Paediatr. Paedolog. 2021 · 56:67–72
<https://doi.org/10.1007/s00608-021-00869-7>
 Angenommen: 15. Februar 2021
 Online publiziert: 15. März 2021
 © Der/die Autor(en) 2021

Martin Fuchs^{1,2}

¹ Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Tirol Kliniken, Hall i. T., Österreich

² Medical University Innsbruck, Innsbruck, Österreich

Geboren im falschen Körper?

Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter

Fallbeispiel

Die 14-jährige Hannah („Elias“) wird in Begleitung ihrer Eltern vorgestellt. Hannah berichtet, dass sie seit der Pubertät eine massive Unzufriedenheit mit sich selbst verspüre und die aufgrund ihres Körpers und ihres Geburtsgeschlechts gesellschaftlich zugeordnete Rolle zunehmend ablehne. Diese Gefühle hätten in weniger ausgeprägter Form schon länger bestanden, seien meist verwirrend gewesen und hätten zuletzt großen Leidensdruck ausgelöst. Schon als Kind habe Hannah rückblickend betrachtet immer „mit den Buben gespielt“ und beispielsweise Kleider sowie lange Haare „gehasst“. Die Eltern bestätigen das, in ihren Augen sei Hannah immer schon ausgesprochen „burschikos“ aufgetreten. Verschiedene, im ländlichen Herkunftsräum wichtige gesellschaftliche Anlässe seien deshalb auch schon im Kindesalter schwierig gewesen. Hannah habe hier oft unglücklich gewirkt und z. B. bei der Erstkommunion das Tragen eines Kleides verweigert. Elias habe sich ab dem 13. Lebensjahr selbst verletzt; seine Eltern hätten daraufhin eine Psychotherapeutin kontaktiert. Dort habe er es aber nicht geschafft, „das entscheidende Thema“ anzuschneiden. Über Recherche im Internet und in sozialen Netzwerken

sei ihm zunehmend klarer geworden, dass er ein „Transjunge“ sein könnte. Vor seinen Eltern und Geschwistern habe er aus Scham den Gedanken aber zunächst geheim gehalten und sich hauptsächlich mit gleichgesinnten Online-Bekanntschaften darüber ausgetauscht. Hierbei habe er zum ersten Mal das Gefühl verspürt, verstanden zu werden. Er habe dann den Tipp bekommen, eine Beratungseinrichtung für Jugendliche aufzusuchen. Dort habe man ihn relativ rasch hinsichtlich eines Outings im familiären Umfeld bestärkt und zu einem Kontakt mit der Klinik geraten. Elias hat sehr konkrete Ziele: Er strebe eine Hormontherapie an, zudem eine amtliche Personenstandsänderung. Dafür brauche er eine Bestätigung von der Klinik. Elias Eltern zeigen sich im Erstgespräch ambivalent. Einerseits geben sie an, immer hinter ihrem Kind stehen zu werden, andererseits zeigen sie sich belastet und betonen, „mehr Zeit“ zu brauchen, da sie keine falsche Entscheidung treffen wollen.

Einleitung

In Österreich wird bei Kindern unmittelbar postpartal aufgrund äußerer anatomischer Merkmale das Geschlecht bestimmt und zusammen mit anderen Daten der zuständigen Behörde übermittelt. Aufgrund dieser Angaben erfolgen mit der Festlegung des Personenstands automatisch weitreichende und – so kein Einspruch dagegen erfolgt – lebenslange juristische Konsequenzen durch die Einteilung in männlich oder weiblich. Häufig ist mit dieser Festlegung auch

eine kulturell gefärbte Erwartung hinsichtlich des geschlechtsspezifischen Rollenverhaltens und einer damit verbundenen Erziehung verbunden. Erst relativ spät, nämlich 2018, wurde im österreichischen Personenstandsgesetz die Möglichkeit der Eintragung einer dritten Kategorie neben weiblich oder männlich für Menschen mit einer Variante der Geschlechtsentwicklung festgelegt (Rechtsinformationssystem des Bundes, RIS, <https://www.ris.bka.gv.at/G77/2018>).

Die geschlechtliche Differenzierung des Menschen ist ein komplexer Prozess, der im Wesentlichen auf den in **Tab. 1** dargestellten Ebenen stattfindet. Personen mit Geschlechtsdysphorie und Transidentität, wie im Fallbeispiel dargestellt, aber auch Personen mit einer Variante der Geschlechtsentwicklung zeigen uns immer wieder, dass eine über-

Tab. 1 Ebenen der geschlechtlichen Differenzierung des Menschen

Ebene	Geschlecht
Ebene der Geschlechtschromosomen	Chromosomales Geschlecht
Ebene der Keimdrüsen	Gonadales Geschlecht
Ebene der inneren und äußeren Geschlechtsorgane	Anatomisches Geschlecht
Ebene der Geschlechtshormone	Hormonelles Geschlecht
Ebene des Geschlechtsidentitätsempfindens	Psychisches Geschlecht
Ebene der sexuellen Orientierung	Erotisch-emotionales Geschlecht
Ebene der sozialen Rolle	Soziales Geschlecht, Gender

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Beitrag manchmal die männliche Form verwendet. Weibliche Personen und Menschen, die sich einem anderen Gender zugehörig fühlen, sind explizit ebenso gemeint.

Nach einem Vortrag bei der 3. Österreichischen Jahrestagung für Pädiatrische Psychosomatik, 04.10.2019, Wien

Tab. 2 Diagnostische Kriterien der Geschlechtsinkongruenz nach ICD-11 [11]**Geschlechtsinkongruenz des Kindesalters**

Eine Geschlechtsinkongruenz des Kindesalters ist durch ein ausgeprägtes Ungleichgewicht zwischen dem erlebten bzw. zum Ausdruck gebrachten Geschlecht und dem Zuweisungsgeschlecht bei präpubertären Kindern gekennzeichnet. Die Geschlechtsinkongruenz beinhaltet:

Einen starken Wunsch, einem anderen Gender als dem Zuweisungsgeschlecht anzugehören

Eine starke Abneigung der eigenen primären bzw. der erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmale und/oder ein starker Wunsch nach den primären oder sekundären Geschlechtsmerkmalen des erlebten Geschlechts

Fantasien, Rollenspiele, Spielsachen, Spiele, Aktivitäten und Spielgefährten, die typisch für das erlebte Geschlecht und nicht typisch für das Zuweisungsgeschlecht sind

Die Geschlechtsinkongruenz muss seit mindestens 2 Jahren bestehen. Geschlechtsvariantes Verhalten oder Vorlieben alleine reichen nicht für die Vergabe der Diagnose aus

Geschlechtsinkongruenz des Jugend- und Erwachsenenalters

Eine Geschlechtsinkongruenz des Jugendalters ist durch ein ausgeprägtes und anhaltendes Ungleichgewicht zwischen dem erlebten inneren Geschlecht und dem Zuweisungsgeschlecht gekennzeichnet. Die Geschlechtsinkongruenz führt häufig zum Wunsch nach Transition, um als Person im erwünschten Geschlecht zu leben und akzeptiert zu werden. Transition bezeichnet alle Schritte, mittels Hormonbehandlung, chirurgischer Behandlung oder anderer gesundheitsbezogener Maßnahmen den Körper soweit möglich und erwünscht dem erlebten Geschlecht anzugleichen. Geschlechtsvariantes Verhalten oder Vorlieben alleine reichen nicht für die Vergabe der Diagnose aus

Tab. 3 Gültige Leitlinien zur Behandlung transidenter Kinder und Jugendlicher [11]

World Professional Association for Transgender Health (WPATH): „Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people“, Version 7, 2012

„Endocrine treatment of transsexual persons“ der Endocrine Society, 2017

Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP): „Störungen der Geschlechtsidentität im Kindes- und Jugendalter (F64)“, 2013

„Intersexualität und Transidentität“: Stellungnahme der Bioethikkommission des österreichischen Bundeskanzleramts, 2017

„Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie von Kindern und Jugendlichen“ des österreichischen Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2017

einstimmende Ausrichtung aller Ebenen als entweder männlich oder weiblich zwar die mit Abstand häufigste, aber keine für alle Menschen stimmige oder immer zutreffende Variante darstellt [1].

In den letzten Jahren sind Kinder und Jugendliche mit zum Teil starkem Leidensdruck, deren Geschlechtsidentitätsempfinden von der für sie getroffenen Zuteilung abweicht, in der gesellschaftlichen Mitte angekommen. Gegenwärtig erleben wir im öffentlichen Diskurs eine steigende Sichtbarkeit dieser Thematik, zum Teil aber auch eine von Betroffenen wie Helfern polarisiert geführte ideologische Debatte [2].

In Sprechstunden und spezialisierten Zentren zeigt sich seit einiger Zeit eine stark ansteigende Inanspruchnahme seitens betroffener Jugendlicher, Kinder und ihrer Familien [3–5]. Auch an

unserer eigenen Sprechstunde für Geschlechtsdysphorie an der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Hall in Tirol können wir diesen Trend beobachten (■ Abb. 1).

Klassifikation und Terminologie

Zunächst sollen einige Begriffe definiert werden, auf die im Folgenden Bezug genommen wird [1, 6, 7].

- Das Geschlechtsidentitätsempfinden ist ein fundamentaler Aspekt unseres menschlichen Lebens. Es bezeichnet das Grundgefühl, die innere Überzeugung und die subjektive Gewissheit, dem männlichen oder weiblichen Geschlecht oder einer anderen Geschlechtsidentität aus dem Genderspektrum anzugehören.

- Gender steht meist für die öffentliche und in der Regel gesetzlich anerkannte Rolle als Bub oder Mädchen bzw. Mann oder Frau oder einer anderen Kategorie. Meistens aber nicht immer stimmen Geschlechtsidentitätsempfinden und Gender überein.
- Zuweisungsgeschlecht bzw. Geschlechtszuweisung nimmt auf den Vorgang Bezug, einem Neugeborenen anhand anatomischer primärer Geschlechtsmerkmale ein weibliches oder ein männliches Geschlecht zuzuweisen. Meist, aber nicht immer, stimmen Zuweisungsgeschlecht und Geschlechtsidentitätsempfinden überein.
- Der Begriff Transgender bezieht sich auf Personen, die sich vorübergehend oder dauernd mit einem Gender identifizieren, das sich von ihrem Zuweisungsgeschlecht unterscheidet.
- Geschlechtsdysphorie (GD) bezeichnet einen klinisch relevanten Leidensdruck, der sich aus der Diskrepanz zwischen Geschlechtsidentitätsempfinden und dem üblicherweise bei der Geburt festgelegten Zuweisungsgeschlecht ergibt.

Mit der 2013 erfolgten Einführung des Begriffs der Geschlechtsdysphorie im DSM-5 [7] wurde ein deskriptiver und nicht wertender Begriff eingeführt, der das klinische Problem der Dysphorie in den Mittelpunkt stellte. Dadurch wurde vermieden, die geschlechtliche Identität eines Kindes oder Jugendlichen als etwas Pathologisches oder zu Behandelndes anzusprechen, wie das mit früheren Bezeichnungen der Fall war, bzw. in der ICD-10 nach wie vor ist. In ähnlicher Weise wird in der voraussichtlich 2022 in Kraft tretenden ICD-11 der Begriff Geschlechtsinkongruenz eingeführt, der nicht mehr im Kapitel der psychischen Erkrankungen, sondern im Abschnitt „Zustände im Zusammenhang mit sexueller Gesundheit“ verortet wird. Damit wird Geschlechtsinkongruenz als (seltene) Normvariante innerhalb eines breiten Spektrums von möglichen Geschlechtsidentitäten definiert [8]. In ■ Tab. 2 sind die diagnostischen Kriterien für eine Geschlechtsinkongruenz

im Kindes- bzw. Jugendalter angeführt (Übersetzung durch den Autor).

Epidemiologie

Daten zur Prävalenz von Transidentität im Kindes- und Jugendalter zeigen eine große Streubreite in Abhängigkeit von Erhebungsmethode und Falldefinition und sind daher nicht einfach zu interpretieren. Insgesamt scheinen Metaanalysen mit eng gefassten Falldefinitionen die Häufigkeit eher zu unterschätzen; Befragungen, die auf der Selbsteinschätzung von Jugendlichen beruhen, die Häufigkeit des Phänomens eher zu überschätzen [5, 9]. In einer Metaanalyse für Jugendliche und Erwachsene wurde eine sehr niedrige gemittelte Prävalenz von 4,6 pro 100.000 Einwohnern bzw. 0,0046 % berechnet [10]. Zahlreiche neuere Studien, die Jugendliche nach einer Selbsteinschätzung ihrer Geschlechtsidentität befragen, zeigen für variante Geschlechtsentwicklungen durchwegs Prävalenzraten im einstelligen Prozentbereich [11]. In einem großen repräsentativen Sample von fast 1000 Jugendlichen aus dem Raum Hamburg berichteten insgesamt 4,2 % der befragten 10–16-Jährigen über eine fallweise von ihrem Geburtsgeschlecht abweichende Geschlechtsidentität; 1,6 % gaben eine Geschlechtsinkongruenz an [12]. Eine weitere Ursache für die große Streubreite der Prävalenzdaten könnte in sich ändernden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen liegen, die in den letzten Jahren die Inanspruchnahme für betroffene Jugendliche deutlich erleichterten. Dafür würde sprechen, dass jüngere Studien durchwegs höhere Prävalenzraten angeben [13].

Ein wissenschaftlich gut repliziertes Phänomen ist, dass zuletzt eine Umkehr der Geschlechterverteilung stattgefunden hat: Aktuell werden weitaus mehr geburtsgeschlechtlich weibliche Jugendliche mit einem Transitionswunsch hin zum männlichen Geschlecht an Spezialambulanzen vorstellig [4, 14]. Auch an unserer eigenen Sprechstunde zeigten im Einklang dazu 75 % ein weibliches, 25 % ein männliches Geburtsgeschlecht [11]. Über die Ursachen dafür kann nur spekuliert werden; verschiedene Auto-

Paediatr. Paedolog. 2021 · 56:67–72 <https://doi.org/10.1007/s00608-021-00869-7>
© Der/die Autor(en) 2021

M. Fuchs

Geboren im falschen Körper? Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter

Zusammenfassung

Kinder und Jugendliche, deren Geschlechtsempfinden von dem bei der Geburt festgelegten Zuweisungsgeschlecht abweicht und die unter ihren als nicht stimmig empfundenen Geschlechtsmerkmalen leiden, sind heute in der Öffentlichkeit, aber auch im medizinisch-therapeutischen Versorgungssystem wesentlich präsenter als noch vor einigen Jahren. Aufgrund sich daraus ergebender ethischer, rechtlicher, therapeutischer und nicht zuletzt auch medizinischer Herausforderungen wurden Behandlungsrichtlinien und Best-Practice-Modelle entwickelt. Diese kurze Übersichts-

arbeit entstand anlässlich eines Vortrags im Rahmen der 3. Österreichischen Jahrestagung für Pädiatrische Psychosomatik am 04.10.2019 in Wien. Neben Begriffsdefinitionen sowie Möglichkeiten zur Klassifikation wird auf Daten zur Prävalenz eingegangen; abschließend werden verfügbare internationale sowie österreichische Behandlungsrichtlinien besprochen.

Schlüsselwörter

Transgender · Geschlechtsdysphorie · Jugendliche · Behandlung · Leitlinien

Born in the Wrong Body? Gender Dysphoria in Childhood and Adolescence

Abstract

Children and adolescents whose experienced gender differs from their aligned sex at birth and who suffer from gender incongruence are considerably more visible in public life and in the medical care system than they were a few years ago. As a result of ethical, legal, therapeutic and not least medical challenges, guidelines and best-practice models have been developed.

This short narrative review came about during a presentation as part of the third

Austrian Annual Conference for Paediatric Psychosomatics on 4 October 2019 in Vienna. In addition to definition of terms and possibilities for classification, data on prevalence are discussed. Finally, available international and Austrian treatment guidelines are reviewed.

Keywords

Transgender · Gender dysphoria · Adolescents · Treatment · Guidelines

ren betonen den Einfluss soziokultureller Ursachen sowie die potenziell größere Gefahr möglicher Stigmatisierung für geburtsgeschlechtlich männliche Transfrauen [14].

Ein wichtiger Befund betrifft die Entwicklung von kindlicher Geschlechtsinkongruenz. Bisher verfügbare Daten lassen den Schluss zu, dass diese Geschlechtsinkongruenz nur in einem Teil aller Kinder bestehen bleibt. In der bisher größten Kohortenstudie zu dieser Thematik zeigte sich, dass 40 % aller Kinder, die vor dem 12. Lebensjahr wegen Geschlechtsdysphorie an einer holländischen Spezialsprechstunde vorstellig wurden, im Jugendalter eine gegen geschlechtliche Hormonbehandlung in Anspruch nahmen. Umgekehrt ent-

schieden sich 60 % im Jugendalter gegen eine Behandlung [15]. Dementsprechend wird in der Literatur von Kindern gesprochen, deren Geschlechtsinkongruenz als Persister bestehen bleibt, im Unterschied von Kindern, deren Geschlechtsinkongruenz als Desister wieder verschwindet. Zwar werden in der Literatur Faktoren beschrieben, die mit einer Persistenz assoziiert sind (wie z. B. weibliches Geburtsgeschlecht, junges Alter, bereits erfolgter sozialer Rollenwechsel in das Wunschgeschlecht), eine sichere Vorhersage der Entwicklung als „Persister“ oder „Desister“ ist in der Kindheit jedoch nicht möglich [5]. Dies verdeutlicht die Bedeutung einer zunächst ausnahmslos ergebnisoffenen und entwicklungsbegleitenden Therapie: Das im Kindesalter

Abb. 1 ▲ Zahl der Erstvorstellungen 2013–2020 in der Sprechstunde für Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Hall in Tirol

Abb. 2 ◀ Multiprofessionelles Team

relativ häufig vorkommende Experimentieren mit Geschlechterrollen sollte nicht zu früh auf die „Arbeitshypothese Trans“ festgelegt werden [6, 11].

Behandlungsleitlinien

Leitlinien auf internationaler, deutschsprachiger sowie österreichischer Ebene (Tab. 3) haben in den letzten Jahren versucht, dem komplexen Phänomen der kindlichen und jugendlichen Transidentität entsprechende Handlungsanweisungen zur Seite zu stellen (Übersicht in [11]).

Auf österreichischer Ebene wurden 2017 die „Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie von Kindern und Jugendlichen“ [16]

sowie die Stellungnahme „Intersexualität und Transidentität“ der Bioethikkommission des Bundeskanzleramts [1] herausgegeben. Die Veröffentlichung der Bioethikkommission behandelt auch das Thema der Intersexualität und beinhaltet neben medizinischen und rechtlichen Grundlagen ethische Überlegungen und Empfehlungen. Beide Dokumente sind per Download unter den im Literaturverzeichnis angegebenen Adressen beziehbar; ihre Kenntnis ist für alle auf dem Gebiet in Österreich tätigen Fachkräfte Voraussetzung.

Die österreichischen „Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie von Kindern und Jugendlichen“ [16] betonen die Wichtigkeit einer breit angelegten Diagnostik

im multiprofessionellen Team vor jeder Therapieentscheidung. Bausteine der Diagnostik sind Informationen aus den Bereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie, klinische Psychologie, pädiatrische bzw. gynäkologische Endokrinologie sowie Psychotherapie (Abb. 2). Vor einer Behandlungsentscheidung sollte sichergestellt sein, dass eventuell vorhandene psychische Störungen und/oder somatische Erkrankungen diagnostiziert und behandelt sind. An unserer Sprechstunde kommt eine ausführliche psychodiagnostische Testbatterie zur Anwendung, mithilfe derer Aspekte der Geschlechtsdysphorie, komorbide Störungen, aber auch z. B. die Identitätsentwicklung von Betroffenen jungen Menschen untersucht wird [17].

Der diagnostische Prozess wird nach den Leitlinien durch ein Informationsgespräch mit dem betroffenen Kind bzw. dem oder der Jugendlichen und ihrer bzw. seiner Familie oder Obhutberechtigten abgeschlossen. Bezugnehmend darauf wird ein individueller Behandlungsplan mit teilweise aufeinander aufbauenden Behandlungsschritten erstellt (Abb. 3). Die Empfehlungen halten dazu fest: „Bei Kindern vor der Pubertät liegt das Hauptaugenmerk auf der ergebnisoffenen klinisch-psychologischen oder psychotherapeutischen Begleitung. Nach dem Pubertätseintritt besteht die Möglichkeit einer zweistufigen hormonellen Behandlung mit Unterdrückung zunächst der körpereigenen Pubertätsentwicklung und später Beginn der gegengeschlechtlichen Hormonbehandlung. Für beide Indikationsstellungen müssen stringente Kriterien zur Anwendung kommen.“ Irreversible chirurgische Geschlechtsangleichungen im Genitalbereich sind in Österreich vor der Volljährigkeit nicht möglich. Operative Brustentfernungen (Mastektomien) können nach den Leitlinien bereits vor der Volljährigkeit durchgeführt werden. Wesentlich sind die parallel zu den körperlichen Interventionen laufende klinisch-psychologische bzw. psychotherapeutische Begleitung und die unterstützende Einbeziehung der Familie bzw. Erziehungsberechtigten.

In den Leitlinien wird auch auf die in Österreich seit 2009 bestehende Mög-

Abb. 3 ▶ Abfolge von Behandlungsschritten. FTM „female to male“ (Frau zu Mann); GnRH Gonadotropin-Releasing-Hormon; MTF „male to female“ (Mann zu Frau)

lichkeit einer Personenstandsänderung Bezug genommen. Diese stellt für junge Menschen im Prozess der Transition eine wichtige Möglichkeit dar, durch eine Namens- und Geschlechtsänderung auch in allen offiziellen Bezügen im Wunschgeschlecht zu leben. Alltagsabläufe wie der geschlechtergetrennte Turnunterricht in der Schule, das geschlechtergetrennte Übernachten in Lehrlingsunterkünften, aber auch Behördengänge, Bewerbungen oder Reisetätigkeiten erfahren dadurch unter Umständen Erleichterung. Für die Personenstandsänderung, die nach einer Erkenntnis des österreichischen Verfassungsgerichtshofs unabhängig von somatischen Interventionen erfolgen kann, muss eine Stellungnahme durch ein im Kinder- und Jugendbereich arbeitendes Behandlungsteam vorliegen.

Eine genauere Darstellung der somatischen Aspekte der Gonadotropin-Releasing-Hormon-Analoga-Therapie sowie der gegengeschlechtlichen Hormontherapie bei Jugendlichen würde den Rahmen dieses Beitrags sprengen, es wird auf eine Übersichtsarbeit verwiesen [18].

Herausforderungen für Fachkräfte

In der Arbeit mit geschlechtsinkongruenten Kindern und Jugendlichen stellen sich trotz zunehmenden Wissensstands

eine Reihe von Herausforderungen, auf die abschließend kurz eingegangen werden soll. Zunächst kann wie bereits dargestellt nur ein ausnahmslos ergebnisoffener Zugang der Tatsache Rechnung tragen, dass nur ein Teil aller Kinder mit Geschlechtsinkongruenz auch im Erwachsenenalter als transidente Menschen leben und eine Vorhersage über einen möglichen Entwicklungsverlauf nur in beschränktem Maß möglich ist [19]. Zugleich weisen Studien aber darauf hin, dass tatsächlich transidente Kinder und Jugendliche unter ihren zugewiesenen Geschlechterrollen unter Umständen stark leiden und in höherem Ausmaß psychische Begleitstörungen entwickeln als diejenigen jungen Menschen, denen ihr Umfeld ermöglicht, geschlechtlich selbstbestimmt und authentisch zu leben und die früh professionell darin unterstützt werden [2]. Bisher verfügbare Daten verweisen auf einen guten Outcome bei leitliniengerechter Behandlung [20], aktuell sind aber nur wenige Studien mit kleinen Fallzahlen verfügbar. Auf der Ebene der Behandlung trifft das von Betroffenen ins Feld geführte Recht auf geschlechtliche Selbstbestimmung auf die ärztliche Verpflichtung zu evidenzbasierter Indikationsstellung sowie ausführlicher Aufklärung und Dokumentation. Häufig ist es nicht einfach, betroffenen jungen Menschen mit ihrem (verständlichen) Leidensdruck

einen klaren Rahmen zu vermitteln. Es gilt aber, diesen Rahmen unter Berücksichtigung des Behandlungsauftrags der betroffenen Jugendlichen sowie der Position von Eltern oder Obsogeträgern zu einer Therapieentscheidung zu verwandeln. Fachkräfte befinden sich in einer ethischen Dilemmasituation, in der keine neutrale Haltung möglich ist, da „auch eine Nichtentscheidung eine Entscheidung darstellt“ [2], nämlich unter Umständen eine Entscheidung, aus Sicht von Betroffenen den als aversiv erlebten Körper weiterhin ertragen zu müssen.

Fazit für die Praxis

- Kinder und Jugendliche, die unter ihren als nicht stimmig empfundenen Geschlechtsmerkmalen leiden, sind in steigendem Ausmaß medial und im klinischen Versorgungssystem präsent.
- Kindern und deren Familien sollte im präpubertären Stadium zunächst eine ergebnisoffene und entwicklungsbegleitende Beratung und Psychoedukation angeboten werden, die kindlichem Experimentieren einen Freiraum lässt und nicht zu früh den Fokus auf mögliche Transidentität einengt. Im Bedarfsfall kann der Einbezug von Kindergarten oder Schule erfolgen.

- Für ein Verständnis der individuellen Situation von Jugendlichen ist als Ausgangspunkt für jegliche weitere Intervention eine ausführliche Abklärung an einem spezialisierten Zentrum indiziert. Bausteine der Diagnostik sind der kinder- und jugendpsychiatrische, somatische, psychodiagnostische sowie psychotherapeutische Befund.
- Die Therapie bei Jugendlichen richtet sich entwicklungsbegleitend nach individuellen Erfordernissen und beinhaltet in jedem Fall eine psychotherapeutische Behandlung, die später bei Bedarf um somatomedizinische Bausteine ergänzt werden kann.
- Die Behandlung erfolgt nach den österreichischen Leitlinien durch ein Team, dem pädiatrische und/oder gynäkologische Endokrinologen, Kinder- und Jugendpsychiater, klinische Psychologen sowie Psychotherapeuten angehören. Behandlungsentscheidungen werden gemeinsam im Rahmen einer multiprofessionellen Fallkonferenz (Transgender-Board) getroffen.

Korrespondenzadresse

© Martin Fuchs

Dr. med. univ. Martin Fuchs
Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Tirol Kliniken
Milsers Straße 10, 6060 Hall i. T., Österreich
martin.fuchs@tirol-kliniken.at

Funding. Open access funding provided by University of Innsbruck and Medical University of Innsbruck.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. M. Fuchs gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die

ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Intersexualität und Transidentität, Stellungnahme der Bioethikkommission des österreichischen Bundeskanzleramts. https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:33e9da27-f94c-4029-9541-070c9d2b64ff/Intersexualitaet%20und%20Transidentitaet_BF.pdf. Zugegriffen: 11. Mai 2020
2. Strittmatter E, Holtmann M (2020) Geschlechtsidentitäten im Wandel. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 48(2):93–102
3. Butler G, De Graaf N, Wren B, Carmichael P (2018) Assessment and support of children and adolescents with gender dysphoria. Arch Dis Child 103(7):631–636
4. De Graaf N, Giovanardi G, Zitz C, Carmichael P (2018) Sex ratio in children and adolescents referred to the gender identity development service in the UK (2009–2016). Arch Sex Behav 47(5):1301–1304
5. Becker-Hebly I, Briken P, Schulte-Markwort M, Nieder OT (2020) Transgender im Jugendalter: Forschungsstand und zukünftiger Forschungsbedarf. Psychother Psych Med 70:151–162
6. Preuss WF (2019) Geschlechtsdysphorie, Transidentität und Transsexualität im Kindes- und Jugendalter, 2. Aufl. Ernst Reinhardt,
7. American Psychiatric Association (2013) DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5. Aufl. APA, Arlington
8. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). <https://icd.who.int/en>. Zugegriffen: 11. Jan. 2021
9. Collin L, Reisner SL, Tangpricha V, Goodman M (2016) Prevalence of transgender depends on the „case“ definition: a systematic review. J Sex Med 13(4):613–626
10. 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. Eur Psychiatry 30(6):807–815
11. Fuchs M, Ortner N, Haid-Stecher N, Thun-Hohenstein L, Sevecke K (2020) Versorgungsmodelle für Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsdysphorie: Überblick unter Berücksichtigung der österreichischen Behandlungsrealität. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 69(6):590–602. <https://doi.org/10.13109/prkk.2020.69.6.590>
12. Becker I, Ravens-Sieberger U, Ottová-Jordan V, Schulte-Markwort M (2017) Prevalence of adolescent gender experiences and gender expression in Germany. J Adolesc Health 61(1):83–90. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.02.001>
13. Pauli D (2020) Geschlechtsinkongruenz bei Kindern und Jugendlichen – Begleitung, Psychotherapie und medizinische Interventionen. Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother 171:w3102. <https://doi.org/10.4414/sanp.2020.03102>
14. Aitken M, Steensma TD, Blanchard R, VanderLaan DP, Wood H, Fuentes A, Spegg C, Wasserman L, Ames M, Fitzsimmons CL, Leef JH, Lishak V, Reim E, Takagi A, Vinik J, Wreford J, Cohen-Kettenis PT, de Vries AL, Kreukels BP, Zucker KJ (2015) Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. J Sex Med 12(3):756–763
15. Wiepjes CM, Nota NM, de Blok CJM, Klaver M, de Vries ALC, Wensing-Kruger SA, de Jongh RT, Bouman MB, Steensma TD, Cohen-Kettenis P, Gooren LJG, Kreukels BPC, den Heijer M (2018) The Amsterdam cohort of gender dysphoria study (1972–2015): trends in prevalence, treatment, and regrets. J Sex Med 15(4):582–590. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.016>
16. Thun-Hohenstein L, Hackenberg B, Riedl S, Bangerl HP, Fuchs M, Gottardi-Butturini E (2017) Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie von Kindern und Jugendlichen. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Psychische-Gesundheit/Transsexualismus-Geschlechtsdysphorie.html>; Zugegriffen: 11. Jan. 2021
17. Haid-Stecher N, Fuchs M, Ortner N, Sevecke K (2020) Transidentität – Die Entwicklung der Identität bei transidenten Jugendlichen. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 69(6):541–553. <https://doi.org/10.13109/prkk.2020.69.6.541>
18. Riedl S (2020) Hormonelle Behandlung von Jugendlichen mit Transidentität. J Klin Endokrinol Stoffw 13:16–23. <https://doi.org/10.1007/s41969-020-00090-0>
19. Ristori J, Steensma TD (2016) Gender dysphoria in childhood. Int Rev Psychiatry 28(1):13–20
20. de Vries AL, McGuire JK, Steensma TD, Wagenaar EC, Doreleijers TA, Cohen-Kettenis PT (2014) Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. Pediatrics 134(4):696–704

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.