



20.03.2024

Transkript

„AWMF-Leitlinie zu Geschlechtsinkongruenz und -dysphorie im Kindes- und Jugendalter“

Experte und Expertinnen auf dem Podium

- ▶ **KD Dr. Dagmar Pauli**
Stellvertretende Direktorin der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Schweiz und Autorin der Leitlinie
- ▶ **Dr. Achim Wüsthof**
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie am Endokrinologikum Hamburg und Autor der Leitlinie
- ▶ **Prof. Dr. Claudia Wiesemann**
Direktorin des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen und Autorin der Leitlinie
- ▶ **Sabine Maur**
Psychologische Psychotherapeutin mit Zusatzqualifikation Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie Vize-Präsidentin der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und Autorin der Leitlinie
- ▶ **Dr. Cecilia Dhejne**
Fachärztin für Psychiatrie und Sexualmedizin am ANOVA-Center for Andrology, Sexual Medicine, Transgender Medicine, Karolinska-Universitätskrankenhaus, Stockholm, Schweden

Mitschnitt

- ▶ Einen Videomitschnitt finden Sie unter: <https://www.sciencemediacenter.de/alle-angebote/press-briefing/details/news/awmf-leitlinie-zu-geschlechtsinkongruenz-und-dysphorie-im-kindes-und-jugendalter>
- ▶ Falls Sie eine Audiodatei oder eine Sprecheransicht des Videomitschnitts benötigen, können Sie sich an redaktion@sciencemediacenter.de wenden.



press briefing

Transkript

Moderatorin [00:00:00]

Ich heiße Sie alle herzlich willkommen zu dem heutigen Press Briefing. Wir wollen heute über die Leitlinie zur Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz und -dysphorie sprechen. Mein Name ist Annegret Burkert, ich bin Redakteurin für Medizin und Lebenswissenschaften beim Science Media Center. Wir wollen heute über die AWMF S2k-Leitlinie zur Geschlechtsdysphorie bei Kindern und Jugendlichen reden und ihre offenen Fragen klären. Dafür begre ich vier Autor*innen der Leitlinie, so wie Frau Dhejne, die uns heute aus Schweden zugeschaltet ist und die sich als unabhängige Expertin aus dem Ausland die Leitlinie angeguckt hat. Diese Leitlinie wurde unter der Beteiligung von 27 Fachorganisationen sowie zwei Patienteninteressenorganisationen erstellt und befindet sich seit Anfang dieser Woche in einer vierwöchigen Kommentierungsphase. Ich betone auch noch einmal, dass es sich um 27 Fachorganisationen handelt, weil in dem Dokument, das Sie von uns erhalten haben, bisher nur 26 aufgelistet sind. [...] Die Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft mit Frau Fahrenkrug aus Hamburg als Mandatierte ist da noch nicht aufgetaucht. In den nächsten dreieinhalb Wochen können die Mitglieder der beteiligten Fachgesellschaften ihre Änderungswünsche und Anmerkungen äußern, die dann eventuell noch für die finale Version berücksichtigt werden. Ein genaues Datum für die Veröffentlichung ist bisher aber noch nicht festgelegt. Wir führen hier heute dieses Press Briefing durch, um Ihnen eine informierte Berichterstattung unter Kenntnis des aktuell vorliegenden Leitlinienentwurfs zu ermöglichen. Sie können ab Freitag über den Inhalt dieser Leitlinie berichten, dürfen diese aber selbst noch nicht veröffentlichen, da es sich nicht um die finale Version handelt. Das Embargo für dieses Press Briefing fllt also am Freitag, den 22. März um 13 Uhr. Wir möchten damit noch einmal ganz explizit darauf hinweisen, dass das Embargo dringend zu beachten ist. Auch möchte ich noch einmal darauf hinweisen, dass wir in diesem Press Briefing heute thematisch sehr nah an der Leitlinie bleiben werden. Die fünf Expert*innen sind schon anwesend. Ich möchte jetzt gleich anfangen mit den ersten Fragen, aber bevor ich das tue, noch der Hinweis: Ihre Fragen können Sie wie gewohnt natürlich in dem Frage-und-Antwort-Tool stehen. Mein Kollege wird sie mir dann hereinreichen und ich werde Sie an die Expert*innen richten. Frau Pauli, willkommen. Ich starte mit Ihnen. Sie sind die stellvertretende Direktorin der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie an der Psychiatrischen Universitätsklinik in Zürich. Und Sie sind auch Autorin der Leitlinie. Können Sie uns am Anfang einen Überblick über die Leitlinie geben und weshalb diese so wichtig ist?

Dagmar Pauli [00:03:02]

Ja, erst einmal vielen Dank. Ich freue mich natürlich sehr, dass ich heute hier sein darf. Und das ist für uns auch ein großer Moment, weil das wirklich eine lange Arbeit war. Sieben Jahre hat dieser ganze Prozess gedauert. Und Sie haben es gesagt, es sind ja 27 Fachgesellschaften und noch die zwei Verbnde – [einer] von Transpersonen und eine Elternorganisation, die größte aus dem deutschen Sprachraum. Es war ein langer Prozess. Alle Personen, die da mitgemacht haben, sind delegiert von den Fachgesellschaften. Das sind die, die aufgrund ihrer langjährigen Erfahrung mit dem Thema und Expertise auch ausgewählt wurden von den Fachgesellschaften, um da mitzumachen. Und weil das ein schwieriges Thema ist, wie Sie alle wissen, auch heiß debattiert, haben wir auch sehr viele Debatten und Kontroversen geführt. Und umso stolzer sind wir alle, dass wir sagen können: „Wir haben es auf den Weg gebracht.“ Die erste Version ist jetzt einsehbar. Und wir haben es



wirklich auch geschafft, durch diesen breiten Konsens und diese breiten Diskussionen und den Einbezug der gesamten Literatur, die es im Moment zu diesem Thema gibt, eine hohe Rate an Konsens für die einzelnen Empfehlungen zu bekommen. Die meisten Empfehlungen sind mit über 95-prozentigem Konsens getroffen worden. Was heißt, dass wir auch aufgrund von sehr intensiven Debatten über die einzelnen Formulierungen wirklich versucht haben herauszukristallisieren, immer am Wohl von diesen jungen Menschen orientiert, was die geeignete Formulierung ist. Damit möglichst die Leute in der Praxis, die ja von dieser Leitlinie profitieren sollen, auch Anhaltspunkte von dieser Leitlinie haben. Wenn ich das zusammenfassen soll: Warum diese Leitlinie? Das Ziel ist [dieses]: Die Kinder und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz sind ja da, sie waren schon immer da, aber es gab früher keine Anlaufstellen. Und jetzt gibt es sie und auch im Klientel in der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychologischen Versorgung sind sie anzutreffen. Und die Menschen, [...] also die Fachpersonen, die in diesem Bereich nicht so die Expertise haben, brauchen Anhaltspunkte, Fachwissen, um zu wissen, wie sie bestmöglich mit der Thematik umgehen und diese Jugendlichen begleiten können. Und das ist das Ziel. An den Anfang haben wir immer das Wohl der Betroffenen gesetzt. Das ist mir total wichtig zu sagen, weil das ist genau der Punkt, der – wenn dann so debattiert, so polarisiert wird – manchmal auch verloren gehen kann. Und darum haben wir eine Präambel an den Anfang gestellt, die Sie alle gelesen haben. In der haben wir eigentlich so ein paar Grundsätze mit sehr, sehr hohem Konsens verabschiedet, die dann auch wirklich klar machen, dass es immer um das Wohl der Betroffenen geht. Einerseits, das ist klar, dass es auch wichtig ist, einen Diskriminierungsschutz in diesem schwierigen Thema für die Betroffenen [zu haben], dass Sorgeberechtigte sehr eng einzubeziehen sind, und immer diese Abwägung – dazu wird nachher Frau Wiesemann sicher etwas sagen – zwischen Behandlungen, die wirklich sehr wichtig sind und auch lebensrettend für die jungen Menschen sein können, aber auf der anderen Seite zu frühe Behandlungen ja auch Schaden anrichten könnten. Und diese komplexen Prozesse [gilt es immer] abzuwägen. Und eigentlich kann man sich vorstellen, die ganze Leitlinie geht darum, Anhaltspunkte zu liefern: Wie können wir einen ganz sorgfältigen Prozess machen, wie wir diese Jugendlichen in ihrer Selbstfindung, aber auch in ihrem Leben und in dem Entscheidungsprozess gemeinsam mit den Sorgeberechtigten begleiten können hinsichtlich der Entscheidungen, hinsichtlich medizinischer Maßnahmen. Und dann gibt es immer dieses Abwägen zwischen Wohltun durch eine Maßnahme, die indiziert ist, und dem möglichen Schaden, wenn eine Maßnahme zu früh getroffen werden würde. Und deswegen sind die Leitlinien auch sehr umfangreich, mit sehr vielen Empfehlungen und im Gegensatz zu anderen Leitlinien, internationalen Leitlinien, die es gibt, [wird dieser Prozess auch viel ausführlicher dargestellt]. Das einmal als Einleitung. Danke.

Moderatorin [00:07:41]

Ich habe da direkt noch eine kleine Nachfrage. Wenn Sie sagen, der 95-prozentige Konsens [...] – wie kam diese Zahl ganz konkret zustande? Durch das Voting der teilnehmenden Expert*innen? Wie kann man sich das vorstellen: Wie viele Expert*innen haben [mit abgestimmt]?

Dagmar Pauli [00:07:59]

Die Fachgesellschaften haben eine oder zwei Personen delegiert und [ein] Stimmrecht hat aber von den Fachgesellschaften dann jeweils eine Person, sodass dann jede Person entweder ein halbes Stimmrecht oder ein Stimmrecht hat. Es gibt ganz klare AWMF-Prozedere, also Vorgaben, wie dieser Prozess zu laufen hat. Und da haben wir uns immer daran gehalten. Das heißt, jedes



einzelne Statement haben wir in einer Steuergruppe vorbereitet und so lange umformuliert, bis wir gedacht haben, es gibt einen möglichst breiten Konsens bei diesen ganzen Mitgliedern von dieser Gesamtgruppe. Und wir sind es wie zweimal durchgegangen, haben es in der Steuergruppe dann schon einmal vorbereitet und versucht so zu gestalten, dass der Konsens möglichst breit ist, weil viele Sachen auch in der Steuerungsgruppe kontrovers waren. In der eigentlichen Gruppe wird es abgestimmt und dann ist das klare Prozedere wieder, dass jede Gesellschaft dieses Stimmrecht hat. Und da haben wir, indem wir so lange debattiert haben, die Vor- und Nachteile jeder einzelnen Empfehlung so gut abgesichert, dass nicht alle, aber die meisten Empfehlungen mit über 95-prozentigem Konsens verabschiedet werden konnten. So ist das gelaufen.



Moderatorin [00:09:25]

Vielleicht noch eine kleine generelle Nachfrage: Es gibt ja bereits einige internationale Leitlinien. Welche Motivation gab es denn jetzt noch, die deutsche zu entwickeln?

Dagmar Pauli [00:09:36]

Wir haben ja hier im deutschsprachigen Raum eine ganz andere Versorgungslandschaft, einerseits die medizinisch-ärztliche Versorgung, aber auch eine umfangreiche psychologisch-psychotherapeutische Versorgung. Das ist ja gar nicht in anderen Ländern überall gleich. Und auch die rechtlichen Voraussetzungen sind nicht gleich im Ausland. Und es gibt auch nicht so viele nationale Leitlinien, an denen man sich orientieren kann. Viele der Dinge, die aus dem Ausland debattiert werden, sind ja keine Leitlinien, die in so einem differenzierten Prozess erstellt worden sind, sondern vielleicht irgendwelche Erlasse von Gesundheitsbehörden. Das hat überhaupt nicht das gleiche fachliche Niveau. Und die internationalen Leitlinien, an denen wir uns insofern auch orientiert haben: Wir haben sie alle konsultiert und durchgelesen und mitverarbeitet. Sie sind oft doch viel kürzer und oberflächlicher, und wir sind auch viel mehr in die Tiefe gegangen. Und wir haben für den deutschsprachigen Raum versucht, die rechtliche Situation der drei deutschsprachigen Länder, die hier beteiligt sind – Deutschland, Österreich und Schweiz – separat sogar noch einmal darzustellen. [Da kann] vielleicht Frau Wieseman noch darauf eingehen. Die Voraussetzungen sind ähnlich, aber auch nicht ganz gleich. Und deswegen braucht es eben auch Umsetzungsleitlinien für den deutschen Sprachraum, weil die rechtlichen Bedingungen in anderen Ländern Europas ja nicht gleich sind.

Moderatorin [00:10:59]

Ja, danke, Frau Pauli, da haben Sie direkt zu Frau Wiesemann übergeleitet. Zu Ihnen wäre ich jetzt ohnehin gekommen. Frau Professor Claudia Wiesemann ist Direktorin des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin an der Universitätsmedizin Göttingen. Was ist das Besondere der Leitlinie für Kinder und Jugendliche im Vergleich zu einer erwachsenen Leitlinie? Wieso ist die Ethik hier auch besonders relevant?

Claudia Wiesemann [00:11:24]

Wir haben hier ja schon seit Langem eine intensive Debatte darüber, was genau Patientenrechte sind, was sie ausmachen. Und im Bereich der Erwachsenen ist es mittlerweile selbstverständlich



akzeptiert, wird von der Medizin auch umgesetzt, dass das Selbstbestimmungsrecht des Patienten oder der Patientin in allen Entscheidungen führend ist, die die eigene Gesundheit und den eigenen Körper betreffen. Etwas schwieriger ist die Situation bei Minderjährigen. Denn hier sind ja zusätzlich immer auch noch die Eltern mit entscheidungsberechtigt. Und viele der Debatten, die in der Öffentlichkeit darüber geführt werden, drehen sich um die Frage: Welche Rolle soll denn, so heißt es ja meistens, das Kind, oft genug sind es ja eigentlich Jugendliche, um die es geht, welche Rolle soll denn der oder die Minderjährige in diesem Entscheidungsprozess eigentlich haben? Das macht eine spezifische Schwierigkeit aus, weil wir als Erwachsene natürlich eine fürsorgliche Aufgabe gegenüber den Kindern haben. Wir müssen unserer Fürsorgepflicht genügen als Eltern, aber auch als medizinisches Fachpersonal, die Kinder oder Jugendlichen vor fehlerhaften Entscheidungen, vor Schaden an ihrem Körper und ihrer Seele zu schützen. Diese Aufgabe wird sehr oft betont, wenn es um die kritischen Debatten geht, gegenüber etwa einer Behandlung von Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz und -dysphorie. Aber wir dürfen nicht vergessen: Das Recht auf Selbstbestimmung über den eigenen Körper [...] beginnt nicht erst mit dem Alter von 18 Jahren. Das haben auch Kinder und Jugendliche. Sie haben ein Recht auf Selbstbestimmung, wenn sie selbstbestimmungsfähig sind, urteilsfähig sind. Und das ist nach einhelliger rechtlicher Meinung nicht erst mit 18 der Fall, sondern schon früher. Aber auch wenn sie jünger sind und noch nicht vollumfänglich selbstbestimmungsfähig sind – nehmen wir mal jemand im Alter von zehn Jahren – dann ist ihr Wille, dann sind ihre Wünsche nicht einfach unerheblich. Und wir können uns als Erwachsene nicht einfach darüber hinwegsetzen, auch eben nicht als Mitglieder des therapeutischen Teams. Und die große Frage ist in diesem Fall: Wie wägt man gegeneinander ab? Einmal den Selbstbestimmungswunsch des Kindes oder Jugendlichen auf der einen Seite und die Fürsorgepflicht der beteiligten Erwachsenen auf der anderen Seite? Um diese Frage dreht sich unsere Stellungnahme. Und auch ich sehe das so wie Frau Pauli, dass wir nach langen Diskussionen hier sehr gute Kompromisse gefunden haben, dass wir nämlich in einem Prozess versuchen, die Kinder und Jugendlichen so weit zu begleiten, dass sie selbst in die Lage versetzt werden, über solche sehr grundlegenden Entscheidungen, was ihre Identität angeht, selber eine Entscheidung zu fällen. Hier geht es um etwas sehr Grundlegendes, das darf man dabei nicht vergessen. Es geht nicht um eine Trivialität, möchte ich dieses Bonbon essen oder nicht, sondern es geht letztendlich um die geschlechtliche Identität. Und wir dürfen nicht vergessen: Das Bundesverfassungsgericht hat mehrfach klarerweise erklärt, dass das zu den höchstpersönlichen Angelegenheiten gehört, über die nur das Individuum selbst zu entscheiden hat. Und das Individuum, in diesem Fall ein Kind, einen Jugendlichen in die Lage zu versetzen, diese Entscheidung zu treffen, das ist auch eine Aufgabe des therapeutischen Teams.

Moderatorin [00:15:22]

Vielen Dank. Frau Maur, ich möchte zu Ihnen kommen. Sie sind psychologische Psychotherapeutin mit Zusatzqualifikation Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Und Sie sind Vizepräsidentin der Bundestherapeutenkammer und auch Autorin der Leitlinie. Die psychotherapeutische Versorgung spielt in der Leitlinie auch eine besondere Rolle. Worin unterscheidet sich die Leitlinie hier von anderen und warum ist das wichtig?

Sabine Maur [00:15:48]

Zunächst möchte ich noch einmal darauf hinweisen, dass es uns gelungen ist, eine interdisziplinäre Leitlinie zu erstellen aus den ärztlichen Kolleg*innen und den psychotherapeutischen Kollegen,



auch aus dem ethischen Bereich. Und das hängt natürlich auch damit zusammen, dass die Psychotherapie hier eine besondere Rolle spielt. Es ist ja so, dass wir in Deutschland eine grundsätzlich sehr gute psychotherapeutische Versorgung haben und wir Psychotherapeut*innen auch schon immer einbezogen waren in die Versorgung von gendernonkonformen Kindern und Transjugendlichen. Wir haben aber bisher keine fachlich gesetzten Standards gehabt, wie eine solche Versorgung aussehen soll, sowohl inhaltlich als auch formal. Und deshalb ist es unbedingt wichtig, auch zum Patient*innenschutz eine solche Leitlinie zu haben. An der Stelle muss man noch einmal sagen: Es ist ja so, dass Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie keine psychischen Erkrankungen sind und entsprechend gibt es zunächst mal keine Indikation für eine Psychotherapie. Natürlich kann eine psychotherapeutische Prozessbegleitung aber für diese gendernonkonformen Kinder und Transjugendlichen sehr sinnvoll sein. Und da ist aber wichtig, was Frau Wiesemann auch sagte, wir sind hier im Bereich der Selbstbestimmung unterwegs, zu betonen, dass die Therapieziele und das konkrete Vorgehen ganz individuell und abgestimmt [sind] zwischen Patient*in und Therapeut*in. Es ist so, dass einer Behandlung, sowohl einer somatomedizinischen Behandlung als auch einer psychotherapeutischen Behandlung, immer eine sehr umfassende und auch sehr sorgfältige Diagnostik vorausgehen muss. In der Leitlinie ist auch festgehalten, dass eine solche umfassende diagnostische Einschätzung tatsächlich unbedingte Voraussetzung dann ist, wenn es um die Indikationsstellung zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen geht. Die Grundhaltung in der psychotherapeutischen Unterstützung von diesen Kindern und Jugendlichen ist eine akzeptierende und verlaufsoffene Grundhaltung. Und es darf selbstverständlich nicht darum gehen, die geschlechtliche Identität verändern zu wollen. Dann wären wir im Bereich von Konversionsmaßnahmen. Die sind aus guten Gründen in Deutschland verboten. [Welche anderen] Themen haben wir in der Psychotherapie mit diesen Kindern und Jugendlichen? Wir unterstützen sie in der Identitätsfindung, wir unterstützen sie in der sozialen Transition. Wir unterstützen sie, was mögliche innerfamiliäre Probleme angeht. Wir schauen mit ihnen [auf] Themen wie Diskriminierungserfahrungen, aber auch adoleszente Themen wie Entwicklung von Partnerschaft und Sexualität. Und sicher ist auch ein wichtiger Teil die mögliche Vorbereitung und dann auch Entscheidungsfindung im Hinblick auf körpermodifizierende Behandlung. Wir beziehen bei Kindern und Jugendlichen immer die Bezugspersonen in die Therapie mit ein. Das sind in der Regel die Sorgeberechtigten, das können auch Geschwister sein, Lehrkräfte, Menschen aus der Jugendhilfe. Das ist insbesondere natürlich dann besonders wichtig, wenn es in der Familie Konflikte gibt, möglicherweise, was das Thema Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie angeht. Und was wir selbstverständlich auch psychotherapeutisch behandeln, wenn dann die entsprechende Indikation vorliegt, sind assoziierte psychische Erkrankungen. Wir wissen, dass diese Kinder und Jugendlichen ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von depressiven Erkrankungen haben, von Angststörungen, von selbstverletzendem und suizidalem Verhalten, und da ist in der Regel eine Psychotherapie indiziert.

Moderatorin [00:19:50]

Alles klar, vielen Dank. Herr Wüsthof, der vierte Autor der Leitlinie, der hier heute anwesend ist. Sie sind Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin sowie für pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie am Endokrinologikum in Hamburg. Und ich möchte Sie gerne zu den Pubertätsblockern fragen, das ist ja einer der größten Streitpunkte auch international. Die Indikation und die Zeitgabe von Pubertätsblockern und Hormonen bei Kindern und Jugendlichen – zu welchem Konsens konnte denn die Expertenrunde hier gelangen?



Achim Wüsthof [00:20:27]

Wichtig ist, dass man die Indikation sehr individualisiert stellt. Und wir haben uns ganz bewusst von irgendwelchen starren Altersgrenzen ferngehalten. In vergangenen Leitlinien gab es das nach Alter sortiert, und das haben wir ganz bewusst nicht gemacht, weil es nämlich, wie Frau Wiesemann gesagt hat, [...] natürlich auch um die Einwilligungsfähigkeit und natürlich eine sehr sorgfältige Beurteilung dieser Kinder und Jugendlichen [geht]. Und da ist das chronologische Alter nicht so entscheidend. Wichtig ist, dass keine präventive Pubertätsblockade stattfindet, sondern wir warten eigentlich immer, bis die Pubertät de facto begonnen hat. Wir wissen, die ersten Pubertätsstadien müssen erfolgt sein, der Körper muss tatsächlich auch schon ein bisschen die Sexualhormone spüren. Und das ist auch eine ganz wichtige Erfahrung für diese Jugendlichen, gerade in der Auseinandersetzung mit dieser beginnenden Vermännlichung oder Verweiblichung. Dass man dann auch gerade spürt, nein, das ist wirklich das Falsche für mich. Denn wir haben auch tatsächlich Fälle erlebt, wo durch diese Sexualhormone auch vielleicht die Geschlechtsidentität noch einmal ins Wanken gekommen ist und eine Versöhnung mit dem Körper stattgefunden hat. Deswegen ist es wichtig, dass man wartet, bis die Pubertät begonnen hat. Es gibt eine Pubertätsklassifikation, wann das anfängt. Das ist beim Jungen das Hodenwachstum und bei Mädchen die Brustentwicklung. Und wenn das stattgefunden hat, dann kann man diese Pubertät unterdrücken, sofern der Betroffene das sehr stark wünscht und eben diese sorgfältige Beurteilung stattgefunden hat, dass das tatsächlich eine transidente Entwicklung ist. Und deswegen ist es so wichtig, dass in enger Kooperation mit den Expert*innen, die sich mit der Geschlechtsdyschorie befassen, immer abgestimmt wird, dass diese Behandlung tatsächlich nur bei solchen Jugendlichen stattfindet, bei denen das einfach auch sinnvoll ist. [...] In der Vergangenheit wurden ja zum Beispiel bei Transjungen – sprich bei biologischen Mädchen –, die zum Beispiel schon weiter in der Pubertät waren, dann durchaus Pubertätsblocker eingesetzt. Das haben wir in den letzten Jahren größtenteils sogar verlassen und setzen eigentlich jetzt hauptsächlich Gelbkörperhormone ein, um zum Beispiel zu verhindern, dass es zur Menstruation kommt, sodass bei fortgeschrittener Pubertät der Pubertätsblocker eigentlich eine sehr geringe Rolle mittlerweile in unserem praktischen Vorgehen hat.

Moderatorin [00:23:10]

Können Sie das noch kurz weiter erklären, warum Sie das bei einer fortgeschrittenen Pubertät nicht mehr tun?

Achim Wüsthof [00:23:16]

Bei einer fortgeschrittenen Pubertät bringt letztlich der Pubertätsblocker nichts, zum Beispiel in Bezug auf die Brustentwicklung. Die Brust ist ja dann schon entwickelt und es geht ja in erster Linie darum, zu verhindern, dass die Regel vorhanden ist. Man kann natürlich auch durch den Pubertätsblocker eine gewisse Reduktion des Brustvolumens erreichen, aber das ist dann doch ein relativ geringer Benefit für die Betroffenen. Wenn man auch dagegenstellt, dass Hitzewallungen gerade bei den Transjungen eine sehr häufige Nebenwirkung durch das abfallende Estradiol ist, dann kann das eben auch relativ unangenehm sein. Auch bei den Transmädchen – sprich, den biologischen Jungs – verwenden wir bei den Älteren durchaus auch eher Antiandrogene und nicht die Pubertätsblocker. Das muss man aber auch im individuellen Fall sehen, weil natürlich manche dieser Antiandrogenmedikamente auch eine psychische Auswirkung haben können, die zum Beispiel eine



press briefing

depressive Verstimmung betonen kann. Und deswegen wird manchmal auch aus diesem Grund auch bei fortgeschrittener Pubertät bei Transmädchen durchaus ein Blocker verwendet.

Moderatorin [00:24:30]

Okay, wenn ich das jetzt richtig verstanden habe, ist im fortgeschrittenem Alter teilweise das Nutzen-Risiko-Verhältnis oder Nebenwirkungsverhältnis einfach auch nicht mehr so ideal, als dass das dann der richtige Weg wäre.

Achim Wüsthof [00:24:43]

Genau, [...] der Beginn der Pubertätsblockade ist aus meiner Sicht dann sinnvoll, wenn noch keine irreversiblen körperlichen Veränderungen stattgefunden haben. Und wir wollen ja gerade verhindern, dass diese Jugendlichen nicht in den Stimmbruch kommen, dass die Transjungen nicht eine große Brust entwickeln. Das können wir sehr effektiv und dadurch ist natürlich auch das Ergebnis, das darf man nie vergessen, das Ergebnis eines früh behandelten Jugendlichen – eines Kindes, Jugendlichen ist natürlich rein vom Aspekt her ein deutlich besserer –, sodass man verhindern kann, dass diese Menschen mit einer lebenslangen Stigmatisierung konfrontiert werden. Wenn man das nicht verhindert, dass man einen Stimmbruch bekommt, dann wird man das immer im späteren Leben erkennen können – allein schon an der Stimme oder auch am Körperbau. Da wird immer unter vorgehaltener Hand getuschelt werden: "Ich glaube, das war mal ein Mann." Und das ist halt unglaublich belastend für diese jungen Menschen. Und wenn wir durch diese Behandlung verhindern können, dass diese körperlichen Veränderungen, die einfach unumkehrbar sind, vermieden werden können, dann profitieren diese Menschen ganz erheblich davon.

Moderatorin [00:26:00]

Danke schön. Bevor wir jetzt noch weiter ins Detail gehen, möchte ich erst einmal die fünfte Expertin im Bunde noch mit ins Boot holen. Frau Dhejne, Sie sind Fachärztin für Psychiatrie und Sexualmedizin am ANOVA-Center for Andrology, Sexual Medicine, Transgender Medicine am Karolinska Universitätskrankenhaus in Schweden. Sie haben die Leitlinie gelesen und Sie kennen ja auch die internationalen Leitlinien und die internationale Diskussion um die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz und -dysphorie. Wie schätzen Sie denn von außen diese Leitlinie ein?

Cecilia Dhejne [00:26:43]

I also want to thank you for inviting me to this and to be able to read the guidelines. I'm very impressed. I took part at the WPATH-guidelines which cost a lot of work and I took part of the Swedish guidelines for adults, the first one. So I know, it's a lot of job to do, and it's a lot of reading and a lot of discussion and really thinking through what is right and what is wrong. So I'm impressed that you managed to make this so good and to cover so many aspects and especially also the ethical aspects are there and the aspects of discrimination together with the sometimes complicated medical and psychological decision one has to make working into this field. So compared to the work we have done in Sweden – I was not part of these Swedish guidelines or the update for the Swedish guidelines for teenagers, but I read them – this is done in a much better way, I think. The



problem with the field is – which is not unique – it's a lot of conditions in medicine where we don't have a lot of high evidence research. There are very few conditions where we have very many RCTs – this randomized control trials, good clinical trials on that and in combination which would give us high scientific evidence. So this is not unusual for the field of transgender medicine. It also goes for ADHD pharmacological treatment for children, there are not much RCTs on that. What one needs to do is to take the evidence that exist and also evaluate not only the high standard but put together all council studies and then use the clinical knowledge in this field and this how you manage to do that with representation of people. So many organizations and people who are well aware or know the clinical practice of the field I found excellent. So I am impressed and I am very happy that you made such good job.

Moderatorin [00:29:52]

Gut. Das ist ja ein großes Kompliment an Ihre Arbeit. Dennoch gab es bei der Erstellung der Leitlinie intensive Diskussionen. Bei welchen Themen gab es denn die stärksten Diskrepanzen? Diese Frage kann ich gar nicht einem von Ihnen direkt zuordnen. Deswegen: Wer würde sich denn dazu äußern wollen? Zu welchen Themen gab es die stärksten Diskrepanzen?

Achim Wüsthof [00:30:19]

Ich würde sagen, tatsächlich bei der Hormonindikation, ob es Sinn macht, überhaupt die Pubertätsblocker einzusetzen. Das wird ja auch immer wieder diskutiert, weil es eben keine gute Evidenzlage gibt in den ganzen Übersichtsarbeiten. Man muss ganz klar sagen, das ist ein schwieriges Thema, weil das aus wissenschaftlichen und auch aus ethischen Gründen extrem schwierig ist. Wir müssten ja ganz viele behandeln und ganz viele nicht behandeln, am besten randomisiert und am besten doppelblind, um das wissenschaftlich ganz sauber zu machen. Das würde natürlich nie funktionieren und man würde auch keine sehr guten Ergebnisse erzielen. Deswegen müssen wir uns einfach mit den Verlaufsbeobachtungen begnügen und gucken, wie geht es diesen Kindern und Jugendlichen, die so behandelt wurden. Und da gibt es schon auch klare Hinweise darauf, dass die davon profitieren. Wenn natürlich Jugendliche in einer sehr schwierigen psychischen Lage sind, dann ist es halt auch oft sehr schwer herauszufiltern, wo ist jetzt der Benefit durch diese einzelne Maßnahme in dieser ohnehin schwierigen Lage? Und es wird halt immer wieder auch kritisch gefragt, ob zum Beispiel Depressionen oder Suizidalität oder Suizidgedanken mit dem Effekt der Pubertätsblocker in Verbindung stehen. Das ist durchaus ein Problem und es wurde auch immer wieder diskutiert, inwieweit diese Blocker tatsächlich zu empfehlen sind. Aber wir sind doch jetzt ziemlich klar. Und unsere Konsensempfehlungen zeigen, dass unsere Gruppe eindeutig der Ansicht ist, dass der Einsatz dieser Blocker absolut indiziert ist, wenn die Indikation richtig ist, und dass es dann für die Betroffenen eine ganz wichtige Behandlungsmöglichkeit ist.

Dagmar Pauli [00:32:30]

Ich würde da noch gerne was ergänzen. In der Debatte, die wir auch geführt haben, geht es ja darum: Eigentlich wissen wir von der Evidenz her, dass geschlechtsangleichende Maßnahmen den Leuten guttun, die geschlechtsinkongruent sind und bleiben. Und jetzt ist die Frage: Wenn man noch nicht oder vielleicht niemals randomisierte Doppelblindstudien haben wird für die Evidenz, was passiert mit denen, wo ich es mache, und mit denen, wo ich es nicht mache? Ob die



Konsequenz dann wäre: Ich mache ja nichts falsch, wenn ich nichts mache? Das wäre so die eine Haltung. Das ist aber eine absolute Minderheitenmeinung gewesen in unserer Gruppe. Aber darüber haben wir halt debattiert. Weil natürlich alles genau abgewogen werden muss, haben wir das diskutiert. Oder die andere Sichtweise ist: Ich kann auch Schaden anrichten, wenn ich eine zur Verfügung stehende Behandlung nicht gebe. Weil wir ja wissen, dass viele von diesen Jugendlichen sehr belastet sind. Und vielleicht da auch noch eine Ergänzung zu dem, was vorher gesagt wurde, sie leiden ja nicht nur an Diskriminierung, sie leiden auch an sich selbst und an ihrem Körper, wenn sich der in die falsche Richtung entwickelt. Und beides kommt da zusammen, dass auch das Unterlassen einer solchen Behandlung dann ja auch Schaden anrichten kann und dass ich deswegen immer abwägen muss. Das war so ein bisschen die Debatte. Es hat sich aber gezeigt, dass eine sehr große Mehrheit der Gruppe gesagt hat, wir kommen nicht drumrum um diese Entscheidung im Einzelfall. Weil es doch so viele gibt, die profitieren. Und die Studien- und die Evidenzlage ist dabei, sich langsam ein bisschen zu verbessern, zumindest mit diesen Verlaufsbeobachtungen. Das sind jetzt nicht nur unsere persönlichen Beobachtungen. Es gibt einige Verlaufsstudien, die das jetzt auch zeigen, dass es gewisse Verbesserungen im Mittel- bis Langzeitverlauf gibt bei diesen Jugendlichen, die so begleitet werden. Und wir wissen ja, dass es unbegleiteten Jugendlichen – das sieht man auch an den retrospektiven Untersuchungen von erwachsenen Transmenschen – auch sehr schlecht geht. Und das ist genau die Debatte, die haben wir oft geführt. Aber ich muss sagen, wir haben auch viele andere Debatten geführt. Eigentlich fast alle Formulierungen wurden sehr kontrovers diskutiert. Zum Beispiel dazu, wie wir mit den psychiatrischen Begleitstörungen umgehen. Alle sind sich einig, dass die adressiert werden müssen. Aber wie formuliert man es griffig, und wie geht man mit diesen Themen um? Wie kann man die Begleitung einer Geschlechtsinkongruenz und die Behandlung der psychischen Störung irgendwie beide ins Auge fassen, ohne eins von diesen Themen aus dem Auge zu verlieren? Es gab viele Diskussionen. Nicht nur über die Pubertätsblockade. Sonst hätten wir nicht so lange gebraucht, wenn wir nur diese eine Debatte gehabt hätten. Wir haben eigentlich unendlich viel diskutiert, um die bestmögliche Lösung, ausgehend vom jetzigen Stand des Wissens, für jede einzelne Empfehlung zu finden. So war mein Eindruck von diesem ganzen Prozess.

Moderatorin [00:35:47]

Vielleicht eine Frage, die sehr gut dazu passt: Inwiefern hat denn die internationale Diskussion, die zunehmend kritischer gegenüber Pubertätsblockern geworden ist, die Debatte innerhalb der Leitlinienkommission beeinflusst?

Dagmar Pauli [00:36:02]

Also wir haben sie immer zur Kenntnis genommen. Wir haben alles dazu gelesen. Wir haben uns aber auch immer wieder abgegrenzt. In den Leitlinien gibt es so ein Anhangsdokument, wo wir das alles auch noch mal aufgearbeitet haben, was in den anderen Ländern passiert, zum Teil uns abgrenzend, weil die Bedingungen einfach anders sind. England wird oft als Beispiel genommen, wo die Versorgungslage schon wegen der Wartezeiten katastrophal war. Da haben die zum Teil drei Jahre auf den Ersttermin gewartet und dann gab es gar nicht so viele Ressourcen, um so einen Fall dann abzuklären und zu begleiten. Das ist ja in den deutschsprachigen Ländern anders. Und deswegen haben wir auch gesagt: Wir können uns nicht mit diesen Ländern eins zu eins vergleichen. Und viele dieser Debatten haben wir auch genommen und gesagt: Aber das befürworten wir ja, das



haben wir ja auch schon lange umgesetzt, zum Beispiel die sorgfältige Abklärung. Das sind alles Empfehlungen jetzt aus England – nicht so lange Wartezeiten, dezentrale Versorgung, also nicht nur in einem Zentrum, sondern dezentrale Zentren einrichten, die dann in begründeten Fällen die Pubertätsblockade geben – das machen wir alles schon. Ganz viele von diesen Empfehlungen sind auch schon umgesetzt. Es wird so getan, als wenn wir was völlig anderes machen. Das ist nicht der Fall. Viele der jetzt in England neu eingeführten Empfehlungen sind in unserer Leitlinie auch umgesetzt. Das muss man auch sagen. Wir plädieren ja auch für eine sorgfältige Abklärung und dafür, eine Pubertätsblockade mit Vorsicht einzusetzen. Aber es gibt auch Unterschiede. Zum Beispiel haben wir jetzt nicht gesagt, es geht nur im Rahmen von klinischen Studien. Das wäre jetzt mit Schweizer Recht schon mal schwer vereinbar, weil man die Leute nicht zu Studien zwingen darf. Aber da sind zum Teil die Bedingungen auch einfach anders, weil die Qualität der Versorgung nicht die gleiche ist.

Moderatorin [00:37:58]

Ja.

Sabine Maur [00:38:01]

Wenn ich das kurz ergänzen darf. Es ist auch so, dass einfach viele Dinge kolportiert werden aus dem Ausland, die so nicht stimmen. Beispielsweise, dass in UK Pubertätsblocker jetzt völlig verboten seien. Dem ist natürlich überhaupt nicht so. Also es lohnt sich da auch, in die Details in geeigneter Weise reinzugehen. Und deshalb haben wir das in der Leitlinie auch noch mal aufgenommen und genau diese Debatten geführt, um zu einer bestmöglichen Versorgung zu kommen.

Dagmar Pauli [00:38:31]

Also es gibt in Europa mit Ausnahme von Russland kein Land, wo Pubertätsblockade verboten ist. Das wird oft falsch berichtet.

Moderatorin [00:38:46]

Eine weitere Frage, die reingekommen ist: Studien legen nahe, dass Pubertätsblocker frühe Weichen stellen für eine spätere Transition. Welche Rolle spielte dieser Punkt bei der Festlegung der Empfehlung?

Dagmar Pauli [00:39:00]

Also das spielte eine große Rolle. Wir haben das sogar aufgenommen, dass man Eltern und Betroffene informieren muss über diesen Punkt. Das steht in der Leitlinie drin. Es ist nicht mehr ganz so wie in der ersten Studie. Das war eine sehr, sehr ausgewählte Stichprobe aus Holland, wo alle, die die Pubertätsblockade gemacht haben, dann auch die geschlechtsangleichenden Hormone genommen haben. So ist es nicht mehr. Aber die Studien zeigen, dass es doch um die 90 oder über 90 % sind. Und darüber muss man die Menschen aufklären, also die Betroffenen und die Sorgeberechtigten, damit sie dieses Wissen haben. Aber aus der klinischen Praxis sehen wir auch immer



mehr, die das nicht so machen. Es steht in den Leitlinien, dass es sehr wichtig ist, wenn man mit der Pubertätsblockade beginnt, immer diese ausgangsoffene Haltung, auch als Begleitteam von Fachpersonen, beizubehalten und dass man ihnen immer wieder auch diese Fragen stellt und diese Möglichkeit gibt. Das ist auch explizit eine Empfehlung in der Leitlinie, die die Möglichkeit zur Detransition offenhält. Weil die Pubertätsblockade, das ist ja das Gute, ist ja prinzipiell umkehrbar für die, die es dann absetzen möchten. Und wir sehen diese Jugendlichen auch. Also ich sehe es immer wieder. Es ist aber nicht die Mehrheit. Es ist eine kleinere Minderheit.

Achim Wüsthof [00:40:30]

Es spricht ja auch dafür, dass die Indikation korrekt gewesen ist, wenn tatsächlich sehr wenige sich umentscheiden. Wie Dagmar Pauli gerade gesagt hat, es ist immer so wichtig, dass man diese Offenheit signalisiert. Bei jeder Vorstellung bespreche ich mit dem Jugendlichen, dass es eine Möglichkeit gibt, sich auch wieder anderweitig zu entscheiden. Und diese Offenheit immer wieder zu signalisieren, halte ich für extrem wichtig. Und ich habe tatsächlich auch vereinzelte Patienten erlebt, die unter einer Pubertätsblockade plötzlich gesagt haben: „Nee, ich will jetzt doch noch mal probieren, wie das funktioniert in meinem Ursprungsgeschlecht“, und die dann ganz aktiv die Pubertätsblocker auch wieder abgesetzt haben. Natürlich besteht eine gewisse Gefahr, dass man einen Weg in irgendeiner Weise befördert oder man ihnen die eigenen Sexualhormone nimmt, die unter Umständen – und das muss auch eine Kritik bleiben dürfen, dass die körpereigenen Hormone ausgebremst werden – die Entwicklung auch noch mal hätten anders beeinflussen können. Und damit muss man einfach leben. Also es ist sozusagen das Abwägen zwischen diesem Risiko, ob der Einsatz dieser Hormonblocker jetzt iatrogen, also durch unser Tun bedingt, diesen Weg noch befördert, oder ob man dadurch diesem Menschen einfach sehr hilft zu verhindern, dass der Körper sich so verändert, wie er es eben gar nicht möchte.

Sabine Maur [00:42:10]

Ich würde das gern noch ergänzen. Zum einen ist es so, dass vor jeder neuen geschlechtsangleichenden Maßnahme eine neue Indikationsstellung erfordern muss. Also das ist nicht ein Automatismus, der irgendwie abläuft. Mit der gebotenen Sorgfalt aller beteiligten Berufsgruppen haben wir an der Stelle immer eine interdisziplinäre Behandlung. Der zweite Punkt ist: In der Gruppe der Transmenschen ist es eine ganz, ganz kleine Untergruppe, wo wir überhaupt mit Pubertätsblockern behandeln. Das sind ja noch junge Kinder oder junge Jugendliche, wo wir klare Voraussetzungen haben. Das sind die, die diese Geschlechtsinkongruenz schon früh geäußert haben, und zwar absolut konstant über mehrere Jahre und auch intensiv, wo teilweise schon eine soziale Transition im Grundschulalter erfolgt ist. Es ist also eine kleine Gruppe, wo wir ohnehin die höchste Wahrscheinlichkeit haben, dass das ein Transverlauf ist. Und dann ist es auch eine logische Konsequenz, dass die überwiegende Mehrzahl nach der Pubertätsblockade dann bei entsprechender Reifung wegen geschlechtsangleichender Maßnahmen noch mal kommt. Also es ist nicht so, dass wir irgendwas bahnen, was nicht sowieso schon angelegt gewesen wäre. Und der dritte Punkt, den ich machen möchte, ist die Verantwortung – das kann Frau Wiesemann auch noch mal besser sagen – die wir haben, wenn wir nicht behandeln mit Pubertätsblockern. Es ist wahrscheinlich, dass sich dann tatsächlich psychische Erkrankungen einstellen. Und deshalb müssen wir eben da diese Entscheidung treffen. Und es ist nicht so, dass wir sagen, wenn wir nicht mit Pubertätsblockern reingehen, ja,



dann leben die eben so vor sich. Und dann müssen wir später noch mal mit gegengeschlechtlichen Hormonen gucken.

Moderatorin [00:44:05]

Ja, vielen Dank.

Claudia Wiesemann [00:44:08]

Ich würde gerne ganz kurz ergänzen, dass es sich ja hier um Menschen in schweren Krisensituationen handelt. Wenn sich die Indikation für eine Pubertätsblockade stellt, dann ist das bei einer Person, die die Erfahrung macht, in ein völlig falsches Geschlecht hineingezwungen zu werden. In dieser Lebenskrise zunächst einmal ein Aufatmen möglich zu machen und darüber hinaus dann auch eine Verständigung mit therapeutischer Hilfe darüber, was jetzt genau diese Krise ausmacht und wie man mit dieser Krise angemessen umgeht, das ist das, was die Pubertätsblockade ermöglicht. Sie ist nicht Zweck an sich. Es geht nicht darum, dass wir hier alle durch Hormone manipuliert werden. Sondern es geht darum, einem Menschen in einer Krise einen Denkraum und auch einen Entwicklungsraum zu schaffen. Und mit Entwicklungsraum meine ich Entwicklung hin zu einer reflektierten eigenen Entscheidung über die eigene Zukunft. Das zu verweigern, prinzipiell zu verweigern, aus der Sorge heraus, dass diese Pubertätsblockade körperliche Nebenwirkungen machen könnte, das ist medizinisch und ethisch unangemessen. Im Vergleich zu der Krisensituation sind die Nebenwirkungen für die Betroffenen in aller Regel unerheblich. Die Nebenwirkungen, die ja eine Pubertätsblockade auch ohne Zweifel hat. Aber in diesem Abwägungsprozess kann die Entscheidung, aus ethischer Sicht gut begründet, erst einmal für diesen Überbrückungszeitraum gefällt werden, der dann eine Entscheidung in die richtige Richtung überhaupt erst möglich machen kann.

Achim Wüsthof [00:46:17]

Frau Wiesemann, wo Sie gerade schon die Nebenwirkungen ansprechen. Das ist ja gerade in dieser Entscheidungsfindung, Pubertätsblocker einzusetzen, ein ganz wichtiger Punkt, der immer wieder gerade auch von Eltern oder Menschen, die sich mit dem Thema befassen, angeführt wird. Dazu muss man sagen, die Pubertätsblocker werden jetzt schon seit vielen Jahrzehnten eingesetzt bei der vorzeitigen Pubertät. Es gibt also ganz viel Erfahrung bei biologischen Mädchen. Meistens sind es Mädchen, die in einer verfrühten Pubertät damit behandelt wurden. Und es gibt keinerlei Hinweis dafür, dass sich dadurch zum Beispiel das Gehirn nachteilig entwickelt. Also das ist ganz wichtig, dass man weiß, kognitiv gibt es keine Benachteiligungen. Was immer wieder angeführt wird, ist das Risiko der Osteoporose. Und da gibt es tatsächlich Hinweise, dass unter der Behandlung und vor allen Dingen, wenn sie längerfristig erfolgt, die Knochenmineralisation leiden kann. Dass die auch teilweise nur bedingt durch die dann einsetzende geschlechtsangleichende Hormonbehandlung wieder ausgeglichen wird. Also es könnte sein, dass jemand dann tatsächlich eine etwas schlechtere Knochensituation hat. Aber es gibt aus dem Erwachsenenbereich auch keinerlei Hinweise, dass diese Transmenschchen längerfristig mit Knochenproblemen und einer höheren Frakturrate durchs Leben gehen. Von daher ist dieses Warnen vor den Nebenwirkungen immer sehr hypothetisch. Also wir haben keine konkreten Hinweise, dass da wirklich etwas passiert. Aber



gleichzeitig haben wir natürlich sehr konkrete Hinweise, dass die Menschen sehr darunter leiden, wenn wir sie tatsächlich durch diese ungewollte Pubertät hindurch zwingen würden.

Dagmar Pauli [00:48:04]

Um noch mal auf die Leitlinien zu kommen, um die es hier geht, das ist in diesem Kapitel sehr ausführlich dargestellt, wie die Nebenwirkungen sind und dass die zu besprechen sind. Das ist das Wichtige, dass wir die Leute auch aufklären. Wie bei jeder medizinischen Behandlung, muss ich sagen, ist es halt ganz, ganz wichtig, einen „informed consent“ zu machen mit den Betroffenen und den Sorgeberechtigten. Das ist klar. Es kann Nebenwirkungen geben, die müssen aufgeklärt werden. Und so wird es in den Leitlinien dargestellt. Ausführlich beschrieben werden die möglichen Auswirkungen auch auf die Fertilität. Das finde ich sehr wichtig für die Praxis und die Anwendbarkeit dieser Leitlinien, dass man jetzt genau die Anhaltspunkte hat: Was muss alles beachtet werden, was muss alles besprochen werden, um die eingangs von Frau Wiesemann erwähnte Urteilsfähigkeit aufzubauen und um die Sorgeberechtigten aufzuklären, wenn sie Entscheidungen treffen müssen, wenn die Kinder – also es sind nicht Kinder, aber jüngere Jugendliche – noch nicht voll urteilsfähig oder entscheidungsfähig sind. Dann müssen wir die in die Lage bringen. Und dafür ist die Leitlinie eben auch sehr nützlich, finde ich, weil alle diese Dinge da sehr ausführlich behandelt werden.

Moderatorin [00:49:23]

Gut. Ich möchte zur nächsten Frage kommen. Die passt vielleicht zu Frau Wiesemann. Sie haben explizit darauf verzichtet, Altersgrenzen festzulegen. Die Entscheidung für oder gegen eine Behandlung soll individuell erfolgen. Wer entscheidet denn letztlich darüber, auch über die individuelle Altersgrenze und nach welchen Kriterien?

Claudia Wiesemann [00:49:47]

Die Entscheidung darüber müssen die begleitenden Erwachsenen fällen. Das kann nicht das Kind oder Jugendliche für sich selbst tun, denn die Erwachsenen übernehmen damit ja eine Verantwortung dafür, diese Entscheidung letztendlich an den oder die Jugendliche oder das Kind zu delegieren. Das allerdings kann auf der Basis von in der ethischen Debatte über Jahrzehnte hinweg diskutierten und konsentierten Kriterien geschehen. Wir dürfen nicht vergessen: Diese Frage stellt sich ja auch im Erwachsenenalter immer wieder, etwa bei Menschen mit psychischen Erkrankungen, mit einer schwerwiegenderen Depression. Ist diese Person selbstbestimmungsfähig oder nicht? Auch bei Menschen im fortgeschrittenen Alter mit einer beginnenden Demenz. Die Kriterien haben wir in unserer Stellungnahme, so präzise wie es geht, festgelegt. Da geht es darum, kann der, die Jugendliche die Entscheidung verstehen, die Konsequenzen abschätzen, sich über alternative Wege informieren und dazu auch eine eigene Meinung sich bilden? Das ist ein Prozess, ein Abschätzungsprozess, der in einem individuellen Gespräch zwischen therapeutischer Person und Jugendlichen stattfinden muss. Es gibt dafür keine standardisierten Tests, und es sollte auch nicht irgendjemand von außen herangezogen werden, weil es eben eine sehr persönliche Kenntnis dieses Menschen voraussetzt. Und auch deswegen ist es uns in unserer Leitlinie sehr wichtig gewesen, den Prozesscharakter hervorzuheben. Also über verschiedene Entscheidungsschritte, vielleicht mit kleinerem Auswirkungsgrad für die betroffene Person, abschätzen zu lernen: Wie reif ist dieser



jugendliche Mensch? Wie viel Wissen hat er sich angeeignet? Zu wie viel Vorauswissen, Vorausdenken ist er, sie in der Lage? Um dann am Ende aus dieser persönlichen Kenntnis heraus zu sagen: Ja, ich kann auch diese jetzt etwas schwierigere Entscheidung dieser jugendlichen Person überantworten.

Dagmar Pauli [00:52:07]

Ich würde noch gerne etwas ergänzen. Wenn wir feststellen, dass Jugendliche urteilsfähig oder entscheidungsfähig sind nach diesen jetzt gerade beschriebenen Kriterien, die Eltern so einer Behandlung aber nicht zustimmen – manchmal ist es auch, ein Elternteil stimmt zu, eins nicht, das ist sogar noch häufiger der Fall – dann ist uns kein therapeutischer Aufwand zu viel. Wir empfehlen dringend, einen Konsens anzustreben und einen Familienprozess, um die Eltern ins Boot zu holen. Es geht also auch jetzt gemäß Leitlinie nicht einfach so: Ich treffe jetzt als ärztliche oder psychologische Fachperson die Einschätzung "Ist urteilsfähig, dann können wir das jetzt machen". Die Leitlinie sagt, die Urteilsfähigkeit geht weit über reines Faktenwissen hinaus. Ich muss mir mich ja selbst in der Zukunft vorstellen können. Ich muss mögliche Detransitionsrisiken abwägen können. Also das sind schon mal sehr hohe Anforderungen. Und selbst wenn die erfüllt sind, ist es nicht immer im Interesse der Jugendlichen, dann sofort eine Behandlung zu machen. Sondern auch dann lohnt es sich manchmal abzuwägen, wie ist der Druck und was sind die Risiken einer Behandlungsverzögerung? Es lohnt sich sehr oft, das ist eben eine der Empfehlungen, einen Familienprozess therapeutisch zu unterstützen, um die Eltern ins Boot zu bekommen. Es ist auch in der Literatur ganz klar, dass einer der wichtigsten Faktoren für die psychisch gesunde Entwicklung von Transmenschen, Transjugendlichen insbesondere die Unterstützung durch das Umfeld ist. Und wenn es uns gelingt, die Eltern ins Boot zu holen, dann haben wir eine viel bessere Unterstützung und dann ist die Prognose auch viel besser. Und darum wird, wie gesagt, empfohlen, den therapeutischen Aufwand nicht zu scheuen. Erst erfolgt diese Einschätzung, und das ist ja auch ein Prozess, wie gesagt, nicht eine einmalige Einschätzung, sondern es ist ein Prozess. Und dann gibt es noch den Familienprozess, der psychologisch oder ärztlich begleitet wird, um möglichst zu einer Konsensentscheidung zu kommen zwischen Betroffenen und Eltern.

Moderatorin [00:54:33]

Eine grundsätzliche Frage. In der Einleitung der Leitlinie steht, dass das Geschlechterverhältnis sich zwischen Kindern und Jugendlichen unterscheidet. Bei Kindern mit Inkongruenz sind es mehr Jungen. Später dann bei den Jugendlichen sind es häufiger Mädchen. Woran liegt das?

Dagmar Pauli [00:55:00]

Genau. Wir müssen jetzt noch sagen, was heißt mehr Jungen und Mädchen. Also wir sprechen jetzt vom bei Geburt zugeordneten Geschlecht. Also von denen, die sich nach Zuordnung als Mädchen dann als Transjungen präsentieren, haben wir im Jugendalter deutlich mehr. Und im Kindesalter ist es umgekehrt. Das hat natürlich damit zu tun, dass Kinder, die dem männlichen Geschlecht zugeordnet sind und sich sogenannten weiblich verhalten und weibliche Vorlieben zeigen, dann viel öfter und viel schneller den Eltern auch auffallen, als Problem wahrgenommen werden und dann in die Sprechstunden gebracht werden. Während man die Kinder, die jetzt dem weiblichen Geschlecht zugeordnet werden, aber sich so Tomboy-mäßig verhalten, die lässt man einfach mal machen. Und



dann kommen die erst mit der Pubertät, weil dann kommen die Brüste, dann wird es sichtbar und dann beginnt das große Leiden, weil diese ganze Tomboy-Welt zusammenbricht. Im Erwachsenenalter haben wir ja schon seit Jahrzehnten immer mehr Transfrauen, und da hat man sich auch nicht gefragt, warum. Weil das wahrscheinlich auch ganz unterschiedliche Gründe hat. Das Alter, wann sich sowas zeigt, ist eher so einer der wichtigen Punkte und weniger die grundsätzliche Häufigkeit. Wenn wir das Kriterium Alter wegnehmen, dann hat sich die Zahl über die Jahre immer mehr angeglichen. So dass es also praktisch gleich viele trans männliche und trans weibliche Personen gibt. Weshalb wir denken, es hat sehr viel damit zu tun, wann sich etwas zeigt oder wann die Leute den größten Leidensdruck entwickeln. Und es passiert zum Beispiel bei den trans männlichen Jugendlichen oft dann im Rahmen der Pubertät mit der Brustentwicklung. Weil es dann so sichtbar wird und sie sich dann nicht mehr so jugenhaft geben können oder sie dann einfach viel stärker als Mädchen zugeordnet werden. Wir vermuten wir, dass das so mit der Geschlechterverteilung zustande kommt.

Achim Wüsthof [00:57:02]

Aber die Anzahl der Transjungen, sprich biologisch oder bei Geburt zugewiesen Mädchen, ist tatsächlich in den letzten zehn Jahren gerade im Jugendalter deutlich angestiegen. Ungefähr 70 Prozent derjenigen, die uns jetzt aufsuchen sind, und das ist ein weltweites Phänomen, sind Transjungen. Ganz genau können wir uns das nicht erklären. Das muss ein multifaktorielles Geschehen sein. Und dann ist halt die große Diskussion, inwieweit auch soziale Medien und die Debatte um mediale Vorbilder oder Nachahmungseffekte eine Rolle spielen können. Aber dieser Diskussion muss man sich natürlich auch stellen. Aber so ganz genau kann uns das niemand erklären.

Sabine Maur [00:57:54]

Wir sehen ja, dass die Transmädchen sich einfach deutlich später outen. Und zwar deshalb, weil das anscheinend gesellschaftlich noch viel schwieriger ist, wenn jemand, der geburtsgeschlechtlich männlich ist, in die weibliche Rolle geht. Wir sehen auch häufig, dass das teilweise schon auf Elternseite problematischer gesehen wird, aber auch die Gesellschaft immer noch deutlich ablehnender darauf reagiert als auf Transjungen.

Dagmar Pauli [00:58:23]

Vielleicht noch mal ergänzend zu dem, was Herr Wüsthof gesagt hat. Das sehe ich auch so. Im Indikationskapitel der Leitlinie ist ein sehr, sehr wichtiges Kriterium für die Indikation von medizinischen Behandlungen die Abschätzung der Persistenz oder Stabilität, wie man das nennt, der Geschlechtsidentität, der Transidentität, die sich da präsentiert. Und das ist natürlich schon so, dass man das anhand der Lebensgeschichte sehr genau mit dem Betroffenen und den Sorgeberechtigten exploriert. So ist es in der Leitlinie vorgesehen. Und dass man dann natürlich auch eine Einschätzung geben muss, die je nach Fall unterschiedlich ausfallen kann. Denn wenn sich eine Transidentität später zeigt, dann muss man genau den Weg nachzeichnen. Ist es etwas, was sich erst jetzt zeigt, aber schon lange da war? Oder ist es wirklich etwas, was vielleicht später aufgetreten ist? Dann müssen wir natürlich sehr viel vorsichtiger sein mit medizinischen Maßnahmen, weil es dann ja vielleicht auch noch instabiler ist. Also dieser Punkt ist durchaus berücksichtigt in der Leitlinie, und ich halte es auch für einen wichtigen Punkt, dass wir nicht davon ausgehen können, dass die



Geschlechtsidentität bei allen Kindern und Jugendlichen stabil und persistent ist. Manchmal zeigt sich ja auch das Gegenteil, weil es vor allem vom Kindes- bis zum Jugendalter eine große Spannweite von Entwicklungen gibt. Und das ist auch eine Empfehlung in der Leitlinie, dass man bei Kindern den Eltern vermitteln soll, dass nicht alle Kinder, die geschlechtsinkongruent oder geschlechtsvariant sind, sich später dann transident entwickeln. Das ist eine der Empfehlungen. Und die andere Sache ist eben, dass man wirklich versuchen muss, die Stabilität und die Persistenz im Einzelfall abzuschätzen. Und das geht anhand einer sorgfältigen Exploration im Lebensverlauf. Und das geht nicht so viel danach: Habe ich jetzt mit Puppen oder mit Autos gespielt? So ein Genderstereotyp? Es geht um die innere Zuordnung. Und ob es schon eine Inkongruenz gab mit dieser Zuordnung, der von außen zugeordnete Geschlechterrolle. Habe ich da schon ein Missempfinden gehabt? Es geht auch weniger um die Rolle, es geht wirklich um die Identität und die Identifikation. Und das kann man in so einer sorgfältigen Abklärung abschätzen, wie lange das schon in einer Richtung besteht und ob das stabil ist.

Moderatorin [01:01:18]

Frau Dhejne, Sie behandeln ja auch Erwachsene. Haben Sie Patienten, die retransitieren? Und wenn ja, wie häufig kommt das vor?

Cecilia Dhejne [01:01:29]

Ja. I take it in English. Since 1999 I worked with the team with adult people. And we have evaluated persons who later on came to our unit and retransitioned or wanted to retransition. It exists and it is a part of the evaluation also for adults that we discuss clearly if we come to the conclusion that someone has fulfilled the diagnostic criteria and if it is a good think to start the treatment. We also discuss and emphazise that it is not a clear cut road – take your time. If you think that is right, you need to be in that feeling when you experience it, it is possible to make a break and so on. But sometimes people come to another conclusion. We have not yet the numbers, we just have the numbers from whole Sweden but only until 2010. We had two percent of people who applied to change their legal gender back. So there were 15 person of 685, and that was 2,2 Percent of the whole group. We are on the way to prolong that study and to include people who started treatment and then reidentified or did not reidentified but wanted to retransition anyway and needed medical help to defeminize or demasculize the body. But I would say today it would be around the same percent. There are more numbers now but there are also more patients. The Dutch checked their big cohort and had 0,5 percent even if they miss some data. So it must be 0,5 till maybe 3 percent.

Moderatorin [01:04:17]

Ja.

Dagmar Pauli [01:04:18]

Darf ich dazu noch sagen, dass wir auch in unserer Leitlinie einen Punkt haben, den ich auch wichtig finde, dass man das Detransitionsrisiko auch bespricht, evaluiert und darüber aufgeklärt. Weil das können wir ja nicht ignorieren. Es gibt immer Restrisiken bei medizinischen Behandlungen. Und wichtig ist ja, dass man das bespricht mit den Leuten und sie darüber aufklärt.



Achim Wüsthof [01:04:46]

Es gibt einfach ein Recht auch auf Irrtum. Das habe ich von Frau Wiesemann gelernt. Man muss das natürlich immer wieder abwägen. Alle Betroffenen und alle Begleiter wollen natürlich, dass diese Menschen irgendwie glücklich werden im Leben. Und wir müssen halt alles Mögliche dafür tun, dass es sorgfältig evaluiert wird. Aber das Ziel ist, dass sie sich langfristig wohlfühlen mit sich und Ihrem Körper und mit Ihrer Sexualität. Und da ist es völlig legitim, dass man halt alles zur Verfügung stehende nutzt, damit dieser Weg gebahnt werden kann.

Moderatorin [01:05:28]

Weil die Zeit rennt, möchte ich gerne noch kurze Antworten auf nachfolgende Fragen, wenn möglich. Welche Zahlen gibt es dazu, wie viele Kinder und Jugendliche derzeit in einer entsprechenden Behandlung in Deutschland sind? Also gibt es Zahlen aus Deutschland, Österreich, der Schweiz, wie viele Kinder da gerade in der Behandlung sind, also für wie viele Fälle die neue Leitlinie aktuell dann auch hilfreich wird? Und gibt es neue Zahlen zur Häufigkeit? Oder gilt nach wie vor 0,2 bis 0,8 Prozent unabhängig vom Geschlecht? Wer kann darauf kurz und knackig antworten?

Achim Wüsthof [01:06:06]

Es gibt kein Register, es gibt keine konkreten Zahlen. Es sind tatsächlich immer diese Schätzungen. Aber es ist tatsächlich schwierig.

Moderatorin [01:06:14]

Okay. Dann noch eine Frage zu den assoziierten psychischen Störungen. Die geht, denke ich mal an Sie, Frau Maur. Gibt es eine klare Tendenz, dass Depressionen oder Ängste bei den Jugendlichen sekundär zu einer Geschlechtsinkongruenz entstehen? Oder sehen Sie auch den umgekehrten Fall, in dem eine Behandlung der psychischen Störung das Leiden am biologischen Geschlecht reduziert oder sogar verhindert?

Sabine Maur [01:06:39]

Und wir müssen immer gucken, es gibt nun mal psychische Erkrankungen, die ganz unabhängig von der Geschlechtsdysphorie existieren. Das kann zum Beispiel Autismus sein oder ADHS oder dergleichen. Dann haben wir eine tatsächlich erhöhte Wahrscheinlichkeit, das hatte ich schon gesagt, für sekundäre psychische Erkrankungen, wie Depressionen und Angststörungen und dann eben vergesellschaftet mit der Geschlechtsdysphorie. Aber wir haben es eben nicht umgekehrt. Es gibt keine psychische Erkrankung, wo das Merkmal der Geschlechtsdysphorie als Symptom vorkäme und wo man sagen würde, das könnte irgendwie verwechselt werden. Und da müssten wir dann quasi psychotherapeutisch behandeln und dann würde sich alles in Wohlgefallen auflösen. Diese Konstellation gibt es einfach so nicht. Wir haben natürlich eine kleine Gruppe von Jugendlichen, auch das ist in der Leitlinie ausführlich beschrieben, wo wir vielleicht insgesamt eine Akzentuierung der Persönlichkeitsentwicklung haben, wo Identitätsthemen sehr stark im Vordergrund stehen und wo wir eine deutlich längere Diagnostik brauchen und auch eine deutlich längere,



press briefing

vielleicht auch psychotherapeutische Begleitung, um sagen zu können, was der geeignete Weg für diesen einzelnen Jugendlichen ist.

Moderatorin [01:08:00]

Dann kommt hier noch eine kurze Frage: Warum ist es S2k-Leitlinie geworden und keine S3-Leitlinie? Und was bedeutet das k?

Dagmar Pauli [01:08:08]

Also in Zukunft wird das Reglement so sein, dass bei den S3-Leitlinien über 50 Prozent evidenzbasiert sein müssen. Und die Evidenz ist doch noch nicht so vorhanden, so dass das nicht der Fall ist bei unserer Leitlinie. Weil wir weniger als 50 Prozent evidenzbasiert haben, sondern mehr im Konsens erstellte Empfehlungen, haben wir diese S2k-Leitlinie. Das bedeutet eine strukturierte Form der Konsensfindung. Und die meisten Empfehlungen unserer Leitlinien beruhen auf dieser strukturierten Form der Konsensfindung, wie wir das ganz am Anfang beschrieben haben. Das ist die 2k-Leitlinie. Es gibt sehr viele solche Leitlinien, das sind nicht alles S3-Leitlinien.

Moderatorin [01:09:07]

Gut, eine letzte kleine Frage. Bei den 95 Prozent fehlen ja immer 5 Prozent. Sind diese fehlenden fünf Prozent immer dieselbe Fachgesellschaften gewesen oder hat sich das aufgeteilt?

Dagmar Pauli [01:09:20]

Es hat sich schon aufgeteilt. Es sind nicht immer genau dieselben Personen. Aber es gab schon Minderheitenmeinungen, die dann bei mehreren Fragen auch in der Minderheit waren, weil es immer wieder in diese gleiche Debatte reinging: Ob man jetzt vielleicht, wenn man gar nichts macht, auch nicht schadet, und dass das die beste Lösung wäre. Und das kam dann natürlich bei mehreren Fragen zum Tragen. Aber man kann nicht sagen, dass es immer dieselbe Gesellschaft oder immer dieselbe Person war.

Moderatorin [01:09:53]

Gut. Ich möchte aufgrund der vorangeschrittenen Zeit jetzt so langsam in die Schlussrunde kommen. Frau Dhejne, ich möchte mit Ihnen anfangen, weil sehr viele Fragen auch noch zu der schwachen Evidenzlage gekommen sind. Wie ließe sich denn das verbessern? Und wissen Sie, ob da weitere klinische Studien bereits in der Mache sind und in den nächsten Jahren dazu führen werden, dass die Evidenz einfach wachsen wird?

Cecilia Dhejne [01:10:21]

I would say the evidence has been growing the whole time. I do not know when you locked your literature review. But just the other week came a new study from Australia showing that two percent of their big cohort of around 500 children reidentified when they had started puberty



blockers or cross sex hormones. There is a lot of studies in USA, Australia, in Europe there is the Unity group, where also Hamburg was part of. And they start now with their teenage protocol consist of Amsterdam, Florence Clinic in England, Ghent and Hamburg, I think. We are in Sweden preparing for prospective follow up studies. I think the evidence will come for both sides, the teenagers and the adults. It is correct that there are not many studies on the young ones but there are quite more studies on the older ones from that we know that gender affirming treatment helps and reduces gender dysphoria. When we do that on adults it is likely that it will help teenagers, too. The differences between adults and teenagers are not that big.

Moderatorin [01:12:12]

Ja, vielen Dank. Frau Pauli, heute kam auch noch die Frage, wie Sie die aktuelle Kritik an der WPATH, also World Professional Association for Transgender Health, einordnen. Die wird ja häufig zitiert in der Leitlinie. Könnte sich das auch noch auf die Leitlinie auswirken?

Dagmar Pauli [01:12:35]

Also ich glaube, dass die WPATH wirklich ganz andere Voraussetzungen hatte bei der Erstellung der Leitlinie. Das wurde schon sehr sorgfältig gemacht. Ich habe da auf einem Kongress eine Präsentation gehört, wo sie genau vorgestellt haben, wie sie vorgegangen sind. Da sind unglaublich viele Fachgesellschaften und Nationen und Expert*innen weltweit beteiligt, und das war ein sehr differenzierter Prozess. Ich glaube aber auch, dass es sehr, sehr schwierig ist, diese Länder unter einen Hut zu kriegen und eine gute Empfehlung zu machen. Und dass das natürlich immer auch an der Oberfläche bleiben muss, weil man so unterschiedliche Versorgungslagen und Rechtslagen hat. Ich glaube, dass wir hier in unserer Leitlinie viel mehr in die Tiefe gehen konnten und die Prozesse viel besser noch ausleuchten konnten und viel besser auf den deutschsprachigen Raum runterbrechen konnten. Also die Kritik muss man natürlich sehr differenziert einordnen. Es gibt vielleicht auch berechnete Punkte, aber sehr viel ist auch politisch motiviert, dass jetzt einfach alles, der ganze Prozess kritisiert wird. Das ist nicht gerechtfertigt, denn ich habe das auch mitverfolgt und mir sehr genau angeschaut. Das war ein sehr, sehr ausgewogener, differenzierter, aber auch ein sehr komplexer Prozess. Wenn man für so viele Nationen etwas unter einen Hut bringen will. Also ich denke, das ist wichtig, das zur Kenntnis zu nehmen. Aber ich glaube nicht, dass die Kritik an WPATH jetzt unsere Leitlinien noch mal so beeinflussen wird. Da wir wirklich einen ganz eigenen Prozess gemacht haben, wo wir uns nicht einfach an diese Leitlinien angelehnt haben, sondern sehr, sehr viel mehr Debatten und sehr, sehr viel mehr andere Leitlinien und Literatur beigezogen haben. Ich sehe das nicht, dass das dadurch noch mal ins Wanken kommt oder ganz anders nachhaltig beeinflusst wird.

Moderatorin [01:14:28]

Herr Wüsthof, Sie möchte ich zum Abschluss fragen: Wie oft ist zu beobachten, dass sich die oder der Heranwachsende doch mit dem biologischen Geschlecht versöhnt? Und geschieht das meistens zu Beginn der Pubertät oder auch noch später?

Achim Wüsthof [01:14:46]



Also ich habe beides erlebt. Ich habe erlebt, dass ein Jugendlicher, der eigentlich als Mädchen gelebt hat, kurz bevor die Blocker eingesetzt werden sollten und eigentlich alles klar war seit frühester Kindheit, sich tatsächlich ganz abrupt umentschieden hat und plötzlich wieder als Junge in die Schule gekommen ist, Haare kurz geschnitten, und seitdem als Junge lebt, ganz aus sich heraus. Und dann habe ich auch einen Jugendlichen erlebt, der schon ein Jahr lang Testosteron hatte, mit Indikation alles sorgfältig gemacht, und der dann plötzlich auch durch eine Beziehungserfahrung sich noch mal neu erfunden hat, obwohl schon ein Operationstermin für eine Mastektomie stand, und seitdem plötzlich wieder als Frau lebt. Also es geht alles. Und deswegen müssen wir halt als die Begleitenden offen sein für alles. Wir müssen es ständig hinterfragen. Wir müssen ständig in gutem Kontakt sein, damit wir auf alle Eventualitäten eingestellt sind, um sie einfach adäquat begleiten zu können.

Dagmar Pauli [01:15:53]

Aber das sind schon seltene Fälle, oder?

Achim Wüsthof [01:15:55]

Das sind absolute Ausnahmen. Aber es gibt solche Fälle in meinem Kollektiv. Ich habe jetzt ungefähr 800 Jugendliche innerhalb der letzten 15 Jahre mit dieser Fragestellung gesehen. In meinem Kollektiv habe ich das tatsächlich bis jetzt fünf Mal erlebt, dass jemand wieder zurückgeht.

Moderatorin [01:16:16]

Frau Wiesemann, inwiefern, glauben Sie, werden Betroffene von dieser Leitlinie profitieren?

Moderatorin [01:16:27]

Eine Leitlinie gibt eben nicht nur dem therapeutischen Team wesentlich mehr Sicherheit bei den verschiedenen Schritten in den Prozess, sondern sie gibt auch den betroffenen Jugendlichen und ihren Eltern Orientierung und Sicherheit, was sie in einem medizinischen System erwarten können. Wir dürfen nicht vergessen, dass es im Moment eine teils desaströse Lage für die Betroffenen ist. Sie müssen lange suchen, bis sie professionelle Ansprechpartner*innen finden. Sie geraten nicht selten an wenig ausgebildete Personen, die selbst nicht wissen, an wen sie stattdessen weiter verweisen könnten. Diese Art der unprofessionellen Behandlung ist ein großes Ärgernis, ein echtes Defizit in der medizinischen Versorgung, das wir uns in Deutschland nicht mehr leisten sollten. Und insofern glaube ich, dass wir mit einer solchen Leitlinie jetzt einen Quantensprung mit einem hochprofessionellen Angebot für die betroffenen Personen machen werden. Ich hoffe sehr, dass das auch gerade für die Gruppe der Betroffenen eine echte Erleichterung darstellt, dass sie nun selbst auch herausfinden können, was sie eigentlich erwarten können. Dass Eltern herausfinden können, was sie Professionalität von einer betreuenden Person erwarten können, und damit ja auch ihre Schutzfunktion gegenüber dem eigenen Kind vernünftig ausüben können.



Moderatorin [01:18:20]



Frau Maur und Frau Pauli vielleicht auch noch mal. Welche Missverständnisse um die medizinischen Aspekte von Geschlechtsdysphorie sollten Journalist*innen in der Berichterstattung vermeiden? Frau Maur, vielleicht mögen sie beginnen.

Sabine Maur [01:18:34]

Ich würde mich sehr freuen, wenn ankäme, wie sorgfältig wir hier Konsens mit den beteiligten Fachpersonen gesucht haben, die übrigens ja auch in der Praxis diese Kinder und Jugendlichen unterstützen. Das ist keine theoretisch geleitete Leitlinie. Und wenn ich in den Fragen lese, dass das dann ja wohl eine Eminenz-Leitlinie sei, dann kann ich das wirklich nur entschieden zurückweisen. Diese unsachliche Art der Auseinandersetzung macht uns so viel Kummer. Und deshalb ist es auch so wichtig, dass wir das heute fachlich darstellen konnten, wie sorgfältig wir in dem Bereich arbeiten. Und wir müssen eben auch in Bereichen arbeiten, wo es noch nicht ausreichende Evidenz gibt. Das haben wir im Kinder-Jugendlichen-Bereich übrigens sehr häufig. Und das feuert einfach zurück, wenn die Art der Berichterstattung schlecht und fehlerhaft ist. Weil wir eine Zunahme an Diskriminierung in der Gesellschaft von Transpersonen sehen. Deshalb sind wir ja alle gemeinsam in der Verantwortung.

Moderatorin [01:19:34]

Frau Pauli?

Dagmar Pauli [01:19:36]

Meins geht in eine ähnliche Richtung. Also ich sehe in der Berichterstattung schon, ich glaube jetzt nicht bei den Wissenschaftsjournalist*innen, so ein bisschen dieses Muster: Man muss dafür oder dagegen sein und dann polarisiert berichten, weil dann gibt es vielleicht mehr Aufmerksamkeit. Und das Wichtigste ist, glaube ich, zu sehen, dass diese Gruppe hier nicht aus Leuten besteht, die dafür und dagegen sind. Sondern wir sind eigentlich Leute, die um die bestmögliche Lösung in einer schwierigen Situation mit sehr belasteten Jugendlichen ringen. Ich persönlich habe mich am häufigsten missverstanden gefühlt, wenn man denkt, wir hätten da irgendwie so ein Eigeninteresse und wollten etwas promoten. In Wirklichkeit ist es ja so, dass man wirklich beides möchte: die Jugendlichen unterstützen, wenn sie etwas brauchen, aber sie auch bewahren vor Entscheidungen, die ihnen schaden könnten. Und dass das eigentlich in aller Regel so stattfindet und dass man sich darauf fokussieren sollte, auch zu berichten, wie sorgfältig versucht wird, das zu machen. Und [man sollte] sich nicht zu sehr darauf fokussieren – auch wenn es einzelne Fälle gibt, und die gibt es –, wo das vielleicht nicht so gut gelaufen ist. Oder wo es vielleicht gut gelaufen ist, wie der Herr Wüsthof gesagt hat, und es kam aber zu einer Detransition, obwohl alles sorgfältig gemacht wurde. Wie ja auch bei einer sorgfältigen Herz-OP jemand sterben kann. Also diese Dinge darf man benennen, da bin ich nicht dagegen. Aber das Polarisieren oder die Haltung, dass man die Behandlungen ja nicht machen kann, wenn da mal ein Fall war, wo es schwierig wurde, sowas muss man vermeiden. Man muss das in dieser ganzen Tragweite und Spannbreite darstellen, mit den Vor- und Nachteilen, und der Fachwelt nicht unterstellen, dass sie in Lager aufgespalten ist. Das ist nicht der Fall.

Moderatorin [01:21:35]



press briefing

Ja, vielen Dank noch mal für diese Schlussworte. Ich muss jetzt das Press Briefing beenden. Wir sind zwei Minuten über der Zeit. Die Zeit ist geflogen. Wir haben auch so viele Fragen gehabt. Wir konnten leider nicht alle beantworten. Aber ich hoffe, dass ganz, ganz viel besprochen wurde, und bin mir auch sicher, dass ganz viel besprochen wurde. An die Kolleginnen und Kollegen: Sie bekommen von uns den Link zur Aufzeichnung zugeschickt und können auch auf Wunsch gern das maschinell erstellte Transkript direkt haben. Ich möchte auf jeden Fall noch mal auf das Embargo hinweisen für Freitag, 13:00 Uhr. Ich danke Ihnen allen für die Zeit, die Sie sich hier genommen haben, und bin ganz gespannt auf die Berichterstattung und darauf, wie es mit dem Thema weitergeht. Vielen herzlichen Dank und ich wünsche Ihnen einen schönen Nachmittag. Auf Wiedersehen!



press briefing

Ansprechpartnerin in der Redaktion

Annegret Burkert

Redakteurin für Medizin und Lebenswissenschaften

Telefon +49 221 8888 25-0

E-Mail redaktion@sciencemediacenter.de

Impressum

Die Science Media Center Germany gGmbH (SMC) liefert Journalisten schnellen Zugang zu Stellungnahmen und Bewertungen von Experten aus der Wissenschaft – vor allem dann, wenn neuartige, ambivalente oder umstrittene Erkenntnisse aus der Wissenschaft Schlagzeilen machen oder wissenschaftliches Wissen helfen kann, aktuelle Ereignisse einzuordnen. Die Gründung geht auf eine Initiative der Wissenschafts-Pressekonferenz e.V. zurück und wurde möglich durch eine Förderzusage der Klaus Tschira Stiftung gGmbH.

Nähere Informationen: www.sciencemediacenter.de

Diensteanbieter im Sinne MStV/TMG

Science Media Center Germany gGmbH

Schloss-Wolfsbrunnenweg 33

69118 Heidelberg

Amtsgericht Mannheim

HRB 335493

Redaktionssitz

Science Media Center Germany gGmbH

Rosenstr. 42-44

50678 Köln

Vertretungsberechtigter Geschäftsführer

Volker Stollorz

Verantwortlich für das redaktionelle Angebot (Webmaster) im Sinne des §18 Abs.2 MStV

Volker Stollorz

