



Leitfaden für trans* Kinder und Jugendliche

Patient*innenleitlinie zur AWMF-Leitlinie:

**Geschlechtsinkongruenz und
Geschlechtsdysphorie im
Kindes- und Jugendalter –
Diagnostik und Behandlung**

(S2k, Registernummer 028-014)



**BUNDESVERBAND
TRANS***

Impressum für diesen Leitfaden

Herausgeber:

Bundesverband Trans*

Vertreten u.a. durch Vorstand Robin Ivy Osterkamp

Prinzregentenstraße 84, 10717 Berlin | www.bv-trans.de

Medizinische Prüfung: Prof. Dr. Georg Romer

Text: Mari Günther, Cai Schmitz-Weicht | www.freizeile.de

Gestaltung: Silke Kampfmeier | www.design.skarsky.com

Druckerei: hinkelsteindruck | www.hinkelstein-druck.de

Illustration Einhorn: JungleOutThere/iStock

Finanzielle Interessenskonflikte der Beteiligten liegen nicht vor. Geldgeber*innen hatten keinen Einfluss auf die fachliche Erstellung der Broschüre.

Bestellung von Druckexemplaren unter bestellung@bv-trans.de.

Diese Broschüre ist lizenziert



unter CC BY-ND 4.0

Gefördert vom

im Rahmen des Bundesprogramms



Bundesministerium
für Bildung, Familie, Senioren,
Frauen und Jugend

Demokratie *leben!*



GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe auf Bundesebene



Der Bundesverband Trans* ist Teil von 'Selbstverständlich Vielfalt – Kooperationsverbund für sexuelle, romantische und geschlechtliche Selbstbestimmung' (www.selbstverstaendlich-vielfalt.de), welcher durch das Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen des Bundesprogramms »Demokratie leben!« gefördert wird. Die Veröffentlichung stellt keine Meinungsäußerung des BMBFSJ oder des BAFzA dar. Für inhaltliche Aussagen und Meinungsäußerungen tragen die Publizierenden dieser Veröffentlichung die Verantwortung.

Leitfaden für trans* Kinder und Jugendliche

Patient*innenleitlinie zur AWMF-Leitlinie:

**Geschlechtsinkongruenz und
Geschlechtsdysphorie im
Kindes- und Jugendalter –
Diagnostik und Behandlung**

(S2k, Registernummer 028-014)

INHALT

1 Einleitung

- Über diesen Leitfaden — S. 8
- Über die Medizinische Leitlinie — S. 9
- Sondervoten — S. 10
- Herausforderungen — S. 10
- Präambel — S. 11
- Begriffe** — S. 12
- Kurz und knapp — S. 14

2 Trans*geschlechtlichkeit in Kindheit und Jugend

- Wie viele trans* Kinder und Jugendliche gibt es? — S. 16
- Unterschiedliche Entwicklungen — S. 16
- Sozialer Rollenwechsel im Kindesalter — S. 18
- Diskriminierungserfahrungen — S. 19
- Wann medizinische Unterstützung gefragt ist — S. 20
- Kurz und knapp — S. 20

3 Informationen für Eltern und Bezugspersonen

- Grundlagen — S. 23
- Gesundheitliche Risiken — S. 23
- Die Rolle des Familiensystems — S. 24
- Checkliste:** Kinder stärken — S. 26

4 Psychische Begleiterkrankungen

- Psychische Gesundheitsprobleme bei trans* Kindern und Jugendlichen — S. 28
- Autismus-Spektrum — S. 29
- Differentialdiagnostik — S. 30
- Kurz und knapp — S. 31

5 Psychotherapie

- Gründe für psychotherapeutische Begleitung — S. 33
- Hinweise für Psychotherapeut*innen und Berater*innen — S. 34
- Themen und Ziele — S. 35
- Kurz und knapp — S. 37

6 Diagnostik und Indikationsstellung

Warum es Diagnosen braucht — S. 40

Diagnosen — S. 40

Vorgehen bei Hinweisen auf assoziierte psychische Störungen — S. 46

Das muss im **Indikationsschreiben** stehen? — S. 46

Kurz und knapp — S. 50

7 Einwilligung in medizinische Maßnahmen im Jugendalter

Einwilligungsfähigkeit vorhanden? — S. 53

Die Rolle der Sorgerechtigten — S. 54

Kurz und Knapp — S. 55

8 Pubertätsblocker

Was sind Pubertätsblocker? — S. 57

Was bringen Pubertätsblocker? — S. 57

Risiken und Nebenwirkungen — S. 60

Stellvertretende Einwilligung bei Pubertätsblockern — S. 61

Alternativen bei fortgeschrittener Pubertät — S. 62

Kurz und Knapp — S. 63

9 Geschlechtsangleichende Hormonbehandlung im Jugendalter

Wirkungen geschlechtsangleichender Hormonbehandlungen — S. 65

Voraussetzungen für Hormonbehandlungen bei Jugendlichen — S. 65

Fruchtbarkeit, Sexualität und Beziehungen — S. 67

Einwilligung — S. 68

Hormonbehandlung bei trans*männlichen Jugendlichen — S. 68

Hormonbehandlung bei trans*weiblichen Jugendlichen — S. 74

Nebenwirkungen — S. 78

Kurz und Knapp — S. 80

10 Geschlechtsangleichende Operationen im Jugendalter — S. 82

11 Eine gute*n Ärztin/Therapeut*in finden

Checkliste: Bin ich hier richtig? — S. 85

Ausblick — S. 87

Vorwort der Herausgeber*in

Als Bundesverband Trans* machen wir uns mit der Herausgabe dieses Leitfadens für eine gute medizinische Versorgung von trans* Kindern und Jugendlichen stark. Gemeinsam mit dem Trans* Kinder Netz haben wir als Vertretungsorganisation von Behandlungssuchenden an der Erarbeitung der Leitlinie mitgewirkt. Als Herausgeber dieses Leitfadens wollen wir nun dazu beitragen, dass Behandlungssuchende und Behandler*innen sich schnell einen Überblick über die neuen Empfehlungen verschaffen können.

Der Bundesverband Trans* war von Anfang bis Ende an der Erarbeitung der medizinischen Leitlinie für trans* Kinder und Jugendliche beteiligt. Denn die Qualitätsrichtlinien der AWMF schreiben vor, dass die betroffenen „Patient*innen“ bei der Erarbeitung solcher Leitlinien mitarbeiten. Wir finden das ebenfalls wichtig, auch wenn wir trans* Personen nicht per se als Patient*innen verstehen.

Zwei Personen vom BVT waren direkt beteiligt: eine transmaskuline Person, die selbst als Jugendlicher Behandlungserfahrungen gemacht hat, und eine transfeminine Person, die auch systemische Therapeutin ist und viel mit trans* Kindern und Jugendlichen arbeitet. Sie hat ihr Fachwissen und ihre Erfahrungen aus dieser Arbeit miteingebracht.

Zusätzlich hat der BVT in der fachöffentlichen Kommentierungsphase dafür gesorgt, dass trans* und nichtbinäre Mitglieder des Verbands den Leitlinienentwurf kritisch prüfen und Rückmeldungen geben konnten. Diese Rückmeldungen sind im Leitlinienreport dokumentiert (register.awmf.org/assets/guidelines/028-014m_S2k_Geschlechtsinkongruenz-Geschlechtsdysphorie-Kinder-Jugendliche_2025-06.pdf).

Nach der Fertigstellung der Leitlinie hat der Bundesverband Trans*, wie schon bei der medizinischen S3-Leitlinie für Erwachsene, auch die Patient*innen-Version erstellt.



→ Manchmal wollen wir als herausgebender Verband noch einen Tipp loswerden oder etwas kommentieren. Solche Inhalte sind immer durch dieses Einhorn gekennzeichnet.

1 Einleitung

Begriffe

Eine Liste der
wichtigsten Begriffe
findest du hier:

S. 12

Über diesen Leitfaden __S. 8

Über die Medizinische Leitlinie __S. 9

Sondervoten __S. 10

Herausforderungen __S. 10

Präambel __S. 11

Kurz und knapp __S. 14

Über diesen Leitfaden

Der Leitfaden fasst die Inhalte der S2k-Leitlinie zu Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter verständlich zusammen. So bekommen trans* Kinder und Jugendliche, Eltern, Bezugspersonen und Fachkräfte einen Überblick über den aktuellen Stand der Wissenschaft. Dadurch soll die Zusammenarbeit zwischen Behandlungssuchenden und Behandler*innen vereinfacht und die Versorgung von trans* Kindern und Jugendlichen verbessert werden.

Die wichtigsten Empfehlungen der S2k-Leitlinie haben wir übernommen, jedoch etwas vereinfacht oder gekürzt, damit sie leichter lesbar sind. Die vollständigen Empfehlungen finden sich in der Leitlinie. Auf die jeweilige Seitenzahl in der Leitlinie verweist im Folgenden die Abkürzung „LL“, gefolgt von der Seitenangabe. Sie beziehen sich auf das PDF der S2k-Leitlinie auf der Seite www.awmf.org in der Version vom 06.03.2025.



*„Was Geschlecht für dich bedeutet und was du brauchst, um dich gut zu fühlen – das kannst du nur selbst herausfinden. Was hilft dabei? Gespräche mit Freund*innen oder Therapeut*innen, bei einer Trans*beratung oder in Eltern- und Jugendgruppen. Dort bekommst du auch Erfahrungsberichte und Infos zur rechtlichen Situation.“*

DER LEITFADEN ENTHÄLT NICHT JEDES DETAIL DER LEITLINIE. UND MANCHE FRAGEN BEANTWORTET DER LEITFADEN NICHT, WEIL SIE GAR NICHT GEGENSTAND DER LEITLINIE SIND. ZUM BEISPIEL DIESE:

- ▶ Bin ich trans*? Ist mein Kind oder mein*e Schüler*in trans*?
- ▶ Wie geht eine rechtliche Namens- oder Personenstandsänderung?
- ▶ Soll ich diese oder jene Behandlung in Anspruch nehmen?
In welcher Reihenfolge? Was ist für mich persönlich das Beste?
- ▶ Welche Behandlungen sind für trans* Erwachsene empfehlenswert?

Der Leitfaden wurde sorgfältig fachlich geprüft. Im Zweifelsfall gelten jedoch die Formulierungen der S2k-Leitlinie auf dem Leitlinienportal der AWMF.

Über die Medizinische Leitlinie

Die Basis für diesen Leitfaden ist die 2025 publizierte AWMF-Leitlinie mit dem Titel „Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter – Diagnostik und Behandlung (S2k)“.

Die Leitlinien der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland) sind Orientierungshilfen für Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen und für Patient*innen. Die Leitlinie basiert auf Studienergebnissen und Fachliteratur – und auf den Erfahrungen verschiedener Expert*innen in dem Themenbereich. Über die Gesundheitsversorgung von trans* Kindern und Jugendlichen gibt es noch nicht allzu viele hochwertige Studien. Denn eine Vergleichsgruppe ohne Behandlung zu lassen, wäre ethisch nicht vertretbar. Die Erfahrung der Behandler*innen deckt sich aber in vielen Bereichen. Das zeigt sich am hohen Konsens der allermeisten Empfehlungen.

Die Leitlinie fasst also zusammen, was die Forschung bisher herausgefunden und was sich in der Praxis bewährt hat.



→ Ärzt*innen und Therapeut*innen sind nicht verpflichtet, sich an die Empfehlungen der Leitlinie zu halten. Allerdings müssen sie es dir gegenüber begründen und dokumentieren, wenn sie davon abweichen. Aus Leitlinienempfehlungen ergibt sich auch nicht unbedingt ein Rechtsanspruch auf Kostenübernahme durch die Krankenkassen, aber trotzdem sind diese verpflichtet, dem aktuellen wissenschaftlichen Stand gerecht zu werden. Du kannst die Leitlinie also als Argument benutzen.

DAS ZIEL: GUTE MEDIZINISCHE VERSORGUNG

Junge trans*geschlechtliche und nichtbinäre Menschen sollen bei Bedarf eine gute und zeitgemäße medizinische Versorgung erhalten. Die Leitlinie bietet dafür eine fundierte Orientierung. An ihrer Erstellung waren 26 medizinische und psychotherapeutische Fachorganisationen sowie zwei Selbstvertretungsorganisationen beteiligt. Die Empfehlungen stützen sich also auf einen breiten Wissens- und Erfahrungsschatz der medizinischen und psychotherapeutischen Fachwelt.

Entpathologisierung

Früher wurden trans* Menschen pathologisiert, das bedeutet, sie wurden als krank angesehen. Transsexualität galt als psychiatrische Diagnose. Inzwischen hat sich das geändert. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) spricht heute nicht mehr von „Störungen der Geschlechtsidentität“. Stattdessen wurde in der aktuellen „Internationalen Klassifikation der Krankheiten und Gesundheitsprobleme“ (ICD-11) die Diagnose der „Geschlechtsinkongruenz“ eingeführt. Auch wenn Trans*geschlechtlichkeit keine Krankheit ist, kann sich daraus aufgrund des als „falsch“ erlebten Körpers und der gegenwärtigen Gesellschaft ein hoher Leidensdruck entwickeln. Dieser wird mit dem Begriff „Geschlechtsdysphorie“ umschrieben.

Die ICD-11 ist zum 01.01.2022 in Kraft getreten und spiegelt den aktuellen Stand der Wissenschaft. Deshalb bezieht sich die Leitlinie darauf, auch wenn die Krankenkassen in Deutschland immer noch die ältere ICD-10 verwenden.

Geschlechtsinkongruenz: Geschlechtsidentität und körperliche Geschlechtsmerkmale passen nicht zusammen.

Geschlechtsdysphorie: Jemand leidet darunter, dass das so ist.

Sondervoten

Den meisten Empfehlungen der Leitlinie haben über 95 Prozent der beteiligten Expert*innen zugestimmt. Bei manchen Punkten gab es aber auch Diskussionen. Wenn einer Fachgesellschaft ein Aspekt besonders wichtig war, hat sie dazu ein „Sondervotum“ abgegeben. Sie hat also nicht zugestimmt, sondern ihre eigene Einschätzung noch mal schriftlich hinzugefügt. Dabei geht es oft um Details, zum Beispiel um einen stärkeren Empfehlungsgrad. Diese Sondervoten und ihre Begründungen finden ihr im Anhang A der medizinischen Leitlinie.

Herausforderungen

Behandlungsempfehlungen für trans* Kinder und Jugendliche stehen vor einigen Herausforderungen. Junge Menschen haben ein Recht auf ihre eigene geschlechtliche Identität. Allerdings ist ihre Entwicklung noch nicht abgeschlossen, Überzeugungen und die Selbstwahrnehmung können sich ändern. Junge Menschen haben ein Recht auf Selbstbestimmung über ihren eigenen Körper. Allerdings müssen viele

Entscheidungen noch von den Sorgeberechtigten mitunterschrieben werden. Junge Menschen sollen eine bestmögliche medizinische Versorgung erhalten – das kann im Kontext von Trans*geschlechtlichkeit körpermodifizierende Behandlungen einschließen. Solche Behandlungen verändern den Körper unumkehrbar – und könnten sich später vielleicht als nicht mehr passend erweisen. Aber: auch wenn nicht behandelt wird, hat das unumkehrbare Folgen und damit starke Auswirkungen auf die Zukunft und auf die körperliche und psychische Gesundheit. Vorteile und Risiken einzelner Behandlungsschritte sollte deshalb besonders sorgfältig und individuell abgewogen werden.

Politische Debatte und Diskriminierung

Das Thema „trans* bei Kindern und Jugendlichen“ ist politisch und medial aufgeladen. Die Leitlinie – und damit auch dieser Leitfaden – behandelt in erster Linie medizinische Behandlungsoptionen bei Geschlechtsinkongruenz. Gleichzeitig haben die gesellschaftlichen Debatten auch einen Einfluss auf die Gesundheit. Denn Diskriminierungserfahrungen sind ein erheblicher Risikofaktor für die Gesundheit, egal ob sie in der Schule, im Gesundheitssystem, durch abwertende Berichterstattung oder auf Social Media erfolgen. Deshalb enthält die Leitlinie teilweise auch Empfehlungen, die über die rein medizinische Sicht hinausgehen.

Präambel

Gerade wegen der gesellschaftlichen Debatten um das Thema hat die Leitlinienkommission ihrer Arbeit einige Grundhaltungen in einer Präambel vorangestellt. Diese Präambel wurde mit starkem Konsens beschlossen. Das heißt, mehr als 95 Prozent der Beteiligten haben ihr zugestimmt. Das sind die wichtigsten Punkte:

1. Die Leitlinie achtet die Würde und Selbstbestimmung jeder einzelnen Person.
2. Trans* Kinder und Jugendliche sollen aktuelle fachliche Informationen und eine gute medizinische Behandlung bekommen.
3. Die Leitlinie möchte mit dafür sorgen, dass trans* nicht mehr pathologisiert und diskriminiert werden.
4. Trans* Personen haben individuelle Bedürfnisse und sollen auch individuell unterstützt werden. Dafür bietet die Leitlinie fachliche Orientierung.
5. In die Leitlinie sind Erfahrungen vieler Parteien eingeflossen, auch von trans* Personen. So sollen in Zukunft Behandlungen verbessert und Diskriminierungen vermieden werden.

6. Die geschlechtliche Identität ist eine ganz persönliche Sache. Deshalb ist Selbstbestimmung in diesem Bereich besonders wichtig. Behandlungen dürfen nicht darauf abzielen, Menschen von ihrer Identität abzubringen.
7. Psychotherapie soll Menschen im Rahmen einer Transition angeboten werden – zur Selbstfindung, zur Stärkung des Selbstvertrauens, zur Verarbeitung von Diskriminierungserfahrungen oder zur Vor- und Nachbereitung einzelner Transitionsschritte. Psychotherapie darf keine Pflicht sein.
8. Medizinische Maßnahmen während der Pubertät sollen besonders sorgfältig abgewogen werden. Dabei soll bedacht werden, dass sowohl medizinische Maßnahmen – als auch deren Unterlassung – irreversible Folgen haben, die evtl. bereut werden können.
9. Die Leitlinie soll Orientierung bieten, damit medizinische Fachkräfte, Kinder und Jugendliche sowie ihre Sorgeberechtigten die nötigen Entscheidungen gemeinsam treffen können.

Begriffe

Im Leitfaden verwenden wir dieselben Begriffe wie die S2k-Leitlinie. Das sind die wichtigsten:

Trans*

„junge trans* Personen“ meint hier alle Menschen unter 18 Jahren, die sich nicht oder nicht nur dem Geschlecht zugehörig fühlen, das ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde. Das Wort trans* dient dabei als Oberbegriff und Kurzform für verschiedene Attribute, wie zum Beispiel transgender, transient, transsexuell, nichtbinär oder agender. Nicht-binäre Trans*, die sich weder als Frau noch als Mann verstehen, werden in der Leitlinie explizit miteingeschlossen.

Geschlechtsinkongruenz

Wenn die körperlichen Geschlechtsmerkmale sich unpassend oder falsch

anfühlen, spricht die S2k-Leitlinie von „Geschlechtsinkongruenz“. Das ist der Fachbegriff und die ICD11-Diagnose, die die Leitlinie für Trans*sein verwendet.

Geschlechtsdysphorie

Wenn jemand darunter leidet, dass Identität und Körper nicht zusammenpassen, dann spricht die Leitlinie von „Geschlechtsdysphorie“.

Transition

Mit diesem Begriff beschreiben trans* Menschen den Weg vom zugewiesenen Geschlecht (das Geschlecht, das nach der Geburt festgelegt wurde) hin zum eigenen Geschlecht, sei dies weiblich,

männlich oder ein anderes. Zur Transition gehören häufig ein oder mehrere Coming-outs, oft die Änderung von Vornamen und Personenstand und je nach Bedarf auch körpermodifizierende Behandlungen.

Körpermodifizierende Behandlungen

Das sind medizinische Behandlungen, die den Körper verändern und an das eigene Geschlecht angleichen. Dazu gehören zum Beispiel Hormonbehandlungen und Operationen.

Einwilligungsfähigkeit (D)/ Entscheidungsfähigkeit (A)/ Urteilsfähigkeit (CH):

Diese Begriffe bezeichnen in Deutschland, bzw. in Österreich und der Schweiz die Fähigkeit von Kindern und Jugendlichen, eine informierte Zustimmung zu einem medizinischen Eingriff zu geben. Dazu ist es notwendig, die Chancen, Risiken und Langzeitfolgen einer Maßnahme erfassen und bewerten können.

Behandlungssuchende

Trans*geschlechtlichkeit ist keine Krankheit. Also sind trans* Kinder und Jugendliche keine Patient*innen. Viele brauchen oder wollen auch keine medizinische Hilfe. In diesem Leitfaden sprechen wir deshalb von „Behandlungssuchenden“. Damit meinen wir junge trans* Personen, die, oft zusammen mit ihren Eltern oder Sorgeberechtigten, medizinische Unterstützung suchen.

Persister

Manche Jugendliche wissen früh, dass sie trans* sind und bleiben später auch

dabei. Für sie wird das Wort „Persister“ verwendet, von engl. „persist“ – bestehen bleiben. Ihre Trans*geschlechtlichkeit bleibt über die Pubertät hinaus bestehen.

Desisters

Manche Kinder oder Jugendliche erleben sich eine zeitlang als trans*, am Anfang der Pubertät ändert sich das aber wieder. Oder: es klärt sich für sie erst später im Leben. Dafür wird das Wort Desister verwendet.

Nicht-binäre Geschlechtsidentität

Geschlechtszugehörigkeit jenseits der binären Zweigeschlechtlichkeit von männlich und weiblich. Im Leitlinientext wird der Begriff für verschiedene nicht-binäre Identifikationen verwendet, z.B. zwischen männlich und weiblich, jenseits der Geschlechter oder im Verlauf des Lebens fluide.

Transition

Mit diesem Begriff beschreiben trans* Menschen den Weg vom zugewiesenen Geschlecht (das Geschlecht, das nach der Geburt festgelegt wurde) hin zum eigenen Geschlecht, sei dies weiblich, männlich oder ein anderes.

Detransition

Der Begriff bezeichnet in der Leitlinie die Abkehr von medizinischen Maßnahmen einer Transition. Zum Beispiel: Eine begonnene Hormonbehandlung wird nicht mehr fortgeführt. Oder: Eine Operation soll rückgängig gemacht werden.



⇒ Wir verstehen Geschlecht als etwas, dass sich im Laufe des Lebens wandeln kann. Ein kleiner Teil der trans* Personen, die eine medizinische Behandlung in Anspruch genommen haben, möchte diese später abbrechen oder rückgängig machen. Bei Erwachsenen sind das ca. 1-3 Prozent. Diese Detransition bedeutet nicht unbedingt, dass die frühere Behandlung bereut wird, sondern oft auch, dass sie sich einfach nicht mehr passend anfühlt.

Kurz und knapp

Wer hat die Leitlinie verfasst?

Die Leitlinie wurde von verschiedenen Expert*innen verfasst, die seit vielen Jahren mit trans* Kindern und Jugendlichen arbeiten. Sie kamen von 26 verschiedenen Fachorganisationen. Außerdem waren der Bundesverband Trans* und Trans-Kinder-Netz e. V. an der Erstellung beteiligt.

Was steht in der Leitlinie und was nicht?

Die Leitlinie fasst zusammen, was sich in der Praxis und laut Forschungsliteratur bewährt hat. Sie enthält Behandlungsempfehlungen, die von den verschiedenen Experten gemeinsam formuliert und abgestimmt wurden. Schwerpunktthemen sind Diagnosestellung, Psychotherapie, Pubertätsblocker und Hormonbehandlungen.

Habe ich einen Rechtsanspruch auf die in der Leitlinie empfohlenen Behandlungen?

Nein. Die Leitlinie soll Ärzt*innen und medizinischen Fachkräften eine Orientierung bieten. Daraus ergibt sich kein Rechtsanspruch auf Kostenübernahme und auch keine Verpflichtung für Ärzt*innen und Therapeut*innen. Du kannst die Leitlinie aber als Argumentationshilfe nutzen.



⇒ Wenn deine Versorger*innen von Leitlinienempfehlungen abweicht und du das nicht verstehst, lass es dir erklären, bis du es verstehen kannst, und lass es dir auch schriftlich geben, wenn du magst.

⇒ Hier findet dein*e Versorger*innen Informationen zur Kostenübernahme

Praxistipps zum
Download auf
»www.bv-trans.de«

2

Trans*geschlecht- lichkeit in Kindheit und Jugend

Wie viele trans* Kinder und Jugendliche gibt es? __S. 16

Unterschiedliche Entwicklungen __S. 16

Sozialer Rollenwechsel im Kindesalter __S. 18

Diskriminierungserfahrungen __S. 19

Wann medizinische Unterstützung gefragt ist __S. 20

Kurz und knapp __S. 20

Wie viele trans* Kinder und Jugendliche gibt es?

Wie viele Menschen betrachten sich als trans*? Bei wie vielen wird eine Geschlechtsinkongruenz diagnostiziert? Und wie viele betrachten sich als gendernonkonform, ohne die Selbstbeschreibung trans* zu nutzen? Gibt es heute mehr trans* Menschen als früher, mehr Jugendliche als Erwachsene? Diese Fragen versucht die Leitlinie anhand der vorliegenden Forschungsliteratur zu beantworten. Die Ergebnisse sind uneinheitlich. 0,3 bis 0,5 Prozent der Erwachsenen bezeichnen sich selbst als trans*. Bei Jugendlichen sind es zwischen 1,2 und 2,7 Prozent. Wurde differenzierter nachgefragt, um ein breites Spektrum gender-nonkonformer Identitäten zu erfassen, dann steigen die Zahlen auf bis zu 4,5 Prozent bei Erwachsenen und bis zu 8,4 Prozent bei Jugendlichen. Aber: Nur 0,02 bis 0,08 Prozent der Bevölkerung erhalten die Diagnose Geschlechtsinkongruenz.

Insgesamt bezeichnen sich aktuell mehr Menschen als trans* als in der Vergangenheit. Warum das so ist, lässt sich anhand von Forschungsergebnissen nicht eindeutig feststellen. Es kann sein, dass die zunehmende gesellschaftliche Sichtbarkeit von trans* Themen Erwachsene und Jugendliche zum Coming-out ermutigt.

Die Mehrheit der trans* Jugendlichen, die in den letzten Jahren eine medizinische Begleitung wünschten, ist bei der Geburt das weibliche Geschlecht zugewiesen worden. Die Gründe für dieses Ungleichgewicht sind unklar. Trans-männliche, d.h. zuweisungsgeschlechtlich weibliche trans Personen outeren sich oft früher als trans-weibliche Personen. Sie leben damit häufiger früher sozial in ihrem empfundenen Geschlecht und suchen deshalb häufiger schon im Jugendalter medizinische Unterstützung. Im späteren Lebensalter scheint sich das Verhältnis wieder auszugleichen.

Für die gesundheitliche Versorgung von trans* Kindern und Jugendlichen spielt die Häufigkeit oder Seltenheit von Trans* keine Rolle. Auch das zugewiesene Geschlecht ist dafür irrelevant. Denn alle Menschen haben das Recht auf eine gute Gesundheitsversorgung.

Unterschiedliche Entwicklungen

Kinder und Jugendliche entwickeln sich individuell und mit einer großen Bandbreite. Das betrifft auch die Geschlechtsidentität. Es ist nicht ungewöhnlich, dass junge Menschen im Laufe ihrer Kindheit verschiedene Verhaltensweisen oder Geschlechterrollen erproben, sich als Mädchen oder Junge betrachten oder bei einem anderen Namen

genannt werden wollen. Das kann langfristig so bleiben – oder sich wieder ändern. Woran lässt sich erkennen, ob ein trans* Kind im Laufe der Pubertät noch einmal einen Wechsel der Geschlechtsidentität vornehmen wird oder nicht? Wie viele trans* Kinder werden trans* Jugendliche, oder fachsprachlich gefragt: Wie sind die Persistenzraten?

Zu diesen Fragen gibt es nur wenige verlässliche Studien, die Ergebnisse zeigen eher Tendenzen. Viele Jugendliche (bis zu 11 Prozent) sind eine Zeit lang unzufrieden mit ihrem zugewiesenen Geschlecht oder der dazugehörigen Geschlechterrolle, ohne dass sich eine Transgeschlechtlichkeit entwickelt. Viele Kinder zeigen vor der Pubertät gender-nonkonformes Verhalten, eine deutliche Geschlechtsinkongruenz oder den Wunsch, eine andere Geschlechterrolle zu leben. Aber nur ein Drittel von ihnen bezeichnet sich später als trans*. Dabei ist aktuell nicht vorhersagbar, ob die Geschlechtsinkongruenz andauern wird. In der Regel zeigt sich das aber bei Beginn der Pubertät, etwa zwischen dem 11. und 14. Lebensjahr.

Bei Kindern ist also auch bei deutlichen Anzeichen einer Geschlechtsinkongruenz keine Vorhersage über das Jugendalter möglich. Medizinische Interventionen zur Unterstützung einer Transition vor Beginn der Pubertät sind deshalb nach aktuellem Kenntnisstand nicht sinnvoll. Eine in der Kindheit gestellte Diagnose „Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter“ begründet keine medizinische Intervention. Eine klare Selbstauskunft zu Beginn der Pubertät oder später sollte jedoch ernstgenommen werden.

EMPFEHLUNGEN (LL S. 60):

- ▶ Personen, die Kinder, Jugendliche, Sorgeberechtigte und Bezugspersonen zu Geschlechtsinkongruenz/Geschlechtsdysphorie (GI/GD) beraten, sollen umfassende Kenntnisse über die Variationsbreite geschlechtsvarianter Entwicklungen in Kindheit und Jugend haben.
- ▶ Bei Beratungen zu einem gewünschten oder bereits vollzogenem sozialen Rollenwechsel soll über die Vielfalt der Entwicklungen und die Möglichkeit einer späteren Detransition informiert werden.
- ▶ Wenn ein Kind eine Geschlechtsinkongruenz zeigt, ist bis zum Eintritt der Pubertät keine Vorhersage über eine persistierende Geschlechtsinkongruenz im Jugendalter möglich.

Sozialer Rollenwechsel im Kindesalter

Einige Kinder vollziehen im Kindesalter einen sozialen Rollenwechsel. Sie wechseln ihren Vornamen und wollen in einem Geschlecht anerkannt werden, dass von dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht abweicht. Bezugspersonen und medizinische Fachkräfte reagieren darauf unterschiedlich. Manche verstehen es als unaufgeregtes Ausprobieren, mache als Nachweis für „richtiges Trans*sein“. Manche finden, die Eltern dürfen das nicht erlauben oder müssten es unbedingt fördern. Die Leitlinie fragt: Gibt es Erkenntnisse über die Auswirkungen eines sozialen Rollenwechsels in der Kindheit? Kann er zu einer frühen, evtl. „falschen“ Festlegung führen, oder unterstützt er gerade eine stabile psychische Entwicklung? Was passiert, wenn ein sozialer Rollenwechsel verboten wird? Was kann eine spätere Retransition nach einem Rollenwechsel in der Kindheit erleichtern oder erschweren?

Zu diesen Fragen gibt es bisher nur wenige Daten. Viele Kinder, die bereits vor der Pubertät einen sozialen Rollenwechsel vollziehen, bleiben auch später dabei. Und es gibt keine Hinweise auf psychosexuelle Verwirrung, Identitätsunsicherheit oder andere auffällige gender-bezogene Entwicklungen. Wenn Kinder einen sozialen Rollenwechsel einfordern, sollten sie darin wahrgenommen und bei Bedarf unterstützt werden – wohl wissend, dass sich das Identitätsgeschlecht später noch einmal ändern kann. Ob ein Kind einen sozialen Rollenwechsel vollzieht, ist letztlich eine soziale und pädagogische, keine medizinische Entscheidung.

Sowohl das deutsche Grundgesetz als auch die UN-Kinderrechtskonvention schützen das Recht des Kindes auf freie Entfaltung der eigenen Persönlichkeit. Das umfasst auch das Recht, ein Leben entsprechend der eigenen, subjektiv empfundenen geschlechtlichen Identität zu führen und in dieser Identität anerkannt zu werden. Der Deutsche Ethikrat wies außerdem darauf hin, dass Kinder in allen dazugehörigen Entscheidungsprozessen gehört und ihre Vorstellungen und Wünsche ihrer Reife und ihrem Alter entsprechend berücksichtigt werden müssten. Die soziale Rollenerprobung kann Teil davon sein, sich selbst kennen zu lernen und sich über sich selbst klar zu werden.

EMPFEHLUNGEN (LL. S. 71f):

Wenn Kinder einen sozialen Rollenwechsel erwägen und ihre Eltern, Bezugspersonen oder Sorgeberechtigten Beratung suchen, wurden für die Beratung folgende Empfehlungen formuliert:

- Das Recht des Kindes auf freie Entfaltung der Persönlichkeit sollte geachtet werden.

- ▶ Die Sorge- und Erziehungsberechtigten sollten ermutigt werden, dem Kind eine selbstbestimmte Erkundung und Entwicklung seiner Geschlechtsidentität zu ermöglichen.
- ▶ Der soziale Rollenwechsel sollte als individueller Prozesse aufgefasst werden, der sich nach den Bedürfnissen des Kindes richtet.
- ▶ Die beratende Person sollte fachliche Unterstützung zum Schutz vor Diskriminierung des Kindes und/oder seiner Bezugspersonen anbieten.

Diskriminierungserfahrungen

Nationale und internationale Studien zeigen, dass trans* Kinder und Jugendliche und ihre Familien häufig Diskriminierung, Ausgrenzung und Abwertung erfahren – sowohl in ihrem sozialen Umfeld als auch im Gesundheitssystem. 2014 wurde dies in einer großen Europäischen Studie in mehreren EU-Ländern belegt (vgl. LL S. 278f). Diese Diskriminierungen geschehen nicht immer „mit Absicht“, oft sind auch Unwissenheit und Unsicherheit der Grund. Sie können aber den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zwischen Kindern und Jugendlichen und Ärzt*innen oder Berater*innen erschweren.

In der Leitlinie werden deshalb eine Reihe von konsensbasierten Empfehlungen für Behandelnde formuliert, die sich an alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen richten. Also an Ärzt*innen, Psychotherapeuten, Sprechstundenhilfen, Zahnmediziner*innen usw.

EMPFEHLUNGEN (LL S. 279f):

- ▶ Behandelnde sollten die jeweils gewünschten Vornamen und Pronomina erfragen und verwenden.
- ▶ Behandelnde sollten sich über Diskriminierungserfahrungen von trans* Kindern und Jugendlichen informieren und auch über die psychischen und gesundheitlichen Folgen.
- ▶ Sie sollten ihre eigene Haltung reflektieren, damit sie nicht zu Diskriminierungen beitragen.
- ▶ Sie sollten nach ihren Möglichkeiten dazu beitragen, Diskriminierungen abzubauen, auch auf Ebene von Strukturen und Institutionen des Gesundheitswesens.

- ▶ Bei psychologischen Gesprächen und Behandlungen sollte Behandler*innen nach Diskriminierungserfahrungen fragen. Diese sollten als krankheitsfördernde Faktoren mit beachtet werden.
- ▶ Jungen trans* Personen sollten auch Aufklärungsmöglichkeiten für ihr Umfeld angeboten werden – zum Beispiel für die Schule, die Kirchengemeinde oder den Sportverein. Dabei sollte auch auf Selbstvertretungsorganisationen hingewiesen werden.

Die Anerkennung der gewünschten Vornamen und Pronomen ist wichtig, um das notwendige Vertrauen für eine Behandlung aufzubauen. Darauf sollten bei Bedarf auch Erziehungsberechtigte und andere Bezugspersonen hingewiesen werden.

Wann medizinische Unterstützung gefragt ist

Ein teilweiser oder vollständiger sozialer Rollenwechsel ist im Kindesalter möglich. In welcher Form Kinder in diesem Anliegen unterstützt werden, ist keine medizinische, sondern eine pädagogische Entscheidung. Sollte ein Kind oder seine Sorgeberechtigten/Bezugspersonen dadurch unter Diskriminierungen oder psychischen Problemen leiden, kann eine Beratung oder eine psychologische Begleitung sinnvoll sein. Darüber hinaus ist eine medizinische Intervention nicht angezeigt, da die weitere Entwicklung im Laufe der Pubertät nicht vorausgesagt werden kann.

Mit dem Einsetzen der Pubertät kann es jedoch dazu kommen, dass trans* Kinder unter der Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale leiden. Oder dass sie diese Entwicklung so stark fürchten, dass daraus ein großer Leidensdruck entsteht. Dann kann eine medizinische Unterstützung notwendig werden.

Kurz und knapp

Wie viele trans* Kinder und Jugendliche gibt es?

In internationalen Studien in Neuseeland und den USA bezeichnen sich 1,2 bis 2,7 Prozent aller Jugendlichen selbst als trans*. Aber nur wenige Kinder und Jugendliche suchen eine medizinische Behandlung wegen Geschlechtsdysphorie auf. In den letzten Jahren sind die Zahlen angestiegen, verlässliche Zahlen liegen noch nicht vor.

Wann wissen Kinder, ob sie für immer trans* sind?

Gar nicht. Ebenso, wie das auch Erwachsene nicht wissen. Manche Kinder wissen bereit seit früher Kindheit über ihr Geschlecht Bescheid und bleiben auch dabei. Eine Voraussage ist im Kindesalter nicht möglich. Für die meisten Kinder klärt sich die Frage mit Beginn der Pubertät, etwa zwischen dem 11. und 14. Lebensjahr.

Sind Kinder trans*, wenn sie nicht den sozialen Rollenerwartungen entsprechen?

Nein. Viele Kinder verhalten sich anders, als es von einem Mädchen oder Jungen erwartet wird, oder wollen sich mit Hilfe von Kleidung und Haarlänge ausdrücken – fühlen sich aber trotzdem in Übereinstimmung mit ihrem körperlichen Geschlecht.

Sollten Kinder vor der Pubertät beim sozialen Rollenwechsel unterstützt werden?

Ein früher sozialer Rollenwechsel hat keine negativen Auswirkungen. Wenn Kinder einen sozialen Rollenwechsel einfordern, sollten sie darin wahrgenommen und bei Bedarf unterstützt werden – wohl wissend, dass sich das Identitätsgeschlecht später noch einmal ändern kann. Das kann sich positiv auf die sozio-emotionale Entwicklung und die Beziehung zu den Sorgeberechtigten auswirken. Viele Kinder, die vor der Pubertät einen sozialen Rollenwechsel vollziehen, bleiben auch später dabei.

Was tun bei Mobbing und Diskriminierung?

Mobbing und Diskriminierungen sind eine erhebliche Belastung für Kinder, Jugendliche und ihre Familien. Holen Sie sich Unterstützung bei einer Beratungsstelle, die auf das Thema spezialisiert ist.

Wann muss ich mit meinem trans* Kind zum Arzt oder zur Ärztin?

Falls mit Beginn der Pubertät ein Leidensdruck in Bezug auf körperliche Geschlechtsmerkmale entsteht.



⇒ Aufgrund langer Wartezeiten empfiehlt es sich häufig, schon vor Eintritt der Pubertät einen Ersttermin zu vereinbaren.

3 Informationen für Eltern und Bezugspersonen

Grundlagen __S. 23

Gesundheitliche Risiken __S. 23

Die Rolle des Familiensystems __S. 24

Checkliste
Kinder stärken
S. 26

Grundlagen

Viele Kinder und Jugendliche verhalten sich nicht oder nur teilweise geschlechtstypisch. Viele hadern mit den gesellschaftlichen Erwartungen an sie als Mädchen oder Junge – fühlen sich aber dennoch in dem zugewiesenen Geschlecht zuhause. Bei dieser Gender-Unzufriedenheit geht es um Stereotype und Vorlieben, um Macht und um gesellschaftliche Aushandlungsprozesse. Eine Geschlechtsinkongruenz/Geschlechtsdysphorie lässt sich hingegen nicht durch gesellschaftliche Anerkennung auflösen. Trans* Jugendliche erleben jedoch häufig einen anhaltenden Leidensdruck, weil ihr Körper nicht mit dem eigenen Geschlecht übereinstimmt. Und zwar unabhängig davon, ob ein sozialer Rollenwechsel vollzogen wurde und ob sie damit sozial akzeptiert werden.

Die Frage, wie und warum Kinder welche Geschlechtsidentität ausbilden, ist bis heute nicht abschließend geklärt. Es wird vermutet, dass genetische, hormonelle, neurobiologische, soziale und psychologische Faktoren zusammenwirken. Klar ist: Trans*geschlechtlichkeit ist kein „Versagen der Eltern“ und kann nicht „anerzogen“ oder „aberzogen“ werden oder das Ergebnis eines Traumas sein. Für die optimale gesundheitliche Versorgung von trans* Kindern und Jugendlichen ist die Frage auch nicht besonders relevant. Wichtiger als „Warum?“ ist dabei eher die Frage: „Was braucht es jetzt, damit es allen gut geht?“

Gesundheitliche Risiken

Viele erwachsene trans* Personen führen ein glückliches Leben, mit Beruf, Beziehungen, Familie oder Wahlfamilie. In der Pubertät und in der Phase der Selbstfindung, kann es jedoch zu einigen Herausforderungen kommen. Trans* Jugendliche, in geringerem Maß auch Kinder, zeigen deutlich häufiger psychische Auffälligkeiten als der Durchschnitt ihrer Altersgruppe. Am häufigsten werden dabei depressive Störungen, Angststörungen, selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität beschrieben. Wahrscheinlich sind das Folgen von Minderheitenstress und Diskriminierungen, die trans* Kinder und Jugendliche erleben. Diese Beobachtungen bedeuten natürlich nicht, dass jedes trans* Kind psychische Probleme entwickelt. Und klar ist auf jeden Fall: Trans* Kinder und Jugendliche, die in der Familie akzeptiert und unterstützt werden, zeigen deutlich weniger psychische Auffälligkeiten.



„Als Bezugsperson oder Elternteil machen Sie sich vielleicht Sorgen, wenn ein Kind oder Jugendlicher trans* ist. Manche Eltern wollen ihr Kind am liebsten davor bewahren. Das ist nicht möglich, denn trans* ist kein Pullover, der sich nach Belieben an oder ausziehen lässt. Allerdings haben Sie als Bezugsperson einen Einfluss auf das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit von trans* Kindern und Jugendlichen. Stellen Sie sich hinter das Kind, sorgen Sie dafür, dass es die nötige Unterstützung erhält und fördern Sie die Vernetzung mit anderen trans* Jugendlichen. Nutzen Sie auch selbst den Austausch mit anderen erwachsenen Bezugspersonen. Kontakte erhalten Sie zum Beispiel über Trans-Kinder-Netz e.V. oder über die Mitgliedsorganisationen des Bundesverband Trans*.

Die Rolle des Familiensystems

Kinder und Jugendliche sind auf ihre Familie angewiesen. Ob sie dort akzeptiert, unterstützt oder abgelehnt werden, hat große Auswirkungen auf ihre emotionale, soziale und gesundheitliche Entwicklung. Andererseits bedeutet ein trans* Coming-out oft auch für die Familie, für Eltern, Geschwister und Bezugspersonen eine starke Verunsicherung. Und auch allgemeine Überforderung und Probleme in anderen Bereichen können die Beziehungen innerhalb der Familie belasten.

Es ist jedoch gut belegt, dass Unterstützung durch die Familie die psychische Gesundheit von trans* Kindern und Jugendlichen verbessert. Deshalb ist es wichtig, Eltern und Familienangehörige zu informieren und aufzuklären, besonders wenn es hier Vorbehalte oder Ängste gegenüber dem Thema Trans*geschlechtlichkeit gibt.

EMPFEHLUNGEN (LL S. 145 f):

- ▶ Sie sollten informiert werden, dass Therapieversuche, die das Zugehörigkeitsempfinden des Kindes zu einem Geschlecht verändern wollen, schädlich und unethisch sind. (Solche „Konversionsversuche“ sind in Deutschland auch gesetzlich verboten, vgl. das Gesetz zum Schutz vor Konversionsbehandlungen (KonvBG 2020).)
- ▶ Sie sollten informiert werden, dass Akzeptanz und Unterstützung durch die Familie sich günstig auf den Verlauf der psychischen Gesundheit auswirken

und bei der Selbstfindung, bei einem möglichen Coming-out, einer Rollenerprobung und einer Transition wichtig sind.

- ▶ Sie sollten über Elterngruppen und über Selbstvertretungsorganisationen informiert werden, um sich mit anderen Eltern austauschen und gegenseitig unterstützen zu können.
- ▶ Den Familien sollte eine professionelle Prozessbegleitung angeboten werden, die auch bei der Bewältigung psychosozialer Schwierigkeiten unterstützt.
- ▶ Wenn eine junge trans* Person sehr andere Vorstellungen und Wünsche hat als die Erziehungsberechtigten, dann sollte eine familientherapeutische Prozessbegleitung empfohlen werden. Diese sollte eine unterstützende Haltung gegenüber der Identität des Kindes/Jugendlichen fördern.
- ▶ Eine solche Prozessbegleitung soll nur empfohlen werden, wenn nicht die Gefahr besteht, dass sie schädlich für das Kind ist.



→ Neben der Familie haben auch soziale Räume wie Kita und Schule und das Verhalten von Freundinnen und Freunden einen großen Einfluss. Auch hier verbessert Akzeptanz die psychische Gesundheit. Deshalb gilt diese Empfehlung auch für Erzieher*innen, Lehrkräfte, Freundinnen und Freunde: akzeptieren, schlau machen, unterstützen. Infos und Hilfe gibt es bei Trans*beratungsstellen.



Checkliste: Kinder stärken

Die Pubertät ist für viele Jugendliche eine herausfordernde Zeit. Körper, Liebe, Hormone, in der Schule steigen die Anforderungen, zuhause gibt es vielleicht Streit und auch in der Freundesgruppe kann es zu Stress kommen. Für trans* Kinder kommt die Angst vor körperlichen Veränderungen oder die Unsicherheit über die eigene Identität dazu. Was kann helfen, diese Zeit leichter zu machen? Werfen Sie einen Blick auf unsere Checkliste.

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Haben Sie Zeit und Gelegenheit, mit Ihrem Kind über verschiedene Themen ins Gespräch zu kommen?<input type="checkbox"/> Hat Ihr Kind Gelegenheit, sich mit anderen Kindern oder Jugendlichen auszutauschen, die sich ähnliche Fragen stellen?<input type="checkbox"/> Hat er*sie Freund*innen, Team- oder Klassenkamerad*innen zum Chatten, telefonieren, Zeit verbringen?<input type="checkbox"/> Erhält Ihr Kind Unterstützung, wenn es zum Beispiel Stress in der Schule gibt?<input type="checkbox"/> Kann er*sie sich bei Problemen oder Sorgen an eine erwachsene Bezugsperson wenden, ohne Streit oder Strafen zu fürchten?<input type="checkbox"/> Hat er*sie ein Hobby oder ein besonderes Interesse, dass als Ausgleich dienen kann?<input type="checkbox"/> Haben Sie selbst Zeit, um in Ruhe über das Thema nachzudenken und sich zu informieren? | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Schaffen Sie es als Eltern, neben allen anderen Belastungen, sich um das Thema Trans* zu kümmern?<input type="checkbox"/> Falls nicht: Haben Sie eine Idee, wie das gelingen könnte? Kann ein*e Freund*in, Onkel oder Tante Sie unterstützen?<input type="checkbox"/> Wissen Sie, wo Sie Ihre Fragen loswerden können? Kennen Sie eine Trans*-Beratungsstelle in Ihrer Nähe oder gibt es eine nette Lehrkraft oder Schulsozialarbeit?<input type="checkbox"/> Erhalten andere Familienthemen, Geschwister und Ihre eigenen Hobbys noch die nötige Aufmerksamkeit? |
|--|---|
- Sie haben viele Fragen mit Nein beantwortet? Dann könnten Sie und Ihr Kind vielleicht Unterstützung gebrauchen. Die finden Sie zum Beispiel bei Elterntreffen, Trans*beratungsstellen oder geeigneten Familienberatungsstellen.

4

Psychische Begleiterkrankungen

Psychische Gesundheitsprobleme bei trans* Kindern und Jugendlichen __ S. 28

Autismus-Spektrum __ S. 29

Differentialdiagnostik __ S. 30

Kurz und knapp __ S. 31

Psychische Gesundheitsprobleme bei trans* Kindern und Jugendlichen

Trans* Kinder und vor allem aber trans* Jugendliche haben öfter psychische Probleme als gleichaltrige Vergleichsgruppen. Am häufigsten treten dabei depressive Störungen, Angststörungen, selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität auf. Es kann verschiedene Gründe haben, warum jemand trans* ist und zugleich auch psychische Probleme hat.

- ▶ Minderheitenstress und Diskriminierung aufgrund der Trans*geschlechtlichkeit können eine psychische Erkrankung auslösen oder verstärken.
- ▶ Es ist denkbar, dass eine psychische Erkrankung eine vorhandene Gender-Unzufriedenheit verstärken könnte. Allerdings gibt es keine psychische Erkrankung, die „Trans*-Sein“ auslöst.
- ▶ Beide Faktoren könnten unabhängig voneinander auftreten.



→ Das Wort *Minderheitenstress* weist darauf hin, dass es Stress bedeuten kann, einer gesellschaftlich diskriminierten Minderheit anzugehören. Benachteiligungen im Alltag, die Erfahrung, ausgeschlossen zu werden und die Angst vor Gewalt führen zu einem dauerhaften Stresszustand. Trans* Kinder und Jugendliche erleben oft schon Ausgrenzung, bevor sie sich ihres Trans*seins bewusst sind. Diese langjährige Stresssituation schadet der Gesundheit. Sie kann Kinder und Jugendliche anfälliger für psychische Erkrankungen machen, gerade wenn noch zusätzliche Belastungen hinzukommen.

Die Leitlinie fragt danach, wie die medizinische Diagnostik und Begleitung aussehen soll, um sowohl einer möglichen Geschlechtsinkongruenz, als auch möglichen psychischen Erkrankungen gerecht zu werden.

EMPFEHLUNGEN (LL. S. 92):

- ▶ Wenn Kinder oder Jugendliche wegen einer Geschlechtsinkongruenz medizinische Hilfe suchen und es Anhaltspunkte für eine psychische Erkrankung gibt, dann sollte auch eine kinder- und jugendpsychiatrische oder psychotherapeutische Diagnostik durchgeführt werden.

- ▶ Wenn keine Anhaltspunkte vorliegen, ist keine Diagnostik notwendig.
- ▶ Wenn jedoch körpermodifizierende medizinische Maßnahmen gewünscht werden, dann ist eine solche Diagnostik nötig. Damit sollen auch die Stabilität der Geschlechtsinkongruenz und die Einwilligungsfähigkeit festgestellt werden.
- ▶ Bei einer kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Diagnostik sollte besonders auf Depression, Angststörungen, selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität geachtet werden.
- ▶ Wenn eine psychische Erkrankung diagnostiziert wird, sollte dafür eine fachgerechte Behandlung angeboten werden. Diese sollte mit der evtl. nötigen Behandlung der Geschlechtsinkongruenz kombiniert werden, es reicht nicht aus z.B. nur die Depression zu behandeln.
- ▶ Der Zusammenhang zwischen Geschlechtsinkongruenz und psychischen Problemen ist nicht eindeutig. Wenn beide zusammenkommen, sollten Behandelnde Vorannahmen vermeiden und stattdessen den Einzelfall genau betrachten.

Autismus-Spektrum

Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsinkongruenz zeigen etwas häufiger autistische Züge als die Gesamtbevölkerung. Und Kinder und Jugendliche mit der Diagnose Autismus-Spektrum zeigen häufiger geschlechts-nonkonformes Verhalten. Warum das so ist, darüber gibt es derzeit nur Vermutungen.

Autistische trans* Kinder und Jugendliche sind besonders gefährdet, keine angemessene gesundheitliche Versorgung zu erhalten. Sowohl Geschlechtsinkongruenz als auch Autismus-Spektrum-Störungen können zu sozialer Isolation und Diskriminierungen führen. Wenn beides zusammenkommt, sind die Herausforderungen evtl. besonders groß. Und wenn sich Mediziner*innen, Eltern und Bezugspersonen auf eine Diagnose fokussieren, wird ein Teil der Probleme eventuell nicht wahrgenommen.

EMPFEHLUNGEN (LL S. 98):

- ▶ Wenn Kinder oder Jugendliche wegen einer Geschlechtsinkongruenz medizinische Hilfe suchen, sollte auf eine mögliche Autismus-Spektrum-Störung geachtet werden.
- ▶ Wenn ein Verdacht auf Autismus-Spektrum besteht, sollte eine Diagnostik entsprechend der medizinischen Leitlinie zu Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes- und Jugendalter durchgeführt werden.

- ▶ Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsinkongruenz und Autismus-Spektrum-Störung sollten eine professionelle Begleitung erhalten, die das Fachwissen aus beiden Bereichen einbezieht.



→ Wir vom BVT würden dazu noch das hier empfehlen: Neurodivergente Jugendliche, also Jugendliche, die eine diagnostizierte Autismus-Spektrum-Störung haben und auch die, die nur eine mindere Symptomatik zeigen, sollten besonders sorgfältig zu den evtl. gewünschten geschlechtsangleichenden Maßnahmen aufgeklärt werden. Der Kontakt zu anderen neurodivergenten trans* Jugendlichen sollte unterstützt werden. Und die Versorger*innen im Autismus-Bereich brauchen eine trans*affirmative Haltung, um diese Jugendlichen gut zu begleiten.

Differentialdiagnostik

Darunter versteht man normalerweise die Abklärung, ob ein Symptom auch eine andere Ursache haben könnte, als gedacht. Bei Kopfschmerzen ist zum Beispiel abzuklären, ob sie durch Nackenverspannungen oder eine Verletzung verursacht sein könnten, bevor die Diagnose Migräne gestellt werden kann.

Bei der Diagnose der Geschlechtsinkongruenz gibt es keine klassische Differentialdiagnostik. Keine psychische Erkrankung ruft über längere Zeit ähnliche Symptome hervor, wie eine Geschlechtsinkongruenz, sodass es zu einer Verwechslung kommen könnte. Auch wer eine psychische Erkrankung hat, kann trans* sein. Und psychische Erkrankungen müssen auch nicht ausgeschlossen werden, um eine Geschlechtsinkongruenz festzustellen. Trotzdem ist es wichtig, gegebenenfalls auch psychische Erkrankungen zu diagnostizieren, denn sie können das Erleben einer Geschlechtsinkongruenz und auch die Einwilligungsfähigkeit beeinflussen.

DAFÜR EINIGE BEISPIELE:

- ▶ Bei Erkrankungen, die mit Körperunzufriedenheit, Identitätsunsicherheit oder sozialen Ängsten einhergehen, kann es sein, dass Jugendliche sich vorübergehend als trans* identifizieren. Auch ohne, dass eine anhaltende Geschlechtsinkongruenz vorliegt.

- ▶ Eine schwere Depression könnte dazu führen, dass es schwer wird, sich über die eigene Geschlechtsidentität klar zu äußeren und Vorstellungen über die Zukunft zu entwickeln.
- ▶ Eine Essstörung könnte Folge einer Geschlechtsinkongruenz sein, kann sich aber verselbstständigt haben. Und starkes Untergewicht könnte dazu führen, dass eine Hormonbehandlung nicht gleich möglich ist.
- ▶ Psychische Störungen mit kognitiver Einengung könnten die Einwilligungsfähigkeit beeinträchtigen.

Kurz und knapp

Wie hängen Trans*geschlechtlichkeit und psychische Erkrankungen zusammen?

Trans* Kinder und Jugendliche haben häufiger psychische Erkrankungen als Gleichaltrige. Dies ist wahrscheinlich eine Folge von hohen psychischen Belastungen durch Minderheitenstress und Diskriminierungen.

Wie hängen Trans*geschlechtlichkeit und Autismus-Spektrum-Störungen zusammen?

Trans* Kinder und Jugendliche zeigen etwas häufiger auch Symptome aus dem Autismus-Spektrum. Warum das so ist, ist aktuell noch unklar. Kinder und Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störung und Geschlechtsinkongruenz sollten eine gute medizinische Begleitung erhalten, die beide Themen gut versorgt. Für die Aufklärung zu geschlechtsangleichenden Behandlungen braucht es große Sorgfalt.

Wann ist bei Geschlechtsinkongruenz auch eine psychische Diagnostik notwendig?

Wenn es Anhaltspunkte für psychische Probleme gibt oder wenn körpermodifizierende Behandlungen wie zum Beispiel eine Hormontherapie gewünscht werden.

Gibt es psychische Erkrankungen, die eine Geschlechtsinkongruenz ausschließen oder auslösen können?

Nein, solche Erkrankungen sind nicht bekannt. Geschlechtsinkongruenz und psychische Erkrankungen können unabhängig voneinander und gleichzeitig auftreten.

5

Psychotherapie

Gründe für psychotherapeutische Begleitung __S. 33

Hinweise für Psychotherapeut*innen und Berater*innen __S. 34

Themen und Ziele __S. 35

Kurz und knapp __S. 37

Gründe für psychotherapeutische Begleitung

Eine Geschlechtsinkongruenz lässt sich nicht psychotherapeutisch behandeln. Allerdings kann eine Geschlechtsinkongruenz zu psychischen Belastungen führen. Und da kann eine psychotherapeutische Begleitung helfen. Beispiele, warum trans* Kinder und Jugendlichen eine Psychotherapie wünschen:

- ▶ Um sich über die eigene Identität klarer zu werden
- ▶ Um im Entscheidungsprozess zu körpermodifizierenden Behandlungen unterstützt zu werden
- ▶ Um Diskriminierung und Ausgrenzung umzugehen
- ▶ Um selbstbewusster mit der eigenen Geschlechtlichkeit umgehen zu können
- ▶ Um psychische Begleiterkrankungen zu behandeln

Die Feststellung, ob eine Psychotherapie medizinisch empfehlenswert ist, erfolgt anhand psychotherapeutischer Leitlinien. Dabei kommt es auf die Symptome an, darauf, ob eine Person darunter leidet und ob sie sich psychotherapeutische Unterstützung wünscht.

EMPFEHLUNGEN (LL S. 116 ff):

- ▶ Jungen Menschen mit Geschlechtsinkongruenz sollte Psychotherapie angeboten werden, zum Beispiel zur Selbstfindung, zur Stärkung des Selbstvertrauens, zur Bewältigung von Diskriminierungserfahrungen, zur Vor- und Nachbereitung einzelner Transitionsschritte.
- ▶ Eine Psychotherapie sollte keine Pflicht sein.



→ In der medizinisch veralteten Begutachtungsanleitung des Medizinischen Dienstes zu Trans*geschlechtlichkeit wird Psychotherapie für geschlechtsangleichende Behandlungen zur Voraussetzung erklärt. Diese Verpflichtung zur Psychotherapie wurde in einer Stellungnahme verschiedener ärztlicher Fachgesellschaften und der Bundespsychotherapeutenkammer schon 2021 abgelehnt. Denn Psychotherapie muss freiwillig durchgeführt werden, um wirksam zu sein. Den genauen Umgang mit diesem Dilemma erklärt dir dein*e Therapeut*in.

- ▶ Die Art einer psychotherapeutischen Unterstützung soll sich am individuellen Bedarf orientieren.
- ▶ Über die Ziele sollen Psychotherapeut*in und der*die Jugendliche gemeinsam entscheiden.

Hinweise für Psychotherapeut*innen und Berater*innen

Zusätzlich zu den allgemeinen Grundsätzen psychotherapeutischer Begleitung gibt die Leitlinie noch einige Hinweise für Therapeut*innen und Berater*innen von trans* Kindern und Jugendlichen. Dabei werden die folgenden Themen angesprochen:

- ▶ Nicht-binäres Verständnis von Geschlechtlichkeit (Wissen zur Entwicklung vielfältiger geschlechtlicher Identitäten, inklusive kritischer Auseinandersetzung mit den eigenen Vorstellungen von Geschlecht)
- ▶ Akzeptierende und affirmative Grundhaltung (unvoreingenommene und bedingungslose Akzeptanz geschlechts-nonkonformer Identitäten, Anerkennung der Selbstbeschreibung der Kinder und Jugendlichen, Ablehnung von Konversionsbehandlungen)
- ▶ Verlaufsoffene Grundhaltung (Zweifel und Unsicherheiten aushalten und thematisierbar machen, ohne Selbstbeschreibung infrage zu stellen)
- ▶ Wissen über Diskriminierung und über institutionelle Barrieren für Trans*
- ▶ Reflexion der therapeutischen Rolle und eines möglichen Macht- und Abhängigkeitsverhältnisses zwischen Therapeut*in, Jugendlichen und evtl. Eltern (insbesondere, wenn psychotherapeutisch Behandelnde selbst Indikationen und Behandlungsberichte für körpermodifizierende Interventionen erstellen)
- ▶ Umgang mit einer möglicherweise herausfordernden Familiendynamik (Beziehungsangebot und Empowerment an Jugendliche einerseits, vs. Anerkennung der Sorgen und Aufklärung der Eltern andererseits)



⇒ Viele trans* Personen berichten rückblickend, dass sie lange gezögert haben, ihre geschlechtsangleichenden Schritte zu gehen. Häufig sorgten sie sich, von ihrem sozialen Umfeld abgelehnt und dadurch einsam zu werden. Die gesellschaftliche Situation für solche Entscheidungen ist eben nicht neutral und „abstinent“. Daher kann auch eine empowernde, mutmachende therapeutische Haltung hilfreich sein, um Ängste überwinden zu helfen.

Themen und Ziele

Eine psychotherapeutische Begleitung von trans* Kindern und Jugendlichen kann verschiedene Ziele verfolgen. In der Leitlinie wird eine Reihe von Zielen vorgestellt.

Unterstützung bei der Identitätsfindung

Dabei geht es darum, sich selbst besser kennen zu lernen und sich über die eigene Geschlechtsidentität gewiss zu werden, bzw. sich damit sicherer zu fühlen.

Selbstakzeptanz und Bearbeitung internalisierter Trans*feindlichkeit

Gesellschaftliche Ablehnung und Diskriminierungen können zu einer inneren Ablehnung der eigenen Trans*geschlechtlichkeit führen. Damit sind oft Scham- und Schuldgefühle verbunden. Die Psychotherapie stärkt das Selbstbewusstsein und kann so auch die Gefahr von Mobbing verringern.



⇒ Für die Bewältigung verinnerlichter Trans*negativität sind auch Trans*beratungsstellen und Peerangebote ein guter Anlaufpunkt

Unterstützung bei Rollenerprobung und Rollenwechsel

Das Ausprobieren verschiedener Geschlechterrollen kann es erleichtern, sich über die eigene Identität klar zu werden. Rollenerprobungen und ein sozialer Rollenwechsel in Schule, Verein oder Ausbildungsstätte können von psychotherapeutischer Begleitung profitieren. Diese Begleitung ist keine Bedingung für die medizinische Unterstützung,

sondern ein Angebot. Mitunter ist auch ein psychotherapeutisches Schreiben hilfreich, um Rollenerprobungen zum Beispiel in der Schule überhaupt zu ermöglichen.

Verbesserung von Körperbild und Körpergefühl

Negative Körpergefühle sind bei trans* Jugendlichen oft sehr präsent. Ziel einer psychotherapeutischen Begleitung kann es sein, Emotionen wie Ekel, Scham, Wut oder Hass zu bearbeiten und sich auch mit der Diskrepanz zwischen Körperidealen und Realität auseinander zu setzen. Auch die durch medizinische Maßnahmen evtl. herbeigeführte Veränderung des Körpers muss verarbeitet und integriert werden.

Liebe, Partnerschaft und Sexualität

Eine psychotherapeutische Begleitung sollte Liebe, Partnerschaft und Sexualität als mögliche Gesprächsthemen anbieten. Unter erwachsenen trans* Personen beschreibt sich nur eine Minderheit als heterosexuell. Deshalb sollten sich Fachpersonen dabei von heteronormativen Vorstellungen freimachen. Jugendliche können selbstverständlich selbst entscheiden, ob sie Gesprächsangebote zu diesen Themen annehmen.



→ Trans* Jugendliche können viel Wissen zu nichtnormativen Sexualitäten und Beziehungsformen gebrauchen. Sie profitieren davon, sich von hetero- und cis-normativen Vorstellungen freizumachen, sodass sie mit ihren unterschiedlichen Trans*körpern die für sie stimmige sexuelle Praxis entwickeln können. Aufgrund ihrer unterschiedlichen reproduktiven Kompetenzen benötigen sie nichtnormative Anregungen für ihre Beziehungs- und Familiengestaltung.

Bewältigung negativer Gefühle

Stress, Entscheidungsdruck, Diskriminierungserfahrungen und eine als falsch erlebte beginnende Pubertät sind für trans* Jugendliche oft eine große emotionale Belastung. Eine Psychotherapie kann die Ursachen dieser Gefühle nicht beheben, sie kann aber Hilfsmittel und Techniken vermitteln, um damit besser umgehen zu können.

Entwicklung der Einwilligungsfähigkeit für körpermodifizierende Maßnahmen

Für eventuelle körpermodifizierende Maßnahmen wie Hormonbehandlungen ist die Einwilligungsfähigkeit der*des Jugendlichen Voraussetzung. Eine psychotherapeutische Begleitung kann dabei unterstützen, diese Einwilligungsfähigkeit zu entwickeln.



→ Auch Trans*beratungsstellen und Gruppenangebote können gut Wissen vermitteln und Lebenspraxis erklären, sodass Einwilligungsfähigkeit entsteht.

Darüber hinaus nennt die Leitlinie folgende Themen als mögliche Ziele einer psychotherapeutischen Begleitung:

- ▶ Unterstützung des Coming-out-Prozesses
- ▶ Unterstützung bei familiären Konflikten
- ▶ Bearbeitung von Diskriminierungserfahrungen

EMPFEHLUNGEN (LL S. 131 ff):

- ▶ Jugendliche, die sich über die eigene Geschlechtsidentität noch nicht klar sind, sollten im Rahmen der Psychotherapie zu sozialen Rollenerkundungen ermutigt werden. Dabei sollte der Schutz vor Diskriminierung beachtet werden.
- ▶ Jugendliche sollten unterstützt werden, auch über nicht-binäre Identitäten nachzudenken und stereotype Geschlechterrollen zu hinterfragen.
- ▶ Kindern und Jugendlichen, die eine soziale Transition anstreben oder begonnen haben, kann eine psychotherapeutische Begleitung angeboten werden.
- ▶ Fachpersonen, die Jugendliche bei einem sozialen Rollenwechsel begleiten, sollten deutlich machen, dass sie auch für Zweifel oder Unsicherheiten ansprechbar sind.

Kurz und knapp

Kann man eine Geschlechtsdysphorie mit Psychotherapie behandeln?

Nein. Eine psychotherapeutische Behandlung kann eine Geschlechtsdysphorie nicht verändern. Sie kann aber, falls gewünscht, eine hilfreiche Unterstützung darstellen.

Ist eine Psychotherapie Pflicht?

Nein. Eine Psychotherapie sollte immer freiwillig erfolgen.

Was kann eine Psychotherapie bei Geschlechtsinkongruenz leisten?

Eine psychotherapeutische Begleitung kann zum Beispiel dabei helfen, sich über die eigene Identität klarer zu werden, selbstbewusster zu werden, mit Diskriminierung und Ausgrenzung umzugehen. Psychotherapie kann dabei unterstützen, einen sorgsamen Umgang mit dem eigenen Körper zu entwickeln und Entscheidungen zu sozialer Transition und medizinischen Behandlungen zu treffen. Außerdem können psychische Begleiterkrankungen mithilfe einer Psychotherapie behandelt werden.

Was sollten psychotherapeutische Fachkräfte beachten?

Psychotherapeutische Fachkräfte sollten eine akzeptierende und unterstützende Grundhaltung einnehmen. Sie sollten über vielfältige Geschlechtsidentitäten und auch über Diskriminierung von trans* Personen Bescheid wissen und ihre eigene Rolle ebenso wie ihre eigene Geschlechtsidentität reflektieren. Außerdem sollten sie Zweifel und Unsicherheiten ebenso wie Konflikte innerhalb der begleiteten Familien aushalten.

Woran erkenne ich eine*n hilfreichen Psychotherapeut*in?

Du solltest dich mit ihm*ihr wohlfühlen. Und er*sie sollte dich so akzeptieren, wie du bist, ohne dich in eine Schublade zu stecken. Dazu gehört es, Namen und Pronomen zu erfragen und zu benutzen und Erfahrungen, Wünsche und Ängste ernst zu nehmen. Er*sie sollte keine Versprechungen oder Vorhersagen machen und nicht behaupten, mehr über dich zu wissen als du selbst.

6

Diagnostik und Indikationsstellung

Warum es Diagnosen braucht __ S. 40

Diagnosen __ S. 40

Vorgehen bei Hinweisen auf assoziierte psychische Störungen __ S. 46

Was muss im Indikationsschreiben stehen? __ S. 46

Kurz und knapp __ S. 50

*Beispieltext
Identikations-
schreiben*

S. 48

Warum es Diagnosen braucht

Trans*geschlechtlichkeit wird heute nicht mehr als Krankheit aufgefasst. Warum braucht es dann trotzdem eine Diagnostik? Auch wenn Trans*geschlechtlichkeit keine Krankheit ist, kann das Leben mit einem „unpassenden“ Körper einen großen Leidensdruck erzeugen und dadurch die Gesundheit belasten. Dann ist medizinische Unterstützung nötig. Hormone oder Operationen können dazu beitragen, den Körper so zu verändern, dass er als passender erlebt wird und der Leidensdruck nachlässt. Damit diese Behandlungen von der Krankenkasse bezahlt werden, braucht es eine Diagnose und eine Indikationsstellung.

Diagnose: Feststellung, ob eine bestimmte Situation (oder Krankheit) vorliegt.

Indikationsstellung: Ärztliche Beurteilung, ob eine bestimmte Behandlung für eine Person empfehlenswert ist – ob sie also die gesundheitliche Situation (sehr wahrscheinlich) verbessert.

Diagnosen

ICD-11

Die ICD-11, das ist die „11. Revision der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ der WHO. Auf diesen aktuellen Diagnosestandard bezieht sich auch die Leitlinie. Die Diagnose „Geschlechtsinkongruenz“ wird im Kapitel „Conditions related to sexual health“ (auf Deutsch etwa: mit der sexuellen Gesundheit zusammenhängende Umstände) verortet. Die ICD-11 wurde von 96 Mitgliedstaaten der WHO entwickelt und ist am 1. Januar 2022 in Kraft getreten. Allerdings wird sie in Deutschland noch nicht umgesetzt.

DIAGNOSEKRITERIEN FÜR DIE GESCHLECHTSINKONGRUENZ IM JUGEND- UND ERWACHSENENALTER NACH ICD-11 (HA60; WHO, 2022):

Eine Geschlechtsinkongruenz im Jugend- und Erwachsenenalter ist gekennzeichnet durch:

- ▶ eine ausgeprägte und [zeitlich überdauernd] anhaltende Inkongruenz zwischen dem empfundenen Geschlecht einer Person und dem zugewiesenen Geschlecht, die oft zu dem Wunsch nach einer "Transition" führt, um als eine Person des

erlebten Geschlechts zu leben und akzeptiert zu werden, und zwar durch eine Hormonbehandlung, einen chirurgischen Eingriff oder andere Gesundheitsdienstleistungen, um den Körper der Person so weit wie möglich und gewünscht an das erlebte Geschlecht anzupassen.

- ▶ Die Diagnose kann nicht vor dem Einsetzen der Pubertät gestellt werden.
- ▶ Geschlechtsvariante Verhaltensweisen und Vorlieben allein sind keine Grundlage für die Zuweisung der Diagnose.

DSM-5

Die Leitlinie nennt auch das DSM-5, das ist die fünfte Auflage des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (dt.: „Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen“). Das DSM ist das dominierende psychiatrische Klassifikationssystem in den USA und wird von der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (APA) herausgegeben.

DIAGNOSTISCHE KRITERIEN DER GESCHLECHTSDFSPHORIE IM JUGEND- UND ERWACHSENENALTER NACH DSM 5 (APA, 2013, S. 621):

- A. Eine seit mindestens 6 Monaten bestehende ausgeprägte Diskrepanz zwischen Gender und Zuweisungsgeschlecht, wobei mindestens zwei der folgenden Kriterien erfüllt sein müssen:
1. Ausgeprägte Diskrepanz zwischen Gender und den primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmalen (oder, bei Jugendlichen, den erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmalen).
 2. Ausgeprägtes Verlangen, die eigenen primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale loszuwerden (oder, bei Jugendlichen, das Verlangen, die Entwicklung der erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmale zu verhindern).
 3. Ausgeprägtes Verlangen nach den primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmalen des anderen Geschlechts.
 4. Ausgeprägtes Verlangen, dem anderen Geschlecht anzugehören (oder einem alternativen Gender, das sich vom Zuweisungsgeschlecht unterscheidet).
 5. Ausgeprägtes Verlangen danach, wie das andere Geschlecht behandelt zu werden (oder wie ein alternatives Gender, das sich vom Zuweisungsgeschlecht unterscheidet).

- 6.** Ausgeprägte Überzeugung, die typischen Gefühle und Reaktionsweisen des anderen Geschlechts aufzuweisen (oder die eines alternativen Gender, das sich vom Zuweisungsgeschlecht unterscheidet)
- B.** Klinisch relevantes Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

ICD-10

Diese vorangehende Version der WHO-Klassifikation wird in Deutschland 2025 noch verwendet. Hier wird Trans*geschlechtlichkeit als „Transsexualismus F64.0“ im Kapitel „Psychische Störungen“ verortet. An dieser Pathologisierung gibt es viel Kritik. Aber: Indikationsschreiben müssen aktuell mit dieser Diagnose arbeiten, damit medizinische Behandlungen von der Krankenkasse übernommen werden können.

DIAGNOSEKRITERIEN FÜR TRANSSEXUALISMUS NACH ICD-10 (ICD-10-GM-2025):

- ▶ Der Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden.
- ▶ Dieser geht meist mit Unbehagen oder dem Gefühl der Nichtzugehörigkeit zum eigenen anatomischen Geschlecht einher.
- ▶ Es besteht der Wunsch nach chirurgischer und hormoneller Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht so weit wie möglich anzugelichen.

Wie wird die Diagnose gestellt?

Egal welcher Diagnosestandard verwendet wird: sie alle enthalten Kriterien wie „ausgeprägte Inkongruenz zwischen dem empfundenen Geschlecht einer Person und dem zugewiesenen Geschlecht“. Wie lässt sich das feststellen und von wem? Niemand kann in andere Menschen hineinschauen. Die Basis für die Diagnose „Geschlechtsinkongruenz“ ist deshalb immer, was jemand über sich selbst sagt. Ein*e Ärzt*in, Berater*in oder Psychotherapeut*in kann durch gute Fragen und aufmerksames Zuhören die Selbsterkenntnis unterstützen. Aber feststellen, ob jemand trans* ist, das kann nur die Person selbst.

Diese aufmerksame Unterstützung durch eine Fachperson wird allerdings von der Leitlinie verlangt. Und auch dazu, wer das sein könnte, gibt es Empfehlungen. Die finden sich im Kapitel Indikationsstellung.

Indikationsstellung

Eine Indikation zu stellen, das bedeutet abzuwegen, ob eine bestimmte Behandlung mehr nutzen als schaden wird. Dafür braucht es Studienergebnisse über den Nutzen und die Risiken einer Behandlung. Bei trans* Kindern und Jugendlichen gibt es nur wenige qualitativ hochwertige Studien. In der Leitlinie findet sich folgendes Statement:

Es gibt Hinweise, dass eine gestufte körpermodifizierende Behandlung zusammen mit einer sozial unterstützten Transition die Lebensqualität und die psychische Gesundheit im Erwachsenenalter verbessern. (LL S. 165)

Die Literatur zu trans* Erwachsenen zeigt recht deutlich, dass körpermodifizierende Maßnahmen den Leidensdruck mindern. In einer Meta-Analyse wurden 28 Studien mit insgesamt 1833 Patient*innen ausgewertet, die sich hormonell und/oder chirurgisch behandeln ließen. Einige der Ergebnisse (S3-LL S. 49 f.): Bei 80 Prozent der trans* Personen wurde die Geschlechtsdysphorie weniger. Bei 78 Prozent reduzierten sich die psychischen Symptome. Und 80 Prozent berichteten von einer signifikanten Verbesserung der Lebensqualität.

Körpermodifizierende Maßnahmen können eine Geschlechtsdysphorie also in vielen Fällen reduzieren. Allerdings ist die Indikationsstellung im Jugendalter besonders komplex. Warum? Weil es wenige belastbare Studien zur Behandlung von trans* Kindern und Jugendlichen gibt. Weil Jugendliche mitten in einer ohnehin turbulenten Entwicklung stecken. Weil sie noch nicht automatisch als einwilligungsfähig gelten. Und weil durch die fortschreitende Pubertät oft ein starker Zeitdruck herrscht.

Um damit umzugehen, soll die Indikationsstellung in einem interdisziplinären Team durch erfahrene Fachkräfte erfolgen. Zudem sollen medizinische Fachkräfte mithelfen, die Studienlage zu verbessern, indem sie trans* Kindern und Jugendlichen die Teilnahme an Studien vorschlagen.

Die Empfehlungen der Leitlinie gelten auch für nicht-binäre trans* Jugendliche. Denn ICD-11 und DSM schließen nicht-binäre trans* Personen ein.



→ Medizinisch gesehen gelten die Empfehlungen der Leitlinie auch für nicht-binäre trans* Jugendliche. Das gilt leider nicht für die aktuelle Begutachtungsanleitung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen. Hier werden nicht-binäre Personen pauschal von allen körpermodifizierenden Maßnahmen ausgeschlossen! Nicht-binären Jugendlichen und ihren Sorgeberechtigten empfehlen wir deshalb, sich zunächst an eine Trans*beratungsstelle zu wenden.

EMPFEHLUNGEN:

- ▶ Wer bei Jugendlichen eine Indikation für körpermodifizierende Maßnahmen stellt, sollte in dem Gebiet sowohl Fachkenntnisse haben als auch viel Erfahrung. Wer das nicht hat, sollte sich von einer erfahrenen Fachkraft oder einem spezialisierten Behandlungszentrum helfen lassen. (LL S. 151)



*⇒ Kontakte zu erfahrenen Fachkräften werden z.B. von Trans*Beratungsstellen vermittelt.*

- ▶ Jugendliche und ihre Sorgeberechtigten sollten eingeladen werden, an medizinischen Studien teilzunehmen, um die Studienlage zu verbessern. (LL S. 176)
- ▶ Die Indikationsstellung für eine hormonelle Behandlung sollte unabhängig davon erfolgen, ob jemand binär oder nicht-binär ist, oder welche sexuelle Orientierung vorliegt. (LL S. 213)
- ▶ Zur Indikationsstellung sollte eine Fachperson aus dem Bereich Psychotherapie und eine aus dem passen Bereich körperlicher Behandlungen zusammenarbeiten. (LL S. 182 und S. 209)
- ▶ Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachperson sollte eine der genannten beruflichen Qualifikationen haben. (LL S. 182)

Im Rahmen der Indikationsstellung für körpermodifizierende Maßnahmen soll auch eine psychische Diagnostik durchgeführt werden. Sie soll sicherstellen, dass die Situation der Jugendlichen ganzheitlich erfasst wird. Psychische Begleiterkrankungen sind bei trans* Kindern und Jugendlichen keine Seltenheit. Sie sind jedoch kein Ausschlusskriterium für eine körpermodifizierende Behandlung. Zu guter Letzt muss im Rahmen der Indikationsstellung auch die Einwilligungsfähigkeit der jugendlichen Person festgestellt werden (s. nächstes Kapitel).

Zulässige Qualifikationen

Deutschland	Österreich	Schweiz
fachärztliche Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Fachärzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Fach-ärzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin	Fachärzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Foederatio Medicorum Helveticorum/FMH)
Approbation für Kinder- und Jugendpsychotherapie	Eintragung als Psychotherapeut*in mit Weiterbildung in Säuglings-, Kinder- und Jugendpsychotherapie	Eidgenössisch anerkannte*r Psychotherapeut*in
fachärztliche Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie	Fachärzt*in für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Fachärzt*in für Psychiatrie und Neurologie	Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie (FMH)
Fachärztliche Gebietsbezeichnung für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Eintragung als Psychotherapeut*in, Eintragung als klinische*r Psycholog*in	
Approbation für Psychologische Psychotherapie		



→ Behandler*innen, die die Indikationsstellung ausstellen, sollen fachlich qualifiziert sein. Sie müssen aber nicht unbedingt im Bereich Kinder- und Jugendmedizin tätig sein, jedoch sollten sie gut vernetzt sein und sich regelmäßig, auch mit Trans*beratungen austauschen.

Vorgehen bei Hinweisen auf assoziierte psychische Störungen

Wenn es Hinweise auf eine psychische Erkrankung gibt, empfiehlt die Leitlinie für die Indikationsstellung folgende Schritte:

1. Einleiten einer leitliniengerechten Diagnostik bezogen auf die jeweilige Erkrankung.
2. Prüfen, ob unabhängig von einer Geschlechtsinkongruenz ein Behandlungsbedarf besteht.
3. Gemeinsam mit dem*r Patient*in darüber nachdenken, wie das geschlechts-dysphorische Erleben und die psychische Erkrankung evtl. zusammenhängen.
4. Einschätzen, inwieweit die psychische Erkrankung die notwendigen Voraussetzungen einer Indikationsstellung stört (z.B. die diagnostische Klarheit, die Einwilligungsfähigkeit oder die Durchführbarkeit einer medizinischen Maßnahme).
5. Planen des weiteren Vorgehens (z.B. verlängerte Prozessbegleitung zur Indikationsstellung, Hinzuziehung externer Expertise oder Beginn einer körpermodifizierenden Behandlung parallel zur Behandlung der assoziierten Störung).

EMPFEHLUNG (LL S. 217):

- Wenn eine psychische Erkrankung die Behandlung der Geschlechtsinkongruenz beeinflusst, dann sollte das Behandlungskonzept beide Themen miteinander verbinden.
- Eine fachgerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sollte angeboten werden.
- Die Reihenfolge der Behandlungsschritte sollte gemeinsam mit dem*der Patient*in bestimmt werden.

Was muss im Indikationsschreiben stehen?

Das Indikationsschreiben der psychotherapeutischen Fachperson soll für die medizinische Fachperson nachvollziehbar sein und zeigen, dass die Empfehlung aus fachlicher Sicht Hand und Fuß hat. Die Leitlinie enthält dafür eine konkrete Liste von Inhalten und Themen.

INHALTE DES INDIKATIONSSCHREIBENS DER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN FACHPERSON (LL S. 236):

- ▶ Ethische Einzelfallabwägung: Was wären Risiko und Nutzen einer Behandlung?
Was wären Risiko und Nutzen einer Nicht-Behandlung?
- ▶ Diagnostische Einschätzung: Ist die Geschlechtsinkongruenz stabil? Lässt sie sich aus dem bisherigen Entwicklungsverlauf sicher diagnostizieren?
- ▶ Welcher Leidensdruck besteht, bestand er früher oder wird er befürchtet?
- ▶ Wurden soziale Rollenerprobungen oder eine soziale Transition durchgeführt oder geplant?
- ▶ Wie ist der psychische Gesundheitszustand, gibt es begleitende psychische Gesundheitsprobleme?
- ▶ Falls ja: Was ist das Ergebnis der Diagnostik? Wie hängen Geschlechtsdysphorie und weitere psychische Gesundheitsprobleme zusammen? Wie sieht der individuelle Behandlungsplan aus?
- ▶ Besteht ein anhaltender und reflektierter Wunsch nach medizinischer Intervention?
- ▶ Ist der*die Jugendliche einwilligungsfähig (D)/entscheidungsfähig (A)/urteilsfähig (CH) für die jeweilige Behandlung?
- ▶ Wurde über eine mögliche spätere Detransition gesprochen?
- ▶ Wurde über Auswirkungen der Behandlung auf die Fruchtbarkeit und über die mögliche Konservierung von Spermien/Eizellen aufgeklärt?
- ▶ Wurde über soziale Risiken der Behandlung aufgeklärt (z.B. Diskriminierungsrisiko, Detransitionsrisiko)?
- ▶ Wird der*die Jugendliche vom sozialen und familiären Umfeld unterstützt, liegt der Co-Konsens der Sorgeberechtigten vor?

Psychotherapeutische Indikation für eine geschlechtsangleichende Hormontherapie

[Vorname Nachname (rechtlich: [Vorname]); Geburtsdatum, Adresse]

A. [vollständiger Name] befindet sich seit [Datum] in meiner psychotherapeutischen Begleitbehandlung. Thema der Therapie ist u. a. der Transitionsbedarf von A. im Sinne einer medizinischen geschlechtsangleichenden Hormontherapie. Durchgeführt wurden bisher [Stundenanzahl] Stunden. Somit beträgt die Therapiedauer in meiner Praxis [Zeitangabe]. Die Diagnostik, Begleitung und Indikationsstellung richtet sich eng nach der S2k-Leitlinie für „Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter“ (DGKJP, 2025).

Bei A. lässt sich anhand der Selbstbeschreibung bezüglich der Geschlechtsidentität eine eindeutig nicht-[Zuweisungsgeschlecht] Identitätsentwicklung feststellen. Es besteht eine seit [Zahl] Jahren stabile und persistierende [Identifikationsgeschlecht] Identifikation und ein dauerhafter [Zeitangabe] tiefer Wunsch, als Angehörige(r) des [Identifikationsgeschlecht] Geschlechts zu leben. Es liegt eine ausgeprägte Geschlechtsdysphorie vor. Im Rahmen des diagnostischen Prozesses konnte die gesicherte Diagnose einer Geschlechtsinkongruenz im Jugend- und Erwachsenenalter (HA 60/ICD-11) bzw. Transsexualismus (ICD-10) gestellt werden.

[Individuelle Anamnese mit Angaben zum Verlauf der Geschlechtsinkongruenz und -dysphorie, Belastungen, geplanter oder durchgeföhrter sozialer Rollenwechsel, Vorbehandlungen].

Durchgeführt wurde eine ausführliche psychologische Diagnostik [Auflistung der Verfahren und Ergebnisse]. Diagnostiziert wurde bei A. [ggf. Diagnose(n) koinzidenter psychischer Störung(en) oder Ausschluss].

[Individuelles Störungsmodell inkl. Lebens- und Lerngeschichte, ggf. Auslöser und aufrechterhaltende Faktoren der psychischen Erkrankungen]. Die Begleitung der Transition und Behandlung der koinzidenten psychischen Störungen

von A. erfolgt in einem Gesamtbehandlungsplan, der die [*diagnosespezifische Symptomatik*] Symptomatik integriert. Die Geschlechtsidentität von A. ist auch im Zusammenhang mit den psychischen Erkrankungen stabil und stellt kein Symptom der Erkrankungen dar.

[*Begleitungsverlauf schildern*]. Deutlich wurde im Verlauf, dass A. dauerhaft unter den sekundären Geschlechtsmerkmalen leidet, was zu Einschränkungen im sozialen Leben führt [*genau auflisten*].

Ausführlich besprochen wurden die Vor- und Nachteile, die irreversiblen und reversiblen körperlichen und psychischen Veränderungen einer Hormontherapie. A. hat sich sehr gut über eine geschlechtsangleichende Hormontherapie anhand der bereitgestellten Materialien informiert. Die sorgeberechtigten Eltern sind ebenfalls informiert. Über die Möglichkeiten einer Kryokonservierung bei möglicher Infertilität wurden sowohl A. wie auch die Eltern informiert. Ebenso wurde ein möglicher späterer Detransitionswunsch thematisiert. Die Eltern unterstützen A.s Entscheidung zur einer Hormontherapie im Sinne eines Co-Konsenses.

Indikationsstellung: Die Einwilligungsfähigkeit von A. wurde geprüft und liegt vor. Bei A. besteht ein dauerhafter Wunsch nach körperlicher Angleichung an das [*Identitätsgeschlecht*] Geschlecht bei empfundener Geschlechtsinkongruenz und damit verbundenem krankheitswertigem Leidensdruck. Der Beginn der Maßnahme wird aus [*Berufsgruppe einfügen*] Sicht befürwortet und nach meiner fachlichen Einschätzung ist das Herauszögern einer Hormontherapie nicht ratsam.

Mit freundlicher Genehmigung aus: Bär, A., Therapie-Tools Geschlechtsinkongruenz im Kindes- und Jugendalter, Beltz, 2025, S.252.

EMPFEHLUNG (LL S. 210):

- ▶ In der Indikation sollen Risiko und Nutzen einer Behandlung individuell abgewogen werden.
- ▶ Nutzen und Risiken sollen auch für den Fall eines „Abwartens“ abgewogen werden.



→ *Manche Menschen argumentieren, dass eine geschlechtsangleichende Behandlung ein großer Eingriff ist, und deshalb in jedem Fall eher abgewartet werden sollte. In Kindheit und Jugend hat jedoch auch das Abwarten erhebliche und oft irreversible Folgen. Wenn Nutzen und Risiken einer Behandlung mit Nutzen und Risiken des Abwartens gegenübergestellt werden, zeigt sich mitunter sehr deutlich, warum eine Behandlung angezeigt ist.*

Kurz und knapp

Wofür brauche ich eine Diagnose?

Trans* ist keine Krankheit. Aber Diagnosen sind notwendig, damit die Krankenkasse eine Behandlung bezahlt.

Welcher Diagnoseschlüssel gilt für mich?

Die Leitlinie nutzt die ICD-11, die aktuelle Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation. In Deutschland wird 2025 allerdings noch die veraltete ICD-10 verwendet. Deshalb müssen Ärzt*innen weiter den Diagnoseschlüssel „Transsexualismus F64.0“ verwenden.

Wie wird die Diagnose gestellt?

Die Diagnose basiert immer auf dem, was du selbst über dich weißt. Denn niemand kann in dich hineinsehen.

Was bedeutet Indikationsstellung?

Das heißt, dass ein*e Mediziner*in feststellt, dass diese oder jene Behandlung vermutlich erfolgsversprechend ist, um deine Gesundheit zu verbessern. Pubertätsblocker,

Hormone oder Operationen brauchen immer so eine Indikationsstellung. Sie soll von erfahrenen Fachkräften gestellt werden.

Was gehört alles zu Indikationsstellung?

Dazu gehört zunächst eine sorgfältige Diagnostik. Die medizinische Fachkraft muss begründen, warum diese oder jene Behandlung angezeigt ist. Außerdem sollst du verständlich über Wirkungen und Nebenwirkungen aufgeklärt werden. Eine psychotherapeutische oder psychiatrische Indikation ist ebenfalls vorgeschrieben. Und natürlich musst du mit den geplanten Maßnahmen einverstanden sein. Dafür wird deine Einwilligungsfähigkeit festgestellt.

Was passiert, wenn ich zusätzliche eine psychische Erkrankung habe?

In diesem Fall sollte dir dafür eine Behandlung angeboten werden. Die Indikationsstellung für körpermodifizierende Behandlungen könnte etwas länger dauern. Das muss aber nicht sein. Psychische Erkrankungen sind in der Regel kein Grund, eine körpermodifizierende Behandlung abzulehnen, oder zu verzögern.

7

Einwilligung in medizinische Maßnahmen im Jugendalter

Einwilligungsfähigkeit vorhanden? __S. 53

Die Rolle der Sorgeberechtigten __S. 54

Kurz und knapp __S. 55

Menschen müssen medizinischen Maßnahmen wie Medikamentengaben oder Operationen normalerweise zustimmen. Damit diese Zustimmung gilt, braucht es die sogenannte „Einwilligungsfähigkeit“ (in der Schweiz „Urteilsfähigkeit“ und in Österreich „Entscheidungsfähigkeit“ genannt). Das bedeutet: Jemand kann die Folgen einer Entscheidung abschätzen und entscheidet sich ohne Zwang für oder gegen etwas. In Deutschland, der Schweiz und Österreich wird angenommen, dass volljährige Menschen dazu in der Regel in der Lage sind. Für Minderjährige muss diese Einwilligungsfähigkeit jedoch extra festgestellt werden. Liegt sie nicht vor, müssen die Sorgeberechtigten stellvertretend entscheiden. Das ist zum Beispiel bei Impfungen im frühen Kindesalter der Fall.

Die Geschlechtsidentität ist eine ganz persönliche Angelegenheit. Darüber kann – egal in welchem Alter – nur die betroffene Person selbst entscheiden. Wenn es aber um medizinische Behandlungen einer Geschlechtsinkongruenz geht, stellt sich die Frage: Ist die betreffende jugendliche Person einwilligungsfähig? Kann sie die Folgen und die Tragweite einer möglichen Behandlung oder Nichtbehandlung abschätzen? Und welche Rolle spielen die Erziehungsberechtigten?



→ Die Leitlinie stellt viele Überlegungen zur Einwilligungsfähigkeit an. Diese medizinischen Empfehlungen sind nicht rechtlich bindend. In der Praxis ist es normalerweise so, dass zu körpermodifizierenden Behandlungen die Einwilligung sowohl des Kindes als auch der Sorgeberechtigten verlangt wird. In vielen Familien ist das auch kein Problem.

Einwilligungsfähigkeit vorhanden?

Ob eine Einwilligungsfähigkeit vorliegt, müssen die behandelnden Personen feststellen, ggf. mit Unterstützung einer weiteren Fachkraft. Die Einwilligungsfähigkeit muss individuell und für jeden Eingriff einzeln geprüft werden. Es kommt darauf an, ob für diese konkrete Behandlung das nötige Verständnis und Urteilsvermögen vorhanden ist. Zur Einwilligungsfähigkeit einer jugendlichen Person gehören unter anderem diese Punkte:

- Ist sie in der Lage, die entsprechenden Eingriffe und ihre Folgen zu verstehen?
- Stehen ihr alle notwendigen Informationen in verständlicher Form zur Verfügung?

- ▶ Kann sie einschätzen und erläutern, welche Auswirkungen die Behandlung haben würde?
- ▶ Kann sie diese Auswirkungen auf das eigene Leben übertragen, sich also vorstellen, was das für ihren Alltag, ihre Zukunft und ihr Verhältnis zu anderen Menschen bedeuten könnte? Auch für ihr Sexualleben und in Hinblick auf einen möglichen späteren Kinderwunsch?
- ▶ Kann sie Ziele und Befürchtungen benennen und begründen, weshalb sie eine bestimmte Entscheidung trifft?
- ▶ Kann sie langfristige Folgen einer nicht umkehrbaren Maßnahme bewerten, beispielsweise Stimmwechsel oder Brustwachstum bei der Einnahme von Hormonen?
- ▶ Kann sie über die Möglichkeit nachdenken, dass sich ihre geschlechtliche Identität auch noch einmal ändern könnte?

Über diese Fragen sollte im Rahmen von mindestens zwei Terminen gesprochen werden, um die Einwilligungsfähigkeit festzustellen.

Die Rolle der Sorgeberechtigten

Sorgeberechtigte treffen viele Gesundheitsentscheidungen stellvertretend für ihre Kinder. Eine solche stellvertretende Einwilligung kann auch erfolgen, wenn ein Kind sich eine vorübergehende Pubertätsblockade wünscht, aber noch nicht einwilligungsfähig ist. Hormonbehandlungen und Operationen sollten hingegen verschoben werden, bis das Kind einwilligungsfähig oder volljährig ist. Das liegt daran, dass sie bleibende Folgen für das weitere Leben haben.

Kinder und Sorgeberechtigte sollen die Entscheidung über körpermodifizierende Maßnahmen möglichst gemeinsam treffen. In der Leitlinie wird das Co-Konsens genannt. Die Idee dahinter: Wenn Eltern und Kinder gemeinsam entscheiden, wird der*die Jugendliche auch während der Maßnahme (oder Wartezeit) gut unterstützt werden. Ein anhaltender Konflikt wäre hingegen eine zusätzliche Belastung. Falls keine Einigung erzielt werden kann, ist das Kindeswohl wichtiger als die Zufriedenheit der Eltern. In sehr seltenen Fällen muss das Jugendamt die Situation prüfen und dafür sorgen, dass das Kindeswohl nicht gefährdet wird.

Kurz und Knapp

Ab wann dürfen Jugendliche selbst über geschlechtsangleichende Behandlungen entscheiden?

Minderjährige müssen grundsätzlich selbst über geschlechtsangleichende Behandlungen entscheiden. Voraussetzung ist die Einwilligungsfähigkeit. Das bedeutet: Die junge trans* Person muss die Tragweite einer Behandlung und die Folgen für ihr eigenes Leben verstehen.

Müssen die Sorgeberechtigten in geschlechtsangleichende Behandlungen einwilligen?

Ja. Wenn eine junge Person einwilligungsfähig ist, kann sie laut Leitlinie selbst über eine gesundheitliche Behandlung entscheiden. Es wird aber empfohlen, dass sich Kind und Sorgeberechtigte darüber einig werden. Auch rechtlich wird in der Regel ein Co-Konsens von Eltern und Kind gefordert. Dazu soll es bei Bedarf auch professionelle Unterstützung geben.

Dürfen Sorgeberechtigte allein über geschlechtsangleichende Behandlungen entscheiden?

Wenn Kinder noch nicht einwilligungsfähig sind, dürfen ihre Sorgeberechtigten stellvertretend über medizinische Maßnahmen entscheiden. Sie müssen aber die Meinung des Kindes mit einbeziehen. Im Kontext einer Geschlechtsinkongruenz geht es dabei in der Regel um Pubertätsblocker, die keine irreversiblen Folgen haben.

Was passiert, wenn die Sorgeberechtigten unterschiedlicher Meinung sind?

Zunächst sollten sie professionelle Unterstützung erhalten, um sich zu einigen. Sie sollten den Willen des Kindes in den Mittelpunkt ihrer Überlegungen stellen. Wenn sie sich auch dann nicht einigen können und das Kindeswohl gefährdet ist, kann die elterliche Sorge in diesem speziellen Punkt ersetzt werden.



→ Die gemeinsame Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit kann für die Fachkräfte wirklich eine große Herausforderung sein. Daher wollen wir hier etwas Fachliteratur empfehlen:

Maur, S., Gutmann, T., Wiesemann, C., Romer, G. (2025). Feststellung der Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger mit persistierender Geschlechtsinkongruenz bei medizinischen Behandlungsentscheidungen: Eine psychotherapeutisch-ärztliche Aufgabe. in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie (S. 99-121) Vandenhoeck & Ruprecht

8

Pubertätsblocker

Was sind Pubertätsblocker? __S. 57

Was bringen Pubertätsblocker? __S. 57

Risiken und Nebenwirkungen __S. 60

Stellvertretende Einwilligung bei Pubertätsblockern __S. 61

Alternativen bei fortgeschrittener Pubertät __S. 62

Kurz und knapp __S. 63

Was sind Pubertätsblocker?

Pubertätsblocker sind Medikamente, die die Bildung von Geschlechtshormonen unterdrücken. Geschlechtshormone sorgen in der Pubertät unter anderem dafür, dass sich sekundären Geschlechtsmerkmale ausbilden. Dazu gehört zum Beispiel das Wachstum der Brust, der männliche Stimmwechsel, Bartwuchs oder eine Veränderung der Körperproportionen. Pubertätsblocker halten diese Entwicklung vorübergehend auf, indem sie die Bildung von Testosteron oder Östrogen verhindern. Die dafür eingesetzten Medikamente heißen GnRH-Analoga. Sie funktionieren wie eine Pause-Taste. Die Entwicklung sekundärer Geschlechtsmerkmale bleibt dort stehen, wo die Behandlung begonnen wurde. Nach dem Absetzen der Medikamente läuft die genetisch angelegte körperliche Entwicklung weiter. Pubertätsblocker werden seit vielen Jahren genutzt, um Kinder zu behandeln, bei denen die Pubertät viel zu früh einsetzt. Außerdem werden sie auch bei Erwachsenen eingesetzt, zum Beispiel zur Behandlung hormonabhängiger Krankheiten. Die Medikamente werden im Abstand von etwa einem Monat gespritzt.

GnRH-Analoga wurden nicht für die Pubertätsblockade von trans* Jugendlichen entwickelt und getestet. Ihre Verschreibung erfolgt als sogenannte „Off-Label-Verordnung“. Das bedeutet: Ein Medikament wird für einen anderen Zweck (oder in anderer Dosierung) eingesetzt, als wofür es ursprünglich getestet und zugelassen wurde. Off-Label-Verordnungen sind relativ häufig, gerade in der Kinder- und Jugendmedizin. Der*die Ärztin muss besonders sorgfältig darüber aufklären. (Für die Behandlung einer viel zu frühen Pubertät hat das Medikament jedoch eine Zulassung.)

Was bringen Pubertätsblocker?

Trans*Jugendliche erleben am Beginn der körperlichen Pubertät oft einen großen Leidens- und Zeitdruck. Pubertätsblocker verändern die körperliche Situation nicht, sie verschaffen aber allen Beteiligten Zeit. So können sich Jugendliche in Ruhe mit ihrer Identität auseinandersetzen, sich mit anderen trans* Jugendlichen austauschen und vielleicht eine neue Rolle im Alltag erproben. Eventuell bestehende psychische Begleiterkrankungen können auf Wunsch behandelt werden. Falls eine Hormonbehandlung gewünscht wird, kann in Ruhe die Indikation gestellt werden. Die nötige Einwilligungsfähigkeit kann festgestellt oder gefördert werden.

Entscheidet sich ein*e Jugendliche*r später gegen eine Hormonbehandlung, können die Pubertätsblocker wieder abgesetzt werden. Die genetisch angelegte Pubertät wird dann mit einiger Verzögerung nachgeholt.

Entscheidet sich ein*r Jugendliche*r anschließend jedoch für weitere Transitions-schritte, so sind die Ergebnisse nach einer frühen Pubertätsblockade häufig sehr zufriedenstellend. Zum Beispiel kann bei trans*weiblichen Jugendlichen eine starke Veränderung der Stimme vermieden werden. Manche Behandlungen, wie zum Beispiel Mastektomie oder Bartepilation, sind später eventuell nicht nötig. Die Folge sind weniger Stigmatisierung und weniger Geschlechtsdysphorie, oft über das gesamte geschlechtsangleichende Leben hinweg.

Eine zu Beginn der Pubertät durchgeführte Pubertätsblockade kann also Zeit verschaffen, Druck rausnehmen und auch spätere geschlechtsangleichende Maßnahmen vereinfachen. Zu einem späten Zeitpunkt, wenn Stimmwechsel, Bart- oder Brustwuchs bereits erfolgt sind, ist eine Pubertätsblockade weniger sinnvoll. Sie hat dann kaum positiven Auswirkungen mehr und mögliche Nebenwirkungen können überwiegen. Trotzdem kann sie eine entlastende Wirkung haben.

EMPFEHLUNGEN:

- ▶ Die Indikation für eine Pubertätsblockade soll nur gestellt werden, wenn eine stabile Geschlechtsinkongruenz nach ICD-11 und ein deutlicher Leidensdruck vorliegen oder dieser in naher Zukunft abzusehen ist. (LL S. 189)
- ▶ Dies soll sorgfältig abgeklärt werden, und zwar von einer erfahrenen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Fachperson in Zusammenarbeit mit den Patient*innen und ihren Sorgeberechtigten. (LL S. 189)



„Die Leitlinienkommission fordert hier eine große Sicherheit vor der Verordnung. Das ist mit Blick auf 11, 12 oder 13 Jahre Lebenserfahrung manchmal schwer. Wenn der Leidensdruck unter der anrollenden Pubertät sehr groß ist, können Pubertätsblocker ein guter Weg sein, damit dieser Leidensdruck erst mal nachlässt – oder jedenfalls nicht zunimmt, ohne dass du dich schon ganz sicher auf etwas festlegen musst. Gerade für solche Abwägungen ist durch die Behandlung Zeit gewonnen.“

- ▶ Bei der Indikationsstellung sollen Nutzen und Risiko für eine vorgesehene Behandlung bedacht werden, aber auch Nutzen und Risiko, wenn jetzt nicht behandelt würde. (LL S. 189)

- ▶ Die Indikation soll erst gestellt werden, wenn die körperliche Pubertät begonnen hat (Tanner-2-Stadium). (LL S. 194)
- ▶ Die kann auch noch in einem späteren Stadium gestellt werden, um den Leidensdruck zu mindern und Zeit zu gewinnen. (LL S. 195)
- ▶ Die Indikationsstellung für eine Pubertätsblockade sollte nicht von einem binären Geschlechtsempfinden oder einer bestimmten sexuellen Orientierung abhängig gemacht werden. (LL S. 192)
- ▶ Ein bereits begonnener oder vollzogener Rollenwechsel ist für eine Pubertätsblockade keine Voraussetzung. (LL S. 195)
- ▶ Bei großem Zeitdruck durch die pubertäre Entwicklung (z.B. beginnender männlicher Stimmwechsel) sollen Kinder und Jugendliche schnellen Zugang zu therapeutischen und medizinischen Behandlungsmöglichkeiten bekommen. (LL S. 190)



⇒ Diese letzte Empfehlung war in der von allen Beteiligten abgestimmten Fassung noch ungefähr so formuliert: „Bei großem Zeitdruck kann ein*r Hormonspezialistin Pubertätsblocker direkt verschreiben. Der psychologische Teil der Indikation sollte dann zeitnah nachgeholt werden.“ Mehrere Verbände haben ein Sondervotum abgegeben, um diese ursprüngliche Empfehlung zu erhalten, weil darin der Stand der fachlichen Diskussion deutlich wird. (BVT*, Trans-Kinder-Netz e. V. und der VLSP*):

BVT*: Bundesverband Trans* e. V.

VLSP*: Verband für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intersexuelle und queere Menschen in der Psychologie e. V.

Risiken und Nebenwirkungen

Nach den Erfahrungen der Autor*innen der Leitlinie sind körperliche Nebenwirkungen eher selten. Zu Beginn der Behandlung kann es zu einer sehr kurzzeitigen Verstärkung der Pubertätsentwicklung kommen. An der Einstichstelle sind Hautirritationen, allergische Reaktionen oder Blutergüsse möglich. Außerdem kann es zu einer verringerten Libido, zu Hitzewallungen, Schwitzen, Stimmungsschwankungen oder depressiven Symptomen kommen, besonders dann, wenn Jugendliche schon relativ weit in der Pubertät fortgeschritten sind.

Zu langfristig angewendet könnten GnRH-Analoga die Knochendichte verringern und das Wachstum (vorübergehend) bremsen. Eine mehrjährige Anwendung könnte zu einer gesteigerten Endgröße führen, weil sich Wachstumsfugen später schließen. Deshalb wird die Anwendung zeitlich begrenzt und die Knochendichte überwacht. Sport hat einen positiven Einfluss auf die Knochendichte, deshalb ist regelmäßige Bewegung während dieser Zeit besonders wichtig. Nach Absetzen der Medikamente oder einer Anschlussbehandlung mit Sexualhormonen würde sich die Knochendichte wieder normalisieren.

Vor einer Behandlung muss über mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt werden. Die Wirkung und auch mögliche Nebenwirkungen sollten regelmäßig überprüft werden. Laborkontrollen zum aktuellen Hormonspiegel sollten alle sechs Monate stattfinden.

Eine Behandlung mit Pubertätsblockern kann Auswirkungen auf die Fruchtbarkeit haben. Denn wenn eine Behandlung mit Pubertätsblockern sehr früh erfolgt, sind Eizellen oder Spermien eventuell noch nicht ausgereift. Wenn sich später eine Hormonbehandlung direkt anschließt, wird der*die Jugendliche in der Regel unfruchtbar. Es ist deshalb wichtig, über die Möglichkeiten eines späteren Kinderwunsches nachzudenken. Eizellen und Spermien können heutzutage eingefroren und später für die Fortpflanzung verwendet werden. Dann müsste eine Behandlung mit Pubertätsblockern aber eventuell etwas später begonnen werden.



→ Viele Jugendliche machen sich vor dem Beginn solch einer Behandlung schon eine Menge Gedanken über ihren späteren Kinderwunsch. Sie denken über Adoption oder eine andere soziale Elternschaft nach.

Bei trans*weiblichen Jugendlichen kann eine frühe Pubertätsunterdrückung auch Auswirkungen auf später vielleicht gewünschte Genitaloperationen haben. Da der Penis weniger wächst, steht später evtl. etwas weniger Hautmaterial zur Verfügung. Die Operationsmethode müsste dann möglicherweise angepasst werden. Darüber sollte aufgeklärt und nachgedacht werden.

EMPFEHLUNGEN:

- ▶ Vor einer Behandlung mit Pubertätsblockern oder Hormonen soll auch über die Auswirkungen auf die Fruchtbarkeit gesprochen werden.
- ▶ Jugendliche und Sorgeberechtigte sollen über die Möglichkeit von fruchtbarkeitserhaltenden Maßnahmen aufgeklärt werden. (LL S. 245)
- ▶ Eine Pubertätsblockade soll immer zeitlich begrenzt werden, um unerwünschte Langzeitwirkungen auf den Körper, vor allem auf die Knochendichte zu minimieren. (LL S. 250)
- ▶ Vor der Behandlung soll über mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt werden. (LL S. 250)

Stellvertretende Einwilligung bei Pubertätsblockern

Wenn Minderjährige sich eine Behandlung mit Pubertätsblockern wünschen, aber noch nicht einwilligungsfähig sind, können die sorgeberechtigten Personen dieser Behandlung stellvertretend zustimmen. Sie müssen sich mit dem Kind gemeinsam umfassend aufklären lassen und eine Entscheidung treffen, die dem aktuellen und zukünftigen Kindeswohl bestmöglich entspricht und die Wünsche des Kindes berücksichtigt.

EMPFEHLUNGEN (LL S. 200 ff):

- ▶ Bei der Indikationsstellung für Pubertätsblocker soll auch geprüft werden, ob die Einwilligungsfähigkeit (D) / Urteilsfähigkeit (CH) / Entscheidungsfähigkeit (A) der minderjährigen Person gegeben ist.
- ▶ Falls nicht, sollte diese Fähigkeit gefördert werden.
- ▶ Ein Co-Konsens mit den Erziehungsberechtigten ist anzustreben.
- ▶ Falls kein Co-Konsens besteht, sollte der Familie eine Prozessbegleitung angeboten werden – allerdings nur, wenn daraus keine Gefahr für das Kind entsteht.

Alternativen bei fortgeschrittener Pubertät

Wenn die Pubertät schon recht weit fortgeschritten ist, bringen Pubertätsblocker oft keine Vorteile mehr. Trotzdem kann es sinnvoll sein, vor einer Hormonbehandlung zunächst den Leidensdruck zu mindern und vielleicht wird auch noch etwas Zeit für die Indikationsstellung gebraucht. Dafür empfiehlt die Leitlinie die folgenden Behandlungsformen.

Unterdrückung der Menstruation mit Gestagenen

Trans*männliche Jugendliche leiden zum Teil sehr unter der Menstruation. Diese lässt sich durch eine dauerhafte Einnahme der Mini-Pille unterdrücken. In der Leitlinie werden folgende Wirkstoffe genannt: zum Beispiel Desogestrel (75µg täglich), Drospirenon (4 Milligramm täglich), Chlormadinon (2 Milligramm täglich), Dienogest (2 Milligramm täglich), Dydrogesgteron (10 Milligramm täglich) oder Lynestrenol (5 Milligramm täglich). Sollte es zu Schmierblutungen kommen, kann die Dosierung auch verdoppelt werden. Diese Präparate müssen allerdings täglich zur gleichen Zeit eingenommen werden.

EMPFEHLUNG (LL S. 252):

- Wenn die Pubertätsentwicklung weitgehend abgeschlossen ist, können bei trans* Jungen gestagenhaltige Medikamente (Mini-Pille) eingesetzt werden, um die Menstruation zu unterdrücken.

Behandlung mit Anti-Androgenen

Bei trans* weiblichen Jugendlichen, deren männliche Pubertät bereits fortgeschritten ist, können vorübergehend Antiandrogene eingesetzt werden. Diese unterdrücken die Wirkung des Testosterons wie z.B. Bartwuchs und männliche Körperbehaarung. In der Leitlinie werden folgende Wirkstoffe genannt: Cyproteronacetat, Spironolacton, Finasterid als 5-Alpha-Reduktase- Inhibitor und Bicalutamid.

EMPFEHLUNG (LL S. 253):

- Bei trans* weiblichen Jugendlichen mit weitgehend abgeschlossener Pubertät können Antiandrogene eingesetzt werden, um die Testosteronwirkung zu mildern.

Kurz und knapp

Ab wann kann ich Pubertätsblocker bekommen?

Für die Verschreibung von Pubertätsblocker bei Geschlechtsinkongruenz muss die Pubertät bereits leicht begonnen haben. Es soll mindestens das Pubertätsstadium Tanner-2 vorliegen (einzelne glatte Schamhaare, tastbare Brustknospe, leicht vergrößerte Hoden).

Müssen meine Eltern bei Pubertätsblockern zustimmen?

Ja. Laut Leitlinie sollst du gemeinsam mit deinen Eltern entscheiden. Wenn ihr euch nicht einig werdet, soll eure Familie dabei professionell unterstützt werden. Und egal welche Meinung deine Eltern haben, sie sollen das Kindeswohl an erste Stelle stellen.

Schaden Pubertätsblocker meinem Kind?

Richtig angewendet sind Pubertätsblocker sehr gut verträglich. Sie haben keine permanente Wirkung, das heißt sie schaffen keine Fakten, sondern verzögern nur die weitere Pubertätsentwicklung. Sie können den Leidensdruck und vor allem auch den Zeitdruck stark verringern und so zum Beispiel Raum für psychische Entwicklungen oder eine ärztliche Indikationsstellung schaffen.

Was bedeutet Off-Label-Verordnung?

Das bedeutet: Ein Medikament wird für einen anderen Zweck (oder in anderer Dosierung) eingesetzt, als wofür es ursprünglich getestet und zugelassen wurde. Bei Pubertätsblockern ist das bei trans* Jugendlichen der Fall. Für Kinder mit einer Pubertas praecox (sehr frühe Pubertät) gibt es allerdings eine Zulassung. Off-Label-Verordnungen sind in der Kinder- und Jugendmedizin häufig. Der*die Ärztin muss besonders sorgfältig darüber aufklären.

Schaden Pubertätsblocker der Fruchtbarkeit?

Nein. Pubertätsblocker verzögern nur die Pubertätsentwicklung. Aber: Wenn anschließend direkt mit einer Hormonbehandlung begonnen wird, kann es zu Unfruchtbarkeit kommen. Im Aufklärungsgespräch sollte das Thema deshalb besprochen werden.

Schaden Pubertätsblocker der Knochenentwicklung?

Pubertätsblocker verzögern den Wachstumsschub, den viele Jugendliche in der Pubertät erleben. Und wenn sie länger eingenommen werden, können sie die Knochendichte verringern. Dagegen hilft Sport. Nach dem Absetzen der Medikamente normalisiert sich die Knochendichte in der Regel wieder.

9

Geschlechts- angleichende Hormonbehandlung im Jugendalter

- Wirkungen geschlechtsangleichender Hormonbehandlungen __S. 65
- Voraussetzungen für Hormonbehandlungen bei Jugendlichen __S. 65
- Fruchtbarkeit, Sexualität und Beziehungen __S. 67
- Einwilligung __S. 68
- Hormonbehandlung bei trans*männlichen Jugendlichen __S. 68
- Hormonbehandlung bei trans*weiblichen Jugendlichen __S. 74
- Nebenwirkungen __S. 78
- Kurz und knapp __S. 80

Wirkungen geschlechtsangleichender Hormonbehandlungen

Während Pubertätsblocker die pubertäre Entwicklung nur anhalten, lassen Hormone das körperliche Erscheinungsbild sichtbar männlicher oder weiblicher erscheinen. Dadurch können sie die Geschlechtsdysphorie vieler trans* Menschen erheblich mindern und führen so zu einer höheren Lebenszufriedenheit und zu besserer psychischer Gesundheit.

Die Behandlung erfolgt mit Testosteron (maskulinisierend) oder Östrogen (feminisierend). Durch Testosteron kommt es zu einem männlichen Stimmwechsel, stärkerer Körperbehaarung und einem veränderten Verhältnis von Muskulatur und Fettgewebe. Durch Östrogen kommt es unter anderem zu einem Brustwachstum. Die Veränderungen beginnen nach einigen Wochen oder Monaten, ihre volle Wirkung erreicht die Hormonbehandlung nach zwei bis drei Jahren. Manche der Auswirkungen wie Stimmwechsel, Bartwuchs, Haarausfall, Vergrößerung der Clit und das Brustwachstum würden auch nach dem Absetzen der Hormone bestehen bleiben. Hormone können auf unterschiedlichen Wegen verabreicht werden. Je nach Wirkstoff gibt es hormonhaltiges Gel, Pflaster, regelmäßige Spritzen oder Tabletten.

Voraussetzungen für Hormonbehandlungen bei Jugendlichen

Für die Indikationsstellung von Hormonbehandlungen werden in der Leitlinie mehrere Voraussetzungen formuliert.

EMPFEHLUNG (LL S. 209):

- ▶ Für die Indikation einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:
 - Es liegt eine stabile Geschlechtsinkongruenz nach ICD-11 vor.
 - Es besteht ein mehrjähriges transgeschlechtliches Empfinden.
 - Es besteht ein anhaltender geschlechtsdysphorischer Leidensdruck nach Eintritt der Pubertät.
 - Es besteht der Wunsch nach der Ausbildung der sekundären Geschlechtsmerkmale, die durch die Hormone zu erwarten sind.

Außerdem dürfen keine körperlichen Gegenanzeichen für eine Hormonbehandlung vorliegen (z.B. sehr starkes Untergewicht, Schwangerschaft, ...) und der*die Jugendliche muss einwilligungsfähig sein. Die Zustimmung der Eltern reicht hier nicht aus.



→ Der BVT*, der VLSP* und Trans-Kinder-Netz e. V. haben ein Sondervotum gegen die Bedingung „mehrjähriges transgeschlechtliches Empfinden“ abgegeben. Denn der Beginn eines „transgeschlechtlichen Empfindens“ lässt sich oft nicht genau feststellen und diese unklare Empfehlung könnte zu Unsicherheit bei Therapeut*innen, Ärzt*innen und Eltern und einem hohen Leidensdruck bei trans* Jugendlichen führen. Gerade Jugendliche, die sich sehr verleugnen oder weitere Belastungen bewältigen mussten (Vernachlässigung, Schulstress, erkrankte Eltern, ...), konnten ihr trans*geschlechtliches Erleben vielleicht erst spüren, als es gar nicht mehr anders ging.

Eine vorangehende Pubertätsblockade wird in der Leitlinie nicht als Voraussetzung für eine Hormonbehandlung betrachtet. Denn die ist in einem späteren Pubertätsstadium eventuell gar nicht mehr sinnvoll. Ein sozialer Rollenwechsel wird hingegen vor Beginn einer Hormonbehandlung empfohlen. So sollen Jugendliche die Sicherheit erhalten, dass der gewählte Weg für sie stimmig und auch lebbar ist. Dadurch wird auch das soziale Umfeld mitgenommen und trans*Jugendliche werden so (hoffentlich) vor abwertenden Reaktionen auf körperliche Veränderungen bewahrt. Community-Angebote können den sozialen Rollenwechsel gut begleiten, darauf sollte bei Bedarf auch hingewiesen werden.

EMPFEHLUNG (LL S. 215 f):

- ▶ Eine Pubertätsblockade ist keine Voraussetzung für eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung.
- ▶ Zur Vorbereitung einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung sollte eine soziale Erprobung in der gewünschten Geschlechtsrolle erfolgen.
- ▶ Dabei sollte der Diskriminierungsschutz beachtet werden.
- ▶ Wenn nötig, sollte eine psychotherapeutische Begleitung des Transitionsprozesses angeboten werden.

Fruchtbarkeit, Sexualität und Beziehungen

Eine Hormonbehandlung kann Auswirkungen auf die Libido, die Sexualität, die Fruchtbarkeit und auch auf die Beziehungen zu anderen Menschen haben. Deshalb sollten diese Themen vor einer Hormonbehandlung besprochen werden. Die Behandlung mit Testosteron kann die Libido steigern. Eine Behandlung mit Östrogen kann die Libido verringern. Eine Hormonbehandlung verändert den Körper, die Stimme, die Körperbehaarung, die Struktur der Haut und eventuell den Körpergeruch. In einer bestehenden Beziehung kann das spannend sein – oder auch herausfordernd.

Eine Hormontherapie kann auch Auswirkungen auf einen möglichen Kinderwunsch haben. Bei trans*männlichen Jugendlichen werden Eisprung und Menstruation in der Regel unterdrückt. Es ist möglich, Testosteron zu einem späteren Zeitpunkt wieder abzusetzen und dann eventuell schwanger zu werden. Vermutlich sinkt aber die Fruchtbarkeit. Und wenn vor einer Hormonbehandlung Pubertätsblocker genommen wurden, sind Eierstöcke oder Hoden eventuell noch nicht „reif“ genug, um fruchtbare Keimzellen zu erzeugen. Dann können geschlechtsangleichende Hormone zu dauerhafter Unfruchtbarkeit führen. Ob ein späteres „Nachreifen“ im Erwachsenenalter möglich wäre, darüber gibt keine Erkenntnisse. Ein Kinderwunsch ist für trans* Jugendliche eventuell noch gar nicht vorstellbar. Das Gefühl dazu kann sich aber im Laufe des Lebens ändern.

EMPFEHLUNG (LL S. 219):

- ▶ Vor einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung sollen Jugendliche und Sorgeberechtigte sorgfältig über mögliche Auswirkungen aufgeklärt werden.
- ▶ Dabei soll über die Auswirkungen auf Sexualität, Fruchtbarkeit, Beziehungserleben, Körpererleben und auf mögliche Diskriminierungserfahrungen gesprochen werden.
- ▶ Auch über weitere geschlechtsangleichende körpermodifizierende Behandlungsschritte soll aufgeklärt werden.
- ▶ Es soll auf die Möglichkeiten hingewiesen werden, Spermien und Eizellen einzufrieren, um eventuell später einen biologischen Kinderwunsch umsetzen zu können.

Einwilligung

In eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung müssen trans* Jugendliche selbst einwilligen. Eine stellvertretende Einwilligung durch die Eltern wird hier nicht empfohlen. Aber: Die Eltern sollten ebenfalls einwilligen (Co-Konsens). Das ist nicht immer so einfach. Bei Bedarf soll der Familie psychosoziale Unterstützung angeboten werden. Aber nur, wenn dadurch keine Gefahr für das Kind zu erwarten ist. Falls nötig müsste sich das Jugendamt um eine Klärung kümmern, um das Wohl des Kindes zu schützen.

EMPFEHLUNGEN (LL S. 220 ff):

- ▶ Die Indikationsstellung soll auch eine Prüfung der Einwilligungsfähigkeit Urteilsfähigkeit (CH)/ Entscheidungsfähigkeit (A) in Bezug auf die konkret geplante Behandlung enthalten.
- ▶ Es sollte ein Co-Konsens mit den Sorgeberechtigten angestrebt werden.
- ▶ Wenn das nicht gelingt, sollte eine intensive Prozessbegleitung des Familien-systems angeboten werden. Ziel ist es, dass die*der Jugendliche Unterstützung erhält.

Hormonbehandlung bei trans*männlichen Jugendlichen

Die Behandlung von trans*männlichen Jugendlichen erfolgt mit Testosteron. Testosteron löst einen Stimmwechsel aus, die Körperbehaarung an Armen, Beinen und Bauch nimmt zu, es entwickelt sich Bartwuchs, die Gesichtszüge werden kantiger, die Muskulatur nimmt zu und die Fettverteilung ändert sich. Die Klitoris wächst, sodass sie dauerhaft sichtbar werden kann.

Wenn Jugendliche noch wachsen, sollte die Testosteron-Dosis nur langsam gesteigert werden, damit sich die Wachstumsfugen nicht zu schnell schließen. Vorab sollte deshalb das Knochenalter bestimmt werden.

Die Testosteronbehandlung kann mit einem Gel mit 10 Milligramm Testosteron pro Tag begonnen werden und zum Beispiel nach einem halben Jahr auf 25 Milligramm pro Tag gesteigert werden. Alternativ kann Testosteronenantat intramuskulär gespritzt werden, hier werden für die ersten 6 Monate 50-100 Milligramm pro Monat empfohlen. Die Dauertherapie besteht meistens aus 250 Milligramm Testosteronenantat alle drei bis vier Wochen, alternativ gibt es auch ein Depotpräparat, dass alle drei bis vier

Monate gespritzt werden muss (1000 Milligramm Testosteronundecanoat). Ziel ist ein Testosteronspiegel im männlichen Normbereich. Wenn Jugendliche bereits vollständig ausgewachsen sind, kann direkt mit der vollen Dosierung begonnen werden. Wer Bluthochdruck oder Übergewicht hat, sollte jedoch lieber mit einem Gel behandelt werden. Sobald die volle Dosierung erreicht ist, kann eine eventuelle Behandlung mit Pubertätsblockern beendet werden.

Etwa jeder vierte trans* Jugendliche hat trotz Testosteron-Behandlung vaginale Blutungen. Das kann verschiedene Ursachen haben. Um zum Beispiel Eierstockzysten auszuschließen, sollte eine Ultraschalluntersuchung gemacht werden. Anschließend können die Blutungen mit GnRH-Analoga oder Gestagenpräparaten unterdrückt werden.

EMPFEHLUNGEN (LL S. 254 ff)

- ▶ Bei der geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung mit Testosteron sollten das Wachstum und das Skeletalter berücksichtigt werden.
- ▶ Wenn Jugendliche noch wachsen, kann die Dosierung von Testosteron langsamer gesteigert werden, damit sich die Wachstumsfugen nicht so schnell schließen.
- ▶ Treten trotz Testosteronbehandlung Blutungen auf, sollte die Ursache sorgfältig abgeklärt werden.
- ▶ Um die Blutung zu unterdrücken kann ein Gestagenpräparat oder GnRH-Analogen eingesetzt werden.

Wirkung des Testosterons (II S. 261)

	Beginn	Maximum
Hautfettigkeit/Akne	1-6 Monate	1-2 Jahre
Bartwuchs/Körperbehaarung	6-12 Monate	> 5 Jahre
Haarausfall (Glatzenbildung)	6-12 Monate	> 5 Jahre
Vermehrte Muskelmasse/-Kraft	6-12 Monate	2-5 Jahre
Fettumverteilung	1-6 Monate	2-5 Jahre
Ausbleiben der Menstruation	1-6 Monate	1-2 Jahre
Klitorisvergrößerung	1-6 Monate	1-2 Jahre
Vaginale Atrophie	1-6 Monate	1-2 Jahre
Stimmwechsel	1-6 Monate	1-2 Jahre

Dosierungsempfehlungen für die geschlechtsangleichende Hormonbehandlung mit Testosteron (LL S. 262)

Verwendetes Hormonpräparat	Applikation	Dosierung	Fortführung einer Pubertätsblockade bzw. Monsessuppression	Kommentar
Trans männliche Jugendliche: Therapiestart bei nicht abgeschlossenem Wachstum				
Testosteronenantat (Ampullen 250 Milligramm (mg))	intramuskulär	Start: 50 mg alle 4 Wochen für 3-6 Monate, dann auf 100 mg alle 4 Wochen steigern, individuelle Steigerung auf bis auf 250 mg alle 3-4 Wochen (adulte Dosis)	Bereits initiierte Pubertätsblockade oder Gestagenbehandlung unverändert fortführen, bis die adulte Testosterondosis erreicht ist. Danach kann diese beendet werden.	Dosissteigerung in Abhängigkeit vom Skeletalter und der Wachstums geschwindigkeit; regelmäßige Blutbildkontrollen notwendig; bei Polyglobulie das Spritzintervall verlängern bzw. transdermal die Dosis reduzieren
Testosteron-Gel (unterschiedliche Konzentrationen je nach Hersteller, Dosierungshinweise beachten)	transdermal	Startdosis: 10 mg Testosteron-Gel jeden Tag, für 6 Monate, steigern auf 25 – (50 mg) adulte Dosis.		

Verwendetes Hormonpräparat	Applikation	Dosierung	Fortführung einer Pubertasblockade bzw. Mensessuppression	Kommentar
		Dosisanpassung in Testosteronkonzentration (beachten, dass Abhängigkeit von der Testosteronkonzentration (beachten, dass die Blutentnahme nicht an dem Arm stattfinden soll auf den das Testosterongel zuvor aufgetragen wurde, da dies falsch-hohe Testosteron-Konzentrationen zur Folge haben kann.)		
Trans männliche Jugendliche: Therapiestart nach abgeschlossenem Wachstum				
Testosteronenant (Ampullen 250 mg)	intramuskulär	125 mg alle 4 Wochen für 3 Monate, danach 250 mg alle 3-4 Wochen	Im Tanner Stadium 4-5 wird in der Regel keine Pubertäts-suppression mehr	

Testosteron-Gel (unterschiedliche Konzentrationen je nach Hersteller, Dosierungshinweise beachten)	transdermal	25 mg Testosteron-Gel jeden Tag für 3 Monate; sollte die Testosteronkonzentration dann nicht im adulten Bereich liegen, Steigerung auf ggf. 50 mg pro Tag	begonnen. Eine voran gehende Behandlung mit GnRH-Analoga oder Gestagenen kann abgesetzt werden.
Testosteronundecanat	intramuskulär	1000 mg alle 10-12 Wochen bei abgeschlossenem Wachstum	

Hormonbehandlung bei trans*weiblichen Jugendlichen

Die Hormonbehandlung von trans*weiblichen Jugendlichen erfolgt mit Östrogenen. Dadurch wächst die Brust, die Verteilung von Körperfett verändert sich, die Muskelmasse, die Körperbehaarung und das Hodenvolumen nehmen ab.

Zusätzlich kann die Östrogen-Behandlung eingesetzt werden, um den Schluss der Wachstumsfugen zu beschleunigen und die Körpergröße zu begrenzen. In der Regel kann deshalb mit der Dosierung von 2 Milligramm Estradiol pro Tag begonnen werden. Die Dosis kann bei Bedarf auf 4 Milligramm pro Tag gesteigert werden. Im Serum soll schließlich eine Estradiol-Konzentration im weiblichen Normbereich erreicht werden. Die normale Östrogen-Therapie reicht nicht aus, um die Wirkung des körpereigenen Testosterons zu unterdrücken. Deshalb ist zusätzlich eine Behandlung mit GnRH-Analoga oder mit Antiandrogenen notwendig.

Wenn trans*weibliche Jugendliche voraussichtlich besonders groß werden würden (mehr als 1,85 Meter), ist eine hochdosierte Behandlung mit Östrogenen oder Ethinylestradiol möglich (100 µg/Tag), um das Wachstum stärker zu bremsen. Dann ist auch keine zusätzliche Unterdrückung der Testosteronproduktion nötig. Dabei besteht allerdings ein erhöhtes Thromboserisiko. Daher ist diese Anwendung zeitlich zu begrenzen.

EMPFEHLUNG (LL S. 258):

- Wenn trans* Mädchen ihre Endgröße begrenzen wollen, kann Ethinylestradiol eingesetzt werden. Dadurch schließt sich die Wachstumsfuge schneller.

Wirkung von Östrogen und antiandrogenen Therapien (LL S. 261)

	Beginn	Maximum
Umverteilung von Körperfett	3-6 Monate	2-5 Jahre
Abnahme der Muskelmasse/-Kraft	3-6 Monate	1-2 Jahre
Hautbildveränderung/verminderte Fettigkeit	3-6 Monate	unbekannt
Vermindertes sexuelles Verlangen	1-3 Monate	unbekannt
Seltenere spontane Erektionen	1-3 Monate	3-6 Monate
Reduzierte Spermienbildung	unbekannt	2 Jahre
Brustwachstum	3-6 Monate	2-5 Jahre
Verringertes Hodenvolumen	3-6 Monate	variabel
Abnahme Körperbehaarung	6-12 Monate	> 3 Jahre
Vermehrte Kopfhaare	variabel	variabel
Stimmveränderungen	Keine	

Aktuelle Dosierungsempfehlungen für die geschlechtsangleichende Hormonbehandlung mit Östrogen (LL S. 264)

Verwendetes Hormonpräparat	Applikation	Dosierung	Fortführung einer Pubertätsblockade	Kommentar
Estradiol oder Estradiolvalerat Tabletten	oral	Start mit 0,5 oder 1 mg/Tag für 6 Monate, danach adulte Dosis 2-4 mg/Tag.	Die Pubertätsblockade bzw. antiandrogene Behandlung muss unverändert auch nach Erreichen einer Östradiolkonzentration im adulten Bereich fortgeführt werden. Unter einer wachstumsbremsenden Ethinylestradiol-Behandlung ist keine antiandrogene bzw. pubertätsunterdrückende Behandlung erforderlich	Die Östrogen-Behandlung supprimiert nicht ausreichend die gonadale Achse. Beendigung der GnRHa-Behandlung erst nach erfolgter Gonadektomie bzw. Therapieumstellung auf Antiandrogene.
Estradiol- Pflaster	transdermal	Start: 12,5 bis 50 Mikrogramm (µg) Pflaster/Tag. Adulte Dosis 100 µg/ Tag. Klebedauer von 24 Stunden.	Zur Reduktion der prognostizierten Endläufe kann mit der adulten Dosis begonnen werden. Alternativ können 100 µg/Tag Ethinylestradiol bis zum Verschluss der Epi-	
Estradiol-Gel (0,62 mg pro 1 g Gel, Einzeldosis 2,5Gramm (g)/ Tag)	transdermal	Start: 1 Hub à 2,5 g für 3-6 Monate, danach auf 2 Hub erhöhen. Adulte Dosis 2-4 Hub. Die transdermale		

Estrogengabe ist besonders indiziert bei Patientinnen mit Risikofaktoren für Thrombose.

physenflügen gegeben werden. Es gibt keine Daten, dass die zusätzliche Gabe von Progesteron die Brustentwicklung verbessert.

Nebenwirkungen

Die dauerhafte Hormontherapie mit Testosteron scheint bei Menschen mit normalem Gewicht keine erheblichen Gesundheitsrisiken zu bedeuten. Es kann zu Akne kommen und im späteren Leben zu einer Glatze. Manchmal nimmt die Zahl der roten Blutkörperchen stark zu (Polyglobulie), dann kann das Thromboserisiko leicht ansteigen. Außerdem kann das Gewicht steigen und das „gute Cholesterin“ (HDL) im Körper kann abnehmen, während das „schlechte“ (LDL) zunehmen kann. Das Risiko für Herzkreislauferkrankungen steigt leicht an.

Die dauerhafte Hormontherapie mit Östrogen führt zu einem höheren Brustkrebsrisiko. Es liegt etwa in dem Bereich von cis Frauen. Das Risiko für Herzkreislauferkrankungen ist bei Männern normalerweise etwas erhöht. Das gilt auch für trans*Frauen mit dauerhafter Östrogenbehandlung. Über längere Zeit kann auch ein erhöhtes Thromboserisiko auftreten.

Vor Beginn einer Hormonbehandlung sollte immer auch ausführlich über Risiken und Nebenwirkungen aufgeklärt werden. Jeder Körper reagiert anders auf Hormone, deshalb ist es wichtig, mit der*dem Ärzt*in im Gespräch zu bleiben.



→ Hormontherapien haben Nebenwirkungen, z.B. ein höheres Risiko für Herzkreislauferkrankungen. Der Minderheitenstress, den trans* und nichtbinäre Personen in unserer Gesellschaft häufig erleben, kann ebenfalls solch ein Risiko erhöhen. Daher können die gewünschten Auswirkungen der Hormontherapie, ein besseres Passing und mehr Lebenszufriedenheit, dieses Risiko teilweise ausgleichen.

Übersicht über Risiken und Nebenwirkungen hormoneller Interventionen bei Geschlechtsinkongruenz im Jugendalter (ll S. 260)

	Trans weibliche Patientinnen	Trans männliche Patienten
GnRH-Analoga	lokale Reaktionen, wie subkutane Verhärtungen, Blutergüsse oder allergisch bedingte Papeln, in sehr seltenen Fällen Abszessbildung im Bereich der Einstichstelle	
GnRH-Analoga bei fortgeschritten Pubertät	menopausale Beschwerden wie Hitzewallungen, Schwitzen, Stimmungsschwankungen, Anhedonie und (seltener) Kopfschmerzen, Reduktion der Knochendichte	
Gestagene		Zwischenblutungen
Antiandrogene (Cyproteronacaetat)	Erhöhtes Meningo-geomrisiko, reduzierte Knochendichte	
Testosteron		Polyglobulie, Alopezie (Glatzenbildung), Akne, Absinken HDL-Cholesterin und Anstieg LDL-Cholesterin, Erhöhtes kardiovaskuläres Risiko, Hypertonus
Östrogene	Thromboserisiko, Brustkrebsrisiko leicht erhöht, Makroprolaktinom, Cholelithiasis	
Leber- und Nierenwerte	Keine Auswirkungen bzw. leichter Kreatinin-Anstieg	
Glukosestoffwechsel	Keine Auswirkungen	

Kurz und Knapp

Ab wann kann ich eine Hormonbehandlung bekommen?

Die Leitlinie nennt keine Altersgrenze, die Pubertät muss jedoch begonnen haben. Es muss eine stabile Geschlechtsinkongruenz und ein geschlechtsdysphorischer Leidensdruck vorliegen. Du musst einwilligungsfähig sein und solltest deine soziale Rolle erprobt haben. Deine Eltern sollten nach Möglichkeit einverstanden sein.

Wer kann mir Hormone verschreiben?

Jede*r Ärzt*in kann theoretisch Hormone verschreiben. Die Leitlinie empfiehlt eine interdisziplinäre Indikationsstellung durch eine*n Hormonspezialist*in und eine psychotherapeutische Fachperson. Wenn die Medikamente nach einigen Monaten richtig eingestellt sind, kann auch ein*e Allgemeinmedizinerin die Rezepte ausstellen.

Müssen meine Eltern der Hormonbehandlung zustimmen?

Ja. Laut Leitlinie sollst du gemeinsam mit deinen Eltern entscheiden. Wenn ihr euch nicht einig werdet, soll eure Familie dabei professionell unterstützt werden. Und egal welche Meinung deine Eltern haben, sie sollen das Kindeswohl an erste Stelle stellen.

Haben Hormone Nebenwirkungen?

In der Regel überwiegt der positive Nutzen für die psychische Gesundheit. Es kann je nach Präparat aber auch zu Nebenwirkungen kommen. Deshalb ist eine individuelle ärztliche Begleitung wichtig, um das verträglichste Präparat in der richtigen Dosierung zu finden.

Schaden Hormone der Fruchtbarkeit?

Ja, das ist möglich. Wenn beispielsweise nach einer Pubertätsblockade direkt mit einer Hormonbehandlung begonnen wird, kann es zu Unfruchtbarkeit kommen. Im Aufklärungsgespräch sollte das Thema deshalb besprochen werden.

Lässt sich die Wirkung einer Hormonbehandlung umkehren?

Nein, ein Teil der Effekte einer Hormonbehandlung bleibt auch nach dem Absetzen der Medikamente bestehen, wie die durch Testosteron veränderte Stimme, der Bartwuchs, der größere Clit, evtl. Haarausfall auf dem Kopf oder die durch Östrogen gewachsene Brust. Die anderen Effekte wie die Muskelmasse, Fettverteilung, Körperbehaarung, Geruch, Hautstruktur würden sich langsam wieder zurückentwickeln.

10 Geschlechts- angleichende Operationen im Jugendalter

Geschlechtsangleichende Operationen dienen in erster Linie dazu, Brust und/oder Genitalien an das eigene Geschlecht anzugelichen. Die Zufriedenheit ist oft hoch, allerdings können damit auch Komplikationen einhergehen. Im Genitalbereich sind häufig auch mehrere Operationen nötig. Operationen im Genitalbereich sollten deshalb eher in das Erwachsenenalter verschoben werden.

Gerade trans*männliche Jugendliche leiden häufig sehr unter einer weiblichen Brust. Das kann auch zu gesundheitlichen Risiken führen. Jahrelanges Abbinden kann zu Atembeeinträchtigungen, Schädigung der Haut, Haltungsschäden und

Rückenbeschwerden führen. Oft ist die psychosoziale Teilhabe eingeschränkt, da zum Beispiel Schwimmbadbesuche und sportliche Aktivitäten vermieden werden. Auch das Risiko für diskriminierende und transfeindliche Vorfälle steigt, die Suche nach einer Lehrstelle oder Anstellung wird erschwert. Erfahrungen von „Alltag“ sind im Grunde nicht möglich.

Eine geschlechtsangleichende Mastektomie oder Brustverkleinerung kann deshalb auch schon vor dem 18. Geburtstag sinnvoll sein. Die Indikation dazu soll sorgfältig gestellt werden und die Geschlechtsinkongruenz muss sicher diagnostiziert sein.

Mastektomie: Operative Entfernung von Brustdrüsen und Fettgewebe, um ein flaches Brustprofil mit maskuliner Brustgeometrie zu schaffen.

Brustverkleinerung: Für manche trans* und insbesondere nicht-binäre Personen kann es eine Lösung zur Linderung des geschlechtsdysphorischen Leidens sein, das Brustgewebe lediglich zu reduzieren. Ziel ist ein relativ flaches Brustprofil, das im Alltag mit wenig Aufwand weiter komprimiert werden kann, aber auch die potenzielle Stillfähigkeit erhält.

EMPFEHLUNG (LL S. 225):

- Die Indikation für eine Mastektomie oder operative Brustverkleinerung soll in interdisziplinärer Kooperation erfolgen.
- Nötig ist eine sorgfältige diagnostische Einschätzung durch eine erfahrene psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson und eine erfahrene Fachperson aus der operativen Medizin.



→ Eine Mastektomie oder Brustverkleinerung ist ein erheblicher operativer Eingriff – das Gleiche gilt jedoch für eine Hormonbehandlung, die den ganzen Körper über lange Zeit verändert. Das individuelle Bedürfnis nach dem, was die Geschlechtsdysphorie besser zu lindern verspricht, sollte deshalb maßgeblich sein. Gerade nichtbinäre Jugendliche benötigen vielleicht dringend eine Operation der Brust, aber (noch) keine Hormontherapie.

11

Eine gute*n Ärztin/ Therapeut*in finden

Die Indikationsstellung für körpermodifizierende Maßnahmen erfordert eine Zusammenarbeit von psychotherapeutischer Fachperson und Hormonspezialist*in, vielleicht ist zusätzlich eine Trans*beratungsstelle, eine*e Kinderärzt*in oder eine Familienberatung dabei. Wenn Sorgeberechtigte und Jugendliche sich hier gleichermaßen gut aufgehoben fühlen, wird vieles einfacher. Aber wie lässt sich ein*e gute*r Ärzt*in oder Therapeut*in finden? Dazu gibt es in der Leitlinie keine Informationen. Als Bundesverband Trans* haben wir einige Tipps und eine Checkliste zusammengestellt, um Ihnen die Entscheidung zu erleichtern.



→ *Übrigens: Eltern und Jugendliche müssen nicht immer zusammen überall hin. Es spricht auch einiges dafür, sich mal einzeln beraten zu lassen.*

Wo finde ich gute Adressen?

Hilfreich ist die Nachfrage bei Trans*Beratungsstellen oder bei anderen Familien mit trans* Kindern und Jugendlichen. Die Vernetzung mit anderen Familien hilft nicht nur bei der Arztsuche, sondern sie entlastet auch die Eltern, stärkt die Jugendlichen und kann den psychischen Druck verringern.



Checkliste: Bin ich hier richtig?

Hier bist du wahrscheinlich richtig:

- Auf Anamneseformularen und Testbögen können auch trans*geschlechtliche, queere und nicht-heterosexuelle Lebensweisen angegeben werden.
- Die Behandler*in spricht (auch) direkt mit der*dem Kind/Jugendlichen, nicht nur mit den Eltern.
- Das Kind wird nach einem möglichen neuen Namen und dem passenden Pronomen gefragt. Diese Angaben werden direkt verwendet und können auch wieder geändert werden. Die Verwendung auf Schriftstücken erfolgt in Absprache.
- Dinge werden in verständlicher Sprache erklärt, Fragen werden verständlich beantwortet.
- Es wird respektiert, wenn trans* Kinder und Jugendliche auf manche Fragen nicht antworten wollen.
- Schriftstücke wie Indikationsbeschreiben werden erklärt und können auch gegengelesen werden. Es wird erklärt, warum manchmal veraltete Formulierungen und Diagnosen verwendet werden müssen.
- In den Räumen sind auch Plakate, Symbole, Faltblätter oder Informationsmaterial vorhanden, die sich an trans* und nicht-binäre Personen richten.
- Die Praxis oder Einrichtung ist mit anderen Einrichtungen, die ergänzende Angebote haben, vernetzt, es gibt z.B. Kooperationen mit community-basierten Trans*beratungsstellen.
- Kinder und Jugendliche erhalten in vertretbaren Zeiträume Termine und wirksame Behandlungsangebote.



Checkliste: Bin ich hier richtig?

Hier noch mal genauer hinschauen

- Im Zusammenhang mit trans* wird von „Geschlechtsidentitätsstörung“ gesprochen.
- Auf der Website finden sich Begriffe wie „Transsexualität“ oder „Homosexualität“ innerhalb einer Aufzählung von „Störungen“ oder „Erkrankungen“.
- Behandlungsempfehlungen weichen von der Leitlinie ab, ohne dass das nachvollziehbar begründet wird.
- Für körperliche Behandlungen werden pauschale Fristen gesetzt (Z.B.: „Nach einem Jahr X kann Y folgen“), die nicht begründet werden. (Zeitliche Fristen für den Behandlungsbeginn entsprechen medizinisch nicht dem Stand der Wissenschaft, auch wenn die Begutachtungsanleitung des Medizinischen Dienstes Fristen vorschreibt (MDS, 2020).)
- Trans* Kinder und Jugendliche erhalten zwar Gesprächstermine, jedoch keine Behandlungsangebote.

Ausblick

Die medizinische Leitlinie ist noch relativ „jung“ und prägt noch nicht lange die Versorgungspraxis. Daher können wir im Moment nicht abschätzen, wie und ob die Versorgung von trans* und nichtbinären Jugendlichen wirklich verbessert wird. Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieser Broschüre ist die gesetzliche Grundlage der Gesundheitsversorgung von trans* und nichtbinären Personen jeden Alters nicht gut geregelt. Wir hoffen sehr, dass sich das in naher Zukunft ändert.

Wir empfehlen, diese Broschüre auch in psychotherapeutische und ärztliche Praxen mitzunehmen und so den Wissenszuwachs zu unterstützen. Es wird auch in Zukunft viel von der Haltung und dem Engagement der einzelnen Versorger*innen abhängen, wie fachlich kompetent die Transitionsbegleitung von trans* und nichtbinären Minderjährigen gestaltet wird.

Wir freuen uns über Rückmeldungen und Anregungen zur Verbesserung unserer Publikationen.

Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen laden wir gern ein, sich bei spezifischen Fragen und Fortbildungswünschen direkt an den Bundesverband Trans* zu wenden.



⇒ **Literaturempfehlungen:**

- *Trans*geschlechtlichkeit bei Kindern und Jugendlichen (2026 i.Pr.)*
Wiesmann et al. Springer-Verlag ([zum Buch](#))
 - *Geschlechtsinkongruenz im Kindes- und Jugendalter (2025)* Bär, Beltz-Verlag ([zum Buch](#))
 - *Familien mit trans* und nichtbinären Kindern (2023)* Günther et al. Psychosozialverlag ([zum Buch](#))
 - *Die anderen Geschlechter (2023)* Pauli, C.H.Beck-Verlag
Wegweiser Trans (2025)* Wolf et al. dgvt-Verlag ([zum Buch](#))
-



Im März 2025 wurde in Deutschland eine neue medizinische Leitlinie zur Diagnostik und Behandlung von Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter veröffentlicht. Expert*innen und Fachverbände haben sich hier auf Empfehlungen für die medizinischen Versorgung von trans* Kindern und Jugendlichen geeinigt. Die Basis dafür ist die aktuelle Forschungsliteratur und Erfahrungen aus der Praxis. Behandelt werden Themen wie Diagnostik, Psychotherapie, Pubertätsblocker, Hormonbehandlungen und Pubertätsblocker oder die Folgen von Diskriminierung.

Dieses Heft fasst die wichtigsten Inhalte in verständlicher Sprache zusammen. Es richtet sich an trans* Kindern und Jugendlichen sowie ihren Eltern und Bezugspersonen. Auch Fachleuten finden hier einen schnellen Überblick.

ISBN 978-3-9826130-6-2

