrückende Behandlung mit GnRH-Analoga

- **individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung „shared decision making“**
- **Benefit begründen (auch gegenüber direkt beginnender GAH!)**
- **Timing und vertretbare Dauer interdisziplinär vorbereiten**

Geschlechtsangleichende Behandlung mit Testosteron bzw. Östrogen

- Induktion einer zur Identität kongruenten Pubertätsreifung
- Gelebter Rollenwechsel und psychosexuelle Bewältigung der Pubertätsreifung werden zueinander kongruent
- Im Hinblick auf Körperveränderungen bei Absetzen partiell irreversibel

Ziele:

- Reduktion der körperbezogenen GD
- Unterstützung möglichst altersgerechter psychosexueller und psychosozialer Teilhabe an jugendlicher Entwicklung
- Möglichst wenig eingeschränkte spätere Zufriedenheit mit körperlichem Erscheinungsbild als Mann bzw. Frau

Geschlechtsangleichende Hormonbehandlung

Vorteile

- Altersgerechte Geschlechtsangleichung des körperlichen Erscheinungsbildes
- Meist: erhebliche Reduktion psychopathologischer Symptome
- „Passing“ erleichtert altersgerechte psychosoziale Teilhabe

Nachteil

- Im Falle späterer Detransition kontinuierlich zunehmend irreversibel

Indikationskriterien für geschlechtsangleichende Hormonbehandlung bei Geschlechtsdysphorie im Jugendalter

(Romer & Lempp 2022; WPATH Standards of Care 2022; Endocrine Society 2017)

- Mehrjährig persistierende GI mit nach Möglichkeit hinreichender sozialer Rollenerprobung
- Anhaltende körperbezogene Geschlechtsdysphorie mit anhaltendem Wunsch nach geschlechtsangleichender Behandlung
- Reflektierte Einwilligungsfähigkeit (basierend auf Antizipation aller späterer Implikationen)
- Informierte Zustimmung von Patient und Sorgeberechtigten
- Evtl. koinzidente psychiatrische oder somatische Erkrankungen, die mit diagnostischer Klarheit oder mit der Behandlung interferieren könnten, wurden angemessen berücksichtigt

* Endocrine Society/WPATH Clinical Practice Guideline

Geschlechtsangleichende Behandlung
Evidenzlage

„Die Ergebnisse von fünf unkontrollierten, beobachtenden Studien .. legen nahe, dass bei 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.“

National Institute for Health and Care Excellence, 2021

Medizinethische Grundhaltung

„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.

…

Die ethische Herausforderung besteht darin, Minderjährige auf dem Weg zu einer eigenen geschlechtlichen Identität zu unterstützen und zugleich vor – teils irreversiblen – Schäden zu bewahren.

…

Nutzen und Schaden der medizinisch-therapeutischen Maßnahmen, die im Einzelnen umstritten sind, müssen in jedem individuellen Fall sorgfältig abgewogen werden. Wie die Risiken, (Neben-)Wirkungen und langfristigen Folgen (einschließlich möglicher Infertilität), die dem/der Minderjährigen durch aktives medizinisch-therapeutisches Eingreifen entstünden, **müssen auch solche berücksichtigt werden, die durch das Unterlassen von Maßnahmen drohen**.“

Ad hoc - Empfehlung des Deutschen Ethikrates, 20.2.2020

Was heißt „zu jung“ oder „zu früh“?

1. *Diagnosesicherheit:*
   Persitierende Geschlechtsinkongruenz vs. fluider Identitätsfindungsprozess im Jugendalter?

2. *Einwilligungsfähigkeit:*
   Geistige Reife für jeweils anstehende Behandlungsentscheidung in Bezug auf Ihre Konsequenzen und Tragweite

3. *Alternative eines weiteren Abwartens*
   irreversibles Fortschreiten der Reifeentwicklung,
   anhaltender Leidensdruck
   Beeinträchtigung der psychosozialen und psychosexuellen Teilhabe

Herausforderung Detransition

- **seltenes Phänomen**
  US-Survey (n=27.700): 4% der Transpersonen, die einmal eine Hormonbehandlung begonnen hatten; 1,3% derer, die bereits eine geschlechtsangleichende OP hinter sich haben
  (Turban et al. 2021)
- **betrifft derzeit vorwiegend Transitionen im Erwachsenenalter**
  Bei 75% erfolgte erste medizinische Transitionsbehandlung im Alter >18 Jahre *(Vandenbussche, 2021)*
- **ist vielfältig**
  (Zeitpunkt, Ursachen, Verlauf, Regret oder nicht, ….)

Der Fall Keira Bell

„Als ich 14 war, war ich schwer depressiv und hatte aufgegeben: Ich ging nicht mehr zur Schule, ich ging nicht mehr nach draußen. Ich ... spielte Videospiele, verlor mich in meiner Lieblingsmusik und surfte im Internet. ...
Es passierte noch etwas anderes: Ich wurde von Mädchen angezogen. Ich hatte nie eine positive Assoziation mit dem Begriff "lesbisch" oder der Vorstellung, dass zwei Mädchen eine Beziehung haben könnten. Deshalb fragte ich mich, ob mit mir etwas nicht stimmte. Ungefähr zu dieser Zeit fragte mich meine Mutter aus heiterem Himmel, ob ich ein Junge sein wolle, etwas, woran ich noch nicht einmal gedacht hatte. Ich fand dann einige Websites über die Umwandlung von Frauen in Männer. Kurz darauf zog ich zu meinem Vater und seiner damaligen Lebensgefährtin. Sie stellte mir dieselbe Frage, die meine Mutter gestellt hatte. Ich sagte ihr, dass ich dachte, ich sei ein Junge und dass ich einer werden wollte. ...
Bei mir wurde Geschlechtsdysphorie diagnostiziert. ... Ich war der festen Überzeugung, dass ich mich umwandeln lassen musste. Es war die Art von frecher Behauptung, die typisch für Teenager ist. In Wirklichkeit war ich ein Mädchen, das sich in seinem Körper unsicher fühlte, ... sich von Gleichaltrigen entfremdet fühlte, unter Ängsten und Depressionen litt und mit seiner sexuellen Orientierung haderte. ...
Nach einer Reihe von oberflächlichen Gesprächen mit Sozialarbeitern wurde ich im Alter von 16 Jahren auf Pubertätsblocker gesetzt. Ein Jahr später erhielt ich Testosteronspritzen. Als ich 20 war, hatte ich eine doppelte Mastektomie. ... Aber je weiter meine Transition voranschritt, desto mehr wurde mir klar, dass ich kein Mann war und es auch nie sein würde. ...
Als ich reifer wurde, erkannte ich, dass die Geschlechtsdysphorie ein Symptom meiner allgemeinen Misere war, nicht deren Ursache.“

Quelle: Keira Bell – My Story (www.persuasion.community), Übersetzung: deepl.com

Risiko späterer Detransition unabsehbar?

- CAVE:
  Das Recht von (vielen) trans*Jugendlichen auf Zugang zu gewünschter Behandlung zur Abwendung gesundheitlicher Schäden sowie auf altersgerechte Teilhabe darf nicht gegen das fiktive Recht von (wenigen) späteren detransitionierenden cis*-Personen auf Schutz vor potentiell schädlicher Behandlung ausgespielt werden.

- So wie in anderen komplexen medizinischen Kontexten kann dem **potentiellen Risiko eines Schadens** bei späterer Umentscheidung nur durch eine **antizipierende individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung**, entsprechend umfassende Aufklärung und darauf gründende **bestmöglich informierte und abgewogene Einwilligung** begegnet werden.

Giordano et al. (2021). Gender dysphoria in adolescents: can adolescents or parents give valid consent to puberty blockers?. *Journal of Medical Ethics*, *47*(5), 324-328.

Umgang mit aktuellen Ungewissheiten

Wie in anderen Bereichen der Medizin müssen bei Lücken in der Evidenzbasis und Unsicherheiten über den richtigen klinischen Ansatz drei Aufgaben erfüllt werden (Cass Review 2022):

- Klinische Vesorgungsangebote müssen innerhalb der Grenzen des aktuellen Wissensstandes so sicher und effektiv wie möglich gestaltet werden:
  - Sorgfältiges Abwägen von Behandlungsoptionen im Einzelfall
  - Behandlungsentscheidungen als *shared decision making*
- Solange keine unmittelbare Aussicht auf die Schließung von Forschungslücken besteht, sollten konsensbasierte Empfehlungen zur Verfügung stehen unterstützt durch Partizipation von Patient*innen.
- Klinische Versorger sollten Follow-Up-Daten erheben.

Neue AWMF-Leitlinie: Beteiligte Fachgesellschaften und Verbände

AWMF-Fachgesellschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik (DGKJP; federführend)
- Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung e.V. (DGfS)
- Deutsche Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie e.V. (DGKED)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)
- Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (AEM)
- Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)
- Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft (DGSMTW)
- Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)
- Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU)
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG)
- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie e.V. (DGMP)

Weitere kinder- und jugendpsychiatrische Gesellschaften und Verbände:

- Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (ÖGKJP)
- Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie (SGKJPP)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie e. V. (BAG)
- Berufsverband für Kinder und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP eV)

Sonstige Fachverbände:

- Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DÄVT)
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) e.V.
- Gesellschaft für Sexualwissenschaft (GSW)
- Verband für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intersexuelle und queere Menschen in der Psychologie (VLSP)
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
- Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland e.V. (VAKJP)
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP)
- Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V. (bkj)
- Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie
- Bundesvereinigung Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter

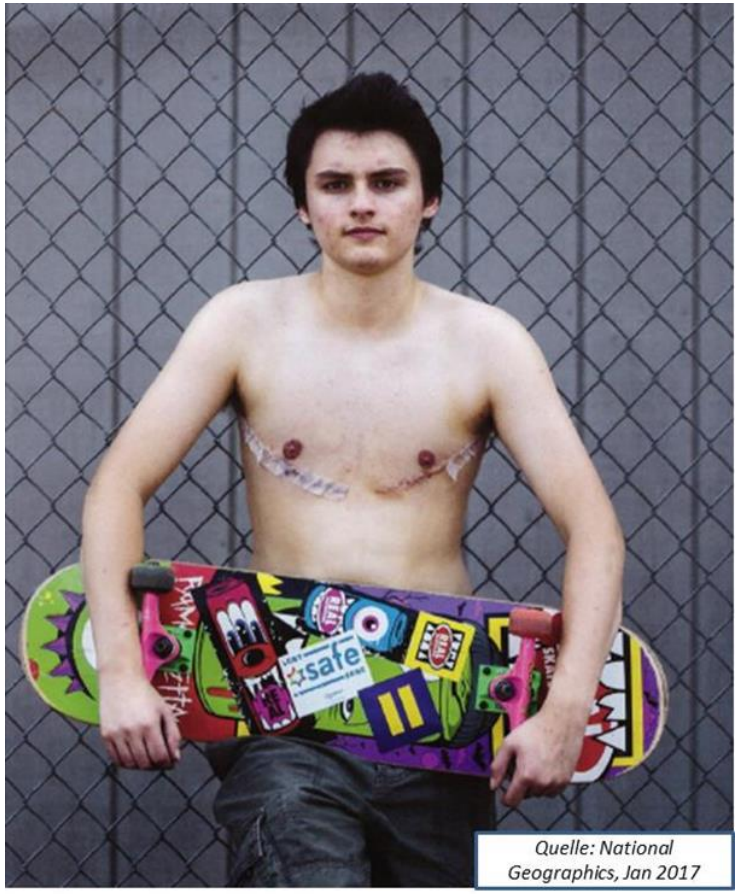
Beteiligte Betroffenenverbände:

- Bundesvereinigung Trans* (BVT*)
- Trans-Kinder-Netz e.V. (Trakine)

Umgang mit aktuellen Ungewissheiten Umgang mit aktuellen Ungew
Umgang mit aktuellen Ungewissheiten

Ungelöste Fragen und Ausblick

- Verbesserung der Datenlage zu Behandlungsverläufen als „learning system“
  - Fortlaufende Langzeitkohortenstudien
  - Vernetzung von klinischer Erfahrungsexpertise (überregionale Qualitätszirkel etc.)
- Interdisziplinäre Transitionssprechstunden mit der Erwachsenenmedizin
- Anpassung an fluide Veränderungen in Gesellschaft und Jugendkulturen



17jähriger Trans*Junge nach Mastektomie

„…. Endlich mag ich mich wieder ansehen. Das erste Mal wieder schwimmen gehen war wunderbar. Ich bin männlich. Und endlich fühlt es sich richtig an.“

Timo, 17 Jahre
nach erfolgter Mastektomie

Pubertätssuppression mit 15 J

Testosteronbehandlung mit 16 J

männl. Personenstand mit 17 J

© Sarah Wong, mit freundlicher Genehmigung

VIELEN DANK FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT!

Korrespondenz:
sekre.romer@ukmuenster.de