

AWMF-Leitlinie

Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter – Diagnostik und Behandlung (S2k)

AWMF-Register-Nr. 028 – 014

Kurzfassung

Inhaltsübersicht

I. Präambel der Leitlinie	3
II. Variante Entwicklungsverläufe (Persistenz, Desistenz und Detransition).....	6
III. Sozialer Rollenwechsel im Kindesalter	10
IV. Assoziierte psychische Auffälligkeiten und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie	13
V. Psychotherapie und psychosoziale Interventionen.....	24
VI. Einbeziehung des familiären Beziehungsumfelds und Familiendynamik	30
VII. Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen	34
VIII. Somatische Aspekte hormoneller Interventionen	63
IX. Professionelle Interaktion und diskriminierungssensibler Umgang mit gender-nonkonformen Kindern und Jugendlichen	67
X. Hinweise zu den rechtlichen Grundlagen und ethischen Maßgaben für die Behandlung Minderjähriger mit Geschlechtsinkongruenz	70

Kapitel I

Präambel

Konsentiert mit starkem Konsens (> 95%)

1. Die Leitlinie orientiert sich an den ethischen Prinzipien des Respekts vor der Würde und Selbstbestimmung der Person sowie des Wohltuns und Nicht-Schadens und hat zum Ziel, diese Prinzipien im Behandlungssetting zu realisieren.
2. Übergeordnetes Ziel der Leitlinie ist, den Zugang von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz¹ und/oder Geschlechtsdysphorie² zu einer fachgerechten Information und Behandlung auf der Basis wissenschaftlich und ethisch anerkannter Standards zu verbessern und ihnen dadurch eine bestmögliche gesundheitliche Entwicklung zu ermöglichen.
3. In Achtung der Würde der Behandlungssuchenden unterstützt die Leitlinie den Abbau von Diskriminierung und die Entpathologisierung von Personen, deren Geschlechtsidentität nicht mit ihrem anatomischen bzw. bei Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmt. Dies schlägt sich u.a. in der gewählten Begrifflichkeit nieder. Der Begriff der „Geschlechtsidentitätsstörung“ aus der ICD-10 (WHO, 2019) wird daher nicht mehr verwendet. Stattdessen werden nach ICD-11 (WHO, 2022) und DSM-5 (APA, 2013) die Begriffe „Geschlechtsinkongruenz“ und „Geschlechtsdysphorie“ verwendet.
4. Patient*innen³ mit Geschlechtsinkongruenz und/oder Geschlechtsdysphorie weisen vielfältige individuelle Entwicklungsverläufe auf. Beratung und Behandlung sollen dementsprechend auf Individuen und ihre Bedürfnisse zugeschnitten sein. Die Leitlinie soll eine fachliche Orientierung für bestmögliche individuelle Behandlungsentscheidungen bieten.

¹ Der Begriff Geschlechtsinkongruenz wird im Sinne der ICD-11 Diagnosen HA60 und HA61 verstanden (siehe Glossar zu Begrifflichkeiten).

² Der Begriff der Geschlechtsdysphorie wird im Sinne der DSM-5 Diagnosen F64.0 und F64.2 (APA 2013) verstanden (siehe Glossar zu Begrifflichkeiten).

³ Der Begriff Patient*in wird im Text der Leitlinie in seiner sozialrechtlichen Bedeutung für die Personen verwendet, für die eine zu erbringende medizinische Leistung im Gesundheitswesen (einschließlich Diagnostik und Beratung) ad personam definiert ist.

5. Die Leitlinie ist im Prozess ihrer Entwicklung der Idee der Partizipation aller involvierten Parteien einschließlich transidenter Personen und ihrer Angehörigen verpflichtet. Die Evaluation bisheriger Erfahrungen Behandlungssuchender⁴ im Gesundheitswesen fließt insbesondere zur Verbesserung des Behandlungsangebots und zur Vermeidung von Diskriminierung in die Neufassung der Leitlinie ein.
6. Die geschlechtliche Identität einer Person ist höchstpersönlicher Natur. Die Förderung der Selbstbestimmung und – soweit notwendig – der Selbstbestimmungsfähigkeit ist deshalb ein wesentliches Anliegen im Behandlungssetting mit minderjährigen Patient*innen. Therapieansätze, die implizit oder explizit von dem Behandlungsziel getragen sind, das Zugehörigkeitsempfinden einer Person zu einem Geschlecht in eine bestimmte Richtung zu lenken, werden als unethisch angesehen.
7. Psychotherapeutische Unterstützung⁵ soll Behandlungssuchenden zur Begleitung z.B. einer ergebnisoffenen Selbstfindung, zur Stärkung des Selbstvertrauens, zur Bewältigung von Diskriminierungserfahrungen oder zur psychischen Vor- und Nachbereitung von Schritten im Prozess einer Transition niedrigschwellig angeboten und verfügbar gemacht werden. Eine Verpflichtung zu Psychotherapie als Bedingung für den Zugang zu medizinischer Behandlung ist aus Gründen des Respekts vor der Würde und Selbstbestimmung der Person ethisch nicht gerechtfertigt.
8. Entscheidungen für medizinische Maßnahmen, die in eine nicht abgeschlossene biologische Reifeentwicklung eingreifen, implizieren eine besondere Herausforderung und ethische Verantwortung für alle Beteiligten. Zu berücksichtigen sind einerseits die im Einzelfall anzunehmende potentielle Ergebnisoffenheit der psychosexuellen und Identitätsentwicklung sowie andererseits die stetig zunehmende Irreversibilität der somatosexuellen Reifeentwicklung und die ggf. daraus resultierenden erhöhten Risiken für die psychische Gesundheit. Bei der Entscheidung für medizinische Behandlungsschritte zur

⁴ Der Begriff Behandlungssuchende wird im Text der Leitlinie verwendet, wenn hervorzuheben ist, dass in diesem Kontext minderjährige Patient*innen gemeinsam mit ihren sorgeberechtigten Angehörigen gemeint sind (siehe Glossar zu Begrifflichkeiten).

⁵ Der Begriff der psychotherapeutischen Unterstützung ist hier nicht im engeren Sinne der definierten Richtlinienpsychotherapie gemeint, sondern umfasst alle Anwendungsformen psychosozialer Unterstützung durch psychotherapeutisch geschulte professionelle Helfer*innen (siehe Ausführungen in Kapitel V → „*Psychotherapie und psychosoziale Interventionen*“).

Pubertätsunterbrechung oder Geschlechtsangleichung im Jugendalter ist daher eine sorgfältige Abwägung von zu erwartendem Nutzen und Risiko vorzunehmen. Die möglichen gesundheitlichen Folgerisiken einer von Betroffenen im Nachhinein bereuten Entscheidung für eine medizinische Behandlung oder einer sich aus anderen Gründen als fehlindiziert herausstellenden Behandlung sind demnach gegenüber Gesundheitsrisiken abzuwägen, die sich bei einem Aufschub oder Nicht-Einleiten einer medizinischen Behandlung ergeben können.

9. Die Leitlinie soll als fachliche Grundlage für verantwortungsvolle medizinische Behandlungsentscheidungen dienen, die im Sinne eines *Shared Decision Making* gemeinsam von Behandelnden, minderjährigen Patient*innen und ihren Sorgeberechtigten zu treffen sind. Die Leitlinie soll hierfür Orientierung bieten, insbesondere für die Anforderungen an eine hinreichende Aufklärung und Beratung, die es Behandlungssuchenden ermöglicht, Wesen, Bedeutung und Tragweite der jeweiligen Behandlungsoptionen zu verstehen und darüber zu entscheiden.

Sondervotum der DGPPN:

Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), deren Mandatsträgerin die Präambel mitkonsentiert hat, teilte gemeinsam mit seinem konsentierenden Votum zur finalen Fassung der Leitlinie in einem Sondervotum mit, dass er die Präambel in der o.g. beschlossenen Textfassung nicht mitträgt.⁶

⁶ Begründungen für Sondervoten finden sich im Anhang der Langfassung dieser Leitlinie.

Kapitel II

Variante Entwicklungsverläufe (Persistenz, Desistenz und Detransition)

Kernaussagen aus der Einleitung und Leitfragen

- Entwicklungsverläufe geschlechtsvarianten Erlebens und Verhaltens in der Kindheit und Jugend sind vielfältig.
- Umfassende Kenntnisse zur Bandbreite dieser Entwicklungsverläufe sind unverzichtbar, um bei einer Geschlechtsinkongruenz im Jugendalter deren Persistenz einzuschätzen.
- Die Frage nach der *Feststellbarkeit* einer persistierenden Geschlechtsinkongruenz bei Kindern und Jugendlichen steht im Kern ethischer Debatten zu medizinischen Behandlungsoptionen bei Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie, die eine Pubertätsblockade oder geschlechtsangleichende Hormonbehandlung wünschen.
- Die Einschätzung einer als sehr wahrscheinlich anzunehmenden dauerhaften Persistenz der Geschlechtsinkongruenz ist wichtig für die individuelle Nutzen-Risiken-Bewertung, die bei einer Entscheidung für oder gegen einen medizinischen Eingriff in die somatosexuelle Reifeentwicklung im Jugendalter vorzunehmen ist.
- Es gibt sowohl sehr eindeutige Verläufe einer früh im Entwicklungsverlauf erkennbaren dauerhaft persistierenden Geschlechtsinkongruenz, als auch Verläufe, in denen die Geschlechtsidentität im Jugendalter über einen längeren Zeitraum fluide bleibt und es zur so genannten *Desistenz* (= *Auflösen* des geschlechtsinkongruenten Empfindens) kommt.

Leitfragen an die Leitlinie:

- Welche Erkenntnisse gibt es zum Spektrum varianter Entwicklungsverläufe von Kindern und Jugendlichen mit gender-nonkonformem Verhalten sowie zu Kindern und Jugendlichen mit Hinweisen auf das Vorliegen einer Geschlechtsinkongruenz?
- Gibt es Evidenz für prognostisch relevante Merkmale bei Kindern und Jugendlichen mit Anzeichen einer Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie, anhand derer sich zukünftig so genannte *Desisters* von *Persisters* unterscheiden lassen?

Die Studienlage zu varianten Entwicklungsverläufen gender-nonkonformer Kinder ins Jugendalter (Persisters vs Desisters) wurde für diese Leitlinie umfassend rezipiert und ist in der Langfassung dargestellt. Zusammenfassend ergeben sich aus dem bisherigen Wissensstand folgende empirisch gestützten Schlussfolgerungen:

- Eine subjektive Unzufriedenheit mit der Rolle des Geburtsgeschlechts (*Gender-Unzufriedenheit*) ist insbesondere in schwacher Ausprägung („manchmal“) ein häufiges Phänomen im frühen Jugendalter (bis zu 11%), welches überwiegend als passageres Entwicklungsphänomen einzuordnen ist und keine Aussage zum Vorliegen oder Nicht-Vorliegen einer Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie erlaubt.
- Die Datenlage erlaubt keine verallgemeinerbaren Annahmen zu annehmenden Persistenzraten der Geschlechtsinkongruenz von der Kindheit ins Jugendalter.
- Bei Kindern, die vor der Pubertät gender-nonkonformes Verhalten zeigen, entwickelt sich im Laufe der Pubertät häufig *keine* persistierende Geschlechtsdysphorie.
- Bei Kindern, die bereits vor der Pubertät anhaltend stark ausgeprägte Anzeichen einer Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie zeigen, ist die Wahrscheinlichkeit einer späteren Persistenz höher, insbesondere wenn eine entsprechende Diagnose bereits im Kindesalter gestellt werden kann.
- Aber: Vor Eintritt der Pubertät ist auch bei deutlichen Anzeichen einer Geschlechtsinkongruenz keine sichere Vorhersage einer Persistenz möglich.
- Bei Kindern, bei denen es vor der Pubertät bereits deutliche Hinweise für eine Geschlechtsinkongruenz gibt, zeigt sich unter dem Einfluss der eingetretenen Pubertät typischerweise bis zum 13. Lebensjahr deutlich, ob eine Geschlechtsinkongruenz persistiert.

Hieraus ergeben sich folgende Implikationen für die Versorgungspraxis:

- Bei einem Kind vor Eintritt der Pubertät ist auch bei deutlichen Anzeichen einer Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter, die Vorhersage einer *persistierenden Geschlechtsinkongruenz im Jugendalter* bislang nicht möglich (s.u. Empfehlung II.K.3).
- Empfehlungen für jedwede medizinische Interventionen zur Unterstützung einer Transition sind daher vor Eintritt der Pubertät obsolet (siehe Empfehlungen im Kapitel VII → „*Indikationsstellungen für körpermodifizierende medizinische Interventionen*“).
- Eine vor Eintritt der Pubertät gestellte Diagnose einer *Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter* (ICD-11: HA61) begründet daher keinen medizinischen Handlungsbedarf, sondern hat im Hinblick auf eine etwaige spätere Indikationsstellung für medizinische Maßnahmen allenfalls die Wertigkeit eines dokumentierten frühen Beginns der berichteten Geschlechtsinkongruenz. (siehe Empfehlungen im Kapitel VII → „*Indikationsstellungen für körpermodifizierende medizinische Interventionen*“).

Outcome einer späteren Detransition

Die für die Leitlinie rezipierte Studienlage zu Verläufen, bei denen trans Personen, die eine körpermodifizierende Behandlung begonnen hatten, diese später beendeten oder infrage stellten (Detransition) ergibt, dass es sich hier um ein seltes Phänomen handelt. Berichtete Ursachen und Begleitumstände von Detransitionen sind vielfältig. Sie reichen von einem Bereuen der früheren Entscheidung für eine medizinische Behandlung über die Erfahrung der sozialen Nicht-Lebbarkeit des Transitionswunsches aufgrund trans-feindlicher sozialer Umgebung bis zur Neu-Verortung der eigenen Geschlechtsidentität z.B. als non-binär, ohne dass eine frühere medizinische Behandlung bereut wird. Detransitionen bei trans Personen, die eine körpermodifizierende medizinische Behandlung im Jugendalter begonnen haben, sind nach bisheriger Studienlage deutlich seltener als bei trans Personen, die eine erste medizinische Behandlung im Erwachsenenalter beginnen. Dies scheint u.a. mit den höheren Standards medizinischer Sorgfalt bei Patient*innen im Jugendalter (z.B. längere Verlaufsbeobachtungen, umfassende jugendpsychiatrische Diagnostik etc.) erklärbar. Die Auftretenswahrscheinlichkeit einer späteren Detransition erscheint höher, wenn medizinische Transitionsbehandlungen nicht leitlinienkonform bzw. nicht hinreichend fachgerecht indiziert und begleitet werden. Gleichwohl sollten Behandelnde immer gewahr sein, dass es bei jugendlichen trans

Personen zu einer späteren Detransition kommen kann, und Behandlungssuchende zu dieser Thematik umfassend informieren.

Empfehlungen

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

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

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

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

II.K3.	Bei Kindern vor Eintritt der Pubertät, bei denen Anzeichen einer Geschlechtsinkongruenz des Kindesalters (nach ICD-11 HA61) ⁷ vorliegen, sollen medizinische Fachpersonen davon ausgehen, dass bis zum Eintritt der Pubertät die Vorhersage einer <i>persistierenden</i> Geschlechtsinkongruenz im Jugendalter nicht möglich ist.
---------------	--

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

⁷ Für die diagnostischen Kriterien einer Geschlechtsinkongruenz des Kindesalters (HA61) siehe Kapitel VII → „*Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Behandlungen*“.

Kapitel III

Sozialer Rollenwechsel im Kindesalter

Kernaussagen aus der Einleitung und Leitfragen

- Es gibt gender-nonkonforme Kinder, die bereits im Kindergarten- oder Grundschulalter anhaltend und mit großem Nachdruck von ihrer sozialen Umgebung einfordern, einen vollständigen sozialen Rollenwechsel in allen Lebensbereichen zu vollziehen.
- Eine primär am Wohl des Kindes und seiner gesunden sozio-emotionalen Entwicklung orientierte erzieherische Haltung liegt grundsätzlich in der Verantwortung und im Ermessen der Erziehungsberechtigten und erfordert keine medizinisch begründete Entscheidung.
- Wenn Kinder mit Anzeichen für eine Geschlechtsinkongruenz (GI) oder Geschlechtsdysphorie (GD) in medizinischen und psychosozialen Behandlungskontexten mit dem Anliegen einer professionellen Beratung vorgestellt werden, soll die Leitlinie über das hierfür verfügbare Fachwissen orientieren.

Leitfragen an die Leitlinie

- Welche Implikationen für die weitere Entwicklung können sich aus einem sozialen Rollenwechsel in der Kindheit ergeben?
- Welche Erkenntnisse gibt es im Hinblick auf eine damit möglicherweise einhergehende soziale Festlegung auf eine Geschlechtsrolle im Jugendalter?
- Welche Erkenntnisse gibt es im Hinblick auf mögliche günstige oder ungünstige Auswirkungen eines sozialen Rollenwechsels in der Kindheit auf die psychosoziale und gesundheitliche Entwicklung des Kindes?

Zusammenfassung des empirischen Wissensstandes

- Es gab bei bisher untersuchten gender-nonkonformen Kindern, die mit Unterstützung der Eltern einen sozialen Rollenwechsel vollzogen hatten, keine Hinweise auf vermehrte psychosexuelle Verwirrung, Identitätsunsicherheit oder anderweitig auffällige genderbezogene Kognitionen. Letztere entsprachen überwiegend in stringenter Weise der empfundenen Geschlechtszugehörigkeit.
- Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass sich ein vom sozialen Umfeld unterstützter Rollenwechsel durch die Entfaltung der kindlichen Persönlichkeit im Laufe der präpubertären Entwicklung günstig auf die soziale Integration und das kindliche Selbstbewusstsein auswirken kann.
- Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass sich ein vom sozialen Umfeld des Kindes unterstützter Rollenwechsel vor Eintritt der Pubertät günstig auf die sozioemotionale Entwicklung auswirken kann.
- Eine möglichst unbeeinträchtigte soziale Integration und erlebbare Akzeptanz in Peer-Beziehungen sind vorrangig wichtige Faktoren für eine positive sozio-emotionale Entwicklung von gender-nonkonformen Kindern, die einen sozialen Rollenwechsel vollzogen haben.

Empfehlungen

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

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

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

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

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

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

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

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) für einen stärkeren Empfehlungsgrad⁸:

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

⁸ Begründungen für Sondervoten finden sich im Anhang der Langfassung dieser Leitlinie.

Kapitel IV

Assoziierte psychische Auffälligkeiten und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie

Kernaussagen aus der Einleitung und Leitfragen

- Eine erhöhte psychiatrische Morbidität bei trans Personen ist vielfach belegt und vielgestaltig.
- Zunehmend berichtet wird eine *überzufällig häufige* Überlappung geschlechtsdysphorischer Symptome mit Symptomen aus dem Autismus-Spektrum, wobei dies für beide Syndrome als seltenes Phänomen gilt.
- Psychische Gesundheitsprobleme bei trans Personen können sowohl reaktiv im Zug der Anpassung an eine bestehende Geschlechtsinkongruenz auftreten, als auch unabhängig hiervon entstanden sein.
- Zudem ist differentialdiagnostisch zu bedenken, dass anderweitige psychische Störungen zu einer vorübergehenden *Gender-Unzufriedenheit* mit geschlechtsdysphorischen Symptomen beitragen können.
- Nicht bei allen Jugendlichen, die sich selbst als trans oder gender-nonkonform präsentieren, besteht eine *Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie*.
- Liegt eine psychische Störung vor, die die diagnostische Klarheit im Hinblick auf die Einschätzung einer Geschlechtsinkongruenz beeinträchtigt (z.B. komplexe Persönlichkeitsstörungen mit ausgeprägter Identitätsdiffusion) ist diese per se kein Beleg dafür, dass keine *Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie* vorliegt.

Leitfragen an die Leitlinie:

- Welche psychopathologischen Problembereiche über eine Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie hinaus sind von Behandelnden besonders zu beachten?
- Welchen Einfluss haben assoziierte psychische Probleme auf die Behandlung?
- Welche Implikationen für das Vorgehen bei Diagnostik und Behandlung hat eine koinzidente Autismus-Spektrum-Störung bei minderjährigen Patient*innen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie?

- Wie ist das empfohlene diagnostische Vorgehen bei Hinweisen auf eine Geschlechtsinkongruenz unter Berücksichtigung möglicher zu berücksichtigender psychiatrischer oder psychosomatischer Begleitdiagnosen?

Stand der Forschung zu mit Geschlechtsdysphorie assoziierten psychischen Auffälligkeiten

In der Langfassung dieses Kapitels ist die Studienlage zu assoziierten psychopathologischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie umfassend rezipiert. Im Vergleich zu Studien mit erwachsenen trans Personen ist hervorzuheben, dass dort die entsprechenden Erkrankungsraten noch höher sind. Folgende Erklärungsansätze sind für das erhöhte Auftreten psychopathologischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie zu diskutieren:

- Eine assoziierte Psychopathologie kann als Folge der mit geschlechtsdysphorischem Leidensdruck einhergehenden Stressbelastung verstanden werden. Zu dieser Stressbelastung können aversive Erfahrungen mit unzureichender sozialer Akzeptanz der Transgeschlechtlichkeit (so genannter *Minority Stress*) sowie insbesondere ab Pubertätseintritt eine als Dauerstressor erlebte körperbezogene Dysphorie beitragen.
- Eine anderweitig entstandene psychische Störung kann zu einer ausgeprägten *Gender-Unzufriedenheit* mit geschlechtsdysphorischer Symptomatik beitragen.
- Eine assoziierte Psychopathologie kann unabhängig von der GI bzw. GD entstanden sein.

Negative Erfahrungen in Peer-Beziehungen gelten als bedeutsamster Prädiktor für psychische Auffälligkeiten sowohl bei Kindern als auch bei Jugendlichen mit GI bzw. GD. Andererseits ist ein unterstützendes familiäres und soziales Umfeld ein gut belegter protektiver Faktor (vgl. Kap. V „Familiäre Beziehungen“).

Aussagen zum wissenschaftlichen Erkenntnisstand

IV.E1.	Es gibt aus Querschnittsuntersuchungen Belege dafür, dass unter geschlechtsdysphorischen Kindern und Jugendlichen, die in Gesundheitseinrichtungen vorstellig werden, gehäuft klinisch relevante psychopathologische Auffälligkeiten auftreten, die über einen berichteten geschlechtsdysphorischen Leidensdruck hinausgehen.
---------------	---

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) für einen stärkeren Empfehlungsgrad⁹:

In einer Beratung von Kindern mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie, die einen sozialen Rollenwechsel vor Eintritt der Pubertät erwägen, und ihren Sorgeberechtigten und ggf. weiteren Bezugspersonen **soll** die beratende Person unabhängig von der individuellen Entscheidung und dem Lebensweg der Betroffenen fachliche Unterstützung zum Schutz vor Stigmatisierung und Diskriminierung des Kindes und/oder seiner Bezugspersonen bieten. Es gibt aus Querschnittsuntersuchungen Belege dafür, dass unter geschlechtsdysphorischen Kindern und Jugendlichen, die in Gesundheitseinrichtungen vorstellig werden, gehäuft klinisch relevante psychopathologische Auffälligkeiten auftreten, die über einen berichteten geschlechtsdysphorischen Leidensdruck hinausgehen.

IV.E2.	Es gibt Hinweise, dass klinisch relevante psychopathologische Auffälligkeiten, die assoziiert mit einer Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter auftreten können, und die über einen berichteten GD-Leidensdruck hinausgehen, bei Jugendlichen nach Eintritt der Pubertät häufiger sind als bei präpubertären Kindern.
---------------	--

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

⁹ Begründungen für Sondervoten finden sich im Anhang der Langfassung dieser Leitlinie.

Empfehlungen

IV.K1.	Bei Kindern und Jugendlichen, die wegen einer Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie (GI/GD) zur Diagnostik und/oder Behandlung vorstellig werden, sollte, wenn es Anhaltspunkte für klinisch relevante psychische oder psychopathologische Auffälligkeiten gibt, eine umfassende kinder- und jugendpsychiatrische oder psychotherapeutische Diagnostik durchgeführt werden. Dabei sollten die Entstehungsgeschichte der berichteten Auffälligkeiten sowie deren mögliche Interaktionen mit der GI bzw. GD sorgfältig erfasst werden.
---------------	---

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) für eine anderslautende Empfehlung u.a. mit stärkerem Empfehlungsrad¹⁰:

Bei Kindern und Jugendlichen, die wegen einer Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie (GI/GD) zur Diagnostik und/oder Behandlung vorstellig werden, **soll** eine umfassende kinder- und jugendpsychiatrische oder psychotherapeutische Diagnostik durchgeführt werden. Dabei sollen die Entstehungsgeschichte der berichteten Auffälligkeiten sowie deren mögliche Interaktionen mit der GI bzw. GD sorgfältig erfasst werden.

Sondervotum der SGKJPP für eine anderslautende Empfehlung mit ergänzten Hervorhebungen¹⁰:

Bei Kindern und Jugendlichen, die wegen einer Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie (GI/GD) zur Diagnostik vorstellig werden **und bei denen medizinische Massnahmen eingeleitet werden sollen, ist eine umfassende kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik unabdingbar**. Dabei sollten die Entstehungsgeschichte der berichteten Auffälligkeiten sowie deren mögliche Interaktionen mit der GI bzw. GD sorgfältig erfasst werden.

¹⁰ Begründungen für Sondervoten finden sich im Anhang der Langfassung dieser Leitlinie.

IV.K2.	<p>Wird eine kinder- und jugendpsychiatrische bzw. –psychotherapeutische Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie (Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie) durchgeführt, soll eine Anamnese der bisherigen Entwicklung erhoben werden, anhand derer Beginn und Verlauf geschlechtsinkongruenter Selbstwahrnehmungen und ggf. damit einhergehender geschlechtsdysphorischer Symptome sorgfältig nachgezeichnet werden.</p>
---------------	---

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

IV.K3.	<p>Bei einer kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Diagnostik von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie sollte gezielt auf das mögliche Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Depression, Angststörung sowie auf selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität geachtet werden.</p>
---------------	---

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) für einen stärkeren Empfehlungsgrad¹¹:

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

IV.K4.	<p>Wenn assoziiert mit einer Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie (GI/GD) im Kindes- oder Jugendalter eine behandlungsbedürftige psychische Störung diagnostiziert wird, sollte eine fachgerechte Behandlung angeboten werden. Diese sollte individuell im Rahmen eines Behandlungsplans konzipiert werden, der ggf. indizierte GI/GD-spezifische Behandlungsmaßnahmen einschließt.</p>
---------------	---

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

^{11,12} Begründungen für Sondervoten finden sich im Anhang der Langfassung dieser Leitlinie.

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) für einen stärkeren Empfehlungsgrad¹²:

Wenn assoziiert mit einer Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie (GI/GD) im Kindes- oder Jugendalter eine behandlungsbedürftige psychische Störung diagnostiziert wird, **soll** eine fachgerechte Behandlung angeboten werden. Diese **soll** individuell im Rahmen eines Behandlungsplans konzipiert werden, der ggf. indizierte GI/GD-spezifische Behandlungsmaßnahmen einschließt.

IV.K5.	Behandelnde sollten bei der diagnostischen Einschätzung von psychopathologischen Symptomen oder psychischen Störungen, die mit einer Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie (GI/GD) assoziiert sind, pauschale Annahmen zu kausalen Zusammenhängen vermeiden. Stattdessen sollte im offenen Dialog mit Patient*innen versucht werden, bezüglich der psychopathologischen Symptome und Beschwerden, ein einzelfallbezogenes Störungsmodell zu entwickeln. (siehe Kapitel V → „ <i>Psychotherapie</i> “)
---------------	--

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) für einen stärkeren Empfehlungsgrad¹³:

Behandelnde **sollen** bei der diagnostischen Einschätzung von psychopathologischen Symptomen oder psychischen Störungen, die mit einer Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie (GI/GD) assoziiert sind, pauschale Annahmen zu kausalen Zusammenhängen vermeiden. Stattdessen **soll** im offenen Dialog mit Patient*innen versucht werden, bezüglich der psychopathologischen Symptome und Beschwerden, ein einzelfallbezogenes Störungsmodell zu entwickeln. (siehe Kapitel V → „*Psychotherapie*“)

^{13,14} Begründungen für Sondervoten finden sich im Anhang der Langfassung dieser Leitlinie.

Spezielle Empfehlungen bei Hinweisen für das Vorliegen einer Autismus-Spektrum-Störung (ASS)

IV.K6.	Bei Kindern und Jugendlichen, die wegen einer geschlechtsdysphorischen Symptomatik vorstellig werden, sollte auf das mögliche Vorliegen einer Autismus-Spektrum-Störung geachtet werden. Bei Verdacht auf eine Autismus-Spektrum-Störung sollte entsprechend der Empfehlungen der S3-Leitlinie „Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes- und Jugendalter, Teil 1: Diagnostik (DGKJP, 2016) vorgegangen werden.
--------	--

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) für einen stärkeren Empfehlungsgrad¹⁴:

Bei Kindern und Jugendlichen, die wegen einer geschlechtsdysphorischen Symptomatik vorstellig werden, **soll** auf das mögliche Vorliegen einer Autismus-Spektrum-Störung geachtet werden. Bei Verdacht auf eine Autismus-Spektrum-Störung **soll** entsprechend der Empfehlungen der S3-Leitlinie *Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes- und Jugendalter, Teil 1: Diagnostik (DGKJP, 2016)* vorgegangen werden.

IV.K7.	Liegt bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie zugleich eine diagnostisch gesicherte Autismus-Spektrum-Störung vor, sollte bei der professionellen Begleitung das Fachwissen beider Bereiche einbezogen werden.
--------	--

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) für einen stärkeren Empfehlungsgrad¹⁵:

Liegt bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie zugleich eine diagnostisch gesicherte Autismus-Spektrum-Störung vor, **soll** bei der professionellen Begleitung das Fachwissen beider Bereiche einbezogen werden.

Zusammenfassung: Diagnostisches Vorgehen bei Hinweisen auf eine Geschlechtsinkongruenz unter Berücksichtigung möglicher psychiatrischer Begleitdiagnosen

- Die Geschlechtsinkongruenz (GI) ist nach der ICD-11 nicht (mehr) als psychische Störung definiert, sondern als *per se nicht pathologischer gesundheitsrelevanter Zustand (condition related to sexual health)*.
- Diagnostisch wegweisend sind die reflektierte und authentische Selbstauskunft der Patient*innen zu deren nonkonformen Geschlechtsidentität sowie deren zeitlich anhaltende Persistenz im Jugendalter *nach* Eintritt der Pubertät.
- Wenn bei einer GI assoziierte psychischen Störungen bestehen, sind diese nicht als *Ausschlussdiagnosen* zu verstehen – weder in dem Sinne, dass bei Vorliegen einer solchen Diagnose dies gegen die Annahme einer GI spricht, noch, dass sie ausgeschlossen sein müssen, bevor die Diagnose einer GI gestellt werden kann.
- Bei psychischen Störungen, die z.B. mit einer Symptomatik aus Körperunzufriedenheit, Identitätsunsicherheit oder sozialen Ängsten einhergehen, kann es vorkommen, dass Jugendliche sich vorübergehend als trans identifizieren, ohne dass sich hieraus eine persistierende GI entwickelt. Eine solchermaßen passagere *Gender-Unzufriedenheit*, die mit psychischen Belastungssymptomen einhergeht (*gender related distress*), ist von einer deutlich selteneren persistierenden Geschlechtsinkongruenz mit geschlechtsdysphorischem Leidensdruck diagnostisch abzugrenzen (siehe Operationalisierungen nach ICD-11 und DSM-5).

¹⁵ Begründungen für Sondervoten finden sich im Anhang der Langfassung dieser Leitlinie.

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.

Diagnosekriterien der Geschlechtsdysphorie 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.

Wichtige Grundsätze und Schritte für ein integriertes diagnostisches Vorgehen:

- Der Verdacht auf das Vorliegen einer Geschlechtsinkongruenz begründet per se bei Abwesenheit psychopathologischer Symptome keinen Bedarf an psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Diagnostik. Insbesondere bedarf es bei Abwesenheit psychopathologischer Symptome keiner Differential- oder Ausschlussdiagnostik.
- Die Durchführung einer kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Diagnostik ist hingegen bei Verdacht auf das Vorliegen einer Geschlechtsinkongruenz *immer dann* angezeigt, wenn hierfür *einer der drei folgenden Gründe* vorliegt:

1. Hinweise für eine behandlungsbedürftige psychische Störung

Das diagnostische Vorgehen folgt dem jeweiligen Leitlinienstandard der in Betracht gezogenen psychischen Störung. Ein individualisiertes Störungsmodell ist mit den Patient*innen zu erarbeiten, welches verschiedene Möglichkeiten kausaler und reaktiver Wirkzusammenhänge zwischen psychopathologischen Symptomen und geschlechtsdysphorischem Leidensdruck berücksichtigt (→ vgl. o.g. Empfehlung IV. K5).

2. Wunsch nach psychotherapeutischer Begleitung.

Das diagnostische Vorgehen folgt den üblichen psychotherapeutischen Prinzipien (siehe Kapitel V → „*Psychotherapie und psychosoziale Interventionen*“).

3. Wunsch nach einer körpermodifizierenden medizinischen Behandlung

Eine ausführliche Diagnostik, bei der möglicherweise assoziierte psychische Störungen beachtet werden, ist unabdingbare Voraussetzung für eine fachgerechte Indikationsstellung (siehe Ausführungen in Kapitel VII → „*Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen*“).

- Für die Diagnostik einer persistierenden Geschlechtsinkongruenz existieren *keine standardisierten Diagnostikinstrumente*. Die Diagnosestellung orientiert sich an den Kriterien der ICD-11 und basiert auf der umfassenden narrativen Exploration des Selbsterlebens der Patient*innen über längere Zeiträume.
- Dabei sind auf Seiten der psychotherapeutischen Fachperson umfassende Kenntnisse über die Variationsbreite von Entwicklungsverläufen bei gender-nonkonformen Kindern und Jugendlichen notwendig. Dies schließt Kenntnisse über Verlaufsformen ein, die mit einer Desistenz oder

Detransition einhergehen (siehe Kapitel II → „*Variante Entwicklungsverläufe*“ vgl. *Empfehlungen II. K1 und II K2*).

- Zur diagnostischen Einschätzung eines geschlechtsdysphorischen Leidensdrucks können die diagnostischen Kriterien der *Geschlechtsdysphorie im Jugend- und Erwachsenenalter nach dem DSM-5* herangezogen werden (*s.o.*).
- Die Diagnose einer koinzidenten psychischen Störung kann mit der diagnostischen Klarheit bei der Einschätzung einer GI interferieren, sie schließt per se aber das Vorliegen einer GI weder aus, noch begründet sie per se eine Kontraindikation für körpermodifizierende Maßnahmen.
- Mögliche Interferenzen zwischen einer GI und einer koinzidenten psychischen Störung können vielfältig sein und sind einzelfallbezogen zu bewerten. Dies kann längere diagnostische Prozessbegleitungen zur Klärung des Vorgehens begründen. Hierzu finden sich in der Langfassung dieses Kapitels zwei Fallbeispiele, die illustrieren, wie komplex diagnostische Prozesse sein können.

Kapitel V

Psychotherapie und psychosoziale Interventionen

Kernaussagen der Einleitung und Leitfragen

Definition:

Unter *psychotherapeutischer Unterstützung* für Kinder und Jugendliche, die mit Anzeichen einer GI bzw. GD vorstellig werden, werden alle professionellen Versorgungsangebote verstanden, die von approbierten Fachpersonen mit ausgewiesener psychotherapeutischer Qualifikation mit dem Ziel des Erhalts oder der Verbesserung der seelischen Gesundheit erbracht werden.

- Es gibt keine ursächliche psychotherapeutische Behandlung der Geschlechtsdysphorie.
- Eine regelmäßige *Verpflichtung* zur Psychotherapie für Behandlungssuchende z.B. als Voraussetzung für den Zugang zu körpermodifizierenden Maßnahmen zur Geschlechtsangleichung ist unethisch und obsolet.
- Eine Psychotherapie beim Vorliegen einer Geschlechtsdysphorie (GD) kann nur prozessbegleitend und/oder supportiv sein bzw. assoziierte psychische Störungen behandeln.
- Von der Diagnosestellung einer Geschlechtsinkongruenz nach ICD-11 leitet sich per se keine Indikation oder Empfehlung für psychotherapeutische Maßnahmen ab.
- Das Angebot einer Psychotherapie im engeren Sinne der Psychotherapierichtlinie bedarf im Einzelfall einer separaten Indikation, die mit dem Vorliegen einer krankheitswertigen psychischen Störung (F-Diagnose) begründet ist.

In der Langfassung dieses Kapitels werden ausgehend von der rezipierten Literatur die zu reflektierenden *professionelle Haltungen* sowie sinnvolle *mögliche Ziele psychotherapeutischer Interventionen* dargestellt. Diese sind im Einzelfall bedarfsoorientiert mit Patient*innen bzw. Klient*innen und ihren Angehörigen zu erarbeiten.

Leitfragen an die Leitlinie:

- Wie verbindlich kann/soll Psychotherapie an welchen Stellen der professionellen Begleitung Behandlungssuchender empfohlen werden?
- Wie sieht eine leitliniengerechte professionelle Begleitung bei Patient*innen aus, die keine Psychotherapie wünschen oder benötigen?
- Welche sinnvollen Ziele lassen sich für psychotherapeutische Interventionen bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie benennen?
- Welche Ziele psychotherapeutischer Interventionen sind in diesem Kontext obsolet?

Rahmenbedingungen und Indikationsstellung für Psychotherapie

Empfehlungen

V.K1.	Psychotherapeutische Unterstützung soll Behandlungssuchenden als Unterstützung und Begleitung z.B. zur ergebnisoffenen Selbstfindung, zur Stärkung des Selbstvertrauens, zur Bewältigung von Diskriminierungserfahrungen oder zur psychischen Vor- und Nachbereitung von Schritten im Prozess einer Transition niedrigschwellig angeboten und verfügbar gemacht werden. Eine Verpflichtung zu Psychotherapie als Bedingung für den Zugang zu körpermodifizierender Behandlung ist aus Gründen des Respekts vor der Würde und Selbstbestimmung der Person ethisch nicht gerechtfertigt.
-------	--

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) für eine anderslautende Empfehlung¹⁶:

Psychotherapeutische Unterstützung soll Behandlungssuchenden als Unterstützung und Begleitung z.B. zur ergebnisoffenen Selbstfindung, zur Stärkung des Selbstvertrauens, zur Bewältigung von Diskriminierungserfahrungen oder zur psychischen Vor- und Nachbereitung von Schritten im Prozess einer Transition niedrigschwellig angeboten und verfügbar gemacht werden, **sowie zur Behandlung komorbider psychischer Störungen**. Eine generelle Verpflichtung zu Psychotherapie als Bedingung für den Zugang zu körpermodifizierender Behandlung ist nicht notwendig.

¹⁶ Begründungen für Sondervoten finden sich im Anhang der Langfassung dieser Leitlinie.

V.K2.	Wenn gender-nonkonforme Jugendliche psychotherapeutische Unterstützung suchen, sollen sich Format (Setting, Frequenz etc.) und Ziele am individuellen Bedarf orientieren. Ziele sollen transparent zwischen psychotherapeutischer Fachperson und behandlungssuchender Person besprochen und einvernehmlich abgestimmt werden.
--------------	---

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Wichtige Aspekte einer *zu reflektierenden professionellen Grundhaltung*, die in der Langfassung dieses Kapitels erläutert werden, sind:

- ein nicht-binäres Verständnis von Geschlechtlichkeit
- eine akzeptierende und verlaufsoffene Grundhaltung
- die Ablehnung „reparativer“ Therapieziele (Konversionstherapien)
- Kenntnis von trans-spezifischen Erfahrungen und deren gezieltes Erfragen

Folgende *speziellen Ziele psychotherapeutischer Interventionen* bei gender-nonkonformen Jugendlichen werden in der Langfassung dieses Kapitels erläutert. Sie sind jeweils transparent und einvernehmlich mit Behandlungssuchenden zu klären:

- Unterstützung bei Selbstexploration und Identitätsfindung
- Förderung von Selbstakzeptanz, Selbstwertgefühl und Selbstsicherheit
- Bewältigung von Scham- und Schuldgefühlen sowie von internalisierter Transnegativität
- Unterstützung des Coming-Out-Prozesses
- Unterstützung innerfamiliärer Verständigung bei familiären Akzeptanz-Problemen
- Unterstützung bei sozialen Rollenerprobungen und Reflexion über damit gemachte Erfahrungen
- Bearbeitung aversiver Erfahrungen mit Diskriminierung und Transfeindlichkeit
- Gesprächsangebot zu Liebe, Partner*innenschaft und Sexualität
- Gesprächsangebot zu Körperbild und Körperbezug
- Unterstützung bei der Vorbereitung von Entscheidungen über körpermodifizierende Behandlungen (einschließlich Erlangung vollumfänglicher Einwilligungsfähigkeit)
- Unterstützung bei der psychosexuellen Integration von Körperveränderungen nach körpermodifizierenden Behandlungen
- Unterstützung bei der Bewältigung negativer Gefühle und Stresszustände bei andauernder Geschlechtsdysphorie

Eine gelingende psychosoziale Bewältigung einer Transition im Jugendalter hängt entscheidend von der Unterstützung durch das familiäre Umfeld der Betroffenen ab. Deshalb ist die engmaschige Einbindung von Eltern und weiteren nahen familiären Bezugspersonen in den gesamten Prozess einer Transition und ihrer professionellen Begleitung besonders wichtig (siehe hierzu → Kapitel VI: *Einbeziehung des familiären Beziehungsumfeldes*).

Unterstützung sozialer Rollenerprobungen im empfundenen Geschlecht

Empfehlungen

V.K3.	Jugendliche mit gender-nonkonformer Selbstbeschreibung, die psychotherapeutische Unterstützung bei noch unsicherer Perspektive der Geschlechtsidentität suchen, sollten darüber informiert werden, dass explorierende soziale Rollenerkundungen wichtig sind, um einen Prozess der Introspektion und Selbstreflexion in Verbindung mit sozialen Interaktionserfahrungen dialogisch zu unterstützen. Dabei sollte der Diskriminierungsschutz beachtet werden. In diesem Prozess sollten Jugendliche darin unterstützt werden, geschlechtsstereotype Rollenerwartungen zu hinterfragen sowie die Möglichkeit eines nicht-binären Geschlechtsrollenverständnisses zu reflektieren.
--------------	---

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) für eine anderslautende Empfehlung u.a. mit stärkerem Empfehlungsgrad¹⁷:

Jugendliche mit gender-nonkonformer Selbstbeschreibung, die psychotherapeutische Unterstützung bei noch unsicherer Perspektive der Geschlechtsidentität suchen, sollten darüber informiert werden, dass explorierende soziale Rollenerkundungen wichtig sind, um einen Prozess der Introspektion und Selbstreflexion in Interaktionserfahrungen dialogisch zu unterstützen. Dabei sollte der Diskriminierungsschutz beachtet werden. In diesem Prozess **sollen** Jugendliche darin unterstützt werden, geschlechtsstereotype Rollenerwartungen zu hinterfragen.

¹⁷ Begründungen für Sondervoten finden sich im Anhang der Langfassung dieser Leitlinie.

V.K4.	Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie, die eine soziale Transition begonnen haben oder diese anstreben, kann eine psychotherapeutische Prozessbegleitung zur Vorbereitung einzelner Entscheidungen und zur Reflexion der hiermit einhergehenden Erfahrungen angeboten werden.
--------------	---

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) für einen stärkeren Empfehlungsgrad¹⁸:

Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie, die eine soziale Transition begonnen haben oder diese anstreben, **sollte** eine psychotherapeutische Prozessbegleitung zur Vorbereitung einzelner Entscheidungen und zur Reflexion der hiermit einhergehenden Erfahrungen angeboten werden.

Offenheit für Zweifel und die mögliche Perspektive einer Detransition

Empfehlung

V.K5.	Psychotherapeutische Fachpersonen, die gender-nonkonforme Jugendliche im Prozess sozialer Rollenerkundungen oder einer sozialen Transition begleiten, sollten dabei vermitteln, dass sie für möglicherweise aufkommende Zweifel und Unsicherheiten im Hinblick auf die Transition sowie für Gedanken an eine Desistenz bzw. Detransition offen sind.
--------------	--

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

¹⁸ Begründungen für Sondervoten finden sich im Anhang der Langfassung dieser Leitlinie.

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) für einen stärkeren Empfehlungsgrad:

Psychotherapeutische Fachpersonen, die gender-nonkonforme Jugendliche im Prozess sozialer Rollenerkundungen oder einer sozialen Transition begleiten, **sollen** dabei vermitteln, dass sie für möglicherweise aufkommende Zweifel und Unsicherheiten im Hinblick auf die Transition sowie für Gedanken an eine Desistenz bzw. Detransition offen sind.

Kapitel VI

Einbeziehung des familiären Beziehungsumfelds und Familiendynamik

Kernaussagen der Einleitung und Leitfrage

- Für gender-nonkonforme Kinder und Jugendliche ist die Akzeptanz ihrer empfundenen Geschlechtsidentität durch ihr familiäres Umfeld eine wichtige Voraussetzung für explorierende Rollenerkundungen.
- Bei anstehenden Entscheidungen bezüglich einer sozialen, juristischen oder ggf. medizinischen Transition sind Jugendliche in der Regel auf die Unterstützung durch die Familie angewiesen.
- Akzeptanz und Unterstützung durch die eigene Familie ist ein bedeutsamer protektiver Faktor für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit GI bzw. GD im Langzeitverlauf.
- Daher kommt dem Einbezug des familiären Umfeldes ein hoher Stellenwert bei der professionellen Begleitung gender-nonkonformer Kinder und Jugendlicher zu, insbesondere, wenn bei Personen des familiären Umfeldes hier Vorbehalte, Unsicherheiten, Ängste oder eine ablehnende Haltung gegenüber dem Thema „trans“ bestehen.

Leitfrage an die Leitlinie:

Welche familiären Konstellationen und Einflussfaktoren sind im Hinblick auf die Notwendigkeit ihrer Exploration und ggf. daraus resultierende Handlungsschritte besonders zu beachten?

Aussagen zum wissenschaftlichen Erkenntnisstand

VI.E1.	Es gibt Belege, dass bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie ein die empfundene Geschlechtsidentität akzeptierendes und unterstützendes familiäres Umfeld einen bedeutsamen protektiven Faktor für die psychische Gesundheit darstellt.
--------	---

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

VI.E2.	Es gibt Anhaltspunkte, dass bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie, die in ihrem familiären Umfeld eine geringe oder fehlende Akzeptanz gegenüber ihrer empfundenen Geschlechtsidentität erfahren, das Risiko für depressive Erkrankungen und Suizidalität sowie für selbstschädigendes Risikoverhalten erhöht ist.
---------------	--

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Empfehlungen

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

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) für eine anderslautende Empfehlung¹⁹:

Sorgeberechtigte und Erziehende **sollen** darüber informiert werden, dass Therapieversuche, die darauf abzielen, das Zugehörigkeitsempfinden des Kindes zu einem Geschlecht entgegen seinem geäußerten Empfinden zu verändern, schädlich **sein können**.

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

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

¹⁹ Begründungen für Sondervoten finden sich im Anhang der Langfassung dieser Leitlinie.

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) für einen stärkeren Empfehlungsgrad²⁰:

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

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

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

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

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

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

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

²⁰ Begründungen für Sondervoten finden sich im Anhang der Langfassung dieser Leitlinie.

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

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Kapitel VII

Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen

Wichtiger Hinweis:

Für Behandelnde, die an Indikationsstellungen für körpermodifizierende medizinischen Interventionen beteiligt sind, wird die vollständige Lektüre der Langfassung dieses Kapitels empfohlen.

Kernaussagen der Einleitung und Leitfragen

- Körpermodifizierende medizinische Interventionen bei Personen mit Geschlechtsinkongruenz (GI) zielen darauf ab, durch Angleichung des körperlichen Erscheinungsbildes an die dauerhaft empfundene Geschlechtsidentität einen anhaltenden körperbezogenen geschlechtsdysphorischen Leidensdruck zu reduzieren bzw. dessen Aggravation zu verhindern.
- Für einen anhaltenden positiven Effekt auf die psychische Gesundheit ist wichtig, dass solche medizinischen Maßnahmen in eine mit Selbstakzeptanz und erfahrener sozialer Akzeptanz einhergehende soziale Transition eingebettet sind.
- Die Indikationsstellung zu diesen Interventionen ist insbesondere im Jugendalter komplex sowie ethisch herausfordernd.

In der Langfassung dieses Kapitel werden die zu berücksichtigenden fachlichen Anforderungen an eine interdisziplinäre Indikationsstellung ausgeführt. Dabei ist zu betonen, dass neben formalen Anforderungen an die fachliche Qualifikation der beteiligten Fachpersonen spezielle Fachkenntnisse und Vorerfahrungen unerlässlich sind.

Empfehlung

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

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Dies kann z.B. in Form einer unabhängigen medizinischen Zweitmeinung, durch eine konsiliarische Mitbeurteilung, durch kollegiale Intervision oder Supervision, oder durch Fallkonferenzen in Qualitätszirkeln etc. erfolgen.

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) für einen stärkeren Empfehlungsgrad²¹:

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

Leitfragen an die Leitlinie:

- Welche Fachexpertise sollte für die Indikationsstellung körpermodifizierender medizinischer Maßnahmen bei einer Geschlechtsinkongruenz im Jugendalter vorausgesetzt werden?
- Was ist bei der Diagnostik der Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie im Jugendalter hinsichtlich einer Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Maßnahmen zu beachten?
- Was ist bei der Diagnostik und Behandlung assoziierter psychischer Störungen hinsichtlich einer Indikationsstellung für medizinische Maßnahmen zu beachten?
- Welche entwicklungsbezogenen diagnostischen Überlegungen sind bei der Indikationsstellung für medizinischer Maßnahmen zu beachten?
- Welche Empfehlungen können für die Abstufung und Reihenfolge der Indikation für verschiedene medizinische Behandlungsschritte gegeben werden?
- Ab welchem Alter oder Reifestadium der Pubertätsentwicklung können welche medizinischen Behandlungsschritte grundsätzlich empfohlen werden?

²¹ Begründungen für Sondervoten finden sich im Anhang der Langfassung dieser Leitlinie.

- Welche Voraussetzungen sind für eine informierte Zustimmung von minderjährigen Patient*innen und ihren Sorgeberechtigten vor einer Indikationsstellung zu körpermodifizierenden Maßnahmen zu prüfen?

Zur Studienlage

In der Langfassung dieses Kapitels wird die Rezeption der Evidenzlage zu pubertätssupprimierenden und geschlechtsangleichenden medizinischen Interventionen im Jugendalter (Stand Oktober 2024) einschließlich derer Limitationen ausführlich dargestellt und diskutiert.

Zusammenfassung der Bewertung der Evidenzlage

Bisherige Ergebnisse nicht-kontrollierter klinischer Kohortenstudien zu hormonellen Interventionen bei Jugendlichen mit diagnostizierter Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie sprechen für ein günstiges Outcome für psychische Gesundheit und Lebenszufriedenheit, wenn eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung Teil der Behandlung war. Die Evidenz hierzu ist unsicher. Im zum Zeitpunkt der finalen Konsentierung dieser Leitlinie aktuellsten systematischen Review zu geschlechtsangleichenden Hormonbehandlungen im Jugendalter, der im Auftrag des *Cass Review für den National Health Service England & Wales* erstellt wurde (Taylor, Mitchell, Hall, Langton, et al., 2024) fassen die Autor*innen die Evidenzlage zu den Effekten auf die psychische Gesundheit wie folgt zusammen²:

„Was die psychische Gesundheit betrifft, so deuten die Belege aus den meisten Prä-Post-Studien darauf hin, dass [geschlechtsangleichende] Hormone nach 12 Monaten Behandlung zu einer Verbesserung von Depressionen, Angstzuständen und anderen psychischen Problemen führen, obwohl es Unstimmigkeiten in Bezug auf Suizidalität und/oder Selbstverletzungen gab, wobei drei von vier Studien eine Verbesserung und eine keine Veränderung meldeten“ (S. 6).

Bei Studien hingegen, in denen die berichtete Intervention nur in einer alleinigen Pubertätsblockade bestand, ließen sich allenfalls schwache Anhaltspunkte für ein günstiges Outcome auf die psychische Gesundheit ableiten. Die diesbezügliche Evidenzlage ist sehr unsicher. Zu bedenken ist, dass die Wirksamkeit einer alleinigen Pubertätsblockade sich nur begrenzt an einer *Verbesserung der psychischen Gesundheit* messen lässt. Deren angestrebte Wirkung besteht vorrangig darin, ein *weiteres Fortschreiten* der Ausbildung sekundärer Geschlechtsmerkmale vorübergehend aufzuhalten

und damit eine *Aggravation des geschlechtsdysphorischen Leidenszustandes* zu verhindern. Somit kann eine Nicht-Verschlimmerung der geschlechtsdysphorischen Stressbelastung im Einzelfall bereits als anzustrebender Behandlungserfolg gelten, wenn die Zeit sinnvoll zur Vorbereitung und Klärung weiterführender Behandlungsentscheidungen genutzt werden kann und durch eine hinreichend kurze Behandlung und deren fachgerechtes endokrinologisches Monitoring (siehe Kapitel VIII. → *Somatische Aspekte hormoneller Behandlungen*) unerwünschte somatische Nebenwirkungen z.B. auf die Knochendichte vermieden werden können. Eine fachgerechte Indikationsstellung setzt im Einzelfall eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung voraus. Dabei sind auch Nutzen und Risiken eines Unterlassens der Behandlung unter Inkaufnahme irreversibel fortschreitender maskulinisierender bzw. feminisierender Körperveränderungen sorgfältig abzuwägen (Deutscher Ethikrat, 2020; Nationale Ethikkommission der Schweiz, 2024).

Die wenigen vorliegenden Studien zu *Langzeitverläufen* von Jugendlichen mit persistierender Geschlechtsdysphorie, die eine *gestufte Behandlung* erhielten, beginnend mit einer Pubertätsblockade im Jugendalter, gefolgt von langjähriger geschlechtsangleichender Hormonbehandlung und späteren geschlechtsangleichenden Operationen, legen einen günstigen Langzeit-Outcome der psychischen Gesundheit nahe. Die Evidenz ist als unsicher zu bewerten.

Statement zum Wissensstand

VII.E1.	Es gibt aus nicht kontrollierten Verlaufsstudien Hinweise dafür, dass sich bei Patient*innen mit im Jugendalter diagnostizierter persistierender Geschlechtsdysphorie, die im Zusammenhang mit einer sozial unterstützten Transition eine gestufte körpermodifizierende Behandlung erhalten, eine langfristige Verbesserung von Lebensqualität und psychischer Gesundheit im Erwachsenenalter zeigt.
----------------	--

Konsensstärke: Konsens (> 75%)

Die DGPPN spricht sich in einem Sondervotum²² für eine Streichung dieser Aussage zum Wissensstand aus²²

²² Begründungen für Sondervoten finden sich im Anhang der Langfassung dieser Leitlinie.

Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Maßnahmen

Angesichts der unsicheren Evidenzlage kann im Einzelfall im Einklang mit einschlägigen medizinethischen Empfehlungen eine medizinisch begründete Indikationsstellung zu körpermodifizierenden medizinischen Maßnahmen bei Jugendlichen mit persistierender Geschlechtsinkongruenz unter bestimmten Voraussetzungen erfolgen. Hierbei ist u.a. das Fehlen wirksamer Behandlungsalternativen sowie die ggf. zu erwartenden gesundheitlichen Folgen einer Nicht-Behandlung zu berücksichtigen. Diese Voraussetzungen für eine Indikationsstellung sind in der Langfassung dieses Kapitels ausgeführt. Die behandelnde Medizin steht hierbei in der Verantwortung, sich als lernendes System zu verstehen und aktiv daran mitzuwirken, dass Forschungslücken geschlossen werden und die Evidenzbasis sich verbessert.

Empfehlungen

VII.K.0b.	Bevor körpermodifizierende medizinische Maßnahmen zur Behandlung einer Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie im Jugendalter eingeleitet werden, sollten Behandelnde Patient*innen und ihre Sorgeberechtigten auf die hohe Relevanz einer klinischen Verlaufsbeobachtung in Form einer hierfür geeigneten medizinischen Nachsorge hinweisen und diese anbieten.
------------------	---

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) für einen stärkeren Empfehlungsgrad²³:

Bevor körpermodifizierende medizinische Maßnahmen zur Behandlung einer Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie im Jugendalter eingeleitet werden, sollen Behandelnde Patient*innen und ihre Sorgeberechtigten auf die hohe Relevanz einer klinischen Verlaufsbeobachtung in Form einer hierfür geeigneten medizinischen Nachsorge hinweisen und diese anbieten.

²³ Begründungen für Sondervoten finden sich im Anhang der Langfassung dieser Leitlinie.

VII.K.0c.	Sofern längsschnittliche wissenschaftliche Verlaufsbeobachtungen (z.B. Registerstudien) zu körpermodifizierenden medizinischen Maßnahmen bei Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie im Jugendalter verfügbar und für die Patient*innen erreichbar sind, sollten Behandelnde darüber informieren und daran mitwirken, dass den Patient*innen eine Studienteilnahme angeboten wird.
-----------	---

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) für einen stärkeren Empfehlungsgrad²⁴:

Sofern klinische Studien oder längsschnittliche wissenschaftliche Verlaufsbeobachtungen (z.B. Registerstudien) zu körpermodifizierenden medizinischen Maßnahmen bei Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie im Jugendalter verfügbar und für die Patient*innen erreichbar sind, **sollen** Behandelnde darüber informieren und daran mitwirken, dass den Patient*innen eine Studienteilnahme angeboten wird.

Sondervotum der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP) für ergänzende Hervorhebungen:

„Eine Indikationsstellung zur Pubertätsblockade bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie soll in interdisziplinärer Zusammenarbeit **und nach genauer Risikoabwägung und detaillierter Aufklärung der Jugendlichen und ihrer Familien erfolgen**. Voraussetzung für diese Indikationsstellung ist eine der Dringlichkeit und Komplexität der Einzelsituation angemessene sorgfältige diagnostische Einschätzung und Abklärung. **Zudem erfordert es eine differenzierte und individuelle Risikoabwägung nach detaillierter Aufklärung der Betroffenen und ihrer Familien** durch eine in der Diagnostik und Behandlung der Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter erfahrene psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson. **Bei den Risiken ist über die «Stand heute» unklare Datenlage mit fehlenden Langzeitstudien unbedingt aufzuklären.**

...

Insgesamt wird die Notwendigkeit weiterer klinischer Studien sehr unterstrichen.“

²⁴ Begründungen für Sondervoten finden sich im Anhang der Langfassung dieser Leitlinie.

Pubertätsblockade mit GnRH-Analoga

Mit einer zeitlich begrenzten Pubertätsblockade mittels GnRH-Analoga, einer Wirkstoffgruppe, die bei Minderjährigen für die Behandlung der Pubertas praecox arzneimittelrechtlich zugelassen ist, lässt sich bei Jugendlichen mit persistierender Geschlechtsinkongruenz die somatosexuelle Reifeentwicklung im jeweils eingetretenen Stadium anhalten, d.h. das Fortschreiten der zunehmend irreversiblen Virilisierung bzw. Feminisierung des körperlichen Erscheinungsbildes (z.B. breite Schultern und tiefe Stimme bei geburtsgeschlechtlichen Jungen oder wachsende Brüste und weibliches Fettverteilungsmuster bei geburtsgeschlechtlichen Mädchen) wird für die Dauer der Behandlung gestoppt. Die Behandlung gilt im Falle ihres Absetzens als vollständig reversibel, d.h. die somatosexuelle Reifung würde in diesem Falle nachgeholt. Für eine medizinisch begründete Indikationsstellung zu einer zeitlich begrenzten Pubertätsblockade ist die Diagnose einer Geschlechtsinkongruenz alleine nicht hinreichend. Hierfür sind die zusätzlich definierten Voraussetzungen zu beachten, zu denen u.a. eine umfassende kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik, die fachgerechte Beachtung etwaiger behandlungsbedürftiger psychischer Störungen sowie eine sorgfältige individualisierte Nutzen-Risiko-Abwägung gehören. Die Indikationsstellung erfordert zudem interdisziplinäre Kooperation und Expertise. Die zu beachtenden medizinischen Sorgfaltssregeln sind in der Langfassung dieses Kapitels ausgeführt.

Empfehlungen

VII.K1.	Eine Indikationsstellung zur Pubertätsblockade bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie soll in interdisziplinärer Zusammenarbeit erfolgen. Voraussetzung für diese Indikationsstellung ist eine der Dringlichkeit und Komplexität der Einzelsituation angemessene sorgfältige diagnostische Einschätzung und Abklärung durch eine in der Diagnostik und Behandlung der Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter erfahrene psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson. Der somatische Teil der Indikation soll im Hinblick auf ihre Voraussetzungen (pubertäres Reifestadium, Abwesenheit von somatischen Kontraindikationen etc.) durch eine erfahrene pädiatrisch-endokrinologische Fachperson erfolgen.
----------------	---

Konsensstärke: starker Konsens (>95%)

Sondervotum der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie (SGKJPP) für ergänzende Hervorhebungen:

„Eine Indikationsstellung zur Pubertätsblockade bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie soll in interdisziplinärer Zusammenarbeit **und nach genauer Risikoabwägung und detaillierter Aufklärung der Jugendlichen und ihrer Familien erfolgen**. Voraussetzung für diese Indikationsstellung ist eine der Dringlichkeit und Komplexität der Einzelsituation angemessene sorgfältige diagnostische Einschätzung und Abklärung. **Zudem erfordert es eine differenzierte und individuelle Risikoabwägung nach detaillierter Aufklärung der Betroffenen und ihrer Familien** durch eine in der Diagnostik und Behandlung der Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter erfahrene psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson. **Bei den Risiken ist über die «Stand heute» unklare Datenlage mit fehlenden Langzeitstudien unbedingt aufzuklären.**
...
Insgesamt wird die Notwendigkeit weiterer klinischer Studien sehr unterstrichen.“

VII.K2.	<p>Die Fachkenntnis der Personen, die den kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutisch-psychotherapeutischen Teil der Indikation für eine Pubertätsblockade bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie stellen, sollte folgende formalen Anforderungen erfüllen:</p> <p>Allgemeine Qualifikationen:</p> <p>Eine der folgenden für das Kindes- und Jugendalter spezifischen Qualifikationen:</p> <p>D:</p> <ul style="list-style-type: none">– fachärztliche Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie– Approbation für Kinder- und Jugendpsychotherapie– fachärztliche Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie <p>CH:</p> <ul style="list-style-type: none">– Fachärzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Foederatio Medicorum Helveticorum/FMH)– Eidgenössisch anerkannte*r Psychotherapeut*in <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none">– Fachärzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Fachärzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin– Eintragung als Psychotherapeut*in mit Weiterbildung in Säuglings-, Kinder- und Jugendpsychotherapie <p>Oder alternativ bei entsprechend ausgewiesener klinischer Expertise in der Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen:</p>
----------------	---

	<p>D:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fachärztliche Gebietsbezeichnung für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – Approbation für Psychologische Psychotherapie <p>CH:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie(FMH) <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fachärzt*in für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Fachärzt*in für Psychiatrie und Neurologie – Eintragung als Psychotherapeut*in, Eintragung als klinische*r Psycholog*in.
--	--

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) für einen stärkeren Empfehlungsgrad²⁵:

Die Fachkenntnis der Personen, die den kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutisch-psychotherapeutischen Teil der Indikation für eine Pubertätsblockade bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie stellen, **soll** folgende formalen Anforderungen erfüllen:

(Auflistung der Qualifikationen gleichlautend)

VII.K3.	Voraussetzung für die Indikation einer Pubertätsblockade soll das Vorliegen einer stabilen/persistierenden Geschlechtsinkongruenz (GI, nach den diagnostischen Kriterien der GI im Jugendalter/ ICD-11 HA60) mit nach Pubertätseintritt entstandenem oder verstärktem geschlechtsdysphorischen Leidensdruck sein. Die sorgfältige diagnostische Einschätzung und Abklärung soll in Zusammenarbeit der in der Diagnostik und Behandlung der Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter erfahrenen psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson mit den Patient*innen und ihren Sorgeberechtigten/Bezugspersonen anhand der Exploration der psychischen Befunde und der Lebensgeschichte erfolgen.
----------------	--

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

²⁵ Begründungen für Sondervoten finden sich im Anhang der Langfassung dieser Leitlinie.

VII.K3a.	Die Begründung für die Indikation einer Pubertätsblockade soll eine ethisch reflektierte auf den Einzelfall bezogene Nutzen-Risiko-Abwägung enthalten, sowohl der vorgesehenen Behandlung, als auch des Nicht-Einleitens dieser Behandlung bzw. eines Abwartens bis zu einem späteren Zeitpunkt.
----------	--

starker Konsens (> 95%)

Einleitung einer Pubertätsblockade bei hoher zeitlicher Dringlichkeit

Empfehlung

VII.K4.	Wenn in Einzelfällen durch die fortschreitende pubertäre Reifeentwicklung ein Zeitdruck entsteht, bei dem zur Abwendung irreversibler Körperveränderungen (z.B. männlicher Stimmwechsel) durch längere Wartezeiten ein gesundheitlicher Schaden zu erwarten wäre, soll ein vorgezogener Zugang zu kinder- und jugendpsychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Abklärung und medizinischen Behandlungsmöglichkeiten möglichst zeitnah gewährt werden.
---------	---

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Gemeinsames Sondervotum von Bundesvereinigung Trans*, Trans-Kinder-Netz e.V. und Verband für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intersexuelle und queere Menschen in der Psychologie e.V. für das Belassen der Empfehlung aus der ursprünglichen Entwurfssfassung der Leitlinie vor Beginn der Konsultationsphase²⁶:

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

²⁶ Begründungen für Sondervoten finden sich im Anhang der Langfassung dieser Leitlinie.

Bedeutung der sexuellen Orientierung und nicht-binärer Selbstbeschreibungen

Wegweisend für die Indikationsstellung ist das klinische Gesamtbild in seinem bisherigen Entwicklungsverlauf sowie die Nutzen-Risiko-Abwägung im Hinblick auf die Alternative einer Nicht-Behandlung oder eines weiteren Abwartens. Insbesondere zu berücksichtigen sind die Ausprägung und anhaltende Dauer der Geschlechtsinkongruenz sowie der geschlechtsdysphorische Leidensdruck. Non-binäre Selbstbeschreibungen oder eine noch fluide erscheinende sexuelle Orientierung können im Jugendalter Ausdruck einer ebenfalls noch fluide erscheinenden Entwicklung der Geschlechtsidentität sein, sind aber per se kein Grund, eine Indikation in Frage zu stellen, wenn ansonsten deren Voraussetzungen gegeben sind.

Empfehlungen

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

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft (DPG) für eine anderslautende Empfehlung²⁷:

Die Indikationsstellung für eine Pubertätsblockade bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie sollte unabhängig von der sexuellen Orientierung getroffen werden.

Dieses Sondervotum, bei der Empfehlung den Bezug zu einem binären Zugehörigkeitsempfinden wegzulassen, wurde gleichlautend auch bei den entsprechenden Empfehlungen zu geschlechtsangleichenden Hormonbehandlungen und chirurgischen Eingriffen abgegeben.

Zwingende Voraussetzung einer Indikationsstellung ist, dass die Pubertät bereits eingetreten ist und sowohl die Persistenz der Geschlechtsinkongruenz, als auch der geschlechtsdysphorische Leidensdruck unter dem Eindruck der eingetretenen Pubertät klinisch beurteilt werden kann.

²⁷ Begründungen für Sondervoten finden sich im Anhang der Langfassung dieser Leitlinie.

Empfehlungen:

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

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

VII.K7.	Die Indikation für eine Pubertätsblockade kann bei entsprechendem Wunsch auch in einem späteren Pubertätsstadium gestellt werden. Dies kann bei noch nicht bestehender Indikation für eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung zum Gewinnen von Zeit für die Entscheidung für oder gegen weitere Behandlungsschritte und zur Minderung des Leidensdrucks sinnvoll sein.
----------------	--

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Während im Jugendalter vor Beginn einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung mit Östrogen bzw. Testosteron hinreichende Erfahrungen mit sozialen Rollenerprobungen in der empfundenen Geschlechtsidentität zur Überprüfung u.a. von deren sozialer Lebbarkeit dringend empfohlen werden (siehe weiter unten), kann die vorübergehende pubertätsaufhaltende Behandlung mit GnRH-Analoga in Fällen, in denen ein sozialer Rollenwechsel noch nicht vollzogen wurde, zur Vorbereitung entsprechender sozialer Rollenerprobungen genutzt werden.

Empfehlung:

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

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Diagnostik und Behandlung assoziierter oder koinzidenter psychischer Störungen

Vor einer Indikationsstellung zu einer Pubertätsblockade ist eine sorgfältige kinder- und Jugendpsychiatrische Untersuchung zwingend erforderlich, damit etwaige assoziierte oder koinzidente psychische Störungen nicht übersehen bzw. ggf. rechtzeitig erkannt und fachgerecht diagnostiziert und behandelt werden können. Die Empfehlungen hierzu sind im → Kapitel IV zu *Assoziierten psychischen Störungen* ausgeführt.

Wichtige Aspekte der Aufklärung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit

Zu den Voraussetzungen einer informierten Zustimmung Minderjähriger in eine gewünschte Behandlung gehört neben einer umfassenden medizinischen Aufklärung über den erwartbaren Nutzen sowie mögliche Risiken und Nebenwirkungen unter enger Einbeziehung der Sorgeberechtigten u.a. die individuelle Feststellung der Einwilligungsfähigkeit der minderjährigen Person. Die hierbei zu prüfenden Kriterien sowie die zu berücksichtigende Rechtslage sind in der Langfassung dieser Leitlinie in → Kapitel X zu *Ethik und Recht* ausgeführt. Ein Co-Konsens der Sorgeberechtigten ist hierbei als Standard anzustreben. In Fällen, in denen dies nicht gelingt, werden familientherapeutische Interventionen dringend empfohlen.

Empfehlungen

VII.K9.	Die Indikationsstellung für eine Pubertätsblockade soll die Prüfung der Einwilligungsfähigkeit (D) / Urteilsfähigkeit (CH) / Entscheidungsfähigkeit (A) der behandlungssuchenden minderjährigen Person durch eine kinder- und jugendpsychiatrische bzw. psychotherapeutische Fachperson beinhalten. Bei nicht hinreichender Einwilligungsfähigkeit / Urteilsfähigkeit / Entscheidungsfähigkeit sollte die minderjährige Person durch die involvierten Fachpersonen in der Ausbildung dieser Fähigkeit gefördert werden.
----------------	---

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

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

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) für einen stärkeren Empfehlungsgrad²⁸:

Bei gegebener Einwilligungsfähigkeit (D)/Urteilsfähigkeit (CH) /Entscheidungsfähigkeit (A) der minderjährigen Person **soll** ein Co-Konsens der Sorgeberechtigten angestrebt werden.

²⁸ Begründungen für Sondervoten finden sich im Anhang der Langfassung dieser Leitlinie.

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

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) für eine anderslautende Empfehlung mit stärkerem Empfehlungsrad²⁹:

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

Geschlechtsangleichende Hormonbehandlung (GAH) mit Östrogen/Testosteron

Eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung zielt primär auf die Ausbildung sekundärer Geschlechtsmerkmale, die mit dem empfundenen Geschlecht kongruent erlebt werden. Damit soll die körperbezogene geschlechtsdysphorische Stressbelastung dauerhaft reduziert sowie die Körperzufriedenheit und Lebensqualität sich verbessern. Zur fachlichen Verantwortung von Behandelnden bei der Indikationsstellung gehört neben der Diagnosestellung u.a. die Feststellung der Einwilligungsfähigkeit sowie die Heranführung minderjähriger Patient*innen und deren Sorgeberechtigte an informierte Behandlungsentscheidungen, die eine immense Tragweite für die Zukunft implizieren. Bei der vorzunehmenden individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung sind nach einschlägigen medizinethischen Maßgaben (s. Deutscher Ethikrat, 2020; Schweizer Nationale

²⁹ Begründungen für Sondervoten finden sich im Anhang der Langfassung dieser Leitlinie.

Ethikkommission für die Humanmedizin, 2024) die Implikationen einer Nicht-Behandlung bzw. eines weiteren Abwartens unter Inkaufnahme einer anhaltenden oder aggravierenden geschlechtsdysphorischen Stressbelastung zu berücksichtigen.

Empfehlungen

VII.K12.	<p>Die Indikationsstellung zur geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie soll in interdisziplinärer Kooperation erfolgen. Voraussetzung für eine Indikationsstellung ist eine der Dringlichkeit und Komplexität der Einzelsituation angemessene sorgfältige diagnostische Einschätzung und Abklärung durch eine in der Diagnostik und Behandlung der Geschlechtsdysphorie im Jugendalter erfahrene psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson. Der somatische Teil der Indikationsstellung soll im Hinblick auf ihre Voraussetzungen (pubertäres Reifestadium, Abwesenheit von somatischen Kontraindikationen etc.) durch eine in der Behandlung von Jugendlichen erfahrene endokrinologische Fachperson erfolgen.</p>
-----------------	---

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Ergänzende Sondervoten der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE):

Die Fachkenntnis der Person, die den endokrinologischen Teil der Indikation stellt sowie die endokrinologische Betreuung während einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie übernimmt, sollte eine der folgenden formalen Anforderungen erfüllen (Bezeichnungen für Deutschland):

- fachärztliche Gebietsbezeichnung für Pädiatrie mit Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugendendokrinologie und Diabetologie
- fachärztliche Gebietsbezeichnung für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- fachärztliche Gebietsbezeichnung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

Wir befürworten, dass die Indikationsstellung bei komplexen Fragestellungen wie beispielsweise im jungen Alter, bei vorhandenen psychischen Komorbiditäten oder bei erst seit kurzem bestehenden Bewusstwerden der Geschlechtsdysphorie durch eine zweite in der Diagnostik und Behandlung der Geschlechtsdysphorie im Jugendalter erfahrene psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson bestätigt wird im Sinne eines 4-Augen Prinzips.

VII.K13.	<p>Die Fachkenntnis der Personen, die den kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutisch-psychotherapeutischen Teil der Indikation für eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie stellen, sollte folgende formalen Anforderungen erfüllen:</p> <p>Eine der folgenden für das Jugendalter spezifischen Qualifikationen:</p> <p>D:</p> <ul style="list-style-type: none"> – fachärztliche Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie – Approbation für Kinder- und Jugendpsychotherapie – fachärztliche Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie <p>CH:</p> <ul style="list-style-type: none"> – FMH-Titel Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie – Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeut*in <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fachärzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Fachärzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin – Eintragung als Psychotherapeut*in mit Weiterbildung in Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie <p>oder alternativ bei entsprechend klinischer Expertise in der Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen:</p> <p>D:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fachärztliche Gebietsbezeichnung für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – Approbation für Psychologische Psychotherapie <p>CH:</p> <ul style="list-style-type: none"> – FMH-Titel Psychiatrie und Psychotherapie <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fachärzt*in für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Fachärzt*in für Psychiatrie und Neurologie – Eintragung als Psychotherapeut*in, Eintragung als klinische*r Psycholog*in
-----------------	--

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) für einen stärkeren Empfehlungsgrad³⁰:

Die Fachkenntnis der Personen, die den kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutisch-psychotherapeutischen Teil der Indikation für eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie stellen, **soll** folgende formalen Anforderungen erfüllen:

Eine der folgenden für das Jugendalter spezifischen Qualifikationen:

(Auflistung der Qualifikationen gleichlautend)

VII.K14.	Voraussetzung für die Indikation einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung soll das Vorliegen einer stabilen/persistierenden Geschlechtsinkongruenz (nach den diagnostischen Kriterien der GI im Jugendalter/ ICD-11 HA60) mit nach Pubertätseintritt vorhandenem geschlechtsdysphorischem Leidensdruck bei mehrjährigem transgeschlechtlichem Empfinden sowie der damit einhergehende Wunsch nach der Ausbildung der durch die Hormonbehandlung zu erwartenden geschlechtsspezifischen körperlichen Veränderungen sein. Die sorgfältige diagnostische Einschätzung soll in Zusammenarbeit der in der Diagnostik und Behandlung der Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter erfahrenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachperson mit den Patient*innen und ihren Sorgeberechtigten/Bezugspersonen anhand der Exploration der psychischen Befunde und der Lebensgeschichte erfolgen.
-----------------	--

Konsensstärke: Konsens (> 75%)

³⁰ Begründungen für Sondervoten finden sich im Anhang der Langfassung dieser Leitlinie.

Gemeinsames Sondervotum Bundesvereinigung Trans*, Trans-Kinder-Netz e.V. und Verband für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intersexuelle und queere Menschen in der Psychologie e.V. für das Belassen der Empfehlung aus der ursprünglichen Entwurfssatzung der Leitlinie vor Beginn der Konsultationsphase³¹:

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

VII.K14a.	Die Begründung für die Indikation einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung soll eine ethisch reflektierte auf den Einzelfall bezogene Nutzen-Risiko-Abwägung enthalten, sowohl der vorgesehenen Behandlung, als auch des Nicht-Einleitens dieser Behandlung bzw. eines Abwartens bis zu einem späteren Zeitpunkt.
-----------	--

Konsensstärke: starker Konsens (>95 %)

2.1.1. Nicht-binäre Geschlechtsidentitäten und fluide sexuelle Orientierung im Jugendalter

Wegweisend für die Indikationsstellung ist das klinische Gesamtbild in seinem bisherigen Entwicklungsverlauf sowie die Nutzen-Risiko Abwägung der Behandlung gegenüber der Alternative einer Nicht-Behandlung oder eines weiteren Abwartens. Insbesondere zu berücksichtigen sind die Stabilität/Persistenz der Geschlechtsinkongruenz sowie der damit verbundene geschlechtsdysphorische Leidenszustand. Non-binäre Selbstbeschreibungen oder eine noch fluide erscheinende sexuelle Orientierung können im Jugendalter mit einer ebenfalls noch fluide erscheinenden Entwicklung der Geschlechtsidentität einhergehen, sie sind aber per se kein Grund, eine Indikation in Frage zu stellen, wenn ansonsten deren Voraussetzungen gegeben sind.

³¹ Begründungen für Sondervoten finden sich im Anhang der Langfassung dieser Leitlinie.

Empfehlung

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

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft (DPG) für eine anderslautende Empfehlung (ohne den Hinweis auf non-binäre Selbstbeschreibung)³²:

„Die Indikationsstellung für eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung sollte unabhängig von der sexuellen Orientierung der Patient*innen getroffen werden.“

Geschlechtsangleichende Hormonbehandlung ohne vorausgehende Pubertätsblockade

In früheren endokrinologischen Leitlinien (z.B. Hembree et al., 2017) wurde empfohlen, bei Jugendlichen mit persistierender Geschlechtsdysphorie vor Erreichen des 18. Lebensjahres grundsätzlich immer für mindestens ein Jahr mit Pubertätsblockern zu behandeln, bevor eine geschlechtsangleichende Behandlung indiziert werden kann. Dies ist bei fortgeschrittener Pubertätsentwicklung in den meisten Fällen nicht sinnvoll, da der Nutzen, der darin besteht, irreversible Körperveränderungen abzuwenden, minimal ist, wohingegen menopausale Nebenwirkungen und Risiken hinsichtlich der Verminderung der Knochendichte meist überwiegen.

Empfehlung

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

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

³² Begründungen für Sondervoten finden sich im Anhang der Langfassung dieser Leitlinie.

Soziale Rollenerprobung im empfundenen Geschlecht

Empfehlung

VII.K17.	Zur Vorbereitung einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung sollte eine soziale Erprobung der gewünschten Geschlechtsrolle erfolgen, sofern dies mit dem Diskriminierungsschutz vereinbar ist. In Fällen, in denen die soziale Unterstützung durch das Umfeld nicht ausreicht, sollte eine psychotherapeutische Begleitung des Transitionsprozesses angeboten werden.
-----------------	--

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Berücksichtigung assoziierter psychischer Störungen

Empfehlung

VII.K18.	Besteht vor einer Indikationsstellung einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung eine über den geschlechtsdysphorischen Leidensdruck hinausgehende koinzidente psychische Störung, die mit der Behandlung interferiert, sollte in einem integrierten bzw. vernetzten Behandlungskonzept eine fachgerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Intervention empfohlen und angeboten werden. Dabei sollen im Dialog mit dem/der Patient*in die Behandlungsschritte priorisiert werden.
-----------------	--

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) für einen stärkeren Empfehlungsgrad³³:

Besteht vor einer Indikationsstellung einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung eine über den geschlechtsdysphorischen Leidensdruck hinausgehende koinzidente psychische Störung, die mit der Behandlung interferiert, **soll** in einem integrierten bzw. vernetzten Behandlungskonzept eine fachgerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Intervention empfohlen und angeboten werden. Dabei sollen im Dialog mit dem/der Patient*in die Behandlungsschritte priorisiert werden.

³³ Begründungen für Sondervoten finden sich im Anhang der Langfassung dieser Leitlinie.

Wichtige Inhalte der Aufklärung und informierte Zustimmung

Empfehlungen

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

starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) für einen stärkeren Empfehlungsgrad³⁴:

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

³⁴ Begründungen für Sondervoten finden sich im Anhang der Langfassung dieser Leitlinie.

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

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Familiäre Unterstützung und Zustimmung Sorgeberechtigter

Empfehlungen

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

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) für einen stärkeren Empfehlungsgrad³⁵:

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

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

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

³⁵ Begründungen für Sondervoten finden sich im Anhang der Langfassung dieser Leitlinie.

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) für einen stärkeren Empfehlungsgrad³⁶:

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

Geschlechtsangleichende Operationen im Jugendalter

Geschlechtsangleichende Operationen bei Patient*innen mit Geschlechtsinkongruenz/ Geschlechtsdysphorie sind irreversible Maßnahmen, welche erhebliche und dauerhafte Konsequenzen für die Gesundheit der Betroffenen haben können, sowohl im positiven Sinne einer Reduzierung des vorbestehenden Leidenszustandes, als auch im negativen Sinne bei medizinischen Komplikationen oder im Falle eines späteren Bereuens der durchgeführten Operation. Operative Eingriffe zur Genitalangleichung werden erst nach Erreichen des 18. Lebensjahres empfohlen. In dieser Leitlinie werden daher nur Empfehlungen für das Vorgehen bei der Indikationsstellung für geschlechtsangleichende plastisch-chirurgische Eingriffe an der Brust ausgeführt.

Empfehlungen

VII.K23.	Die Indikationsstellung einer geschlechtsangleichenden Mastektomie oder operativen Brustverkleinerung bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie soll in interdisziplinärer Kooperation erfolgen. Voraussetzung für eine Indikationsstellung ist eine der Dringlichkeit und Komplexität der Einzelsituation angemessene sorgfältige diagnostische Einschätzung und Abklärung durch eine in der Diagnostik und Behandlung der Geschlechtsdysphorie im Jugendalter erfahrene psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson. Der somatische Teil der Indikationsstellung soll im Hinblick auf ihre Voraussetzungen durch eine erfahrene Fachperson aus der operativen Medizin gestellt werden.
-----------------	--

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

³⁶ Begründungen für Sondervoten finden sich im Anhang der Langfassung dieser Leitlinie.

VII.K24.	<p>Die Qualifikation der Fachperson für den jugendpsychiatrisch-psychotherapeutisch-psychotherapeutischen Teil der Indikationsstellung einer geschlechtsangleichenden Mastektomie oder Brustverkleinerung Operation bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie sollte folgende Anforderungen erfüllen:</p> <p>Eine der folgenden für das Kindes- und Jugendalter spezifischen Qualifikationen:</p> <p>D:</p> <ul style="list-style-type: none"> – fachärztliche Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie – Approbation für Kinder- und Jugendpsychotherapie – fachärztliche Gebietsbezeichnung für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie <p>CH:</p> <ul style="list-style-type: none"> – FMH-Titel Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie – Eidgenössisch anerkannte*r Psychotherapeut*in <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fachärzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Fachärzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin – Eintragung als Psychotherapeut*in mit Weiterbildung in Säuglings-, Kinder- und Jugendpsychotherapie <p>Oder alternativ bei entsprechend ausgewiesener klinischer Expertise in der Diagnostik und Behandlung von Jugendlichen:</p> <p>D:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fachärztliche Gebietsbezeichnung für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – Approbation für Psychologische Psychotherapie <p>CH:</p> <ul style="list-style-type: none"> – FMH-Titel Psychiatrie und Psychotherapie <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fachärzt*in für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Fachärzt*in für Psychiatrie und Neurologie – Eintragung als Psychotherapeut*in, Eintragung als klinische*r Psycholog*in
-----------------	--

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) für einen stärkeren Empfehlungsgrad³⁷:

Die Qualifikation der Fachperson für den jugendpsychiatrisch-psychotherapeutischen Teil der Indikationsstellung einer geschlechtsangleichenden Mastektomie oder Brustverkleinerung bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie **soll** folgende Anforderungen erfüllen:

Eine der folgenden für das Kindes- und Jugendalter spezifischen Qualifikationen:

(Auflistung der Qualifikationen gleichlautend)

VII.K25.	Voraussetzung für die Indikation einer geschlechtsangleichenden Mastektomie oder operativen Brustverkleinerung soll das Vorliegen einer seit mehreren Jahren stabilen/persistierenden Geschlechtsinkongruenz (nach den diagnostischen Kriterien der GI im Jugendalter/ ICD-11: HA60) mit geschlechtsdysphorischem Leidensdruck verbunden mit dem klaren Wunsch nach einer Veränderung des zu operierenden Organs bzw. Merkmals sein. Die sorgfältige diagnostische Einschätzung der Stabilität/Persistenz der Geschlechtsinkongruenz und des Behandlungswunsches soll in Zusammenarbeit der in der Diagnostik und Behandlung der Geschlechtsdysphorie im Jugendalter erfahrenen psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson mit den Patient*innen und ihren Sorgeberechtigten anhand der sorgfältigen Exploration der psychischen Befunde und der Lebensgeschichte erfolgen.
Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)	

VII.K25a.	Die Begründung für die Indikation einer geschlechtsangleichenden Mastektomie oder operativen Brustverkleinerung soll eine ethisch reflektierte und auf den Einzelfall bezogene Nutzen-Risiko-Abwägung enthalten, sowohl des vorgesehenen Eingriffs, als auch des Nicht-Vornehmens dieses Eingriffs bzw. eines Abwartens bis zu einem späteren Zeitpunkt.
Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)	

³⁷ Begründungen für Sondervoten finden sich im Anhang der Langfassung dieser Leitlinie.

Vorgehen bei Jugendlichen mit non-binärer Geschlechtsidentität

Es gibt bisher keine hinreichenden klinischen Erfahrungen sowie keine Studien mit durchgeführten brustchirurgischen Eingriffen bei Jugendlichen mit non-binärer Identität und Geschlechtsdysphorie. Non-binäre Personen sind in den handlungsleitenden diagnostischen Konzeptualisierungen der Geschlechtsinkongruenz nach ICD-11 sowie der Geschlechtsdysphorie nach DSM-5 ausdrücklich inkludiert und dürfen deshalb nicht von einer Behandlung ausgeschlossen werden. Gleichwohl kann derzeit für Jugendliche mit non-binärer Identität unter 18 Jahren derzeit keine Leitlinienempfehlung für brustchirurgische Eingriffe gegeben werden.

Sondervotum Bundesvereinigung Trans*, Trans-Kinder-Netz e.V. und Verband für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intersexuelle und queere Menschen in der Psychologie e.V. für das Belassen der Empfehlung aus der ursprünglichen Entwurfssatzung der Leitlinie vor Beginn der Konsultationsphase³⁸:

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

Empfehlungen

VII.K26.	Zur Vorbereitung einer geschlechtsangleichenden Mastektomie oder Brustverkleinerung bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie sollte eine soziale Erprobung der gewünschten Geschlechtsrolle erfolgen, sofern dies mit dem Diskriminierungsschutz vereinbar ist. In Fällen, in denen die soziale Unterstützung durch das Umfeld nicht ausreicht, sollte eine psychotherapeutische Begleitung des Transitionsprozesses angeboten werden.
-----------------	---

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) für einen stärkeren Empfehlungsgrad³⁹:

Zur Vorbereitung einer geschlechtsangleichenden Mastektomie oder Brustverkleinerung bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie sollte eine soziale Erprobung der gewünschten Geschlechtsrolle erfolgen, sofern dies mit dem

^{38, 39} Begründungen für Sondervoten finden sich im Anhang der Langfassung dieser Leitlinie.

Diskriminierungsschutz vereinbar ist. In Fällen, in denen die soziale Unterstützung durch das Umfeld nicht ausreicht, **soll** eine psychotherapeutische Begleitung des Transitionsprozesses angeboten werden.

VII.K27.	In begründeten Einzelfällen kann eine geschlechtsangleichende Mastektomie oder brustverkleinernde Operation bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie ohne vorherige geschlechtsangleichende Hormonbehandlung erwogen werden.
----------	---

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Diagnostik und Behandlung assoziierter psychischer Störungen

Empfehlung

VII.K28.	Besteht vor einer Indikationsstellung einer geschlechtsangleichenden Mastektomie bzw. Brustverkleinerung eine über den geschlechtsdysphorischen Leidensdruck hinausgehende koinzidente psychische Störung, die mit der Behandlung interferiert, sollte in einem integrierten bzw. vernetzten Behandlungskonzept eine fachgerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Intervention empfohlen werden.
----------	---

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) für einen stärkeren Empfehlungsgrad⁴⁰:

Besteht vor einer Indikationsstellung einer geschlechtsangleichenden Mastektomie bzw. Brustverkleinerung eine über den geschlechtsdysphorischen Leidensdruck hinausgehende koinzidente psychische Störung, die mit der Behandlung interferiert, sollte in einem integrierten bzw. vernetzten Behandlungskonzept eine fachgerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Intervention empfohlen werden. **Dabei sollen im Dialog mit dem/der Patient*in die Behandlungsschritte priorisiert werden.**

⁴⁰ Begründungen für Sondervoten finden sich im Anhang der Langfassung dieser Leitlinie.

Wichtige Inhalte der Aufklärung und informierte Zustimmung

Empfehlungen

VII.29.	Die Indikationsstellung für operative Maßnahmen zur Geschlechtsangleichung bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie soll die Prüfung der Einwilligungsfähigkeit (D) / Urteilsfähigkeit (CH) / Entscheidungsfähigkeit (A) des/der Patient*in durch eine jugendpsychiatrisch-psychotherapeutisch-psychotherapeutische Fachperson beinhalten. Bei nicht hinreichender Einwilligungsfähigkeit (D)/ Urteilsfähigkeit (CH)/ Entscheidungsfähigkeit (A) sollte die minderjährige Person darin gefördert werden, diese Fähigkeit zu erlangen.
----------------	--

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

VII.K30.	Bei gegebener Einwilligungsfähigkeit (D)/ Urteilsfähigkeit (CH)/ Entscheidungsfähigkeit (A) der minderjährigen Person sollte ein Co-Konsens der Sorgeberechtigten angestrebt werden.
-----------------	--

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) für einen stärkeren Empfehlungsgrad⁴¹:

Bei gegebener Einwilligungsfähigkeit (D)/ Urteilsfähigkeit (CH)/ Entscheidungsfähigkeit (A) der minderjährigen Person **soll** ein Co-Konsens der Sorgeberechtigten angestrebt werden.

VII.K31.	In Fällen, in denen kein Co-Konsens zwischen Patient*in und Sorgeberechtigten besteht, sollte eine intensive Prozessbegleitung des Familiensystems durch eine geeignete Fachperson angeboten werden mit dem Ziel, dass eine Unterstützung des/der Patient*in ermöglicht wird. Eine solche Prozessbegleitung wird nur empfohlen, wenn hierdurch keine schädlichen Auswirkungen auf das gesundheitliche/psychische Wohl des/der Patient*in zu erwarten sind.
-----------------	--

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

⁴¹ Begründungen für Sondervoten finden sich im Anhang der Langfassung dieser Leitlinie.

Empfohlene Inhalte eines Indikationsschreibens

In einem Indikationsschreiben einer psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Fachperson für eine körpermodifizierende medizinische Intervention bei einer persistierenden Geschlechtsinkongruenz im Jugendalter sollten zu folgenden Punkten inhaltliche Angaben enthalten sein, die für die Mitbehandelnden, die den somatischen Teil einer interdisziplinär zu stellenden Indikation ärztlich verantworten, nachvollziehbar sind:

- ethische Einzelfallabwägung unter Berücksichtigung des zu erwartenden Nutzens und der potenziellen Risiken der Behandlung sowie der Nicht-Behandlung mit individueller Begründung der Notwendigkeit der indizierten Maßnahme
- diagnostische Einschätzung einer stabilen/persistierenden Geschlechtsinkongruenz nebst Begründung aus dem bisherigen Entwicklungsverlauf
- früherer und bestehender bzw. antizipierter geschlechtsdysphorischer Leidensdruck
- bisherige bzw. geplante soziale Rollenerprobungen bzw. soziale Transition
- psychischer Gesundheitszustand und ggf. begleitende psychische Gesundheitsprobleme oder Störungen
- im Falle koinzidenter psychischer Störung: erfolgte Diagnostik und diagnostische Einschätzung der Interdependenz mit der Geschlechtsdysphorie (individuelles Störungsmodell) sowie integrierter Behandlungsplan
- anhaltender und reflektierter Wunsch nach medizinischer Intervention
- differenzierte Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit (D)/ Entscheidungsfähigkeit (A)/ Urteilsfähigkeit (CH) auf Basis informierter Zustimmung zu gewünschter Behandlung
- Informiertheit zu möglicher Perspektive einer späteren Detransition
- erfolgte Aufklärung zu möglichen Auswirkungen der Behandlung auf die spätere Fertilität und Möglichkeiten der Fertilitätsprotektion
- erfolgte Aufklärung über mögliche Risiken der Behandlung (z.B. Diskriminierungsrisiko, Detransitionsrisiko)
- Angaben zur Unterstützung des familiären und sozialen Umfeldes für den weiteren Weg der Transition inkl. Co-Konsens der Sorgeberechtigten

Kapitel VIII

Somatische Aspekte hormoneller Interventionen

1. Einleitung und Leitfragen

Für hormonelle Interventionen zur gestuften Behandlung von Jugendlichen mit diagnostisch gesicherter persistierender GI bzw. GD ist die Abwägung von erwartetem Nutzen und zu bedenkenden Risiken einzelfallbezogen vorzunehmen. Dabei ist u.a. das Stadium der pubertären Reife bei Beginn einer Behandlung sowie das Ausmaß und die Dauer des geschlechtsdysphorischen Leidensdruckes zu berücksichtigen. Wird eine Pubertätsblockade als erster Schritt einer gestuften Behandlung erwogen, ist deren geplante zeitliche Begrenzung zur Minimierung unerwünschter Wirkungen wichtig.

Leitfragen an die Leitlinie:

- Welche somatischen Aspekte sind beim endokrinologischen Teil der Indikationsstellung, Aufklärung und individuellen Planung von hormonellen Interventionen im Jugendalter zu berücksichtigen?
- Kann die Behandlung mit GnRH-Analoga zur Pubertätssuppression bei Jugendlichen mit persistierender Geschlechtsinkongruenz/Geschlechtsdysphorie im Hinblick auf bekannte Risiken als hinreichend sicher angesehen werden?
- Kann die geschlechtsangleichende Hormonbehandlung mit Testosteron bzw. Östrogen bei Jugendlichen mit persistierender Geschlechtsinkongruenz/Geschlechtsdysphorie im Hinblick auf bekannte Risiken als hinreichend sicher angesehen werden?

In der Langfassung dieses Kapitels wird die Vorgehensweise bei hormonellen Behandlungen einschließlich, gängiger Dosierungsempfehlungen und wichtiger Laborkontrollen ausgeführt. Auch die folgenden möglichen Auswirkungen hormoneller Behandlungen, über die Patient*innen und deren Sorgeberechtigten eingehend aufzuklären sind, werden in diesem Kapitel erläutert:

- mögliche Auswirkungen auf die Wachstumsprognose
- mögliche Auswirkungen auf die spätere Fertilität
- mögliche Auswirkungen auf den juvenilen Knochenstoffwechsel
- mögliche Auswirkungen auf die spätere sexuelle Empfindungsfähigkeit
- mögliche Auswirkungen auf die spätere Durchführbarkeit genitalangleichender Operationen

Behandlung mit GnRH-Analoga (Pubertätsblocker)

Empfehlungen

VIII.K1.	Vor Beginn einer pubertätsunterbrechenden oder geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung soll über eine infolge der Behandlung möglicherweise eingeschränkte Fertilität und die Möglichkeit von fruchtbarkeitserhaltenden Maßnahmen aufgeklärt werden.
-----------------	--

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

VIII.K2.	Die Dauer der pubertätsunterdrückenden Behandlung soll einzelfallbezogen zeitlich begrenzt werden, um potenziell unerwünschte somatische Langzeiteffekte, insbesondere auf die Knochenmineralisation, zu minimieren. Die Empfehlung über eine vertretbare Dauer der Behandlung soll in Kooperation zwischen der endokrinologischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachperson erfolgen.
-----------------	---

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

VIII.K3.	Vor einer Behandlung mit GnRH-Analoga zur Pubertätssuppression soll über mögliche Nebenwirkungen, wie Hitzewallungen und – bei mehrjähriger Behandlung – die Entwicklung einer Osteoporose aufgeklärt werden.
-----------------	---

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Alternativen zu einer Pubertätssuppression vor Einleitung einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung

Empfehlungen

VIII.K4.	Bei bereits weitgehend abgeschlossener Pubertätsentwicklung können bei trans Jungen mit Geschlechtsdysphorie zur Unterdrückung von Periodenblutungen gestagenhaltige Pillen im Langzeitzyklus eingesetzt werden.
-----------------	--

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

VIII.K5.	Zur Reduktion der Androgenwirkungen bei trans weiblichen Jugendlichen mit persistierender Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie und weitgehend abgeschlossener Pubertätsentwicklung können Antiandrogene eingesetzt werden.
-----------------	--

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Geschlechtsangleichende Hormonbehandlung bei trans-männlichen Jugendlichen

Empfehlungen

VIII.K6.	Bei einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung mit Testosteron sollten Wachstum und Skeletalalter berücksichtigt werden. Bei trans männlichen Jugendlichen im Wachstum kann unter Berücksichtigung der Wachstumsprognose die Dosierung von Testosteron ggf. langsamer gesteigert werden als bei bereits ausgewachsenen Jugendlichen.
-----------------	---

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) für einen stärkeren Empfehlungsgrad⁴²:

Bei einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung mit Testosteron **sollen** Wachstum und Skeletalalter berücksichtigt werden. Bei trans männlichen Jugendlichen im Wachstum kann unter Berücksichtigung der Wachstumsprognose die Dosierung von Testosteron ggf. langsamer gesteigert werden als bei bereits ausgewachsenen Jugendlichen.

VIII.K7.	Bei auftretenden Blutungen unter Testosteronbehandlung sollte die Ursache sorgsam evaluiert werden. Es kann überlappend additiv ein Gestagenpräparat oder GnRH-Analogen eingesetzt werden, um die Regelblutung zu unterdrücken.
-----------------	---

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) für einen stärkeren Empfehlungsgrad⁴³:

⁴² Begründungen für Sondervoten finden sich im Anhang der Langfassung dieser Leitlinie.

⁴³ Begründungen für Sondervoten finden sich im Anhang der Langfassung dieser Leitlinie.

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

Geschlechtsangleichende Hormonbehandlung bei trans-weiblichen Jugendlichen

Empfehlung

VIII.K8.	Ethinylestradiol kann zum Einsatz kommen, wenn bei nicht ausgewachsenen trans Mädchen der Wunsch besteht, die Endgröße durch einen beschleunigten Epiphysenverschluss zu begrenzen.
-----------------	---

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Kapitel IX

Professionelle Interaktion und diskriminierungssensibler Umgang mit gender-nonkonformen Kindern und Jugendlichen

1. Einleitung und Leitfragen

Junge trans Personen stellen eine Minderheit dar und können daher von spezifischen Erfahrungen mit sozialer Marginalisierung oder Diskriminierung betroffen sein. Insofern ist es für professionell Helfende wichtig, sich für den sozialen Kontext des Aufwachsens dieser Kinder und Jugendlichen zu sensibilisieren und dabei u.a. auf stattgehabte Diskriminierungserfahrungen zu achten. Wenn gender-nonkonforme Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern Diskriminierungserfahrungen gemacht haben, kann dies den Beziehungsaufbau im psychotherapeutischen und medizinischen Setting erschweren. Daher ist es für professionell Helfende wichtig, über diese Erfahrungen sowie über deren Bedingungsfaktoren und Folgen informiert zu sein. In der Langfassung dieses Kapitels wird der empirische Wissensstand zu dieser Thematik diskutiert und es werden daraus Empfehlungen für eine diskriminierungssensible Praxis sowie für strukturelle antidiskriminatorische Maßnahmen (z.B. patient*innenorientiertes Aufrufen im Wartezimmer) abgeleitet.

Leitfragen an die Leitlinie:

- Welche Rolle spielen Erfahrungen von Behandlungssuchenden⁴⁴ mit Diskriminierung für den Prozess von Beratung und Behandlung bei der Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen?
- Worauf können und sollten professionell Helfende im Prozess von Beratung und Behandlung diesbezüglich achten?

⁴⁴ Im Text der Leitlinie wird die Bezeichnung „Patient/Patientin“ im sozialrechtlichen Sinne für junge Personen verwendet, die eine Gesundheitsdienstleistung in Anspruch nehmen. Der Begriff „Behandlungssuchende“ umfasst hingegen auch die sorgeberechtigten Bezugspersonen, die bei dieser Inanspruchnahme beteiligt sind.

Aussagen zum wissenschaftlichen Erkenntnisstand

IX. E1.	Es gibt aus Befragungsstudien Belege, dass minderjährige trans Personen und ihre Erziehungsberechtigten häufig von vielfältigen Diskriminierungserfahrungen in verschiedenen Lebensbereichen berichten, auch im Gesundheitswesen.
----------------	---

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

IX. E2.	Es gibt Hinweise, dass Diskriminierungserfahrungen minderjähriger trans Personen und ihrer Erziehungsberechtigten nicht nur in der individuellen Interaktion mit Behandelnden gemacht werden, sondern auch auf struktureller und institutioneller Ebene.
----------------	--

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

IX. E3.	Bei berichteten Diskriminierungserfahrungen minderjähriger trans Personen und ihrer Erziehungsberechtigten im Gesundheitswesen gibt es zudem Anhaltspunkte dafür, dass diese häufig nicht durch bewusste oder intendierte Haltungen von Behandelnden bedingt sind, sondern durch unzureichendes Fachwissen und/oder fachliche Unsicherheit entstehen können.
----------------	--

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Empfehlungen

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

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

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

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

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

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

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

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

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

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

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

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Kapitel X

Hinweise zu den rechtlichen Grundlagen und ethischen Maßgaben für die Behandlung Minderjähriger mit Geschlechtsinkongruenz

In diesem Kapitel der Langfassung der Leitlinie werden wichtige rechtliche Grundlagen und abzuwägende ethische Maßgaben ausgeführt. Die soll der Information und Orientierung von Behandelnden als Grundlage für deren eigene Abwägungen dienen. Die den Empfehlungen dieser Leitlinie zugrunde liegenden ethischen Prinzipien sind bereits in der konsentierten Präambel (→ Kapitel 1) festgehalten. Darüber hinaus enthält dieses Kapitel keine gesonderten konsensbasierten Empfehlungen. Es wird die Lektüre der Langfassung empfohlen.

Ergänzend wird auf folgende Veröffentlichungen einschlägiger Ethikkommissionen im deutschsprachigen Raum zur Thematik verwiesen.

- Ad hoc - Empfehlung des deutschen Ethikrates:
Trans-Identität bei Kindern und Jugendlichen - Therapeutische Kontroversen – ethische Orientierungen (Dt. Ethikrat, 2020)
<https://www.ethikrat.org/publikationen/ad-hoc-empfehlungen/trans-identitaet-bei-kindern-und-jugendlichen/>
- Stellungnahme der Kommission für ethische Fragen im Bündnis Kinder- und Jugendgesundheit e.V.: *Ärztliche Maßnahmen bei transidenten Kindern und Jugendlichen* (Bündnis KJG, 2024)
<https://www.buendnis-kjg.de/wp-content/uploads/2024/04/stellungnahme-transgender-ethikkommission.pdf>
- Nationale Ethikkommission für die Humanmedizin (Schweiz):
Medizinische Behandlung von minderjährigen Personen mit einer Geschlechtsdysphorie - Ethische und rechtliche Erwägungen (NEK, Stellungnahme Nr. 43/2024)
NEK-CNE_Stellungnahme_Geschlechtsdysphorie_DE.pdf

Versionsnummer:

6.2

Erstveröffentlichung:

01/1999

Überarbeitung von:

10/2024

Nächste Überprüfung geplant:

09/2029

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online