Gemeinsame Kommentierung des aktuellen Entwurfs der neuen S2k-Leitlinie "Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter"

Zepf, F.D.[1,2], Bachmann, C.[3,4,5], Banaschewski, T.[6,7], Buchmann, J.[8], Flechtner, H.[9], Fleischhacker, C.[10], Golub, Y.[11], Häßler, F.[12], Hohmann, S.[6,13], Huss, M.[14], Kratz, O.[15], Brunner, R.[16], Siniatchkin, M.[17], Roessner, V.[18,19]

[1]Department of Child and Adolescent Psychiatry, Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, Jena University Hospital, Friedrich Schiller University Jena, Jena, Germany
[2]German Center for Mental Health (DZPG), Site Jena-Magdeburg-Halle, Jena, Germany
[3]Department of Child and Adolescent Psychiatry, University Hospital Ulm, Ulm, Germany
[4]Research Section Child Public Health, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Center for Psychosocial Medicine, Psychotherapy and Psychosomatics, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany
[5]Department of Child and Adolescent Psychiatry, Catholic Children's Hospital Wilhelmstift, Hamburg
[6]Central Institute of Mental Health, Medical Faculty Mannheim/Heidelberg University, Mannheim, Germany
[7]German Center for Mental Health (DZPG), partner site Mannheim-Heidelberg-Ulm, Germany
[8]Department for Child and Adolescent Psychiatry, Neurology, Psychosomatics and Psychotherapy, Rostock University Medical Center, Rostock, Germany
[9]Department of Child and Adolescent Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Medicine, Medical Faculty, Otto von Guericke University Magdeburg, Magdeburg, Germany
[10]Department of Child and Adolescent Psychiatry, Psychotherapy, and Psychosomatics, Medical Centre - University of Freiburg, Faculty of Medicine, University of Freiburg, Freiburg, Germany
[11]Department of Child and Adolescent Psychiatry, University of Oldenburg, Oldenburg, Germany
[12]Gesellschaft für Gesundheit und Pädagogik mbH, Rostock, Germany
[13]Department of Child and Adolescent Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Medicine, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany
[14]Child and Adolescent Psychiatry of the University Medicine Johannes Gutenberg University, Mainz, Germany
[15]Department of Child and Adolescent Mental Health, University of Erlangen-Nuremberg, Erlangen, Germany
[16]Department of Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy, University of Regensburg, Regensburg, Germany
[17]Department of Child and Adolescent Psychiatry, Psychosomatics, and Psychotherapy, Medical Faculty, RWTH Aachen University, Aachen, Germany
[18]Department of Child and Adolescent Psychiatry, TU Dresden, Dresden, Germany
[19]German Center for Child and Adolescent Health (DZJK), partner site Leipzig-Dresden, Germany

I. AKTUELLER ANLASS

Derzeit (Stand: 16.04.2024) läuft die sogenannte Konsultationsphase für die neue S2k-Leitlinie *"Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter"* (Registernummer: 028-014) unter dem Dach der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Die aktuelle offizielle Internetpräsenz des Leitlinienentwurfs[1] suggeriert (Stand: 16.04.2024), die Leitlinie sei bereits am 16.12.2020 primär als ein Klassen-Upgrade der bisherigen und bereits 2014 abgelaufenen S1-Leitlinie auf das Niveau einer S2k-Leitlinie angemeldet worden. Jedoch hat der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) als die für die Leitlinie federführende Fachgesellschaft nach Rücksprache mit der AWMF erst im Januar 2024 beschlossen, die Leitlinie auf S2k-Niveau - anstatt wie ursprünglich geplant als S3-Leitlinie - zu veröffentlichen, da der Leitlinienentwurf vornehmlich auf dem Konsens der jeweiligen Kommissionsmitglieder basiert und die Evidenzlage insgesamt nicht ausreichend ist, um ein S3-Niveau als höchste Leitlinienstufe zu rechtfertigen. Über die Herabstufung waren die Lehrstuhlinhaber_Innen auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Rahmen ihres jährlichen Treffens in Heidelberg im Januar 2024 informiert worden. Ferner war den Lehrstuhlinhaber_Innen im Rahmen dieses Treffens in Heidelberg sowie am 18.03.2024 durch den Vorstand der DGKJP mitgeteilt worden, die nunmehr beginnende fachöffentliche Konsultationsphase diene ausschließlich der redaktionellen Verbesserung des aktuellen Leitlinienentwurfs, was auch bedeutet, dass gegebenenfalls von Lehrstuhlinhaber_Innen gewünschte Diskussionen und ein Dialog mit der möglichen Folge von Änderungen an den jeweiligen Empfehlungen nicht möglich sind. Als Begründung für diese Vorgehensweise wurde angeführt, die einzelnen Empfehlungen und Aussagen seien allesamt mit einem starken Konsens (>95% bzw. 100%) verabschiedet worden. Alle Empfehlungen seien durch den Vorstand der DGKJP im Detail geprüft worden und fänden in der derzeit vorliegenden Form die Zustimmung des Vorstands.

[1] Im vorliegenden Artikel meinen die Autor_Innen der vorliegenden Kommentierung mit dem Begriff „der aktuelle Leitlinienentwurf“ immer den Entwurf der neuen S2k-Leitlinie "Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter" (Registernummer: 028-014), der im März 2024 durch die Geschäftsstelle der DGKJP zur Verfügung gestellt wurde.

Die fachöffentliche Konsultation begann am 20.03.2024 und endet am 18.04.2024. Zwei Tage nach Beginn dieser Konsultationsphase fand am 22.03.2024 ein Online-Presse-Briefing mit ausgewählten Medienvertreter_Innen (Science Media Center, 2024) zum aktuellen Leitlinienentwurf statt. Zu diesem Briefing wurde der sich zu dieser Zeit noch in Konsultation befindliche aktuelle Leitlinienentwurf den hier geladenen Medienvertreter_Innen öffentlich zugänglich gemacht und wird nun medial kontrovers diskutiert. Eine kritische Einordnung der im aktuellen Leitlinienentwurf formulierten Empfehlungen, die im Gegensatz zu den jüngst aktualisierten Empfehlungen mehrerer anderer europäischer Länder stehen (siehe Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, 2023 sowie Zepf et al., 2024 und den finalen Cass-Review (Cass, 2024) für eine Darstellung der Entwicklungen in anderen Ländern) und eine weitreichende Bedeutung mit ggfs. irreversiblen Folgen für die Betroffenen haben, durch die Lehrstuhlinhaber_Innen ist im Interesse der Betroffenen dringend geboten.

Die intensive Arbeit und Mühe der Autoren_Innen des aktuellen Leitlinienentwurfs, bei dessen konsensusbasierter Entwicklung einige beteiligte Interessensgruppen zu berücksichtigen, soll an dieser Stelle ausdrücklich anerkannt und gewürdigt werden. Im Rahmen der Zusammensetzung der Leitliniengruppe hätten jedoch ggfs. auch Initiativen, die einer affirmativen Haltung eher kritisch gegenüberstehen, wie zum Beispiel die Elterninitiative „Trans Teens Sorgeberechtigt“ (TTSB) oder die (Association pour les jeunes en questionnement de genre, AMQG), stärker berücksichtigt werden müssen. Aus kinder- und jugendpsychiatrischer, psychotherapeutischer und psychosomatischer Sicht müssen nach Meinung der Autoren_Innen der vorliegenden Kommentierung in Bezug auf das Kindeswohl an dieser Stelle zwingend auch einige essentielle und äußerst kritische Punkte bzgl. des aktuellen Leitlinienentwurfs festgehalten werden.

Die im aktuellen Leitlinienentwurf verfassten Empfehlungen, welche in vielen kritischen Punkten - vor allem bzgl. der potentiell irreversiblen, biomedizinischen Maßnahmen bei körperlich gesunden Minderjährigen mit GD – nicht evidenzbasiert sind oder der derzeitigen Evidenzlage signifikant widersprechen, machen es aus Sicht der Autoren_Innen der vorliegenden Kommentierung dringend notwendig, den aktuellen Leitlinienentwurf aus wissenschaftlicher Sicht fachlich und in der entsprechenden Tiefe zu kommentieren und die

Empfehlungen des aktuellen Leitlinienentwurfs, mit Blick auf die tatsächliche aktuelle medizinische Evidenzlage einzuordnen und zur Diskussion zu stellen.

Kritisch zu diskutieren ist auch die im Leitlinienentwurf verwandte Terminologie und insbesondere die damit verbundene Konzeptualisierung des Gegenstands der Leitlinie sowie die von den Autor_Innen des aktuellen Leitlinienentwurfs skizzierte Beurteilung politischer Aspekte (ein in der Leitliniengeschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland bisher einmaliger Vorgang[2]).

Die Autoren_Innen dieser Kommentierung kritisieren, dass der aktuelle Entwurf der Leitlinie zu einem mitunter regelhaften Einsatz von Maßnahmen in der klinischen Praxis führen könnte, die erhebliche, dauerhafte oder gar irreversible negative Folgen haben, obwohl ihre Wirksamkeit und Nachhaltigkeit noch nicht ausreichend wissenschaftlich belegt sind. Sie bemängeln außerdem, dass diese Maßnahmen trotzdem mit einem hohen Empfehlungsgrad versehen werden, obwohl die wissenschaftliche Evidenz dafür nicht ausreicht. Die Empfehlungen würden im Falle einer Veröffentlichung zu einer Gefährdung vulnerabler Minderjähriger führen, da diese Maßnahmen noch nicht ausreichend erprobt sind. Diese Sorge wird untermauert durch neue Daten bzgl. der geringen zeitlichen Konstanz bzw. Beständigkeit der hier betreffenden Diagnosen bzw. ähnlicher Symptome (Bachmann et al., 2024; Rawee et al., 2024). Auch der aktuelle und finale Cass-Review (Cass, 2024) mahnt zu einer äußerst vorsichtigen und bedachten Vorgehensweise.

Die Autor_Innen möchten an dieser Stelle ausdrücklich und nachhaltig betonen, dass sie mit den hier gemachten Ausführungen nicht beabsichtigen, betroffene Personen oder jedwede andere Personen bzw. Individuen in irgendeiner Weise zu diskriminieren oder deren Verhalten, Empfindungen und Wünsche zu pathologisieren. Aufgrund der aus unserer Sicht substantiellen, konzeptionellen Mängel des aktuellen Leitlinienentwurfs, der darin verwendeten Sprache und Ausdrucksweisen und den wissenschaftlich nicht eindeutig

[2]Im aktuellen Leitlinienentwurf findet sich folgender Passus bzgl. eines eventuellen Verbots pubertätsblockierender Präparate: „In Deutschland wird ein solches gesetzliches Verbot bisher nur von der AFD gefordert.“ Die Autor_Innen der vorliegenden Kommentierung sind der Auffassung, eine derartige Politisierung gehört nicht in eine medizinische Leitlinie und trägt nicht zu einer Versachlichung der Debatte bei.

begründbaren Schlussfolgerungen sehen sich die Autoren_Innen der vorliegenden Kommentierung dazu verpflichtet, die hier betreffenden Aspekte gemäß tatsächlicher medizinischer Evidenz, korrekten und etablierten begrifflich-wissenschaftlichen Bezeichnungen und darauf basierenden Schlussfolgerungen aus kinder- und jugendpsychiatrischer, psychosomatischer und psychotherapeutischer Sicht im Detail und mit der dazugehörigen, begrifflichen Eindeutigkeit zu kommentieren. Das Risiko für eventuelle wissenschaftlich nicht korrekte Schlussfolgerungen oder auch für sprachliche Verzerrungen als Grundlage für die eventuelle Durchführung ggfs. irreversibler, somatomedizinischer Maßnahmen bis hin zur Unfruchtbarkeit ohne klare und nachhaltige Evidenz bei körperlich gesunden Minderjährigen mit GD ist zu groß.

Im Folgenden wird auf die im aktuellen Leitlinienentwurf skizzierten Empfehlungen eingegangen. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf den ggfs. irreversiblen, somatomedizinischen Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie (GD) (Gabe von pubertätsblockierenden Präparaten (PB), Gabe von gegengeschlechtlichen Hormonen [sog. Cross-Sex-Hormone, CSH], operative Maßnahmen).

II. VORBEMERKUNGEN, GRUNDSÄTZLICHE KONZEPTIONELLE MÄNGEL DES AKTUELLEN LEITLINIENENTWURFS UND AKTUELLE ENTWICKLUNGEN

Um die grundsätzlichen Schwierigkeiten, Widersprüche und Mängel bzgl. des Konstrukts einer GI bei Minderjährigen aufzuzeigen, welche essentieller Gegenstand dieser Leitlinien ist, ist es sinnvoll und notwendig, sich Aspekte der Identitätsäußerungen von Minderjährigen genau zu betrachten.

Widersprüchliche und Zirkuläre Logik bei Identitätsäußerungen

Viele betroffene Minderjährige Personen machen im Rahmen des ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Kontakts Äußerungen zu ihrem eigenen Identitätserleben. An solchen Äußerungen sind profunde intrinsische und nicht aufgelöste Widersprüchlichkeiten beim Konzept der GI bei Minderjährigen sehr gut darstellbar. Nachfolgendes Beispiel kann dies verdeutlichen.

Aussage eines männlich geborenen Jugendlichen (XY Chromosomensatz, männliches Genital):

„Ich wusste eigentlich schon immer, ich bin eine Frau."

Diese Feststellung ist logisch falsch. Denn eine Frau ist per definitionem eine erwachsene, weibliche Person. Da diese betroffene geburtsgeschlechtlich männliche Person nie weiblich war, d.h. nie eine Frau bzw. nie ein Mädchen war, kann sie gar nicht wissen wie es ist eine Frau bzw. ein Mädchen zu sein (da sie nie eine Frau bzw. ein Mädchen gewesen ist).

Daher sind nur solche Aussagen logisch richtig wie z.B.

„Ich weiß, ich bin männlich, aber ich möchte gerne weiblich aussehen, dann fühle ich mich hoffentlich besser und dies passt vielleicht besser zu mir."

Dies ist jedoch vielen Betroffenen nicht klar, und diese Beispiele verdeutlichen in vielen Fällen einen zirkulären Logikansatz beim GI-Konstrukt. Auf die Frage an ein Transmädchen (biologisch männlich geborenen, XY Chromosomensatz, männliches Genital)

„Da es wichtig ist zu verstehen, was für Dich eine Frau oder ein Mann ist, und da Du Dich als Frau bzw. Mädchen identifizierst, versuche doch mal zu definieren, was ein Mann ist, ohne das Wort „Mann" zu verwenden"

(da es hier absolut essentiell ist, das Geschlechterverständnis der Betroffenen genau zu kennen, denn ansonsten würde eine Identifikation eines biologischen Jungen als Mädchen oder umgekehrt keinen Sinn ergeben), werden oft Antworten geäußert wie

„Jeder, der sich als Mann fühlt, ist ein Mann."

Solche Antworten werden oft in der Praxis beobachtet und sind Ausdruck einer zirkulären Logik bei dem Versuch einer Begründung oder der Artikulation des eigenen Identitätserlebens betroffener Kinder bzw. Jugendlicher. Bei einem sog. Zirkelschluss handelt es sich um einen Beweisfehler (sog. Hysteron-Proteron, aus dem Altgriechischen übersetzt wörtlich „das Spätere [ist] das Frühere"). Denn es wird behauptet, eine Aussage durch eine Deduktion zu beweisen, obwohl die Aussage selbst schon als eine Voraussetzung verwendet wird. Solche profunden Widersprüche sollten den Behandler_Innen unbedingt vermittelt werden, denn auf der Grundlage solcher Äußerungen sollen im Kontext des vorliegenden Leitlinienentwurfs ggfs. irreversible, somatomedizinische Maßnahmen ohne klare Evidenz bei körperlich gesunden Minderjährigen erfolgen.

Identitätsbegriff

Im Rahmen einer Leitlinie, die sich mit dem Thema Geschlechtsidentität beschäftigt, ist es essentiell, eine genaue Klärung dieses Begriffs vorzunehmen. Im aktuellen Leitlinienentwurf wird an keiner Stelle exakt definiert oder zumindest erläutert, was unter den wiederholt verwendeten und für die jeweilige Bedeutung und Interpretation der Leitlinie absolut kritischen Begriffen bzw. Ausdrücken *„Geschlecht"*, *„Geschlechtsidentität"*, *„Geschlechtsrolle"* oder *„Geschlechtsexpression"* exakt verstanden wird. Im gesamten Text des vorliegenden Leitlinienentwurfs findet sich implizit die empirisch bzw. wissenschaftlich derzeit nicht zu rechtfertigende Annahme der eindeutigen Existenz einer grundsätzlichen, naturhaften

"identitären Disposition" bzw. einer „primär ubiquitären Identität", die dauerhaft und unveränderbar bestehe, insbesondere bei Minderjährigen in Bezug auf das Geschlecht und dessen Erleben. Eine solche ubiquitäre sowie eindeutig und vornehmlich naturalistisch determinierte Identität bei Kindern und Jugendlichen bzw. deren Vorhandensein und Nachweisbarkeit wird jedoch im gesamten aktuellen Leitlinienentwurf durchgängig suggeriert. Eine solche Annahme ist wissenschaftlich nicht haltbar. Wenn eine solche ubiquitäre sowie naturalistisch determinierte Identität empirisch tatsächlich nachweisbar wäre (was sie nicht ist), dann müssten auch deren Grenzen klar definiert werden können (d.h. welche Aspekte der Identität sind naturalistisch determiniert und wenn ja in welchem Ausmaß und welche sind es nicht). Dies ist jedoch nicht möglich. Im gesamten aktuellen Leitlinienentwurf wird an keiner Stelle benannt, welches theoretische Identitätsmodell, -konzept bzw. welches Identitätsverständnis je nach Argumentation und Empfehlung jeweils verwendet wird, oder in welcher Art und Weise je nach Lebens- und Entwicklungsphase sich diese als „Identität“ verstandenen Aspekte ändern bzw. eintreten und in Abhängigkeit welcher anderen Variablen ggfs. verändern oder auch nicht verändern und in welchem Ausmaß. Insofern mangelt es hier an einem evidenzbasierten, konzeptionellen Framework mit Blick auf die Definition von „Identität“ bzw. „Geschlechtsidentität“ bei betroffenen Minderjährigen.

Korrelation zwischen „Sex“ und „Gender“

Eine notwendige Voraussetzung des Konstrukts einer GI im Kindes- und Jugendalter ist, dass die beiden Aspekte „biologisches Geschlecht“ (in der englischsprachigen Literatur oftmals als „Sex“ bezeichnet) und das „psychische Geschlecht“ (oftmals in der Literatur als „Gender“ bezeichnet, wobei es auch hierzu in der Literatur verschiedene Definitionen oder Verwendungen dieser Begriffe gibt, siehe hierzu u.a. bei Stock, 2022) sowie im weitesten Sinne die von bestimmten biologischen Geschlechtern eher zu erwartenden Verhaltensweisen („Geschlechtsrolle“) voneinander unabhängig seien. Jedoch ist das Gegenteil der Fall, denn zwischen dem biologischen Geschlecht und einer wie immer auch gearteten (und im aktuellen Leitlinienentwurf nicht näher bezeichneten) „Geschlechtsidentität“ bzw. „Gender“ besteht rein empirisch eine nahezu perfekte mathematische Korrelation.

Ein Beispiel zur Veranschaulichung der extrem hohen Korrelation zwischen den angenommenen Variablen „Sex“ und „Gender“:

Angenommen eine einzelne Person aus einer Population von N = 1.000 Personen erlebe eine GI und dementsprechend seien hier das biologische Geschlecht („Sex“) und die Geschlechtsidentität („Gender“) nicht in Übereinstimmung, d.h. inkongruent. Eine solche Schätzung mit einer Prävalenz von 1:1.000 ist im Vergleich zur wahrscheinlich tatsächlichen Prävalenz einer Geschlechtsinkongruenz (GI) zwar eindeutig zu hoch, aber dieses Beispiel ermöglicht eine einfache Darstellung der hier zugrunde liegenden Fehlannahme. Bei dem hier betreffenden Beispiel wären das biologische Geschlecht und auch die Geschlechtsidentität bei N = 999 Personen aus dieser Population kongruent und in Übereinstimmung. Somit besteht eine nahezu perfekte mathematische Korrelation mit einem r-Wert bzw. Korrelationskoeffizienten von 0.999 zwischen dem biologischen Geschlecht und der Geschlechtsidentität. Diese Korrelation ist mit Blick auf die in der Realität wahrscheinlich noch geringere Prävalenz der GI sogar noch höher. Solch hohe Korrelationen finden sich normalerweise vornehmlich bei technischen Prozessen bzw. ebensolchen Zusammenhängen und sind in den empirischen Sozialwissenschaften extrem selten. Hier bei einem Korrelationskoeffizienten von r = 0.999 von einer Unabhängigkeit dieser beiden Bereichsebenen, also des biologischen Geschlechts und der Geschlechtsidentität zu sprechen, entbehrt jeder wissenschaftlichen Grundlage. Auf diese Widersprüchlichkeit sollte im aktuellen Leitlinienentwurf eindeutig hingewiesen werden. Ebenso müssen auch die Betroffenen und deren Angehörige unbedingt auf diesen wichtigen Aspekt hingewiesen werden. Denn auf der Grundlage des in Teilen widersprüchlichen Konzepts sollen bei körperlich gesunden Minderjährigen gemäß des aktuellen Leitlinienentwurfs ggfs. irreversible, somatomedizinische Maßnahmen ohne klare Evidenz für deren sicheren Nutzen bzgl. der psychischen Gesundheit oder die GD erfolgen.

Verwendete Sprache und weitere Begrifflichkeiten im aktuellen Leitlinienentwurf

Auch der Begriff „Gender“ wird trotz multipler Verwendung im aktuellen Leitlinienentwurf an keiner Stelle definiert oder zumindest erläutert. Demzufolge sind viele Äußerungen und Schlussfolgerungen auf begrifflicher Ebene und damit auch auf der Verständnisebene nicht eindeutig.

Zum Beispiel unterscheidet die Philosophin Kathleen Stock (2022) 4 verschiedene Bedeutungen des Wortes „Gender“, unterteilt in „Gender 1“ bis „Gender 4“

„Gender 1“ = Synonyme / weniger verfängliche Alternative zum Begriff „Sex“

„Gender 2“ = Begriff für „soziale Stereotypen, Erwartungen und Normen von ‚Männlichkeit‘ und ‚Weiblichkeit‘, die sich ursprünglich an biologisch männliche respektive weibliche Menschen richten.“ (Variation von Kultur zu Kultur möglich)

„Gender 3“ = Soziale Rollenzuschreibung für 2 Menschengruppen

„Gender 4“ = Geschlechtsidentität

Der Begriff „Gender“ sollte in der Leitlinie unbedingt genauer spezifiziert werden, speziell da z.B. im Glossar u.a. auch der Ausdruck „gender-nonkonform“ definiert wird.

Weiterhin ist anzumerken, dass die im aktuellen Leitlinienentwurf verwendete Sprache teilweise auch bezüglich anderer Aspekte sehr unpräzise, an vielen Stellen unbegründet, einseitig affirmativ geprägt und teilweise auch wissenschaftlich unzutreffend ist.

Auch die Formulierung *„bei Geburt zugewiesenes Geschlecht“* ist ein Beispiel für die Notwendigkeit klarer Definitionen. Denn dieser Ausdruck suggeriert den Anschein, bei der Geburt würde durch Ärzte_Innen ein Geschlecht bei einem Neugeborenen geradezu willkürlich zugewiesen. Dies ist definitiv nicht der Fall. Die Evidenz und medizinische Befundlage hierzu ist weltweit und seit langer Zeit absolut eindeutig. Zustände oder Personen mit Intersexualität (sowohl mit chromosomalen oder auch mit nicht-chromosomalen Ursachen für Intersexualität) sind hiervon ausgenommen und als Sonderfälle im Rahmen eines nachgewiesenermaßen binären biologischen Geschlechts bei der Spezies Homo sapiens zu verstehen. Kaum eine andere Variable in den medizinischen Wissenschaften oder auch in den Sozialwissenschaften ist bei der Spezies Homo sapiens derart binär verteilt und ausgeprägt wie das biologische Geschlecht (s.o.). Hierauf müssen auch die Betroffenen und deren Angehörige unbedingt hingewiesen werden.

Ein weiteres Beispiel sind die Begriffe *„Geschlechtsangleichung“* bzw. *„geschlechtsangleichende“* Maßnahmen. Beide Ausdrücke suggerieren den Anschein, hier würde im Rahmen einer ggfs. irreversiblen, somatomedizinischen Maßnahme eine Veränderung im Sinne einer tatsächlichen und natürlichen *„Angleichung“* stattfinden. Dies ist medizinisch betrachtet eindeutig nicht der Fall. Mit Blick auf die nicht vorhandene vermeintliche Unabhängigkeit zwischen biologischem Geschlecht und Geschlechtsidentität stellen Personen mit einer GD eine Ausnahme dar. Denn in der absoluten Mehrheit der Fälle sind das biologische Geschlecht und die Geschlechtsidentität in Übereinstimmung, d.h. kongruent (siehe hierzu obige Ausführungen bzgl. der extrem hohen Korrelation zwischen „Sex“ und „Gender“). Der Rückschluss von Einzelfällen, bei welchen diese beiden Bereichsebenen des biologischen Geschlechts und der Geschlechtsidentität auf der Grundlage einer subjektiven Eigenangabe (hier bei Minderjährigen, die noch der Entwicklung sind, ggfs. mit oder ohne begleitende Psychopathologie) nicht in Übereinstimmung seien, auf die Allgemeinheit der Gesellschaft ist nicht zulässig und trägt nicht zum wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn bei.

Wie bereits zuvor in der vorliegenden Kommentierung dargestellt, gibt es keine empirisch nachgewiesene und klar umgrenzte ubiquitäre Identität, speziell bei Minderjährigen mit Blick auf das eigene Geschlecht bzw. dessen Erleben. Daher ist es wissenschaftlich nicht korrekt, von einer *„Angleichung“* oder *„angleichenden Maßnahmen“* zu sprechen. Vielmehr ist dies als eine sprachliche Verharmlosung im Sinne einer euphemistischen Darstellung von ggfs. irreversiblen, somatomedizinischen Maßnahmen ohne klare Evidenz für deren sicheren Nutzen bei körperlich gesunden Minderjährigen zu sehen. Den Autoren_Innen der vorliegenden Kommentierung ist bewusst, dass der sprachliche Ausdruck *„Angleichung“* von den Autor_Innen des aktuellen Leitlinienentwurfs zu einem gewissen Maße höchstwahrscheinlich auch als bestärkend bzw. als affirmativ für die Betroffenen zu verstehen ist oder so intendiert ist. Im Interesse der betroffenen Personen dürfen diesen vulnerablen Minderjährigen hier jedoch keine nachweislich falschen Tatsachen suggeriert werden, vor allem da solche Begriffe und Ausdrücke bei der Rechtfertigung von den o.g. schweren medizinischen Eingriffen ohne klare Evidenz verwendet werden.

Aktuelle Entwicklungen zum Thema GD

Im aktuellen Diskurs sind die Daten-Leaks der World Professional Association for Transgender Health (WPATH) als sog. „WPATH Leaks“ oder auch „WPATH Files“ zu nennen, wobei im Rahmen dieser veröffentlichten Materialien auch große Sorgen innerhalb der WPATH an den als experimentell bezeichneten medizinischen Vorgehensweisen bei Minderjährigen mit GD sehr deutlich werden (Environmental Progress, 2024).

Der neue und finale Cass-Review wurde ebenfalls im April 2024 veröffentlicht, wobei hier eine sehr kritische Herangehensweise bzgl. ggfs. irreversibler somatomedizinischer Maßnahmen bei Minderjährigen mit GI bzw. GD gefordert wird (Cass, 2024). Der angesprochene finale Cass-Review (Cass, 2024) hat sich intensiv mit der hier betreffenden Symptomatik beschäftigt. Nachfolgend werden die wichtigsten Erkenntnisse und Empfehlungen des Cass-Review aufgelistet (Cass, 2024).

Überblick über die wichtigsten Erkenntnisse des Cass Review (Cass, 2024)

Es gebe keine einfache Erklärung für den Anstieg der Zahlen von überwiegend jungen Menschen und jungen Erwachsenen, die eine trans- oder geschlechtsdifferente Identität haben, aber es besteht breite Übereinstimmung darin, dass dies das Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren ist. Dieses Gleichgewicht der Faktoren kann bei jedem Individuum anders sein. Es gebe derzeit widersprüchliche Ansichten über den besten klinischen Ansatz, wobei die Erwartungen an die Versorgung zuweilen weit von der üblichen klinischen Praxis entfernt seien. Dies habe einige Kliniker_Innen verunsichert, mit jungen Menschen die ihr Geschlecht in Frage stellen, zu arbeiten, obwohl ihr Erscheinungsbild ähnlich sei wie bei vielen Kindern und Jugendlichen, die sich bei anderen NHS-Services vorstellen. Ferner habe eine Bewertung internationaler Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit GI ergeben, dass keine einzelne Leitlinie in ihrer Gesamtheit auf den NHS in England angewendet werden könne. Obwohl auf diesem Gebiet eine beträchtliche Menge an Forschung veröffentlicht worden sei, zeigten systematische Evidenzreviews die schlechte Qualität der veröffentlichten Studien. Dies bedeute, dass keine zuverlässige Evidenzgrundlage vorliegt, auf der klinische Entscheidungen getroffen werden können oder auf der Kinder und ihre Familien informierte

Entscheidungen treffen können. Die Stärken und Schwächen der Evidenzbasis zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen werde laut Cass (2024) oft falsch dargestellt und überbewertet, sowohl in wissenschaftlichen Veröffentlichungen als auch in der gesellschaftlichen Debatte. Die Kontroverse um die Verwendung medizinischer Behandlungen habe den Fokus von dem abgelenkt, was die individualisierte Versorgung und Behandlung für Personen, die Unterstützung von NHS-Geschlechtsdiensten suchen, eigentlich erreichen solle. Die Begründung für eine frühzeitige Pubertätsunterdrückung bleibe unklar, da es nur schwache Evidenz bezüglich der Auswirkungen auf GD, geistige oder psychosoziale Gesundheit gebe. Die Auswirkungen auf die kognitive und psychosexuelle Entwicklung seien unbekannt. Die Verwendung maskulinisierender / feminisierender Hormone (CSH) bei Personen unter 18 Jahren werfe ebenfalls viele unbekannte Aspekte auf, obwohl diese seit langem bei der erwachsenen transgeschlechtlichen Bevölkerung eingesetzt würden. Der Mangel an Langzeitnachbeobachtungsdaten bei Personen, die in jüngerem Alter eine Behandlung beginnen, bedeute, dass es derzeit unzureichende Informationen über die Bandbreite der Ergebnisse für diese Gruppe gibt.

Weiterhin seien Kliniker_Innen sind nicht in der Lage eindeutig festzustellen, mit welcher Sicherheit bestimmte Kinder und Jugendliche eine dauerhafte GI haben werden. Für die meisten jungen Menschen sei ein medizinischer Behandlungsweg nicht der beste Weg, um ihre geschlechtsbezogenen Belastungen zu bewältigen. Für diejenigen jungen Menschen, bei denen ein medizinischer Behandlungsweg klinisch ggfs. sinnvoll sein könnte, reiche es nicht aus, dies zu ermöglichen, ohne gleichzeitig auch weitreichendere psychische Gesundheits- und/oder psychosoziale Herausforderungen anzugehen. Innovation sei wichtig, wenn die Medizin vorankommen solle, aber es müsse auch ein angemessenes Maß an Überwachung, Aufsicht und Regulierung geben, welches den Fortschritt nicht ersticke, während gleichzeitig das Eindringen unbestätigter Ansätze in die klinische Praxis verhindert werde. Innovation müsse aus der Evidenzbasis schöpfen und dazu beitragen.

Überblick über die wichtigsten Empfehlungen des Cass Review (Cass, 2024)

- Versorgende Dienste müssen nach denselben Standards arbeiten wie andere Dienste, die Kinder und Jugendliche mit komplexen Problemen und/oder zusätzlichen Risikofaktoren sehen.

- Die Kapazitäten müssten durch ein verteiltes Dienstleistungsmodell erweitert werden, welches auf entsprechenden Diensten bei Minderjährigen basiert und eine stärkere Verbindung zwischen sekundären und spezialisierten Diensten gewährleistet.

- Kinder und Jugendliche, die an NHS-Dienste für Geschlechtsidentitätsfragen überwiesen werden, müssen eine ganzheitliche Bewertung ihrer Bedürfnisse erhalten, um einen individualisierten Versorgungsplan erstellen zu können. Dies sollte ein Screening auf neurologische Entwicklungsstörungen, einschließlich Autismus-Spektrum-Störungen (ASS), und eine psychische Gesundheitsbewertung umfassen.

- Standardisierte evidenzbasierte psychologische und psychopharmakologische Behandlungsansätze sollten zur Unterstützung der Bewältigung der mit GI verbundenen Belastungen und gleichzeitig auftretenden Erkrankungen, einschließlich Unterstützung für Eltern/Pflegepersonen und Geschwister, verwendet werden.

- Versorgende Dienste sollten separate Diagnostik- und Behandlungspfade für präpubertäre Kinder und ihre Familien festlegen und sicherstellen, dass diese frühzeitig darüber informiert werden, wie Eltern ihr Kind auf ausgewogene und nicht wertende Weise am besten unterstützen können. Wenn Familien/Pflegepersonen Entscheidungen über die soziale Transition von präpubertären Kindern treffen, sollten Dienste sicherstellen, dass sie so früh wie möglich von einem klinischen Fachmann mit entsprechender Erfahrung gesehen werden können.

- Der NHS England sollte sicherstellen, dass jedes regionale Zentrum einen Follow-up-Dienst für 17- bis 25-Jährige hat; entweder durch Erweiterung des Angebots des regionalen Dienstes für Kinder und Jugendliche oder durch verbundene Dienste, um eine Kontinuität in der Versorgung und Unterstützung in einer potenziell vulnerablen

Phase ihrer „Reise“ bzw. Entwicklung zu gewährleisten. Dies soll auch die Erfassung von klinischen und Forschungsfolgedaten ermöglichen.

- Es müsse eine Möglichkeit für Personen geben, die eine Rückkehr zur ursprünglichen Geschlechtsidentität in Betracht ziehen (Detransition), wobei anerkannt werden müsse, dass sie möglicherweise nicht wünschen, sich wieder in die Versorgungsdienste einzubinden, von denen sie zuvor betreut wurden.

- Es sollte ein umfassendes Forschungsprogramm etabliert werden, um die Merkmale, Interventionen und Ergebnisse jedes jungen Menschen zu untersuchen, der sich den NHS-Services vorstellt.

- Die zuvor durch den NHS England angekündigte Überprüfung der Gabe von PB sollte Teil eines Forschungsprogramms sein, das auch die Ergebnisse psychosozialer Interventionen und maskulinisierender/feminisierender Hormone (CSH-Gabe) bewertet.

- Die Möglichkeit, maskulinisierende/feminisierende Hormone (CSH-Gabe) ab dem 16. Lebensjahr bereitzustellen, bestehe zwar prinzipiell, aber der Cass Review (Cass, 2024) empfiehlt hier äußerste Vorsicht. Es sollte eine klare klinische Begründung für die Verabreichung von CSH in diesem Stadium geben, anstatt darauf zu warten, dass eine Person das 18. Lebensjahr erreicht. Jeder Fall, der für eine medizinische Behandlung in Betracht gezogen wird, sollte von einem nationalen multidisziplinären Team (MDT) diskutiert werden.

- Die Auswirkungen der privaten Gesundheitsversorgung auf zukünftige Anfragen an den NHS bezüglich Behandlung, Überwachung und/oder Beteiligung an Forschung sowie die Abgabeverantwortlichkeiten von Apothekern für private Rezepte müssen klar kommuniziert werden.

Zusätzlich zum neuen und finalen Cass Review (Cass (2024) kommen weitere wichtige Studienbefunde zur Persistenz bzw. Desistent der hier betreffenden Symptomatik (Bachmann et al., 2024; Rawee et al., 2024), der Rolle einer eventuellen Suizidalität bei Minderjährigen mit GI bzw. GD (Ruuska et al., 2024), der Evidenzlage zur Gabe von PB und CSH (Zepf et al.,

2024) und auch ethischen Aspekten hinzu (Jorgensen et al., 2024). Ferner müssen auch frühere hochrangige Übersichten zur Evidenzlage ggfs. irreversibler somatomedizinischer Interventionen bei Minderjährigen mit GI bzw. GD beachtet werden (NICE 2020a/b). Die Relevanz dieser hier genannten Arbeiten wird an den entsprechenden Stellen unserer Kommentierung hervorgehoben und jeweils bezüglich der entsprechenden Kapitel und Empfehlungen eingeordnet.

Ebenso sind an dieser Stelle die Stellungnahmen bzw. offenen Briefe besorgter Elterninitiativen an die DGKJP als Fachgesellschaft und die Leitliniengruppe zu nennen. So hat eine internationale Elternallianz, die sich für eine sichere, empathievolle, ethische und evidenzbasierte Gesundheitsversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit GD einsetzt (AMQG, 2024) die entsprechende Leitliniengruppe, die DGKJP als federführende Fachgesellschaft sowie alle weiteren beteiligten Fachgesellschaften und Institutionen am 15.04.2024 kontaktiert und eine Abkehr von den geplanten S2k-Leitlinien gefordert. Der vornehmlich „transaffirmative Ansatz“ wurde hierbei explizit kritisiert. Ferner wurde in diesem Schreiben die Sorge bezüglich möglicher Interessenkonflikte seitens an den Leitlinien beteiligter Personen benannt (AMQG, 2024) und diese Thematik findet sich auch in der medialen Berichterstattung bzgl. des Einflusses einer Firma der pharmazeutischen Industrie, welche PB herstellt, auf Mitglieder der Leitlinienkommission (Louis, C., 2023). Da die an die Medienvertreter_Innen übermittelten Dokumente bzgl. des aktuellen Leitlinienentwurfs keine Angaben zu eventuellen Interessenkonflikten der Mitglieder der Leitliniengruppe enthalten (wie z.B. im Methodenreport dargestellt, der jedoch nicht den Medienvertreter_Innen übermittelt wurde), stehen die Fragen dieser Elternvertretungen derzeit ungeklärt im Raum. Auch die Elterninitiative „Trans Teens Sorgeberechtigt“ (TTSB, 2024) hat sich zuletzt in einem offenen Brief an die Leitliniengruppe und die DGKJP gewandt und ihre große Sorge bzgl. der Leitlinien zum Ausdruck gebracht und einen Stopp der Veröffentlichung der betreffenden Leitlinien gefordert.

Insgesamt zeigt die derzeitige Lage eine emotionalisierte Situation in der Fachwelt wie auch in der Öffentlichkeit bzgl. der Einordnung der hier betreffenden Evidenzlage und den im nunmehr in der Medienlandschaft zirkulierenden aktuellen Leitlinienentwurf, speziell mit Blick auf ggfs. irreversible, somatomedizinische Maßnahmen im Kontext der Gabe von PB und

CSH an körperlich gesunde Minderjährige mit GD. Aus Sicht der Autoren_Innen der vorliegenden Kommentierung ist somit dringend eine Versachlichung der Debatte und eventuell ein Abwarten bzw. eine langsamere Gangart angebracht, bevor in der volatilen und - im Gegensatz zur Leitliniengruppe - kontrovers diskutierten Faktenlage eine Leitlinie veröffentlicht wird, die eventuell in einigen Monaten ggfs. wieder revidiert werden muss. Die vorliegende Kommentierung versteht sich als Anknüpfungs- und Anregungspunkt für diese wichtige fachliche Auseinandersetzung, welche dringend im Interesse der Betroffenen im Kontext des aktuellen Leitlinienentwurfs geführt werden muss.

III. KOMMENTARE ZU DEN EINZELNEN KAPITELN UND ABSCHNITTEN DES AKTUELLEN LEITLINIENENTWURFS UND DEN DARIN ENTHALTENEN EMPFEHLUNGEN

Einleitung

In der Einleitung des aktuellen Leitlinienentwurfs wird an erster Stelle auf die Depathologisierung der sog. Störungen der Geschlechtsidentität (ICD-10 Formulierung) eingegangen, speziell mit Blick auf die veränderte Einordnung im ICD-11 als „Geschlechtsinkongruenz“ (GI) in der neuen Rubrik „Zustände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit“. Hierbei wird folgender, wichtiger Aspekt nicht ausreichend berücksichtigt: die Entscheidungsgrundlage für und der Ablauf der angesprochenen Depathologisierung sind transparent darzustellen – dies umso mehr, da auf selbige im aktuellen Leitlinienentwurf häufig rekurriert wird.

Die Formulierung auf der aktuellen Internetpräsenz der Weltgesundheitsorganisation (WHO) besagt in diesem Zusammenhang bzgl. der Vorgehensweise bei der Depathologisierung der gemäß ICD-10 definierten Transsexualität (WHO, 2024) (aktueller Stand vom 06.04.2024):

„… This reflects current knowledge that trans-related and gender diverse identities are not conditions of mental ill-health, and that classifying them as such can cause enormous stigma. …“

Hierbei ist folgender wichtiger Punkt anzumerken: Diese Angabe der WHO bedeutet bei wortgenauer Lesart, die Depathologisierung der Transsexualität gemäß ICD-10 sei erfolgt, da die hier betreffenden Zustandsbilder keine psychischen Erkrankungen seien bzw. sein sollten, und eine Einordnung ebensolcher Zustandsbilder als psychische Störung könne eine enorme Stigmatisierung bedeuten. Mit dieser Aussage stigmatisiert die WHO im Umkehrschluss grundsätzlich alle anderen Menschen mit einer oder mehreren psychischen Störungen jedweder Altersgruppe. An einer psychischen Störung zu leiden, sei demnach gemäß der WHO per se stigmatisierend und dies wolle man den hier Personen mit „…*trans-related and gender diverse identities*…“, d.h. mit der früheren ICD-10-Diagnose einer Transsexualität, ersparen. Diesem Prinzip bzw. dieser Logik folgend verblieben dann alle anderen Menschen mit einer

oder mehreren psychischen Störungen nach wie vor in der Kategorie der Menschen mit einer psychischen Störung und dies sei gemäß der WHO stigmatisierend, d.h. hier wird eine Stigmatisierung seitens der WHO artikuliert, wenn nicht sogar bestätigt und für die anderen Betroffenen ohne weiteren Kommentar an dieser Stelle hingenommen. Lediglich eine einzelne Gruppe von Individuen wird hier einseitig argumentativ aus dem Kontext von psychischen Störungen herausgelöst. In diesem Zusammenhang sei nur kurz auf die bis heute andauernde Diskussion zur Frage hingewiesen, was genau eine psychi(atri)sche Störung per se definiert. Leicht erkennbar werden die vielen, damit verbundenen Probleme an der Diskussion rund um die Frage, ob für das Vorliegen einer psychi(atri)schen Störung ein Leidensdruck vorliegen muss oder nicht (Phillips, 2009).

Eine Nachfrage bei der Bundesärztekammer (auf deren Vorschlag hin die o.g. Depathologisierung der Transsexualität gemäß ICD-10 im Rahmen des Treffens des Weltärztebundes im Jahr 2014 in Moskau erfolgte) bezüglich der Vorgehensweise im Rahmen der Depathologisierung ergab nachstehende Informationen (s.u.) mit der Anmerkung, das Prozedere der Positionierung des Weltärztebundes lasse sich wie nachstehend dargelegt zusammenfassen:

Ein nationaler Mitgliedsverband bringt ein Papier ein, dann übernimmt es der Weltärztebund, diskutiert es in einem der ständigen Ausschüsse und teilt es mit allen nationalen Mitgliedsverbänden, die es kommentieren und Änderungsvorschläge einbringen. Der einbringende Mitgliedsverband, ein Berichterstatter oder eine Arbeitsgruppe arbeiten diese Änderungsvorschläge ein. Das Resultat wird zunächst in einem Ausschuss und später vom Vorstand überarbeitet. Wird es von letzterem als ausgearbeitet angesehen, so wird es an die Generalversammlung gesendet, die es erneut abändern kann, bevor das Papier verabschiedet wird. Ungefähr alle zehn Jahre wird eine Position des Weltärztebundes überprüft und über deren Überarbeitung bzw. den weiteren Umgang damit beraten. Bei medizinethischen Dokumenten werde eine Überprüfung alle fünf Jahre durchgeführt. Im Falle der Stellungnahme des Weltärztebundes zu Transgeschlechtlichkeit sei das eingebrachte Papier mit der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN, Referat „Sexuelle Orientierungen und Geschlechtsidentitäten in Psychiatrie und Psychotherapie“ und Referat „Sexualmedizin“) sowie u.a. mit dem Hamburger Institut für

Sexualforschung und Forensische Psychiatrie erarbeitet und auf deren Expertise zurückgegriffen worden. Hier sei „u.a.“ die nachstehende Literaturliste, welche der Bundesärztekammer durch ihre Experten_Innen zum damaligen Zeitpunkt mitgegeben worden sei, berücksichtigt worden:

1. Drescher et al., (2012). Diese Arbeit diskutiert einige Menschenrechtsaspekte bzgl. des Themas Geschlechtsidentität und beschäftigt sich mit der Frage, in welche Kategorie die hier betreffende Thematik in entsprechenden Klassifikationssystemen eingeordnet werden kann.

2. WPATH, 2013: Dies ist ein Statement bzw. Positionspapier der vermehrt in die Kritik geratenen World Professional Association for Transgender Health (WPATH, siehe hierzu auch die sog. WPATH-Files bzw. WPATH-Leaks, Environmental Progress, 2024).

3. TGEU, 2013: Dies ist eine Monitoring-Zusammenfassung zu Ermordungen von transidenten Personen (Link: Trans Murder Monitoring Update TDOR 2013 - TGEU).

4. Hatzenbuehler ML, 2009: Dies ist eine Arbeit zu einem psychologischen Framework hinsichtlich des Einflusses von Stigmatisierung auf psychische Aspekte und die Rolle von Identität.

5. Heylens et al., 2013: Dies ist eine Arbeit zur Beschreibung begleitender psychischer Symptome / Komorbiditäten bei transidenten Menschen. Es wurde eine sehr hohe Prozentzahl psychiatrischer Probleme bei Transsexualität im Vergleich zur Normalbevölkerung gefunden.

6. Murad et al., 2010: Dies ist eine Übersichtsarbeit zur Hormongabe und einem sog. „Sex reassignment“. Schlussfolgerung der Analyse: **“**Very low quality evidence suggests that sex reassignment that includes hormonal interventions in individuals with GID likely improves gender dysphoria, psychological functioning and comorbidities, sexual function and overall quality of life.”

7. APA, 2009: Dies ist eine Resolution der American Psychological Association mit Bezug zur Diskriminierung von transidenten Personen.

Alle hier gelisteten Literaturangaben sind keine Original- oder Übersichtsarbeiten, welche sicher begründen, dass eine GD nicht auch als psychisches Leiden oder psychische Störung verstanden werden kann, bzw. zunächst einmal als ätiologisch heterogenes Symptom aufzufassen ist.

Auf Nachfrage bei der Bundesärztekammer und den o.g. DGPPN-Referaten war nicht weiter eruierbar, welche ggfs. weitere Literatur sich unter der Kennzeichnung bzw. Mitteilung „u.a." verbirgt. Insgesamt wird im Rahmen der Literatursichtung deutlich, die hier betrachteten Arbeiten beleuchten das betreffende Thema vornehmlich aus der Perspektive der sog. Minderheiten-Stress-Hypothese (sog. „Minority-Stress-Hypothesis"). Vereinfacht besagt diese Hypothese bzw. Annahme, aufgrund erlebter Stressoren bei Individuen, die einer Minderheit angehören, erleben diese aufgrund ihrer Gruppenzugehörigkeit mehr Belastungen und können daher z.B. auch aus diesem Grund psychische Symptome oder Störungen entwickeln bzw. haben ein höheres Risiko hierfür. Jedoch werden hierbei alternative Betrachtungen vernachlässigt. Denn es können sich bei ebendiesen Individuen z.B. auch psychische Symptome unabhängig vom Thema der GI bzw. GD entwickeln. Die hier betrachtete, vornehmlich unikausale Annahme einer Entwicklung eventueller psychischer Symptome bei Betroffenen allein aufgrund einer ggfs. erlebten Diskriminierung oder aufgrund von Stressoren, die mit der Gruppenzugehörigkeit als Teil einer Minderheit einhergehen, ist eine insgesamt nicht belegte und u.U. zu sehr vereinfachende Erklärung für das komplexe Phänomen einer GI bzw. GD bei Minderjährigen.

Die Autoren_Innen betonen an dieser Stelle ausdrücklich, dass sie die Depathologisierung auch der Transsexualität (ICD-10 Formulierung) nicht per se in Frage stellen und explizit nicht wertend betrachten. Die hier genannten Ausführungen dienen jedoch der Veranschaulichung des Depathologisierungsprozesses, um zu verdeutlichen, dass die bei der Transsexualität erfolgte Depathologisierung in erster Linie eine ethische Entscheidung der hier genannten Ärzteverbände aufgrund verschiedener Ansichten und Beweggründe war, allerdings kein klares empirisches Fundament besitzt. Der in der Einleitung des aktuellen Leitlinienentwurfs genannte Vergleich mit einer Homosexualität im Rahmen einer Depathologisierung ist

insofern inhaltlich nicht korrekt, da bei Vorliegen von Homosexualität bzw. nicht-heterosexuellen Entwicklungen anders als bei einer Transidentität bzw. einer GD von den Betroffenen und anderen keine ggfs. irreversiblen somatomedizinischen Maßnahmen ohne klare Evidenz bei körperlich gesunden Minderjährigen gewünscht oder gefordert werden. Auch muss erwähnt werden, dass es zu verschiedenen Aspekten der Homosexualität wie z.B. Persistenz über die Lebensspanne, verglichen mit Transidentität bzw. GD eine weitaus umfangreichere Datenbasis gibt. Ebenfalls fand und findet sich kein so extremer Anstieg der Prävalenzzahlen bei Homosexualität im Kindes- und Jugendalter in den Jahren der Entstigmatisierung verglichen mit Transidentität bzw. GD. Insofern sind die Voraussetzungen für eine Depathologisierung einer GI grundsätzlich anders zu sehen als homosexuelle bzw. nicht-heterosexuelle Entwicklungsverläufe bei Minderjährigen.

Bezüglich der *„Einbindung von fachlicher Kontroverse und Umgang mit Dissens“* wird im aktuellen Leitlinienentwurf auf die Partizipation von insgesamt 26 Fachgesellschaften verwiesen. Jedoch wurden Organisationen und Verbände nicht einbezogen, welche den hier empfohlenen Maßnahmen kritisch gegenüberstehen (z.B. die Elterninitiative „Trans Teens Sorgeberechtigt“ und andere). Insofern reflektiert der im aktuellen Leitlinienentwurf artikulierte Konsens lediglich einen solchen für die jeweils beteiligten Personen und Institutionen, d.h. die Konstitution bzw. Zusammensetzung der Leitliniengruppe hatte und hat, wie bei jeder anderen Kommission oder jedem anderen Gremium auch, einen Einfluss auf die jeweiligen Abstimmungsergebnisse, etwa im Rahmen von Konsensuskonferenzen.

Hinsichtlich der „Erstellung von Empfehlungen bei insgesamt schwacher Evidenzlage“ werden in der Einleitung die Ziele einer *„bestmöglichen Information zum aktuellen Wissensstand“* und einer *„bestmöglichen Orientierung an der aktuell auf Expert*innenkonsens beruhenden Fachmeinung zur „Best Practice““* benannt, wobei unklar bleibt, wie diese Experten*innen anhand welcher Kriterien klar definieren was *„Best Practice“* ist bzw. sein soll und definiert wird. Die *„bestmöglichen Informationen zum aktuellen Wissensstand“* sind mit Blick auf die aktuelle Evidenzlage hinsichtlich der Gabe von PB oder CSH sowie operativer Maßnahmen bei Minderjährigen mit GD nicht im aktuellen Leitlinienentwurf inklusive der gezogenen Schlussfolgerungen berücksichtigt worden. Insofern erweckt dieser Abschnitt der Einleitung

den Anschein des Versuchs einer Begründung, das Wissen von Experten*innen hinsichtlich der Gewichtung für ebendiese Leitlinien sei höher einzustufen als die aktuelle Evidenz.

Hinsichtlich des seit einigen Jahren beobachteten Anstiegs der Inanspruchnahme aufgrund einer Transidentität bei Kindern und Jugendlichen wird vornehmlich auf die insgesamt einseitigen Erklärungsmodelle der höchst umstrittenen WPATH eingegangen, die zuletzt sehr stark im Rahmen der sog. WPATH-Files bzw. WPATH-Leaks (Environmental Progress, 2024) in die Kritik geraten und nicht als seriöse medizinische Fachgesellschaft anzusehen ist. Andere Erklärungsansätze für den seit einigen Jahren beobachteten Anstiegs der Inanspruchnahme finden aus Sicht der Autoren_Innen nicht ausreichend Beachtung. Diese sollten unbedingt ebenfalls diskutiert werden, insbesondere der anzunehmende Einfluss einer sozialen Ansteckung bei vulnerablen Minderjährigen im Kontext des Nutzens von Social Media (Littman, 2018). Die von den Autoren_Innen des aktuellen Leitlinienentwurfs vorgelegte Argumentation für die Ursachen einer ungleichen Gender-Ratio (mehr betroffene biologische Mädchen als Jungen) ist nicht stichhaltig. Die Autoren_Innen schreiben, es gebe „Anhaltspunkte“ dafür, dass *„… in Deutschland der Schritt einer sozial gelebten Transition bei trans-weiblichen Personen im Durchschnitt etwa in einem um 10 Jahre höherem Alter erfolgt als bei trans-männlichen Personen.“* Wenn dies tatsächlich der Fall wäre, dann müssten schon jetzt ein enormer Anstieg von trans-weiblichen Individuen in den ca. 10 Jahre älteren Altersgruppen im Vergleich zu den betroffenen Kindern bzw. Jugendlichen zu beobachten sein und nicht erst für einen Zeitpunkt in ca. 10 Jahren vermutet werden. Ein solcher aktueller Anstieg ist jedoch aus der aktuellen Befundlage nicht abzulesen. Insofern ist die Argumentation seitens der Autoren_Innen des aktuellen Leitlinienentwurfs lediglich spekulativer Natur.

Zu der Frage *„Wie entwickelt sich nonkonforme Geschlechtsidentität?“* werden einige Studien benannt. Diese belegen jedoch nicht eindeutig zugrundeliegende Grundannahme der Existenz einer grundsätzlichen naturhaften "identitären Disposition" bzw. einer „primär ubiquitären Identität", die dauerhaft und unveränderbar bestehe, insbesondere bei Minderjährigen mit Bezug auf das Geschlecht und dessen Erleben. Die Ausführungen und Empfehlungen des Leitlinienentwurfs implizieren jedoch eine solche primäre und naturalistisch determinierte Identität (s.o.). Weiterhin fehlt eine genaue und explizite Angabe dazu, welches

Identitätskonzept oder -konstrukt im Rahmen des aktuellen Leitlinienentwurfs tatsächlich herangezogen wird.

Glossar

Verwendung der Bezeichungen „cis“ bzw. „cisgender“:

Die Autoren_Innen der vorliegenden Kommentierung möchten hierzu anmerken, dass es für junge Menschen, deren Geschlechtserleben mit dem bei der Geburt medizinisch festgestellten Geschlecht übereinstimmt („cis“), unangemessen und abwertend ist, Begriffe wie *„cis“* zu verwenden, die dem Konzept der sog. „cis-trans-Isomerie“ aus der Chemie entliehen bzw. entnommen sind. Diese Begriffe beschreiben eine Anordnung von Molekülen in einer chemischen Verbindung und sind sprachlich äußerst unpassend für eine derart persönliche Wahrnehmung wie die der eigenen Identität, speziell mit Blick auf eine derart persönliches Empfinden bzw. Themengebiet wie das eigene Geschlecht und dessen Erleben bei Minderjährigen. Hier sollte eine deutlich wertschätzendere und sensiblere Bezeichnung verwendet und eine Abstraktion oder Charakterisierung des Identitätserlebens Minderjähriger anhand der räumlichen Position von chemischen Molekülen unbedingt vermieden werden. Ferner fehlt eine generelle genaue Definition des Begriffes „gender“ (s.o.).

Verwendung der Bezeichnungen „Non-binäre Geschlechtsidentität“ und „Nicht-binäre Geschlechtsidentität“:

Hier schreiben die Autoren_Innen des aktuellen Leitlinienentwurfs *„…Eine non-binäre Geschlechtsidentität wird im subjektiven Empfinden einer Person zu ihrer Geschlechtszugehörigkeit jenseits der binären Zweigeschlechtlichkeit von männlich und weiblich verortet…“.* Was eine genaue Definition einer non-binären Geschlechtsidentität ist und welches subjektive Erleben hier dargestellt werden soll, bleibt im Detail unklar. Bei der Spezies Homo sapiens gibt es nur zwei empirisch belegbare biologische Geschlechter, da es nur zwei verschiedene und exklusiv unterschiedliche Arten von menschlichen Keimzellen bzw. Gameten gibt (d.h. das Vorliegen der einen biologischen Variante schließt die andere Variante in aller Regel aus). Die grundsätzliche Veranlagung eines Menschen zur Fähigkeit zur Produktion von Spermien schließt in aller Regel die Fähigkeit zur Produktion von Eizellen aus, und umgekehrt verhält es sich ebenso (keine Fähigkeit zur Produktion von Spermien bei

Personen, die grundsätzlich körperlich dazu veranlagt bzw. dahingehend ausgelegt sind, im Verlauf ihres Lebens bei Fruchtbarkeit Eizellen zu produzieren). Bei der Spezies Homo sapiens bestehen die Gameten in den entsprechenden Lebensabschnitten und bei gegebener Fruchtbarkeit bzw. Zeugungsfähigkeit in Form von Eizellen (große Keimzellen) oder von Spermien (kleine Keimzellen), und es bestehen insbesondere keinerlei Intermediärformen dieser Keimzellen bzw. Gameten. Insofern ist hier Binarität eindeutig gegeben. Bei der Konzeption bzw. Befruchtung, d.h. dem Zusammenkommen einer Eizelle mit einem Spermium, wird die grundsätzliche Auslegung zur Fähigkeit des Individuums festgelegt im späteren Leben Eizellen (biologische Mädchen bzw. biologisch weiblich angelegt) oder Spermien (biologische Jungen bzw. biologisch männlich angelegt) produzieren zu können. Zustandsbilder mit einhergehender Unfruchtbarkeit (sog. Infertilität) sind hiervon ausgenommen. Ebenso sind Zustandsbilder mit einhergehender Intersexualität (mit z.B. chromosomalen oder auch nicht-chromosomalen Ursachen) als Ausnahmefälle abzugrenzen, die jedoch per se die Zweigeschlechtlichkeit der Spezies Homo sapiens nicht widerlegen. Analog zum Beispiel eines Münzwurfes mit den jeweils exklusiven Resultaten „Kopf“ oder „Zahl“, die sich gegenseitig ausschließen, schließt die grundsätzliche Veranlagung zur Produktion von Eizellen eine ebensolche Veranlagung zur Produktion von Spermien aus. In seltenen Fällen (z.B. 1 aus ca. 5.000-7.000) kann eine Münze bei einem solchen Münzwurf auf dem Rand liegen bleiben, d.h. der sog. „Randfall“ tritt ein. Dieser schließt jedoch die grundsätzliche Binarität der Münze nicht aus, ebenso wenig die Tatsache, dass die Münze grundsätzlich einen Rand hat. Insofern sollten die Autor_Innen des aktuellen Leitlinienentwurfs eine medizinisch genaue Definition bzgl. des Ausdrucks *„jenseits der binären Zweigeschlechtlichkeit von männlich und weiblich“* einfügen. Denn letztendlich handelt es sich hierbei zunächst um eine deskriptive Selbstangabe von minderjährigen Individuen, die gemäß o.g. Ausführungen aus biologischer Sicht trotzdem in eine der genannten medizinisch-biologischen Kategorien eingeordnet werden können (weiblich oder männlich, bzw. grundsätzliche biologische Veranlagung des jeweiligen Körpers zur Produktion von entsprechenden Gameten ohne Intermediärformen, Intersexualität, jeweils mit oder ohne Fruchtbarkeit bzw. Zeugungsfähigkeit).

Kapitel I – Präambel

Eine Präambel inklusive der vorangestellten Begründung für deren Notwendigkeit, wie sie im aktuellen Leitlinienentwurf zu finden sind, sind für medizinische Leitlinien unüblich. Grundsätzlich ist hier festzustellen: Die Autoren_Innen des aktuellen Leitlinienentwurfs und die DGKJP als federführende Fachgesellschaft haben den hier betreffenden Gegenstand der Leitlinien bzgl. einer GI/GD im Kindes- und Jugendalters als ein besonderes Thema wahrgenommen. Die Präambel versucht, auf einige ärztlich-medizinische wie auch ethische Grundfragen einzugehen. Aus Sicht der Autor_Innen der vorliegenden Kommentierung erscheint es angesichts dieses besonderen Vorgehens auch nicht gerechtfertigt, die Verabschiedung des aktuellen Leitlinienentwurfs wie einen Routineprozess bzw. ein „business as usual“ zu behandeln und nur noch redaktionelle Anmerkungen seitens der Lehrstuhlinhaber_Innen zuzulassen. In den letzten Jahren ist unser Fach über Fragen rund um diese Leitlinie tief gespalten gewesen. Deshalb sollte um eine weitergehende Einigung oder wenigstens um die Dokumentation eines breit aufgestellten „Minderheitenvotums“ bzw. des derzeitigen Meinungsdissens gerungen werden.

In der Präambel wird die Thematik gemäß der o.g. Ausführungen vornehmlich aus dem Blickwinkel der o.g. Minderheiten-Stress-Hypothese betrachtet, und ggfs. alternative Sichtweisen und Ansatzpunkte erschwert bzw. de facto nicht ermöglicht oder erlaubt. Die Autoren_Innen des aktuellen Leitlinienentwurfs schreiben:

Die Erklärung des Deutschen Ethikrates (2020) betont die Schutzwürdigkeit des Rechts auf Selbstbestimmung von Kindern und Jugendlichen bezüglich ihrer geschlechtlichen Identität und fordert bei medizinischen Behandlungsentscheidungen im Jugendalter eine sorgsame Abwägung von Nutzen und Risiken sowohl einer erwogenen Behandlung als auch eines Unterlassens einer solchen Behandlung.

Hier wird wie bereits zuvor dargestellt an keiner Stelle benannt, was mit „geschlechtlicher Identität“ in diesem Kontext genau gemeint ist, bzw. welches Identitätskonstrukt oder -konzept zugrunde liegt. Das vom Ethikrat skizzierte Abwägen zwischen Nutzen und Risiken passt mit Blick auf die aktuelle Evidenzlage bzgl. der Gabe von PB oder CSH (siehe NICE

2020a/b; Thompson et al., 2023; Zepf et al., 2024) wie auch ggfs. operative Maßnahmen bei Minderjährigen mit GD nicht zu den Empfehlungen des aktuellen Leitlinienentwurfs. Die Autor_Innen des aktuellen Leitlinienentwurfs schreiben ferner

„Die Leitlinie orientiert sich an den ethischen Prinzipien des Respekts vor der Würde und Selbstbestimmung der Person sowie des Wohltuns und Nicht-Schadens und hat zum Ziel, diese Prinzipien im Behandlungssetting zu realisieren.

sowie

„Übergeordnetes Ziel der Leitlinie ist, den Zugang von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz und/oder Geschlechtsdysphorie zu einer fachgerechten Information und Behandlung auf der Basis wissenschaftlich und ethisch anerkannter Standards zu verbessern und ihnen dadurch eine bestmögliche gesundheitliche Entwicklung zu ermöglichen."

Mit Blick auf die nachstehenden Empfehlungen bzgl. der Gabe von PB oder CSH wie auch ggfs. operativen Maßnahmen bei Minderjährigen mit GD widerspricht der aktuellen Leitlinienentwurf mit Blick auf die aktuelle Evidenzlage somit seiner eigenen Präambel (Cass, 2024; NICE 2020a/b; Thompson et al., 2023; Zepf et al., 2024).

Weiterhin findet sich in der Präambel der Passus

*„Die geschlechtliche Identität einer Person ist höchstpersönlicher Natur. Die Förderung der Selbstbestimmung und - soweit notwendig - der Selbstbestimmungsfähigkeit ist deshalb ein wesentliches Anliegen im Behandlungssetting mit minderjährigen Patient*innen. Therapieansätze, die implizit oder explizit von dem Behandlungsziel getragen sind, das Zugehörigkeitsempfinden einer Person zu einem Geschlecht in eine bestimmte Richtung zu lenken, werden als unethisch angesehen.“*

Mit Blick auf die insgesamt geringe zeitliche Konsistenz der Diagnose einer GD im Kindes- und Jugendalter (vgl. Bachmann et al., 2024; Rawee et al., 2024) muss hier die ethische Frage

gestellt werden, inwieweit der im aktuellen Leitlinienentwurf vornehmlich verfolgte affirmative Ansatz bei der Begleitung von Kindern und Jugendlichen mit selbst berichteter GI bzw. GD hier mit diesem ethischen Prinzip bricht. Es ist nach heutigem Wissensstand nicht sicher auszuschließen, dass der affirmative Ansatz die eigene Wahrnehmung der betroffenen Minderjährigen ggfs. in eine bestimmte Richtung signifikant beeinflusst (Brik et al., Carmichael et al., 2021; Chen et al., 2023; de Vries et al., 2011; vgl. hierzu auch den neu erschienenen finalen Cass-Review [Cass, 2024]). Hier würde sich der aktuelle Leitlinienentwurf dann ebenfalls mit seiner eigenen Präambel widersprechen.

Die verwendeten Ausdrücke bzw. Prinzipien des sog. *„shared decision making“* sind grundsätzlich wichtig und zu begrüßen. Jedoch kommt es bei ebendiesen Entscheidungen auf die tatsächlich vermittelten Informationen bzgl. der Evidenz für profunde und ggfs. irreversible, medizinische Maßnahmen an. Diesbezüglich ist die Evidenzlage für die Gabe von PB oder CSH wie auch ggfs. operative Maßnahmen bei Minderjährigen mit GD insgesamt sehr mangelhaft, und dies muss den Betroffenen und ihren Angehörigen sehr klar kommuniziert werden. Hier sei auch erwähnt, dass den Autor_Innen dieser Leitlinie schon in der Präambel die Erwähnung des immer zu beachtenden Spannungsfelds zwischen Artikel 6 Abs. 2 GG (garantiertes Recht des Kindes auf freie Entfaltung der Persönlichkeit) und Artikel 6 Abs. 3 GG (Eltern haben das Recht und die Pflicht, ihre Kinder zu erziehen) fehlt, da zu einseitig die Selbstbestimmung des Minderjährigen und nahezu gar nicht die Pflicht zur eventuellen Korrektur durch die Eltern erwähnt wird. Auch wird das aus Artikel 6 Abs. 3 GG abzuleitende staatliche Wächteramt im Falle einer Kindeswohlgefährdung genannt, die laut Autor_Innen des aktuelle Leitlinienentwurfs sehr selten vorkomme, und für das die Autor_Innen unklar lassen, was an dieser Stelle genau als Gefährdung des Kindeswohls zu sehen sei. Eine Präzisierung ist hier unbedingt geboten. Es ist explizit zu betonen, dass für die empfohlenen ggfs. irreversiblen, somatomedizinischen Maßnahmen keine medizinische Indikation im eigentlichen Sinne besteht (siehe Kommentar unten zu Empfehlung VII.K0.), insbesondere dann nicht, wenn gar keine Krankheit vorliegt.

In der Präambel wird von der *„…Entpathologisierung von Personen, deren Geschlechtsidentität nicht mit ihrem anatomischen bzw. bei Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmt.“*, geschrieben. Der Ausdruck des *„bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht(s)“* ist irreführend

und medizinisch nicht korrekt (siehe hierzu auch Abschnitt II). In aller Regel ist das biologische Geschlecht eines Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt eindeutig feststellbar, in seltenen Ausnahmefällen kann es Abweichungen oder Unklarheiten geben. Der Ausdruck *„zugewiesen“* suggeriert eine willkürliche Entscheidung, die in der Realität nicht gegeben ist. Die Feststellung des Geschlechts bei Neugeborenen z.B. durch Geburtsärzte_Innen basiert vielmehr auf biologischen Merkmalen, die in aller Regel eindeutig erkennbar sind. Daher ist es medizinisch korrekt von dem „bei der Geburt festgestellten Geschlecht“ zu sprechen bzw. zu schreiben. Es handelt sich hierbei um einen medizinischen Untersuchungsgang mit extrem hoher Sensitivität und Spezifität. Siehe hierzu auch unsere Ausführungen im Abschnitt II dieser Kommentierung.

Kapitel II – Variante Entwicklungsverläufe (Persistenz, Desistenz und Detransition)

Empfehlung II. K1.: *Bei einer professionellen Beratung von Kindern und Jugendlichen mit Anzeichen einer Geschlechtsinkongruenz/Geschlechtsdysphorie (GI/GD) und ihren Sorgeberechtigten und ggf. weiteren Bezugspersonen sollen beratende Personen umfassende Kenntnisse über die Variationsbreite möglicher geschlechtsvarianter Entwicklungsverläufe in Kindheit und Jugend haben.*

Kommentar und Einordnung: Hier bleibt unklar was entsprechende *„Anzeichen“* genau sein sollen. Es bedarf hier einer genauen Spezifizierung und Abgrenzung zu Minderjährigen in verschiedenen Entwicklungsphasen, die z.B. im Rahmen von Spielsituationen oder explorierendem Verhalten (ggfs. auch über einen längeren Zeitraum) verschiedene Rollen einnehmen, die keiner beginnenden oder nachfolgenden GI zugrunde liegen. Aktuelle Studienergebnisse zeigen ferner, dass selbst Symptome einer Unzufriedenheit mit dem eigenen Geschlecht in fast allen Fällen (98%, siehe Rawee et al., 2024) im Erwachsenenalter nicht mehr vorhanden sind. Diese Erkenntnis muss bei professioneller Beratung unbedingt berücksichtigt werden, und ebenso Eingang in eine entsprechende Aufklärung der Betroffenen und ihrer Sorgeberechtigten bzw. ihrer weiteren Bezugspersonen finden. Weiterhin muss genau definiert werden, was *„geschlechtsvariante Entwicklungsverläufe“* mit Blick auf die empirisch eindeutig belegte Binarität der Geschlechtlichkeit bei der Spezies Homo sapiens (s.o.) genau sein sollen bzw. was hier gemeint ist. Weiterhin Verweis auf die

profunden intrinsischen nicht aufgelösten Widersprüche bzgl. des Konzepts einer GI bei Kindern und Jugendlichen (siehe hierzu unsere Vorbemerkungen in Abschnitt II dieser Kommentierung für eine Darstellung einiger dieser Widersprüche bei der Identitätsartikulation von Minderjährigen mit GI bzw. GD und den mit einer GI assoziierten Identitätsaspekten).

Empfehlung II. K2.: *Findet im Zusammenhang mit einem gewünschten oder bereits initiierten sozialen Rollenwechsel eine Beratung statt, soll das Kind bzw. der/die Jugendliche, seine /ihre Sorgeberechtigten und ggf. weitere Bezugspersonen über die Vielfalt der Entwicklungsverläufe einschließlich der Möglichkeit einer späteren Detransition informiert werden.*

Kommentar und Einordnung: An dieser Stelle wird auf den aktuellen und finalen Cass-Review (Cass, 2024) verwiesen, in welchem auf die potentiell schädlichen Aspekte eines sozialen Rollenwechsels explizit hingewiesen wird (siehe weiter unten für eine genau Darstellung wichtiger Punkte des finalen Cass-Review). Sollte ein solcher sozialer Rollenwechsel, ggfs. auch nur in Teilen (vgl. Cass, 2024) und nach äußerst gründlicher vorheriger psychopathologischer Abklärung und Aufklärung erfolgen, so teilen die Autor_Innen der vorliegenden Kommentierung grundsätzlich den anzunehmenden Kerngedanken dieser Empfehlung. Wir empfinden jedoch die Formulierung *"....einer späteren Detransition..."* im Kontext von Überlegungen zu einem sozialen Rollenwechsel unglücklich gewählt. Denn im Glossar wird Detransition definiert als *"...Schritt der Abkehr von medizinischen Maßnahmen einer begonnenen oder abgeschlossenen Transition verwendet. Er wird also nur verwendet, wenn bereits geschlechtsangleichende körpermodifizierende medizinische Maßnahmen erfolgt sind..."*. Wir halten die alleinige Hervorhebung einer ggfs. späteren Detransition für ungerechtfertigt, da nach aktueller Datenlage diese Möglichkeit verglichen mit der Möglichkeit einer Beendigung eines sozialen Rollenwechsels äußerst selten auftritt und damit geschlechtsangleichende, körpermodifizierende, ggfs. irreversible, somatomedizinische Maßnahmen unnötig hervorhebt. Siehe dazu auch die Studienergebnisse von Rawee et al. (2024) und der sehr geringen Persistenz einer Unzufriedenheit mit dem eigenen Geschlecht (vgl. dazu ferner Bachmann et al., 2024).

Empfehlung II. K3.: *Bei Kindern vor Eintritt der Pubertät, bei denen Anzeichen einer Geschlechtsinkongruenz des Kindesalters (nach ICD-11 HA61) vorliegen, sollen medizinische Fachpersonen davon ausgehen, dass bis zum Eintritt der Pubertät die Vorhersage einer persistierenden Geschlechtsinkongruenz im Jugendalter nicht möglich ist.*

Kommentar und Empfehlung: Siehe hierzu auch Kommentar und Einordnung bzgl. der unklaren Definition der *„Anzeichen“*. Auch ist auf die neuen Befunde von Bachmann et al. (2024) und Rawee et al. (2024) zu verweisen, welche zeigen, dass die Unzufriedenheit mit dem eigenen Geschlecht in den meisten Fällen im Erwachsenenalter nicht mehr fortbesteht. Weiterhin suggeriert diese Empfehlung die wissenschaftlich ungerechtfertigte Annahme, nach dem Eintritt der Pubertät könne eine ggfs. zu erwartende Persistenz einer GI valide vorhergesagt werden. Dies ist aktuell nicht möglich.

Kapitel III – Sozialer Rollenwechsel im Kindesalter

Empfehlung III. K1.: *In einer Beratung von Kindern mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie, die einen sozialen Rollenwechsel vor Eintritt der Pubertät erwägen, und ihren Sorgeberechtigten und ggf. weiteren Bezugspersonen sollte die beratende Person das Recht des Kindes auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit achten.*

Kommentar und Einordnung: Auch wenn die Autor_Innen der vorliegenden Kommentierung das Kernelement dieser Empfehlung teilen und ein sozialer Rollenwechsel gemäß obiger Ausführungen bzgl. der geringen Persistenz (Bachmann et al., 2024; Rawee et al., 2024) und seiner ggfs. schädlichen Aspekte (Cass, 2024) mit Vorsicht zu betrachten ist, fehlt ihnen die Benennung des immer zu beachtenden Spannungsfelds zwischen Artikel 6 Abs. 2 GG (garantiertes Recht des Kindes auf freie Entfaltung der Persönlichkeit) und Artikel 6 Abs. 3 GG (Eltern haben das Recht und die Pflicht, ihre Kinder zu erziehen). Auch ist zu überlegen, ob das aus Artikel 6 Abs. 3 GG abzuleitende staatliche Wächteramt Erwähnung finden sollte, welches ein Eingreifen des Staates dann rechtfertigt, wenn dies im Sinne des Kindeswohls zwingend erforderlich ist. Bei derart einschneidenden Entscheidungen einseitig das Recht des Kindes auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit zu erwähnen halten die Autor_Innen der vorliegenden Kommentierung nicht für angemessen, da dessen Begrenzungen ja den Schutz wichtiger

Interessen und eine ausgewogene Balance zwischen den Freiheitsrechten des Kindes und anderen Rechtsgütern gewährleisten.

Empfehlung III. K2.: *In einer Beratung von Kindern mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie, die einen sozialen Rollenwechsel vor Eintritt der Pubertät erwägen, und ihren Sorgeberechtigten und ggf. weiteren Bezugspersonen sollte die beratende Person versuchen, die Sorge- und Erziehungsberechtigten für eine Haltung zu sensibilisieren, die dem Kind eine Exploration und selbstbestimmte Entwicklung seiner Geschlechtsidentität und sozialen Geschlechtsrolle ermöglicht.*

Den Autor_Innen der vorliegenden Kommentierung fehlt bei dieser Empfehlung, die in bestimmten einzelnen Fällen ggfs. ihre Berechtigung haben können, die ausgewogenere Darstellung alternativer Vorgehensweisen und der Informationen über mögliche Risiken eines sozialen Rollenwechsels. Zu erwähnen sind auch die potentiell signifikant gefährdenden Aspekte eines sozialen Rollenwechsels (Cass, 2024) und die geringe Persistenz der Symptomatik (Bachmann et al., 2024; Rawee et al., 2024) explizit hingewiesen werden.

Empfehlung III. K3.: *In einer Beratung von Kindern mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie, die einen sozialen Rollenwechsel vor Eintritt der Pubertät erwägen, und ihren Sorgeberechtigten und ggf. weiteren Bezugspersonen sollte ein (möglicher) sozialer Rollenwechsel als ein Prozess aufgefasst werden, der nach den Bedürfnissen des Kindes zu gestalten ist. Hierbei sollen jeweils zur-Erprobung des Rollenwechsels in Betracht gezogene Schritte auf die individuelle Lebenssituation zugeschnitten sein.*

Die Autor_Innen würden es bei dieser Empfehlung begrüßen, wenn nicht (wie bei anderen Empfehlungen), die individuell und selbst (aus welchen Beweggründen auch immer) artikulierten Bedürfnisse des Kindes alleine genannt und isoliert betrachtet werden, sondern stattdessen der Begriff “Wohl des Kindes” verwendet oder zumindest das oben (im Kommentar zu Empfehlung III. K1.) erwähnte Spannungsfeld erwähnt wird. Hier muss dann klar sein, was mit Blick auf die geringe Persistenz der Unzufriedenheit mit dem eigenen Geschlecht (Bachmann et al., 2024; Rawee et al., 2024) das Kindeswohl tatsächlich ist, wer dieses nach welchen Kriterien im Einzelfall definiert und wie dies ggfs. überprüft werden kann.

Weiterhin verweisen die Autor_Innen der vorliegenden Kommentierung auf das Recht von Minderjährigen auf eine offene Zukunft (sog. „children have a right of an open future“-Konzept vgl. Jorgensen et al., 2024).

Empfehlung III. K4.: *In einer Beratung von Kindern mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie, die einen sozialen Rollenwechsel vor Eintritt der Pubertät erwägen und ihren Sorgeberechtigten und ggf. weiteren Bezugspersonen sollte die beratende Person unabhängig von der individuellen Entscheidung und dem Lebensweg der Betroffenen fachliche Unterstützung zum Schutz vor Stigmatisierung und Diskriminierung des Kindes und/oder seiner Bezugspersonen bieten.*

Auch wenn die Autor_Innen der vorliegenden Kommentierung den anzunehmenden Kerngedanken dieser Empfehlung teilen, stellt sich ihnen hier (wie an anderen Stellen des aktuellen Leitlinienentwurfs) die Frage, ob es richtig und sinnvoll ist (a) generell selbstverständliche, auch für andere Probleme oder Diagnosen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie zu empfehlende Maßnahmen (hier: Schutz vor Stigmatisierung und Diskriminierung des Minderjährigen und/oder seiner Bezugspersonen) explizit zu erwähnen und (b) ob die so häufige Erwähnung der Begriffe “Stigmatisierung” bzw. “Diskriminierung” sinnvoll und hilfreich ist – vor allem verglichen mit anderen Störungsbildern, in deren Leitlinien der Begriff “Diskriminierung” viel seltener vorkommt. So ergibt eine Suche nach den Ausdrücken “Stigmatisier*” bzw. “Diskriminier*” im aktuellen Leitlinienentwurf N = 130 Treffer, während die Suche in der S3-Leitlinie zu ASS (Teil 1 Diagnostik und Teil 2 Therapie für das Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter zusammen analysiert) nur N = 6 Treffer und in der Leitlinie zu Essstörungen nur N = 1 Treffer ergibt. Weiterhin verweisen die Autor_Innen der vorliegenden Kommentierung auf ihre Kommentare bzgl. der Definition von „Diskriminierung“. Denn die Autor_Innen des aktuellen Leitlinienentwurfs verwenden hier ihre eigene Definition von Diskriminierung, welche in vielen Fällen ungenau ist und vielschichtige Interpretationen oder Auslegungen ermöglicht (s.u.).

Kapitel IV – Assoziierte psychische Auffälligkeiten und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie

Seite 61:
„Bevor anhand vorliegender Symptome und Befunde sowie einer umfassenden Betrachtung eines Entwicklungsverlaufs im Einzelfall mit hinreichender diagnostischer Klarheit die Diagnose einer dauerhaft anhaltenden, d.h. stabilen/persistierenden Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter gestellt werden kann, sind ggf. assoziierte bzw. koinzidente psychische Störungen fachgerecht zu diagnostizieren und im Hinblick auf ihre Interdependenz mit geschlechtsdysphorischen Symptomen zu bewerten."

Dieser Satz postuliert implizit, dass die Diagnose einer dauerhaft anhaltenden, d.h. stabilen/persistierenden GI bzw. GD im Kindes- und Jugendalter mit hinreichender diagnostischer Klarheit und Sicherheit gestellt werden kann. Dieses Postulat ist - zumindest gegenwärtig - nicht anhand von evidenzbasierten Kriterien ausreichend begründbar. Siehe hierzu auch die weiteren Kommentare bzgl. der aktuellen Befundlage bzgl. neuer Studienergebnisse (Bachmann et al., 2024; Rawee et al., 2024) und entsprechende Ausführungen und Überlegungen zu der Annahme einer stabilen naturalistisch determinierten Identität bei Kindern und Jugendlichen, v.a. bzgl. des Geschlechts, und welche nicht bewiesen ist (vgl. Abschnitt II).

Seite 62:
„Andererseits sind auch schwerwiegende psychische Störungen, die die diagnostische Klarheit erheblich beeinträchtigen können (wie z.B. Psychosen oder komplexe Persönlichkeitsstörungen mit ausgeprägter Identitätsdiffusion) per se kein Beleg dafür, dass eine stabile/persistierende Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie nicht vorliegt, ebenso wenig wie beispielsweise bei Vorliegen einer solchen gravierenden Störung eine nicht heterosexuelle Orientierung einer Person als grundsätzlich unwahrscheinlich oder weniger glaubhaft anzusehen wäre."

Die Analogie zu einer nicht-heterosexuellen Orientierung ist an dieser Stelle irreführend, da eine nicht-heterosexuelle Orientierung i.d.R. nicht Gegenstand einer Diagnostik ist und auch

keiner ggfs. irreversibler somatomedizinische Maßnahmen mit Veränderungen eines primär physiologisch gesunden Körpers bedarf oder danach verlangt wird. Auch liegt keine klare Evidenz dafür vor, ob eine schwerwiegende psychische Störung die Wahrscheinlichkeit für GI/GD in gleicher Weise verändert wie die Wahrscheinlichkeit für eine nicht-heterosexuelle Orientierung einer Person. In der Population nicht-heterosexuell orientierter Personen ist die Prävalenz psychischer Störungen und Symptome nicht in der gleichen Weise erhöht.

Seite 70:
„Aus Follow-Up-Studien mit transitionierten trans Personen, die beginnend im Jugendalter gestufte somatomedizinische Interventionen erhielten (Pubertätsblockade, geschlechtsangleichende Hormonbehandlung und Operationen), finden sich konsistente Hinweise für einen günstigen Verlauf von psychischer Gesundheit und Lebensqualität, …“.

Diese Zusammenfassung und Einschätzung der Autoren_Innen des aktuellen Leitlinienentwurfs deckt sich eindeutig nicht mit der aktuellen Evidenzlage (Cass, 2024; NICE 2020a/b; Thompson et al., 2023; Zepf et al., 2024).

Seite 70:
„Aus den überwiegend querschnittlich erhobenen Studienergebnissen zur Prävalenz und zum Schweregrad begleitender psychischer Auffälligkeiten bei Jugendlichen mit GI bzw. GD lässt sich keine Aussage darüber ableiten, in jeweils welchem Maße die assoziierte Psychopathologie Folge der mit geschlechtsdysphorischem Leidensdruck einhergehenden Stressbelastung ist bzw. in welchem Maße psychische Störungen möglicherweise unabhängig von der GI bzw. GD entstanden sind. Entsprechend lässt sich keine Aussage ableiten, in welchem Maße bei angenommenen reaktiven psychischen Störungen infolge einer GD diese durch aversive Umwelterfahrungen im Sinne einer unzureichend erlebten sozialen Akzeptanz der Transgeschlechtlichkeit (sog. Minority Stress s.u.) und/oder durch die körperbezogene Dysphorie ab Pubertätseintritt bedingt sind.“

Bei unbekannter Ätiologie der GI bzw. GD können grundsätzlich keine Aussagen darüber getroffen werden, wie GI bzw. GD und assoziierte Psychopathologie zusammenhängen. Es ist möglich, dass eine assoziierte Psychopathologie der GI bzw. GD zugrunde liegt, ebenso wie es

möglich ist, dass der umgekehrte Zusammenhang besteht oder es sich um unabhängige Phänomene handelt. Hier müsste daher auch die Möglichkeit erwähnt werden, dass die GI bzw. GD als Folge zu verstehen ist, bzw. durch die assoziierte Psychopathologie zumindest mitbedingt wird oder werden kann (ein Hinweis darauf sind z.B. die erhöhte Prävalenz von ASS, s.u.). Aktuelle Studien zeigen jedoch, die Suizidalität ist bei betroffenen Individuen nicht signifikant erhöht wenn für eine ggfs. vorliegende psychiatrische Diagnose adjustiert wird, und die Gabe von PB oder CSH tragen nicht zu einer Verminderung der Suizidalität bei Betroffenen vorteilhaft bei (Ruuska et al., 2024).

Seite 71:

Hier wird nunmehr erstmalig von einem *„Geschlechterspektrum“* gesprochen bzw. geschrieben, jedoch ohne jegliche Erläuterungen, was genau hiermit gemeint ist. Ist nunmehr ein Spektrum bei dem biologischen Geschlecht bei der Spezies Homo sapiens gemeint? Das biologische Geschlecht ist bei der Spezies Homo sapiens eindeutig binär (siehe hierzu auch Abschnitt II). Im Fließtext wird an anderer Stelle im Rahmen des aktuellen Leitlinienentwurfs die Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität e.V. (DGTI) zitiert bzw. benannt. Dies ist für die Verwendung des Ausdrucks eines *„Geschlechterspektrums“* durchaus relevant. Denn auf der aktuellen Webseite der DGTI (2024) finden sich u.a. Abbildungen und Erläuterungen zur sog. „Genderbread Person“ auf welchen ein „Geschlechterspektrum“ (einschließlich des biologischen Geschlechts) beim Menschen suggeriert wird.

Bei der dort abgebildeten Sub-Skala „Biological Sex“ (= biologisches Geschlecht) gibt es zwei Pfeile jeweils von links (beginnend bei dem Wert „0“ = keine Weiblichkeit bzw. keine Männlichkeit) nach rechts verlaufend für Weiblichkeit und Männlichkeit („Female-ness“ und „Male-ness“). Im Untertext werden physische Charakteristika (Stimme, Behaarung usw.) jeweils für weibliche und männliche Personen als Beispiele für entsprechende Merkmale benannt. Dieser Logik folgend wäre eine Person mehr Frau bzw. mehr weiblich wenn diese mehr weibliche körperliche Attribute habe (hellere Stimme, weniger Behaarung, etc.), und umgekehrt wäre eine Person mehr männlich wenn diese mehr männliche biologische Charakteristika habe (z.B. tiefere Stimme, mehr Behaarung, maskuliner Körperbau, etc.). Diese Art der Beurteilung von Weiblich- oder Männlichkeit ist diskriminierend, stigmatisierend und in keiner Weise tolerierbar. Da die DGTI im Rahmen dieses Leitlinienentwurfs zitiert und

hier auf den nicht näher erläuterten Aspekt eines „Geschlechterspektrums“ eingegangen wird ist dieser Punkt unbedingt zu klären, um jegliche Missverständnisse eventueller Denkschemata gemäß o.g. Beispiel zu vermeiden.

Seite 75:

„IV. K3. Wenn es keine Anhaltspunkte für klinisch relevante psychische oder psychopathologische Auffälligkeiten gibt und keine psychotherapeutische Behandlung gewünscht wird, sind vorerst auch keine weiterführenden diagnostischen Maßnahmen erforderlich. So bedarf eine allgemeine entwicklungsorientierte Beratung oder die beratende Unterstützung zur Vorbereitung sozialer Rollenerprobungen keine vorausgehende kinder- und jugendpsychiatrische oder psychologische Diagnostik.“

Um Anhaltspunkte für klinisch relevante psychische oder psychopathologische Auffälligkeiten überhaupt identifizieren zu können, muss zumindest ein Screening für das Vorliegen klinisch relevanter psychische oder psychopathologische Auffälligkeiten durchgeführt werden. Analog können ggfs. abweichende Blutwerte nur dann festgestellt werden, wenn eine Blutentnahme durchgeführt und die Probe entsprechend standardisiert analysiert wird. Eine derartige Vereinfachung einer profunden psychischen Diagnostik bei Minderjährigen wie hier im aktuellen Leitlinienentwurf dargestellt entspricht nicht den Standards, die hier gemäß guter klinischer kinder- und jugendpsychiatrischer und -psychotherapeutischer Praxis anzusetzen sind (vgl. hierzu auch den zuletzt erschienenen abschließenden Cass-Review [Cass, 2024], welcher die Rolle eines multidisziplinären Teams [MDT] in diesem Kontext explizit hervorhebt).

Seite 76:

„Bei einer kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Diagnostik von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie sollte gezielt auf das mögliche Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Depression, Angststörung sowie auf selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität geachtet werden.“

Die Auswahl bzw. Listung der hier genannten Diagnosen bzw. problematischen Verhaltensweisen oder Psychopathologien erscheint arbiträr. Bei einer kinder- und

jugendpsychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Diagnostik von Kindern und Jugendlichen mit GI bzw. GD sollte zumindest auch auf das Vorliegen einer ASS (s.u.) sowie ggfs. anderer begleitender psychischer Störungen geachtet werden.

Seite 78:
„Liegt eine fachgerecht gestellte GI bzw. GD-Diagnose vor, rechtfertigt eine koinzidente ASS-Diagnose nicht, dass gewünschte medizinische Maßnahmen zur Unterstützung einer sozialen Transition generell verzögert oder nicht indiziert werden."

Hier findet sich ein irreführende und die medizinische Wirklichkeit verzerrende Verwendung des Wortes *„indiziert"* (siehe Kommentar unten zu Empfehlung VII.K0.). Da laut aktueller Evidenzlage kein klarer, deutlicher und nachhaltiger medizinischer Nutzen zu erwarten ist (siehe z.B. NICE 2020a/b; Thompson et al., 2023; Zepf et al., 2024), kann hier nicht von einer Indikation im medizinischen Sinne gesprochen werden.

Seite 79:
„Eine diagnostische Überlappung zwischen ASS und GI bzw. GD ist zwar überzufällig häufig, gleichwohl absolut gesehen selten. Ein generelles Autismus-Screening ist daher entbehrlich, wenn es keine klinischen Hinweise auf das mögliche Vorliegen einer ASS gibt."

Eine Prävalenz bzgl. einer solchen gemeinsamen Auftretens einer GI/GD und ASS von etwa 11% (siehe hierzu die Metanalyse Kallitsounaki & Williams, 2023) ist aus wissenschaftlicher Sicht nicht als *„selten"* zu bezeichnen. Ohne ein ASS-Screening können klinische Hinweise für das mögliche Vorliegen einer ASS übersehen werden. Ein generelles ASS-Screening ist daher nicht entbehrlich bzw. ist dringend notwendig.

Seite 81:
„Der Verdacht auf das Vorliegen einer Geschlechtsinkongruenz begründet per se bei Abwesenheit psychopathologischer Symptome keinen Bedarf an psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Diagnostik. Insbesondere bedarf es bei Abwesenheit psychopathologischer Symptome keiner Differential- oder Ausschlussdiagnostik."

Die Abwesenheit psychopathologischer Symptome kann ohne eine profunde Diagnostik nicht konstatiert werden.

Seite 83:

„Es sind darüber hinaus international vier englischsprachige für das Jugendalter validierte Fragebogeninstrumente zur Erfassung geschlechtsdysphorischer Symptome etabliert, von denen zwei in einer deutschsprachigen Übersetzung validiert wurden (s.u. Tabelle 4). … Tabelle 4: Validierte Fragebogeninstrumente zur Erfassung geschlechtsdysphorischer Symptome (nach Bloom et al., 2021; Bowman et al., 2022).“

Die Behauptung, dass die genannten Fragenbogeninstrumente validiert seinen, lässt sich den zitierten Arbeiten nicht entnehmen. Vielmehr ist das Gegenteil der Fall. Bloom et al. (2021) konstatieren:

„Although tools such as the GDQ might address non-binary or fluid aspects of gender identity (and several of the other limitations we have described), they have not yet been validated as a clinical assessment tool. UGDS was revised and is now known as the UGDS-Gender Spectrum (UGDS-GS), which is a gender-neutral, single-version adaptation of the original that is inclusive of all gender identities and expressions and allows for the fluid nature of these constructs across the lifespan. However, to our knowledge, the UDGS-GS has only been used in adult samples.“ „The GIQC, which assesses gender expression, has shown adequate psychometric properties, such as high cross-national and cross-clinic reliability, and also has the advantage of being easily administered and scored. ... However, given the tool was created in 1984 and was last revised in 2004, revision and revalidation to align the GIQC with more modern concepts of childhood interests and play, which do not rely on references to gender stereotypes, would be beneficial.“

Bowman et al. (2022) stellen fest:

„Poor content validity was evident across all measures and internal validity and construct validity were mixed, ranging from inadequate to very good. … A need to develop reliable and

valid measures that are appropriate for use with adolescent samples experiencing gender dysphoria was also identified.“

Insofern ist dieser Abschnitt zu korrigieren bzw. grundlegend zu überarbeiten.

Kapitel V Psychotherapie und psychosoziale Entwicklung

Seite 89:

„Eine regelhafte Verpflichtung zur Psychotherapie für Behandlungssuchende z.B. als Vorbedingung für den Zugang zu somatomedizinischen Maßnahmen zur Geschlechtsangleichung ist unethisch und obsolet. Die S3-Leitlinie der AWMF für das Erwachsenenalter gibt hierzu folgende konsensbasierte Empfehlung: „Psychotherapie soll nicht ohne spezifische Indikation angewandt und keinesfalls als Voraussetzung für körpermodifizierende Behandlungen gesehen werden. Die Indikation ist nach den Vorgaben der Psychotherapierichtlinie zu stellen.“ (AMWF, 2018, S. 45). In der internationalen Leitlinie Standards of Care, Version 8 der World Professional Association for Transgender Health (2022) wird hierzu folgende Empfehlung formuliert: „Wir empfehlen Angehörigen der Gesundheitsberufe für Transgender und gender-nonkonforme Personen vor der Einleitung einer geschlechtsangleichenden Behandlung nicht zwingend eine Psychotherapie vorzuschreiben. Dabei wird anerkannt, dass Psychotherapie für einige Transgender und gender-nonkonforme Personen hilfreich sein kann.“ (S. 177).“

Die Feststellung, dass eine regelhafte Verpflichtung zur Psychotherapie für Behandlungssuchende z.B. als Vorbedingung für den Zugang zu somatomedizinischen Maßnahmen zur optischen Geschlechtsänderung bei Kindern und Jugendlichen unethisch und obsolet sei, drückt lediglich die Meinung der Autor_Innen des aktuellen Leitlinienentwurfs aus und lässt sich nicht mit dem Verweis auf die S3-Leitlinie der AWMF für das Erwachsenenalter oder dem Verweis auf die nicht evidenz-basierte Leitlinie der internationalen Leitlinie Standards of Care (Vers. 8) der WPATH begründen. Eine sorgfältige Klärung der Motivationslage des Wunsches nach somatomedizinischen Maßnahmen zur optischen Geschlechtsänderung (nicht „Geschlechtsangleichung“, denn dies ist eine irreversible medizinische Eingriffe verharmlosende Begrifflichkeit) muss vor dem Hintergrund einer

prinzipiell offenen Identitätsentwicklung und der Häufigkeit von Identitätskrisen insbesondere bei Jugendlichen notwendig vor dem Beginn somatomedizinischer Maßnahmen unbedingt erfolgen. Diese Klärung ist sinnvollerweise in einem psychotherapeutischen Prozess zu gestalten. Auch stellt dieses Verständnis des therapeutischen Auftrags nach Auskunft des zuständigen Bundesministeriums, welches das Gesetz zum Schutz vor Konversionsbehandlungen seinerzeit auf den Weg brachte, keinen Verstoß gegen dieses Gesetz dar (Korte und Tschuschke, 2023), wie fälschlich behauptet wird (z. B. bei Romer & Möller, 2020).

Die Unterscheidung der Autoren_Innen des aktuellen Leitlinienentwurfs zwischen „Psychotherapie“, „Psychotherapeutischer Unterstützung“ (siehe auch nachstehende Punkte) sowie „psychosozialer Interventionen“ muss dringend durch bessere und konkrete Definitionen dieser Begriffe vorgenommen werden. Aufgrund der fließenden Übergänge und größeren Überlappungen der diversen Methoden erscheint eine ausreichend klare Unterscheidung aber in der vorhandenen Literatur und klinischen Praxis als ein nahezu unmögliches Unterfangen, v.a. wenn damit eine sichere Ableitung aus der aktuellen Evidenzlage möglich werden soll. Unabhängig von genauen Definitionen kann angesichts der aktuellen Evidenzlage nicht ausgeschlossen werden, dass sich für bestimmte Gruppen von Kindern oder Jugendlichen, die die diagnostischen Kriterien einer GD erfüllen, nicht doch eine Psychotherapie (z.B. als klärender Prozess und/oder zur Veränderung ggfs. dysfunktionaler Gedanken) als die für die längerfristige Lebenszufriedenheit, Lebensqualität etc. sinnvollste Variante herausstellen wird. Siehe hierzu auch die Kritik von Kohls und Roessner (2023) an der aktuell widersprüchlichen Praxis, dass auf der einen Seite bei der sog. Body Dysmorphic Disorder (BDD, sog. Körperdysmorphophobie) nahezu jede Form einer medizinischen Veränderung des Aussehens als kontraindiziert angesehen wird und primär die zugrundeliegenden Gedanken psychotherapeutisch verändert werden soll, während auf der anderen Seite bei der GD nahezu jede Form einer psychotherapeutischen Veränderung der zugrundeliegenden Gedanken als kontraindiziert angesehen wird und primär das Aussehen durch ggfs. irreversible, somatomedizinische Maßnahmen verändert werden soll. Zusammen mit den Ergebnissen von Ruuska et al. (2024) wird die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit deutlich, neue subgruppenspezifische Interventionen (auch mit psychotherapeutischen Elementen) ergebnisoffen zu entwickeln und deren Nutzen-Risiko-Verhältnis zu bestimmen.

Denn es besteht angesichts der dürftigen Evidenzlage und Widersprüche die Verantwortung, bessere und zielgenauere Interventionen zu erforschen.

Seite 90:

„Psychotherapeutische Unterstützung soll Behandlungssuchenden als Unterstützung und Begleitung z.B. zur ergebnisoffenen Selbstfindung, zur Stärkung des Selbstvertrauens, zur Bewältigung von Diskriminierungserfahrungen oder zur psychischen Vor- und Nachbereitung von Schritten im Prozess einer Transition niedrigschwellig angeboten und verfügbar gemacht werden."

Siehe voriger Punkt: Unterscheidung der Autoren_Innen des aktuellen Leitlinienentwurfs zwischen „Psychotherapie" und „Psychotherapeutische Unterstützung" sowie „psychosozialen Interventionen" (siehe nachstehende Punkte) müsste dringend durch bessere und konkrete Definitionen aller Begriffe vorgenommen werden, erscheint aber in der vorhandenen Literatur und klinischen Praxis als ein nahezu kaum mögliches Unterfangen, wenn damit eine sichere Ableitung aus der aktuellen Evidenzlage möglich werden soll. Der Terminus *„Selbstfindung"* ist hier irreführend, da im Klärungsprozess nichts im eigentlichen Sinne für sich jeweils individuell „gefunden" wird (wenn ja, wo war es vorher in welcher Form vorhanden oder ggfs. verborgen gewesen?), sondern eine subjektiv – <u>aktuell bzw. gegenwärtig und auch ggfs. vorrübergehend</u> – subjektiv stimmige Interpretation des Selbstkonzepts erreicht wird. Diese kann sich jedoch jederzeit wieder verändern. Diese Aussage suggeriert es gebe (auch bei Kindern und Jugendlichen) ein eindeutig zu definierendes „Selbst" welches bei entsprechender (jedoch in keiner Weise definierten) Vorgehensweise „gefunden" werden können, und dieses „Selbst" könne dann als unveränderbarer Identitätsaspekt verstanden werden. Weiterhin findet sich nirgendwo im aktuellen Leitlinienentwurf eine Angabe dazu, welches Identitätsverständnis oder –konstrukt hier je nach Fragestellung überhaupt herangezogen wird. Im Gegensatz zu Erwachsenen gilt es auch zu bedenken, dass im Durchschnitt betrachtet gerade bei Kindern und Jugendlichen verglichen mit Erwachsenen eine subjektiv stimmige Interpretation des Selbstkonzepts von deutlich höherer Volatilität und geringerer Validität als bei Erwachsenen ist, was zum einen eine Einschätzung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses deutlich erschwert, zum anderen ein noch größeres Überwiegen des Nutzens über die Risiken erfordert als bei Erwachsenen.

Seite 90: *„Eine Verpflichtung zu Psychotherapie als Bedingung für den Zugang zu somatomedizinischer Behandlung ist aus Gründen des Respekts vor der Würde und Selbstbestimmung der Person ethisch nicht gerechtfertigt.“*

Die Feststellung, dass eine regelhafte Verpflichtung zur Psychotherapie für Behandlungssuchende z.B. als Vorbedingung für den Zugang zu ggfs. irreversiblen, somatomedizinischen Maßnahmen zur „Geschlechtsangleichung“ (bzw. zur Änderung des optischen Aussehens hin zu einem Aussehen, welches dem Wunschaussehen eher entspricht) bei Kindern und Jugendlichen unethisch sei, drückt lediglich die Meinung der Autor_Innen des aktuellen Leitlinienentwurfs aus. Vor der *„Indikationsstellung“* (wobei es hier wegen der aktuellen Evidenzlage keine klare medizinische Indikation geben kann, siehe Kommentar unten zu Empfehlung VII.K0.) bzgl. ggfs. irreversibler, somatomedizinischer Maßnahmen ist die diagnostische Einschätzung der Unumkehrbarkeit der Geschlechtsidentitätstransposition wesentlich. Dies lässt sich, wenn überhaupt, jedoch in den meisten Fällen nur im Rahmen eines längeren diagnostisch-therapeutischen Prozesses erreichen. Es wäre insbesondere bei einem Vorliegen assoziierter psychischer Probleme, fahrlässig von einer obligatorischen Psychotherapie Abstand zu nehmen (denn für die Behandlung vieler psychischer Symptome ist eine Psychotherapie eine leitliniengerechte Behandlung und oft das erste Glied einer empfohlenen Behandlungskette nach der Psychoedukation), insbesondere wenn bei bestehende psychischer Symptomatik bei körperlich gesunden Minderjährigen Entscheidungen für ggfs. irreversible, somatomedizinische Maßnahmen getroffen werden. Sollten z.B. bei GI ohne GD, keinerlei psychische Probleme vorliegen, wäre eine Inanspruchnahme des medizinischen Systems rein formell nicht zu rechtfertigen. Auch hier ferner der Verweis auf die vorangehenden Ausführungen bzgl. der höheren Volatilität und geringerer Validität eines eigenen Identitäts- bzw. Selbstkonzepts bei Minderjährigen als bei Erwachsenen. Die Äußerungen der Autoren_Innen des aktuellen Leitlinienentwurfs würden ferner im Umkehrschluss bedeuten, dass generell Behandlungen gegen den eigenen Willen einer Person (z.B. bei Vorliegen einer Anorexia nervosa mit extremer bis hin zu einer lebensbedrohlichen Starvation) oder einer deutlichen Gefährdung (z.B. bei einem entsprechenden Drogenkonsum) *„…aus Gründen des Respekts vor der Würde und*

Selbstbestimmung der Person…“ dann ja auch nicht *„….ethisch gerechtfertigt…“* wären. Insofern ist auch dieser Abschnitt dringend zu überarbeiten.

Seite 94:

„Beim „Gender affirmative“ – Modell, das auch verschiedene psychosoziale Interventionen mit einschließt, wird empfohlen, ein Kind in dem von ihm selbst bekundeten geschlechtlichen Zugehörigkeitsempfinden zu validieren und ihm mit einer bejahenden Haltung zu begegnen.“

Siehe auch hierzu vorangegangene Kommentare und Einschätzungen bzgl. der notwendigen genauen Begriffsklärungen, insbesondere bzgl. „Psychotherapie“, „psychotherapeutischer Unterstützung“ sowie „psychosozialen Interventionen“. Ein ergebnisoffener psychotherapeutischer Unterstützungs- und Klärungsprozess sollte neutral bleiben (es gelten auch hier die entsprechenden Grundregeln der Therapie einschließlich der Abstinenzregel) und das von dem Kind oder dem Jugendlichen selbst bekundete geschlechtliche Zugehörigkeitsempfinden weder validieren noch invalidieren. Die generelle Priorisierung des „Gender affirmative“ – Modells ist abzulehnen, da es keine Evidenz dafür gibt, dass somatomedizinische Maßnahmen insgesamt immer für alle betroffenen Minderjährigen mit GD bzw. generell ein günstiges Nutzen-Risiko aufweisen. Vgl. hierzu auch den aktuellen finalen Cass-Review (Cass, 2024).

Seite 96:

„In den Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming (TGNC) People der American Psychological Association (APA, 2015) heißt es hierzu in dem ersten von 16 fachlichen Statements: „Psycholog_innen verstehen die Geschlechtszugehörigkeit als nicht-binäres Konstrukt, das eine Spannbreite geschlechtlicher Identitäten erlaubt und sind der Auffassung, dass die Geschlechtsidentität eines Menschen nicht mit dem bei Geburt zugeschriebenen biologischen Geschlecht übereinstimmen muss“ (zit. Übersetzung nach AWMF, 2018, S.37).“

Das biologische Geschlecht wird nicht bei Geburt zugeschrieben oder in irgendeiner Weise willkürlich zugewiesen. Präskriptive oder apodiktische Postulate darüber, was Psycholog_innen oder Psychotherapeuten_Innen oder auch andere Berufsgruppen jeweils

unter Geschlechtszugehörigkeit zu verstehen haben, gehören nicht in eine medizinische Leitlinie. Das biologische Geschlecht ist in nahezu allen Fällen chromosomal bzw. durch die grundsätzliche Veranlagung des Körpers im Erwachsenenalter eine bestimmte Art von Gameten entwickeln zu können (Eizellen oder Spermien, deswegen ist das biologische Geschlecht bei der Spezies Homo sapiens binär, s.o. unsere Ausführungen im Abschnitt II dieser Kommentierung), determiniert. Gerade wenn das Konzept eines ergebnisoffenen Vorgehens ernst genommen wird und der wandelbare Charakter der menschlichen Identität und auch des Geschlechtsidentitätserlebens anerkannt wird, muss daraus folgen, dass die Diagnose einer persistierenden GI bzw. GD und die Einleitung irreversibler somatomedizinischer Maßnahmen insbesondere im Jugendalter sehr zurückhaltend gestellt werden sollte. Die Identifizierung als „trans", „non-binär" sind Selbstinterpretationen, die sich vom Prinzip her als ebensolche Interpretationen der eigenen Existenz nicht als wahr oder falsch und schon gar nicht als stabil klassifizieren lassen und nicht zwingend immer Resultat einer tatsächlichen Selbsterkenntnis (wobei hier auch nicht klar ist wie eine solche „Erkenntnis" von einer temporären Idee, Neigung oder auch Symptomen einer ggfs. begleitenden Psychopathologie mit oder ohne beeinflussende Entwicklungsaspekte zu unterscheiden ist). Entscheidend ist, dass Selbstinterpretationen generell weder kausal eineindeutig determiniert noch alternativlos sind, und einer lebenslangen Veränderung unterliegen.

Seite 96:

Hier findet sich der Passus

„Als wichtige Voraussetzung für eine angemessene professionelle Grundhaltung gegenüber trans Personen wird angesehen, dass professionell Helfende ein reflektiertes theoretisches Verständnis der Entwicklung geschlechtlicher Identitäten haben. Dieses sollte nicht in überholten Annahmen einer ausschließlich binären Zweigeschlechtlichkeit sowie nicht in cis- und heteronormativen Vorstellungen verhaftet sein, sondern auch non-binäre sowie im Verlauf des Lebens fluide Geschlechtsidentitäten anerkennen (Ehrensaft, 2016; Quindeau, 2014a, 2014b)."

Dieser Abschnitt kann so nicht belassen werden, denn hier wird lediglich die Meinung der Autoren_Innen des aktuellen Leitlinienentwurfs dargestellt, die nicht apodiktisch auf andere

professionelle Berufsgruppen unkritisch übertragen werden kann. Konkret stellen sich hier folgende Fragen:

- Was ist in diesem Kontext eine *„…angemessene professionelle Grundhaltung…“*? Wer legt fest was nach welchen Kriterien und Standards jeweils „angemessen“ ist?

- Was genau ist ein *„…reflektiertes theoretisches Verständnis der Entwicklung geschlechtlicher Identitäten“?* Wie bereits erläutert findet sich an keiner Stelle des aktuellen Leitlinienentwurfs eine genaue und exakte Angabe darüber was unter *„Geschlechtsidentität“*, speziell bei Minderjährigen, überhaupt verstanden wird. Es gibt keine Angaben zu einem ggfs. zugrunde liegenden Identitätsmodells oder -konstrukts. Gehört zu diesem Verständnis auch die Kenntnis der aktuellen Forschungs- und Evidenzlage gemäß Cass-Review (Cass, 2024) sowie weiterer Befunde (Bachmann et al., 2024; NICE 2020a/b, Rawee et al., 2024; Thompson et al., 2023; Zepf et al., 2024)?

- Was genau ist unter *„…überholten Annahmen einer ausschließlich binären Zweigeschlechtlichkeit sowie nicht in cis- und heteronormativen Vorstellungen…“* zu verstehen? Wer legt hier fest, was *„überholt“* sein soll? Wie bereits in vorangegangenen Kommentaren und auch unter Abschnitt II in diesem Dokument nochmals explizit und genauer dargestellt, es gibt bei der Spezies Homo Sapiens nur zwei biologische Geschlechter, Zustände mit Intersexualität (mit oder ohne chromosomale Ursachen und mit oder ohne Unfruchtbarkeit) sind davon abzugrenzen. Die Binarität des Geschlechts bei der Spezies Homo Sapiens drückt sich wie bereits erläutert dadurch aus, indem es nur zwei Arten von Gameten beim Menschen gibt (Eizellen und Spermien). Die grundsätzliche Veranlagung eines Menschen ebendiese Gameten im Verlauf des Lebens bei Fruchtbarkeit zu produzieren wird bereits bei der Befruchtung festgelegt (s.o.). Es gibt keinerlei Intermediärformen bei den menschlichen Gameten, und die grundsätzliche Veranlagung zu der Fähigkeit im Verlauf des Lebens Spermien zu produzieren (männlich) schließt die grundsätzliche Veranlagung zur Fähigkeit Eizellen zu produzieren (weiblich) aus, und umgekehrt. Somit sind diese beiden Varianten in aller Regel exklusiv, d.h. Binarität ist explizit und

eindeutig gegeben. Keine andere Variable ist bei der Spezies Homo sapiens derart binär ausgebildet wie das biologische Geschlecht. Das biologische Geschlecht bei der Spezies Homo sapiens wird oft sogar als Beispiel für Binarität verwendet. Ferner Verweis auf die unzureichenden Definitionen der Bezeichnungen *„non-binär“* (siehe Kommentare zum Glossar) und *„fluid“*. Die hier getroffenen Aussagen der Autoren_Innen des aktuellen Leitlinienentwurfs stehen im Widerspruch zu biologischen und medizinischen Grundkenntnissen. Diese Passage kann somit nicht in einer medizinischen Leitlinie verbleiben.

Seite 98:

Hier findet sich der Abschnitt bzw. Passus *„4.3 Ablehnung „reparativer“ Therapieziele“*

Behandlungsmethoden, die ausgehend von der Annahme einer psychopathologischen Fehlentwicklung darauf abzielten, die Geschlechtsidentität und geschlechtstypisches Verhalten so zu verändern, dass sie in besserer Übereinstimmung mit dem bei Geburt zugewiesenen Geschlechts stehen, sind ohne Erfolg versucht worden. Solche Behandlungsmethoden werden heute als ethisch nicht vertretbar angesehen (Meyenburg, 2020, S. 12). In Deutschland sind Therapieversuche bei Minderjährigen mit einer solchen reparativen Intention (sog. Konversionsbehandlungen zur Veränderung der sexuellen Orientierung oder der geschlechtlichen Identität) seit 2020 zudem strafbar (Gesetz zum Schutz vor Konversionsbehandlungen, BGBl. I, S. 1285). Daher bedarf es hierzu keiner eigens konsensbasierten Empfehlung in dieser Leitlinie.

Dieser Abschnitt ist in dieser Form für die Leserschaft irreführend. Siehe ferner hierzu auch die Kommentare und Einschätzungen zum Begriff *„…bei Geburt zugewiesenen Geschlechts…“*, welcher wissenschaftlich nicht korrekt ist, es besteht bei der Feststellung des biologischen Geschlechts bei der Spezies Homo sapiens anders als hier suggeriert wird keinerlei Willkürlichkeit (medizinischer Untersuchungsgang mit extrem hoher Spezifität und Sensitivität, s.o.). Ferner an dieser Stelle Verweis auf den bekannten volatilen und variablen Kindes- und Jugendwillen im Entwicklungsverlauf (inkl. Pubertät) einschließlich des möglichen Einflusses einer eventuell begleitenden Psychopathologie, die Veränderbarkeit der Persönlichkeit und deren unklare Abgrenzung zu Identitätsaspekten und das Fehlen der

Angabe jeglicher Identitätsmodelle oder Konstrukte im Kontext des aktuellen Leitlinienentwurfs. Der Ausdruck *„Konversion“* impliziert in diesem Kontext, es gebe bei Kindern und Jugendlichen eine klar nachweisbare und eindeutig umschriebene ubiquitäre Identität welche unveränderbar sei und von welcher dann diese Minderjährigen „wegkonvertiert“ würden. Dies ist in keiner Weise klar nachweisbar, auch da die Grenzen einer solchen naturalistisch definierten ubiquitären Identität unklar sind (siehe unsere Ausführungen weiter oben; was ist Identität und was nicht?). Der auch in der Einleitung des aktuellen Leitlinienentwurfs vorgebrachte Vergleich mit einer Homosexualität bzw. nicht-heterosexuellen Entwicklungen zur Depathologisierung ist insofern ungünstig und inhaltlich nicht korrekt, da es bei der Homosexualität bzw. nicht-heterosexuellen Entwicklungen anders als bei einer GI bzw. einer GD nicht um ggfs. irreversible, somatomedizinische Maßnahmen ohne klare Evidenz bei Minderjährigen mit physiologisch primär gesunden Körpern geht. Der entsprechende zitierte Gesetzesparagraph hat natürlich seine Gültigkeit. Jedoch sind hier bei Minderjährigen mit GI / GD die Voraussetzungen grundsätzlich anders zu sehen und in einem entwicklungsbezogenen Kontext zu betrachten.

Seite 98:

Hier wird unter „Affirmative Grundhaltung“ von einer *“…bedingungslosen Akzeptanz geschlechts-nonkonformer Identitäten…“* geschrieben. An dieser Stelle erneut der Verweis auf das Fehlen jeglicher Angaben bzgl. des hier verwendeten Identitätskonstrukts bzw. -models oder -verständnisses, speziell bei sich entwickelnden Kindern und Jugendlichen und mit Blick auf das eigene Geschlecht. Weiterhin Verweis auf den sich veränderbaren Kindes- und Jugendwillen im Verlauf der Entwicklung, und die Fehlannahme einer eindeutig klar umschriebenen und nicht mehr veränderbaren, ubiquitären naturalistisch determinierten Identität bei Kindern und Jugendlichen. Ferner Verweis auf unsere Ausführungen bzgl. der therapeutischen Grundregeln.

Seite 100:

„Für psychotherapeutisch Behandelnde gilt es hierbei, die in die gegenwärtige Versorgungsrealität weit hineinreichende Vorgeschichte eines gegenüber trans Personen restriktiven Gesundheits- und Rechtssystems anzuerkennen. Hierzu gehört u.a., dass sich trans Personen für die legale Anerkennung ihrer Geschlechtsidentität nach dem aktuell noch

*gültigen Transsexuellengesetz (TSG) von zwei unabhängigen psychologischen oder psychiatrischen Sachverständigen ausführlich begutachten lassen müssen, damit ihre trans Identität von einem Gericht anerkannt werden kann. Des weiteren fordert z.B. die in 2020 veröffentlichte Begutachtungsrichtlinie des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenkassen (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., 2020), deren Autor*innenschaft und damit verbundene wissenschaftliche Legitimation intransparent ist, als Voraussetzung für die Kostenübernahme einer leitliniengerecht indizierten geschlechtsangleichenden Operation durch die GKV, dass die behandlungssuchende trans Person zuvor eine Richtlinienpsychotherapie absolviert haben muss – zum Nachweis, dass dieser „Behandlungsversuch" zur Linderung einer bestehenden Geschlechtsdysphorie „ausgeschöpft" sei. Diese Maßgabe des MDS steht damit im offenen Widerspruch zur zwei Jahre zuvor (!) veröffentlichten aktuellen S3-Leitlinie der AWMF für das Erwachsenenalter Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans*Gesundheit (AWMF, 2018), in der auf der Basis des anerkannten wissenschaftlichen Erkenntnisstandes ausdrücklich festgestellt wird, dass die Anforderung einer verpflichtenden Psychotherapie als Voraussetzung für den Zugang zu operativen geschlechtsangleichenden Maßnahmen wissenschaftlich nicht haltbar, unethisch und damit obsolet ist. Diese skizzierte Historie der Instrumentalisierung von Psychotherapie als restriktive Hürde gegenüber trans Personen im Gesundheitswesen kann auch bei einer partizipativen und affirmativen Beziehungsgestaltung im Sinne latenter beidseitiger Erwartungen und Rollenzuschreibungen ein subjektiv empfundenes Machtgefälle in der psychotherapeutischen Beziehung bedingen."*

Die hier skizzierte Standpunktbestimmung ist eine subjektive Bewertung der Autoren_Innen des aktuellen Leitlinienentwurfs und kann nicht apodiktisch für alle Kliniker_Innen gesetzt werden. Es gibt derzeit keine wissenschaftlich ausreichenden Argumente für oder gegen die Anforderung einer verpflichtenden Psychotherapie als Voraussetzung für den Zugang zu operativen geschlechtsangleichenden Maßnahmen. Die Beurteilung einer Psychotherapie in diesem Kontext als unethisch ist ebenfalls höchst strittig, da bei der ethischen Beurteilung neben der Autonomie des Subjekts verschiedene Gesichtspunkte zu berücksichtigen und zu bewerten sind und hier in der Fachwelt kein Konsens besteht. Aktuelle Arbeiten zum hier betreffenden ethischen Themenkomplex betonen explizit das Recht von Kindern und Jugendlichen auf eine offene Zukunft (Jorgensen et al., 2024), und die Evidenz- und

Befundlage bei Erwachsenen ist nicht auf den Kinder- und Jugendbereich übertragbar. Ferner Verweis auf die hier unterschiedliche Vorgehensweise bei einer körperdysmorphen Störung im Kindes- und Jugendalter (BDD, s.o.). Wesentlich im medizinischen Kontext ist auch der hippokratische Eid, nämlich zunächst als oberstes Grundprinzip keinen Schaden zuzufügen (vgl. hierzu ferner weiter unten im Text unsere Ausführungen zur UN-Kinderrechtskonvention, dem Genfer Ärztegelöbnis sowie der Satzung der DGKJP). Die Auffassung, dass die Psychotherapie instrumentalisiert worden sei, eine restriktive Hürde gegenüber trans Personen im Gesundheitswesen zu schaffen, ist bestreitbar. Nach unserer Auffassung gehört dieser Passus daher nicht in eine medizinische Leitlinie.

Seite 103:

„Jugendliche mit gender-nonkonformer Selbstbeschreibung, die psychotherapeutische Unterstützung bei noch unsicherer Perspektive der Geschlechtsidentität suchen, sollten darüber informiert werden, das explorierende soziale Rollenerkundungen wichtig sind, um einen Prozess der Introspektion und Selbstreflexion in Verbindung mit sozialen Interaktionserfahrungen dialogisch zu unterstützen. Dabei sollte der Diskriminierungsschutz beachtet werden. In diesem Prozess sollten Jugendliche darin unterstützt werden, geschlechtsstereotype Rollenerwartungen zu hinterfragen sowie die Möglichkeit eines nicht-binären Geschlechtsrollenverständnisses zu reflektieren.“

Die Bedeutung explorierender sozialer Rollenerkundungen ist nicht generalisierbar und muss für den spezifischen Fall diskutiert werden, vgl. hierzu auch die im aktuellen finalen Cass-Review skizzierten Risiken (Cass, 2024). Auch erschließt es sich nicht, warum gerade an dieser Stelle der Diskriminierungsschutz explizit und nicht <u>generell</u> beachtet werden sollte, was impliziert oder zumindest den Eindruck erweckt, dass dies bei anderen Formen der psychotherapeutischen Unterstützung ggfs. nicht notwendig sei.

Seite 109:

„Auch wenn es keine ursächliche psychotherapeutische Behandlung der Geschlechtsdysphorie gibt, weil diese definitionsgemäß auf einer Geschlechtsinkongruenz beruht, die wiederum eine durch psychosoziale Interventionen nicht beeinflussbare dauerhafte innere Disposition einer Person ist, können psychotherapeutische Interventionen dabei hilfreich sein, mit einer

Geschlechtsdysphorie einhergehende negative Emotionen und Stresszustände besser zu bewältigen.“

Die Behauptung, dass jede Form der GD, da Folge einer GI, durch eine psychotherapeutische Behandlung prinzipiell nicht ursächlich behandelt werden könne, und die damit verbundene suggerierte Implikation, allein ggfs. irreversible, somatomedizinische Maßnahmen seien geeignet, die Problematik jeder Form der GD ursächlich zu adressieren, sind unwissenschaftlich und basieren auf einem essentialistischen und naturalistischen Missverständnis. Denn eine GI bildet, ebenso wie eine GD, eine subjektive Interpretation bzw. ein subjektives Erleben der Betroffenen unbekannter Genese und Stabilität und auch Intensität ab (vgl. Bachmann et al., 2024; Rawee et al., 2024). Aus der Erfahrung, dass derzeitige psychotherapeutische Behandlungen, sofern sie denn überhaupt durchgeführt werden, oftmals nicht dazu führen, die Symptome einer GD zu reduzieren, lässt sich dieses Postulat ebenfalls logisch mitnichten ableiten (siehe auch Ausführungen zu Limitationen der Psychotherapie oben).

Kapitel VI - Einbeziehung des familiären Beziehungsumfelds und Familiendynamik

Statement VI.E1.: *Es gibt Belege, dass bei Kindern und Jugendlichen mit GI/GD ein die empfundene Geschlechtsidentität akzeptierendes und unterstützendes familiäres Umfeld einen bedeutsamen protektiven Faktor für die psychische Gesundheit darstellt.*

Kommentar und Einordnung: Dies ist im Prinzip eine sehr unspezifische bzw. allgemeine Äußerung, denn bei allen Kindern und Jugendlichen wirkt sich ein *„…akzeptierendes und unterstützendes familiäres Umfeld…"* positiv bzw. protektiv auf die psychische Gesundheit aus. Auch hier fehlt eine genaue Definition, was mit dem Begriff bzw. Ausdruck „Geschlechtsidentität" gemeint ist. Es fehlt eine Angabe zum hier verwendeten Identitätskonstrukt bzw. -modell, speziell bei Kindern und Jugendlichen. Siehe hierzu unsere Anmerkungen bzgl. den grundsätzlichen und unbewiesenen Fehlannahmen einer ubiquitären, naturalistisch determinierten Identität, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen.

Statement VI.E2.: *Es gibt Anhaltspunkte, dass bei Kindern und Jugendlichen mit GI/GD, die in ihrem familiären Umfeld eine geringe oder fehlende Akzeptanz gegenüber ihrer empfundenen Geschlechtsidentität erfahren, das Risiko für depressive Erkrankungen und Suizidalität sowie für selbstschädigendes Risikoverhalten erhöht ist.*

Kommentar und Einordnung: Siehe vorangegangene Kommentare und Einordnungen bzgl. der Definition von „Geschlechtsidentität", insbesondere bei Kindern und Jugendlichen und im Verlauf der Entwicklung (jeweils mit oder ohne begleitende Psychopathologie). Was unter dem Begriff *„Akzeptanz"* genau gemeint ist, bleibt unklar. Denn der Kindes- und Jugendwille ist - wie allgemein bekannt - durchaus veränderbar bzw. sehr volatil (dies ist geradezu ein Charakteristikum der Kindheit und Jugend). Auch kann hier nicht gemeint sein, dass Eltern bzw. Sorgeberechtigte alle Äußerungen des eigenen Kindes oder Jugendlichen, speziell mit Blick auf die genannten Identitätsaspekte und den wandelbaren Willen Kindes- und Jugendwillen, unkritisch und unhinterfragt validieren. Die Aussagen bzgl. eines erhöhten Risikos für eine eventuelle Suizidalität werden durch aktuelle Befunde widerlegt (siehe Ruuska et al., 2024). Diese Befunde zeigen, die Suizidalität ist bei betroffenen Individuen nicht signifikant erhöht, wenn für eine ggfs. vorliegende psychiatrische Diagnose adjustiert wird, und die Gabe von PB oder CSH tragen nicht zu einer Verminderung der Suizidalität bei

Betroffenen bei (Ruuska et al., 2024). Weiterhin sind auch die Befunde des neuen und finalen Cass-Reviews (Cass, 2024), welche im Widerspruch zu den entsprechenden Statements stehen, zu berücksichtigen. Insofern ist dieser Abschnitt des aktuellen Leitlinienentwurfs unrichtig und grundsätzlich zu überarbeiten.

Empfehlung VI.K1.: *Sorgeberechtigte und Erziehende sollten darüber informiert werden, dass Therapieversuche, die darauf abzielen, das Zugehörigkeitsempfinden des Kindes zu einem Geschlecht entgegen seinem geäußerten Empfinden zu verändern, schädlich und unethisch sind.*

Kommentar und Einordnung: Diese Empfehlung ist bei genauer Betrachtung für sich alleine genommen nicht korrekt. Vergleiche hierzu auch die neuen Forschungsergebnisse aus den Niederlanden (Rawee et al., 2024):

Eine Gender- bzw. Geschlechtsunzufriedenheit findet sich am häufigsten im Alter von ca. 11 Jahren, und die Häufigkeit dieser Symptomatik nimmt danach mit dem Alter ab. Es konnten ferner drei unterschiedliche Trajektorien bzgl. verschiedener Entwicklungsverläufe aufgezeigt werden:

1. Die eindeutige Mehrheit (78% der untersuchten Stichprobe) zeigten konstant keine weitere Gender- bzw. Geschlechtsunzufriedenheit.

2. Eine weitere Gruppe zeigte Gender- bzw. Geschlechtsunzufriedenheit in der frühen Adoleszenz, jedoch nicht mehr im Erwachsenenalter (19% der Stichprobe)

3. Nur eine sehr kleine Gruppe (2% der Stichprobe) zeigte eine umgekehrte Entwicklung mit über die Jahre zunehmender Gender- bzw. Geschlechtsunzufriedenheit.

In der Zusammenschau dieser Befunde bedeutet dies, dass nur ca. 2% der untersuchten Kohorte in dieser Studie eine im Erwachsenenalter noch vorhandene bzw. gesteigerte Gender- bzw. Geschlechtsunzufriedenheit aufwies, was im Umkehrschluss bedeutet, dass 98% der untersuchten Kohorte diese Symptomatik im Erwachsenenalter nicht mehr zeigten (Rawee et

al., 2024). Siehe in diesem Zusammenhang auch unsere Kommentare und Einordnungen bzgl. einer Psychotherapie. Da diese Empfehlung nicht der Fakten- und Evidenzlage entspricht, ist sie grundsätzlich zu überarbeiten.

Empfehlung VI.K2.: *Sorgeberechtigte und Erziehende sollten darüber informiert werden, dass für Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsinkongruenz die sichere und stetige Erfahrung, von der eigenen Familie akzeptiert und unterstützt zu werden, bei der Selbstfindung und je nach Verlauf bei einem sozialen Coming-Out, einer Rollenerprobung und einer Transition für einen günstigen Verlauf der psychischen Gesundheit wesentlich ist.*

Kommentar und Einordnung: Für den einen Teil der Empfehlung siehe Kommentar und Einordnung zu Statement VI.E1. Der andere Teil dieser Empfehlung steht nicht im Einklang mit der derzeitigen Fakten- und Evidenzlage (vgl. hierzu auch den finalen Cass-Review [Cass, 2024]).

Empfehlung VI.K3.: *Sorgeberechtigten und Erziehenden sollte empfohlen werden, dass bei allen Entwicklungsprozessen gender-nonkonformer Kinder und Jugendlicher ein sicherer sozialer Raum für explorierende Rollenerkundungen sowie je nach Verlauf auch ein sicherer sozialer Raum für die eventuelle spätere Veränderung einer gelebten Geschlechtsrolle zu unterstützen ist.*

Kommentar und Einordnung: Analoger Kommentar und Einschätzung wie bei Empfehlung VI.K2.

Empfehlung VI.K4.: *Sorgeberechtigte und Erziehende gender-nonkonformer Kinder und Jugendlicher sollten über Angebote von Elterngruppen von Selbstvertretungs-Organisationen als Möglichkeit von Vernetzung und gegenseitiger Unterstützung informiert werden.*

Kommentar und Einordnung: Analoger Kommentar und Einordnung wie Empfehlung VI.K2. Mit Blick auf die generellen intrinsischen Widersprüche beim Konzept einer GI sowie aktuelle Befunde (Rawee et al., 2024; Cass, 2024) ist derzeit nicht abschätzbar, inwieweit Selbstvertretungs-Organisationen, vor allem mit Blick auf vulnerable Kinder und Jugendliche,

solche wichtigen Aspekte (Rawee et al., 2024; Cass, 2024) adäquat berücksichtigen. Insofern ist diese Empfehlung grundlegend zu überarbeiten.

Empfehlung VI.K5.: *Sorgeberechtigten und Erziehenden, die mit ihrem Kind wegen des möglichen Vorliegens einer Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie vorstellig werden, sollte eine professionelle Prozessbegleitung angeboten werden mit dem Ziel, das Kind unter Einbezug der Familie dabei zu unterstützen, die eigene Geschlechtsidentität zu erkunden sowie die möglichen mit einer Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie einhergehenden psychosozialen Schwierigkeiten zu bewältigen.*

Kommentar und Einordnung: Analoger Kommentar und Einordnung wie bei Empfehlungen VI.K1., VI.K2. und VI.K4.

Empfehlung VI.K6.: *Sind die Vorstellungen und Wünsche Minderjähriger und ihrer Erziehungsberechtigten in Bezug auf den Umgang der Familie mit der non-konformen Geschlechtsidentität des Kindes bzw. des/der Jugendlichen nicht miteinander vereinbar, sollte eine Prozessbegleitung des Familiensystems durch eine geeignete Fachperson mit familientherapeutischer Expertise empfohlen werden mit dem Ziel, eine akzeptierende und unterstützende Haltung gegenüber der geschlechtlichen Identität des Kindes/Jugendlichen zu fordern. Eine solche Prozessbegleitung wird nur empfohlen, wenn hierdurch keine schädlichen Auswirkungen auf das gesundheitliche Wohl des Kindes zu erwarten sind.*

Kommentar und Einordnung: Siehe hierzu die Kommentare und Einordnung wie bei den Empfehlungen VI.K1., VI.K2. und VI.K4. Die einseitige Betrachtung einer eventuellen wie hier skizzierten Konfliktsituation mit der generellen Anforderung an die Erziehungsberechtigten unkritisch und generell affirmativ alle Äußerungen eines Minderjährigen zu akzeptieren und nicht zu hinterfragen, ist vor dem Hintergrund bisheriger Widersprüche (s.o.) nicht vertretbar. Diese Empfehlung ist daher gründlich zu überarbeiten.

Kapitel VII - Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen

Eine erst kürzlich aktualisierte, systematische Übersichtsarbeit zum Thema PB und CSH-Gabe bei Kindern und Jugendlichen mit GD gemäß etablierter NICE- und Modified GRADE-Methodik

und dementsprechend ausschließlicher Berücksichtigung von Studien, deren Qualität mit dem weit verbreiteten und anerkannten PICO-Standard geprüft und als ausreichend eingeschätzt wurde, welche vor wenigen Wochen vorab online in einer open access Volltextversion in der Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (ZKJPP) als offiziellem Organ der DGKJP veröffentlicht wurde, kam zu folgenden Schlussfolgerungen (siehe Zepf et al., 2024 für eine detaillierte Zusammenfassung der Evidenzlage zur Gabe von PB und CSH bei Minderjährigen mit GD):

• Die Studienlage zur Gabe von Pubertätsblockierenden Präparaten (PB) und/oder einer Gabe von gegengeschlechtlichen Hormonen (CSH) bei Minderjährigen mit GD ist derzeit sehr begrenzt und basiert auf wenigen Studien mit unzureichender Methodik und Qualität. Kontrollierte Langzeitstudien fehlen.

• Die Studien- und Evidenzlage zeigt derzeit nicht mit ausreichender Zuverlässigkeit gemäß PICO-Kriterien und Modified-GRADE-Methodik, dass sich die GD und die psychische Gesundheit durch PB- und/oder CSH- Gabe im Verlauf bei Minderjährigen bedeutsam verbessern.

• Für eine eventuelle Kosteneffektivität von GnRH-Analoga bei Kindern/Jugendlichen mit GD im Vergleich zu einer oder mehreren psychosozialen Unterstützungen, sozialer Transition zum präferierten Gender oder keiner Intervention gibt es derzeit keine Evidenz.

• Sofern bei Minderjährigen mit GD nach abgeschlossener, profunder und umfassender kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnostik, sorgfältiger Einschätzung und Abwägung der Wahrscheinlichkeiten von möglichen Nutzen und Schäden des Abwartens, verschiedener Interventionen bezüglich der GD und ggfs. begleitender psychischer Probleme oder Störungen PB und CSH zum Einsatz kommen sollten, so könnte ein solches Vorgehen im Rahmen von Forschungsprojekten bzw. klinischen Studien – wie aktuell in England praktiziert – zum weiteren Erkenntnisgewinn beitragen und wichtige Daten liefern.

Diese Schlussfolgerungen stimmen weitgehend mit anderen relevanten und hochrangigen internationalen Veröffentlichungen überein (Cass, 2024; NICE 2020a/b; Thompson et al.,

2023). In diesem Kontext ist ferner eine wichtige neue Studie aus Finnland zu erwähnen, die deutlich zeigen konnte, dass die GD per se nicht die allgemeine wie auch die durch Suizid geprägte Mortalität bei Minderjährigen mit GD zu beeinflusst (Ruuska et al., 2024). Vielmehr war der Hauptprädiktor für die Mortalität in dieser Population die psychiatrische Morbidität. Medizinische Maßnahmen im Sinne eines „medical gender reassignment“ hormoneller oder auch chirurgischer Natur hatten keinerlei Einfluss auf das Suizidrisiko der Betroffenen (Ruuska et al., 2024). Insofern kann ein wesentliches, oftmals durch Befürworter_Innen ggfs. irreversibler, somatomedizinischer Maßnahmen vorgebrachtes Argument im Sinne eines ggfs. gesteigerten Suizidrisikos, sofern medizinische Maßnahmen zur Veränderung an das jeweils gewünschte Aussehen bei Minderjährigen mit GD unterblieben, in wesentlichen Punkten abgeschwächt bzw. klar widerlegt werden.

Nachfolgend werden die einzelnen Empfehlungen bzgl. ggfs. irreversibler, somatomedizinischer Maßnahmen bei Minderjährigen mit GD (Gabe von PB, Gabe von CSH, operative Maßnahmen) des aktuellen Leitlinienentwurfs gelistet und entsprechend der jeweiligen Evidenz- und Wissenslage kommentiert bzw. eingeordnet.

Vor der Auflistung der Empfehlungen findet sich im aktuellen Leitlinienentwurf nachstehendes Statement:

Statement VII.E1.: *Es gibt aus nicht kontrollierten Verlaufsstudien Hinweise dafür, dass sich bei Patient*innen mit im Jugendalter diagnostizierter persistierender Geschlechtsdysphorie, die im Zusammenhang mit einer sozial unterstützten Transition eine gestufte körpermodifizierende Behandlung erhalten, eine langfristige Verbesserung von Lebensqualität und psychischer Gesundheit im Erwachsenenalter zeigt → niedriger Evidenzgrad (2 Studien mit unterschiedlichen Kohorten aus gleichem Zentrum) → Referenzen: Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; de Vries et al., 2014.*

Kommentar und Einordnung: Diese Behauptung bzw. Annahme ist für sich allein genommen in dieser Form wissenschaftlich nicht haltbar. Keine der hier genannten Studien (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; de Vries et al., 2014) ist im Rahmen zuletzt erfolgter hochrangiger und hochqualitativer NICE-Übersichtsarbeiten (NICE 2020a/b) sowie relevanter

themenspezifischer Folgenanalysen mit NICE- bzw. Modified GRADE-Methodik (Zepf et al., 2024) berücksichtigt worden, da sie sowohl signifikante Mängel aufweisen, als auch entsprechende Mindeststandards wie z.B. die minimalen PICO-Kriterien nicht erfüllen. Die derzeitigen aktuellen Übersichtsarbeiten (NICE 2020a/b; Thompson et al., 2023; Zepf et al. 2024) widerlegen die hier artikulierte Annahme bei Wahrung entsprechender Mindeststandards (PICO, NICE, Modified GRADE). Insofern ist dieses Statement aus Sicht der Autoren_Innen der vorliegenden Kommentierung zu streichen oder grundsätzlich zu überarbeiten.

Im Anschluss findet sich folgende Aussage zum Thema „Konsensbasierte Empfehlungen“:

Empfehlung VII.K0.: *Für eine fachgerechte Indikationsstellung sind spezielle Fachkenntnisse und mehrjährige Erfahrungen in der Prozessbegleitung und Behandlung von Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz erforderlich. Fachpersonen ohne hinreichende spezielle Vorkenntnisse und Erfahrungen in diesem Bereich sollen zur fachlichen Absicherung einer Indikationsstellung eine hinreichend erfahrene Fachperson oder eine Spezialambulanz bzw. ein spezialisiertes Behandlungszentrum hinzuziehen.*

Kommentar und Einordnung: Einmal mehr im aktuellen Leitlinienentwurf wird hier der Begriff der „Indikation“ bzw. der „Indikationsstellung“ irreführend verwendet. Als medizinische Indikation versteht man den nachgewiesenen, hinreichend gerechtfertigten Grund für eine diagnostische oder auch therapeutische Intervention oder Maßnahme bei einem Betroffenen. Dabei muss ebendiese Intervention oder Maßnahme bei einem bestimmten Zustandsbild aufgrund medizinischer Evidenz tatsächlich und nachweislich angebracht bzw. gerechtfertigt sein (vgl. dazu analog die Definition des Begriffs „Indikation“ lt. Psychrembel online, 2024: „Kriterium zur hinreichend gerechtfertigten Anwendung eines bestimmten klinischen Verfahrens, eines Arzneimittels oder einer Therapie, wobei die grundsätzliche Aufklärungspflicht gegenüber dem Patienten besteht“). Der verwendete Begriff der „Indikation“ bzw. der „Indikationsstellung“ ist daher in der aktuellen, auf sehr viele Fälle mit GI anzuwendende Formulierung nicht angebracht und zu streichen. Denn die aktuellen Evidenzlage zumindest hinsichtlich der Gabe von PB und CSH bei Minderjährigen mit GD

rechtfertigt - abgesehen von Ausnahmefällen - aus Sicht der Autoren_Innen der vorliegenden Kommentierung keine Indikation.

Weiterhin ist unklar was mit *„spezielle Fachkenntnisse*“ an dieser Stelle tatsächlich genau gemeint ist. Es ist ferner nicht ersichtlich, ob mit dem Terminus *„spezielle Fachkenntnisse“* eine Kenntnis der tatsächlichen aktuellen Evidenzlage (einschließlich der Arbeiten von Bachmann et al., 2024; Cass, 2024; Jorgensen et al., 2024; NICE 2020a/b; Rawee et al., 2024; Ruuska et al., 2024; Thompson et al., 2024; Zepf et al., 2024) zur hier betreffenden Thematik gemeint ist. Wenn ja, würde diese Empfehlung zu den o.g. speziellen Fachkenntnissen andere Maßnahmen oder Interventionen des aktuellen Leitlinienentwurfs unterwandern, da viele im aktuellen Leitlinienentwurf skizzierten Ansätze der derzeitigen Evidenzlage eindeutig widersprechen. Aus Sicht der Autoren_Innen der vorliegenden Kommentierung ist hier das Wort *„Indikationsstellung“* ersatzlos zu streichen und der Ausdruck *„spezielle Fachkenntnisse“* genauer zu definieren. Im Vereinigten Königreich (UK) wird nunmehr gefordert, dass eine Einzelfallentscheidung durch ein multiprofessionelles Team (MPT) zu treffen ist und entsprechende biomedizinische Maßnahmen, wie z.B. eine Pubertätsblockade nur in einem Forschungsrahmen erfolgen soll (vgl. hierzu den aktuellen und finalen Cass-Review, [Cass, 2024]). In Schottland hat die Sandyford Clinic in Glasgow geäußert, neu hinzukommende Hilfesuchende im Alter von 16 oder 17 Jahren würden keine weiteren PB erhalten bis zum Alter von 18 Jahren (BBC, 2024). Auch aufgrund der Erfahrungen aus den USA und dem UK halten es die Autoren_Innen der vorliegenden Kommentierung für dringend geboten, dass nicht einzelne ggfs. selbsternannte „Fachpersonen“ oder Experten_Innen diese Entscheidung treffen. Ein erfahrenes MPT ist im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Diagnostik derzeit als der beste Standard anzusehen – lt. Cass (2024) besonders auch für den Kontext der GI bzw. GD.

Weiterhin gibt es neue Befunde, welche einen deutlichen schädlichen Einfluss einer Pubertätsblockade auf verschiedene testikuläre Zelltypen bei Minderjährigen mit GD aufzeigen (Murugesh et al., 2024).

Spezifische Empfehlungen zur Pubertätsblockade

Empfehlung VII.K1.: *Eine Indikationsstellung zur Pubertätsblockade bei Jugendlichen mit GI/GD sollte zweigleisig erfolgen und erfordert interdisziplinäre Expertise und Kooperation. Voraussetzung für diese Indikationsstellung ist eine der Dringlichkeit und Komplexität der Einzelsituation angemessene kinder- und jugendpsychiatrische bzw. psychologische diagnostische Einschätzung. Der somatomedizinische Teil der Indikation soll im Hinblick auf ihre Voraussetzungen (pubertäres Reifestadium, Abwesenheit von somatischen Kontraindikationen etc.) durch eine erfahrene pädiatrisch-endokrinologische Fachperson beigetragen werden.*

Kommentar und Einordnung: Diese Empfehlung lässt die aktuelle Evidenzlage zur Gabe von PB bei Minderjährigen mit GD außen vor (siehe hierzu Cass, 2024; NICE 2020a/b; Thompson et al., 2023; Zepf et al., 2024). Es gibt derzeit keine sichere Evidenz dafür, dass sich die GD-Symptomatik und bzw. oder die psychische Gesundheit bei den betroffenen Minderjährigen durch eine Gabe von PB nachhaltig und deutlich verbessern (NICE 2020a/b; Thompson et al., 2023; Zepf et al., 2024). Die von den Autor_Innen des aktuellen Leitlinienentwurfs vorgebrachten Studien fanden aufgrund signifikanter qualitativer Mängel in den letzten beiden NICE-Übersichtsarbeiten (2020a/b) sowie relevanter NICE- und Modified GRADE-basierter Folgearbeiten (Zepf et al., 2024) keine Berücksichtigung. Insofern ist diese Empfehlung zu streichen oder grundsätzlich zu überarbeiten.

Empfehlung VII.K2.: *Hier werden die formalen Anforderungen für die Fachkenntnis der Personen, die den kinder-und jugendpsychiatrisch-psychologisch-psychotherapeutischen Teil der Indikation für eine Pubertätsblockade bei Jugendlichen mit GI/GD stellen, aufgelistet. Die Fachkenntnis der Personen, die den kinder- und jugendpsychiatrisch-psychologisch psychotherapeutischen Teil der Indikation für eine Pubertätsblockade bei Jugendlichen mit GI/GD stellen, sollte folgende formalen Anforderungen erfüllen: fachärztliche Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie - fachärztliche Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie, Approbation für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*

Kommentar und Einordnung: Der Begriff *„Indikation“* ist aus den o.g. Gründen zu streichen (siehe Kommentar oben zu Empfehlung VII.K0. einschließlich Evidenzlage bzgl. Pubertätsblockade bei Minderjährigen mit GD). MPTs sind im hier betreffenden Fachgebiet nach wie vor der höchste Standard im Rahmen der Gewinnung von Informationen und Einschätzungen bzgl. der Symptomatik von belasteten Kindern und Jugendlichen und somit als "Goldstandard" zu bezeichnen. Es sollte keinesfalls eine Entscheidung allein von einer Fachperson getroffen werden.

Empfehlung VII.K3.: *Voraussetzung für die Indikation einer Pubertätsblockade soll das Vorliegen einer stabilen/persistierenden Geschlechtsinkongruenz nach Pubertätseintritt (nach den diagnostischen Kriterien der GI im Jugendalter/ ICD-11 HA60) mit bestehendem geschlechtsdysphorischen Leidensdruck sein. Die diagnostische Einschätzung sollte im Rahmen einer Zusammenarbeit der psychiatrisch-psychologischen Fachperson mit den Patient*innen und ihren Sorgeberechtigten/Bezugspersonen anhand der sorgfältigen Exploration der psychischen Befunde und der Lebensgeschichte erfolgen.*

Kommentar und Einordnung: Der Begriff *„Indikation“* ist aus den o.g. Gründen zu streichen (siehe Kommentar oben zu Empfehlung VII.K0. einschließlich Evidenzlage bzgl. Pubertätsblockade bei Minderjährigen mit GD). Es bleibt ferner unklar, was mit den Worten *„stabil“* bzw. *„persistierend“* genau gemeint ist. Es bedarf hier dringend der Bedarf einer Klarifizierung, auch wenn die Begriffe *„stabil“* bzw. *„persistierend“* im Grundsatz dem ICD-11 entnommene und übersetzte Formulierungen sind. Bei der diagnostischen Einschätzung *„…als Voraussetzung für die Indikation einer Pubertätsblockade…“* findet sich die Bedingung „sollte“. Es bleibt unklar, wie dies gerechtfertigt werden soll, da ein weltweiter Konsens besteht, dass für Überlegungen zur Gabe von PB – wenn sie denn überhaupt bei Minderjährigen aus nicht-somatischen Gründen in Betracht gezogen wird – eine diagnostizierte GD als Ausgangspunkt vorliegen muss. Die derzeitige Formulierung dieser Empfehlung birgt die Gefahr eines Umgehens des durch den Text angestrebten Vorgehens im Sinne einer Zusammenarbeit der in dieser Empfehlung genannten Beteiligten. Weiterhin bedarf der Ausdruck *„bestehender geschlechtsdysphorischer Leidensdruck“* einer genauen Definition, speziell in Abgrenzung zu anderen ggfs. zeitgleich erlebten subjektiven Belastungen, Symptomen von ggfs. begleitenden psychischen Störungen und deren jeweilige Ursachen, Ausprägungen und

Erscheinungsbildern. Siehe auch hier unseren Kommentar bzw. unsere Einschätzung bzgl. der Rolle eines MPT.

Empfehlung VII.K4.: *In Einzelfällen kann durch die fortschreitende pubertäre Reifeentwicklung ein Zeitdruck entstehen, bei dem zur Abwendung irreversibler Körperveränderungen (z.B. männlicher Stimmwechsel, weibliches Brustwachstum) von Seiten der pädiatrisch-endokrinologischen Fachperson eine Pubertätsblockade aufgrund ihrer Dringlichkeit mit vorläufiger Indikationsstellung zeitnah eingeleitet werden kann, wenn die Durchführung einer kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutischen (KJP-) Prozessbegleitung für eine Indikationsstellung eine nicht vertretbare Verzögerung bedeuten würde. In einem so begründeten Fall sollte eine diagnostische KJP-Prozessbegleitung zur Absicherung der Indikation zeitnah nachgeholt werden.*

Kommentar und Einordnung: Der Begriff *„Indikationsstellung“* ist aus den o.g. Gründen zu streichen (siehe Kommentar oben zu Empfehlung VII.K0. einschließlich Evidenzlage bzgl. Pubertätsblockade bei Minderjährigen mit GD). Weiterhin bleibt ungeklärt, was *„eine nicht vertretbare Verzögerung“* in diesem Kontext bedeutet, und wer diese Einschätzung nach welchen Kriterien sicher vornehmen kann bzw. soll oder darf. Was ist in diesem Kontext eine vertretbare Verzögerung, und was soll eine nicht vertretbare Verzögerung sein? Mit Blick auf die derzeitige Evidenzlage bzgl. der Pubertätsblockade bei Minderjährigen mit GD (Cass, 2024; NICE 2020a/b; Thompson et al., 2023; Zepf et al. 2024) ist es generell fraglich, wie (und ob) eine *„Absicherung der Indikation“* für diese Maßnahme überhaupt nach welchem Modus erfolgen kann. Es besteht jedoch Zustimmung, dass in z.B. seltenen Einzelfällen nach äußerst kritischer Abwägung eine Pubertätsblockade bei Minderjährigen mit GD nach erfolgter Behandlung ggfs. vorhandener psychischer Störungen erwogen werden kann, und in solchen Fällen könnte es sinnvoll sein den Rat einer klinischen Ethikkommission hinzuzuziehen. Hierbei besteht dann jedoch keine klare medizinische Indikation im klassisch-medizinischen Sinne (siehe Kommentar oben zu Empfehlung VII.K0.), vielmehr geht es um die medizinische Rechtfertigbarkeit im jeweiligen Einzelfall nach profunder individueller Nutzen-Risiko-Abwägung und nach abgeschlossener kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnostik und Therapie ggfs. vorhandener begleitender psychischer Störungen. Eine pädiatrisch-endokrinologische Fachentscheidung mit Einsatz von endokrinologischen Behandlungen in

diesem spezifischen Kontext ohne Durchführung einer kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutischen Diagnostik und Prozessbegleitung kann irreversible psychische und körperliche Schäden verursachen und stellt somit eine potentielle Kindeswohlgefährdung dar. Daher ist diese Empfehlung in der vorliegenden Form abzulehnen.

Empfehlung VII.K5.: *Die Indikationsstellung für eine Pubertätsblockade bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie sollte unabhängig von einem binären Zugehörigkeitsempfinden zu einem bestimmten Geschlecht und unabhängig von der sexuellen Orientierung getroffen werden.*

Kommentar: Der Begriff *„Indikationsstellung"* ist aus den o.g. Gründen zu streichen (siehe Kommentar oben zu Empfehlung VII.K0.). Siehe ferner unsere Ausführungen bzgl. Binarität im Abschnitt II dieser Kommentierung.

Empfehlung VII.K6.: *Die Indikation für eine Pubertätsblockade bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie soll nicht vor dem Tanner-Stadium 2 gestellt werden.*

Kommentar: Der Begriff *„Indikation"* ist aus den o.g. Gründen zu streichen (siehe Kommentar oben zu Empfehlung VII.K0. einschließlich Evidenzlage bzgl. Pubertätsblockade bei Minderjährigen mit GD). Weiterhin wird angemerkt, dass das Tanner-Stadium 2 bezeichnet ein sehr frühes Stadium der Pubertät bezeichnet, d.h. in der Realität würde dies tatsächlich auch Minderjährige im Alter von z.B. auch ca. 10,5-11 Jahren (Spannweite ca. 8.-13. Lebensjahr) einschließen (Mädchen: Die Brustknospen beginnen sich zu entwickeln und Brustdrüsengewebe beginnt tastbar zu werden; Jungen: Erster Beginn der Vergrößerung des Hodenvolumens). Mit Blick auf die aktuelle Evidenzlage (Cass, 2024; NICE 2020a/b; Zepf et al., 2024; Cass, 2024) gibt es für dieses Vorgehen derzeit keine gesicherte Evidenz. Insofern ist diese Empfehlung so in der derzeitigen Form wissenschaftlich und klinisch nicht zu rechtfertigen.

Empfehlung VII.K7.: *Die Indikation für eine Pubertätsblockade kann bei entsprechendem Wunsch auch in einem späteren Pubertätsstadium gestellt werden. Dies kann bei noch nicht*

bestehender Indikation für eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung zum Gewinnen von Zeit für die Entscheidung für oder gegen weitere Behandlungsschritte und zur Minderung des Leidensdrucks sinnvoll sein.

Kommentar und Einordnung: Der Begriff *„Indikation"* ist aus den o.g. Gründen zu streichen (siehe Kommentar oben zu Empfehlung VII.K0. einschließlich Evidenzlage bzgl. Pubertätsblockade bei Minderjährigen mit GD). Weiterhin wird kritisch angemerkt, durch eine Pubertätsblockade wird nicht wie hier behauptet Zeit gewonnen, denn diese Maßnahme zieht in vielen Fällen weitere Interventionen nach sich (Brik et al., 2020; Carmichael et al., 2021; Chen et al., 2023; de Vries et al., 2011). Weiterhin läuft die pubertäre Entwicklung der gleichaltrigen Peergroup weiter, sodass die Betroffenen auch hier in einen zunehmenden Außenseiterstatus gelangen können, und was in der Folge ggfs. weitere Belastungen oder Symptome hervorrufen kann. Weiterhin kann der Ausdruck *„geschlechtsangleichend"* von einigen Leser_Innen als sprachliche Verharmlosung im Sinne eines Euphemismus bzgl. ggfs. irreversibler, somatomedizinischer Maßnahmen ohne klare nachhaltige medizinische Evidenz für deren sicheren Nutzen mit Blick auf die GD oder die psychische Gesundheit (NICE 2020a/b; Zepf et al., 2024) bei betroffenen, körperlich gesunden Minderjährigen verstanden werden. Dies ist vor allem mit Blick auf die hier betreffenden Maßnahmen (PB, CSH) sehr relevant. Der oftmals verwendete sprachliche Ausdruck der *„Angleichung"* bezieht sich hierbei auf die Aussage bzw. die subjektive Eigenbeschreibung des Identitätserlebens von minderjährigen Personen mit GD, die sich jedoch jederzeit im weiteren Verlauf grundsätzlich wieder ändern kann. Dies sollte aus der allgemeinen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen hinlänglich bekannt sein, insbesondere bei Vorliegen einer begleitenden Psychopathologie.

Aktuelle Forschungsdaten aus Deutschland zeigen eine insgesamt schwache Stabilität der hier betreffenden Diagnose (Bachmann et al., 2024). In dieser neuen Arbeit von Bachmann und Kollegen_Innen (2024) konnte innerhalb eines 10-Jahres-Zeitraumes bei 5–24-jährigen Versicherten ein Prävalenzanstieg von F64-Diagnosen auf etwa das 8-fache gezeigt werden, wobei aufgrund des Fehlens stationärer und ambulanter Daten hier eher noch von einer Prävalenzunterschätzung auszugehen ist. Hierbei ist zu bemerken, dass zu den möglichen Ursachen des Häufigkeitsanstiegs von F64-Diagnosen (z.B. realer Prävalenzanstieg, vermehrte „awareness", rückläufige Stigmatisierung, verbesserte Versorgungssituation, soziale

Ansteckung, Überdiagnostik) konnte keine Aussage getroffen werden konnte. Die in allen Altersgruppen im 5-Jahres-Follow-up unter 50% liegende Diagnosepersistenz entsprach der derzeitigen Literatur und bildet vermutlich die Fluidität bzw. Wechselhaftigkeit des Konzeptes „Geschlechtsidentität“ in Kindheit und Adoleszenz ab. Diese neue Studie aus Deutschland wird flankiert durch andere neue Daten aus den Niederlanden, die folgende Punkte hinsichtlich des Zeitverlaufs entsprechender Symptome bei einer Studie mit über 2.700 Teilnehmer_Innen aufzeigen konnten (Rawee et al., 2024):

- Eine Gender- bzw. Geschlechtsunzufriedenheit findet sich am häufigsten im Alter von ca. 11 Jahren, und die Häufigkeit dieser Symptomatik nimmt dann im weiteren Verlauf mit dem Alter ab.

- Es konnten drei unterschiedliche Trajektorien bzgl. verschiedener Entwicklungsverläufe aufgezeigt werden:

  1.) Die eindeutige Mehrheit (78% der untersuchten Stichprobe) zeigten konstant keine weitere Gender- bzw. Geschlechtsunzufriedenheit.

  2.) Eine weitere Gruppe zeigte Gender- bzw. Geschlechtsunzufriedenheit in der frühen Adoleszenz, jedoch nicht mehr im Erwachsenenalter (19% der Stichprobe).

  3.) Nur eine sehr kleine Gruppe (2% der Stichprobe) zeigte eine umgekehrte Entwicklung mit zunehmender Gender- bzw. Geschlechtsunzufriedenheit.

In der Zusammenschau dieser Befunde bedeutet dies, nur ca. 2% der untersuchten Kohorte zeigten in dieser Studie eine im Erwachsenenalter noch vorhandene bzw. gesteigerte Gender- bzw. Geschlechtsunzufriedenheit, und 98% der untersuchten Kohorte zeigten diese Symptomatik im Erwachsenenalter nicht mehr (Rawee et al., 2024). Vor dem Hintergrund ebensolcher Befunde ist es problematisch, an dieser Stelle von konzeptioneller Seite die implizite und empirisch bzw. wissenschaftlich derzeit nicht zu rechtfertigende Annahme der eindeutigen Existenz einer grundsätzlichen naturhaften "identitären Disposition" bzw. einer „primär ubiquitären Identität", die dauerhaft und unveränderbar bestehe, zu machen,

insbesondere bei Minderjährigen mit Bezug auf das Geschlecht und dessen eigenes Erleben (vgl. hierzu erneut Abschnitt II dieser Kommentierung). Eine solche ubiquitäre und naturalistisch determinierte Identität bei Kindern und Jugendlichen bzw. deren Vorhandensein und Nachweisbarkeit wird jedoch im gesamten aktuellen Leitlinienentwurf durchgängig suggeriert. Dies ist wissenschaftlich nicht haltbar. Wie bereits erläutert, wenn eine solche ubiquitäre und dauerhafte naturalistisch determinierte Identität empirisch tatsächlich nachweisbar wäre, dann müssten auch deren Grenzen klar definiert werden können (= welche Aspekte der Identität sind naturalistisch determiniert und wenn ja in welchem Ausmaß, und welche sind es nicht). Dies ist jedoch nicht möglich. Im gesamten aktuellen Leitlinienentwurf wird an keiner Stelle benannt, welches theoretische Identitätsmodell, -konzept bzw. welches Identitätsverständnis hier überhaupt je nach Argumentation und Empfehlung jeweils verwendet wird, oder in welcher Art und Weise je nach Lebens- und Entwicklungsphase sich diese als „Identität“ verstandenen Aspekte ändern bzw. überhaupt eintreten und in Abhängigkeit welcher anderen Variablen ggfs. verändern oder auch nicht verändern und in welchem Ausmaß. Insofern mangelt es hier an einem evidenzbasierten konzeptionellen Framework mit Blick auf die Definition von „Identität“ bzw. „Geschlechtsidentität“ bei betroffenen Minderjährigen.

Eine solche empirisch nicht nachweisbare „primäre ubiquitäre Identität", welche dann notwendigerweise in solchen Fällen zu einer GD führe bzw. führen könne und, sofern sie tatsächlich bestehe, primär durch ggfs. irreversible, somatomedizinische Maßnahmen zu verändern sei da die Identität solchen Überlegungen folgend ein Ausdruck der eigenen individuellen menschlichen Natur wäre, sollte nicht die Grundlage für solche einschneidenden ggfs. irreversiblen, somatomedizinischen Maßnahmen bei körperlich gesunden Minderjährigen mit ggfs. folgender Unfruchtbarkeit ohne klare Evidenz für deren sicheren klinischen Nutzen oder langfristigen sicheren Benefit sein. Eine ggfs. erfolgende unterstützende Psychotherapie stünde somit im Verdacht den Prinzipien einer sog. „Konversionstherapie“ zu folgen, wenn das „sich im falschen Körper zu fühlen“ selbst zum Gegenstand der Therapie gemacht werde. In der letzten Konsequenz resultiert eine solche Auffassung aus einer im Grundprinzip weitestgehend naturalistischen Sichtweise der Spezies Homo sapiens. Es ist allgemein bekannt, dass Menschen sich im Gegensatz zur Tierwelt selbst interpretieren und sich in den meisten Fällen in einem mehr oder auch ggfs. weniger

differenzierten Ausmaß zu verschiedenen Zeitpunkten (teilweise auch jeweils unterschiedlich) selbst reflektieren können. Solche reflexiven Gedanken und individuell wahrgenommenen Gefühle können bei der Selbstinterpretation nicht als kausal determiniert gefasst werden, insbesondere bei Minderjährigen in der Entwicklung und dies sowohl mit wie auch ohne ggfs. begleitende Psychopathologie. Ansonsten würde hier ein absolut kritisches Wirkelement im Sinne eines subjektiven Erkenntnisgewinns und einer eigenen Verhaltensmodifikation nach Selbstreflexion nahezu aller etablierter und anerkannter Psychotherapieverfahren, die bei anderen Zustandsbildern mit ggfs. psychischer Belastung gemäß anderer existierender Leitlinien unserer wie auch Fachgesellschaften von Nachbardisziplinen bei psychischen Störungen z.B. zum Einsatz kommen, negiert. Dies gilt insbesondere, wenn man die Spezies Homo sapiens nicht als eine „biologische Apparatur“ versteht, bei welcher keine Selbstveränderung durch Reflektion möglich sei und welche durch zum Beispiel Gene oder deren Expression, Gen-Umwelt-Interaktionen und auch die Umwelt selbst vollständig bestimmt wären.

Insofern ist aus Sicht der Autoren_Innen der vorliegenden Kommentierung der sprachliche Ausdruck *„geschlechtsangleichend“*, bei allem Verständnis und bestem Wohlwollen gegenüber den Betroffenen, im Kontext des aktuellen Leitlinienentwurfs an allen jeweils verwendeten Stellen nicht zu verwenden, und z.B. mit einem nicht-diskriminierenden und nicht-stigmatisierenden und gleichzeitig sachlich-deskriptiven Ausdruck wie „das äußere Erscheinungsbild optisch zu verändern“ zu ersetzen. Letztendlich zielen alle im Rahmen des aktuellen Leitlinienentwurfs skizzierten biomedizinischen Maßnahmen auf eine optische Veränderung des Aussehens gemäß einer subjektiven (ggfs. auch nur temporären) Wunschvorstellung bei Minderjährigen mit primär physiologisch gesunden Körpern ab, wobei eine tatsächliche Änderung des biologischen Geschlechts (hier dann im Sinne einer Veränderung der grundsätzlichen Veranlagung des Körpers zur Fähigkeit bei biologisch geborenen Mädchen nach einer Veränderung Spermien, bzw. bei biologisch geborenen Jungen die grundsätzliche Auslegung des Körpers nach dessen Veränderung für die Fähigkeit für einen Teil des Lebens menschliche Eizellen zu produzieren) nach heutigem Kenntnisstand medizinisch nicht möglich ist. Der sprachliche Ausdruck der *„Angleichung“* verleitet jedoch zu einer solchen wissenschaftlich ungerechtfertigten Annahme, und dies sollte unbedingt im

Interesse der Betroffenen Minderjährigen im aktuellen Leitlinienentwurf insgesamt vermieden und an keiner Stelle verwendet werden.

Empfehlung VII.K8.: *Ein bereits begonnener oder vollzogener sozialer Rollenwechsel sollte bei der Indikationsstellung für eine Pubertätsblockade nicht als ein notwendiges Kriterium gelten.*

Kommentar und Einordnung: Der Begriff *„Indikationsstellung“* ist aus den o.g. Gründen zu streichen (siehe Kommentar oben zu Empfehlung VII.K0. einschließlich Evidenzlage bzgl. Pubertätsblockade bei Minderjährigen mit GD). Die Streichung dieses Kriteriums birgt eine besondere Gefahr, da sie dazu führen kann, dass vorübergehende, äußerst flüchtige "Identitätszustände" (ggfs. zeitlich und auch inhaltlich umschrieben bzw. begrenzt), die ggf. aufgrund anderer psychischer Störungen auftreten, die ohne kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik nicht festgestellt werden können, als Grundlage für die Ableitung von medizinisch irreversiblen Maßnahmen dienen (vgl. Bachmann et al., 2024; Rawee et al., 2024).

Empfehlung VII.K9.: *Vor einer Indikationsstellung für eine pubertätsunterdrückende Behandlung mit GnRH-Analoga bei Jugendlichen sollte im Gespräch mit Patient*in und Sorgeberechtigten über die möglichen Auswirkungen der Behandlung auf die spätere Fertilität sowie ggf. auf spätere geschlechtsangleichende somatomedizinische Behandlungsschritte informiert werden. Auf die Möglichkeiten fertilitätserhaltender medizinischer Maßnahmen soll hierbei hingewiesen und der Zugang zu einer hierfür spezialisierten Beratung ermöglicht werden. Die Indikationsstellung für eine Pubertätsblockade soll die Prüfung der Einwilligungsfähigkeit (D) /Urteilsfähigkeit (CH) /Entscheidungsfähigkeit (A) der Patient*innen durch eine kinder- und jugendpsychiatrische bzw. psychologische Fachperson beinhalten. Bei nicht hinreichender Einwilligungsfähigkeit/ Urteilsfähigkeit/ Entscheidungsfähigkeit soll die minderjährige Person darin gefördert werden, diese Fähigkeit zu erlangen.*

Kommentar und Einordnung: Der Begriff *„Indikationsstellung“* ist aus den o.g. Gründen zu streichen (siehe Kommentar oben zu Empfehlung VII.K0. einschließlich Evidenzlage bzgl. Pubertätsblockade bei Minderjährigen mit GD). Weiterhin ist unklar warum hier an einer Stelle bzgl. der Auswirkungen der hier betreffenden Maßnahmen die abgeschwächte „sollte“-

Formulierung statt einer „soll“-Ausdrucksweise gewählt wurde. Die gleiche Frage bzgl. einer „sollte“- vs. „soll“-Formulierung stellt sich bei der Prüfung der Einwilligungsfähigkeit. Weiterhin ist nicht ersichtlich, wie bei Minderjährigen mit GD ein informiertes Einverständnis für eine Gabe von PB mit Blick auf die derzeitige Evidenzlage überhaupt hergestellt werden kann, speziell wenn selbst in der informierten Fachwelt diese Thematik derzeit höchst kontrovers diskutiert wird und es keine klare Evidenz für einen nachhaltigen und deutlichen klinischen Nutzen der Gabe von PB mit Blick auf Zielvariablen wie die GD selbst oder die psychische Gesundheit gibt.

Es sei an dieser Stelle die Frage gestattet: Können betroffene und belastete körperlich gesunde Minderjährige, ggfs. auch in einer Krisensituation mit oder ohne begleitende Psychopathologie, in eine ggfs. irreversible, somatomedizinische Maßnahme einwilligen, für die es keine klaren und eindeutigen Nachweise einer deutlichen und nachhaltigen Wirksamkeit im Sinne einer Verbesserung der GD oder der psychischen Gesundheit gibt, informiert einwilligen? Aus Sicht der Autoren_Innen der vorliegenden Kommentierung würde ein solcher Versuch des Einholens eines informierten Einverständnisses bei den hier betroffenen Minderjährigen bereits bei dem Terminus „informiert“ scheitern, denn die tatsächliche und gesicherte Information eines eventuellen Nutzens ist aktuell für diese hier betreffenden Maßnahmen nicht gegeben und nicht von solider medizinischer Evidenz gedeckt. Im Ausland wird in vielen Fällen die Gabe von PB zurückgefahren (siehe hierzu z.B. die Ausarbeitung der Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages, 2023). Der Hinweis auf die Ermöglichung einer spezialisierten Beratung im Hinblick auf eine Fertilität erhaltende Maßnahmen impliziert zunächst einen Schutz der Betroffenen vor irreversiblen Folgen, ist insofern aber irreführend, als bisher in Deutschland keine etablierten Mindeststandards für eine Fertilitätsberatung bei Minderjährigen mit einer GD existieren. Der Satz *„Bei nicht hinreichender Einwilligungsfähigkeit/ Urteilsfähigkeit/ Entscheidungsfähigkeit soll die minderjährige Person darin gefördert werden, diese Fähigkeit zu erlangen.“* suggeriert fälschlicherweise den Anschein, eine solche Einwilligungsfähigkeit könne bei den meisten minderjährigen Betroffenen mit genügend Aufwand in einem mehr oder weniger überschaubaren Zeitraum hergestellt werden. Es fehlen im aktuellen Leitlinienentwurf klare Angaben dazu, wie eine profunde Fertilitätsberatung bei Minderjährigen mit GD evidenzbasiert durchgeführt werden kann, und wie diese Betroffenen ein informiertes

Einverständnis geben können im Kontext der derzeitigen Evidenzlage, insbesondere bei ggfs. begleitender Psychopathologie, welche die Belastung der Betroffenen zusätzlich erschweren kann. Etablierte Mindeststandards für eine Fertilitätsberatung bei Minderjährigen mit GD liegen für Deutschland nicht vor.

Empfehlung VII.K10.: *Bei gegebener Einwilligungsfähigkeit (D)/ Urteilsfähigkeit (CH)/ Entscheidungsfähigkeit (A) der minderjährigen Person sollte ein Co-Konsens der Sorgeberechtigten angestrebt werden.*

Kommentar und Einordnung: Siehe hierzu auch Kommentar und Einordnung zu Empfehlung VII.K9. Aus Sicht der Autoren_Innen der vorliegenden Kommentierung kann kein klarer Co-Konsens erreicht werden, da die meisten betroffenen Minderjährigen mit GD (mit oder ohne begleitende Psychopathologie) im Kontext der derzeitigen Evidenzlage kein klares ausreichend informiertes Einverständnis geben können (siehe o.g. Ausführungen). Ferner sei die Frage erlaubt wieso beim Anstreben des Co-Konsens keine „soll"-Formulierung gewählt wurde.

Empfehlung VII.K11.: *In Fällen, in denen kein Co-Konsens zwischen Patient*in und Sorgeberechtigten besteht, sollte eine intensive Prozessbegleitung des Familiensystems durch eine geeignete Fachperson mit familientherapeutischer Expertise angeboten werden mit dem Ziel, dass eine Unterstützung des/der Patient*in ermöglicht wird. Eine solche Prozessbegleitung wird nur empfohlen, wenn hierdurch keine schädlichen Auswirkungen auf das gesundheitliche/psychische Wohl des/der Patient*in zu erwarten sind. In solchen Fällen ist eine Prüfung des Kindeswohls angezeigt.*

Kommentar und Einordnung: Siehe hierzu auch Kommentare und Einordnungen zu Empfehlungen VII.K9 und VII.K10 einschließlich Evidenzlage bzgl. Pubertätsblockade bei Minderjährigen mit GD. Der Begriff der *„Prozessbegleitung"* sollte unbedingt noch besser klarifiziert werden, die Definition im Glossar des aktuellen Leitlinienentwurfs ist nicht ausreichend genau und nicht spezifisch genug dargelegt. Die betroffenen Minderjährigen mit GD (mit oder ohne begleitende Psychopathologie) können in der Regel im Kontext der derzeitigen Evidenzlage kein klares informiertes Einverständnis für solche Maßnahmen sicher

geben (siehe hierzu auch o.g. Ausführungen). Es bleibt zudem unklar, was mit dem *„Kindeswohl“* speziell im Kontext dieser Empfehlung tatsächlich gemeint ist, bzw. welches Vorgehen in einem solchen Fall mit Blick auf die GD und ggfs. von den Betroffenen gewünschte optische Änderung des äußeren Erscheinungsbilds am ehesten im Sinne des Kindeswohl wäre. Ferner bleibt hier ungeklärt, wer das Kindeswohl nach welchen Maßstäben bzw. nach welchen Kriterien definiert. Insofern ist diese Empfehlung in der derzeitigen Form abzulehnen, da sie zu viele Unklarheiten beinhaltet, die nicht suffizient aufgelöst werden können.

Spezifische Empfehlungen zur Hormongabe

Empfehlung VII.K12.: *Die Indikationsstellung zur geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie sollte zweigleisig erfolgen und erfordert interdisziplinäre Expertise und Kooperation. Voraussetzung für eine Indikationsstellung ist eine der Dringlichkeit und Komplexität der Einzelsituation angemessene jugendpsychiatrische bzw. psychotherapeutische diagnostische Einschätzung. Der somatische Teil der Indikationsstellung sollte im Hinblick auf ihre Voraussetzungen (pubertäres Reifestadium, Abwesenheit von somatischen Kontraindikationen etc.) durch eine in der Behandlung von Jugendlichen erfahrene endokrinologische Fachperson erfolgen.*

Kommentar und Einordnung: Der Begriff *„Indikationsstellung“* ist aus den o.g. Gründen zu streichen (siehe Kommentar oben zu Empfehlung VII.K0. einschließlich Evidenzlage bzgl. CSH-Gabe bei Minderjährigen mit GD). Aus evidenzbasierten Gründen ist diese Empfehlung in dieser Formulierung abzulehnen. Auch hier stellt sich die Frage bzgl. der „sollte“-Ausdrucksweise, bzw. warum keine „soll“-Formulierung gewählt wurde. Der Ausdruck *„geschlechtsangleichend“* ist ferner aus den o.g. Gründen abzulehnen.

Empfehlung VII.K13. *Die Fachkenntnis der Personen, die den kinder- und jugendpsychiatrisch-psychologisch- psychotherapeutischen Teil der Indikation für eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung bei Jugendlichen mit GI/GD stellen, sollte folgende formalen Anforderungen erfüllen: Eine der folgenden für das Kindes- und Jugendalter spezifischen Qualifikationen: D: - fachärztliche Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und*

*-psychotherapie oder fachärztliche Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Approbation für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie; CH: Facharzttitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Foederatio Medicorum Helveticorum/FMH) oder Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeut*in; A: Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin oder Eintragung als Psychotherapeut*in mit Weiterbildung in Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie; Oder alternativ bei entsprechend klinischer Expertise in der Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen: D: Fachärztliche Gebietsbezeichnung für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Approbation für Psychologische Psychotherapie; CH: Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie (FMH); A: Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin oder Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie oder Eintragung als Psychotherapeut*in, Eintragung als klinische Psychologin oder klinischer Psychologe.*

Kommentar und Einordnung: Der Begriff *„Indikation“* ist aus den o.g. Gründen zu streichen (siehe Kommentar oben zu Empfehlung VII.K0. einschließlich Evidenzlage bzgl. CSH-Gabe bei Minderjährigen mit GD). Der Ausdruck *„geschlechtsangleichend“* ist ebenso aus den o.g. Gründen abzulehnen. Aus evidenzbasierten Gründen ist diese Empfehlung in der derzeitigen Formulierung abzulehnen.

Empfehlung VII.K14.: *Voraussetzung für die Indikation einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung soll das Vorliegen einer stabilen/persistierenden Geschlechtsinkongruenz (nach den diagnostischen Kriterien der GI im Jugendalter/ ICD-11 HA60) mit nach Pubertätseintritt entstandenem oder verstärktem geschlechtsdysphorischem Leidensdruck sowie der damit einhergehende Wunsch nach der Ausbildung der durch die Hormonbehandlung zu erwartenden geschlechtsspezifischen körperlichen Veränderungen sein. Die diagnostische Einschätzung sollte im Rahmen einer Zusammenarbeit einer psychiatrisch-psychologischen Fachperson mit den Patient*innen und ihren Sorgeberechtigten/Bezugspersonen anhand der Exploration der psychischen Befunde und der Lebensgeschichte erfolgen.*

Kommentar und Einordnung: Der Begriff *„Indikation“* ist aus den o.g. Gründen zu streichen (siehe Kommentar oben zu Empfehlung VII.K0. einschließlich Evidenzlage bzgl. CSH-Gabe bei Minderjährigen mit GD). Auch hier ist nicht geklärt was ist *„stabil“* bzw. was ist *„persistierend*“ (vgl. obige Ausführungen). Siehe auch hier unser Kommentar bzw. Einschätzung bzgl. der Rolle eines MPT als bester Standard im Rahmen einer umfassenden diagnostischen Einschätzung. Der Ausdruck *„geschlechtsangleichend“* ist auch hier aus den o.g. Gründen abzulehnen. Aus evidenzbasierten Gründen ist diese Empfehlung in der derzeitigen Formulierung abzulehnen.

Empfehlung VII.K15.: *Die Indikationsstellung einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung sollte unabhängig von der Polarität bzw. Binarität der Geschlechtsidentität und unabhängig von der sexuellen Orientierung der Patient*innen getroffen werden.*

Kommentar und Einordnung: Der Begriff *„Indikationsstellung“* ist aus den o.g. Gründen zu streichen (siehe Kommentar oben zu Empfehlung VII.K0. einschließlich Evidenzlage bzgl. CSH-Gabe bei Minderjährigen mit GD). Der Ausdruck *„geschlechtsangleichend“* ist ebenso aus den o.g. Gründen abzulehnen. Ferner Verweis auf Aspekte der Binarität in Abschnitt II dieser Kommentierung.

Empfehlung VII.K16.: *Für die Indikation einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung bei Jugendlichen sollte nicht vorausgesetzt werden, dass zuvor eine Pubertätsblockade durchgeführt wurde.*

Kommentar und Einordnung: Der Begriff *„Indikationsstellung“* ist aus den o.g. Gründen zu streichen (siehe Kommentar oben zu Empfehlung VII.K0. einschließlich Evidenzlage bzgl. CSH-Gabe bei Minderjährigen mit GD). Der Ausdruck *„geschlechtsangleichend“* ist ebenso aus den o.g. Gründen abzulehnen. Aus evidenzbasierten Gründen ist diese Empfehlung in der derzeitigen Formulierung abzulehnen.

Empfehlung VII.K17.: *Zur Vorbereitung einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung sollte eine soziale Erprobung der gewünschten Geschlechtsrolle erfolgen, sofern dies mit dem Diskriminierungsschutz vereinbar ist. In Fällen, in denen die soziale Unterstützung durch das*

Umfeld nicht ausreicht, sollte eine psychotherapeutische Begleitung des Transitionsprozesses angeboten werden.

Kommentar und Einordnung: Auch hier ist zu erwähnen, dass der Ausdruck einer *„geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung“* (gemeint ist eine CSH-Gabe) generell abzulehnen ist (siehe auch vorangegangene obige Ausführungen). Bezüglich der hier skizzierten psychotherapeutischen Begleitung ist zu erwähnen, dass im Rahmen einer Psychotherapie und auch einer psychotherapeutischen Begleitung als Grundprinzip die Abstinenzregel gilt. Es ist im Rahmen einer Psychotherapie explizit nicht die ärztlich-therapeutische Aufgabe die Betroffenen in allen Punkten unreflektiert und bedingungslos zu bestätigen. Ein kritisches Nachfragen bezüglich eventueller Motivationen, Motive oder anderer Beweggründe ist essentieller Bestandteil aller derzeit etablierter Diagnostik- und Psychotherapieverfahren. Somit wird hier im aktuellen Leitlinienentwurf essentiellen therapeutischen Grundregeln widersprochen.

Auf den Seiten 95-96 des aktuellen Leitlinienentwurfs findet sich bezüglich den therapeutischen Grundregeln die Aussage:

„Auf konsensusbasierte konkrete Empfehlungen zur therapeutischen Grundhaltung haben wir verzichtet, da diese letztlich in der reflektierten Eigenverantwortung jeder psychotherapeutischen Fachperson liegt und nicht durch eine Leitlinie reglementiert werden kann und sollte.

Ein solches Statement kann nach Ansicht der Autor_Innen der vorliegenden Kommentierung nicht als Grund aufgeführt werden, um etablierte therapeutische Grundregeln im Rahmen einer Leitlinie im Kontext der jeweiligen Empfehlungen teilweise grundsätzlich zu umgehen bzw. nicht zu berücksichtigen. Weiterhin stellt sich auch hier die Frage, warum keine „soll“-Formulierung gewählt wurde.

Empfehlung VII.K18.: *Besteht vor einer Indikationsstellung einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung eine über den geschlechtsdysphorischen Leidensdruck hinausgehende koinzidente psychische Störung, die mit der Behandlung interferiert, sollte in einem*

*integrierten bzw. vernetzten Behandlungskonzept eine fachgerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Intervention empfohlen und angeboten werden. Dabei sollten im Dialog mit dem/der Patient*in die Behandlungsschritte priorisiert werden.*

Kommentar und Einordnung: Der Begriff *„Indikationsstellung“* ist aus den o.g. Gründen zu streichen (siehe Kommentar oben zu Empfehlung VII.K0. einschließlich Evidenzlage bzgl. CSH-Gabe bei Minderjährigen mit GD). Weiterhin stellt sich auch hier die Frage, warum keine „soll“-Formulierung gewählt wurde. Der Ausdruck *„geschlechtsangleichend“* ist ebenso aus den o.g. Gründen abzulehnen.

Empfehlung VII.K19.: *Vor einer Indikationsstellung für eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung im Jugendalter sollen Jugendliche und ihre Sorgeberechtigten über die möglichen Auswirkungen der Behandlung auf Sexualität, Fertilität, Beziehungserleben, Körpererleben, mögliche Diskriminierungserfahrungen und weitere geschlechtsangleichende körpermodifizierende Behandlungsschritte aufgeklärt werden. Auf die Möglichkeiten fertilitätserhaltender medizinischer Maßnahmen sollte hierbei hingewiesen und der Zugang zu einer hierfür spezialisierten Beratung ermöglicht werden.*

Kommentar und Einordnung: Der Begriff *„Indikationsstellung“* ist aus den o.g. Gründen zu streichen (siehe Kommentar oben zu Empfehlung VII.K0. einschließlich Evidenzlage bzgl. CSH-Gabe bei Minderjährigen mit GD). Weiterhin erweckt diese Empfehlung den falschen Eindruck, ein informiertes Einverständnis zu den hier betreffenden Punkten könne bei allen betroffenen Minderjährigen ohne größere Probleme festgestellt werden. Der Ausdruck *„geschlechtsangleichend“* ist ebenso aus den o.g. Gründen abzulehnen. Weiterhin sind die Auswirkungen auf die hier skizzierten Aspekte (Sexualität, Fertilität, Beziehungserleben, Körpererleben, mögliche Diskriminierungserfahrungen und weitere geschlechtsangleichende körpermodifizierende Behandlungsschritte) gar nicht vollständig bzw. ausreichend erforscht, d.h. insofern kann hierüber gar nicht adäquat und vor allem nicht kindgerecht aufgeklärt werden. Neue Forschungsergebnisse zeigen, eine CSH-Gabe war mit einem erhöhten BMI und Insulinresistenz bei Betroffenen mit GI/GD. Betroffene mit Male-to-Female-Transition („transgender women“, biologisch männlich bei Geburt) zeigten im Vergleich zu Betroffenen

mit Female-to-Male-Transition („transgender men“, biologisch weiblich bei Geburt) eine höhere Anfälligkeit für eine Insulinresistenz (Panday et al., 2024).

Empfehlung VII.K20.: *Der jugendpsychiatrisch-psychotherapeutische Teil der Indikationsstellung für eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung soll die Prüfung der Einwilligungsfähigkeit (D) / Urteilsfähigkeit (CH) / Entscheidungsfähigkeit (A) des*der Patient*in - in Bezug auf die konkret geplante Behandlung - durch die indizierende Fachperson beinhalten. Bei nicht hinreichender Einwilligungsfähigkeit / Urteilsfähigkeit / Entscheidungsfähigkeit sollte die minderjährige Person darin gefördert werden, diese Fähigkeit zu erlangen.*

Kommentar und Einordnung: Der Begriff *„Indikationsstellung“* ist aus den o.g. Gründen zu streichen (siehe Kommentar oben zu Empfehlung VII.K0. einschließlich Evidenzlage bzgl. CSH-Gabe bei Minderjährigen mit GD). Weiterhin erweckt diese Empfehlung den falschen Eindruck, ein informiertes Einverständnis zu den hier betreffenden Punkten könne bei allen betroffenen Minderjährigen ohne größere Probleme festgestellt werden und suggeriert ferner fälschlicherweise den Anschein, eine solche Einwilligungsfähigkeit könne bei den meisten minderjährigen Betroffenen mit genügend Aufwand in einem mehr oder weniger überschaubaren Zeitraum hergestellt werden. Siehe ferner weitere obige Ausführungen bzgl. des informierten Einverständnisses. Der Ausdruck *„geschlechtsangleichend“* ist ebenso aus den o.g. Gründen abzulehnen.

Empfehlung VII.K21.: *Bei gegebener Einwilligungsfähigkeit (D)/ Urteilsfähigkeit (CH)/ Entscheidungsfähigkeit (A) des/der Patient*in betreffend die Durchführung einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung sollte ein Co-Konsens der Sorgeberechtigten angestrebt werden.*

Kommentar und Einordnung: Siehe hierzu auch Kommentar und Einordnung zu Empfehlung VII.K9 einschließlich Evidenzlage bzgl. CSH-Gabe bei Minderjährigen mit GD. Aus Sicht der Autoren_Innen der vorliegenden Kommentierung kann kein klarer Co-Konsens erreicht werden, da alle betroffenen Minderjährigen mit GD (mit oder auch ohne begleitende Psychopathologie) im Kontext der derzeitigen Evidenzlage in der Regel kein klares informiertes

Einverständnis geben können (siehe o.g. Ausführungen). Weiterhin stellt sich auch hier die Frage, warum keine „soll“-Formulierung gewählt wurde. Der Ausdruck *„geschlechtsangleichend“* ist ebenso aus den o.g. Gründen abzulehnen.

Empfehlung VII.K22.: *In Fällen, in denen kein Co-Konsens zwischen Patient*in und Sorgeberechtigten besteht, sollte eine intensive Prozessbegleitung des Familiensystems durch eine geeignete Fachperson mit familientherapeutischer Expertise angeboten werden mit dem Ziel, dass eine Unterstützung des/der Patient*in ermöglicht wird. Eine solche Prozessbegleitung wird nur empfohlen, wenn hierdurch keine schädlichen Auswirkungen auf das gesundheitliche/psychische Wohl des/der Patient*in zu erwarten sind. In solchen Fällen ist eine Prüfung des Kindeswohls angezeigt.*

Kommentar und Einordnung: Siehe hierzu auch Kommentare und Einordnungen zu Empfehlungen VII.K9, VII.K10 und VII.K11 einschließlich Evidenzlage bzgl. CSH-Gabe bei Minderjährigen mit GD. Die betroffenen Minderjährigen mit GD (mit oder ohne begleitende Psychopathologie) können in der Regel im Kontext der derzeitigen Evidenzlage kein klares informiertes Einverständnis für solche Maßnahmen sicher geben (siehe hierzu auch o.g. Ausführungen). Es bleibt erneut unklar, was mit dem *„Kindeswohl“* gerade im Kontext dieser Empfehlung tatsächlich gemeint ist, bzw. was ist hier in einem solchen Fall mit Blick auf die GD und ggfs. von den Betroffenen gewünschte optische Änderung des äußeren Erscheinungsbilds dem Kindeswohl am ehesten entspräche. Ferner bleibt hier ungeklärt, wer das Kindeswohl nach welchen Maßstäben bzw. nach welchen Kriterien festlegt. Insofern ist auch diese Empfehlung in der derzeitigen Form medizinisch nicht haltbar und abzulehnen da sie zu viele Unklarheiten beinhaltet, die nicht suffizient aufgelöst werden.

Spezifische Empfehlungen zu sog. „Geschlechtsangleichende“ Operationen im Jugendalter:

Empfehlung VII.K23.: *Die Indikationsstellung einer geschlechtsangleichenden Mastektomie oder operativen Brustverkleinerung bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie sollte zweigleisig erfolgen und erfordert interdisziplinäre Expertise und Kooperation. Voraussetzung für eine Indikationsstellung ist eine der Dringlichkeit und Komplexität der Einzelsituation angemessene jugendpsychiatrische bzw. psychotherapeutische diagnostische Einschätzung. Der somatische Teil der Indikationsstellung*

sollte im Hinblick auf ihre Voraussetzungen durch eine erfahrene Fachperson aus der operativen Medizin gestellt werden.

Kommentar und Einordnung: Der Begriff *„Indikationsstellung“* ist aus den o.g. Gründen zu streichen. Aus evidenzbasierten und konzeptionellen Gründen (in vielen Fällen keine Persistenz der GD-Diagnose bzw. einer verwandten Symptomatik, siehe Bachmann et al., 2024; Rawee et al., 2024) ist diese Empfehlung in dieser Formulierung abzulehnen.

Empfehlung VII.K24.: *Die Qualifikation Fachperson für den jugendpsychiatrisch-psychologisch-psychotherapeutischen Teil der Indikationsstellung einer geschlechtsangleichenden Mastektomie oder Brustverkleinerung (oder ggf. genitalangleichenden) Operation bei Jugendlichen mit GI/GD sollte folgende Anforderungen erfüllen: Eine der folgenden für das Kindes- und Jugendalter spezifischen Qualifikationen: D: fachärztliche Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder fachärztliche Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Approbation für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie; CH: Facharzttitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Foederatio Medicorum Helveticorum/FMH) oder Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeut*in; A: Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Facharzt/Fachärztin fürKinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin oder Eintragung als Psychotherapeut*in mit Weiterbildung in Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie; Oder alternativ bei entsprechend klinischer Expertise in der Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen: D: Fachärztliche Gebietsbezeichnung für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Approbation für Psychologische Psychotherapie; CH: Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie (FMH); A: Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin oder Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie oder Eintragung als Psychotherapeut*in, Eintragung als klinische Psychologin oder klinischer Psychologe.*

Kommentar und Einordnung: Analoger Kommentar wie bei der Empfehlung VII.K23.

Empfehlung VII.K25.: *Voraussetzung für die Indikation einer operativen Brustentfernung bzw. -verkleinerung (oder ggf. im Einzelfall genitalangleichenden) Operation soll das Vorliegen einer stabilen/persistierenden Geschlechtsinkongruenz (nach den diagnostischen Kriterien der GI im Jugendalter/ ICD-11 HA60) mit geschlechtsdysphorischem Leidensdruck verbunden mit dem klaren Wunsch nach einer Veränderung des zu operierenden Organs bzw. Merkmals sein. Die Einschätzung der Stabilität/Persistenz der Geschlechtsinkongruenz und des Behandlungswunsches soll durch eine Zusammenarbeit der psychiatrisch-psychologischen Fachperson gemeinsam mit den Patient*innen und ihren Sorgeberechtigten anhand der sorgfältigen Exploration der psychischen Befunde und der Lebensgeschichte erfolgen.*

Kommentar und Einordnung: Analoger Kommentar wie bei der Empfehlung VII.K23. Die Begriffe *„stabil“* und *„persistierend“* sind nicht klar definiert (siehe o.g. Ausführungen). Der Ausdruck *„geschlechtsangleichend“* ist ebenso aus den o.g. Gründen abzulehnen.

Empfehlung VII.K26.: *Die Indikationsstellung für eine geschlechtsangleichende Mastektomie oder Brustverkleinerung sollte unabhängig von der Polarität bzw. Binarität der Geschlechtsidentität und unabhängig von der sexuellen Orientierung getroffen werden.*

Kommentar und Einordnung: Analoger Kommentar wie bei der Empfehlung VII.K23.

Empfehlung VII.K27.: *Zur Vorbereitung einer geschlechtsangleichenden Mastektomie oder Brustverkleinerung bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie sollte eine soziale Erprobung der gewünschten Geschlechtsrolle erfolgen, sofern dies mit dem Diskriminierungsschutz vereinbar ist. In Fällen, in denen die soziale Unterstützung durch das Umfeld nicht ausreicht, sollte eine psychotherapeutische Begleitung des Transitionsprozesses angeboten werden.*

Kommentar und Einordnung: Analoger Kommentar wie bei der Empfehlung VII.K23. Auch stellt sich hier die Frage, warum keine „soll“-Formulierung gewählt wurde. Der Ausdruck *„geschlechtsangleichend“* ist ebenso aus den o.g. Gründen abzulehnen.

Empfehlung VII.K28.: *Wird bereits eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung durchgeführt, sollte vor einer darauffolgenden geschlechtsangleichenden Mastektomie oder Brustverkleinerung ein Zeitraum von mindestens 6 Monaten zur Reflexion der damit gemachten Erfahrungen empfohlen werden.*

Kommentar und Einordnung: Analoger Kommentar wie bei der Empfehlung VII.K23. Es geht hier nunmehr um zwei aufeinander folgende, ggfs. irreversible, somatomedizinische Maßnahmen bei körperlich gesunden Minderjährigen, wobei für beide keine klare Grundlage (z.B. geringe Stabilität der Diagnose GD bzw. verwandter Symptome, siehe Bachmann et al., 2024; Rawee et al., 2024; vgl. dazu ferner Cass, 2024) und keine ausreichende medizinisch gesicherte Evidenz vorhanden ist. Auch hier stellt sich die Frage, warum keine „soll"-Formulierung gewählt wurde. Der Ausdruck *„geschlechtsangleichend"* ist aus den zuvor genannten Gründen abzulehnen.

Empfehlung VII.K29.: *In begründeten Einzelfällen kann eine geschlechtsangleichende Mastektomie oder brustverkleinernde Operation bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie ohne vorherige geschlechtsangleichende Hormonbehandlung erwogen werden.*

Kommentar und Einordnung: Analoger Kommentar wie bei der Empfehlung VII.K23. Die aktuelle Evidenzlage unterstützt nicht die generelle Anwendung der hier beschriebenen Maßnahmen bei Minderjährigen mit GD. Der Ausdruck *„geschlechtsangleichend"* ist ebenso aus den o.g. Gründen abzulehnen.

Empfehlung VII.K30.: *Besteht vor einer Indikationsstellung einer geschlechtsangleichenden Mastektomie bzw. Brustverkleinerung eine über den geschlechtsdysphorischen Leidensdruck hinausgehende koinzindente psychische Störung, die mit der Behandlung interferiert, sollte in einem integrierten bzw. vernetzten Behandlungskonzept eine fachgerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Intervention empfohlen werden.*

Kommentar und Einordnung: Der Begriff *„Indikationsstellung"* ist aus den o.g. Gründen zu streichen (siehe Kommentar oben zu Empfehlung VII.K0.). Ebenso ist der Begriff

„geschlechtsangleichend“ aus den o.g. Gründen zu streichen. Begleitende psychische Störungen oder Symptome sollten natürlich diagnostiziert und evidenzbasiert behandelt werden. Weiterhin stellt sich auch hier die Frage, warum keine „soll“-Formulierung gewählt wurde. Dies scheint aus sich der Autoren_Innen der vorliegenden Kommentierung dringend angebracht, auch da sonst anderen existierenden Leitlinien ggfs. widersprochen wird.

Empfehlung VII.K31.: *Die Indikationsstellung für operative Maßnahmen zur Geschlechtsangleichung bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie soll die Prüfung der Einwilligungsfähigkeit (D) / Urteilsfähigkeit (CH) / Entscheidungsfähigkeit (A) der Patient*in durch eine jugendpsychiatrisch-psychotherapeutisch-psychotherapeutische Fachperson beinhalten. Bei nicht hinreichender Einwilligungsfähigkeit / Urteilsfähigkeit / Entscheidungsfähigkeit sollte die minderjährige Person darin gefördert werden, diese Fähigkeit zu erlangen.*

Kommentar und Einordnung: Analoger Kommentar wie bei der Empfehlung VII.K23 und ferner Verweis auf die geringe Persistenz der Diagnose GD bzw. der verwandten Symptomatik (siehe Bachmann et al., 2024; Rawee et al., 2024). Weiterhin erweckt diese Empfehlung den falschen Eindruck, ein informiertes Einverständnis zu den hier betreffenden Punkten könne bei allen betroffenen Minderjährigen ohne größere Probleme festgestellt werden. Weiterhin wird fälschlicherweise der Anschein suggeriert, eine solche Einwilligungsfähigkeit könne bei den meisten minderjährigen Betroffenen mit genügend Aufwand in einem mehr oder weniger überschaubaren Zeitraum hergestellt werden, was nicht zutreffend ist. Siehe ferner weitere obige Ausführungen bzgl. des informierten Einverständnisses. Der Ausdruck *„geschlechtsangleichend“* ist ebenso aus den o.g. Gründen abzulehnen.

Empfehlung VII.K32.: *Bei gegebener Einwilligungsfähigkeit (D) / Urteilsfähigkeit (CH) / Entscheidungsfähigkeit (A) der minderjährigen Person sollte ein Co-Konsens der Sorgeberechtigten angestrebt werden.*

Kommentar und Einordnung: Siehe hierzu auch Kommentar und Einordnung zu den Empfehlungen VII.K9 und VII.K21. Aus Sicht der Autoren_Innen der vorliegenden Kommentierung kann kein klarer Co-Konsens erreicht werden da alle betroffenen

Minderjährigen mit GD (mit oder auch ohne begleitende Psychopathologie) im Kontext der derzeitigen Evidenzlage kein klares informiertes Einverständnis geben können (siehe o.g. Ausführungen). Ferner Verweis auf die geringe Persistenz der GD als Diagnose bzw. der Sympsomatik (Bachmann et al., 2024; Rawee et al., 2024). Weiterhin stellt sich auch hier die Frage, warum keine „soll"-Formulierung gewählt wurde.

Empfehlung VII.K33.: *In Fällen, in denen kein Co-Konsens zwischen Patient*in und Sorgeberechtigten besteht, sollte eine intensive Prozessbegleitung des Familiensystems durch eine geeignete Fachperson mit familientherapeutischer Expertise angeboten werden mit dem Ziel, dass eine Unterstützung des/der Patient*in ermöglicht wird. Eine solche Prozessbegleitung wird nur empfohlen, wenn hierdurch keine schädlichen Auswirkungen auf das gesundheitliche/psychische Wohl des/der Patient*in zu erwarten sind. In solchen Fällen ist eine Prüfung des Kindeswohls angezeigt.*

Kommentar und Einordnung: Siehe hierzu auch Kommentare und Einordnungen zu Empfehlungen VII.K9, VII.K10, VII.K11 und VII.K22. Die betroffenen Minderjährigen mit GD (mit oder ohne begleitende Psychopathologie) können in der Regel im Kontext der derzeitigen Evidenzlage kein klares informiertes Einverständnis für solche Maßnahmen sicher geben (siehe hierzu auch o.g. Ausführungen), und es besteht keine klassische medizinische *„Indikation*". Es bleibt erneut unklar, was mit dem Ausdruck *„Kindeswohl"* im hier betreffenden Kontext dieser Empfehlung tatsächlich gemeint ist, bzw. was ist hier in einem solchen Fall mit Blick auf die GD und ggfs. von den Betroffenen gewünschte optische Änderung des äußeren Erscheinungsbilds das Kindeswohl eigentlich sein soll. Ferner bleibt hier ungeklärt, wer das Kindeswohl nach welchen Maßstäben bzw. nach welchen Kriterien festlegt. Insofern ist diese Empfehlung in der derzeitigen Form nicht haltbar und abzulehnen da sie zu viele Unklarheiten beinhaltet, die nicht suffizient aufgelöst werden.

Spezifische Empfehlungen zu somatischen Aspekten hormoneller Interventionen

Empfehlung VIII.K1: *Vor Beginn einer pubertätsunterbrechenden oder geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung soll über die künftig eingeschränkte Fertilität und die Möglichkeit von fruchtbarkeitserhaltenden Maßnahmen aufgeklärt werden.*

Kommentar und Einordnung: Der Ausdruck *„geschlechtsangleichend“* ist aus den o.g. Gründen abzulehnen. Das informierte Einverständnis für solche Maßnahmen einschließlich deren Einfluss auf Aspekte der Fertilität können bei nicht bei allen betroffenen Minderjährigen sicher eingeholt werden. In Deutschland existieren derzeit keine etablierten Mindeststandards für eine Fertilitätsberatung bei betroffenen Minderjährigen mit GD (mit oder ohne ggfs. begleitende Psychopathologie).

Empfehlung VIII.K2: *Vor einer Behandlung mit GnRH-Analoga zur Pubertätssupression soll über mögliche Nebenwirkungen, wie Hitzewallungen und - bei mehrjähriger Behandlung - die mögliche Entwicklung einer Osteoporose aufgeklärt werden.*

Kommentar und Einordnung: Zustimmung bzgl. des Ansprechens und Aufklärung (soweit dies möglich ist, s.u. und vorangegangene Kommentare und Einordnungen) bzgl. dieser Aspekte. Jedoch sind auch hier ernsthafte Zweifel bzgl. der Fähigkeit zum informierten Einverständnis bei betroffenen Kindern und Jugendlichen angebracht, speziell mit Blick auf die sehr mangelhafte Evidenzlage, die geringe Persistenz der Diagnose GD bzw. entsprechend verwandter Symptome (Bachmann et al., 2024; Rawee et al., 2024) und weitere aktuell unbekannte Folgewirkungen der hier betreffenden Maßnahmen (fehlende Langzeitdaten). Ferner Verweis auf die bisherigen Ausführungen und Kommentare zu ebendiesen Maßnahmen.

Empfehlung VIII.K3: *Bei bereits weitgehend abgeschlossener Pubertätsentwicklung können bei Trans*Jungen zur Unterdrückung von Periodenblutungen gestagenhaltige Präparate im Langzeitzyklus eingesetzt werden.*

Kommentar und Einordnung: Für ein solches Vorgehen ist ein klarer und nachhaltiger Nutzen nicht sicher belegt. Ferner wird auf obige Ausführungen verwiesen sowie auf die geringe Persistenz der Diagnose GD und verwandter Symptome (Bachmann et al., 2024; Rawee et al., 2024) und die mangelhafte Evidenzlage. Vgl. hierzu ferner den aktuellen finalen Cass-Review (Cass, 2024).

Empfehlung VIII.K4: *Zur Reduktion der Androgenwirkungen bei geschlechtsdysphorischen Trans*Mädchen mit weitgehend abgeschlossener Pubertätsentwicklung können Antiandrogene eingesetzt werden.*

Kommentar und Einordnung: Für ein solches Vorgehen ist ein klarer und nachhaltiger Nutzen nicht sicher belegt. Ferner wird auf obige Ausführungen verwiesen sowie auf die geringe Persistenz der Diagnose GD und verwandter Symptome (Bachmann et al., 2024; Rawee et al., 2024) und die mangelhafte Evidenzlage. Vgl. hierzu ferner den aktuellen finalen Cass-Review (Cass, 2024).

Empfehlung VIII.K5: *Bei einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung mit Testosteron sollten Wachstum und Skelettalter berücksichtigt werden. Bei trans Jungen im Wachstum kann unter Berücksichtigung der Wachstumsprognose die Dosierung von Testosteron ggf. langsamer gesteigert werden als bei bereits ausgewachsenen Jugendlichen.*

Kommentar und Einordnung: Verweis auf o.g. Kommentare und Einordnungen bzgl. der Gabe von Testosteron. Es gibt für die Gabe von Testosteron bei Minderjährigen mit GD aktuell keine gesicherte Evidenz für deren tatsächlichen Nutzen mit Blick auf die GD als Diagnose oder die psychische Gesundheit oder langfristige Sicherheit. Weiterhin stellt sich auch hier die Frage, warum keine „soll"-Formulierung gewählt wurde. Der Ausdruck *„geschlechtsangleichend"* ist ebenso aus den o.g. Gründen abzulehnen.

Empfehlung VIII.K6: *Bei auftretenden Blutungen unter Testosteronbehandlung sollte die Ursache sorgsam evaluiert werden. Es kann überlappend additiv ein Gestagenpräparat oder GnRH-Analogon eingesetzt werden, um die Regelblutung zu unterdrücken.*

Kommentar und Einordnung: Auch hier erscheint ein solches Vorgehen grundsätzlich medizinisch möglich, den Ursachen einer Blutung ist hier <u>unbedingt</u> nachzugehen (dies ist medizinisches Grundwissen), wobei hier nicht spezifiziert ist, um welche Blutungen es sich dabei handeln soll. Somit stellt sich auch hier die Frage, warum keine „soll"-Formulierung gewählt wurde. Die Evidenzlage für die Anwendung von Gestagenen bei Minderjährigen mit Transidentität ist ebenfalls sehr gering. Ferner wird auf obige Ausführungen verwiesen sowie

auf die geringe Persistenz der Diagnose GD und verwandter Symptome (Bachmann et al., 2024; Rawee et al., 2024).

Empfehlung VIII.K7: *Hochdosiertes Ethinylestradiol kann zum Einsatz kommen, wenn bei nicht ausgewachsenen Trans*Mädchen der Wunsch besteht, die Endgröße durch einen beschleunigten Epiphysenverschluss zu begrenzen.*

Kommentar und Einordnung: Diese Empfehlung ist ebenfalls abzulehnen. Es besteht keine klare und eindeutige Evidenz für ein solches Vorgehen bei Minderjährigen mit GI bzw. GD. Ferner Verweis auf o.g. Aspekte bzgl. des informierten Einverständnisses.

Kapitel IX – Professionelle Interaktion und diskriminierungssensibler Umgang mit gender-nonkonformen Kindern und Jugendlichen

Seite 219:
Hier wird eine Definition der Diskriminierung genannt, welche von einer der Autor_Innen des aktuellen Leitlinienentwurfs selbst erstellt wurde:

„Unter Diskriminierung wird eine ungleiche Behandlung von Mitgliedern einer bestimmten sozialen Gruppe mit einem niedrigeren Status im Gefüge sozialer Machtverhältnisse verstanden, die „diese schädigt, ihre Freiheitsrechte beschneidet, sie herabwürdigt oder ihre Chancengleichheit beeinträchtigt" (Hädicke & Wiesemann, 2021, S. 382-383). Absicht ist dabei keine notwendige Voraussetzung (ebd.)."

Kommentar und Einordnung: Grundsätzlich ist jede Form einer Diskriminierung abzulehnen. Hierbei ist anzumerken, was eine jeweils subjektive *„Herabwürdigung"* genau ist bzw. sein oder als solche wahrgenommen werden kann (oder auch nicht wahrgenommen werden kann) bleibt unklar. Generell kann ein solches Erleben ggfs. sehr stark subjektiv und auch von einem spezifischen Kontext beeinflusst sein. Insofern besteht an dieser Stelle viel Interpretationsspielraum, u.a. auch im Rahmen von Gesprächen mit hilfesuchenden Minderjährigen die ggfs. wichtige Fragen zu ihrer eigenen Identität beantworten sollten, um dann ggfs. weiterführende Maßnahmen ggfs. zu erörtern. Wo hier ggfs. die Grenze zwischen

einem aktiven Nachfragen von professionellen Begleiter_Innen aus Interesse an der bestmöglichen Versorgung der Betroffenen im Gegensatz zu seiner ggfs. subjektiv erlebten Diskriminierung sein könnte, bleibt unklar. Weiterhin ist zu erwähnen, für den Umgang mit von GI bzw. GD betroffenen minderjährigen Personen sollte eine wissenschaftlich fundierte und auf klarer und solider Evidenzbewertung basierende Leitlinie vorliegen. Dies ist aktuell für nicht alle betreffenden Aspekte der Fall (vgl. aktueller Leitlinienentwurf). Eine solche Leitlinie mit klarer und wissenschaftlich nachvollziehbarer Evidenzbewertung und entsprechenden Schlussfolgerungen für eine sichere Beratung und Begleitung den betroffenen Minderjährigen mit GD vorzuenthalten und, wie im aktuellen Leitlinienentwurf aufgrund diverser nicht plausibler Schlussfolgerungen und konzeptioneller Mängel sowie sprachlicher Verzerrungen abgebildet, könnte von einigen Personen ggfs. ebenso als eine Form der Diskriminierung der betroffenen transidenten Minderjährigen verstanden werden (u.a. auch unter Anwendung der o.g. Definition einer Diskriminierung). Insofern kann der aktuelle Leitlinienentwurf in diesem Kontext bei deutlicher Vernachlässigung der Evidenzlage für viele Aspekte auch mit Blick auf die von den Autor_Innen des aktuellen Leitlinienentwurfs selbst vorgebrachte (und selbst verfasste bzw. vorgenommene) Definition der Diskriminierung betrachtet werden. Dieser Widerspruch bleibt aktuell unaufgelöst stehen. Insofern muss auch dieses Kapitel wie der gesamte aktuelle Leitlinienentwurf samt Empfehlungen gründlich überarbeitet werden.

Empfehlung IX.K1.: *Behandelnde (Angehörige aller helfenden Berufsgruppen im Gesundheitswesen) sollten über Risiken und Formen von Diskriminierung, denen minderjährige trans Personen und ihre Erziehungsberechtigten ausgesetzt sein können, informiert sein. Sie sollten ihre eigene professionelle Haltung hinsichtlich potentiell diskriminierender Aspekte kritisch reflektieren.*

Kommentar und Einordnung: Grundsätzlich ist jede Form einer Diskriminierung abzulehnen (s.o.). Hier stellt sich die Frage, warum keine „soll“-Formulierung gewählt wurde. Die hier gemachten Aussagen im aktuellen Leitlinienentwurf sind allgemeines und auch therapeutisches Grundwissen, da generell junge Menschen mit psychischen Symptomen und Diagnosen sowie deren Angehörige häufig Diskriminierungserfahrungen ausgesetzt sind (vgl. hierzu auch unsere Ausführungen zum WHO-Statement zur Begründung der Depathologisierung, wobei hier explizit auf Stigmatisierungsaspekte bei Menschen mit

psychischen Störungen hingewiesen wird). Auch die kritische Selbstreflexion sollte grundsätzlich ein wichtiger Teil der Behandelnden sein. Ferner Verweis auf die o.g. Ausführungen und Einschränkungen bei der Definition der Diskriminierung, welche hier durch eine der Autoren_Innen des aktuellen Leitlinienentwurfs selber vorgenommen wurde.

Empfehlung IX.K2.: *Behandelnde (Angehörige aller helfenden Berufsgruppen im Gesundheitswesen) sollten nach Möglichkeit im Rahmen ihres Tätigkeitsfeldes dazu beitragen, Diskriminierungen, die u.a. auf struktureller oder institutioneller Ebene vorkommen können, abzubauen.*

Kommentar und Einordnung: Grundsätzlich ist jede Form einer Diskriminierung abzulehnen (s.o., vgl. vorangegangene Ausführungen). Auch hier stellt sich die Frage, warum keine „soll"-Formulierung gewählt wurde. Verweis auf die o.g. Ausführungen und Einschränkungen bei der Definition der Diskriminierung, welche hier durch eine der Autoren_Innen des aktuellen Leitlinienentwurfs selber vorgenommen wurde (s.o.).

Empfehlung IX.K3.: *Behandelnde (Angehörige aller helfenden Berufsgruppen im Gesundheitswesen) sollten über die psychischen und gesundheitlichen Folgen von Diskriminierungserfahrungen informiert sein und dieses Wissen in ihrer Arbeit berücksichtigen.*

Kommentar und Einordnung: Analoge Aspekte wie bei Empfehlung IX.K2.

Empfehlung IX.K4.: *Im Rahmen psychologisch-psychotherapeutischer Diagnostik, Beratung und Prozessbegleitung bei Kindern und Jugendlichen, die wegen GI/GD vorstellig werden, sollten Diskriminierungserfahrungen erfragt und als krankheitsfördernde Faktoren beachtet werden.*

Kommentar und Einordnung: Analoge Aspekte wie bei Empfehlungen IX.K2. und IX.K3. Weiterhin wird hier von *„…krankheitsfördernden Faktoren…"* gesprochen. Was ist hierbei gemeint? Bedeutet dies, eine GI bzw. GD sei nunmehr doch als eine Störung bzw. als eine Krankheit zu verstehen? Diese Punkte benötigen eine Klarstellung.

Empfehlung IX.K5.: *Für die Prozessbegleitung minderjähriger trans Personen sollten dem sozialen Umfeld (z.B. Schulen, Ausbildungseinrichtungen, Sportvereine, Jugendeinrichtungen, Kirchengemeinden etc.) Aufklärungs- und Informationsangebote zur Verfügung gestellt werden, die auch auf Informations- und Beratungsangebote durch Selbstvertretungs-Organisationen von trans Personen und ihren Angehörigen hinweisen.*

Kommentar und Einordnung: Analoge Aspekte wie bei den Empfehlungen IX.K2., IX.K3. sowie IX.K4.

Empfehlung IX.K6.: *Behandelnde sollten in der Ansprache gender-nonkonformer Kinder und Jugendlicher die jeweils gewünschten Pronomina und Vornamen erfragen und nach situativer Möglichkeit verwenden. Entsprechend sollte in Abstimmung mit den Behandlungssuchenden auch in der professionellen Kommunikation mit anderen beteiligten Fachpersonen und Institutionen vorgegangen werden.*

Kommentar und Einordnung: Analoge Aspekte wie bei den Empfehlungen IX.K2. bis IX.K.5. Bezüglich der Verwendung von Pronomina sind verschiedene Aspekte abzuwägen. Hierzu fasst die Society for Evidence Based Gender Medicine folgende Punkte zusammen (SEBGM, 2024):

Die neu erschienene finale Version des Cass-Review (Cass, 2024) positioniert die soziale Transition als aktive Gesundheitsintervention, weil sie möglicherweise signifikante Auswirkungen auf das Kind oder den jungen Menschen in Bezug auf ihre psychische Funktion und langfristige Ergebnisse haben kann. Immer mehr Kliniker_Innen in UK und anderen Ländern nutzen soziale Verschreibungsinterventionen, um Gesundheitsergebnisse zu beeinflussen. Für junge Kinder spreche sich der Cass-Review (Cass, 2024) entschieden gegen eine soziale Transition aus und weist darauf hin, dass das "Geschlecht der Erziehung" die Entwicklungsbahn eines Kindes tiefgreifend verändern kann, mit weitreichenden Folgen. Sollten Eltern darauf bestehen, empfiehlt die Überprüfung, dass ein Gesundheitsfachmann einbezogen wird, um den Eltern zu helfen, das Risiko-Nutzen-Verhältnis einer derart tiefgreifenden und wahrscheinlich lebensverändernden Entscheidung zu verstehen. Für ältere Teenager erkennt der Cass-Review (Cass, 2024) die Autonomie der Selbstentfaltung junger

Menschen grundsätzlich an, empfiehlt jedoch nachdrücklich, dass Eltern in die Entscheidung einbezogen werden. Sie weist darauf hin, dass geheime Transitionen eine Kluft zwischen Teenagern und ihren Familien verursachen und die Unterstützungsnetzwerke destabilisieren, die für das langfristige Wohlbefinden junger Menschen unerlässlich sind.

Im Allgemeinen empfiehlt der finale Cass-Review (Cass, 2024), dass soziale Transitionen wenn überhaupt dann nur teilweise und damit nicht vollständig durchgeführt werden sollten, insbesondere bei jüngeren Kindern. Es wird darauf hingewiesen, wie viele Kinder derzeit in Angst leben, ggfs. bzgl. ihrer Identität "entdeckt zu werden". Die Einstellung der Verwendung von PB kann eine solche Angst zur Gewissheit machen. Daher wäre es äußerst unklug von Eltern, eine Situation zu schaffen, in der ein kleines Kind in einem „Stealth-" bzw. in einer Art von „Tarnkappen-Modus" lebt. Insofern ist hier ein sehr vorsichtiges Vorgehen anzuraten. Diese Empfehlungen wurden durch Interviews mit Betroffenen und Familien sowie durch eine systematische Überprüfung der Evidenz für soziale Transition in einem peer-begutachteten Artikel im BMJ-Journal unterstützt (Hall et al., 2024).

Die Überprüfung ergab einen Mangel an Evidenz und kam zu dem Schluss: Professionelle Personen, die im Bereich der Geschlechtsidentität arbeiten, und diejenigen, die Unterstützung suchen, sollten sich der fehlenden robusten Evidenz für Nutzen oder Schäden der sozialen Transition bei Kindern und Jugendlichen bewusst sein. Die Anerkennung nicht nur der potenziellen Vorteile, sondern auch der potenziellen Schäden sowie des unbekannten Nutzen-Schaden-Verhältnisses der sozialen Geschlechtstransition sei zur Kenntnis zu nehmen. Grundsätzlich besteht seitens von Kliniker_Innen die Aufgabe darin mögliches Leid zu diagnostizieren und zu lindern, und eine Verwendung nicht gewünschter Pronomina kann ggfs. vulnerable Minderjährige in einer Krisensituation in eine Reaktanz bzw. Ablehnung von Hilfen treiben. Dies sollte unbedingt vermieden werden. Grundsätzlich hat keine menschliche Person jeweils ihre eigene individuelle Grammatik, d.h. die verwendete Sprache ist im Rahmen der Meinungs- und Redefreiheit immer Ausdruck der subjektiven Wahrnehmung der sprechenden Person. Insofern sollten hier keine apodiktischen Vorschriften im Kontext des aktuellen Leitlinienentwurfs gemacht werden.

Kapitel X – Recht und Ethik – Rechtliche Grundlagen und ethische Maßgaben für die Behandlung Minderjähriger mit Geschlechtsdysphorie

Generelle Aspekte:

Fast die gesamte rechtliche und ethische Herleitung zur Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger bezieht sich auf eine einzige unveröffentlichte Quelle:

Gutmann, T. (2023). *Rechtswissenschaftliches Gutachten zu den Erfordernissen einer rechtswirksamen Einwilligung in eine pubertätsunterdrückende oder geschlechtsangleichende somatomedizinische Behandlung von Minderjährigen mit Geschlechtsdysphorie. (Unveröffentlicht)*. Erstellt für das Universitätsklinikum Münster.

Dies ist in einem hohen Maße unwissenschaftlich und entspricht nicht dem Anspruch an eine S2k-Leitlinie.

Weiterhin sind folgende Punkte anzumerken:

Im Kapitel X findet sich in Bezug auf den Deutschen Ethikrat (2020) die Aussage bzw. Angabe, „Das Recht setzt dabei die zentrale ethische Herausforderung um, die darin besteht, „Minderjährige auf dem Weg zu einer eigenen geschlechtlichen Identität zu unterstützen und zugleich vor - teils irreversiblen Schäden - zu bewahren (Deutscher Ethikrat, 2020, S. 2). Es bleibt unklar, welche Schäden hier tatsächlich gemeint sind. Dieser Abschnitt kann z.B. sowohl die vor einer nicht adäquat initiierten „Therapie“ oder eines solchen Maßnahmenprogramms umfassen, aber auch die Gabe von PB oder CSH und ggfs. operativen Maßnahmen. Hier ist dringend eine Klarstellung notwendig.

Es gibt derzeit keine soliden Studien, die wissenschaftlich mit adäquater Methodik eindeutig belegen, dass sich bei Patient_Innen mit im Jugendalter diagnostizierter persistierender GD, die im Zusammenhang mit einer sozial unterstützten Transition eine gestufte körpermodifizierende Behandlung erhalten, eine langfristige und nachhaltige Verbesserung der Lebensqualität und psychischen Gesundheit im Erwachsenenalter zeigt. Siehe hierzu auch den finalen Cass-Review (Cass, 2024). Hingegen weisen viele Studien auf die Risiken einer CSH-Gabe hin (siehe hierzu z.B. Thompson et al., 2023). Zu nennen sind hier vor allem eine mögliche Erhöhung des Blutdruckes, ein erhöhtes Risiko von Thromboembolien, ungünstige

Lipidspiegel, Veränderungen der Knochenmineralität und Erhöhung des Insulinspiegels. Ebenso sind an dieser Stelle die bereits genannten bzgl. der Konsequenzen bzgl. der Fertilität anzuführen.

In der Begutachtung bei strafrechtlichen Verfahren können auch Heranwachsende, also junge Menschen im Alter zwischen 18 und 21 Jahren, noch nach dem Jugendstrafrecht verurteilt werden (vgl. JGG § 1, Abs. 2). Neuere Erkenntnisse der Neurowissenschaften und der Entwicklungspsychologie zeigen, dass nicht nur Jugendliche, sondern auch Heranwachsende und junge Erwachsene bis zum Alter von 25 Jahren in der Regel noch über signifikante Entwicklungsressourcen verfügen (Röpcke et al., 2020). Somit ist eine signifikante Veränderung der GI bzw. GD im Verlauf der Entwicklung, auch mit Blick auf die Identitätsentwicklung und Reife, bei Betroffenen durchaus möglich. Unverständlich bleibt daher, inwiefern bei dieser besonders vulnerablen Population von Minderjährigen mit GI bzw. GD die notwendige Reife für die hier betreffenden, zum Teil irreversiblen medizinischen Entscheidungen ohne klare Evidenz gegeben sein soll, wobei ebendieser noch jugendliche Reife- bzw. „Unreife"-grad im Pubertätsalter oder sogar postpubertär ebenfalls in bestimmten Fällen gegeben sein kann.

Auch andere Reifekriterien, die im Rahmen von forensischen Begutachtungen mit ebensolchen Reifeaspekten zur Anwendung kommen, stehen hier im Widerspruch zu den im Leitlinienentwurf gemachten Äußerungen und Annahmen bzgl. des informierten Einverständnis bei betroffenen Minderjährigen mit GI bzw. GD. Folgende nachstehende Reifekriterien (sog. Marburger Richtlinien 1955, Esser et al. 1991) wurden in der Vergangenheit oftmals vornehmlich im Rahmen forensischer Fragestellungen herangezogen. Diese Reifekriterien für den Altersbereich 18 bis 21 Jahre werden inzwischen von einigen Kollegen_Innen für spezifische forensische Fragestellungen als veraltet angesehen, und wurden auch an einigen Punkten in forensischen Zusammenhängen kritisiert, z.B. da sie das weibliche Geschlecht benachteiligen. Jedoch ist die Betrachtung von Reifungscharakteristika im Kontext der GI bzw. GD bei Minderjährigen, z.B. mit Blick auf die Fähigkeit für ein ggfs. informiertes Einverständnis wie auch die Reife zum Verständnis der Tragweite hier betreffender irreversibler medizinischer Maßnahmen wichtig. Denn wenn z.B. Reifungsmerkmale im Altersbereich von 18 bis 21 Jahren noch nicht voll ausgebildet sind und ebendiese Reifungscharakteristika gleichzeitig für entsprechende bei forensischen Fragen

tatrelevante Aspekte bei Taten im Altersbereich 18 bis 21 Jahre oftmals Gegenstand gerichtlicher Verfahren relevant sein können, dann sind diese Reifungsmerkmale, sofern sie im Altersbereich 18 bis 21 Jahre noch nicht vollständig vorhanden waren, mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht z.B. im Altersbereich von 14 bis 15 Jahren vorhanden gewesen. Insofern sind spezifische Reifungsaspekte sehr relevant für die Beurteilung von betroffenen Minderjährigen mit GI bzw. GD.

Nachfolgend werden die o.g. Marburger Richtlinien kurz skizziert:

- ***Integration von Eros und Sexus (einschl. Aufrechterhaltung intimer Beziehungen über längere Zeit)***
- Realistische Lebensplanung vs. Leben im Augenblick
- Eigenständigkeit gegenüber den Eltern vs. starkes Anlehnungsbedürfnis und Hilflosigkeit
- Ernsthafte vs. spielerische Einstellung gegenüber Arbeit und Schule
- Äußerer Eindruck (Gesamteindruck, Gesicht, Figur Größe)
- Realistische Alltagsbewältigung vs. Tagträume, abenteuerliches Handeln, Hineinleben in Selbstwert erhöhende Rollen
- Gleichaltrige oder ältere vs. überwiegend jüngere Freunde
- Bindungsfähigkeit vs. Labilität in den mitmenschlichen Beziehungen oder Bindungsschwäche
- Konsistente berechenbare Stimmungslage vs. jugendliche Stimmungswechsel ohne adäquaten Anlass

In der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) von 2018 ist das Mindestalter für die Einwilligung zu jeglichen Aktivitäten und Interaktionen im Internet auf 16 Jahre festgelegt, d.h. davor benötigen Minderjährige die Einwilligung der jeweiligen Erziehungsberechtigten. Hier geht man also per se davon aus, dass Jugendliche unter einem Alter von 16 Jahren nicht die Reife zur Einwilligung hinsichtlich der abzusehenden Konsequenzen von Aktivitäten oder Interaktionen im Internet haben. Einige Länder haben aber eine niedrigere Altersgrenze, minimal 13 Jahre, festgelegt, Deutschland jedoch nicht.

Zur Einwilligungsfähigkeit gehört ferner, die Konsequenzen irreversibler medizinischer Eingriffe sicher abschätzen zu können. Zu bedenken ist, dass in einer Studie fast 10% der unter 16-jährigen ihre getroffene Entscheidung hinsichtlich einer optischen Geschlechtsumwandlung widerriefen (Butler et al., 2022). Hier stellt sich die Frage, als wie ernst Kliniker_Innen die jeweilige Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger einschätzen können und sollen (ggfs. auch in einer belastenden Lebenssituation mit oder ohne begleitende Psychopathologie), um ihnen nicht zu schaden. Hierbei sind auch die grundsätzlichen Widersprüche des Konzepts einer GI bei Minderjährigen (vgl. Abschnitt II dieser Kommentierung) zu berücksichtigen, da diese teilweise als Grundlage für ggfs. irreversible, somatomedizinische Maßnahmen bei körperlich gesunden Minderjährigen mit GD herangezogen werden.

Aktuelle Forschungsdaten aus Deutschland zeigen eine insgesamt schwache Stabilität der hier betreffenden Diagnose (Bachmann et al., 2024). Dieser Befund steht im Einklang mit neuen Befunden aus den Niederlanden (Rawee et al., 2024). Problematisch ist auch hier von konzeptioneller Seite die im gesamten Leitlinienentwurf deutlich werdende implizite und wissenschaftlich derzeit nicht zu rechtfertigende Annahme der Existenz einer naturhaften "identitären Disposition" bzw. einer „primär ubiquitären Identität" insbesondere bei Minderjährigen mit Bezug auf das Geschlecht. Bedauerlicherweise muss auch an dieser Stelle erneut darauf hingewiesen werden, es wird im gesamten, aktuellen Leitlinienentwurf an keiner Stelle genannt, welches theoretische Identitätsmodell oder -konzept bzw. Identitätsverständnis überhaupt verwendet wird und ob und wie sich diese Aspekte je nach Lebens- und Entwicklungsphase ändern bzw. überhaupt auftreten. Auch Turban et al. (2021) fanden bei ca. 9% der N = 27.715 Teilnehmer*innen den Willen zur Detransition, d.h. zum ursprünglichen Geschlecht nach hormoneller (CSH) und/oder operativer Geschlechtsanpassung bzw. ebensolchen optischen Veränderungen.

Weiterhin stellt sich die Frage, wie die im aktuellen Leitlinienentwurf skizzierten Annahmen und Vorgehensweisen bei z.B. deutlich lernbehinderten oder intelligenzgeminderten Minderjährigen umzusetzen sind, gerade da bei diesen Individuen eine Entwicklung hin zu einer informierten Einwilligungsfähigkeit eher unwahrscheinlich ist. Diese Gruppe vulnerabler Minderjähriger wurde im aktuellen Leitlinienentwurf grundsätzlich nicht erwähnt.

Bei Punkt 3.2.3 im Kapitel X des Leitlinienentwurfs wird dem (wahrscheinlich häufiger auftretenden Fall) ausgewichen (siehe auch oben Kommentar zu Empfehlung III. K1.), dass die Sorgeberechtigten (meist die Eltern) ggf. nicht mit einer Gabe von PB oder Operation(en) einverstanden sind. Hier bleibt unklar, wie und nach welchen Kriterien das evtl. vom Minderjährigen oder den Sorgeberechtigten hinzugezogene Jugendamt eine Klärung herbeiführen kann bzw. soll. Auch die Empfehlung VI.K6. weicht diesem Problem aus, ganz abgesehen davon, dass nicht definierbar ist, was eine „geeignete Fachperson mit familientherapeutischer Expertise“ genau auszeichnet. Siehe hierzu ferner auch unsere Kommentare und Einschätzungen bzgl. der Rolle eines MDT, und welche im Einklang mit dem finalen Cass-Review sind (Cass, 2024). Ferner ist zu fragen, ob hier ein gefährdetes Kindeswohl impliziert werden soll wenn die Gabe von PB oder Operationen nicht erfolgen (vgl. Punkt 1. Bzgl. des aufgeführten möglichen Streitfalls). Wenn ja ist hier die Verhältnismäßigkeit eindeutig nicht gegeben. Soll eine hochstrittige nicht durchgeführte medizinische Maßnahme ohne klare Evidenzgrundlage für deren Nutzen oder Nachhaltigkeit und deren Definition als z.B. eine Kindeswohlgefährdung in einem Extremfall zu einer Inobhutnahme und Durchführung gegen den Willen der Eltern führen? Hier fehlt eine ethische und eine juristische Stellungnahme im aktuellen Leitlinienentwurf.

Weiterhin ist zu hinterfragen, ob das Kindeswohl hier durch den aktuellen Willen des Kindes bzw. Jugendlichen adäquat reflektiert bzw. abgebildet ist. Da sonstige Maßnahmen des Jugendamtes bei Gefährdung des Kindeswohls jederzeit rückgängig zu machen sind, irreversible medizinische Eingriffe per definitionem jedoch nicht, ist hier die Anführung des Kindeswohls „in der Zukunft“ sachlich nicht gerechtfertigt, da dieses vielen nicht vorhersehbaren Einflussfaktoren unterliegt und stark schwanken kann. Wie bereits in unseren Anmerkungen zum Kapitel V erläutert betonen aktuelle Arbeiten zum hier betreffenden ethischen Themenkomplex explizit das Recht von Kindern und Jugendlichen auf eine offene Zukunft (Jorgensen et al., 2024), und die Evidenz- und Befundlage bei Erwachsenen ist nicht auf den Kinder- und Jugendbereich übertragbar. Insofern stehen die im aktuellen Leitlinienentwurf mit Blick auf aktuelle Forschungsergebnisse (Bachmann et al., 2024; Cass, 2024; Rawee et al., 2024; Ruuska et al., 2024; Thompson et al., 2023; Zepf et al., 2024) im Widerspruch mit dem ethischen Grundprinzip bzgl. des Rechts von Kindern und Jugendlichen auf eine offene Zukunft (Jorgensen et al., 2024).

IV. ZUSAMMENFASSUNG

Der aktuelle Leitlinienentwurf ist ein Konsensusdokument verschiedener beteiligter Institutionen und Fachgesellschaften, welches eine Auseinandersetzung mit dem behandelten Thema zeigt und insofern eine grundsätzlich lobenswerte und wichtige Initiative in einem derzeit noch weitgehend ungeregelten medizinischen Bereich anstrebt. Jedoch hat der aktuelle Leitlinienentwurf diversen und substantiellen Verbesserungsbedarf, der weiter oben detailliert dargelegt wurde. Der aktuelle Leitlinienentwurf widerspricht in einigen kritischen Punkten essentiellen wissenschaftlichen, berufsethischen wie auch psychotherapeutischen Grundprinzipien. Diese profunden Defizite im aktuellen Leitlinienentwurf sind so nicht mit einem medizinischen Grundverständnis im Sinne von evidenzbasierter Medizin in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie wie auch wichtigen psychotherapeutischen Grundregeln, wie zum Beispiel der Abstinenzregel, in Einklang zu bringen. Dies betrifft insbesondere eine klare Bewertung von medizinischer Evidenz bzw. Nicht-Evidenz und daraus abgeleiteter Empfehlungen und Schlussfolgerungen.

Bedeutung für die Betroffenen und die Versorgung

Für den Umgang mit minderjährigen Personen, die von GD betroffenen sind, sollte eine wissenschaftlich fundierte und auf klarer und solider Evidenzbewertung basierende Leitlinie mit entsprechenden Schlussfolgerungen vorliegen. Eine solche Leitlinie für eine sichere Beratung und Begleitung den betroffenen Minderjährigen mit GD vorzuenthalten könnte von einigen Personen ggfs. ebenso als eine Form der Diskriminierung der betroffenen transidenten Minderjährigen verstanden werden. Auch kann mit einem Leitlinienentwurf, wie er derzeit im Rahmen der Konsultationsphase vorliegt, das grundsätzliche Vertrauen in die klinische und akademische Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie sowie andere Leitlinien aus diesem Themenspektrum nachhaltig beeinträchtigt werden, speziell mit Blick auf deren grundsätzliche Wissenschaftlichkeit und die darauf beruhende Akzeptanz in der Versorgungslandschaft. Dies sollte unbedingt im Interesse aller Betroffenen und Beteiligten vermieden werden und dementsprechend sollten diese Leitlinien dringend und grundsätzlich überarbeitet sowie auf ihre grundsätzliche medizinische wie auch

psychotherapeutische Wissenschaftlichkeit nachhaltig überprüft werden, ggfs. auch unter Hinzuziehen einer unabhängigen externen Mediation und Dokumentation.

Ferner sind die Autoren_Innen der vorliegenden Kommentierung der Auffassung, dass im Rahmen eines strukturierten und ggfs. extern moderierten Prozesses aufgearbeitet werden sollte, wie die Entwicklung eines solchen Leitlinienentwurfs, in welchem grundsätzliche wissenschaftliche Prinzipien teilweise vernachlässigt oder gar ignoriert werden, überhaupt vor sich gehen konnte. Dies ist von besonderer Wichtigkeit mit Blick auf den Schutz aller Betroffenen, sowie derzeit bestehender wie auch auf die Entwicklung zukünftiger Leitlinien auf diesem sowie verwandten Themengebieten.

Konsequenzen der Evidenzlage: Kinder- und Jugendschutz

In anderen Ländern ist man zu der Erkenntnis gelangt, sowohl die Gabe von PB als auch CSH bei Minderjährigen mit GD stellten jeweils einzeln sowie in Kombination derzeit eine experimentelle medizinische Maßnahme ohne klare Evidenz für deren sichere, substantielle und nachhaltige Wirksamkeit bei teilweise irreversiblen Folgen, noch nicht vollständig bekannten Risiken und fehlenden Langzeitdaten dar (siehe z.B. die Ausarbeitung der Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, 2023; Cass, 2024). Ähnlich verhält es sich mit den entsprechenden operativen medizinischen Maßnahmen bei Minderjährigen mit GD. Aus Sicht der Autoren_Innen der vorliegenden Kommentierung muss der aktuelle Leitlinienentwurf gerade auch im Kontext eines profunden Kinder- und Jugendschutzes unter Berücksichtigung der aktuellen medizinischen Evidenz gründlich überarbeitet werden. Dies ist im Interesse der Betroffenen, welche vor ggfs. vorschnellen Entscheidungen geschützt werden müssen, da sie aufgrund ihrer nicht abgeschlossenen Entwicklung und auch angesichts der aktuellen Evidenzsituation nicht in der Lage sind, ihr sicher informiertes Einverständnis zu ggfs. irreversiblen, somatomedizinischen Maßnahmen an ihrem gesunden Körper zu geben. Neben dem Recht auf die freie Entfaltung der Persönlichkeit, welches selbstverständlich auch für Kinder- und Jugendliche gilt und im aktuellen Leitlinienentwurf im Vordergrund steht, müssen aus Sicht der Autor_Innen der vorliegenden Kommentierung noch folgende Aspekte unbedingt beachtet werden:

- die sich noch entwickelnde Persönlichkeit Minderjähriger mit einer verglichen mit Erwachsenen höheren Volatilität und geringeren Validität einer subjektiv stimmigen Interpretation des Selbstkonzepts,

- damit und angesichts des Rechts (a) auf körperliche Unversehrtheit und (b) des medizinisch-therapeutische Grundsatzes *„primum non nocere – zuerst einmal nicht schaden“* schwierigeren Einschätzung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses einer ggfs. irreversible, somatomedizinische Maßnahme ,

- die grundsätzlichen Widersprüchlichkeiten beim Konstrukt der Transidentität bei Minderjährigen (vgl. hierzu Abschnitt II dieser Kommentierung)

- und das Spannungsfeld zwischen Artikel 6 Abs. 2 GG (garantiertes Recht des Kindes auf freie Entfaltung der Persönlichkeit) und Artikel 6 Abs. 3 GG (Eltern haben das Recht und die Pflicht, ihre Kinder zu erziehen), was auch im Fall der Fälle die Pflicht der Eltern zu Korrekturen beinhaltet.

Beim derzeitigen Leitlinienentwurf sehen die Autor_Innen der vorliegenden Kommentierung diese Punkte aktuell als nicht ausreichend berücksichtigt und gegeneinander abgewogen an.

Zu beachtende ärztlich-therapeutische Grundprinzipien

In der Satzung der DGKJP (2019) findet sich unter „Zweck des Vereins“ (§2) folgender Abschnitt:

„In Erkenntnis der Zusammengehörigkeit von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, Neurologie und Psychologie des Kindes- und Jugendalters sowie der Heilpädagogik in Forschung, Lehre und Krankenversorgung dient die Gesellschaft sowohl der Förderung von Wissenschaft und Forschung als auch der Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens und der öffentlichen Gesundheitspflege sowie der Förderung von Bildung. Weiterhin fördert die Gesellschaft die Heilkunde in der Medizin und ihren Nachbargebieten einschließlich der Anknüpfung und des Ausbaus internationaler Beziehungen. Dazu gehört

ebenfalls die Förderung der Qualitätssicherung in Forschung, Lehre und Krankenversorgung sowie die Einhaltung von Richtlinien für ein ethisches Verhalten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. …"

Der aktuelle Leitlinienentwurf sollte sich daran ausnahmslos orientieren im Sinne eines medizinischen Grundverständnisses in einem kinder- und jugendpsychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Kontext, ebenso wie an den hier artikulierten Grundsätzen der DGKJP-Satzung, speziell mit Blick auf die *„Förderung von Wissenschaft und Forschung"* sowie die *„Förderung der Qualitätssicherung in Forschung, Lehre und Krankenversorgung sowie die Einhaltung von Richtlinien für ein ethisches Verhalten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie"* da im aktuellen Leitlinienentwurf klinisch und wissenschaftlich nicht plausible Schlussfolgerungen gezogen werden, und die derzeitige Evidenzlage ebendiese Schlussfolgerungen nicht sicher decken.

In der Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen (UNICEF, 2023) wird in Artikel 24 im Absatz 1 bezüglich der Gesundheitsvorsorge klar artikuliert, *„die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit."* Speziell mit Blick auf den sich im Verlauf der Entwicklung durchaus ggfs. auch wiederholt veränderbaren Kindes- und Jugendwillen bis in das Erwachsenenalter hinein und variable Identitätsaspekte bei Kindern und Jugendlichen im Entwicklungsverlauf sowie deren Schutz vor Diskriminierung ist hier anzuführen, auch diese Aspekte finden sich in der UN-Kinderrechtskonvention aufgeführt und müssen in diesem Zusammenhang berücksichtigt und geschützt werden. Die Erwähnungen von Identität, Diskriminierungsschutz sowie des Kindes- bzw. Jugendwillens in der UN-Kinderrechtskonvention (UNICEF, 2023) dürfen jedoch nicht zu der ggfs. leicht zu vollziehenden Fehlannahme oder Fehleinschätzung verleiten, alle Kinder und Jugendlichen hätten immer eine bereits vollständig und ggfs. auch vorab naturalistisch determinierte und unveränderbare und ggfs. auch zeitlich immer stabile Identität, vor allem auch mit Bezug auf das eigene Geschlecht oder dessen Erleben, und dass diese immer zu einem konstanten und unveränderbaren Kindes- oder Jugendwillen führe. Dies ist wissenschaftlich in keiner Weise sicher belegt. Da keine ubiquitäre und naturalistisch determinierte nachhaltige Identität

nachweisbar ist (allein schon da deren Grenzen nicht klar artikuliert werden können), der Kindes- und Jugendwille sich im Entwicklungsverlauf nachweislich oft verändert (ein geradezu klassisches Merkmal der Pubertät bzw. des Adoleszenzalters), das Konstrukt der Transidentität vor allem bei Minderjährigen viele intrinsische und nicht aufgelöste Widersprüche in sich trägt, ggfs. begleitende psychische Störungen den Wunsch nach einer Änderung des Geschlechts beeinflussen können und die Evidenzlage für die hier diskutierten ggfs. irreversiblen, somatomedizinischen Maßnahmen bei fundierter medizinischer Betrachtung äußerst mangelhaft ist, stehen einige der hier diskutierten Empfehlungen des aktuellen Leitlinienentwurfs nunmehr in einem deutlichen Widerspruch zur UN-Kinderrechtskonvention (UNICEF, 2023). Ferner widersprechen sie dem Recht von Kindern und Jugendlichen auf körperliche wie auch seelische Unversehrtheit mit Blick auf die derzeit unvorhersehbaren seelischen Folgen bei einer ggfs. zu frühzeitigen Entscheidung für ggfs. irreversible, somatomedizinische Maßnahmen ohne klare Evidenz deren nachhaltigen Nutzen.

Weiterhin ist der vorliegende Leitlinienentwurf nicht mit dem im Genfer Ärztegelöbnis formulierten *Grundsatz „Ich werde meinen Beruf nach bestem Wissen und Gewissen, mit Würde und im Einklang mit guter medizinischer Praxis ausüben“* zu vereinbaren, indem hier die vorhandene wissenschaftliche Evidenz nicht ausreichend berücksichtigt wird und medizinisch nicht plausible Schlussfolgerungen vollzogen werden, und daher eine gute medizinische Praxis so dem Leitlinienentwurf folgend gar nicht sicher möglich ist (siehe z.B. Ärztekammer Hessen, 2024). Der Verweis auf die sogenannte *„best practice“* in der Präambel des hier betreffenden Leitlinienentwurfs ist hierbei kein adäquater Ausweg, denn beim konsensusbasierten Vorgehen und dabei nicht ausreichender Berücksichtigung der tatsächlichen Evidenzlage bzgl. der hier betreffenden Maßnahmen kann ein Expertenkonsensus der die Evidenzsituation nicht adäquat bewertet oder sogar entgegen dieser entscheidet nicht die faktisch nachgewiesene mangelhafte Evidenzlage ersetzen. Auch sind Teile des Leitlinienentwurfs mit Blick auf die Schlussfolgerungen und deren Widersprüche zur Evidenzlage nicht mit dem hippokratischen Eid gemäß dem darin formulierten Grundsatz *„Meine Verordnungen werde ich treffen zu Nutz und Frommen der Kranken, nach bestem Vermögen und Urteil; ich werde sie bewahren vor Schaden und willkürlichem Unrecht“* in Einklang zu bringen (siehe z.B. Ärztekammer Hessen, 2024). Auf die Problematik bzgl. der psychotherapeutischen Grundregeln bzgl. der Abstinenz wurde bereits hingewiesen, ebenso

auf die geringe zeitliche Beständigkeit entsprechender Diagnosen bzw. verwandter Symptome (Bachmann et al., 2024; Rawee et al., 2024).

Notwendige Konsequenzen

Diesen Ausführungen folgend muss die Berücksichtigung aktueller solider und nachgewiesener medizinischer Evidenz für ggfs. irreversible Maßnahmen bei körperlich gesunden Minderjährigen mit GD sich auch in den hier betreffenden Leitlinien abbilden, und dies betrifft als Zielvariablen vor allem die GD selbst, die psychische Gesundheit und andere wichtige medizinische Begleitaspekte zur Sicherheit dieser Maßnahmen. Zu nennen sind an dieser Stelle zum Beispiel solche Aspekte wie die Knochendichte oder ein eventuelles Risiko für maligne Erkrankungen nach CSH-Gabe (siehe hierzu z.B. auch Thompson et al., 2023; Zepf et al., 2024). Aus Sicht der Autoren_Innen der vorliegenden Kommentierung ist der aktuelle Leitlinienentwurf wissenschaftlich in vielen Punkten nicht haltbar und hält einer empirischen Tiefenprüfung an vielen Stellen nicht ausreichend stand, weswegen dringend Nachbesserungen im Interesse der Betroffenen und Beteiligten an den hier skizzierten Punkten vorgenommen werden müssen. Alternativ müsste diese Leitlinie zurückgezogen werden. Die Beseitigung dieser hier skizzierten Mängel am aktuellen Leitlinienentwurf ist essentiell um einen signifikanten Schaden für diese vulnerablen minderjährigen Personen mit GD, welcher sich aus dem hier vorgestellten potentiell Leitlinienentwurf bei dessen Verabschiedung in der aktuellen Form ergeben kann, zu vermeiden. Ferner ist aus Sicht der Autoren_Innen der vorliegenden Kommentierung dringend eine profunde und dokumentierte Aufarbeitung des hier stattgefundenen Leitlinienprozesses geboten, der zur Vorlage einer in weiten Teilen unwissenschaftlichen Leitlinienentwurf mit potentiell schädlichen und unumkehrbaren Auswirkungen für körperlich gesunde Minderjährige mit GD geführt hat.

Aktuell stellt sich für Deutschland die Situation bezüglich des hier betreffenden Leitlinienentwurfs und dessen Einordnung in die derzeitige Praxis und dieser klinischen Arbeit zugrunde liegender Dokumente, Konventionen und Standards, Stand April 2024, wie folgt dar:

- Die derzeitige medizinisch klar nachgewiesene sehr mangelhafte Evidenzlage für die Gabe von PB und CSH bei Minderjährigen mit GD wurde in einer aktualisierten systematischen

Arbeit mit NICE-, PICO- und Modified GRADE-Standard nach erfolgter wissenschaftlicher Begutachtung in der Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, dem offiziellen Organ der DGKJP, veröffentlicht (Zepf et al., 2024). Diese Arbeit und die darin enthaltenen Schlussfolgerungen zur jeweiligen Evidenzlage wurde bereits vom American College of Pediatricians (ACP, 2024) im Rahmen eines Positionspapiers aufgegriffen. Auch die European Society of Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP) hat im Rahmen des neuen „ESCAP statement on the care for gender incongruent children and adolescents“ (Veröffentlichung steht unmittelbar bevor) diese neue systematische Übersichtsarbeit und die entsprechenden Schlussfolgerungen aufgegriffen. Die Befund- und Evidenzlage für ggfs. operative Maßnahmen bei Minderjährigen mit GD ist international ebenfalls sehr mangelhaft. Das Konstrukt der Transidentität bei Minderjährigen hat diverse intrinsische und nicht aufgelöste Widersprüche. Gleichwohl basieren die hier zu diskutierenden Maßnahmen auf ebendiesem widersprüchlichen Konzept (vgl. Abschnitt II).

- Gleichzeitig berücksichtigt der aktuelle Leitlinienentwurf dieser Fachgesellschaft, in dessen Zeitschrift die dazugehörige Evidenzlage nach etablierten Kriterien zusammengefasst wurde (Zepf et al., 2024), diese hier skizzierte medizinische Evidenz nicht ausreichend (auch wenn die mangelhafte Evidenz bzgl. der hier betreffenden Themen von den Autor_Innen des Leitlinienentwurfs teilweise auch expressis verbis selbst benannt wird, was sich auch im Downgrading der Leitlinien auf ein nunmehr S2k-Niveau abbildet) und zieht teilweise unrichtige und nicht logische bzw. nicht plausible Schlussfolgerungen. Der aktuelle und finale Cass-Review bestätigt die aktuelle Faktenlage (Cass, 2024). Im Leitlinienentwurf werden Studien zitiert, die aufgrund substantieller Mängel in den jeweiligen Studien bei Anwenden etablierter Forschungsstandards (NICE, PICO, Modified GRADE) hinsichtlich eventueller Schlussfolgerungen keinerlei Berücksichtigung finden können.

- Der aktuelle Leitlinienentwurf muss dringend modifiziert werden im Hinblick der genannten essentiellen wissenschaftlichen Grundprinzipien und Konventionen einer verantwortungsvollen kinder- und jugendpsychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Arbeit, so zum Beispiel abgebildet in der Satzung der DGKJP

(2019), der UN-Kinderrechtskonvention (UNICEF, 2023), dem Hippokratischen Eid („…nach bestem Vermögen und Urteil; … “) und dem Genfer Ärztegelöbnis („…mit guter medizinischer Praxis…“; siehe z.B. Ärztekammer Hessen, 2024) sowie im Kontext therapeutischer Grundregeln da mit Blick auf die aktuelle Evidenzlage für die hier betreffenden Maßnahmen nicht nachvollziehbare Schlussfolgerungen gezogen werden, und welche diesen jungen vulnerablen Personen schaden können. Einige Vorgehensweisen wie im aktuellen Leitlinienentwurf skizziert stehen derzeit nach Ansicht der Autor_Innen der vorliegenden Kommentierung nicht in einem günstigen bzw. nicht in allen Fällen eindeutig zu rechtfertigenden Risiko-Nutzen-Verhältnis für die Betroffenen.

Vorgehen im seltenen Einzelfall

Auch Sicht der Autor_Innen der vorliegenden Kommentierung sollte die Möglichkeit für sehr seltene Fälle bestehen, in denen ggfs. bei langjähriger GI-/GD-Symptomatik mit einem erheblichen Leidensdruck nach vorher abgeschlossener profunder kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutischer sowie ggfs. auch somatischer Diagnostik unter Einbezug eines multidisziplinären Teams (MDT) in jeweils individuellen Abwägungsfällen die Gabe von PB bzw. CSH zu erwägen. Hierbei könnte das Hinzuziehen einer klinischen Ethikkommission und der Einbezug mehrerer relevanter Fachdisziplinen (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Kinder- und Jugendheilkunde, Psychotherapeuten_Innen, Endokrinologie, Reproduktionsmedizin) von besonderem Wert sein, um für diese sehr seltene Fälle eine Nutzen-Risiko-Abwägung interdisziplinär und unter Berücksichtigung der aktuellen Evidenzlage vorzunehmen. Ein solches Vorgehen sollte jedoch nach Einschätzung der Autoren_Innen der vorliegenden Kommentierung mit Blick auf die vorangegangenen Ausführungen, die derzeitige Evidenzlage wie auch die zuletzt erschienenen Forschungsergebnisse (Cass, 2024; Jorgensen et al., 2024; Rawee et al., 2024; Zepf et al., 2024) auf Einzelfallentscheidungen beschränkt sein.

Diese hier dargestellte Diskrepanz zwischen Evidenzlage und den im Leitlinienentwurf artikulierten Empfehlungen bzgl. der hier betreffenden Maßnahmen ist nach Ansicht der Autoren_Innen der vorliegenden Kommentierung so nicht hinnehmbar und Ausdruck eines dringenden Überarbeitungsbedarfs des hier diskutierten Leitlinienentwurfs. Im Interesse der betroffenen Minderjährigen mit GD und allen Beteiligten ist der aktuelle Leitlinienentwurf in

der vorliegenden Form aus den vorgenannten Gründen daher abzulehnen und grundsätzlich zu überarbeiten. Alternativ ist die vorliegende Leitlinie zurückzuziehen. Weiterhin verdeutlicht die hier geführte kritische Auseinandersetzung mit dieser Thematik den weiterhin dringenden Forschungsbedarf auf diesem Feld um den betroffenen Minderjährigen mit GD eine entsprechende fundierte Versorgung zu ermöglichen. Die hier dargestellten Kommentare, Einordnungen und Überlegungen dürfen gerne an die Leitliniengruppe weitergereicht werden, bzw. es wird an dieser Stelle seitens der Autoren_Innen der vorliegenden Kommentierung explizit darum gebeten.

V. LITERATUR

American College of Pediatricians (ACP). Position Statement „Mental Health in Adolescents with Inconrguence of Gender Identity and Biological Sex“ vom 07. Februar 2024. ACP-Webseite, https://acpeds.org/press/pediatricians-release-position-statement-reviewing-over-60-studies-on-mental-health-in-adolescents-with-gender-dysphoria, last accessed on 02.04.2024, at 8:00 AM.

APA Issues Official Positions Supporting Access to Care and the Rights of Transgender and Gender Variant Persons (http://www.apa.org/about/policy/chapter-12b.aspx#transgender)

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). AWMF-Webseite, https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-014, last accessed on 26.03.2024, at 08:00 AM.

Bachmann, C., Golub, Y., Holstiege, J., Hoffmann, F. (2024). Störungen der Geschlechtsidentität bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland: Häufigkeit und Trends im Zeitraum 2013–2022. *Deutsches Ärzteblatt* (accepted for publication).

British Broadcasting Corporation (BBC) (2024). BBC-Webseite: https://www.bbc.com/news/uk-scotland-68844119, last accessed on 18.04.2024, at 5:25 PM.

Bloom, T. M., Nguyen, T. P., Lami, F., Pace, C. C., Poulakis, Z., Telfer, M., Taylor, A., Pang, K. C., & Tollit, M. A. (2021). Measurement tools for gender identity, gender expression, and gender dysphoria in transgender and gender-diverse children and adolescents: A systematic review. *The Lancet Child & Adolescent Health*, *5(8)*: 582-588. doi: 10.1016/S2352- 4642(21)00098-5

Bowman, S. J., Casey, L. J., McAloon, J., & Wootton, B. M. (2022). Assessing gender dysphoria: A systematic review of patient-reported outcome measures. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *9(4)*: 398-409. doi: 10.1037/sgd0000486

Brik, T., Vrouenraets, L.J., de Vries, M.C., Hannema, S.E. (2020). Trajectories of Adolescents Treated with Gonadotropin-Releasing Hormone Analogues for Gender Dysphoria. *Archives of Sexual Behavior, 49*: 2611-2618. doi: 10.1007/s10508-020-01660-8

Butler, G., Adu-Gyamfi, K., Clarkson, K., El Khairi, R., Kleczewski, S., Roberts, A., et al. (2022). Discharge outcome analysis of 1089 transgender young people referred to paediatric endocrine clinics in England 2008–2021. *Archives of Disease in Childhood*, Online ahead of print. doi: 10.1136/archdischild-2022-324302

Byne, W., Bradley, S.J., Coleman, E., Eyler, A.E., Green, R., Menvielle, E.J., Meyer-Bahlburg, H.F., Pleak, R.R., Tompkins, D.A., American Psychiatric Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder (2012). Report of the American Psychiatric Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. *Archives of Sexual Behavior, 41(4)*: 759-796. doi: 10.1007/s10508-012-9975-x

Carmichael, P., Butler, G., Masic, U., Cole, T.J., De Stavola, B.L., Davidson, S., Skageberg, E.M., Khadr, S., Viner, R. (2021). Short-term outcomes of pubertal suppression in a selected cohort of 12 to 15 year old young people with persistent gender dysphoria in the UK. *PLoS One*, *16*, e0243894. doi: 10.1371/journal.pone.0243894

Cass, H. (2024). The Cass-Review. Independent review of gender identity services for children and young people: Final Report. April 2024. Web: https://cass.independent-review.uk/home/publications/, last accessed on 11.04.2024, 7:33 PM.

Chen, D., Berona, J., Chan, Y.M., Ehrensaft, D., Garofalo, R., Hidalgo, M.A., Rosenthal, S.M., Tishelman, A.C., Olson-Kennedy, J. (2023). Psychosocial Functioning in Transgender Youth after 2 Years of Hormones. *The New England Journal of Medicine, 388(3)*: 240-250. doi: 10.1056/NEJMoa2206297

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJ). DGKJP-Webseite, Satzung vom 12.04.2019, https://www.dgkjp.de/die-dgkjp/satzung/, last accessed on 02.04.2024, 8:00 AM.

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. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x

Drescher, J., Cohen-Kettenis, P., Winter, S. (2012). Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry, 24*: 568-577.

Environmental Progress Webseite, https://environmentalprogress.org/big-news/wpath-files, last accessed on 26.03.2024, 4:15 PM. doi: 10.3109/09540261.2012.741575

Deutscher Ethikrat. (2020a). *Trans-Identität bei Kindern und Jugendlichen: Therapeutische Kontroversen - ethische Orientierungen: Ad-Hoc-Empfehlung*. https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-trans-identitaet.pdf

Deutscher Ethikrat. (2020b). *Trans-Identität bei Kindern und Jugendlichen: Therapeutische Kontroversen - ethische Orientierungen. Ad-hoc-Empfehlung.* Berlin: Deutscher Ethikrat. https://www. ethikrat. org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-trans-identitaet. pdf.

Drobnič Radobuljac, M., Grošelj, U., Kaltiala, R.; ESCAP Policy Division; ESCAP Board; Vermeiren, R., Crommen, S., Kotsis, K., Danese, A., Hoekstra, P.J., Fegert, J.M. (2024). ESCAP statement on the care for children and adolescents with gender dysphoria: an urgent need for safeguarding clinical, scientific, and ethical standards. *European Child and Adolescent Psychiatry*. Online ahead of print. doi: 10.1007/s00787-024-02440-8.

Hall, R., Taylor, J., Hewitt, C.E., Heathcote, C., Jarvis, S.W., Langton, T., Fraser, L. (2024). Impact of social transition in relation to gender for children and adolescents: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*. Published Online First: 09 April 2024. doi: 10.1136/archdischild-2023-326112

Hatzenbuehler, M.L. (2009). How does sexual minority stigma "get under the skin"? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin, 135(5)*: 707-730. doi: 10.1037/a0016441

Heylens, G., Elaut, E., Kreukels, B.P.C., et al. (2024). Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries. *The British Journal of Psychiatry, 204(2)*: 151-156. doi: 101192/bjpbp112 121954

Jorgensen, S.C.J., Athea, N., Masson, C. (2024). Puberty Suppression for Pediatric Gender Dysphoria and the Child's Right to an Open Future. *Archives of Sexual Behavior, 53(5)*: 1941-1956, doi: 10.1007/s10508-024-02850-4

Kallitsounaki, A., Williams D.M. (2023). Autism Spectrum Disorder and Gender Dysphoria/Incongruence. A systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 53(8)*: 3103-3117. doi: 10.1007/s10803-022-05517-y

Kohls, G., Roessner, V. (2023). Editorial Perspective: Medical body modification in youth with gender dysphoria or body dysmorphic disorder - is current practice coherent and evidence-based? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 64(7)*: 1096-1100. doi: 10.1111/jcpp.13717

Korte, A., Tschuschke, V. (2023). [Media's Stranglehold on Storm and Stress - The Sorrows of Generation Z about Sex and Gender]. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 51(5)*: 351-365. doi: 10.1024/1422-4917/a000944.

Landesärztekammer Hessen Webseite, https://www.laekh.de/fileadmin/user_upload/Aerzte/Rund_ums_Recht/Publikationen_und_Merkblaetter/Hippokratischer_Eid_Genfer_Geloebnis.pdf, last accessed on 02.04.2024, 8:00 AM.

Littman, L. (2018). Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLoS One 13(8)*: e0202330. doi: 10.1371/journal.pone.0202330

Louis, C. Webseite der Zeitschrift Emma, https://www.emma.de/artikel/ein-medizinskandal-340647, last accessed on 16.04.2024, 2:22 PM.

Murad, M.H., Elamin, M.B., Garcia, M.Z., et al. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology 72(2)*: 214–231. doi: 10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x

Murugesh, V., Ritting, M., Salem, S., Aalam, S.M.M., Garcia, J., Chattha, A.J., Zhao, Y., Knapp, D. Jhf, Kalthur, G., Granberg, C.F., Kannan, N. Puberty Blocker and Aging Impact on Testicular Cell States and Function. bioRxiv, [Preprint]. 2024 Mar 27:2024.03.23.586441. doi: 10.1101/2024.03.23.586441. *Note: Preprint was not yet peer reviewed by a journal.*

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2020a). Evidence Review: Gonadotrophin releasing hormone analogues for children and adolescents with gender dysphoria. Available from https://cass.independent-review.uk/nice-evidence-reviews/, last accessed on 26.03.2024, 4:20 PM.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2020b). Evidence Review: Gender-affirming hormones for children and adolescents with gender dysphoria. ilable from https://cass.independent-review.uk/nice-evidence-reviews/, last accessed on 26.03.2024, 4:25 PM.

Panday, P., Ejaz, S., Gurugubelli, S., Prathi, S.K., Martinez, Y.P., Agbor, D.B.A., Nath, T.S. (2024). Incidence of Type 2 Diabetes Mellitus in Transgender Individuals Undergoing Gender Affirming Hormonal Therapy: A Systematic Review. *Cureus, 16(4)*: e58137, doi: 10.7759/cureus.58137

Phillips, M.R. (2009). Is distress a symptom of mental disorders, a marker of impairment, both or neither? *World Psychiatry*, *8(2)*: 91–92.

Psychrembel Online (2024). https://www.pschyrembel.de/Indikation/K0AQ8/doc/, last accessed on 06.04.2024, 12:16 PM.

Rawee, P., Rosmalen, J.G.M., Kalverdijk, L., Burke, S.M. (2024). Development of Gender Non-Contentedness During Adolescence and Early Adulthood. *Archives of Sexual Behavior, 53(5)*: 1813-1825. doi: 10.1007/s10508-024-02817-5

Romer, G., Möller, B. (2020). Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Jugendalter. Aktuelle Paradigmenwechsel und Herausforderungen für die psychotherapeutische Praxis. *Ärztliche Psychotherapie*, *15(2)*: 87–94. doi: 10.217 06/aep-15-2-87

Röpcke, B., Barth, N., Hebebrand, J. (2020). Die Reifebeurteilung Heranwachsender nach § 105 JGG und der Umgang mit jungen erwachsenen Straftäterinnen und Straftätern aus entwicklungspsychologischer Sicht. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 48(4)*: 318-327. doi: 10.1024/1422-4917/a000717

Ruuska, S.-M., Tuisku, K., Holttinen, T., Kaltiala, R. (2024). All-cause and suicide mortalities among adolescents and young adults who contacted specialised gender identity services in Finland in 1996–2019: a register study. *BMJ Mental Health, 27(1)*: e300940. doi: 10.1136/bmjment-2023-300940

Science Media Center (2024). https://www.sciencemediacenter.de/alle-angebote/press-briefing/details/news/awmf-leitlinie-zu-geschlechtsinkongruenz-und-dysphorie-im-kindes-und-jugendalter/, last accessed on 26.03.2024, 08:10 AM.

Society for Evidence Based Gender Medicine (SEGM), SEGM-Webseite: https://segm.org/Final-Cass-Review-2024-NHS-Response-Summary, last accessed on 16.04.2024, 4:23 PM.

Stock, K. Material Girls: Why Reality Matters for Feminism. Fleet Press. ISBN-10: 0349726620

TGEU. Trans Murder Monitoring Update TDOR 2013: http://www.transrespect-transphobia.org/en_US/tvt-project/tmm-results.htm [online].

Thompson, L., Sarovic, D., Wilson, P., Irwin, L., Visnitchi, D., Sämfjord, A. et al. (2023). A PRISMA systematic review of adolescent gender dysphoria literature: 3) Treatment. *PLOS Global Public Health, 3(8)*: e0001478. doi: 10.1371/journal.pgph.0 001478

Turban, J.L., Loo, S.S., Almazan, A.N., Keuroghlian, A.S. (2021). Factors leading to "detransition" among transgender and gender diverse people in the United States: A mixed-methods analysis. *LGBT Health, 8(4)*: 273–280. doi: 10.1089/lgbt.2020.0437

Trans Teens Sorgeberechtigt (TTSB) Webseite, https://transteens-sorge-berechtigt.net/466-stopp-leitlinie-gi-gd-kiju.html, last accessed on 16.04.2024, 2:24 PM.

UNICEF, UNICEF-Webseite, Dokument vom 30.11.2023, https://www.unicef.de/informieren/ueber-uns/fuer-kinderrechte/un-kinderrechtskonvention, last accessed on 26.03.2024, 8:10 AM.

Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (2023). Sachstand - Gesetzliche Verbote von Pubertätsblockern im Ausland. WD 9 - 3000 - 064/23. Stand 18.10.2023. Fachbereich: WD 9: Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

World Health Organization (WHO), WHO-Webseite https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/gender-incongruence-and-transgender-health-in-the-icd, last accessed on 06.04.2024, 6:12 PM.

World Professional Association for Transgender Health. Statement urging the depsychopathologisation of gender variance. WPATH-Webseite http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/de-psychopathologisation%205-26-10%20on%20letterhead.pdf.2010

Zepf, F., König, L., Kaiser, A., Ligges, C., Ligges, M., Roessner, V., Banaschewski, T., Holtmann, M. (2024). Beyond NICE: Updated Systematic Review on the Current Evidence of Using Puberty Blocking Pharmacological Agents and Cross-Sex-Hormones in Minors with Gender Dysphoria. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 52(3)*: 167-187. doi: 10.1024/1422-4917/a000972

VI. INTERESSENKONFLIKTE & DISCLOSURE STATEMENTS

Leitlinientätigkeit:

FDZ: Von Mitte des Jahres 2020 bis Ende November 2022 Mitglied der Steuergruppe der AWMF-S3-Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter: Diagnostik und Behandlung“ (Register-Nr. 028–014). Aufgrund seiner berufsethischen Bedenken bezüglich dieser hier betreffenden Leitlinie und ferner aufgrund von seinen Bedenken zu Aspekten eines profunden Kinder- und Jugendschutzes ebenso bezüglich dieser ursprünglich auf S3-Niveau angemeldeten Leitlinie (inzwischen Downgrading erfolgt auf S2k-Niveau) hat FDZ seine Arbeit an dieser S3-(S2k)-Leitlinie beendet und die dazugehörige Steuerungsgruppe dieser Leitlinie verlassen.

Beratertätigkeit und Speaker-Honorare (letzte 3 Jahre):

FDZ: Beratertätigkeit und Speaker-Honorare von Takeda (Beratertätigkeit im Kontext von ADHS und komorbiden Störungen; bezüglich Vortragstätigkeit zwei Vorträge mit einem erweiterten thematischen Bezug zur hier vorliegenden Kommentierung, die von Takeda unterstützt wurden. Es handelte sich hierbei um einen Übersichtsvortrag zum Thema Transidentität bei Kindern und Jugendlichen und der Evidenzlage von Pubertätsblockade einschließlich GnRH-Analoga und Hormongabe sowie um einen Vortrag zu klinischen Implikationen von ADHS und begleitender Transidentität inkl. Aspekten der Evidenzlage zur Gabe von GnRH- Analoga und CSH; keine Beratertätigkeit oder weitere Vortragstätigkeit für Takeda in Bezug auf GnRH-Analoga). Speaker- Honoraria von Medice (Vortragstätigkeit ausschließlich im Kontext von ADHS und komorbiden Störungen). Keine Eigentümerinteressen oder Geschäftsanteile an Arzneimitteln oder Medizinprodukten.

TB: Beratertätigkeit für Eye Level, Infectopharm, Medice, Neurim Pharmaceuticals, Oberberg-GmbH und Takeda (keine Berater- oder Vortragstätigkeit für Takeda in Bezug auf GnRH-Analoga.) und Vortragshonorare von Janssen-Cilag, Medice und Takeda. Autorenhonorare von Hogrefe, Kohlhammer, CIP Medien, Oxford University Press.

Bei den restlichen Autor_Innen bestehen keine Interessenkonflikte.