

Isolde Edelmann

Transwünsche und Pubertätsblocker bei Jugendlichen

Trans Desires and Puberty Blockers for Adolescents

Zusammenfassung

In Industrienationen ist die Zahl von Kindern und Jugendlichen, die ihr biologisches Geschlecht ‚wechseln‘ möchten, sprunghaft angestiegen. Betroffene fordern eine Geschlechtsumwandlung und erwarten sich vom ‚Transsein‘ häufig eine rasche und umstandslose Erleichterung der Beschwerden. Fachgesellschaften weisen mittlerweile darauf hin, dass die Gabe von Pubertätsblocker bei Genderdysphorie schwerwiegende, teils irreversible Schäden mit sich bringt – bei geringem bis keinem Behandlungserfolg. Aus medizinethischer Sicht ist es wichtig, dass an einem medizinisch-wissenschaftlichen Zugang zur Problematik gegenüber ideologischen Vereinnahmungen festgehalten wird, da sonst die adäquate Behandlung Betroffener untergraben wird.

Schlüsselwörter: Genderdysphorie, Pubertätsblocker, Dutch Approach, Detransition

Abstract

In industrialized nations, the number of children and adolescents who want to ‘change’ their biological sex has skyrocketed. Those affected demand gender reassignment surgery and typically expect that ‘being trans’ will bring quick and immediate relief from their complaints. Professional societies now point out that the administration of counter-sex hormones in cases of gender dysphoria causes serious, sometimes irreversible, damage — with little to no treatment success. From the point of view of medical ethics, it is important that a medical-scientific approach to the problem is maintained in the face of ideological appropriation, otherwise the adequate treatment of those affected will be undermined.

Keywords: gender dysphoria, puberty blocker, Dutch approach, detransition

Dr. Isolde Edelmann
Fachärztin für Anästhesiologie & Intensivmedizin,
Ärztin für Allgemeinmedizin & Arbeitsmedizin
Beatrixgasse 20/4, A-1030 Wien
isolde.edelmann@gmail.com

Die Zahl der Jugendlichen, die eine Inkongruenz zwischen ihrem biologischen und ihrem gefühlten Geschlecht erleben, hat in den letzten Jahren in den Industrienationen rasant zugenommen. Insbesondere die Zahl der Mädchen, die an einer sogenannten Geschlechtsdysphorie leiden, ist sprunghaft angestiegen.¹

Allein in den USA gibt es mittlerweile an die 65 pädiatrische Genderkliniken,² 300.000 US-Kinder und Jugendliche identifizieren sich als ‚transgender‘, als Personen, die sich im ‚falschen Körper‘ fühlen.³ Auch in Europa ist ein dramatischer Anstieg zu verzeichnen. In Großbritannien etwa wurden im Jahr 2009 etwa 50 Jugendliche an das Gender Identity Development Service (Tavistock-Klinik) in London überwiesen, 2019 waren es 2.500, 2020/2021 standen weitere 5.000 Kinder und Jugendliche auf der Warteliste.⁴ Die Mehrheit der Betroffenen waren im Alter zwischen 12 und 17 Jahren, auch 10-Jährige Kinder wurden in der Klinik mit hormonellen Pubertätsblockern behandelt. Nach Ansicht des Kinder- und Jugendpsychiaters Alexander Korte (LMU) widerspricht diese hohe Steigerungsrate jeglicher medizinischen Wahrscheinlichkeit. Dem rasanten Anstieg liegen andere Ursachen zugrunde.⁵

1. Ursachen für wachsendes Transgender-Phänomen bei Jugendlichen

Von der sozialen Akzeptanz geht mittlerweile auch ein sozialer Druck aus: Immer häufiger tritt auch das Phänomen auf, dass Jugendliche, die in der Vergangenheit keine geschlechtsspezifische Störung hatten, plötzlich mitteilen, transgender zu sein („Rapid Onset Gender Dysphoria“)⁶. Diese ‚soziale Ansteckung‘ wird mit Gruppendruck und einer verstärkten Nutzung von sozialen Medien und einschlägigen Webseiten in Zusammenhang gebracht. TV- und Print-Medien, die Verfügbarkeit biomedizinischer Behandlungsangebote sowie eine Entpathologisierung der Transsexualität spielen ebenfalls eine Rolle.⁷

Vermehrt werden Patienten ohne jeglichen klinischen Leidensdruck in der Klinik vorgestellt. Sie

unterscheiden sich von der seit Jahren bekannten Geschlechtsdystrophie darin, dass ein Modephänomen im Spiel ist.⁸

Für Jugendliche kann das Trans-Outing auch als eine Art Sinnangebot in aussichtloser Situation dienen. Es bietet einem bislang als Außenseiter wahrgenommenen Jugendlichen als trans-Menschen die vermisste Anerkennung.⁹

2. Begriffsklärung

Im vorherrschenden Diskurs wird das biologische Geschlecht (sex) zunehmend eliminiert und eine allmähliche Entpathologisierung der Geschlechtsdysphorie angestrebt. Im Folgenden sollen daher zentrale Begriffe geklärt werden.

a. Geschlechtsdysphorie (GD)

Das biologische Geschlecht ist eindeutig, die betroffene Person leidet aber darunter, weil ihre subjektiven Empfindungen und Gefühle davon abweichen, was zu einer belastenden Geschlechtsidentitätsstörung führen kann.

Den Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden, hat dabei weder organische oder hormonelle Ursachen, noch handelt es sich dabei um ein Problem der sexuellen Orientierung. Das Problem liegt vielmehr auf psychischer Ebene.

Die GD tritt mit einer geschätzten Prävalenz von 0,001% bis 0,002% weltweit selten auf.¹⁰

b. Intersexualität (Disorders of sex development, DSD)

Von Intersexualität wird gesprochen, wenn bei einem Menschen der Chromosomensatz, die Ausprägung der Keimdrüsen (z. B. Hoden, Eierstöcke) und das äußere geschlechtliche Erscheinungsbild nicht übereinstimmen, was zum Beispiel bei Krankheiten wie Androgenresistenz, Gonadendysgenesien, dem Adrenogenitalen Syndrom (AGS) und schweren Ausprägungen der Hypospadie (Veränderungen der Harnröhre) der Fall ist.¹¹ Diese somatische Zwischengeschlechtlich-

keit, welche durch eine untypische prä- und postnatale Geschlechtsentwicklung gekennzeichnet ist, hat zur Folge, dass es eine Nichtübereinstimmung der körperlichen Geschlechtsmerkmale mit einem bzw. dem gleichen Geschlecht gibt. Der Begriff ‚Intersexualität‘ wird mittlerweile weitgehend durch die Bezeichnung ‘Disorders of sex development’ abgelöst.¹²

Diese Störung der Geschlechtsentwicklung, wie es z. B. beim Klinefelter- und Turner-Syndrom vorkommt, betrifft eine heterogene Gruppe von Pathologien und tritt bei etwa 1:4.500/5.500 Neugeborenen auf. In Deutschland waren im Jahr 2018 unter den rund 878.500 Lebendgeborenen überhaupt nur 15 Babys, bei denen weder ‚männlich‘ noch ‚weiblich‘ ins Geburtenregister eingetragen werden konnte.¹³

Ziel der Behandlung soll es sein, dem Kind bzw. späteren Erwachsenen ein bestmögliches körperliches und seelisches Wohlbefinden zu ermöglichen „unter Beachtung reproduktiver Aspekte, der Sexualität, sowie der maximal möglichen Freiheit der Persönlichkeitsentwicklung und Selbstbestimmung“.¹⁴

c. „Geschlechtsatypisches Verhalten“

Es gibt typische Verhaltensweisen, die sowohl bei Personen des weiblichen wie des männlichen Geschlechts auftreten, jedoch unterschiedlich stark ausgeprägt sind bzw. unterschiedlich häufig gezeigt werden. Dieses atypische Verhalten (beispielsweise ‚burschikoses Mädchen‘) sind bei weitem nicht selten, keineswegs pathologisch,¹⁵ sondern zeigen die Vielfalt der Entwicklungsmöglichkeiten von Charakter, Temperament und Vorlieben im Rahmen der genetischen und biologischen Verfasstheit als Mann oder Frau.

3. Selbstbestimmtes Geschlecht?

In Zusammenhang mit der Wahl des eigenen Geschlechts hat der Begriff der ‚Autonomie‘ besonders an Bedeutung gewonnen. Mittlerweile geht es nicht nur darum, selbstbestimmt über Körper und Leben zu entscheiden. Auch die leiblich-biologischen

Vorgaben werden in Frage gestellt. Die Binarität der Geschlechter – und damit naturwissenschaftliches Grundwissen – wird im Zuge des postmodernen Konstruktivismus geleugnet. Unter dem Anspruch der Selbstbestimmung soll und darf sich jeder sein Geschlecht nach eigenem Gefühl aussuchen und konstruieren – auch entgegen biologischer Vorgaben. Im Zuge des Queer-Aktivismus geht es vor allem um Männer, die sich als Frauen ‚fühlen‘ und beanspruchen, damit auch Frauen zu ‚sein‘. Deutsche Feministinnen wie Alice Schwarzer oder Eva Engelken kritisieren die Transbewegung deshalb scharf.¹⁶ Auch in anderen Ländern wächst die Kritik, da nun die Frau, „die vom politischen Feminismus erfolgreich in den Vordergrund des Kampfes um Gleichberechtigung gestellt wurde“ nun „als Subjekt ausgelöscht“ werde.¹⁷

Die Sprache wird dekonstruiert: Wirklichkeit und Sprache gehen ab nun verschiedene Wege. Neue Selbstbestimmungsgesetze wie zum Beispiel in Deutschland, Spanien, Portugal, Norwegen und Dänemark,¹⁸ ermöglichen den (biologischen) Geschlechtseintrag nach eigenem Empfinden zu ändern. Der aktuelle Gesetzesentwurf in Deutschland sieht vor, dass Minderjährige sich an das Familiengericht wenden können, wenn ihre Eltern mit einer proklamativen Geschlechtsumwandlung nicht einverstanden sind. Dieses soll dann ‚zum Wohl‘ des Kindes entscheiden.¹⁹

Mit dem Rekurs auf die Selbstbestimmung sollen Gefühle und der individuelle Wille ausschlaggebend dafür werden, welchem Geschlecht bzw. ob man überhaupt einem Geschlecht angehört. Der Vorgabe der Binarität der Geschlechter kann man auch hier letztlich nicht enttrinnen, wie die Sprache verrät: Man fühlt sich ‚dem anderen Geschlecht zugehörig‘.

4. Entpathologisierung: Die schleichende Umdeutung von Transsexualität zu Transgender

Nachdem das Europäische Parlament die WHO aufgefordert hat, die Geschlechtsinkongruenz in der neuen Version des ICD-11 als nicht-pathologisch einzustufen und aus dem Kapitel „Persön-

lichkeits- und Verhaltensstörungen“ zu streichen, findet man sie nun unter der übergeordneten Einheit „Zustände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit“. Von „Störungen der Geschlechtsidentität“ wird seit dem Jahr 2022 nicht mehr gesprochen. Sowohl die internationale Klassifikation der Krankheiten der WHO (ICD) als auch das von der amerikanischen psychiatrischen Vereinigung herausgegebene DSM (Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen) lässt den Wunsch nach Entpathologisierung erkennen. Was im DSM-III aus dem Jahre 1980 noch als „Transsexualität“ bezeichnet wurde, änderte die Version des DSM-IV von 1994 in „Geschlechtsidentitätsstörung“ (GID). Seit dem Jahre 2013 (DSM-V) ist von „Geschlechtsdysphorie“ die Rede.²⁰

Das biologische Geschlecht (sex) wird in den Begrifflichkeiten zunehmend eliminiert: Statt von einem ‚transsexuellen Mann‘ oder einer ‚transsexuellen Frau‘ zu sprechen, werden diese nun als ‚transgender‘ oder ‚transident‘ bezeichnet – Begriffe, die naturwissenschaftlich nicht haltbar sind.

Das DSM-V bezieht sich bei der Geschlechtsdysphorie auf den Leidensdruck, der durch die Inkongruenz zwischen biologischem Geschlecht und gefühltem Geschlecht entsteht – im Gegensatz zum ICD, wo allein das ‚sich im falschen Körper fühlen‘ schon für eine Diagnose ausreicht. Ein damit verbundenes Leiden ist für den Beginn eines körperlichen Behandlungsverfahren nicht mehr notwendig. Es reicht eine präventive Diagnosestellung.²¹

5. Das affirmative Modell – Pubertätsblocker und ihre Folgen

Die Niederlande sind Vorreiter im sogenannten „affirmativen Behandlungsmodell“²²: Mittels Verabreichung von Hormonen (Pubertätsblocker) sollen Jugendliche mit Geschlechtsinkongruenz noch vor der Geschlechtsreife in das ‚gefühlte‘ Geschlecht und den ‚richtigen‘ Körper gebracht werden. Eine sog. „Gender-Affirmation“ – gemeint ist de facto eine Geschlechtsumwandlung (Transsexualität) – soll also bereits vor der Pubertät ir-

reversibel eingeleitet werden. Dieses Modell wird in der internationalen Fachwelt allerdings zunehmend in Frage gestellt.²³

a. Der Dutch Approach bzw. das Dutch-Protocol

Im Jahr 1987 wurde am Universitätskrankenhaus Utrecht die erste Spezialklinik für Geschlechtsidentität bei Kindern und Jugendlichen eröffnet. In den folgenden drei Jahrzehnten wurden hier verschiedene Diagnose- und Screeningmethoden entwickelt, darunter die sogenannten Diagnoseprotokolle für Kinder unter 12 Jahren und für Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren. Der darauf beruhende *Dutch Approach* empfiehlt eine pubertätsunterdrückende Behandlung bei geschlechtsdysphoren Kindern über 12 Jahren und vorhandenen Diagnosekriterien. Bei Kindern unter 12 Jahren liegt der Behandlungsschwerpunkt nicht auf der Geschlechtsdysphorie selbst, sondern auf den Problemen, die mit ihr einhergehen. Eine hormonelle Therapie wird in diesen Fällen nicht empfohlen²⁴. Das Dutch Protocol galt für Jahrzehnte international als Standardtherapie von Geschlechtsdysphorie bei Kindern und Jugendlichen. Die Leitlinie basiert indes auf einer einzigen niederländischen Studie unter 70 Jugendlichen, die grobe Mängel aufweist.²⁵

Die *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) und auch die *Endocrine Society* empfehlen – basierend auf dem holländischen Modell – eine hormonelle Behandlung bei Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie.²⁶ Mit Beginn der ersten körperlichen pubertären Veränderungen soll mittels Gonadotropin-Releasing-Hormon-(GnRH)-Analoga der ‚Pausenknopf‘ gedrückt werden – eine ‚Pause‘, die die isosexuelle Pubertätsentwicklung nicht zulässt. Erklärtes Ziel dieser *prolonged diagnostic phase*²⁷ ist es, Jugendlichen die Angst vor der körperlichen Veränderung zu nehmen wie Einsetzten der sekundären Geschlechtsmerkmale wie Menstruation, Brustwachstum, Bartwuchs, tiefe Stimme. Damit soll Zeit für weitere Beobachtungen gewonnen werden, in denen die Jugendlichen zu sich selbst finden.²⁸

Diese Behandlung ist eigentlich nur für die *Pubertas praecox* zugelassen, eine seltene Erkrankung, welche bei Buben vor dem vollendeten 9. und bei Mädchen vor dem vollendeten 8. Lebensjahr auftritt und durch die vorzeitige Entwicklung der äußeren Sexualmerkmale gekennzeichnet ist – nicht aber für die Behandlung der Geschlechtsdysphorie. Hier geschieht eine *off-label*-Anwendung mittels GnRH-Analoga, die die für die Keimzellreifung notwendige Ausschüttung von FSH und LH verhindern. Somit wird die Testosteron-/Östrogenproduktion unterbunden. Eine Pubertätsentwicklung ist nicht möglich.²⁹

Mittlerweile ist das Dutch Protocol umstritten. Europa und die USA beginnen mit restriktiven Maßnahmen. In Schweden wird der Dutch Approach nach eingehenden Untersuchungen als rein experimentelle und nicht ausreichend wissenschaftlich abgesicherte Methode abgelehnt. Seit 2022 dürfen keine Medikamente mehr zur Unterdrückung der Pubertät oder gegengeschlechtliche Hormonbehandlungen bei Patienten unter 18 Jahren verschrieben noch geschlechtsspezifische Operationen bei Jugendlichen durchgeführt werden.³⁰

Immer mehr Klagen und Schäden seitens betroffener Patienten haben dazu geführt, dass auch Großbritannien, Finnland, Frankreich und der Bundesstaat Florida, GnRH-Analoga im Zusammenhang mit Geschlechtsdysphorie nur unter Einschränkungen verschreiben.³¹ Auch die WPATH und die *Endocrine Society* betonen nun die Unsicherheit in der Behandlung und weisen in ihren jüngsten Leitlinien auf die mangelnde Überprüfungsmöglichkeit von Behandlungsergebnissen und mangelnde Beweislage ihrer Empfehlungen hin.³²

In Großbritannien war der Skandal rund um die britische Tavistock-Klinik ausschlaggebend. Sie wurde 2023 auf Anordnung des Ministeriums geschlossen, ihr wurde die Durchführung von „Lebendexperimenten“ vorgeworfen. Rund 30 Ärzte und Psychologen hatten die Gender-Klinik aufgrund von Unvereinbarkeit mit ihrem Berufsethos und Gewissen bereits davor verlassen.³³

b. Irreversible Schäden

Auch wenn von einer reversiblen Maßnahme im Rahmen der Pubertätsunterdrückung gesprochen wird,³⁴ führen frühe hormonelle Eingriffe zu irreversiblen Veränderungen im normalen Verlauf der psychosexuellen Entwicklung.³⁵ So wird der natürliche Prozess der sexuellen Reifung den jungen Menschen genommen. Das erste Erleben von sexueller Anziehung, sexuelle Erregungen und die Auseinandersetzung mit einem neuen Körperbild geht den Jugendlichen verloren. Defizite beim Knochenwachstum und fehlende Zunahme der Knochenmineraldichte, Kopfschmerzen, Gewichtszunahme, Stimmungsschwankungen,³⁶ Anstieg des Körperfettanteils und des BMI³⁷, Abnahme des IQ³⁸, werden u. a. als Folge der kontinuierlichen Behandlung mit Pubertätsblocker beschrieben. Jugendlichen wird hier im Grunde verwehrt, Erfahrungen in ihrer geschlechtlichen Identität zu sammeln. Sie lehnen sich in ihrem Geschlecht ab, bevor sie sich darin noch wirklich kennenlernen konnten.

Der Dutch Approach empfiehlt in Folge, dass geschlechtsinkongruente Jugendliche ab dem Alter von 16 Jahren mit der gegengeschlechtlichen Hormonbehandlung (Testosteron/Östrogene) beginnen. Dies führt jedoch ebenfalls zu irreversiblen Schäden.³⁹ Folgen wie Unfruchtbarkeit, tiefe Stimme, vermehrtes Haarwachstum und Alopezie lassen sich nicht mehr rückgängig machen.⁴⁰

Die Idee der ‚Pause‘ und das Argument der Reversibilität ist irreführend, da praktisch 100% der Jugendlichen, die Pubertätsblocker erhalten, eine mit irreversiblen Folgen verbundene geschlechtsübergreifende Hormontherapie fortsetzen.⁴¹ Eine Verbesserung bzw. das Verschwinden der Geschlechtsdysphorie im Zuge der Behandlung mit GnRH-Analoga wurde nicht beschrieben.⁴²

c. Bei Jugendlichen erlaubt, bei Sexualstraf-tätern verboten?

Zu beachten ist die restriktive Haltung gegenüber GnRH Analoga im Rahmen der Therapie

von Sexualstraftätern, wo diese Hormone zur Anwendung kommen, da es einer chemischen Kastration gleicht.⁴³ In Österreich ist die Sterilisation bzw. Vasektomie im Rahmen der Verhütung erst ab dem Alter von 25 Jahren möglich, da die Folgen schwerwiegend sind.⁴⁴ Anders geht man bei Kindern und Jugendlichen vor, die sich ‚im falschen Körper‘ fühlen. Unfruchtbarkeit und andere schwere körperliche Folgen werden als Nebeneffekte der rein auf Gefühl basierender Therapie in Kauf genommen. Völlig beiseitegeschoben wird die Tatsache, dass das Gehirn in der Kindheit biologisch und sozial unreif ist und die langfristigen Folgen einer Behandlung wahrscheinlich nicht verstehen kann⁴⁵.

Soziale Ansteckung, das Auftreten zahlreicher Komorbiditäten, psychiatrische Störungen, neurologische Entwicklungsstörungen, Traumata, nicht-suizidale Selbstbeschädigung und Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Emotionen, die bereits vor dem Auftreten von Geschlechtsdysphorie bestehen können,⁴⁶ wird kaum Beachtung geschenkt. Der Schwedische Bericht der Karolinska-Universitätsklinik hält fest, dass Jugendliche mit Geschlechterdysphorie überproportional häufig psychiatrische Begleitdiagnosen, selbstverletzendes Verhalten und Suizidversuche aufweisen. Insbesondere bei 13- bis 17-jährigen Mädchen hatten viele bereits im Vorfeld eines etwaigen transsexuellen Problems Vordiagnosen von Angststörungen, Depressionen, ADHS oder Autismus.⁴⁷

6. Erfolgreiche alternative Therapieansätze: multimodale Psychotherapie

Es benötigt viel Erfahrung und klinische Reife, um Konflikte in der Geschlechtsidentität angemessen zu therapieren. Kliniker müssen in der Lage sein, sich tief in die Verwirrung, die Not und den emotionalen Schmerz des Patienten einzufühlen. Gleichzeitig ist es wichtig, eine angemessene Distanz zu wahren, um dem Druck zu widerstehen, sich dem Patienten anzuschließen,

der glaubt, dass eine aktive medizinische Intervention auf hormoneller oder chirurgischer Ebene die einzige Lösung ist.⁴⁸

Korte bietet Alternativen zum affirmativen Therapiemodell an und weist auf die Gefahren hin, welche entstehen, wenn man das Kind in seiner Transidentität beispielsweise durch *Cross-dressing* oder Namenwechsel bestätigt:

„Zum einen basiert das therapeutische Vorgehen auf Grundannahmen, die empirisch nicht belegt sind bzw. angesichts der Datenlage als unhaltbar bezeichnet werden müssen; zum anderen schafft dies für das Kind eine Situation, die es ihm beinahe unmöglich macht, im Falle einer Überwindung des Identitätskonflikts wieder in seinem Geburtsgeschlecht aufzutreten. [...] Außerdem läuft dieser therapeutische Ansatz mehr oder weniger automatisch auf eine pubertätsblockierende Hormonbehandlung hinaus.“⁴⁹

Eine multimodale Psychotherapie oder das Modell „watch and wait“, führen in bis zu 90% der Fälle zur Versöhnung mit dem biologischen Geschlecht.⁵⁰ Ein Vorgehen, das weder aktiv in einen physiologisch gesunden Körper eingreift, dem Jugendlichen Zeit gibt, seinen neuen Körper mit der ihm eigenen sexuellen Entwicklung kennenzulernen und dabei schwerwiegende gesundheitsschädliche Folgen ausschließt und somit nach dem Nicht-Schadens-Prinzip („*primum non nocere*“) vorgeht, welches das Wohl des Patienten in den Vordergrund stellt.

Bekanntlich steht das Wohl des Patienten nicht immer im Einklang mit seinen Wünschen. Eine Selbstdiagnose, gefolgt von Selbstbehandlung im Rahmen der geschlechtlichen Selbstbestimmung kann zu großem Schaden führen. In diesem Zusammenhang gewinnt die „Hypertrophie des Autonomieprinzips“, d. h. „eine übermäßige oder ausschließliche Betonung der Autonomie des Einzelnen, die den Gegenstand der Entscheidung und andere gleichzeitige Realitäten und Umstände außer Acht lässt, [...]“⁵¹ zunehmend an Bedeutung.

7. Detransition: – der Wunsch nach Rückkehr in den ‚ursprünglichen‘ Körper

„Sie wussten, was sie taten – ich nicht“⁵², klagt der US-Amerikaner Chris Beck, der sich 2013 einer transsexuellen Hormonbehandlung und Operation unterzogen hatte und diese 2022 rückgängig machte. Immer häufiger werden Fälle bekannt, bei denen Menschen, die sich für eine Geschlechtsumwandlung entschieden haben, ihre Transition bereuen. Sie haben erfahren, dass chirurgische Eingriffe biologische Vorgaben nicht ändern können. „Die Realität für mich ist, dass eine Hysterektomie und die Entfernung der Eierstöcke einen nicht zu ‚weniger-Frau‘ machen. Daher macht es für mich keinen Sinn, dass es als Transition oder Geschlechtsumwandlung bezeichnet wird, denn das ist es nicht, es ist eine Kastration [...]“⁵³, sagt eine Betroffene „Detransitionier“. Weltweit wird am 12. März der „Detransition Awareness Day“ begangen, um auf die physischen und psychischen Leiden der Betroffenen und ihre Geschichten aufmerksam zu machen.

8. Schlussfolgerungen

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Tatsache, dass „Störungen der sexuellen Identität“ (laut ICD -10)⁵⁴ bzw. „Geschlechtsinkongruenz“ (laut ICD-11; mit Übergangszeit von noch einigen Jahren)⁵⁵ nichts am biologischen Faktum ändern, wonach es zwei Geschlechter gibt, männlich und weiblich, die genetisch determiniert sind. Die X- und Y-Chromosomen sind nicht nur eine biologische Gegebenheit, sondern spielen in der gesamten Entwicklung des Menschen eine tiefgreifende und umfassende Rolle und haben Auswirkungen auf das ganze Wesen als Mann oder Frau.

Mit dem Wort ‚Gender‘ soll jegliche Biologie für bedeutungslos erklärt werden. Es wird nur noch eine nach Wunsch des Individuums selbst erschaffene sexuelle Identität geltend gemacht. Die Wahl des Geschlechts ist nun auch in der Medizin angekommen und spiegelt sich in den entsprechenden Behandlungswünschen wider.

Beim Wunsch, das Geschlecht zu wechseln, handelt es sich bei Kindern und Jugendlichen um ein vorübergehendes Phänomen. Die Symptome verschwinden bei angemessener psychotherapeutischer Begleitung, die Kinder lernen sich in ihrer biologischen Eigenart zu akzeptieren und sind nach Abschluss der Pubertät emotional stabil. Weder sind dafür Hormonbehandlungen noch irreversible chirurgische Eingriffe für eine Geschlechtsumwandlung, die viele andere inzwischen bereuen, nötig.

Es ist nicht die Aufgabe der Medizin, Wünsche zu erfüllen, sondern Therapien anzuwenden, die dem Patienten zuallererst nicht schaden, sondern nützen, klaren Indikationen folgen und evidenzbasiert sind. Kinder und Jugendliche müssen vor zu früh und falsch gestellten Diagnosen und damit irreversiblen Veränderungen geschützt werden.

Referenzen

- 1 Meyenburg B., Renter-Schmidt K., Schmidt G., *Transidentität in Jugend und Adoleszenz: Zur Veränderung der Sexratio und der Prävalenz in den letzten eineinhalb Jahrzehnten. Eine Auswertung von 1434 Gutachten nach dem Transsexuellengesetz (TSG)*, Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2020); 49: 93-100, doi.org/10.1024/1422-4917/a000763.
- 2 Human Rights Campaign, *Interactive Map: Clinical Care Programs for Gender-Expansive Children and Adolescents*, <https://www.hrc.org/resources/interactive-map-clinical-care-programs-for-gender-nonconforming-childr>.
- 3 The Williams Institute, *How Many Adults and Youth Identify as Transgender in the United States?* June 2022, <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/publications/trans-adults-united-states/>.
- 4 *The Cass Review Independent review of gender identity services for children and young people*, Interim report February (2022), <https://cass.independent-review.uk/wp-content/uploads/2022/03/Cass-Review-Interim-Report-Final-Web-Accessible.pdf>.
- 5 Maybaum T., *Zahl transsexueller Kinder gestiegen*, Deutsches Ärzteblatt, 21.11. 2018, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/99311/Zahl-transsexueller-Kinder-gestiegen>.
- 6 Littman L., *Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria*.

- ria, PLoS One (2018); 13(8): e0202330, doi.org/10.1371/journal.pone.0202330.
- 7 Zucker K J., *Adolescents with Gender Dysphoria: Reflections on Some Contemporary Clinical and Research Issues*, Arch Sex Behav (2019); 48(7): 1983-1992, doi.org/10.1007/s10508-019-01518-8, PMID:31321594.
 - 8 IMABE, *Geschlechtsdysphorie bei Jugendlichen: Ideologisierung verhindert adäquate Behandlung*, Bioethik aktuell, 23.10.2022, <https://www.imabe.org/bioethik-aktuell/einzelansicht/geschlechtsdysphorie-bei-jugendlichen-ideologisierung-verhindert-adaequa-te-behandlung>.
 - 9 Jugendpsychiater über Transidentität: „Es ist hip, trans zu sein“, Interview mit Alexander Korte, TAZ, 2.5. 2022, <https://taz.de/Jugendpsychiater-ueber-Transidentitaet/!5845336/>.
 - 10 Ibrahim C., Haddad R., Richa S., *Les comorbidités psychiatriques dans le transsexualisme : étude sur une population de transgenres libanais [Psychiatric comorbidities in transsexualism: Study of a Lebanese transgender population]*, Encephale (2016); 42(6): 517-522, <https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.02.011>.
 - 11 Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, *Varianten der Geschlechtsentwicklung (englisch: Differences of Sex Development, DSD)*, [https://www.uksh.de/kinderhormonzentrum-luebeck/Varianten+der+Geschlechtsentwicklung+\(DSD\).html](https://www.uksh.de/kinderhormonzentrum-luebeck/Varianten+der+Geschlechtsentwicklung+(DSD).html).
 - 12 Schweizer K., Richter-Appelt H., *Leben mit Intersexualität, PiD – Psychotherapie im Dialog* (2009); 10(1): 19-24, doi.org/10.1055/s-0028-1090187.
 - 13 *Zahl der Neugeborenen ohne eindeutige Geschlechtszuordnung gering*, Deutsches Ärzteblatt, 6.2.2020, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/109199/Zahl-der-Neugeborenen-ohne-eindeutige-Geschlechtszuordnung-gering>.
 - 14 Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V., Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V., Deutsche Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie, *S2k-Leitlinie 174/001: Varianten der Geschlechtsentwicklung*, Stand: 07/2016, <https://dgked.de/fileadmin/dgked/pdfs/174-001L.S2k.Geschlechtsentwicklung-Varianten-2016-08-01.pdf>.
 - 15 Graham P., *Transgender children and young people: how the evidence can point the way forward*, BJPsych Bull (2023); 47(2): 98-104. doi.org/10.1192/bjb.2022.3, PMID: 35177147, PMCID: PMC1006397.
 - 16 Engelken E., *Trans*innen? Nein, danke! Warum wir Frauen einzigartig sind und bleiben*, Edition Eva & Adams / Gorus Certified Publication (2022).
 - 17 Errasti J., Pérez Álvarez M., *Nadie nace en un cuerpo equivocado: Éxito y miseria de la identidad de género*, Deusto, Barcelona (2022), S. 279.
 - 18 *Trans Rights Index Europe & Central Asia 2023*, <https://transrightsmat.tgeu.org/index>.
 - 19 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, *Gesetz über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag (SBGG), Häufig gestellte Fragen*, 9.5.2023, <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/gleichstellung/queerpolitik-und-geschlechtliche-vielfalt/gesetz-ueber-die-selbstbestimmung-in-bezug-auf-den-geschlechtseintrag-sbgg--199332>.
 - 20 Mas J., *Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante (From transsexualism to gender dysphoria in the DSM. Terminological changes, same pathologising essence)*, Revista Internacional de Sociología (2017); 75(2): e059, doi.org/10.3989/ris.2017.75.2.15.63.
 - 21 Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung, *Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung*, AWMF online, 2018, https://register.awmf.org/assets/guidelines/138-001L_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-02.pdf.
 - 22 de Vries A. L., Cohen-Kettenis P. T., *Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: the Dutch approach*, J Homosex (2012); 59(3): 301-20, doi.org/10.1080/00918369.2012.653300, PMID: 22455322.
 - 23 Lenzen-Schulte M., *Transition bei Genderdysphorie: Wenn die Pubertas gestoppt wird*, Deutsches Ärzteblatt (2022); 119(48): A-2134/B-1766, <https://www.aerzteblatt.de/archiv/228699/Transition-bei-Genderdysphorie-Wenn-die-Pubertas-gestoppt-wird>.
 - 24 de Vries A. L., Cohen-Kettenis P. T., siehe Ref. 22.
 - 25 Biggs M., *The Dutch Protocol for Juvenile Transsexuals: Origins and Evidence*, J Sex Marital Ther (2023); 49(4): 348-368, doi.org/10.1080/0092623X.2022.2121238, PMID: 36120756.
 - 26 World Professional Association for Transgender Health (WPATH), *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People*, 7th Version, www.wpath.org; Endocrine Society, *Clinical Practice Guideline Gender Dysphoria/Gender Incongruence Guideline Resources*, 2017, <https://www.endocrine.org/clinical-practice-guidelines/gender-dysphoria-gender-incongruence#2>.
 - 27 Riedl S., *Hormonelle Behandlung von Jugendlichen mit Transidentität*, J. Klin. Endokrinol. Stoffw (2020); 13: 16-23, <https://doi.org/10.1007/s41969-020-00090-0>.
 - 28 Ebd.
 - 29 Ebd.

- 30 Society for Evidence-Based Gender Medicine, *Summary of Key Recommendations from the Swedish National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen/NBHW)*, 27.2.2022, <https://segm.org/segm-summary-sweden-prioritizes-therapy-curbs-hormones-for-gender-dysphoric-youth>.
- 31 Lenzen-Schulte M., siehe Ref. 23.
- 32 Reuters Investigates, *Youth in Transition*, 6.10.2022, <https://www.reuters.com/investigates/specialreport/usa-transyouth-care/> (letzter Zugriff am 10.7.2023).
- 33 IMABE, *Transgender: Ärzte fordern Ende von Experimenten mit Kindern*, Bioethik aktuell, 6.5.2019, <https://www.imabe.org/bioethikaktuell/einzelansicht/transgender-aerzte-fordern-ende-von-experimenten-mit-kindern>; IMABE, *Erhebliche Sicherheitsmängel: Transgender-Klinik für Jugendliche in London muss schließen*, Bioethik aktuell, 10.8.2022, <https://www.imabe.org/bioethik-aktuell/archiv/einzelansicht/erhebliche-sicherheitsmaengel-transgender-klinik-fuer-jugendliche-in-london-muss-schliessen>.
- 34 Riedl S., siehe Ref. 27.
- 35 Korte A., Beier K. M., Bosinski H., *Behandlung von Geschlechtsidentitätsstörungen (Geschlechtsdysphorie) im Kindes- und Jugendalter: Ausgangs offene psychotherapeutische Begleitung oder frühzeitige Festlegung und Weichenstellung durch Einleitung einer hormonellen Therapie?* Sexuologie (2016); 23 (3-4): 117-132.
- 36 Feil K., Toth B. *Die Transgendereprechstunde – was gibt es zu beachten?* Gynäkol. Endokrinol (2020); AT 30: 138-143 doi.org/10.1007/s41974-020-00146-8; Riedl S., siehe Ref. 27; Lenzen-Schulte M., siehe Ref. 23.
- 37 Salas-Humara C., Sequeira G. M., Rossi W., Dhar C. P., *Gender affirming medical care of transgender youth*, Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care (2019); 49(9): 100683. doi.org/10.1016/j.cppeds.2019.100683, PMID: 31735692, PMCID: PMC8496167.
- 38 D'Angelo R., Syrulnik E., Ayad S. et al., *One Size Does Not Fit All: In Support of Psychotherapy for Gender Dysphoria*, Arch Sex Behav (2021); 50, 7-16, doi.org/10.1007/s10508-020-01844-2.
- 39 Riedl S., siehe Ref. 27.
- 40 Latham A., *Puberty Blockers for Children: Can They Consent?* New Bioeth. (2022); 28(3): 268-291, doi.org/10.1080/20502877.2022.2088048; Salas-Humara C., Sequeira G. M., Rossi W., Dhar C. P., siehe Ref. 37.
- 41 Entwistle K., *Debate: Reality check – Detransitioners' testimonies require us to rethink gender dysphoria*, Child Adolesc Ment Health (2021); 26(1): 15-16, doi.org/10.1111/camh.12380, PMID: 32406585.
- 42 Becker-Hebly I., Fahrenkrug S., Champion F., Richter-Appelt H., Schulte-Markwort M., Barkmann C., *Psychosocial health in adolescents and young adults with gender dysphoria before and after gender-affirming medical interventions: a descriptive study from the Hamburg Gender Identity Service*, Eur Child Adolesc Psychiatry (2021); 30(11): 1755-1767, doi.org/10.1007/s00787-020-01640-2; Korte A., Beier K. M., Bosinski H., Ref. 35.
- 43 Suarez Moreno V., Caballero Nopo P., Huaman Sanchez K., Reyes Puma N., *Terapia hormonal para agresores sexuales con desórdenes parafilicos*, An. Fac. med [online]. (2018); 79(3): 233-237, <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v79i3.15317>; Voß T., Klemke K., Schneider-Njepel V., Kröber H. L., *Wenn ja, wie lange? – Dauer antiandrogener Behandlung von Sexualstraftätern mit paraphilen Störungen: Klinische Erfahrungen aus Auslassversuchen in der forensischen Nachsorgepraxis [When yes, for how long? – Duration of antiandrogenic treatment of sexual offenders with paraphilic disorders: Clinical experiences from treatment-free trials in forensic aftercare practice]*, Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie (2016); 10(1): 21-31, <https://doi.org/10.1007/s11757-015-0346-z>.
- 44 [gesundheits.gv.at](https://www.gesundheit.gv.at), *Sterilisation des Mannes*, Stand: Mai 2019, <https://www.gesundheit.gv.at/leben/sexualitaet/verhuetung/verhuetungsmittel/operative-verhuetungsmethoden/vasektomie.html#:~:text=dieselbe%20Gesetzeslage%20wie%20bei%20der,vollendet%20hat%2C%20einer%20Vasektomie%20unterziehen>.
- 45 Latham A., Ref. 40.
- 46 Littman L., *Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria*, PloS One (2018); 13(8): e0202330, doi.org/10.1371/journal.pone.0202330.
- 47 Society for Evidence-Based Gender Medicine, *Sweden's Karolinska Ends All Use of Puberty Blockers and Cross-Sex Hormones for Minors Outside of Clinical Studies*, 5.5.2021, https://segm.org/Sweden_ends_use_of_Dutch_protocol.
- 48 Evans S., Evans M., *Gender Dysphoria: A Therapeutic Model for Working With Children, Adolescents and Young Adults*, Phoenix Publishing House Ltd., Bicester (Oxfordshire) (2021). S. 291-295.
- 49 Korte A., Beier K. M., Bosinski H., Ref. 35.
- 50 Singh D., et al., *A Follow-Up Study of Boys With Gender Identity Disorder*, 29.3.2021, Frontiers in Psychiatry (2021); 12: 632784, doi.org/10.3389/fpsy.2021.632784.
- 51 Martínez Otero J. M. *La hipertrofia del principio de autonomía en el debate bioético*, Cuadernos de Bioética (2017); 28: 329-340.
- 52 *Ex-Transpersonen bereuen „Geschlechtsumwandlung“*, Die Tagespost, 11.1.2023, <https://www.die-tagespost>.

de/leben/familie/ex-transpersonen-bereuen-geschlechtsumwandlung-art-234956.

53 Entwistle K., siehe Ref. 41.

54 ICD Code 2023, *F64.- Störungen der Geschlechtsidentität*,
<https://www.icd-code.de/icd/code/F64.-.html>.

55 BÖP , *Start des Klassifikationssystems ICD-11*, 8.12.2021,
https://www.boep.or.at/aktuelles/detail?news_item_id=61a49a03c15c83d8f00000f.

Letzter Zugriff auf sämtliche Webseiten am 8.8.2023.