

# Therapeutische und ethische Prinzipien für die Behandlung von Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie

Univ.-Prof. Dr. med. Georg Romer

Vortrag beim Ethikrat, 19.2.2020

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte einleitend die Basis des breiten nationalen und internationalen Expertenkonsenses in der medizinischen Sicht der Transgeschlechtlichkeit skizzieren:

In den vergangenen zwei Jahrzehnten hat sich im Verständnis der Trans\*identität ein Paradigmenwechsel vollzogen, der Parallelen aufweist zum einige Jahrzehnte vorher erfolgten Wandel im Umgang mit der Homosexualität, die erst 1973 von der American Psychiatric Association aus dem Katalog psychiatrischer Diagnosen gestrichen wurde. Der Weltärztebund hat sich 2015 in einem Positionspapier von jedweder Pathologisierung non-konformer geschlechtlicher Identitäten distanziert (WMA 2015). Die WHO hat in der ICD-11 den Transsexualismus als psychiatrische Diagnose abgeschafft und stattdessen die Geschlechtsinkongruenz als *condition related to sexual health* definiert. Im Verständnis des amerikanischen Klassifikationssystems für psychiatrischen Diagnosen DSM 5 wird das die Gesundheit beeinträchtigende reaktive Leiden an eine GI als Geschlechtsdysphorie bezeichnet. Die neue deutschsprachige S3-Leitlinie *Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit* für das Erwachsenenalter (AWMF 2018) hat die konsequente Entpathologisierung der Trans\*identität und damit verbunden die Individualisierung von Behandlungswegen in ihren Empfehlungen integriert.

## Wie entsteht eine Trans\*identität?

Die Entpathologisierung der Trans\*identität ist gekoppelt an unsere Vorstellungen ihrer Genese. Trans\*identität gilt – ähnlich wie Homosexualität – als weder durch erzieherische Einflüsse induzierbar noch im Verlauf durch pädagogische oder psychotherapeutische Interventionen beeinflussbar, lenkbar oder umkehrbar. Eine komplexe Genese, die in wesentlichen Anteilen bereits in der prä- und perinatalen Gehirnentwicklung angelegt ist, gilt als wahrscheinlich, wobei genetische und andere biologische Einflüsse eine bedeutsame Rolle zu spielen scheinen (Heylens et al. 2012; Fernandez et al 2018; Meyer-Bahlburg et al. 2008). So wurde in einer Übersicht zu Zwillingsfallstudien eine Konkordanz der Transidentität bei monozygoten Zwillingen von 39,1% ermittelt, wohingegen diese bei dizygoten Zwillingen unter 0,1% lag (Heylens et al. 2012), was einen bedeutsamen, aber nicht allein erklärenden

genetischen Einfluss belegt. Für den Polymorphismus unterschiedlicher Allel-Längen des Androgenrezeptor-Gens sowie zweier Östrogenrezeptor-Gene wurde nachgewiesen, dass spezifische Kombinationen zwischen Genotypen dieser drei Gene sowohl mit Mann-zu-Frau-, als auch mit Frau-zu-Mann-Transidentität assoziiert waren (Fernandez et al 2018). Aus der bildgebenden neurowissenschaftlichen Forschung (Neuro-Imaging) gibt es einige Befunde, die nahelegen, dass bei gemeinhin bekannten typischen Unterschieden zwischen Männern und Frauen in der Gehirnstruktur und Gehirnfunktion diese bei erwachsenen Trans\*Personen eher dem Zugehörigkeitsgeschlecht als dem Geburtsgeschlecht folgen (Zhou et al. 1995, Schöning et al. 2010, Berglund et al. 2008), was zum Teil mittlerweile auch bei jugendlichen Trans\*Personen repliziert wurde (Burke et al. 2016; Staphorsius et al 2015; Nota et al. 2017).

Auch wenn die vorliegenden Befunde aus Genetik und Neurowissenschaft noch kein vollständiges Entstehungsmodell liefern, erkennen wir gemeinhin an, dass Trans\*personen es sich nicht ausgesucht haben, trans\* zu sein, sondern auf individuellen Wegen der Selbstfindung in unterschiedlichen Zeiträumen ihre Geschlechtsidentität als eine innere Gewissheit für sich entdecken. Entsprechend treffen sie persönliche Entscheidungen darüber, ob und wenn ja in welchen Schritten sie den Weg einer Transition gehen wollen. Für uns bedeutet dies, dass unsere psychotherapeutische Begleitung von Selbstfindungs- und Transitionsprozessen im Jugendalter keinerlei Einfluss auf einen transidenten Outcome nehmen kann, sondern sich ausschließlich der Reduktion der mit GI/GD einhergehenden psychischen Gesundheitsprobleme zuwenden kann. Jedwede therapeutische Intention, die darauf abzielt, eine sich transident erlebende Person mit ihrem Geburtsgeschlecht „auszusöhnen“ ist daher unethisch. Entsprechende Therapieversuche sollen nach einem aktuellen Gesetzentwurf der Bundesregierung ebenso wie bei der Homosexualität künftig verboten werden (Drucksache 5/20 Bundesrat). Da die Geschlechtsidentität eines Individuums urpersönlicher Natur ist, entspricht bei einem hiervon betroffenen Kind oder Jugendlichen der Wunsch, im empfundenen Geschlecht zu leben dem durch unser Grundgesetz und die UN-Kinderrechtskonvention geschützten Recht des Kindes nach Entfaltung seiner Persönlichkeit und nach psychosozialer Teilhabe.  
Soweit meine einleitende Standortbestimmung.

### Aktuelle Herausforderungen

Was sind nun die aktuellen Herausforderungen für die Medizin? Wir beobachten im Zuge eines toleranter werdenden gesellschaftlichen Klimas und der Verbesserung unserer Versorgungs- und Behandlungsangebote, dass Transitionen von Personen mit GI/GD zunehmend früher im Kindes- und Jugendalter besritten werden. Dies begründet einen erheblich steigenden Bedarf an qualifizierten medizinischen Behandlungsangeboten. Auch länderübergreifende Erhebungen haben gezeigt, dass die Inanspruchnahme von speziellen Behandlungszentren für geschlechtsdysphorische Kinder und Jugendliche insbesondere in den letzten fünf Jahren enorm in die Höhe gegangen ist (Kaltiala et al. 2020). Dies wirft die Frage auf, in welchem Maße das Phänomen der Geschlechtsinkongruenz als solches im Anstieg begriffen ist oder nur die Bereitschaft, den Weg der Transition zu gehen und fachgerechte medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen. Relativierend hierfür ist die Evidenz, dass

im Erwachsenenalter die ermittelten Prävalenzzahlen für Transidentität bis um den Faktor 200 divergieren, je nachdem, ob die Inanspruchnahme somatomedizinischer Behandlung oder eine anonymisierte Befragung einer Bevölkerungsstichprobe nach Vorliegen einer Geschlechtsinkongruenz methodisch zugrunde gelegt wurde (Arcelus et al. 2015; Kuyper et al., 2014; Van Caenegem et al., 2015). In einer sehr neuen bevölkerungsrepräsentativen Befragung Erwachsener über 22 Jahre in der Provinz Stockholm bejahte über beide Geschlechter knapp eine von hundert Personen den starken Wunsch nach einer Transition aufgrund des stark empfundenen Zugehörigkeitsgefühls zum jeweils anderen als dem Geburtsgeschlecht. Zwei von tausend Erwachsenen bejahten darüber hinaus den starken Wunsch nach geschlechtsangleichender medizinischer Behandlung (Ahs et al. 2018). Es ist deshalb zu erwarten, dass auch im Erwachsenenalter höhere medizinische Versorgungsbedarfe im Gesundheitswesen für transidente Personen mit Transitionswunsch entstehen.

Bei Minderjährigen mit Behandlungswunsch stellt uns der Umgang mit deren individueller Entscheidungsreife vor eine große Herausforderung. Wie gehen wir damit um, wenn uns gewünschte Behandlungsschritte aufgrund ihrer irreversiblen Folgen und damit verbundenen Tragweite (noch) verfrüht oder gar deutlich verfrüht erscheinen? In der Kinder- und Jugendpsychiatrie stehen wir zudem vor der Herausforderung, eine fachliche Antwort auf die zu beobachtende phänomenologische Überlappung der Geschlechtsdysphorie mit ergebnisoffenen Identitäts-Findungsprozessen bei Jugendlichen zu finden, wie wir sie beispielsweise bei allgemeinen Identitätskrisen und sexuellen Reifungskrisen kennen.

### Entwicklungsaspekte

Eine Geschlechtsinkongruenz kann ab dem Kleinkindalter zu jedem Zeitpunkt der Entwicklung in Erscheinung treten. Geschlechtsidentität kann gleichwohl in der Entwicklung plastisch sein. Je jünger ein Kind ist, desto größer ist die anzunehmende Variationsbreite, innerhalb derer sich die Geschlechtsidentität im bevorstehenden Entwicklungsverlauf entfalten kann. Nach dem derzeitigen Stand des Wissens aus Verlaufsstudien können wir bis zum Einsetzen der Pubertät keine hinreichend sichere Vorhersage darüber treffen, ob eine im Kindesalter bestehende GI ins Jugendalter persistieren wird oder nicht. Dies ist insofern nicht weiter problematisch, da vor Einsetzen der Pubertät keine medizinischen Behandlungsentscheidungen zur Unterstützung einer Transition getroffen werden müssen.

Reifungsvorgänge in der Pubertät spielen eine entscheidende Rolle bei der Klärung der der ins Erwachsenenalter stabilen Geschlechtsidentität. Bei Kindern mit geschlechtsatypischem Verhalten variieren die berichteten Raten einer persistierenden Geschlechtsdysphorie im Jugendalter zwischen 20% und 50% (Drummond et al. 2008, Drummond et al. 2017, Singh 2012, Wallien & Cohen-Kettenis 2008, Steensma et al. 2013). Wenn Kinder vor der Pubertät das diagnostische Bild einer GD zeigen, liegen die berichteten Persistenzraten nach einer aktuellen Metaanalyse zwischen 30% und 65% (Nonhoff 2018). Eine stabil bleibende Persistenz klärt sich aber bei diesen Kindern in den meisten Fällen bis zum 13. Lebensjahr (Steensma et al., 2011). Tritt eine GD nach Pubertätseintritt auf, sind die Persistenzraten bei einer GD erfahrungsgemäß hoch (Steensma et al. 2013).

Eine behandlungsbedürftige Geschlechtsdysphorie im Jugendalter liegt bei weitem nicht bei allen Jugendlichen vor, die sich innerhalb eines breiten Spektrums von Ausdrucksformen als „Transgender“ definieren. Wir sprechen von einer GD im Sinne einer psychiatrischen Diagnose erst, wenn aufgrund einer fachgerecht durchgeführten Diagnostik und Befunderhebung entsprechende Diagnosekriterien erfüllt sind.

Diese sind:

### **Diagnostische Kriterien der Geschlechtsdysphorie im Jugend- und Erwachsenenalter (nach DSM 5)**

Differenz zwischen der subjektiv erlebten und ausgedrückten Geschlechtszugehörigkeit und dem bei Geburt definierten biologischen Geschlecht, verbunden mit subjektivem Leidensdruck und Beeinträchtigung, die mindestens 6 Monate besteht. Dabei sind mindestens 2 der folgenden Kriterien erfüllt:

1. Deutliche Inkongruenz zwischen erlebter/ausgedrückter Geschlechtszugehörigkeit und den primären und sekundären Geschlechtsmerkmalen
2. Starker Wunsch, primäre u./o. sekundäre Geschlechtsmerkmale loszuwerden
3. Starker Wunsch nach primären u./o. sekundären Geschlechtsmerkmalen des anderen Geschlechts
4. Starker Wunsch dem anderen Geschlecht anzugehören
5. Starker Wunsch im anderen Geschlecht sozial akzeptiert zu sein
6. Starke Überzeugung, in für das andere Geschlecht typischer Weise zu fühlen und zu reagieren

Ab dem Einsetzen der Pubertätsentwicklung kennen wir bei Jugendlichen mit GD verschiedene Entwicklungsverläufe. Darunter sowohl solche mit sich rasch und sehr deutlich abzeichnender Persistenz einer GD, als auch solche mit längeren Selbstfindungsprozessen, für die meist eine psychotherapeutische Begleitung sinnvoll und indiziert ist.

### Phänomenologische Variationsbreite bei GD im Jugendalter

#### **eher hohe Eindeutigkeit der Persistenz**

- GD bereits im Kindesalter
- Soziale Transition als Kind aktiv vollzogen
- jenseits von GI durchweg kohärentes Identitätserleben
- deutlich gesteigerte körperbezogene GD mit Pubertätseintritt
- Klare Differenzierung zwischen Geschlechtsidentität und sexueller Orientierung



#### **eher (noch) wenig eindeutige Persistenz**

- GD nach Pubertät neu aufgetreten
- Differenzierung zu sexueller Orientierung (noch) unklar
- Hinweise für allgemeine Identitätsunsicherheit bzw. Identitätskonflikte
- Ablehnung des Geburtsgeschlechts steht einseitig im Vordergrund, d.h. geringe positive Identifikation mit Trans\*geschlecht

Die beiden hier skizzierten Pole beschreiben keine abgrenzbaren Kategorien „echter“ oder „weniger echter“ Transidentität, sondern sind auf einem Kontinuum angesiedelt, innerhalb dessen es klarer oder weniger klar ist, in welche Richtung sich eine Geschlechtsinkongruenz weiter entwickelt und wieviel Zeit es vielleicht braucht, bevor Entscheidungen für die Zukunft verantwortlich getroffen werden können.

Ab Beginn der Pubertät besteht bei einer GD im Jugendalter – eingebettet in eine bereits vollzogene oder gewünschte Transition - häufig ein Wunsch nach einer Hormonbehandlung.

Diese Behandlungsoption steht als etablierter international empfohlener Leitlinienstandard für Jugendliche in Form einer Pubertätsblockade mit GnRH-Analoga sowie einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung mit Östrogen bzw. Testosteron zur Verfügung (Coleman et al. 2012, Hembree et al. 2017, Mahfouda et al. 2017, Mahfouda et al. 2019). Eine solche Hormonbehandlung gehört nach einer fachgerechten kinder- und jugendpsychiatrischen Indikationsstellung aufgrund der komplexen Implikationen für die gesamte somatische Reifeentwicklung in die Hand erfahrener pädiatrischer Endokrinologen. Ein wichtiges Qualitätsmerkmal qualifizierter Versorgungsangebote ist daher eine enge interdisziplinäre Kooperation zwischen kinder- und jugendpsychiatrisch/– psychotherapeutischer und endokrinologischer Expertise.

Die bisher vorliegende Evidenz aus Verlaufsstudien und unsere klinische Erfahrungen in ausgewiesenen Behandlungszentren belegen bislang, dass Jugendliche mit GD, die bei fachgerechter Indikationsstellung und Begleitung frühzeitig Zugang zu qualifizierter Hormonbehandlung erhalten, eine seelische Gesundheitsprognose und Lebensqualität im Erwachsenenalter haben, die nicht wesentlich von der Durchschnittsbevölkerung abweicht (de Vries et al. 2014). Dagegen ist bei Fortschreiten einer zunehmend irreversiblen Vermännlichung bzw. Verweiblichung des Körpers ein deutlich erhöhtes Risiko für anhaltende Beeinträchtigungen der seelischen Gesundheit und psychosozialen Teilhabe anzunehmen.

### Das Leiden am eigenen Körper

Wenn Jugendliche mit GD einen sozialen Rollenwechsel vollziehen, dabei in Familie, Schule und Freizeit soziale Akzeptanz erleben, kann dies sehr zu ihrer psychischen Stabilisierung beitragen. Meist besteht jedoch das Leiden am zutiefst falsch empfundenen Körper fort und nimmt durch die fortschreitende Vermännlichung bzw. Verweiblichung zu.

Geschlechtsdysphorische Trans\*Jungen leiden insbesondere an ihrem weiblichen Brustwachstum oder an der Angst vor diesem. Sie binden häufig ihre Brüste ab, weil sie die Sichtbarkeit der Brustwölbung durch die Kleidung nicht ertragen können. Auch ehemalige „Wasserratten“ besuchen aus diesem Grund oft über Jahre keinen Strand und kein Schwimmbad, was das Ausmaß der erlebten sozialen Nicht-Teilhabe unterstreicht. Die Monatsblutung wird typischerweise als zutiefst „falsch“ („*gehört nicht zu mir*“), als „Horror“ oder demütigend erlebt und verursacht nicht selten ausgeprägte depressive Verstimmungen. Die Vorstellung zunehmender weiblicher Rundungen an Oberschenkel und Hüften wird häufig als unerträglich geschildert.

Für geschlechtsdysphorische Trans\*Mädchen sind insbesondere die sich entwickelnde tiefere Stimme, der Bartwuchs oder die Ausbildung breiter Schultern mit einem erheblichen Leidensdruck verbunden, weil sie durch spätere geschlechtsangleichende Maßnahmen nicht mehr korrigiert werden können. Eine oft lebenslange starke Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, die zu Stigmatisierung sowie einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität beitragen kann, ist häufig die Folge.

### Nutzen und Risiken

Der erwartete Nutzen einer im Falle einer persistierenden GD rechtzeitig im Jugendalter einsetzenden gestuften Hormonbehandlung (Pubertätsblockade, gefolgt von geschlechtsangleichender Hormonbehandlung) – eingebettet in eine psychosozial unterstützte Transition - liegt auf der Hand: Das Fortschreiten der somatosexuellen Reifeentwicklung wird aufgehalten. Psychische Begleitsymptome der GD, insbesondere Depression, soziale Ängste und Selbstverletzung lassen sich nachweislich deutlich mindern oder lösen sich komplett auf (De Vries et al. 2011). Wohlbefinden und Selbstakzeptanz verbessern sich. Die Jugend kann

ganz oder teilweise mit stimmigerem Körperempfinden im selbst empfunden Geschlecht gelebt werden. Viele der von uns mit qualifizierter Hormonbehandlung in ihrer Transition unterstützte Jugendlichen blühen auf, gehen deutlich selbstbewusster ihren Weg, erfahren positive soziale Akzeptanz und benötigen oft gar keine psychotherapeutische Begleitung. Das kosmetische Langzeitergebnis ist deutlich günstiger als bei einem späteren Beginn, was zeitlebens mit höherer Zufriedenheit mit dem eigenen Körper und damit höherer Lebensqualität einhergeht.

Auf der anderen Seite stehen vielfältige psychopathologische Belastungen von unbehandelten Jugendlichen mit GD nebst der jahrzehntelangen Beobachtung einer deutlich erhöhten psychiatrischen Morbidität bei Trans\*personen, die erst ab dem Erwachsenenalter Zugang zu geschlechtsangleichenden somatomedizinischen Maßnahmen erhielten. Bei allen genannten Verbesserungen hinsichtlich psychopathologischer Symptombelastung, die bei Jugendlichen mit GD durch eine gestufte Hormonbehandlung erreicht werden kann, bleibt die körperbezogene GD-Symptomatik meist dennoch bestehen und lässt sich erst infolge geschlechtsangleichender operativer Maßnahmen nachhaltig auflösen. Im Jugendalter relevant ist hier insbesondere die Mastektomie bei Trans\*Männern, da das Leiden an den empfundenmaßen nicht zur Person gehörenden weiblichen Brüsten im Alltag sehr beeinträchtigend sein kann. Geschlechtsangleichende Genital-OPs werden international nicht vor Erreichen der Volljährigkeit empfohlen. Hingegen kann nach internationalem Leitlinienstandard, wenn nach vollzogener vollständiger Transition im Alltag und mindestens einem Jahr laufender Testosteronbehandlung sich die Transidentität weiterhin stabil gefestigt hat, die Mastektomie auch vor dem 18. Lebensjahr indiziert werden (Coleman et al. 2012). Das folgende Originalzitat eines 17jährigen Trans\*Jungen nach erfolgter Mastektomie illustriert beispielhaft die Bedeutung dieses Schrittes im Erleben eines Betroffenen:

„Ich trage gerne Kapuzenpullis. Genaugenommen trage ich sie immer. Und das hat einen einfachen Grund: Sie sind so schön weit, sodass man keine weibliche Oberweite darunter sieht. Ich trage einen Binder, der mir die Luft wegnimmt und auch im Sommer immer einen Pulli oder eine Jacke, damit niemand etwas sieht. Es ist viel zu warm. Ich habe Angst, in den Spiegel zu schauen oder im T-Shirt unter Menschen zu gehen. Duschen ist eine Qual. Schon seit drei Jahren war ich nicht mehr schwimmen, denn einen Badeanzug ziehe ich ganz sicher nicht mehr an. Ich hasse das.

Jetzt bin ich 17 Jahre alt, bekomme seit zwei Jahren Hormonblocker und seit einem auch Testosteron, aber ich kann mich einfach nicht mit meinem weiblichen Körper abfinden. Deshalb bin ich so unendlich froh, dass man auch schon unter 18 Jahren die Mastektomie machen darf. Ich habe sie jetzt endlich, .....

Ich habe keine Angst. Ich weiß, dass jetzt alles gut werden wird. Ich schlafe ein und freue mich aufs aufwachen. Als ich die Augen öffne, bin ich schlapp und müde. Erst langsam realisiere ich, wo ich bin und was passiert ist. sofort fühle ich unter die Decke und bemerke den Verband. Es ist flach. Ich bin glücklich. Als ich aus dem Krankenhaus entlassen werde, verbringe ich sehr viel Zeit vor dem Spiegel. 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

Ein potentieller Nachteil einer somatomedizinischen Behandlung, die in eine noch nicht abgeschlossene biologische Reifeentwicklung eingreift, besteht im genannten Risiko einer möglicherweise verfrühten diagnostischen Festlegung, dass eine persistierende GD vorliegt und dem damit verbundenen Risiko, dass eine Behandlungsentscheidung, die zunehmend irreversible Konsequenzen hätte- einschließlich späterer Infertilität - von Betroffenen selbst später bereut werden könnte.

Die Frage „Verfrüht – ja oder nein?“ bezieht sich dabei sowohl auf die Annahme einer Persistenz der GD, die durch eine sorgfältige kinder- und jugendpsychiatrische Einschätzung zu begründen ist, als auch auf die individuelle Entscheidungsreife des Kindes. Insofern besteht in jedem Einzelfall eine hohe fachliche und ethische Begründungslast für die Einleitung somatomedizinischer Maßnahmen bei Minderjährigen mit GD.

### Das ethische Irreversibilitäts-Dilemma

An dieser Stelle möchte ich nun herausarbeiten, dass die therapeutische Kontroverse, über die wir heute diskutieren, im Kern letztlich in einem ethischen Dissens begründet ist, den ich hier benennen möchte - in der Hoffnung, dass sich die teilweise aufgeregt geführte Debatte versachlichen lässt:

Wenn wir uns an den medizinethischen Prinzipien der Förderung der Autonomie unserer Patienten sowie dem Grundsatz des Nicht-Schadens orientieren wollen, dann besteht – so denke ich – bei jedem einzelnen Jugendlichen, der an einer Geschlechtsdysphorie leidet und einen Behandlungswunsch hat, neben der genannten Begründungslast für eine somatomedizinische Behandlung eine ebenso ernstzunehmende ethische Begründungslast hinsichtlich einer Entscheidung, die gewünschte Behandlung nicht - oder noch nicht - zu beginnen. Ein Abwarten im Jugendalter ist – so formuliert es die internationale Leitlinie der WPATH<sup>1</sup> „Standards of Care“ treffend – keine neutrale Option.

Zitat:

„Die Ablehnung rechtzeitiger medizinischer Eingriffe bei Jugendlichen kann die Geschlechtsdysphorie verlängern und zu einem Erscheinungsbild beitragen, das Gewalterfahrungen und Stigmatisierung hervorrufen kann. Da das Ausmaß geschlechtsbezogener Gewalterfahrung [im Erwachsenenalter] stark mit dem Ausmaß der psychiatrischen Belastung im Jugendalter zusammenhängt (Nuttbrock et al., 2010), ist das Zurückhalten einer Pubertätssuppression und einer darauf folgenden feminisierenden oder maskulinisierenden Hormontherapie für Jugendliche **keine neutrale Option.**“  
(Coleman et al. 2012, S. 28).

Für die Dauer eines ausdrücklich ärztlich empfohlenen Abwartens muss das irreversible Fortschreiten der biologischen Reifeentwicklung mit den damit verbundenen Folgerisiken für die psychische Gesundheit ärztlich verantwortet werden, weil es durch eine fachgerechte Behandlung abwendbar wäre.

---

<sup>1</sup> World Professional Association of Transgender Health



Dies bedeutet: Wir müssen im Einzelfall die relativen Vor- und Nachteile eines Abwartens oder sich mehr Zeit Nehmens für die Vorbereitung eines Behandlungsschrittes – im Vergleich zu einem Beginn einer Behandlung gut begründen.

Wenn wir in unserer ethischen Bewertung dieses „Irreversibilitäts-Dilemmas“ die grundsätzliche Gleichwertigkeit der abzuwägenden potentiellen Folgerisiken für die Option einer Behandlung oder „(Noch) Nicht“-Behandlung im Jugendalter anerkennen, ergibt sich daraus zwangsläufig, dass wir um eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung von Behandlungsschritten nicht herumkommen. Über diese Abwägung müssen wir unsere minderjährigen Patienten und ihre Sorgeberechtigten im Sinne bestmöglicher Informiertheit aufklären, um so die jeweils bestmögliche Grundlage für verantwortungsvolle Entscheidungen zu schaffen. Dabei sind wir einer fortlaufenden Evaluation unseres Vorgehens verpflichtet und benötigen mehr Follow-Up-Studien, um die Evidenzbasierung unseres Vorgehens auf diesem Terrain zu festigen – ggf. auch um bestimmte Vorgehensweisen im Lichte fortschreitender Erkenntnis zu modifizieren.

Es gibt unter Jugendlichen mit GD unterschiedliche Patientengruppen, die von verschiedenen Vorgehensweisen unterschiedlich profitieren. Die einen profitieren positiv von einer frühzeitig einsetzenden somatomedizinischen Behandlung einschließlich Pubertätsblockade, andere profitieren von einer über einen längeren Zeitraum psychotherapeutisch begleiteten explorierenden Identitätsfindung bis ihre individuelle Entscheidungsreife in die eine oder andere Richtung gefestigt ist. Zu einer patientenorientierten Haltung gehört, dass wir diese unterschiedlichen Versorgungsbedarfe unserer Patienten nicht gegeneinander ausspielen.

#### Wie sollten Entscheidungen getroffen werden?

Hier gebietet sich ein Vorgehen, wonach verantwortliche Entscheidungsprozesse gemeinsam zwischen Behandlungssuchenden, ihren Sorgeberechtigten und Behandelnden im Sinne eines *shared decision making* individuell zu entwickeln sind. Neben umfassender Informiertheit gehört dazu ein angemessen balanciertes Timing von in Aussicht gestellten Behandlungsschritten und ihrer psychosozialen Vorbereitung. Die Entscheidungsreife eines Jugendlichen ist dabei ebenfalls in jedem Einzelfall individuell zu beurteilen. Wird sie als nicht hinreichend angesehen, sollte es vorrangige ärztliche und psychotherapeutische Aufgabe sein, die Entwicklung einer hinreichend erscheinenden Entscheidungsreife unterstützend zu begleiten (Wiesemann et al. 2010; Möller et al. 2018).

#### Wie werden wir den eingangs genannten Herausforderungen nun gerecht?

Was wir nicht brauchen, sind polarisierende Debatten, die hinter international etablierte fachliche und ethische Standards zurückgehen.

Was wir vordringlich brauchen, sind adäquate flächendeckend implementierte Struktur- und Qualitätsstandards bei der interdisziplinären Versorgung von Jugendlichen mit GD.

## Literaturreferenzen

Åhs, J. W., Dhejne, C., Magnusson, C., Dal, H., Lundin, A., Arver, S., ... & Kosidou, K. (2018). Proportion of adults in the general population of Stockholm County who want gender-affirming medical treatment. *PloS one*, *13*(10).

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2018) S3-Leitlinie: Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: Diagnostik, Beratung, Behandlung <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/138-001.html>.

Arcelus J, Bouman WP, Van Den Noortgate W, Claes L, Witcomb G, Fernandez-Aranda F (2015) Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *European Psychiatry* 30:807–815.

Berglund H, Lindström P, Dhejne-Helmy C, Savic I (2008) Male-to-female transsexuals show sex-atypical hypothalamus activation when smelling odorous steroids. *Cerebral Cortex* 18:1900–1908.

Burke, S. M., Kreukels, B. P., Cohen-Kettenis, P. T., Veltman, D. J., Klink, D. T., & Bakker, J. (2016). Male-typical visuospatial functioning in gynephilic girls with gender dysphoria—organizational and activational effects of testosterone. *Journal of psychiatry & neuroscience: JPN*, *41*(6), 395.

Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Waal HA, Gooren LJG (2008) The treatment of adolescent transsexuals: Changing insights. *Journal of Sexual Medicine* 5:1892–1897.

Cohen-Kettenis PT, Owen A, Kaijser VG, Bradley SJ, Zucker KJ (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* 31:41–53

Cohen-Kettenis PT, Van Goozen SHM (1997) Sex Reassignment of Adolescent Transsexuals: A Follow-up Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 36:263–271.

Cohen-Kettenis, P.T., Delemarre-van de Waal, H.A., Gooren L.J.G. (2008). The treatment of adolescent transsexuals: Changing insights. *J Sex Med* 5, 1892–1897.

Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, Fraser L, Green J, Knudson G, Meyer WJ (2012) Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *International journal of transgenderism* 13:165–232.

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.

De Vries, A. L., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*, *8*(8), 2276-2283.

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.

Fernández R, Guillamon A, Cortés-Cortés J, Gómez-Gil E, Jácome A, Esteva I, Almaraz M, Mora M, Aranda G, Pásaro E (2018) Molecular basis of Gender Dysphoria: androgen and estrogen receptor interaction. *Psychoneuroendocrinology* 98:161–167.

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., ... & 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(11), 3869-3903.

Heylens G, De Cuypere G, Zucker KJ, 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. *Journal of Sexual Medicine* 9:751–757.

Kaltiala, R., Bergman, H., Carmichael, P., de Graaf, N. M., Egebjerg Rischel, K., Frisé, L., ... & Waehre, A. (2020). Time trends in referrals to child and adolescent gender identity services: a study in four Nordic countries and in the UK. *Nordic journal of psychiatry*, 74(1), 40-44.

Kuyper L, Wijzen C (2014) Gender Identities and Gender Dysphoria in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior* 43:377–385.

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.

Mahfouda, S., Moore, J. K., Siafarikas, A., Zepf, F. D., & Lin, A. (2017). Puberty suppression in transgender children and adolescents. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5(10), 816-826.

Meyer-Bahlburg HFL, Dolezal C, Baker SW, New MI (2008) 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* 37:85–99.

Möller B, Güldenring A, Wiesemann C, Romer G (2018) Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter: Behandlung und Entwicklungsförderung im Spannungsfeld von gesellschaftlichen Kontroversen, Wertewandel und Kindeswohl. *Kinderanalyse* 26:228–263.

Nonhoff T (2018) Persistenz und Desistenz der Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter – ein systematisches Review (Bachelorarbeit). Institut für Psychologie, Westfälische Wilhelms-Universität Münster.

Nota, N. M., Kreukels, B. P., den Heijer, M., Veltman, D. J., Cohen-Kettenis, P. T., Burke, S. M., & Bakker, J. (2017). Brain functional connectivity patterns in children and adolescents with gender dysphoria: Sex-atypical or not?. *Psychoneuroendocrinology*, 86, 187-195.

Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of sex research*, 47(1), 12-23.

Schöning S, Engeli A, Bauer C, Kugel H, Kersting A, Roestel C, Zwitserlood P, Pyka M, Dannlowski U, Lehmann W, Heindel W, Arolt V, Konrad C (2010) Neuroimaging differences in spatial cognition between men and male-to-female transsexuals before and during hormone therapy. *Journal of Sexual Medicine* 7:1858–1867.

Singh, D. (2012). *A follow-up study of boys with gender identity disorder* (Doctoral dissertation, University of Toronto).

Staphorsius, A. S., Kreukels, B. P., Cohen-Kettenis, P. T., Veltman, D. J., Burke, S. M., Schagen, S. E., ... & Bakker, J. (2015). Puberty suppression and executive functioning: an fMRI-study in adolescents with gender dysphoria. *Psychoneuroendocrinology*, *56*, 190-199.

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.

Steensma TD, McGuire JK, Kreukels BPC, Beekman AJ, Cohen-Kettenis PT (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*:582–590.

Steensma, T. D., Kreukels, B. P., de Vries, A. L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Gender identity development in adolescence. *Hormones and behavior*, *64*(2), 288-297.

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*:1281–1287.

Wallien, M. S., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *47*(12), 1413-1423.

Wiesemann C, Ude-Koeller S, Sinnecker GHG, Thyen U (2010) Ethical principles and recommendations for the medical management of differences of sex development (DSD)/intersex in children and adolescents. *European Journal Of Pediatrics* *169*:671–679.

World Health Organisation (2018) *The ICD-11 International Classification of Diseases*. World Health Organisation, Genf.

World Medical Association. (2015). *WMA Statement on Transgender People*. [www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-transgender-people](http://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-transgender-people)

Zhou JN, Hofman MA, Gooren LJ, Swaab DF (1995) A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature* *378*:68–70.

### **Anschrift des Autors:**

Univ.-Prof. Dr. med. Georg Romer  
Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie  
Universitätsklinikum Münster  
Schmeddingstr. 50  
48149 Münster  
Tel. +49 (0)251 83 56250  
Fax +49 (0)251 83 56249  
sekre.romer@ukmuenster.de