

Leitlinienreport

Zur AWMF-Leitlinie

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

Federführende AWMF-Fachgesellschaft:

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie
und -psychosomatik (DGKJP)

angemeldet als S2k-Leitlinie, AWMF- Registernummer: 028 - 014

Autoren dieses Leitlinienreports:

Prof. Dr. med. Georg Romer & Matthias Wiech (M.Sc.) ¹

Schlüsselfragen des Reports:

Welche Ziele, Zielgruppen und Versorgungsbereiche adressiert die Leitlinie?

Wie setzte sich die Steuerungsgruppe für die Leitlinienerstellung zusammen? Bestehen finanzielle Einflüsse oder andere Interessenskonflikte?

Welche Methodik wurde in der Erarbeitung der vorliegenden Leitlinie verwendet?

Wie wurden Empfehlungen formuliert und konsentiert?

Wie ist die Dissemination geplant? Welche Gültigkeitsdauer besitzt die Leitlinie? Wie könnte eine Aktualisierung stattfinden?

¹ Danksagung: Herr Thomas Nonhoff (B. Sc) hat bis zu seinem Ausscheiden 2019 als wissenschaftliche Hilfskraft wertvolle Unterstützung bei der vorbereitenden wissenschaftlichen Redaktion des Leitlinienreports geleistet.

Mandatierte Mitglieder der Leitlinienkommission

- Prof. Dr. med. Georg Romer (DGKJP, Koordinator)
- Dipl.-Soz.päd. Michael Bastian (bkj)
- Dr. phil. Inga Becker-Hebly (DGfS)
- Dipl.-Psych. Bernhard Breuer (BDP)
- Dr. med. Heiko Dietrich (BKJPP)
- Dr. med. Werner Ettmeier (DÄVT)
- Dipl.-Psych. Saskia Fahrenkrug (DPG)
- Dr. med. univ. Martin Fuchs (ÖGKJP)
- Dipl.-Päd. Matthias Gallei (KJPVT)
- Christian Gredig (TraKiNe)
- Annette Güldenring (DGfS / DGPNN bis 12/2022)
- Mari Günther (BVT*)
- PD Dr. med. Thomas Hildebrandt (DGGG)
- Malte Janzig (BVT*)
- Dr. med. Martin Jung (BAG)
- Dr. med. Susanne Junginger (DGE)
- Dipl.-Psych. Thomas Lehmann (VAKJP)
- Dr. med. Lieselotte Mahler (DGPNN; seit 12/2022)
- Dipl.-Psych. Sabine Maur (BPtK)
- Prof. Dr. Mathias Ochs (DGSF)
- Dr. med. Dagmar Pauli (SGKJPP)²
- Prof. Dr. phil. Hertha Richter-Appelt (BPtK)
- Prof. Dr. med. Annette Richter-Unruh (DGKJ)
- PD Dr. rer. nat. Kurt Seikowski (GSW)
- Dr. med. Andreas Stage (VLSP)
- Prof. Dr. phil. Bernhard Strauß (DGMP und DKPM)
- Dipl.-Psych. Ingeborg Struck (DGPT)
- PD Dr. rer. nat. Julia Velten (KJPVT)
- Prof. Dr. med. Claudia Wiesemann (AEM)
- Dr. med. Achim Wüsthof (DGPAED)

² Zum Zeitpunkt der Erstveröffentlichung lag das Votum des Vorstandes der SGKJPP zur Konsentierung der Leitlinie noch nicht vor, so dass die SGKJPP bei der Erstveröffentlichung noch nicht als beteiligte Fachgesellschaft genannt ist. Die Mandatsträgerin der SGKJPP Frau Dr. Dagmar Pauli war als Ko-Autorin des Leitlinientextes durchgehend an der Erstellung der Leitlinie inhaltlich beteiligt.

Ausgeschiedene mandatierte Mitglieder der Leitlinienkommission

- Annette Güldenring (2022)³
- Dr. med. Alexander Korte (2024)⁴
- Prof. Dr. med. Susanne Krege (2024)⁵

(Erläuterungen in Abschnitt 6 dieses Reports)

Weitere Mitglieder der Steuerungsgruppe ohne stimmberechtigtes Mandat in den Konsensuskonferenzen

- Dr. med. Thomas Lempp (Mitglied DGKJP, stellv. Koordinator)
- Dr. med. Bernd Meyenburg (bis 06/2020)
- Prof. Dr. phil. Birgit Möller-Kallista
- Annette Güldenring (ab Dez 2022)
- Prof. Dr. med. Florian Zepf (2020-2022)

Ausgeschiedene Mitglieder der Steuerungsgruppe ohne Mandat

- Dr. med. Bernd Meyenburg (2020)⁶
- Prof. Dr. med. Florian Zepf (2022)⁷

³ Frau Güldenring legte im Dezember 2022 ihr Mandat der DGPPN nieder. Seit diesem Zeitpunkt wurde Frau Dr. Lieselotte Mahler von der DGPPN für die LL-Kommission mandatiert (s.o. Liste). Frau Güldenring nahm bis zu ihrem Ausscheiden an den Konsensuskonferenzen teil und stimmte für die DGPPN mit ab. Ab diesem Zeitpunkt arbeitete sie ohne Mandat und Stimmrecht weiter als ausgewiesene Expertin beratend in der Steuerungsgruppe mit. Zwischenzeitlich wurde sie 2024 in Elternzeitvertretung für Frau Dr. Becker-Hebly vom Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS) für die abschließenden Konsensuskonferenzen am Ende der fachöffentlichen Kommentierungsphase mandatiert und stimmte im Juni und Juli 2024 bei den Abstimmungen zu ergänzten bzw. modifizierten Empfehlungen für die DGfS mit ab.

⁴ Herr Dr. Korte hat bis zur Erstellung der Entwurfsfassung für die fachöffentliche Kommentierungsphase an den Sitzungen der Steuerungsgruppe und an eingeladenen Konsensuskonferenzen teilgenommen und regelhaft mit abgestimmt. Nach der Entscheidung der DGSM, die fertiggestellte Leitlinie nicht zu konsentieren, werden Fachgesellschaft und Mandatsträger nach den Regularien der AWMF nicht mehr als Beteiligte gelistet.

⁵ Frau Prof. Dr. Krege hat bis zur Erstellung der finalen Fassung zur Konsentierung als Mandatsträgerin der DGU an eingeladenen Konsensuskonferenzen teilgenommen und regelhaft mit abgestimmt. Nach der Entscheidung der DGU, die fertig gestellte Leitlinie nicht zu konsentieren, werden Fachgesellschaft und Mandatsträgerin nach den Regularien der AWMF nicht mehr als Beteiligte gelistet. Frau Prof. Dr. Krege hat erklärt, dass Sie als Expertin die Leitlinie inhaltlich unterstützt und mitträgt.

⁶ Herr Dr. Bernd Meyenburg hat die Steuerungsgruppe 2020 aus Altersgründen verlassen. Er hat bis zu diesem Zeitpunkt als von der DGKJP mandatiertes Koordinator der vorausgegangenen S1-Leitlinie „Geschlechtsidentitätsstörungen des Kindes und Jugendalters“ die Phase der systematischen Literaturrezeption mit seinem erfahrenen Rat begleitet. Er war zu keinem Zeitpunkt in Konsensuskonferenzen stimmberechtigt.

⁷ Prof. Dr. med. Florian Daniel Zepf hat nach zweijähriger Mitarbeit in der Steuerungsgruppe ohne Mandat einer Fachgesellschaft aufgrund von ihm angegebener berufsethischer Bedenken sowie „Bedenken zu Aspekten des Kinder- und Jugendschutzes“ die Steuerungsgruppe auf eigenen Wunsch verlassen. Er war zu keinem Zeitpunkt in Konsensuskonferenzen stimmberechtigt.

Wissenschaftliches Sekretariat für die Leitlinienkommission

- Prof. Dr. phil. Birgit Möller-Kallista (bis 12/2019)
- Matthias Wiech, M.Sc. (von 11/2019 bis 08/2020 sowie 04/2023 bis Ende)

Moderation durch die AWMF

Dr. rer. biol. hum. Cathleen Muche-Borowski, AWMF-zertifizierte Leitlinien-Beraterin

- Moderation der konstituierenden Arbeitssitzung der Leitlinienkommission sowie der initialen Hearings mit Patient*innen-Vertretungsorganisationen
- Methodische Beratung der Steuerungsgruppe
- Moderation aller Konsensuskonferenzen

Kontaktadresse

Prof. Dr. med. Georg Romer
Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie
Universitätsklinikum Münster
Schmeddingstraße 50
48149 Münster
sekre.romer@ukmuenster.de

Inhaltsverzeichnis

1	Auswahl des Leitlinienthemas und Ziele der Leitlinie	6
1.1	Begründung für die Auswahl des Leitlinienthemas.....	6
1.2	Ziele der Leitlinie	7
1.3	Zielgruppe der Leitlinie.....	8
1.4	Bereich der Versorgung bzw. Beratung.....	8
1.5	Zielgruppe der Anwender*innen	8
2	Zusammensetzung der Leitliniengruppe	9
2.1	Beteiligte Fachgesellschaften, Berufsverbände und Organisationen	9
2.2	Beteiligte Personen in der Erstellung der Leitlinien	11
2.3	Aufgaben und Arbeitsweisen der einzelnen Gremien	13
2.4	Repräsentativität hinsichtlich Berufsgruppen.....	13
2.5	Partizipative Beteiligung von Behandlungssuchenden	14
3	Methodische Exaktheit.....	15
3.1	Recherche und Auswahl existierender Leitlinien	15
3.2	Formulierung von Leitfragen.....	18
3.3	Recherche, Auswahl und Bewertung von wissenschaftlichen Studien.....	20
3.4	Ableitung von Statements und konsensbasierten Empfehlungen	22
3.5	Konsensfindung und Umgang mit Dissens	23
4	Redaktionelle Unabhängigkeit	25
4.1	Finanzierung der Leitlinie	25
4.2	Interessenkonflikte.....	26
5	Fachöffentliche Kommentierungsphase	27
6	Konsentierung durch die Vorstände der beteiligten Fachgesellschaften/Organisationen	29
7	Verbreitung, Implementierung und Monitoring	30
8	Gültigkeitsdauer und Aktualisierung.....	30
9	Literaturverzeichnis.....	31
	Anhang A: Literaturrecherche zu vorhandenen internationalen Leitlinien	34
	Anhang B: Initiale themenübergreifende Literaturrecherche (bis 2019).....	35
	Anhang C: Erweiterte themenspezifische Literaturrecherche (bis 2024)	37
	Anhang D: Tabellarische Auflistungen der gesichteten Originalarbeiten zu hormonellen Interventionen.....	52
	Anhang E: Interessenerklärungen und Umgang mit Interessenskonflikten	61
	Anhang F: Tabellarische Dokumentation der Kommentierungen im Rahmen der fachöffentlichen Kommentierungsphase	62
	Anhang G: Umfangreichere Kommentierungen im Rahmen der fachöffentlichen Kommentierungsphase (Autorenpapiere) und deren Erwiderung durch die Leitlinienkommission	63

1 Auswahl des Leitlinienthemas und Ziele der Leitlinie

Vorbemerkung zur Veröffentlichung der Leitlinie als S2k-Leitlinie

Diese Leitlinie wurde ursprünglich als S3-Leitlinie angemeldet. Sie beruht auf einer systematischen Recherche, Auswahl und Bewertung der Literatur entsprechend der methodischen Vorgaben der Klassifikation S3 nach AWMF-Regelwerk. Aufgrund fehlender kontrollierter Wirksamkeitsnachweise und einer insgesamt unsicheren Evidenzlage, die vorwiegend auf nicht kontrollierten klinischen Beobachtungsstudien und Fall-Kohortenstudien beruht, wurden zu einzelnen Interventionen in der Behandlung der Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie keine evidenzbasierten Empfehlungen erstellt, sondern alle Empfehlungen werden auf Grundlage von Expertenkonsens gegeben. Dies führte in Abstimmung mit der AWMF zur Entscheidung, die Leitlinie als S2k-Leitlinie zu veröffentlichen.

Die kritische Bewertung der systematisch rezipierten Studienlage ist gleichwohl eine wichtige Basis für die durch den bestmöglichen wissenschaftlichen Erkenntnisstand informierte Erstellung der konsentierten Empfehlungen. Dies wird in der Leitlinie dadurch transparent gemacht, dass relevante Aussagen zum Wissensstand in den einzelnen Kapiteln hervorgehoben werden, wobei zu deren Nachvollziehbarkeit die vorgenommene Bewertung der hinter einer Aussage stehenden Evidenz mit Nennung der herangezogenen Studien narrativ dargestellt wird.

1.1 Begründung für die Auswahl des Leitlinienthemas

Die Inanspruchnahme von klinischen Behandlungs- und Beratungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsinkongruenz (GI) bzw. Geschlechtsdysphorie (GD) hat in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen (Aitken et al., 2015; Chen et al., 2016; Wood et al., 2013). Wenn bei einer Person das bei der Geburt aufgrund anatomisch-biologischer Gegebenheiten zugewiesene Geschlecht dauerhaft nicht mit der empfundenen Geschlechtsidentität übereinstimmt, verbunden mit dem anhaltenden Wunsch, ein sozial akzeptiertes Leben entsprechend der empfundenen Geschlechtsidentität zu führen, wird dies in der ICD-11 als *Geschlechtsinkongruenz* bezeichnet (WHO, 2018). Damit wird ein Zustand mit Bezug zur sexuellen Gesundheit beschrieben, der einerseits eine medizinische Behandlungsbedürftigkeit begründen kann, dabei aber per se nicht als psychische Krankheit oder Störung verstanden wird, sondern als Normvariante menschlicher Entwicklung. Nach dem amerikanischen Diagnosesystem für psychische Erkrankungen DSM-5 (APA, 2013) wird hingegen von Geschlechtsdysphorie gesprochen, wenn eine solche Inkongruenz vorliegt und dadurch bei der betroffenen Person anhaltend ein krankheitswertiger psychischer Leidenszustand besteht. Sowohl in der ICD-11, als auch im DSM-5 wird neben der jeweiligen Diagnose für Jugendliche und Erwachsene, die grundsätzlich erst nach Eintritt der Pubertät gestellt werden kann, eine spezielle gleichlautende Diagnose (GI bzw. GD) für das präpubertäre Kindesalter operationalisiert (WHO, 2018; APA, 2013), von der sich keine medizinischen Handlungsbedarfe ableiten, die jedoch diagnostischen Wert bei der retrospektiven Beurteilung des

Entwicklungsverlaufes einer GI im Jugendalter haben kann im Sinne eines bereits seit der Kindheit dokumentierten Zustandes.

In der Vergangenheit lag für Deutschland lediglich eine 1999 erstmals erstellte und 2013 aktualisierte S1-Leitlinie für die mittlerweile obsolekte ICD-10-Diagnosekategorie "Störungen der Geschlechtsidentität im Kindes- und Jugendalter" vor, die von nur einer Fachgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik herausgegeben worden war und von einer vierköpfigen Expert*innengruppe im Konsensusverfahren erarbeitet worden war⁸. Eine Neufassung dieser veralteten Leitlinie wurde zunächst für 2018 terminiert. Darin sollte der sich mit der ICD-11 vollziehende Paradigmenwechsel zur Entpsychopathologisierung nonkonformer Geschlechtsidentitäten, der bereits in der neuen S3-Leitlinie für das Erwachsenenalter „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit“ (Nieder & Strauß, 2019) integriert wurde, im Lichte des aktuellen Stands der wissenschaftlich-medizinischen Erkenntnis systematisch aufgegriffen bzw. aufgearbeitet, auf breiter interdisziplinärer Konsensbasis bewertet und damit für eine bestmöglich informierte Versorgungspraxis (*best practice*) zugänglich gemacht werden. Entsprechend den AWMF-Regularien (AWMF, 2012) wurde die Leitlinie als S3-Leitlinie angemeldet (d.h. als evidenzbasierte und konsensbasierte Leitlinie, erstellt nach systematischen methodischen Regeln).

1.2 Ziele der Leitlinie

Ziel der Leitlinie ist die Neufassung aktueller Behandlungsstandards bei GI bzw. GD im Kindes- und Jugendalter auf der Basis der bestmöglichen Rezeption des aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Wissensstandes und einer breitestmöglicher Konsensbasierung unter den beteiligten Fachorganisationen unter partizipativer Beteiligung von Patient*innen-Vertretungsorganisationen, mit dem Ziel einer bestmöglich qualitätsgesicherten Versorgungspraxis in einem Feld, in dem es nach wie vor bedeutsame fachliche Ungewissheiten und daraus resultierende Unsicherheiten und Kontroversen gibt. Einerseits sollen damit fachliche Rahmenbedingungen einer bestmöglich qualitätsgesicherten Versorgung im Sinne der *Strukturqualität* beschrieben werden. Dazu gehören u.a. Vorgaben für Qualifikationsanforderungen von Fachpersonen, die Indikationsstellungen für körpermodifizierende medizinische Interventionen bei jugendlichen Patient*innen verantworten. Außerdem soll die *Prozessqualität* in der Beratung und Behandlung optimiert werden. Indikatoren dafür sind besonders die Validität diagnostischer Einschätzungen (*assessments*), die Bereitstellung von auf dem aktuellen Stand des Wissens beruhenden Informationen über Therapieoptionen für Behandlungssuchende⁹ und die Qualität einer psychologischen Beratung und/oder psychotherapeutischen Behandlung. Diese Vorgaben für eine bestinformierte Versorgungspraxis sollen letztlich im Sinne der *Ergebnisqualität* dazu beitragen, die gesundheitliche Situation der Betroffenenzielgruppe zu verbessern, deren psychiatrische Morbidität zu reduzieren sowie ihre Behandlungszufriedenheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität zu steigern (Ergebnisqualität).

⁸ Die Mitglieder der damaligen Leitlinien-Arbeitsgruppe repräsentierten die seinerzeit weitgehend alleinstehenden spezialisierten kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungszentren an vier deutschen Universitätskliniken: Dr. Bernd Meyenburg, Frankfurt am Main (Koordinator); Dr. Alexander Korte, München; Prof. Dr. Birgit Möller-Kallista, Hamburg; Prof. Dr. Georg Romer, Münster

⁹ Im Gesamttext der Leitlinie werden die Begriffe *Patient/Patientin* ungeachtet ihres Krankheitsstatus im sozialrechtlichen Sinne für minderjährige Personen verwendet, die Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen. Der Begriff *Behandlungssuchende* wird verwendet, wenn Patient*innen und ihre Sorgeberechtigten gemeinsam gemeint sind.

1.3 Zielgruppe der Leitlinie

Zielgruppe dieser Leitlinie sind alle Behandlungssuchenden (d.h. Patient*innen und ihre Sorgeberechtigten), soweit sie Versorgungsleistungen oder Beratungsangebote im Gesundheitswesen in Anspruch nehmen:

- Minderjährige mit der Diagnose einer Geschlechtsinkongruenz nach ICD-11 (HA60, HA61 oder HA6Z),
- Solange noch nach ICD-10 codiert wird: Minderjährige mit der Diagnose aus dem Spektrum der in der ICD-10 noch so genannten „Störungen der Geschlechtsidentität“ (F64, möglicherweise bei Jugendlichen auch kodiert unter F62)
- Minderjährige bei denen Hinweise auf eine der genannten Diagnosen (V.a.; z.A.) sowie daraus sich ergebende Fragestellungen die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten begründen.

1.4 Bereich der Versorgung bzw. Beratung

- Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie
- Psychiatrie und Psychosomatik
- Psychotherapie / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
- Pädiatrie, Pädiatrische Endokrinologie
- Innere Medizin / Endokrinologie
- Allgemeinmedizin
- Sexualmedizin
- Gynäkologie
- Andrologie
- Plastische Chirurgie
- Reproduktionsmedizin

Adressiert sind sowohl ambulante wie auch in (teil-)stationäre Einrichtungen.

1.5 Zielgruppe der Anwender*innen

Die Leitlinie richtet sich an

- Fachärzt*innen für Gynäkologie,
- Fachärzt*innen für Innere Medizin (insb. Endokrinologie),
- Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
- Fachärzt*innen für Pädiatrie,
- Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie,
- Fachärzt*innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
- Approbierte Psychologische Psychotherapeut*innen,
- Approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen,
- Fachärzt*innen für Allgemeinmedizin
- Patient*innen und ihre Sorgeberechtigten

und dient zur Information für

- Fachärzt*innen für Chirurgie,

- psychologische und psychotherapeutische Fachkräfte in Beratungsdiensten,
- pädagogische Fachkräfte innerhalb und außerhalb des Schuldiensts,
- Fachkräfte im Gesundheitsmanagement und im öffentlichen Gesundheitswesen,
- politische Entscheidungsträger*innen sowie
- Gerichte¹⁰ und Gutachter*innen.

2 Zusammensetzung der Leitliniengruppe

2.1 Beteiligte Fachgesellschaften, Berufsverbände und Organisationen

AWMF-Fachgesellschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP, federführend)
- Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)
- Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT)
- Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)
- Deutsche Gesellschaft für pädiatrische und adoleszente Endokrinologie und Diabetologie (DGPAED)
- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)
- Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS)
- Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)

Weitere beteiligte Fachgesellschaften und Fachverbände:

- Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (bkj)
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP)
- Berufsverband für Kinder und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie (BAG)
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
- Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF)
- Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG)
- Gesellschaft für Sexualwissenschaft (GSW)
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Verhaltenstherapie (KJPVT)¹¹
- Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (ÖGKJP)

¹⁰ In Frage kommen Familiengerichte, z.B. wenn zwischen Sorgeberechtigten die Entscheidung zu einer medizinisch indizierten Behandlung strittig ist sowie Sozialgerichte, wenn die Kostenübernahme für eine nach neuestem medizinischen Erkenntnisstand für notwendig erachtete Behandlung strittig ist.

¹¹ Umbenannt aus zuvor „Bundesvereinigung Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter“ (BVKJ)

- Verband für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intersexuelle und queere Menschen in der Psychologie (VLSP)
- Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland (VAKJP)

Beteiligte Vertretungsorganisationen von Behandlungssuchenden:

- Bundesverband Trans* (BVT*)
- Trans* Kinder Netz (TraKiNe)

Fachgesellschaften, die nicht am Prozess der Erstellung der Leitlinie, jedoch an deren Kommentierungsphase beteiligt waren und die Leitlinie in ihrer Endfassung ebenfalls konsentiert haben:

- Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG)

2.2 Beteiligte Personen in der Erstellung der Leitlinien

Tabelle 1. Mitautor*innen des Leitlinientextes unter Angabe ihres Bezugs zu den entsendenden Fachgesellschaften bzw. Organisationen mit jeweiligem Zeitraum

Person	Funktion	Zeitspanne	Berufliche Affiliation
Prof. Dr. med. Georg Romer	Mandat DGKJP Leitlinienkoordinator	Beginn – Ende Beginn – Ende	Klinik für Kinder- & Jugendpsychiatrie, - psychosomatik und -psychotherapie, Universitätsklinikum Münster
Dr. med. Thomas Lempp	Steuerungsgruppe Stellv. Leitlinienkoordinator	06/2020 – Ende Beginn – 06/2020	Klinik für Kinder- & Jugendpsychosomatik, Bürgerhospital & Clementine Kinderhospital gGmbH, Frankfurt am Main
Dipl.-Soz.päd. Michael Bastian	Mandat bkj, Psychotherapiekapitel	06/2020 – Ende	Freie Praxis für Kinder- & Jugendpsychotherapie, München
Dr. phil. Inga Becker-Hebly	Mandat DGfS, Steuerungsgruppe	09/2018 – Ende	Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, - psychotherapie und -psychosomatik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Dr. med. Heiko Dietrich	Mandat BKJPP, Psychotherapiekapitel	06/2020 – Ende	Freie Praxis für Kinder- & Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Köln
Dr. med. Werner Ettmeier	Mandat DAVT, Konsensuskonferenzen	Beginn - Ende	FA für Psychiatrie und Psychotherapie, München
Dipl.-Psych. Saskia Fahrenkrug	Mandat DPG, Steuerungsgruppe	Beginn – Ende	Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, - psychotherapie und -psychosomatik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Dr. med. univ. Martin Fuchs	Mandat ÖGKJP, Steuerungsgruppe	09/2019 – Ende	Kinder- und Jugendpsychiatrie, Tirol Kliniken, Hall in Tirol
Christian Gredig	Mandat TraKiNe, Steuerungsgruppe	10/2017 – Ende	Trans-Kinder-Netz e.V., Berlin
Mari Günther	Mandat BVT*, Steuerungsgruppe	10/2017 – Ende	Bundesverband Trans*, Berlin
Malte Janzing	Mandat BVT*, Steuerungsgruppe	10/2017 – Ende	Bundesverband Trans*, Berlin
Dr. med. Martin Jung	Mandat BAG, Steuerungsgruppe	Beginn – Ende	Helios Klinikum Schleswig - Kinder- und Jugendpsychiatrie, Schleswig
Dipl.-Psych. Thomas Lehmann	Mandat VAKJP, Psychotherapiekapitel	06/2020 – Ende	Freie Praxis für Kinder- & Jugendpsychotherapie, Neunkirchen (Saar)

Dipl.-Psych. Sabine Maur	Mandat BPTK, Psychotherapiekapitel	06/2020 – Ende	Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, Mainz
Prof. Dr. phil. Birgit Möller-Kallista	Steuerungsgruppe Wissenschaftliches Sekretariat	Beginn – Ende Beginn – 12/2019	Fachbereich Sozialwesen, Fachhochschule Münster
Dr. med. Dagmar Pauli	Mandat SGKJPP, Steuerungsgruppe	Beginn – Ende	Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Prof. Dr. phil. Herta Richter-Appelt	Mandat BPTK, Konsensuskonferenzen	Beginn-Ende	Bundespsychotherapeutenkammer, Berlin
Prof. Dr. med. Annette Richter-Unruh	Mandat DGKJ, Steuerungsgruppe	Beginn – Ende	Kinderendokrinologie, MVZ Dr. Eberhard & Partner Dortmund GbR
PD Dr. rer. nat. Kurt Seikowski	Mandat GSW, Steuerungsgruppe	Beginn – Ende	Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Leipzig (im Ruhestand)
Dr. med. Andreas Stage	Mandat VLSP, Steuerungsgruppe	03/2019 – Ende	Freie Praxis für Kinder- & Jugendpsychiatrie und - psychotherapie, Dinslaken
Dipl.-Psych. Ingeborg Struck	Mandat DGPT, Psychotherapiekapitel	06/2020 – Ende	Freie Praxis für Psychotherapie, Solingen
Prof. Dr. med. Claudia Wiesemann	Mandat AEM, Steuerungsgruppe	10/2017 – Ende	Institut für Ethik und Geschichte der Medizin an der Universitätsmedizin Göttingen
PD Dr. rer.nat Julia Velten	Mandat DGSF, Konsensuskonferenzen	Beginn-Ende	Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Psychologie, Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit
Dr. med. Achim Wüsthof	Mandat DGPAED, Steuerungsgruppe	Beginn – Ende	endokrinologikum Hamburg

2.3 Aufgaben und Arbeitsweisen der einzelnen Gremien

- **Steuerungsgruppe:** Die Steuerungsgruppe war als gemeinsame Arbeitsgruppe im gesamten Prozess im Wesentlichen für die inhaltliche Erstellung der Entwurfsfassungen der Leitlinie verantwortlich. Zu den Arbeitssitzungen der Steuerungsgruppe wurden regelhaft alle ihre Mitglieder eingeladen. Teilweise wurden themenbezogenen zu einzelnen Sitzungen mandatierte Mitglieder der Konsenskonferenz, die nicht regelmäßige Mitglieder der Steuerungsgruppe waren, gezielt zusätzlich eingeladen. Dies betraf die Mandatstragenden der operativen Fachdisziplinen (Urologie, Gynäkologie) zu Sitzungen, in denen chirurgische Interventionen diskutiert wurden, sowie die Mandatstragenden der psychotherapeutischen Fachorganisationen, wenn psychotherapeutische Interventionen auf der Agenda waren. Zudem wurden alle Mandatstragenden der psychotherapeutischen Fachorganisationen eingeladen, sich an der konzeptionellen und redaktionellen Erstellung des Kapitels V zu psychotherapeutischen Interventionen zu beteiligen. Die Arbeitsschritte der einzelnen themenbezogenen Arbeitsgruppen zu einzelnen Kapiteln der Leitlinie wurden wiederkehrend der gesamten Steuerungsgruppe zur Diskussion und Kommentierung vorgestellt. Dies erfolgte insbesondere in der Arbeitsphase der Literaturrezeption sehr ausführlich. Der von den Unterarbeitsgruppen rezipierte Stand der Literatur nebst offener Fragen bei noch unsicherer Evidenz wurde für alle Kapitel in der gesamten Steuerungsgruppe präsentiert und diskutiert, bevor die einzelnen Autor*innenteams auf der Basis der erfolgten Diskussion einen ersten Entwurf des jeweiligen Kapitels nebst Konsensusempfehlungen formulierten. Im Prozess der Erstellung hatten alle Mitglieder der Steuerungsgruppe wiederholt Gelegenheit, im Sinne eines internen Peer Review Rückmeldungen zu den Entwurfsfassungen der einzelnen Kapitel zu geben. Zudem wurden in Vorbereitung der Konsensuskonferenzen alle Empfehlungen in Arbeitssitzungen der Steuerungsgruppe einzeln ausführlich diskutiert, bis jeweils konsensfähig erscheinende Formulierungen gefunden waren, die dann der Konsensuskonferenz vorgeschlagen wurden.
- **Konsensuskonferenz:** Die Konsensuskonferenz war das Entscheidungsgremium für die Konsensbildung für alle Aussagen zum Wissensstand sowie alle hervorgehobenen Empfehlungen der Leitlinie. Sie wurde durchweg extern durch die AWMF-zertifizierte Leitlinienberaterin moderiert. Zu jeder Sitzung der Konsensuskonferenz wurde alle mandatierten Mitglieder eingeladen. Bei Verhinderung einzelner Mitglieder wurde diesen die Möglichkeit eingeräumt, zu jeder einzelnen Empfehlung, über die abgestimmt wurde, ein schriftliches Votum nachzureichen. In den Sitzungen der Konsensuskonferenz wurden die vorbereiteten Empfehlungen von Mitgliedern der Steuerungsgruppe erläutert und daraufhin im Plenum diskutiert. Dabei hatten alle anwesenden Mitglieder die Möglichkeit, vorgeschlagene Empfehlungen kritisch zu hinterfragen sowie veränderte Formulierungen vorzuschlagen, wovon reger Gebrauch gemacht wurde. Auf diese Weise wurden immer wieder einzelne Empfehlungen in Konsensuskonferenzen in den extern moderierten Konsensuskonferenzen präzisiert und modifiziert, bevor über sie abgestimmt wurde.

2.4 Repräsentativität hinsichtlich Berufsgruppen

Wie aus dem letzten Abschnitt hervorgeht, wurde die Zielgruppe der Anwender*innen durch die betreffenden Fachgesellschaften umfassend beteiligt. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) wurde zweimalig angeschrieben und zur Mitarbeit

eingeladen, es erfolgte jedoch keine Rückantwort. Die mandatierten Vertreter*innen der DGGG und DGU¹² nahmen auf eigenen Wunsch hin lediglich an Sitzungen der Leitlinienkommission mit Bezug zu operativer Behandlung und den Konsensuskonferenzen teil. In künftigen Leitlinien wären zudem folgende Berufsgruppen zu beteiligen: Phoniatrie (stimmangleichende Behandlung), Plastische Chirurgie, Reproduktionsmedizin (Fertilitätsprotektion).

Darüber hinaus wurden weitere relevante Gruppen (auch im Sinne von Schnittstellen) im Rahmen von Hearings der Steuerungsgruppe mit jeweils ausführlicher Diskussion zur Bedarfsermittlung zu folgenden Themenbereichen einbezogen:

- „Primäre Versorgung in der Pädiatrie“ (31.03.2017 in Frankfurt am Main) mit eingeladenen Vertreter*innen des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ)
- „Psychotherapeutische Versorgung“ mit eingeladenen Vertreter*innen psychotherapeutischer Fachverbände und der Bundespsychotherapeutenkammer (31.03.2017 in Frankfurt am Main und 06.06.2020 per Videokonferenz)
- „Bedarfe Behandlungssuchender“ mit eingeladenen Vertreter*innen von Interessenvertretungsorganisationen für trans* Personen (offen für alle deren Mitglieder; am 01.04.2017 in Frankfurt am Main)
- „Medizinethik und Medizinrecht“ mit eingeladenen Fachreferent*innen (12.10.2017 in München)
- „Aktueller Stand zur Praxis operativer Verfahren“ mit mandatierten Mitgliedern der Konsensuskonferenz aus Gynäkologie und Urologie (19.03.2018 in Münster)
- Sozialrechtliche Implikationen der Nicht-Krankheitswertigkeit der Geschlechtsinkongruenz nach ICD-11 und damit verbundene Konsequenzen für die Versorgungspraxis mit eingeladenen Referent*innen (insb. Prof. Huster und Mitarbeiter*innen, Universität Bochum; 23.11.2022 per Videokonferenz)

2.5 Partizipative Beteiligung von Behandlungssuchenden

An der Erstellung der Leitlinie wirkten ab Oktober 2017 regelmäßig und durchgehend bis zur Fertigstellung der Leitlinie vier Vertreter*innen von Interessenvertretungs-Organisationen Behandlungssuchender in der Steuerungsgruppe mit. Die formale Gestaltung dieser aktiven Partizipation erfolgte AWMF-regelkonform in engmaschiger Abstimmung mit der AWMF-zertifizierten Leitlinienberaterin, die auch als externe Moderatorin alle Konsensuskonferenzen begleitete. Dies geschah mit dem Ziel einer qualifizierten Beteiligung am Leitlinien-Prozess. Durch Beschluss der Leitlinienkommission in einer durch die der AWMF-zertifizierte Leitlinienberaterin moderierten Sitzung am 01.04.2017, in der u.a. die zuvor gemachten Erfahrungen mit strukturierter und qualifizierter Partizipation bei der Erstellung der S3-Leitlinie für das Erwachsenenalter aus verschiedenen Perspektiven berichtet wurde, wurden den Interessenvertretungs-Organisationen per formalem Beschluss vier Stimmrechte in der Leitlinienkommission eingeräumt, für die die beiden beteiligten Organisationen BVT* e.V. und TraKiNe e.V. je zwei Personen mandatierten. Die mandatierten Personen arbeiteten zum Teil als Co-Autor*innen in verschiedenen Arbeitsgruppen zu einzelnen Kapiteln der Leitlinie mit und waren somit auch an der Erstellung und Diskussion von Empfehlungen beteiligt, die der Konsensuskonferenz zur Konsentierung vorgeschlagenen wurden. Da eine der beiden Mandatstragenden von TraKiNe e.V. trotz mehrmaliger Aufforderung ohne Begründung keine Interessenerklärung abgab, wurde diese Person nach den Regularien der AWMF

¹² Die DGU hat die finale Version der Leitlinie nicht konsentiert und ist daher nicht als beteiligte Fachgesellschaft geführt. Die Teilnahme der von der DGU mandatierten Expertin Frau Prof. Dr. med. Susanne Krege, an inhaltlichen Sitzungen der Steuerungsgruppe ist somit als beratend zu werten.

insgesamt als Nicht-Beteiligte für den gesamten Prozess geführt, d.h., dass ihre Stimme, an den Abstimmungen, an denen sie teilgenommen hatte, nicht gezählt wurde. Damit reduzierte sich die Anzahl der zugewiesenen Stimmrechte für die Organisation TraKiNe e.V. im Nachhinein von zwei auf eines.

Die Beteiligung von Patient*innen-Vertretungsorganisationen mit Stimmrecht am Leitlinienprozess wurde vom ursprünglich mandatierten Vertreter der DGSMP (vormals: DGSMTW) kritisiert und diese Kritik im Oktober 2020 durch den Vorstand der DGSMP wiederholt:

„[Es ist] eine durch Mitarbeit in diversen Leitliniengruppen gewonnene Erfahrungsexpertise, dass die im Regelwerk der AWMF empfohlene Einbeziehung von weiteren Interessensgruppen, sowie von Patientinnen und Patienten nicht immer idealerweise durch direkte Autorenschaft in der Leitliniengruppe erfolgt. Ganz im Gegensatz zum Einbezug von betroffenen Mitgliedsgesellschaften der AWMF stellt sich hier immer wieder die vollkommen legitime Frage der fachlichen Legitimität der Vertreter beteiligter sonstiger Gruppen“

Die Vorbehalte der DGSMP bezüglich der Partizipation von Patient*innen-Vertretungsorganisationen in der Leitlinienkommission wurde durch die Leitlinienkommission unter Verweis auf die entsprechende zuvor erfolgte Abstimmung in der Steuerungsgruppe, die Regularien der AWMF und die diesbezüglich erfolgte Beratung und Moderation durch die AWMF bei dieser erfolgten Entscheidung zurückgewiesen.

Darüber hinaus fand am 01.04.2017 ein Hearing mit Behandlungssuchenden einschließlich anschließender interner Diskussion statt. Außerdem wurden der Steuerungsgruppe in der Folge ergänzend die Ergebnisse einer qualitativen Erhebung durch Fokusgruppeninterviews mit minderjährigen trans Personen und ihren Sorgeberechtigten zu deren Erfahrungen im Gesundheitswesen sowie zu Bedarfen und Erwartungen an eine angemessene gesundheitliche Versorgung zur Verfügung gestellt, die an der Universität Münster durchgeführt wurde. Die Ergebnisse der Interviews wurden der Leitlinien-Gruppe am 24.09.2018 berichtet und dort diskutiert. Die Ergebnisse der Befragung sind veröffentlicht bei Pierce et al. (2022).

3 Methodische Exaktheit

3.1 Recherche und Auswahl existierender Leitlinien

Zunächst wurde im August 2015 in folgenden Portalen nach thematisch relevanten Leitlinien gesucht:

- leitlinien.de
- guideline.gov
- sign.ac.uk
- nice.org.uk

Die dabei verwendeten Suchbegriffe und Einschlusskriterien sind in Anhang A zu finden.

Ebenfalls im August 2015 wurde eine breite systematische Literaturrecherche zum Thema Geschlechtsdysphorie bei Kindern und Jugendlichen durchgeführt. Die Suchstrategie und die Auswahl relevanter Literatur kann Anhang B entnommen werden. Dort gefundene Leitlinien und ähnliche Dokumente wurden zusätzlich berücksichtigt. Auf diese Art konnten drei Leitlinien (o.ä.) identifiziert werden:

- **American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP):** Adelson et al. (2012). Practice Parameter on Gay, Lesbian, or Bisexual Sexual Orientation, Gender Nonconformity, and Gender Discordance in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51, 957–974. <https://doi.org/k5bh>
- **World Professional Association for Transgender Health (WPATH):** Coleman et al. (2012). Standards of Care, for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, Version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13, 165–232. <https://doi.org/gc3dw8>
- **Endocrine Society:** Hembree et al. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 94, 3132–3154. <https://doi.org/frq5rr>

Die Leitlinie der Endocrine Society wurde 2017 aktualisiert. Seit 2017 wurde ausschließlich die aktualisierte Leitlinie verwendet:

- **Hembree et al. (2017).** Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An endocrine society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 102, 3869-3903. <https://doi.org/gckrqf>

Die Standards of Care der WPATH wurde 2022 in einer Neufassung publiziert. Alle für das Jugendalter relevanten Bewertungen aktueller Evidenz sowie aktualisierte Empfehlungen wurden für die vorliegende Leitlinie rezipiert:

- **Coleman et al. (2022).** Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(sup1), S1–S259. <https://doi.org/gqxbzz>

Zudem erschienen Zeitraum der Leitlinienerstellung folgenden neueren Leitlinien und ähnliche Dokumente, die ebenfalls eingehend gesichtet wurden:

- **Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP, 2021):** Recognising and addressing the mental health needs of people experiencing Gender Dysphoria / Gender Incongruence. <https://www.ranzcp.org/clinical-guidelines-publications/clinical-guidelines-publications-library/recognising-and-addressing-the-mental-health-needs-of-people-experiencing-gender-dysphoria>
- **American Psychological Association. (APA), 2015.** Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist*, 70(9), 832–864. <https://doi.org/10/gc3dw7>
- **American Academy of Pediatrics (AAP):** Rafferty et al., 2018. Ensuring Comprehensive Care and Support for Transgender and Gender-Diverse Children and Adolescents. *Pediatrics*, 142(4), e20182162. <https://doi.org/gmnfng>
- **National Health Service for England and Wales (NHS):** Cass, H. (2024). The Cass Review: Independent review of gender identity services for children and young people. https://cass.independent-review.uk/wp-content/uploads/2024/04/CassReview_Final.pdf

Im Zuge der eingehenden Rezeption des internationalen Leitliniendiskurses wurden alle o.g. Leitlinien im Hinblick auf die methodische Qualität ihrer Erstellung nach den objektiv operationalisierten DELBI-Kriterien (AWMF & ÄZQ, 2008) bewertet. Die Ergebnisse des Ratings fielen wie folgt aus:

Tabelle 2. DELBI-Rating von verwendeten Leitlinien und ähnlichen Veröffentlichungen

Institution (Jahr)	Domäne 1: Geltungsbereich und Zweck	Domäne 2: Beteiligung v. Interessensgruppen	Domäne 3: Methodologische Exaktheit	Domäne 4: Klarheit und Gestaltung	Domäne 5: Generelle Anwendbarkeit	Domäne 6: Redaktionelle Unabhängigkeit	Domäne 7: Anwendbarkeit in Deutschland
AACAP (2012)	0,33	0,13	0,31	0,38	0,00	0,42	0,19
AAP (2018)	0,33	0,17	0,07	0,13	0,06	0,33	0,08
APA (2015)	0,33	0,25	0,24	0,29	0,11	0,42	0,11
Endocrine Society (2017)	0,44	0,25	0,40	0,63	0,22	0,50	0,42
NHS England (2024)	0,44	0,42	0,38	0,42	0,33	0,17	0,56
RANZCP (2017)	0,33	0,04	0,05	0,17	0,06	0,08	0,11
WPATH (2022)	0,61	0,42	0,50	0,63	0,28	0,50	0,44

3.2 Formulierung von Leitfragen

Auf Basis der drei bis 2017 vorliegenden Leitlinien (s.o.) und der initialen Literaturrecherche (siehe 3.3.1 und Anhang B) erarbeitete die Leitlinienkommission initiale Leitfragen. Dabei handelte es sich um relevante und aus der bisherigen Literatur noch nicht eindeutig zu beantwortende Fragestellungen für Empfehlungen der Leitlinie. Diese Themenfelder wurden vom Vorsitz der Leitlinienkommission auf Basis der gesichteten Literatur vorgeschlagen und nach Diskussion und Modifikation durch die Steuerungsgruppe beschlossen, wobei sich im weiteren Prozess der Erstellung einzelner Kapitel weitere ergänzende Leitfragen ergeben konnten. Die zu klärenden Themenfelder und die dazugehörigen Leitfragen, auf die die darauffolgende systematische Literaturrecherche ausgerichtet war, sind der folgenden Tabelle zu entnehmen:

Tabelle 3. Offene Themenfelder und zugehörige Leitfragen in der Erstellung der Leitlinie

Themenfeld	Leitfrage(n)
Variante Entwicklungsverläufe	<ul style="list-style-type: none">– Welche Erkenntnisse gibt es zum Spektrum varianter Entwicklungsverläufe von Kindern und Jugendlichen mit gender-nonkonformem Verhalten sowie zu Kindern und Jugendlichen mit Hinweisen für 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?
Sozialer Rollenwechsel im Kindesalter	<ul style="list-style-type: none">– 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?
Einbeziehung von Familie	<ul style="list-style-type: none">– Welche familiären Konstellationen und Einflussfaktoren sind im Hinblick auf die Notwendigkeit ihrer Exploration und ggf. daraus resultierende Handlungsschritte besonders zu beachten?
Psychotherapie	<ul style="list-style-type: none">– Wie verbindlich kann/soll Psychotherapie an welchen Stellen der professionellen Begleitung Behandlungssuchender empfohlen werden?– Welche Differenzierungen zwischen Psychotherapie und niederfrequenter Mental-Health-Beratung können spezifiziert 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?

Indikationsstellung	<ul style="list-style-type: none"> – 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? – Welche Voraussetzungen sind für eine informierte Zustimmung von minderjährigen Patient*innen und ihren Sorgeberechtigten vor einer Indikationsstellung zu körpermodifizierenden Maßnahmen zu prüfen?
Hormonbehandlung	<ul style="list-style-type: none"> – 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?
assozierte Psychopathologie	<ul style="list-style-type: none"> – Welche psychopathologischen Problembereiche über eine Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter hinaus sind von Behandelnden besonders aufmerksam 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?

Diskriminierung	<ul style="list-style-type: none"> – Welche Rolle spielen Erfahrungen von Behandlungssuchenden 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?
-----------------	---

In der Folge wurden Arbeitsgruppen aus Mitgliedern der Steuerungsgruppe gebildet, die sich an den Themenfeldern und Leitfragen orientierten. Dabei wurden einige Themenfelder wegen ihrer inhaltlichen Nähe je in einer AG zusammengefasst, die sich jeweils einem künftigen Kapitel der LL widmen sollte. Die Mitglieder der Steuerungsgruppe konnten nach ihrer Wahl in einer oder mehreren AGs mitarbeiten. Die folgenden Arbeitsgruppen wurden gebildet:

- Entwicklungsverläufe (Persisters vs. Desisters)
- sozialer Rollenwechsel im Kindesalter
- Diskriminierungsensibler Umgang
- Assoziierte Psychopathologie (einschließlich Autismus-Spektrum-Störungen)
- Psychotherapie
- Familiendynamik
- Indikationsstellung für körpermodifizierende Maßnahmen/ Altersgrenzen
- Somatische Aspekte hormoneller Behandlung

3.3 Recherche, Auswahl und Bewertung von wissenschaftlichen Studien

3.3.1 Themenübergreifende Literaturrecherche und Auswahl

Nach der unter 3.1 beschriebenen Recherche von bereits existierenden (internationalen) Leitlinien wurde zunächst eine themenübergreifende Literaturrecherche durchgeführt. Ziel war ein Überblick über das für diese Leitlinie relevante Themenfeld. Anschließend wurden die Ergebnisse der Recherche gemäß dem AWMF-Regelwerk auf ihre Relevanz geprüft. Der Suchzeitraum, die Suchsyntax, die weiteren Selektoren und die genutzten Datenbanken (MEDLINE und PsycINFO) wurden auf Vorschlag des Leitliniensekretariats von der Leitlinienkommission festgelegt. Der Zeitraum der berücksichtigten Literatur wurde zunächst von 1998 bis August 2015 (Zeitpunkt des ersten Suchlaufs) festgelegt. Die Suchsyntax und die weiteren Selektoren können Anhang B entnommen werden.

Die Literaturrecherche und Auswahl wurde vom Leitliniensekretariat vorgenommen. Es konnten 995 Originalarbeiten (einschließlich Fallberichten etc.) und 160 Reviews als prinzipiell relevant für den Themenkomplex "GD/GI bei Kindern und Jugendlichen" identifiziert werden. Ein Flussdiagramm zum Screening der gefundenen Literatur gemäß dem PRISMA-Statement (Moher et al., 2009) kann ebenfalls Anhang B entnommen werden. Aufgrund der hohen Anzahl an Literaturverweisen wurde der Leitlinienkommission nicht die gesamte Literatur als Volltext zur Verfügung gestellt. Die einschlägige Literatur wurde in einer Literaturlatenbank gespeichert, die über eine geschützte Cloud allen Mitgliedern der Leitlinienkommission zugänglich gemacht wurde.

3.3.2 Themenspezifische systematische Literaturrecherche

Nach der Festlegung von offenen Leitfragen für die Leitlinie und der Bildung von Arbeitsgruppen wurden weitere themenspezifische Literaturrecherchen durchgeführt. Diese sollten jeweils der Beantwortung der Leitfragen dienen und eine Evidenzgrundlage für die von den AGs zu erstellenden Kapitel liefern. Für die themenspezifische Literaturrecherche wurden folgende Quellen genutzt:

1. Für den Themenkomplex relevante Literatur aus der themenübergreifenden systematischen Recherche (siehe 3.3.1),
2. systematische themenspezifische Literaturrecherchen und
3. Literatur auf Vorschlag von Mitgliedern der Leitlinienkommission oder von Expert*innen bei oder im Nachgang von Hearings

Die systematischen Literaturrecherchen deckten somit im ersten Schritt zunächst je einen Zeitraum von 1998 bis August 2015 (Zeitpunkt des ersten Suchlaufs der themenübergreifenden Literaturrecherche) und in den drei Folgejahren bis April 2020 erweiterte wiederholte Suchläufe der jeweiligen themenspezifischen Recherche ab. Sie wurde vom Leitliniensekretariat durchgeführt. Als Selektoren wurden neben Begriffen zu GD/GI jeweils zusätzlich themenspezifische Begriffe genutzt. Wie schon für die themenübergreifende Suche wurde in den Datenbanken MEDLINE und PsycINFO gesucht. Die Suchsyntaxen und die weiteren Selektoren sind in Anhang C aufgeführt.

Für die drei Publikationsjahre 2020 bis 2022 wäre der erneute Aufwand einer erneuten systematischen Literaturrecherche für die ansonsten fortgeschrittene Arbeit der Leitlinienerstellung unvertretbar groß gewesen. Um relevante neue Originalarbeiten dennoch zielführend für die einzelnen Kapitel in Bearbeitung zu rezipieren, waren alle Mitglieder der Leitlinienkommission fortlaufend angehalten, Ihnen zur Kenntnis gelangende relevante neue Publikationen dem Leitliniensekretariat zu melden. Da mehrere Mitglieder der Leitlinienkommission fortlaufend im jeweiligen Themengebiet wissenschaftlich aktiv sind, wurden durch dieses pragmatische Vorgehen relevante neuere Originalarbeiten hinreichend erfasst. Zudem wurden die Autor*innen der einzelnen Kapitel angehalten, auf neu erscheinende Originalarbeiten besonders zu achten. Zudem wurde die in 2022 publizierte neue internationale Leitlinie der World Professional Association for Transgender Health (WPATH, Coleman et al., 2022), der ein systematischer Literatur-Review durch die eine Arbeitsgruppe der John Hopkins University (Baker et al., 2021) zugrunde lag, auf darin enthaltene relevante Zitationen aktuellerer Originalarbeiten gesichtet, die noch nicht von uns rezipiert waren. Auf diese Weise neu zu berücksichtigende Studien wurden als Primärquellen gesichtet und den Autoren der einzelnen Kapitel für eine aktualisierte Überarbeitung der Kapitelentwürfe zur Verfügung gestellt. Zudem erschienen in 2020 zwei systematische Reviews des britischen *National Institute Health and Care Excellence* zu Pubertätsblockern und geschlechtsangleichenden Hormonbehandlungen im Jugendalter (NICE, 2020a, 2020b), die von der Leitlinienkommission rezipiert wurden. Dabei wurden alle darin aufgeführten Originalstudien, die noch nicht von der Leitlinienkommission rezipiert waren, ebenfalls als Primärquellen gesichtet und waren in der Entwurfsfassung, die im März 2024 den beteiligten Fachgesellschaften und ihren Mitgliedern im Rahmen der fachöffentlichen Kommentierungsphase vorgelegt wurde, bereits berücksichtigt.

Die Ergebnisse aller systematischen Suchläufe wurden vom Leitliniensekretariat gescreent und hinsichtlich ihrer Einschlägigkeit für die Leitfragen selektiert. Bei Unklarheiten bezüglich der Einschlägigkeit von Artikeln wurde die betreffenden Arbeitsgruppe um eine Einschätzung gebeten. Die Einschlusskriterien waren:

- Einschlägigkeit für die formuliere(n) Leitfrage(n)
- Stichprobe bestand aus Kindern und/oder Jugendlichen (bis 18 Jahre) und in Ergänzung dazu ggf. Jungerwachsenen (bis 25 Jahre)
- Sprache der Veröffentlichung Deutsch oder Englisch

- für Leitlinien: aktuelle Fassung der Leitlinie

Veröffentlichungen, die nicht über Online-Abruf, Fernleihe oder Anfrage bei den Autor*innen beschafft werden konnten, konnten ebenfalls nicht berücksichtigt werden. Dabei handelte es sich hauptsächlich um englischsprachige Lehrbuchkapitel, deren Verweis in Medline hinterlegt war. Den Verlauf des Screenings und die Bewertung der Eignung gemäß dem PRISMA-Statement (Moher et al., 2009) ist ebenfalls in Anhang C aufgeführt.

Nachrezeption von neueren Outcome-Studien aus 2020-2024 während der fachöffentlichen Kommentierungsphase:

Nach Beginn der fachöffentlichen Kommentierungsphase erschienen einige für die Leitlinie relevante Originalarbeiten, auf die die Kommission durch Kommentare aufmerksam gemacht wurde, und die einzeln für die Überarbeitung gesichtet wurden. Für die Interventionsempfehlungen der Leitlinie und die sich darauf beziehende Evidenzdebatte erschien es zudem unverzichtbar, während der fachöffentlichen Kommentierungsphase eine nochmalige Aktualisierung der Rezeption aller bis dato verfügbaren Studien zu Outcome und Nebenwirkungen von Pubertätsblockern und geschlechtsangleichenden Hormonen in der Behandlung von Jugendlichen mit GD vorzunehmen. Hierfür wurden folgende drei 2024 neu erschienen systematischen Übersichtsarbeiten zu hormonellen Interventionen im Jugendalter herangezogen, um noch fehlende Originalarbeiten aus dem Publikationszeitraum 2020-2024 möglichst vollständig zu erfassen:

- Zepf et al. (2024)
- Taylor et al. (2024a)
- Taylor et al. (2024b)

Alle in diesen drei Reviews berichteten themenrelevanten Originalarbeiten, die bis dato noch nicht bei der Leitlinienerstellung berücksichtigt waren, wurden als Primärquellen rezipiert und den Ko-Autor*innen der einzelnen Kapitel zur Verfügung gestellt.

3.3.3 Aufbereitung der Studienlage

Entsprechend den Regularien für eine S2k-Leitlinie erfolgte die Bewertung der Aussagefähigkeit der eingeschlossenen Originalstudien zunächst in den einzelnen Arbeitsgruppen für die einzelnen Kapitel. Dazu wurde zunächst die methodische Qualität des Studiendesigns betrachtet, dann die Durchführungsqualität sowie die Relevanz der jeweiligen Studie für die Leitfragen. Eine kritisch aufbereitete Zusammenfassung der Studienlage wurde für jedes Kapitel in einer Arbeitssitzung der Steuerungsgruppe präsentiert und diskutiert, bevor ein erster Kapitelentwurf verfasst wurde. Die Datenlage zu den einzelnen Kapiteln wird im Text narrativ berichtet.

3.4 Ableitung von Statements und konsensbasierten Empfehlungen

Die Leitlinie enthält aufgrund der insgesamt unsicheren Evidenzlage zur Wirksamkeit von Interventionen keine evidenzbasierten Empfehlungen. Dennoch waren für die konsensbasierten Empfehlungen empirisch belegte Aussagen zum Wissensstand relevant (z.B. zum bekannten Ausmaß von Diskriminierungserfahrungen Behandlungssuchender im Gesundheitswesen, zur Prävalenz psychischer Gesundheitsprobleme bei unbehandelter nativer Situation, zur Bedeutung der Unterstützung minderjähriger Patient*innen durch ihre Familien, oder zur Sicherheit hormoneller Behandlungen). Um in der Leitlinie kenntlich zu machen, welche empirisch belegten Aussagen zum rezipierten Wissensstand einzelnen konsensbasierten Empfehlungen zugrunde liegen, wurden in den

einzelnen Kapiteln in Ergänzung zur narrativ berichteten Studienlage einzelne empirisch belegte Aussagen zum Wissensstand mit Nennung der einschlägigen Studien hervorgehoben. So soll für die Anwendenden der Leitlinie nachvollziehbar gemacht werden, in welcher Weise der aufgearbeitete Wissensstand, der für die Leitfragen jeweils einschlägig ist, bei der Erstellung der durchweg konsensbasierten Empfehlungen der Leitlinie berücksichtigt wurde.

Die konsensbasierten Empfehlungen sind demnach soweit möglich durch die rezipierte und aufbereitete Studienlage informiert. Die Konsensstärke wird jeweils angegeben, um die Breite des dahinterstehenden Expert*innenkonsenses transparent abzubilden. Darüber hinaus wurde die Stärke eines jeweiligen Empfehlungsgrades mit den Formulierungen „soll/sollen“ (starke Empfehlung), „sollte/sollten“ (Empfehlung) sowie „kann/können“ (Empfehlung offen) dargestellt.

3.5 Konsensfindung und Umgang mit Dissens

Angesichts der vielseitigen unsicheren Evidenzlage in diesem Themenfeld, die sich absehbar nur mittelfristig ändern wird, wurde im Interesse der Akzeptanz der Leitlinie angesichts kontroverser Debatten ein möglichst breiter und damit für die Versorgungspraxis überzeugender Expert*innenkonsens bei den einzelnen Empfehlungen angestrebt. Daher wurde bereits im Erarbeitungsprozess der Leitlinie versucht, auf eine breite Konsensfähigkeit bezüglich der getroffenen Empfehlungen hinzuwirken. Die Textentwürfe der einzelnen Kapitel wurden jeweils in mehreren Kommentierungsschleifen innerhalb der Steuerungsgruppe versendet und Anmerkungen aus der Steuerungsgruppe wurden in entsprechenden Überarbeitungen aufgegriffen. Zudem wurden alle Formulierungen für konsensbasierte Empfehlungen in Arbeitssitzungen der Steuerungsgruppe eingehend diskutiert bis sie innerhalb der Steuerungsgruppe konsensfähig waren. Erst dann wurden sie der Konsensuskonferenz zur Abstimmung vorgeschlagen, die ihrerseits nochmals über die einzelnen Formulierungen diskutieren konnte. Einzelnen beteiligten Organisationen, die auch nach mehrfachen Feedbackschleifen innerhalb der Leitlinienkommission einzelne Empfehlungen nicht mittragen konnten, wurde die Möglichkeit eingeräumt, ihren Dissens (z.B. in Form begründeter Sondervoten) darzulegen.

Bereits früh im Erstellungsprozess zeichneten sich einige grundlegenden Dissenspunkte innerhalb der Leitlinienkommission ab. Da diese Dissenspunkte zum Teil sehr fundamentale medizinethische Grundhaltungen und fachliche Positionierungen u.a. zu den in der ICD-11 der WHO vorgenommenen Neu-Konzeptualisierungen zu non-konformen Geschlechtsidentitäten und deren Entpsychopathologisierung betrafen, wurde in enger Abstimmung mit der AWMF ein regelkonformer Weg gesucht, die Konsensbasis für wichtige professionelle Grundhaltungen, die durch die Leitlinie vermittelt werden sollen, in einem möglichst frühen Stadium der Leitlinienerstellung in einem transparenten Verfahren zu klären und für die später Anwendenden der Leitlinie in kompakter Form darzustellen. Zu diesem Zweck wurde in der Steuerungsgruppe eine **Präambel der Leitlinie** erarbeitet und unter den Mitgliedern der Steuerungsgruppe per Abstimmung und mit formaler Konsentierung durch den Vorstand der federführenden Fachgesellschaft DGKJP den Vorständen aller beteiligten Fachgesellschaften zur Kenntnis gegeben. Der Text der Präambel wurde von der gesamten Konsensuskonferenz in ihrer ersten Sitzung am 1.4.2022 unter Beteiligung von 26 Fachgesellschaften und zwei Interessenvertretungsorganisationen Behandlungssuchender mit starkem Konsens (> 95%) konsentiert.

Diese Präambel sollte elementare Grundsätze für die medizinethische Fundierung der Leitlinie sowie für eine am gesundheitlichen Wohl der Patient*innen orientierte professionelle Haltung deutlich machen, an denen sich die Leitlinienkommission maßgeblich orientiert hat. Ein Entwurf dieser Präambel wurde in der Steuerungsgruppe mehrfach Punkt für Punkt diskutiert und nach Feedback aus der Leitlinienkommission im Vorfeld der Konsentierung in der Konsensuskonferenz zwei Mal

überarbeitet. Dieses Vorgehen erlaubte, den breiten Konsens zu den für die Leitlinie maßgeblichen ethischen und therapeutischen Grundhaltungen ebenso transparent nach innen und außen darzustellen wie hiervon fundamental divergierende Auffassungen.

Die ursprünglich an der Leitlinie beteiligte DGSMP (vormals: DGSMTW), erklärte im Anschluss an die Konsentierung der Präambel in der Steuerungsgruppe in einem Schreiben ihres Vorstandes als einzige der beteiligten Organisationen ihre Nicht-Zustimmung. Durch diese im Erstellungsprozess in einem frühen Stadium geklärte Positionierung wurde transparent, dass die DGSMP (vormals: DGSMTW), die bereits als einzige von ursprünglich 17 beteiligten Fachgesellschaften die 2018 publizierte S3-Leitlinie für das Erwachsenenalter „*Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans*Gesundheit*“ nicht konsentiert hatte, vom bestehenden Konsens innerhalb der Leitliniengruppe fundamental abweichende ethische und fachliche Positionen vertritt. Entsprechend hat die DGSMP die Leitlinie in ihrer Endfassung nicht konsentiert und ist damit nicht mehr an ihr beteiligt. Ungeachtet dieser fachlichen Differenzen insbesondere zu medizinethischen Grundhaltungen wurde im weiteren Erstellungsprozess der Leitlinie durchgehend darauf geachtet, bei kontroversen fachlichen Diskussionen jeden begründeten Einwand einzeln aufzugreifen und nach wissenschaftlichen Maßstäben zu diskutieren.

Der Vorstand der DGPPN, deren Mandatstragende die Präambel ebenfalls mit konsentiert hatte, teilte zudem im Rahmen der finalen Konsentierung der Leitlinie mit, dass die DGPPN zwar die Leitlinie insgesamt konsentiere, den Text der Präambel in der verabschiedeten Form jedoch nicht mittrage. Die Erläuterungen hierzu finden sich im Anhang des Leitlinientextes zu Sondervoten einzelner Fachgesellschaften.

Konsensuskonferenzen

Die Konsensuskonferenzen fanden zu folgenden Zeitpunkten per ZOOM statt:

01.04.2022, 04.06.2022, 03.12.2022, 04.12.2022, 23.11.2023, 11.07.2024

Die Konferenzen wurde alle extern und seitens der AWMF von Frau Dr. Muche-Borowski (AWMF-zertifizierte Leitlinienberaterin) moderiert. Sie wurde nach dem Verfahren des **nominalen Gruppenprozesses** organisiert. Den Teilnehmenden der eingeladenen Konsensuskonferenzen wurden vorab die Volltexte der den vorgeschlagenen **Statements** zum Wissensstand und **konsensbasierten Empfehlungen** zugrundeliegenden Kapitel in ihrer jeweils aktuellen Textfassung zur Verfügung gestellt nebst einer Liste der zur Abstimmung stehenden Statements und Empfehlungen in der jeweils von der Steuerungsgruppe vorgeschlagenen Formulierung. In den Kapiteln wurden die Statements sowie die u.a. mit diesen begründeten Empfehlungen literaturgestützt hergeleitet und ausgeführt. Wo nötig wurden klinische Erfahrungen der an der Leitlinienerstellung beteiligten klinischen Expert*innen als solche mit angeführt und explizit benannt.

Die so vorbereiteten Statements und Empfehlungen wurden in der Konferenz von der Moderatorin einzeln vorgelesen und ggf. offene Fragen zu deren Zustandekommen im Plenum erfragt und erläutert. Vor jeder Abstimmung wurden mit der Zeit, die es hierfür bedurfte, im Plenum im Umlaufverfahren Änderungswünsche und Vorschläge zur Abänderung jeder einzelnen Empfehlung / Statement erfragt und diskutiert, bis eine weitgehend konsensfähig erscheinende Formulierung zur endgültigen Abstimmung frei gegeben wurde. Wie durch die AWMF empfohlen, wurde die Konsensusstärke zu den Empfehlungen festgehalten und in der Leitlinie genannt. Ihre Klassifikation folgt ebenfalls dem AWMF-Regelwerk:

Abbildung 2. Klassifikation der Konsensusstärke (AWMF, 2012)

Starker Konsens	Zustimmung von > 95 % der Teilnehmer
Konsens	Zustimmung von > 75–95 % der Teilnehmer
Mehrheitliche Zustimmung	Zustimmung von > 50–75 % der Teilnehmer
Kein Konsens	Zustimmung von < 50 % der Teilnehmer

Bei Verhinderung der Teilnahme einzelner Mandatstragenden wurden diese vorab um schriftliche Kommentare zu den zur Diskussion und Abstimmung vorgelegten Statements und Empfehlungen gebeten. Von an einzelnen Terminen nicht anwesenden Mitgliedern der Konsensuskonferenzen wurden deren Voten zur jeweiligen in der Sitzung verabschiedeten Letztfassung der Formulierungen mit den für jede einzelne Empfehlung angebotenen Wahlmöglichkeiten „Zustimmung, Enthaltung oder Gegenstimme“ schriftlich eingeholt.

4 Redaktionelle Unabhängigkeit

4.1 Finanzierung der Leitlinie

Die Finanzierung der Leitlinienarbeit wurde verteilt getragen. Die Kommissionsmitglieder arbeiteten ehrenamtlich. Sie wurden z.T. für die Sitzungen der LL-Kommission von ihren Arbeitgeber*innen freigestellt. Für Reise- und etwaige Übernachtungskosten von Mitgliedern der Leitlinienkommission kamen diese selbst auf oder sie wurden von den jeweiligen Fachgesellschaften bzw. Organisationen oder Arbeitgeber*innen übernommen. Seit 2020 fanden alle Arbeitssitzungen und Konferenzen ausschließlich online statt, was die entstehenden Kosten seit diesem Zeitpunkt minimierte.

Außerdem fielen Kosten für die Arbeit des Leitliniensekretariats und für die Organisation der Sitzungen der Steuerungsgruppe an wechselnden Orten an. Catering-Kosten für Kaffeepausen wurden jeweils aus dem laufenden Budget der gastgebenden Institution übernommen. Im Einzelnen wurden Organisationskosten wie folgt übernommen:

- Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie des Universitätsklinikums Münster
 - Personalkosten Leitliniensekretariat: Zusätzlich zu den aus der Förderung durch die DGKJP finanzierten Stellenanteilen (s.u.) wurden über den Zeitraum der gesamten Leitlinienerstellung wiederkehrend verschiedene studentische und wissenschaftliche Hilfskräfte, die für vielfältige Aufgaben aus den Eigenmitteln unserer universitären Einrichtung für Forschung und Lehre finanziert wurden, nach Bedarf mit unterstützenden Aufgaben für das Leitliniensekretariat betraut.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
 - Zuschuss zu Personalkosten Leitliniensekretariat: 10.000 €
 - Kosten für die Moderation durch die AWMF

Es hat keine Beeinflussung der Inhalte der Leitlinie durch die finanzierenden Stellen stattgefunden. Insbesondere gab es keine finanziellen Zuwendungen Dritter für die Leitlinienarbeit, hinter denen bestimmte inhaltliche oder finanzielle Interessen stehen. Die einzigen Geber von Ressourcen waren die DGKJP als federführende AWMF-Fachgesellschaft und die öffentlich-rechtliche universitäre Einrichtung des Leitlinienkoordinators bzw. Leitliniensekretariats.

4.2 Interessenkonflikte

Die Mitglieder der Leitlinienkommission sowie die Ko-Autoren von Leitlinie und Leitlinienreport¹³ gaben nach Aufforderung über das Portal der AWMF eine Erklärung über Interessenskonflikte nach dem Formblatt des AWMF-Regelwerks ab.^{14,15} Die Bewertung von Interessenskonflikten wurden einzeln jeweils durch den Koordinator der LL-Kommission (Prof. Dr. Georg Romer), den stellvertretenden Koordinator (Dr. Thomas Lempp) sowie durch das mandatierte Mitglied des Berufsverbandes niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater*innen (Dr. Heiko Dietrich) unabhängig voneinander geprüft. Für die Interessenerklärungen der drei genannten Personen wurde diese Prüfung entsprechend ohne eigene Bewertung ausschließlich durch die anderen beiden genannten Mitglieder der LL-Kommission vorgenommen. Entsprechend dem AWMF-Regelwerk wurden Interessenkonflikte ggf. entsprechend dem AWMF-Regelwerk (s.u.) als gering, moderat oder hoch eingestuft.

Interessenkonfliktmanagement Konkretisierung lt. AWMF Kommission Leitlinien

Ausprägung Interessenkonflikt	Umstände für diese Kategorie	Konsequenz
Kein	-	-
gering	Einzelne Vorträge finanziert von der Industrie	Limitierung von Leitungsfunktion (Koordination/AG Leitung)
moderat	Tätigkeit in einem industriefinanzierten Advisory Board/Wiss. Beirat/als Gutachter Managementverantwortung industriefinanzierte Studie Aktienbesitz einzelner Firmen	Keine Abstimmung für die thematisch relevanten Empfehlungen oder Doppelabstimmung
hoch	Eigentumsinteresse Arbeitsverhältnis bei der Industrie Hoher Aktienbesitz einzelner Firmen	Keine Teilnahme an Beratungen und keine Abstimmung

Und ggf. weitere themenspezifische Festlegungen



25

Für die drei Mandatstragenden der Selbstvertretungsorganisationen von Behandlungssuchenden wurde definitionsgemäß und ohne Unterscheidung der einzelnen Personen eine intendierte Interessenlage partizipativer Interessenvertretung angenommen. Hierbei wurde angenommen, dass es sich um allgemeine Patient*inneninteressen handelt (z.B. Selbstbestimmung, Niedrigschwelligkeit von Versorgungsangeboten etc.), die jedoch keine wirtschaftlichen Interessen der mandatstragenden Personen betreffen. Diese Interessenkonflikte wurden als *gering* eingestuft. Die daraus resultierende

¹³ Herr Thomas Nonhoff unterstützte zeitweise die Erstellung der methodischen Struktur des Leitlinienreports als wissenschaftliche Hilfskraft. Er war nicht an der Formulierung und Konsentierung der Leitlinie beteiligt. Entsprechend liegt von ihm keine Interessenerklärung vor.

¹⁴ Von der von der Patientenvertretungsorganisation TraKiNe e.V. Karoline Haufe wurde ohne Nennung von Gründen keine Interessenerklärung abgegeben. Dies führte nach dem Regelwerk der AWMF dazu, dass sie nicht mehr als Beteiligte geführt ist. Ihre abgegebenen Voten bei Abstimmungen wurden nicht gezählt. Damit hat die Organisation TraKiNe e.V. für alle Abstimmungen ein Stimmrecht weniger als ursprünglich vorgesehen.

¹⁵ Von Dr. med. Bernd Meyenburg liegt keine Interessenerklärung vor. Er hat die Steuerungsgruppe 2020 aus Altersgründen verlassen. Bis zu diesem Zeitpunkt hatte er als Erstautor der vorausgegangenen S1-Leitlinie „Geschlechtsidentitätsstörungen des Kindes und Jugendalters“ die Phase der systematischen Literaturrezeption mit seinem erfahrenen Rat begleitet. Er ist vor dem Abschluss der Literaturrecherche ausgeschieden und war an der inhaltlichen Erstellung der später konsentierten Empfehlungen nicht mehr beteiligt.

Konsequenz war, die betreffenden Personen nicht für die Leitung der Kommission oder einzelner Arbeitsgruppen vorzusehen.

Drei mandatstragende Mitglieder der LL-Kommission gaben an, vereinzelt Fortbildungshonorare für Referententätigkeit bei medizinischen Fortbildungsveranstaltungen erhalten zu haben, die zum Teil von Unternehmen der pharmazeutischen Industrie finanziert wurden. Die Höhe der jeweils angegebenen Honorare bewegte sich durchweg in einer für die hierfür erbrachte Leistung eines medizinischen Fortbildungsvortrags angemessenen bzw. üblichen Größenordnung. Es ergab sich in keinem Fall einer von der Privatwirtschaft finanzierten Fortbildungsveranstaltung ein direkter inhaltlicher Bezug zwischen dem Thema der Fortbildungsveranstaltung und dem Anwendungsbereich der Leitlinie. Dies wurde dennoch als geringgradiger Interessenkonflikt eingestuft, um das Risiko eines möglichen Interesses in Bezug auf pharmakologische Aspekte der hormonellen Behandlung zu berücksichtigen. Entsprechend nahmen die betreffenden mandatstragenden Mitglieder der Leitlinienkommission keine Leitungsfunktion in der Kommission wahr. Zudem wurde durch internen Peer Review unter Beteiligung von Kommissionsmitgliedern ohne Interessenkonflikte die Wahrung von Produktneutralität bei der Textdarstellung von pharmakologischen Aspekten hormoneller Behandlungen sichergestellt.

Eine in der Vergangenheit liegende Berufung eines mandatierten Mitglieds der LL-Kommission auf eine von einem Unternehmen der pharmazeutischen Industrie gestifteten Stiftungsprofessur an einer öffentlich-rechtlichen Universität begründete keinen Interessenkonflikt, da es sich nicht um eine finanzielle Zuwendung ad personam handelt, sondern die Universität bei der Einrichtung einer Stiftungsprofessur laut geltendem Stiftungsrecht und Hochschulrecht bereits vor deren Ausschreibung die inhaltliche Unabhängigkeit der Professur vom Geldgeber rechtssicher gewährleisten muss. Hierzu gehört, dass jedwede Einflussnahme z.B. auf die Auswahl der zu berufenden Person sowie auf die spätere inhaltliche Gestaltung der Professur jenseits der Rahmgestaltung, wie sie in der von der Fakultät veröffentlichten Ausschreibung definiert wurde, durch universitäre Verfahrensregeln auszuschließen ist.

Die Angaben der Interessenerklärungen der an der Leitlinie beteiligten Personen und die Bewertungen von Interessenkonflikten sind in Anhang E dieses Leitlinienreports tabellarisch aufgelistet.

5 Fachöffentliche Kommentierungsphase

Nach erfolgter formaler Prüfung der Leitliniendokumente durch die AWMF wurden diese in einer vorab mit dem Vorstand der federführenden Fachgesellschaft DGKJP abgestimmten Entwurfsfassung den Vorständen aller beteiligten Fachgesellschaften zur Kommentierung für einen Zeitraum von vier Wochen verfügbar gemacht mit der eingeladenen Option, diese Möglichkeit des Einsehens der Leitliniendokumente und deren Kommentierung per Link in einem eigens eingerichteten Online-Portal an alle Mitglieder der jeweiligen Organisation weiter zu leiten, die sich per namentlicher Anmeldung an dieser fachöffentlichen Kommentierung beteiligen konnten.

Der Vorstand der DGSMP (vormals: DGSMTW) teilte daraufhin in einem Schreiben mit, dass die DGSMP die Leitlinie nicht konsentiere. Auf den formalen Hinweis, dass noch keine finale Fassung der Leitlinie zur Konsentierung vorliege, teilte der Vorstand der DGSMP seine Entscheidung mit, die Mitarbeit an der Leitlinie bis zum Vorliegen der finalisierten Fassung ruhen zu lassen. Der Mandatsträger der DGSMP wurde aufgrund dieser mitgeteilten Entscheidung ab diesem Zeitpunkt an der Überarbeitung des Leitlinien-Textes sowie an den Sitzungen der Leitlinienkommission nicht mehr

beteiligt. Erwartungsgemäß konsentiert die DGSMP die spätere finale Fassung der Leitlinie nicht, sodass sie nicht mehr als beteiligte Fachgesellschaft geführt ist.

Alle eingehenden Kommentierungen wurden gesammelt und nach Kapiteln geordnet tabellarisch aufgelistet. Daraufhin wurden sie von den Autor*innenteams der einzelnen Kapitel gesichtet und auf ihre Relevanz für eine Überarbeitung des Kapitels geprüft und nach Möglichkeit wurden entsprechend Vorschläge für inhaltliche Ergänzungen des Leitlinientextes formuliert, z.B. durch präzisierende Hervorhebungen. In einer Arbeitssitzung der Steuerungsgruppe am 26.6.2024 wurden die so aufbereiteten Kommentierungen gemeinsam inhaltlich bewertet und diskutiert. Dabei wurden einzelne Leitlinienempfehlungen nach eingehender Diskussion umformuliert oder gestrichen. Die im Wortlaut modifizierten Empfehlungen wurden daraufhin der gesamten Konsensuskonferenz vorgelegt und in einer durch die AWMF zertifizierte Beraterin Frau Dr. Muche-Borowski extern moderierten Konsensuskonferenz am 11.7.2024, zu der wiederum alle aktiven mandatierten Mitglieder der LL-Kommission eingeladen waren per einzelner Abstimmung nachkonsentiert, wobei die jeweiligen Konsensstärken neu ermittelt wurden. Das Verfahren der Konsensfindung entsprach wiederum dem in Abschnitt 3.5. („Konsensuskonferenzen“) dargelegten Vorgehen des nominalen Gruppenprozesses. Dabei kam es bei einzelnen der veränderten oder neu hinzugefügten Empfehlungen zu abweichenden Sondervoten, die nebst inhaltlicher Begründung ergänzend in den Leitlinien-Text aufgenommen wurden. Die Dokumentation der eingegangenen Kommentare sowie die Befassung mit ihnen ist in einer Tabelle in Anhang F dargestellt.

Zwei eingegangene Kommentierungen erfolgten jeweils im Format eines umfangreichen Autorenpapiers, wobei beide eine umfassende und fundamentale Kritik an der Leitlinie ausführen:

- Eine Autor*innengruppe von zunächst 15 Mitgliedern der DGKJP, unter der Erstautorenschaft von Prof. Dr. Zepf übersandte eine 111 Seiten umfassende Kritik an der Leitlinie mit sehr fundamentalen Kritikpunkten (Zepf et al.: „Gemeinsame Kommentierung des aktuellen Entwurfs der neuen S2k-Leitlinie "Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter“¹⁶). Diese sei u.a. „unwissenschaftlich“ und müsse grundlegend überarbeitet werden. Eine erbetene Zustimmung der Ko-Autor*innen, diese Kommentierung als Anlage zum Methodenreport zu veröffentlichen, wurde nicht erteilt. Stattdessen wurde darauf verwiesen, dass sie über einen Internet-Link zugänglich sei (s.u. Fußnote). Zwei der im übersandten Text genannten Ko-Autorinnen erklärten, gegenüber der Leitlinienkommission, nicht mehr als Ko-Autorinnen des Papiers genannt werden zu wollen. Diese Kommentierung ließ sich aufgrund ihres Umfangs nicht in o.g. Verfahren bearbeiten. Eine separate Erwiderung der Steuerungsgruppe, in der die Kritikpunkte dieser Kommentierung argumentativ zurückgewiesen werden, ist in Anhang G beigefügt.
- Der Mandatsträger der DGDMP (vormals: DGSMTW) Dr. Korte übermittelte gemeinsam mit der o.g. Mitteilung nebst deren Begründung, dass die DGSMP die Leitlinie nicht konsentiere, eine 10 Seiten umfassende „Methodenkritische Kommentierung der S2k-Leitlinie“. Die erfragte Zustimmung des Autors, diese Kommentierung als Anhang zum Leitlinienreport öffentlich zugänglich zu machen, wurde nicht erteilt. Auf eine argumentative Erwiderung zu den einzelnen darin ausgeführten Kritikpunkten wurde verzichtet. Der Kritikführende war als Mitglied der

¹⁶ Link: https://www.zi-mannheim.de/fileadmin/user_upload/downloads/forschung/KJP_downloads/Gemeinsame_Kommentierung_Leitlinienentwurf_S2k-240521.pdf

Steuerungsgruppe an allen inhaltlichen und methodischen Diskussionen beteiligt und hatte hinreichend Gelegenheit, seine kritischen Positionen darzulegen und zur Diskussion zu stellen. Die Kritik am methodischen Vorgehen der Leitlinienkommission wurde von ihr mit Hinweis auf die Einhaltung der AWMF-Regularien und deren externe Prüfung durch die AWMF zurückgewiesen.

6 Konsentierung durch die Vorstände der beteiligten Fachgesellschaften/Organisationen

Die nach der fachöffentlichen Kommentierungsphase nochmals überarbeitete Fassung des Leitlinientextes inklusive einzelner modifizierter und ergänzter und von der Konsensuskonferenz nachkonsentierter Empfehlungen wurden im Oktober 2024 nach Abstimmung mit dem Vorstand der herausgebenden Fachgesellschaft DGKJP mit der Empfehlung zur finalen Konsentierung allen Vorständen beteiligter Organisationen gemeinsam mit dem von der AWMF geprüften Leitlinienreport nebst Anlagen vorgelegt. Bereits in der Konsultationsphase wurden alle beteiligten Vorstände darüber informiert, dass die finale Konsentierung innerhalb einer gegebenen Frist erfolgen sollte, nach deren Ablauf die Leitlinie publiziert werden soll. Alle Vorstände wurden darauf hingewiesen, dass mit dem abschließenden Votum weiterhin abweichende Sondervoten zu einzelnen Empfehlungen eingereicht werden können. Dies setzt gemäß AWMF-Regularien voraus, dass die betreffende Organisation die Leitlinie insgesamt konsentiert. Die Vorstände der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) und die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) machten von dieser Gelegenheit Gebrauch und übersandten gemeinsam mit ihrem konsentierenden Votum zur Leitlinie ergänzende und teils abweichende Sondervoten zu einzelnen Empfehlungen, in denen modifizierende Formulierungen für die betreffenden Empfehlungen enthalten sind. Alle Sondervoten wurden als solche kenntlich gemacht in den Leitlinientext eingearbeitet. Diese Sondervoten führten nicht zu Änderungen in der Konsensstärke der betreffenden Empfehlungen. Aus Gründen der Lesbarkeit des Fließtextes wurden die teils sehr ähnlich lautenden Begründungen zu den einzelnen Sondervoten im Anhang zum Leitlinientext aufgelistet und zudem im Fließtext an der jeweilige Textstelle einzeln verlinkt.

Der Vorstand der ursprünglich beteiligten DGSMP (vormals DGSMTW) teilte, wie bereits in der Kommentierungsphase angekündigt, mit, die finale Version der Leitlinie nicht zu konsentieren (siehe Abschnitt 5). Der Vorstand der ursprünglich beteiligten Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) teilte ohne Begründung mit, die fertig gestellte Leitlinie nicht zu konsentieren. Entsprechend dem AWMF-Regelwerk werden diese beiden Fachgesellschaften nicht mehr als Beteiligte gelistet. Die Mandatsträgerin der DGU, Frau Prof. Dr. Krege, die an allen Konsensuskonferenzen teilgenommen und mit abgestimmt hat, erklärte, dass Sie als ausgewiesene Expertin die Leitlinie inhaltlich unterstützt. Von einer der bislang beteiligten Fachgesellschaften (SGKJPP) lag zum Zeitpunkt der Erstveröffentlichung noch kein abschließendes Votum des Vorstandes vor. Die Möglichkeit der Nachreichung dieses Votums wurde eingeräumt. Somit haben alle beteiligten Fachgesellschaften außer der SGKJPP (deren Votum noch aussteht) sowie den beiden o.g. ausgetretenen Fachgesellschaften DGSMP und DGU ihre finale Zustimmung zu der Leitlinie gegeben. Die DGPPN und DGE haben dabei zu einzelnen Empfehlungen Sondervoten eingereicht, deren abweichende oder ergänzende Formulierungen (so wie die bereits in den Konsensuskonferenzen vereinzelt eingebrachten Sondervoten anderer beteiligter Organisationen) im Text der Leitlinie bei den betreffenden Empfehlungen mit angegeben werden. Zudem sind alle Sondervoten mit Begründungen im Anhang A des Leitlinientextes aufgeführt.

7 Verbreitung, Implementierung und Monitoring

Die unter Absatz 5 beschriebene fachöffentliche Kommentierungsphase wurde als im AWMF-Regelwerk bestehende Möglichkeit einer externen Begutachtung der Leitlinie gewählt.

Es wurde keine Analyse von Barrieren in der Anwendung der Leitlinie durchgeführt, weshalb dies nicht in der Leitlinie diskutiert werden konnte. Ebenso erfolgte keine Analyse von Kosten der Anwendung der Leitlinie, weshalb dieser Bereich nicht in der Leitlinie diskutiert wird.

Für die Implementierung der Leitlinie wurden und werden auf den Fachgesellschaftskongressen der beteiligten AWMF-Fachgesellschaften interdisziplinäre Symposien zur Vorstellung der Leitlinie organisiert. Ferner wird nach der finalen Konsentierung noch eine Kurzfassung erstellt werden. Zudem sollen in den deutschen wissenschaftlichen Fachzeitschriften für Kinder- und Jugendmedizin (Monatsschrift für Kinderheilkunde) und Kinder- und Jugendpsychiatrie (Zeitschrift für KJPP) jeweils eine kompakte redaktionelle Zusammenfassung für das jeweilige Fachpublikum erstellt werden.

Ein strukturiertes Monitoring der Implementierung der Leitlinie ist zum Zeitpunkt der Veröffentlichung nicht geplant.

8 Gültigkeitsdauer und Aktualisierung

Die Gültigkeitsdauer der vorliegenden S2k-Leitlinie soll 5 Jahre ab den Zeitpunkt der letzten inhaltlichen Überarbeitung im Oktober 2024 ein, also von ihrer Veröffentlichung nach finaler Konsentierung bis zum 30.09.2029. Nach einer Bestands- und Bedarfsanalyse soll bereits nach 3 Jahren das weitere Verfahren der Aktualisierung von einer sich neu konstituierenden Steuerungsgruppe festgelegt werden. Dabei soll u.a. Aktualisierung der in dieser Leitlinie durchgeführten systematischen Literaturrecherchen erfolgen. Für die danach zu planende Aktualisierung soll gemeinsam mit der neuen Leitlinienkommission der S3-Leitlinie für das Erwachsenenalter „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans*gesundheit“ (AWMF-Registernummer 138 – 001), deren Überarbeitung gerade begonnen hat, geprüft werden, ob es eine integrierte S3-Leitlinie für alle Altersgruppen geben soll.

Ansprechpartner für die Aktualisierung ist:

Prof. Dr. med. Georg Romer
Direktor, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie
Universitätsklinikum Münster
Schmeddingstraße 50
48149 Münster
sekre.romer@ukmuenster.de

9 Literaturverzeichnis

- Aitken, M., Steensma, T. D., Blanchard, R., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A. ... Leef, J. H. (2015). Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, 12, 756–763. <https://doi.org/gfvksv>
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. Auflage (DSM-5).
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). (2012). AWMF-Regelwerk „Leitlinien“. 1. Auflage. <https://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html>
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) & Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). (2008). Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI), Fassung 2005/2006 + Domäne 8. <https://www.leitlinien.de/leitlinien-grundlagen/leitlinienbewertung/delbi>
- Baker, K. E., Wilson, L. M., Sharma, R., Dukhanin, V., McArthur, K. & Robinson, K. A. (2021). Hormone therapy, mental health, and quality of life among transgender people: A systematic review, *Journal of the Endocrine Society*, 5, 1-16, <https://doi.org/10.1210/jendso/bvab011>
- Chen, M., Fuqua, J. & Eugster, E. A. (2016). Characteristics of referrals for gender dysphoria over a 13-year period. *Journal of Adolescent Health*, 58, 369–371. <https://doi.org/f8bkjn>
- GRADE Working Group. (2004). Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*, 328, 1490. <https://doi.org/bgq3mj>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G. & Prisma Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS med*, 6, e1000097. <https://doi.org/bq3jpc>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2020a). *Evidence review: Gonadotrophin releasing hormone analogues for children and adolescents with gender dysphoria*. <http://evidence.nhs.uk>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2020b). *Evidence review: Gender affirming hormones for children and adolescents with gender dysphoria*. <http://evidence.nhs.uk>
- Nieder, T. O. & Strauß, B. (2019). S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung im Kontext von Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und trans-gesundheit. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 32, 70-79. <https://doi.org/k464>
- Pierce, S., Mazziotta, A. & Möller-Kallista, B. (2022). Erfahrungen von Kindern mit Geschlechtsdysphorie/Geschlechtsinkongruenz und ihren Eltern mit dem Gesundheitswesen in Deutschland. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 71, 597-619. <https://doi.org/k5bh>
- OCEBM Levels of Evidence Working Group, Howick J., Chalmers, I., Glasziou P., Greenhalgh, T., Heneghan C. ... Hodgkinson, M. (2011). The Oxford 2011 Levels of Evidence. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. <https://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>
- Taylor, J., Mitchell, A., Hall, R., Heathcote, C., Langton, T., Fraser, L. & Hewitt, C. E. (2024a). Interventions to suppress puberty in adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: A systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 109, s33-s47. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326669>

- Taylor, J., Mitchell, A., Hall, R., Langton, T., Fraser, L. & Hewitt, C. E. (2024b). Masculinising and feminising hormone interventions for adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: A systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 109, s48-s56. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326670>
- Wood, H., Sasaki, S., Bradley, S. J., Singh, D., Fantus, S., Owen-Anderson, A. ... Zucker, K. (2013). Patterns of referral to a gender identity service for children and adolescents (1976-2011): Age, sex ratio, and sexual orientation. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 39. 1–6. <https://doi.org/ggjm5m>
- World Health Organization [WHO]. (2018). *ICD-11: International classification of diseases* (11. Revision). <https://icd.who.int/>
- Zepf F. D., König L., Kaiser A., Ligges C., Ligges, M., Roessner, V., Banaschewski, T. & Holtmann, M. (2024). Beyond NICE: Aktualisierte systematische Übersicht zur Evidenzlage der Pubertätsblockade und Hormongabe bei Minderjährigen mit Geschlechtsdysphorie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 52, 167-187. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000972>

Anhänge

Anhang A: Literaturrecherche zu vorhandenen internationalen Leitlinien

Anhang B: Initiale themenübergreifende Literaturrecherche (bis 2019)

Anhang C: Erweiterte themenspezifische Literaturrecherche (bis 2024)

Anhang D: Tabellarische Auflistungen der gesichteten Originalarbeiten zu hormonellen Interventionen

Anhang E: Interessenerklärungen und Umgang mit Interessenskonflikten

Anhang F: Tabellarische Dokumentation der erhaltenen Kommentierungen in der fachöffentlichen Kommentierungsphase

Anhang G: Zusätzliche Kommentierungen größeren Umfanges in der fachöffentlichen Kommentierungsphase und Erwiderung der Leitlinienkommission

Anhang A: Literaturrecherche zu vorhandenen internationalen Leitlinien

Eine Suche nach relevanten bereits existierenden Leitlinie wurde im August 2015 in folgenden Internet-Portalen durchgeführt:

- awmf.org
- leitlinien.de
- guideline.gov
- sign.ac.uk
- nice.org.uk

Die dabei verwendeten Suchbegriffe waren (ggf. durch den Operator "OR" verbunden):

Gender Dysphoria, Gender identity, transsexual, transsexualism, trans*, transident, transgender, Gender Identity Disorder, gender variance, male-tofemale, female-to-male, MTF, FTM, gender nonconformity, genderqueer, gender reassignment, gender variant, Sexual and Gender disorders, gender atypical Geschlechtsdysphorie, Geschlechtsidentität, Transsexualismus, Transsexualität, Transident, Transgender, Geschlechtsidentitätsstörung GIS, Mann zu-Frau, Frau-zu-Mann, MTF, FTM, Geschlechtsangleichung

Die Inklusionskriterien waren:

- aktuelle Fassung der jeweiligen Leitlinie (keine aktuellere Fassung gefunden)
- evidenzbasierte Leitlinie (z.B. für deutsche Leitlinien S2e- oder S3-Niveau)
- gesamter Zeitraum bis zur Suche wurde berücksichtigt

Anhang B: Initiale themenübergreifende Literaturrecherche (bis 2019)

Für die initiale themenübergreifende Literaturrecherche wurden die Datenbanken MEDLINE und PsycINFO genutzt. Die Suchläufe fanden getrennt statt und wurden beide im August 2015 durchgeführt. Die Suchsyntax war wie folgt aufgebaut:

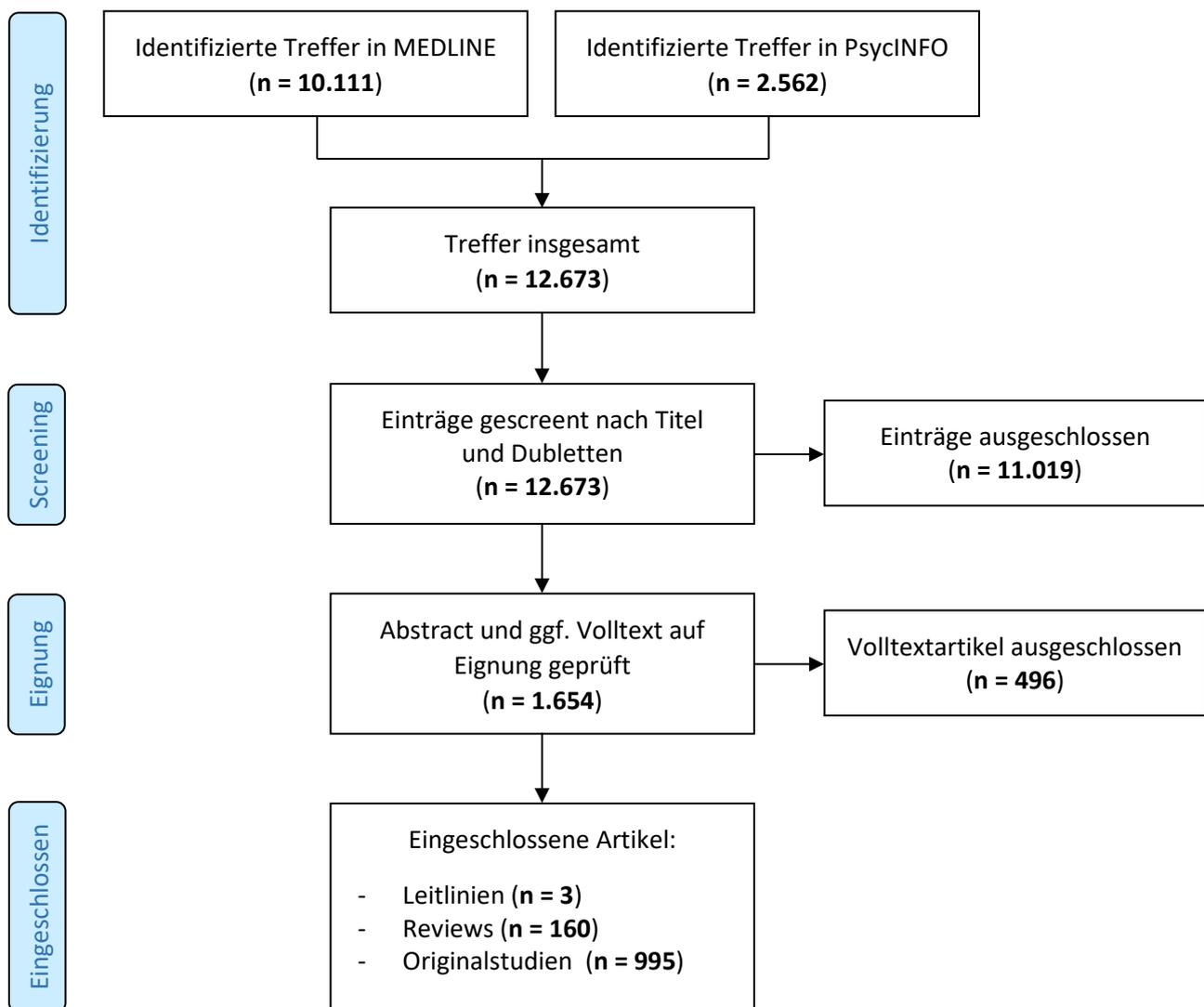
- In MEDLINE wurden MeSH-Schlagwörter jeweils zu Themenbereich Geschlechtsdysphorie (M1) und zum Altersbereich (M2) genutzt.
- In PsychINFO wurden Schlagwörter nach dem APA Thesaurus of Psychological Index Terms zum Themenbereich (P1) und zum Altersbereich (P2) genutzt.
- Für beide Suchen wurden darüber hinaus identische Suchwörter für den Volltext zum Themenbereich (T1) und zum Altersbereich (T2) genutzt.
- Die jeweiligen Schlagwörter und Textwörter wurden innerhalb eines Bereichs jeweils durch den Operator "OR" (in Tabelle B1 anstatt der Kommata) verknüpft.
- Die Schlagwörter und Textwörter zum Alter wurden ebenfalls durch "OR" verknüpft. Die Schlagwörter und Textwörter zum Themenbereich wurden ebenfalls durch "OR" verknüpft.
- Die Syntax zum Themenbereich und zum Altersbereich wurden durch "AND" verknüpft.
- Die Syntax war entsprechend: (M1 OR T1) AND (M2 OR T2) bzw. (P1 OR T1) AND (P2 OR T2)

Tabelle B1: Suchbegriffe und Suchzeitraum der themenübergreifenden Literaturrecherche

	MEDLINE	PsycINFO
Schlagwörter (MeSH/ Thesaurus)	<p>Begriffe zum Thema (<u>M1</u>): Transsexualism, Transgendered Persons, Health Services for Transgendered Persons, Gender Identity</p> <p>Begriffe zur Altersklasse (<u>M2</u>): Child, Minors, Adolescent</p>	<p>Begriffe zum Thema (<u>P1</u>): Transgender, gender identity disorder, Gender Identity</p> <p>Begriffe zur Altersklasse (<u>P2</u>): Adolescent Development, Childhood Development, Development, Human Development</p>
Textwörter	<p>Begriffe zum Thema (<u>T1</u>): Gender Dysphoria, Gender identity, transsexual, transsexualism, trans*, transient, transgender, Gender, Identity Disorder, gender variance, male-to-female, female-to-male, MTF, FTM, gender non-conformity, gender discordance, genderqueer, gender reassignment, gender variant, Sexual and Gender disorders, gender atypical, role change, hormone replacement therapy, transidentity in adolescents, gender dysphoria in adolescents, gender identity disorder in adolescents, transidentity in adolescents, treatment guidelines for adolescents with gender identity disorder, Geschlechtsdysphorie bei Jugendlichen, Geschlechtsidentitätsstörungen im Jugendalter, Transidente Jugendliche, Geschlechtsdysphorie, Geschlechtsidentität, Transsexualismus, Transsexualität, Trans*, Transient, Transgender, Geschlechtsidentitätsstörung/ GIS, Geschlechtsvarianz, Mann-zu-Frau, Frau-zu-Mann, MTF, FTM, Geschlechtsangleichung, genderqueer, Geschlechtsumwandlung, Geschlechtsanpassung, geschlechtsvariant, Rollenwechsel, Transident</p> <p>Begriffe zur Altersklasse (<u>T2</u>): Adolescents, Adolescents and young people, children, teens, teenagers, adolescence, Jugendliche, Teenagers, Adoleszenz, Kinder, teens</p>	
Zeitraum	1998 - August 2015	

Die Ergebnisse der beiden Suchläufe wurden zusammengefasst und um Dubletten bereinigt. Außerdem wurde anhand der Titel auf Einschlägigkeit gescreent. Anschließend wurden die Abstracts und bei Bedarf die Artikel im Volltext auf Eignung geprüft. Artikel wurden bei einer Verletzung der Einschlusskriterien (einschließlich der Sprache; siehe 3.3.1) oder wenn die Veröffentlichung nicht über Online-Abruf, Fernleihe oder Anfrage bei den Autor*innen beschafft werden konnte ausgeschlossen. Quantitativ ist dies im folgenden Flow-Chart in Anlehnung an das PRISMA-Statement (Moher et al., 2009) dargestellt:

Abbildung B1: Flow-Chart zur Treffern, Screening, Prüfung der Eignung und als einschlägig identifizierten Artikeln in der themenübergreifenden Literaturrecherche



Anhang C: Erweiterte themenspezifische Literaturrecherche (bis 2024)

Für jede Arbeitsgruppe wurde wenigstens eine weitere themenspezifische systematische Literaturrecherche durchgeführt. Der Zeitpunkt dieser Recherchen lag zwischen August 2017 und April 2020. Der berücksichtigte Zeitraum war jeweils Anfang 2014 bis zum Zeitpunkt der jeweiligen themenspezifischen Suchläufe. Für die Arbeitsgruppen "sozialer Rollenwechsel im Kindesalter" und "Persisters vs. Desisters (Entwicklungsverläufe)" wurden wegen der inhaltlichen Überschneidungen gemeinsame Suchläufe durchgeführt und im Rahmen des Reviews über eine Zuordnung zu einer oder beider Arbeitsgruppen entschieden. Für die Arbeitsgruppen „Hormonelle Behandlungen“ und „Psychotherapie“ wurden im Juli 2020 Nachrecherchen durchgeführt, die die gleiche Suchsyntax nutzen aber den Zeitraum zwischen der ersten themenspezifischen Recherche und Juli 2020 umfasste. Dies diente der Aktualisierung dieses Literaturbestands.

Für die themenspezifischen Recherchen wurden auch die Datenbanken MEDLINE und PsycINFO genutzt. Dabei wurden wiederum sowohl Schlagwörter nach MeSH bzw. dem APA-Thesaurus als auch Textwörter aus Titel und Abstracts für die Eingrenzung des übergreifenden Themenbereichs Geschlechtsdysphorie genutzt. Die Textwörter wurden dabei gegenüber der themenübergreifenden Recherche (siehe Anhang B) abgeändert, u.A. weil der Begriff "Geschlechtsinkongruenz" durch den Entwurf zur ICD-11 in der Zwischenzeit eingeführt wurde. Die Suchbegriffe zu Geschlechtsdysphorie wurden dabei je nach Themenbereich mit weiteren Schlag- und Textwörtern verknüpft.

- Die verschiedenen Schlag- und Textwörter wurden innerhalb eines Bereichs durch den Operator "OR" (in den Tabellen dieses Anhangs statt der Kommata) verknüpft.
- MeSH-Schlagwörter zu Geschlechtsdysphorie werden im Folgenden als M1 bezeichnet und MeSH-Schlagwörter zum jeweiligen Themenbereich der Recherche als M2.
- APA-Thesaurus-Schlagwörter zu Geschlechtsdysphorie werden im Folgenden als P1 bezeichnet und APA-Thesaurus-Schlagwörter zum jeweiligen Themenbereich der Recherche als P2.
- Es wurden je Arbeitsgruppe die gleichen Textwörter in MEDLINE und PsycINFO genutzt. Die Textwörter zu Geschlechtsdysphorie werden mit T1 und die Textwörter zum jeweiligen Themenbereich der Recherche mit T2 abgekürzt.
- Die Syntax war jeweils: (M1 OR T1) AND (M2 OR T2) bzw. (P1 OR T1) AND (P2 OR T2)
- Die Einschränkung auf Artikel in englischer oder deutscher Sprache wurde über Filter in der MEDLINE- und PsycINFO-Suchmaske durchgeführt.
- Auch die Einschränkung des Altersbereichs wurde über Filter in der MEDLINE- bzw. PsycINFO-Suchmaske durchgeführt. Als einzuschließende Altersbereiche wurden gewählt:
 - **In MEDLINE:** "all child: 0-18 years", "adolescent: 13-18 years", "child: 6-12 years" und "child, preschool: 2-5 years"
 - **In PsycINFO:** "adolescence (13-17 yrs)", "childhood (birth-12 yrs)", "school age (6-12 yrs)" und "preschool age (2-5 yrs)"

Die Ergebnisse der Suchläufe in MEDLINE und PsycINFO wurden je Arbeitsgruppe zusammengefasst. Daraus wurden die Dubletten gelöscht. Anschließend fand ein Screening der Artikel auf Einschlägigkeit anhand der Titel und bei Uneindeutigkeit auch der Abstracts statt. Die positiv gescreenten Artikel wurden dann im Volltext auf Erfüllung der Einschlusskriterien (siehe 3.3.2) geprüft. Auch wenn eine Veröffentlichung nicht über Online-Abruf, Fernleihe oder Anfrage bei den Autor*innen beschafft werden konnte, wurde sie ausgeschlossen. Die Suchsyntaxen, die angewendeten Filter und der Suchzeitpunkt kann den folgenden Tabellen entnommen werden. Eine quantitative Übersicht über die Sichtung der Literatursuchen gemäß den Konventionen des PRISMA-Statements (Moher et al., 2009) kann den Abbildungen in diesem Anhang entnommen werden.

Tabelle C1: Suchbegriffe, Filter und Suchzeitraum der Suchläufe für die Arbeitsgruppe "Hormonbehandlung"

Suchbegriffe zu Geschlechtsdysphorie & Geschlechtsinkongruenz	
Schlagwörter	<p>MeSH für MEDLINE (M1): Disorders of Sex Development, Gender Dysphoria, Gender Identity, Health Services for Transgender Persons, Psychosexual Development, Sex Reassignment Procedures, Transgendered Persons, Transsexualism, Disorders of Sex Development, Health Services for Transgendered Persons, Transgender Persons</p> <p>APA-Thesaurus für PsycINFO (P1): Gender Identity, Transgender, Transsexualism, Gender Identity Disorder, Psychosexual Development, Sex Change, Transgender</p>
Textwörter	<p>(T1): gender incongruence*, Disorders of sex development*, female-to-male, formation of gender identity, Frau-zu-Mann, FTM, MTF, gender atypical*, gender discordance*, Gender Dysphoria, gender dysphoria in adolescent*, Gender identit*, Gender identity development*, Gender Identity Disorder*, gender identity disorder* in adolescent*, gender identity disorder* of childhood, gender nonconforming, gender non-conforming, gender non-conformity, gender reassignment*, gender variance*, gender variant*, genderqueer*, Geschlechtsangleichung*, Geschlechtsanpassung*, Geschlechtsdysphori*, Geschlechtsdysphorie bei Jugendliche*, Geschlechtsidentität*, Geschlechtsidentitätsstörung*, Geschlechtsidentitätsstörung* im Jugendalter, Geschlechtsumwandlung*, geschlechtsvariant*, Geschlechtsvarianz, GLBT, Identity development*, LGBTQ, Mann-zu-Frau, "Sexual and Gender disorders", sexual identit*, TGNC, TGNC adolescent*, TGNC Child*, "TGNC Child* and Adolescent*", TGNC youth, transgender*, transient*, Transidente* Jugendliche*, transidentity in adolescent*, transsexual*, Transsexualismus, Transsexualität</p>
Suchbegriffe zu Hormonbehandlung	
Schlagwörter	<p>MeSH für MEDLINE (M2): Gonadotropin-Releasing Hormone, Hormone Replacement Therapy, Sex Reassignment Procedures</p> <p>APA-Thesaurus für PsycINFO (P2): Sex Change</p>
Textwörter	<p>(T2): hormon* replac* therap*, pubertal suspension, GnRH_a, pubert* suppression*, puberty-suppressing, GnRH analogue, cross-sex hormon*, Sex Reassignment*, cross-sex hormon* treatment*, Hormon* Therap*, Hormonbehandlung*</p>
Filter	
Altersgruppe	<p>Für MEDLINE: "all child: 0-18 years", "adolescent: 13-18 years", "child: 6-12 years", "child, preschool: 2-5 years"</p> <p>Für PsycINFO: "adolescence (13-17 yrs)", "childhood (birth-12 yrs)", "school age (6-12 yrs)", "preschool age (2-5 yrs)"</p>
Sprachen	Deutsch, Englisch
Zeitraum	2014 - Juli 2017
Datum der Suche: 30.08.2017	
Aktualisierung: 01.06.2024 ; Es wurden alle Primärstudien aus den einschlägigen Reviews von Taylor et al. (2024a,2024b) mit aufgenommen, welche bisher nicht berücksichtigt wurden.	

Abbildung C1: PRISMA-Flussdiagramm zur Literaturrecherche für die Arbeitsgruppe "Hormonelle Behandlung"

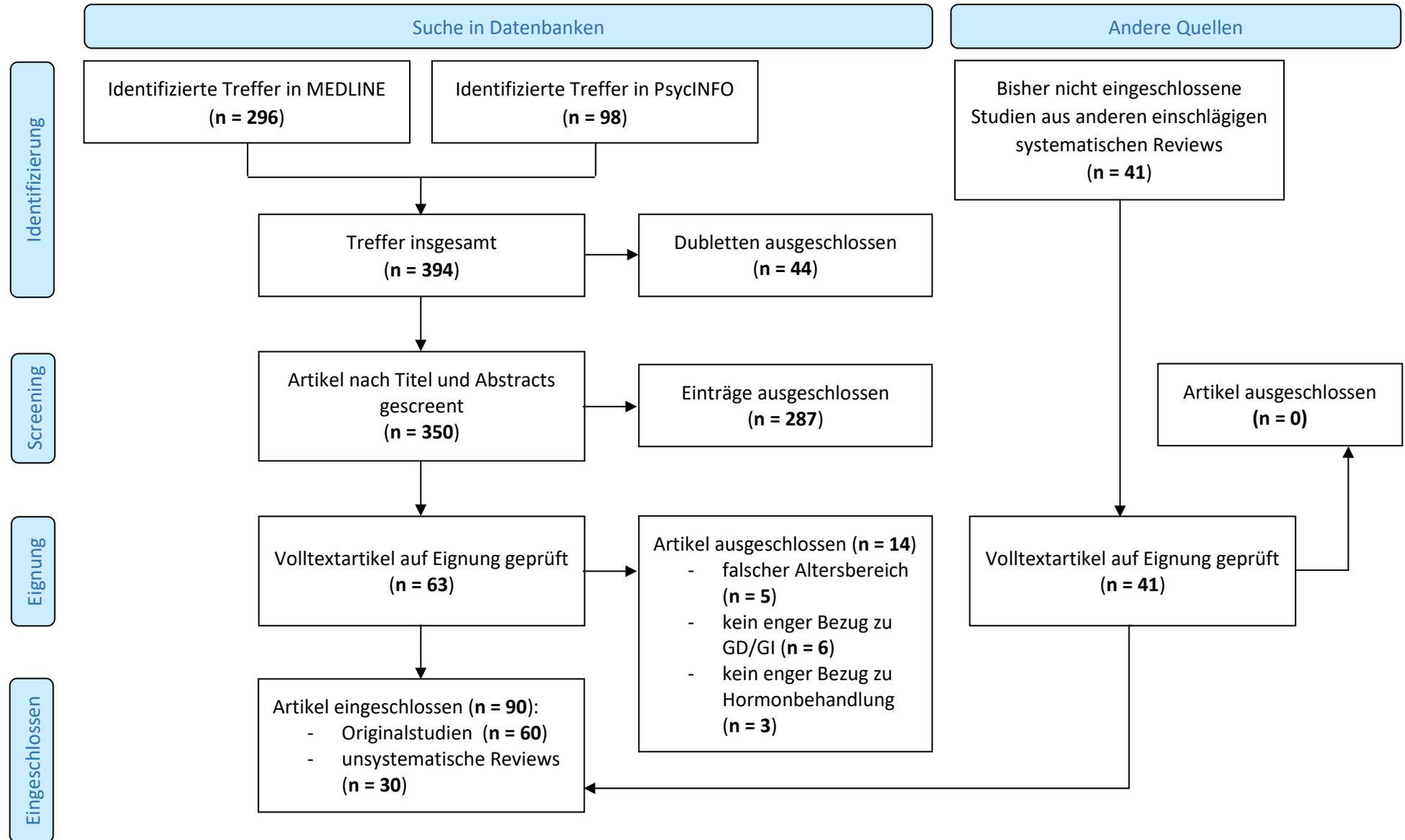


Tabelle C2: Suchbegriffe, Filter und Suchzeitraum der Suchläufe für die Arbeitsgruppen "sozialer Rollenwechsel im Kindesalter" und "Persisters vs. Desisters (Entwicklungsverläufe)"

Suchbegriffe zu Geschlechtsdysphorie & Geschlechtsinkongruenz	
Schlagwörter	<p>MeSH für MEDLINE (M1): Disorders of Sex Development, Gender Dysphoria, Gender Identity, Health Services for Transgender Persons, Psychosexual Development, Sex Reassignment Procedures, Transgendered Persons, Transsexualism, Disorders of Sex Development, Health Services for Transgendered Persons, Transgender Persons</p> <p>APA-Thesaurus für PsycINFO (P1): Gender Identity, Transgender, Transsexualism, Gender Identity Disorder, Psychosexual Development, Sex Change, Transgender</p>
Textwörter	<p>(T1): gender incongruence*, Disorders of sex development*, female-to-male, formation of gender identity, Frau-zu-Mann, FTM, MTF, gender atypical*, gender discordance*, Gender Dysphoria, gender dysphoria in adolescent*, Gender identit*, Gender identity development*, Gender Identity Disorder*, gender identity disorder* in adolescent*, gender identity disorder* of childhood, gender nonconforming, gender non-conforming, gender non-conformity, gender reassignment*, gender variance*, gender variant*, genderqueer*, Geschlechtsangleichung*, Geschlechtsanpassung*, Geschlechtsdysphori*, Geschlechtsdysphorie bei Jugendliche*, Geschlechtsidentität*, Geschlechtsidentitätsstörung*, Geschlechtsidentitätsstörung* im Jugendalter, Geschlechtsumwandlung*, geschlechtsvariant*, Geschlechtsvarianz, GLBT, Identity development*, LGBTQ, Mann-zu-Frau, "Sexual and Gender disorders", sexual identit*, TGNC, TGNC adolescent*, TGNC Child*, "TGNC Child* and Adolescent*", TGNC youth, transgender*, transident*, Transidente* Jugendliche*, transidentity in adolescent*, transsexual*, Transsexualismus, Transsexualität</p>
Suchbegriffe zu Persisters vs. Desisters und sozialem Rollenwechsel im Kindesalter	
Schlagwörter	<p>MeSH für MEDLINE (M2): Sexual Development</p> <p>APA-Thesaurus für PsycINFO (P2): Sex Roles</p>
Textwörter	<p>(T2): cross sex behavio*, cross sex identifi*, cross gender behavio*, cross gender identifi*, social* transition*, social* role transition*, soziale* Rollenwechsel*, sozial* Transition*, persist*, desist*, desisting, persisting, desisters, persisters, persistence, desistence, deistance, psychosexual* outcome*, psychosexual development*, psychosexual differentiation*, pubertal outcome*</p>
Filter	
Altersgruppe	<p>Für MEDLINE: "all child: 0-18 years", "adolescent: 13-18 years", "child: 6-12 years", "child, preschool: 2-5 years"</p> <p>Für PsycINFO: "adolescence (13-17 yrs)", "childhood (birth-12 yrs)", "school age (6-12 yrs)", "preschool age (2-5 yrs)"</p>
Sprachen	Deutsch, Englisch
Zeitraum	2014 - September 2017
Datum der Suche: 21.09.2017	

Abbildung C2: PRISMA-Flussdiagramm zur Literaturrecherche für die Arbeitsgruppen "sozialer Rollenwechsel im Kindesalter" und "Persisters vs. Desisters (Entwicklungsverläufe)"

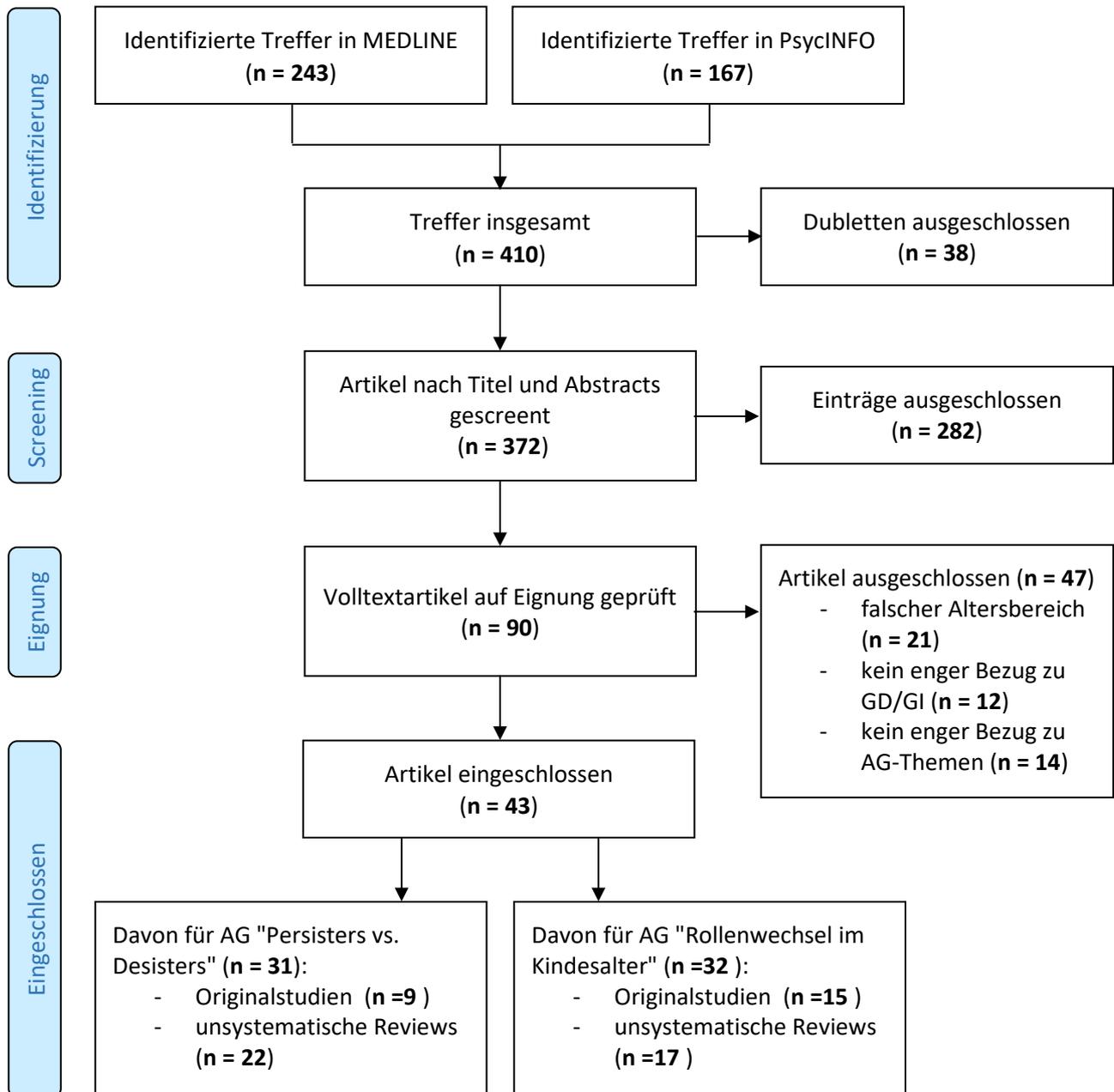


Tabelle C3: Suchbegriffe, Filter und Suchzeitraum der Suchläufe für die Arbeitsgruppe "Diskriminierung"

Suchbegriffe zu Geschlechtsdysphorie & Geschlechtsinkongruenz	
Schlagwörter	<p>MeSH für MEDLINE (M1): Disorders of Sex Development, Gender Dysphoria, Gender Identity, Health Services for Transgender Persons, Psychosexual Development, Sex Reassignment Procedures, Transgendered Persons, Transsexualism, Disorders of Sex Development, Health Services for Transgendered Persons, Transgender Persons</p> <p>APA-Thesaurus für PsycINFO (P1): Gender Identity, Transgender, Transsexualism, Gender Identity Disorder, Psychosexual Development, Sex Change, Transgender</p>
Textwörter	<p>(T1): gender incongruence*, Disorders of sex development*, female-to-male, formation of gender identity, Frau-zu-Mann, FTM, MTF, gender atypical*, gender discordance*, Gender Dysphoria, gender dysphoria in adolescent*, Gender identit*, Gender identity development*, Gender Identity Disorder*, gender identity disorder* in adolescent*, gender identity disorder* of childhood, gender nonconforming, gender non-conforming, gender non-conformity, gender reassignment*, gender variance*, gender variant*, genderqueer*, Geschlechtsangleichung*, Geschlechtsanpassung*, Geschlechtsdysphori*, Geschlechtsdysphorie bei Jugendliche*, Geschlechtsidentität*, Geschlechtsidentitätsstörung*, Geschlechtsidentitätsstörung* im Jugendalter, Geschlechtsumwandlung*, geschlechtsvariant*, Geschlechtsvarianz, GLBT, Identity development*, LGBTQ, Mann-zu-Frau, "Sexual and Gender disorders", sexual identit*, TGNC, TGNC adolescent*, TGNC Child*, "TGNC Child* and Adolescent*", TGNC youth, transgender*, transient*, Transidente* Jugendliche*, transidentity in adolescent*, transsexual*, Transsexualismus, Transsexualität</p>
Suchbegriffe zu Diskriminierung	
Schlagwörter	<p>MeSH für MEDLINE (M2): Social Stigma, Dehumanization, Bullying, Harassment (Non-Sexual), Social Marginalization</p> <p>APA-Thesaurus für PsycINFO (P2): Victimization, Sex Discrimination, Bullying, Harassment, Social Isolation, Transgender (Attitudes Toward)</p>
Textwörter	<p>(T2): transphobi*, violen*, victimi?ation*, discriminat*, dehumani?ati*, defamati*, insult*, ostraci*, in?quity, Humiliation, Harassment, Bullying, Hatred, Injustice, diskrimini*, Mobbing, belästig*, erniedrig*, diffamier*, ungerecht*</p>
Filter	
Altersgruppe	<p>Für MEDLINE: "all child: 0-18 years", "adolescent: 13-18 years", "child: 6-12 years", "child, preschool: 2-5 years"</p> <p>Für PsycINFO: "adolescence (13-17 yrs)", "childhood (birth-12 yrs)", "school age (6-12 yrs)", "preschool age (2-5 yrs)"</p>
Sprachen	Deutsch, Englisch
Zeitraum	2014 - Mai 2018
Datum der Suche: 25.05.2018	

Abbildung C3: PRISMA-Flussdiagramm zur Literaturrecherche für die Arbeitsgruppe "Diskriminierung"

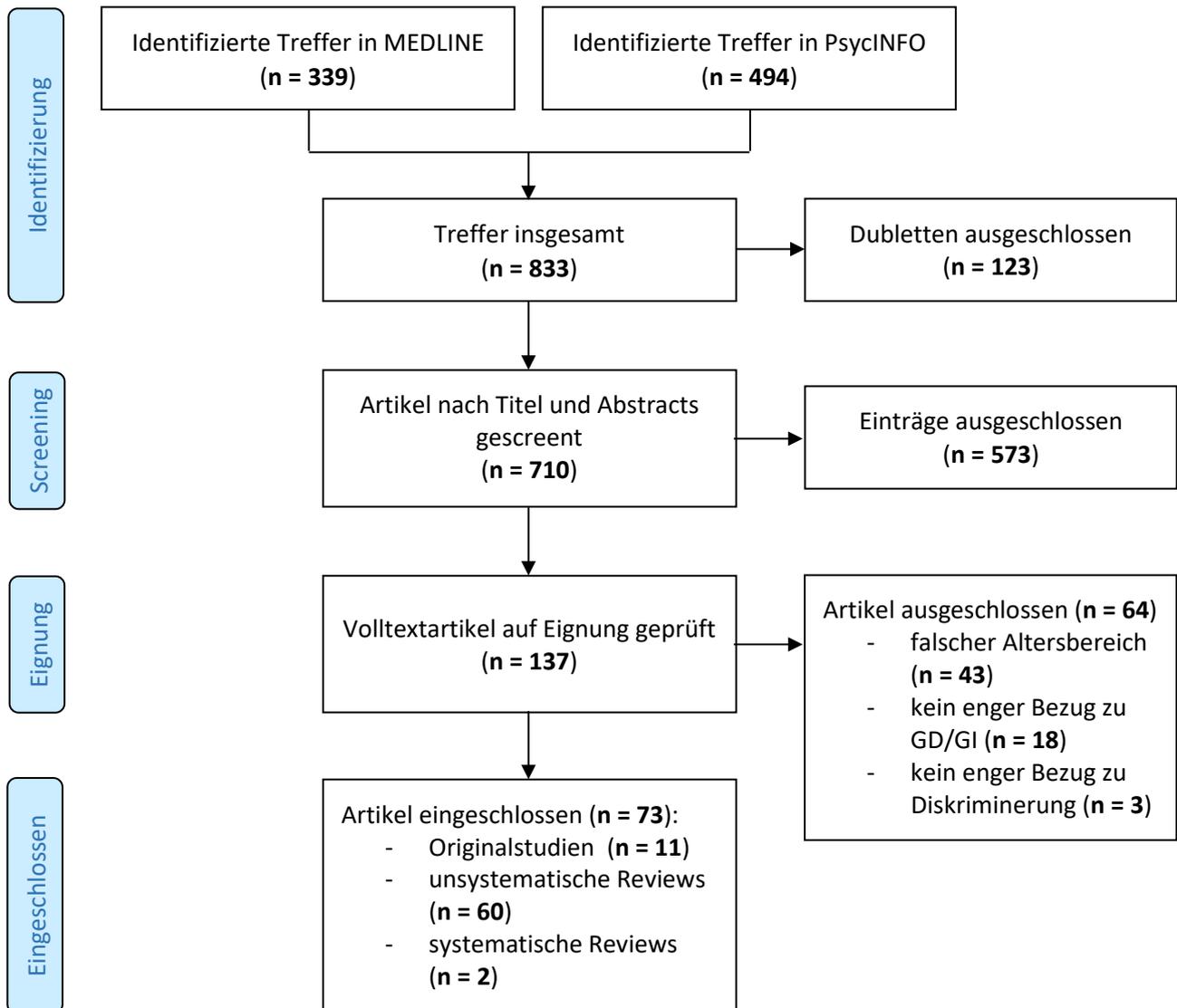


Tabelle C4: Suchbegriffe, Filter und Suchzeitraum der Suchläufe für die Arbeitsgruppe "Assoziierte Psychopathologie" einschließlich "Autismus-Spektrum-Störungen"

Suchbegriffe zu Geschlechtsdysphorie & Geschlechtsinkongruenz	
Schlagwörter	<p>MeSH für MEDLINE (M1): Disorders of Sex Development, Gender Dysphoria, Gender Identity, Health Services for Transgender Persons, Psychosexual Development, Sex Reassignment Procedures, Transgendered Persons, Transsexualism, Disorders of Sex Development, Health Services for Transgendered Persons, Transgender Persons</p> <p>APA-Thesaurus für PsycINFO (P1): Gender Identity, Transgender, Transsexualism, Gender Identity Disorder, Psychosexual Development, Sex Change, Transgender</p>
Textwörter	<p>(T1): gender incongruence*, Disorders of sex development*, female-to-male, formation of gender identity, Frau-zu-Mann, FTM, MTF, gender atypical*, gender discordance*, Gender Dysphoria, gender dysphoria in adolescent*, Gender identit*, Gender identity development*, Gender Identity Disorder*, gender identity disorder* in adolescent*, gender identity disorder* of childhood, gender nonconforming, gender non-conforming, gender non-conformity, gender reassignment*, gender variance*, gender variant*, genderqueer*, Geschlechtsangleichung*, Geschlechtsanpassung*, Geschlechtsdysphori*, Geschlechtsdysphorie bei Jugendliche*, Geschlechtsidentität*, Geschlechtsidentitätsstörung*, Geschlechtsidentitätsstörung* im Jugendalter, Geschlechtsumwandlung*, geschlechtsvariant*, Geschlechtsvarianz, GLBT, Identity development*, LGBTQ, Mann-zu-Frau, "Sexual and Gender disorders", sexual identit*, TGNC, TGNC adolescent*, TGNC Child*, "TGNC Child* and Adolescent*", TGNC youth, transgender*, transient*, Transidente* Jugendliche*, transidentity in adolescent*, transsexual*, Transsexualismus, Transsexualität</p>
Suchbegriffe zu Assoziierter Psychopathologie inkl. Autismus-Spektrum-Störungen	
Schlagwörter	<p>MeSH für MEDLINE (M2): Comorbidity, Problem Behavior, Mental Disorders, Psychopathology, Mental Health, Suicide, Autism Spectrum Disorder</p> <p>APA-Thesaurus für PsycINFO (P2): Comorbidity, Mental Disorders, Behavior Problems, Psychopathology, Mental Health, Suicide, Externalization, Internalization, Differential Diagnosis, Autism Spectrum Disorders</p>
Textwörter	<p>(T2): comorbid*, psychological functioning, associated difficulties, psychopatholog*, suicid*, mental health, differential diagnos*, autism*, autistic, komorbid*, suizid*, psych* störung*, differentialdiagnosti*, Verhaltensproblem*</p>
Filter	
Altersgruppe	<p>Für MEDLINE: "all child: 0-18 years", "adolescent: 13-18 years", "child: 6-12 years", "child, preschool: 2-5 years"</p> <p>Für PsycINFO: "adolescence (13-17 yrs)", "childhood (birth-12 yrs)", "school age (6-12 yrs)", "preschool age (2-5 yrs)"</p>
Sprachen	Deutsch, Englisch
Zeitraum	2014 - September 2018
Datum der Suche: 12.09.2018	

Abbildung C4: PRISMA-Flussdiagramm zur Literaturrecherche für die Arbeitsgruppe "Assoziierte Psychopathologie" einschließlich "Autismus-Spektrum-Störungen"

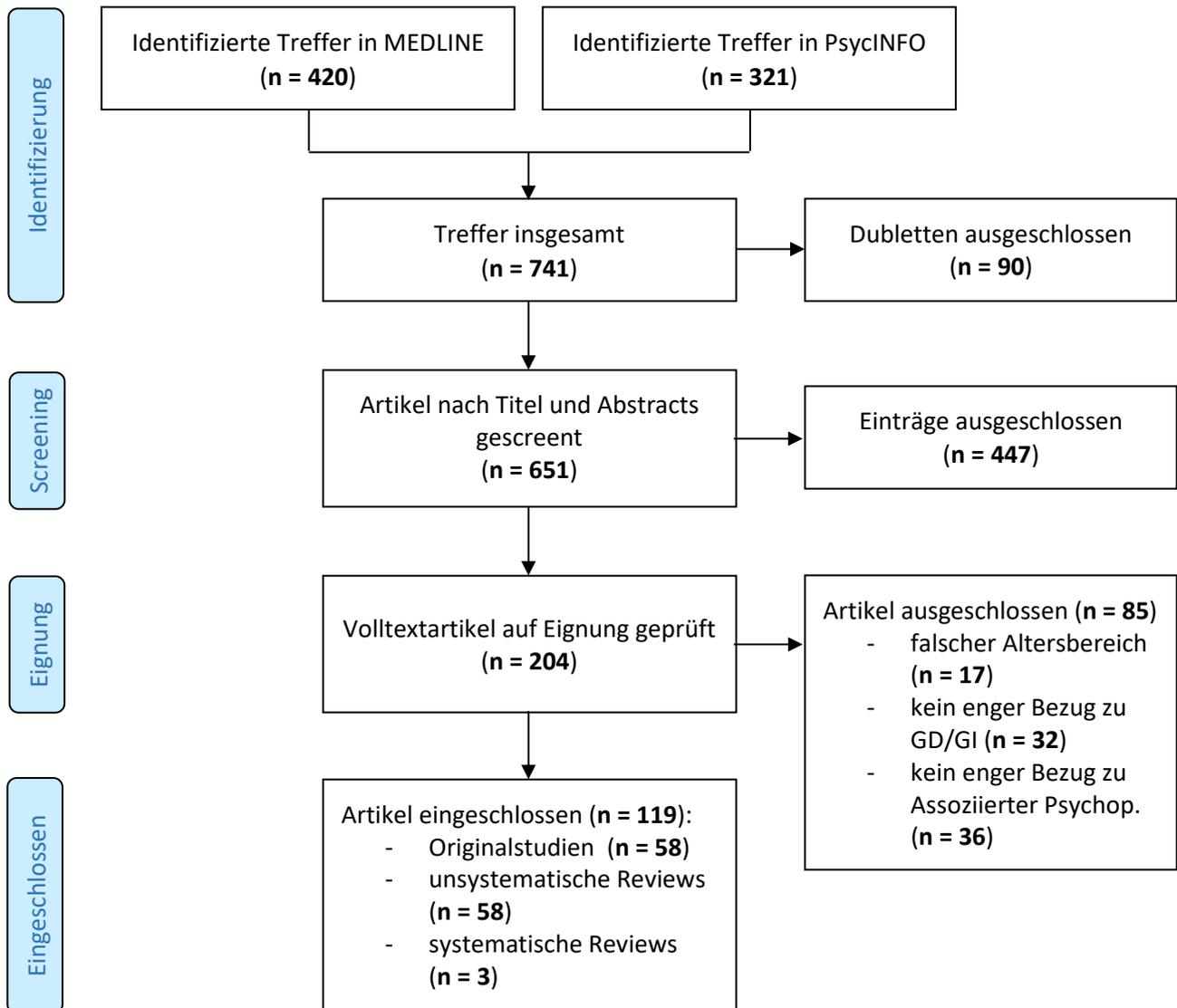


Tabelle C5: Suchbegriffe, Filter und Suchzeitraum der Suchläufe für die Arbeitsgruppe "Psychotherapie"

Suchbegriffe zu Geschlechtsdysphorie & Geschlechtsinkongruenz	
Schlagwörter	<p>MeSH für MEDLINE (M1): Disorders of Sex Development, Gender Dysphoria, Gender Identity, Health Services for Transgender Persons, Psychosexual Development, Sex Reassignment Procedures, Transgendered Persons, Transsexualism, Disorders of Sex Development, Health Services for Transgendered Persons, Transgender Persons</p> <p>APA-Thesaurus für PsycINFO (P1): Gender Identity, Transgender, Transsexualism, Gender Identity Disorder, Psychosexual Development, Sex Change, Transgender</p>
Textwörter	<p>(T1): gender incongruence*, Disorders of sex development*, female-to-male, formation of gender identity, Frau-zu-Mann, FTM, MTF, gender atypical*, gender discordance*, Gender Dysphoria, gender dysphoria in adolescent*, Gender identit*, Gender identity development*, Gender Identity Disorder*, gender identity disorder* in adolescent*, gender identity disorder* of childhood, gender nonconforming, gender non-conforming, gender non-conformity, gender reassignment*, gender variance*, gender variant*, genderqueer*, Geschlechtsangleichung*, Geschlechtsanpassung*, Geschlechtsdysphori*, Geschlechtsdysphorie bei Jugendliche*, Geschlechtsidentität*, Geschlechtsidentitätsstörung*, Geschlechtsidentitätsstörung* im Jugendalter, Geschlechtsumwandlung*, geschlechtsvariant*, Geschlechtsvarianz, GLBT, Identity development*, LGBTQ, Mann-zu-Frau, "Sexual and Gender disorders", sexual identit*, TGNC, TGNC adolescent*, TGNC Child*, "TGNC Child* and Adolescent*", TGNC youth, transgender*, transient*, Transidente* Jugendliche*, transidentity in adolescent*, transsexual*, Transsexualismus, Transsexualität</p>
Suchbegriffe zu Psychotherapie	
Schlagwörter	<p>MeSH für MEDLINE (M2): Psychotherapy, Psychotherapy (Psychodynamic), Psychotherapy (Group), Psychotherapy (Brief)</p> <p>APA-Thesaurus für PsycINFO (P2): Psychotherapy, Child Psychotherapy, Adolescent Psychotherapy, Cognitive Behavior Therapy, Behavior Therapy, Psychodynamic Psychotherapy, Brief Psychotherapy, Individual Psychotherapy, Client Centered Therapy, Group Psychotherapy, Psychotherapeutic Counseling, Supportive Psychotherapy, Affirmative Therapy, Conversion Therapy</p>
Textwörter	<p>(T2): Psychotherap*, "Affirmative Therap*", "psychological intervention*", "psychological treatment*", "mental treatment*", "psychiatric treatment*", psychiatrische Behandlung*, psych* Beratung*</p>
Filter	
Altersgruppe	<p>Für MEDLINE: "all child: 0-18 years", "adolescent: 13-18 years", "child: 6-12 years", "child, preschool: 2-5 years"</p> <p>Für PsycINFO: "adolescence (13-17 yrs)", "childhood (birth-12 yrs)", "school age (6-12 yrs)", "preschool age (2-5 yrs)"</p>
Sprachen	Deutsch, Englisch
Zeitraum	2014 – Juli 2020
Datum der Suche: Juli 2020	

Abbildung C5: PRISMA-Flussdiagramm zur Literaturrecherche für die Arbeitsgruppe "Psychotherapie"

Abbildung C5: PRISMA-Flussdiagramm zur Literaturrecherche für die Arbeitsgruppe "Psychotherapie"

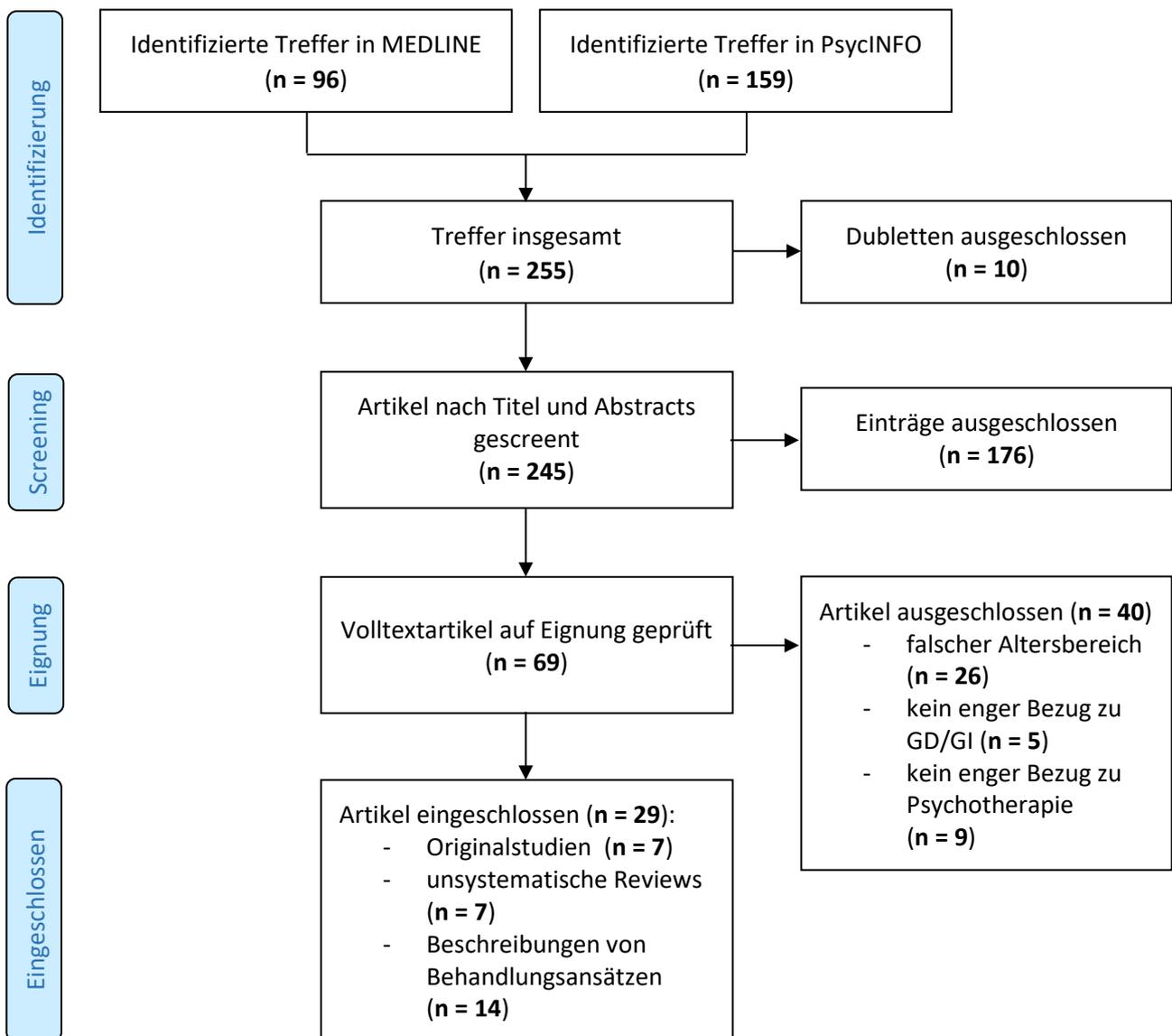


Tabelle C6: Suchbegriffe, Filter und Suchzeitraum der Suchläufe für die Arbeitsgruppe "Familiendynamik"

Suchbegriffe zu Geschlechtsdysphorie & Geschlechtsinkongruenz	
Schlagwörter	<p>MeSH für MEDLINE (M1): Disorders of Sex Development, Gender Dysphoria, Gender Identity, Health Services for Transgender Persons, Psychosexual Development, Sex Reassignment Procedures, Transgendered Persons, Transsexualism, Disorders of Sex Development, Health Services for Transgendered Persons, Transgender Persons</p> <p>APA-Thesaurus für PsycINFO (P1): Gender Identity, Transgender, Transsexualism, Gender Identity Disorder, Psychosexual Development, Sex Change, Transgender</p>
Textwörter	<p>(T1): gender incongruence*, Disorders of sex development*, female-to-male, formation of gender identity, Frau-zu-Mann, FTM, MTF, gender atypical*, gender discordance*, Gender Dysphoria, gender dysphoria in adolescent*, Gender identit*, Gender identity development*, Gender Identity Disorder*, gender identity disorder* in adolescent*, gender identity disorder* of childhood, gender nonconforming, gender non-conforming, gender non-conformity, gender reassignment*, gender variance*, gender variant*, genderqueer*, Geschlechtsangleichung*, Geschlechtsanpassung*, Geschlechtsdysphori*, Geschlechtsdysphorie bei Jugendliche*, Geschlechtsidentität*, Geschlechtsidentitätsstörung*, Geschlechtsidentitätsstörung* im Jugendalter, Geschlechtsumwandlung*, geschlechtsvariant*, Geschlechtsvarianz, GLBT, Identity development*, LGBTQ, Mann-zu-Frau, "Sexual and Gender disorders", sexual identit*, TGNC, TGNC adolescent*, TGNC Child*, "TGNC Child* and Adolescent*", TGNC youth, transgender*, transient*, Transidente* Jugendliche*, transidentity in adolescent*, transsexual*, Transsexualismus, Transsexualität</p>
Suchbegriffe zu Psychotherapie	
Schlagwörter	<p>MeSH für MEDLINE (M2): Family, Family Relations, Parenting</p> <p>APA-Thesaurus für PsycINFO (P2): Family, Family Relations, Parenting</p>
Textwörter	<p>(T2): Familie*, Family, caregiver*, Parent*, Eltern*, mother*, father*, Vater*, Väter, Mutter*, Mütter</p>
Filter	
Altersgruppe	<p>Für MEDLINE: "all child: 0-18 years", "adolescent: 13-18 years", "child: 6-12 years", "child, preschool: 2-5 years"</p> <p>Für PsycINFO: "adolescence (13-17 yrs)", "childhood (birth-12 yrs)", "school age (6-12 yrs)", "preschool age (2-5 yrs)"</p>
Sprachen	Deutsch, Englisch
Zeitraum	2014 - März 2019
Datum der Suche: 07.03.2019	

Abbildung C6: PRISMA-Flussdiagramm zur Literaturrecherche für die Arbeitsgruppe "Familiendynamik"

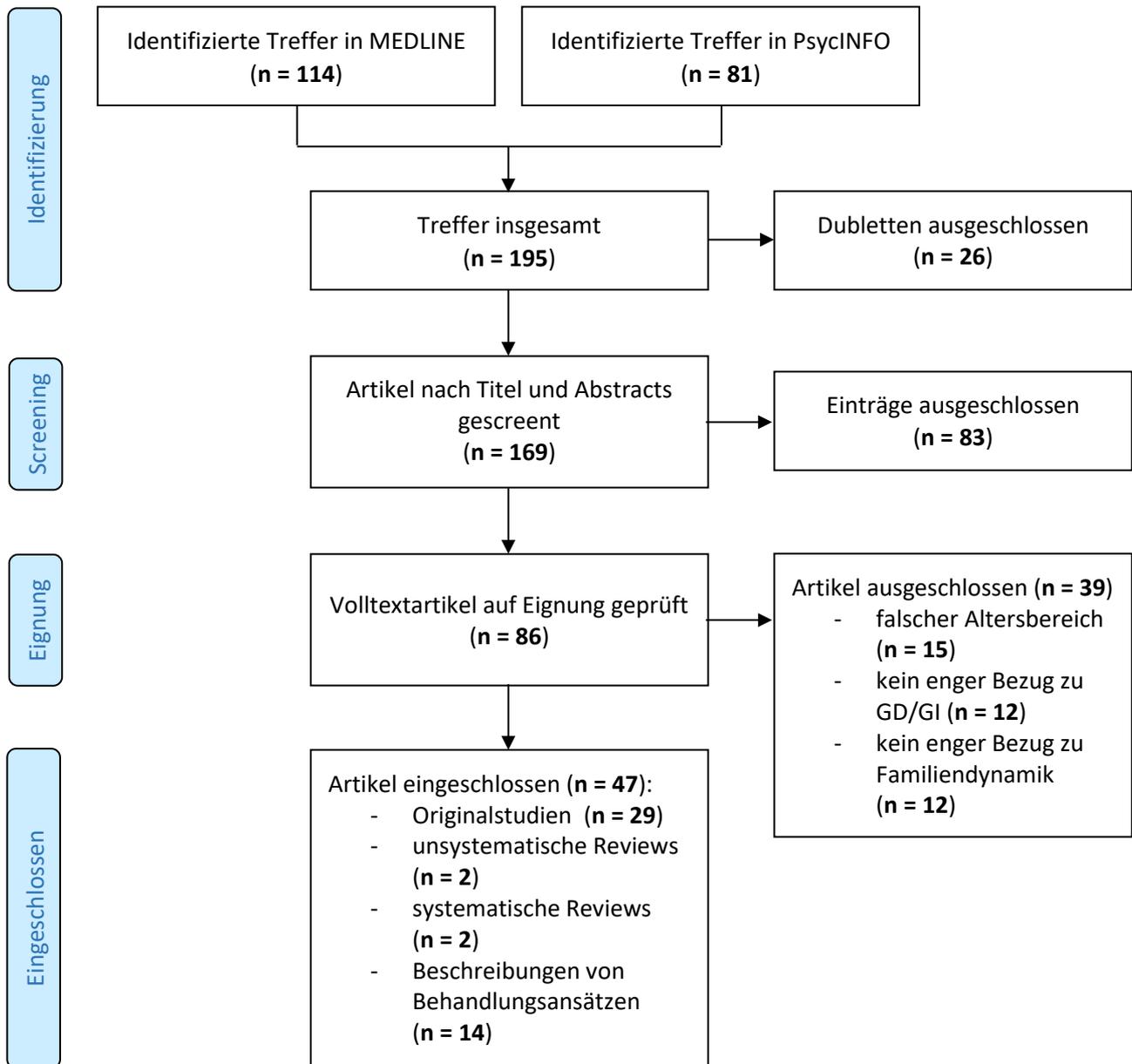
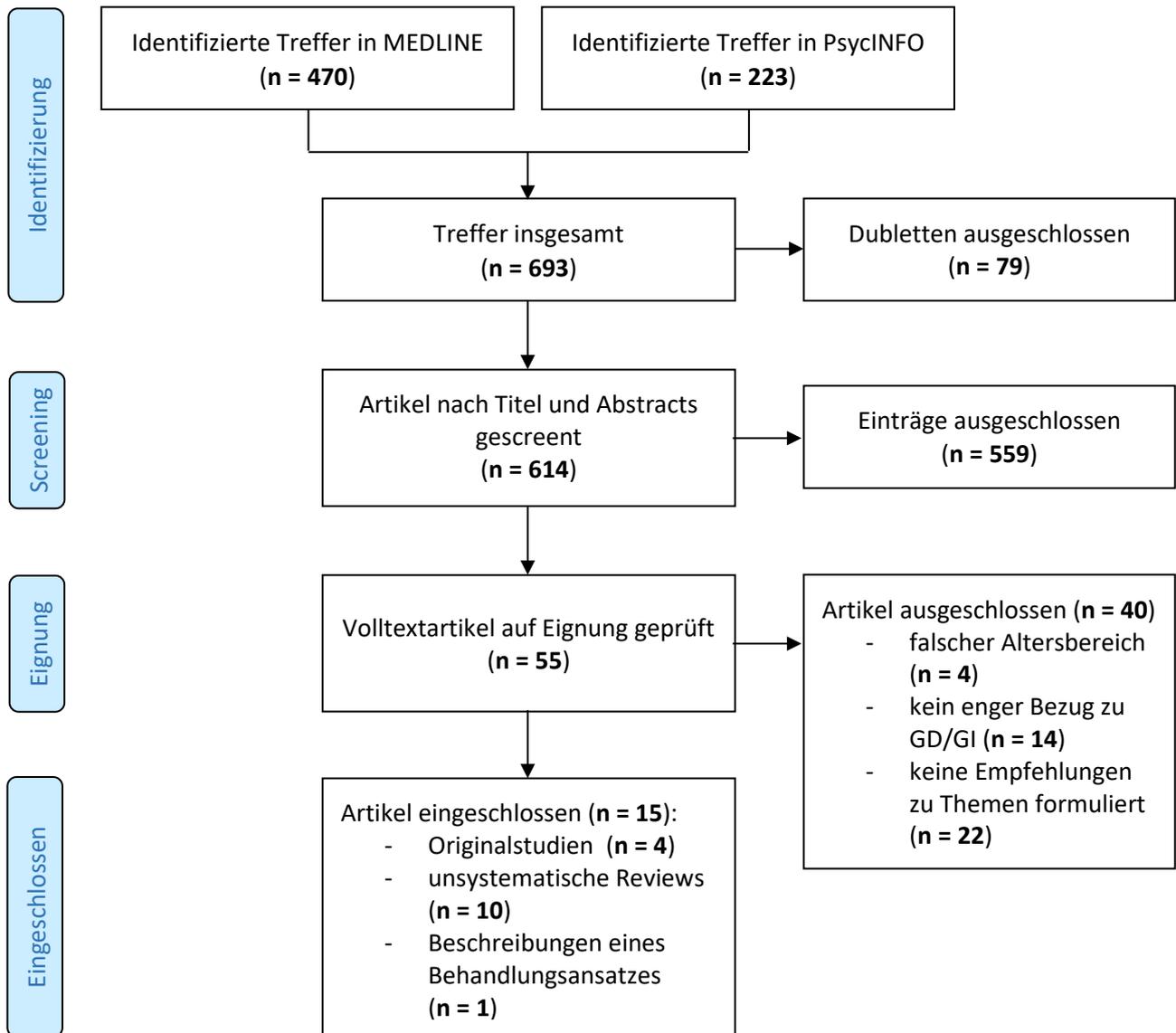


Tabelle C7: Suchbegriffe, Filter und Suchzeitraum der Suchläufe für die Arbeitsgruppe "Indikationsstellung, Altersgrenzen, Individualisierung der Behandlung "

Suchbegriffe zu Geschlechtsdysphorie & Geschlechtsinkongruenz	
Schlagwörter	<p>MeSH für MEDLINE (M1): Disorders of Sex Development, Gender Dysphoria, Gender Identity, Health Services for Transgender Persons, Psychosexual Development, Sex Reassignment Procedures, Transgendered Persons, Transsexualism, Disorders of Sex Development, Health Services for Transgendered Persons, Transgender Persons</p> <p>APA-Thesaurus für PsycINFO (P1): Gender Identity, Transgender, Transsexualism, Gender Identity Disorder, Psychosexual Development, Sex Change, Transgender</p>
Textwörter	<p>(T1): gender incongruence*, Disorders of sex development*, female-to-male, formation of gender identity, Frau-zu-Mann, FTM, MTF, gender atypical*, gender discordance*, Gender Dysphoria, gender dysphoria in adolescent*, Gender identit*, Gender identity development*, Gender Identity Disorder*, gender identity disorder* in adolescent*, gender identity disorder* of childhood, gender nonconforming, gender non-conforming, gender non-conformity, gender reassignment*, gender variance*, gender variant*, genderqueer*, Geschlechtsangleichung*, Geschlechtsanpassung*, Geschlechtsdysphori*, Geschlechtsdysphorie bei Jugendliche*, Geschlechtsidentität*, Geschlechtsidentitätsstörung*, Geschlechtsidentitätsstörung* im Jugendalter, Geschlechtsumwandlung*, geschlechtsvariant*, Geschlechtsvarianz, GLBT, Identity development*, LGBTQ, Mann-zu-Frau, "Sexual and Gender disorders", sexual identit*, TGNC, TGNC adolescent*, TGNC Child*, "TGNC Child* and Adolescent*", TGNC youth, transgender*, transident*, Transidente* Jugendliche*, transidentity in adolescent*, transsexual*, Transsexualismus, Transsexualität</p>
Suchbegriffe zu Indikationsstellung, Altersgrenzen und Individualisierung der Behandlung	
Schlagwörter	<p>MeSH für MEDLINE (M2): Clinical Decision-Making, Contraindications, Time-to-Treatment, Age Factors, Precision Medicine, Individualized Medicine, Personalized Medicine</p> <p>APA-Thesaurus für PsycINFO (P2): Treatment Planning, Treatment Withholding, Mental Age, Chronological Age, Personalization, Precision Medicine, Personalized Medicine</p>
Textwörter	<p>(T2): indicat*, criteri*, contraindicat*, restrict*, withhold*, age limit*, personali*, individuali?ation, individuali?ed, "precision medicine", "individualized medicine", "personalized medicine", Indikation*, indizi*, Kontraindikation*, kontraindizi*, Altersgrenz*, personali*, individuali*</p>
Filter	
Altersgruppe	<p>Für MEDLINE: "all child: 0-18 years", "adolescent: 13-18 years", "child: 6-12 years", "child, preschool: 2-5 years"</p> <p>Für PsycINFO: "adolescence (13-17 yrs)", "childhood (birth-12 yrs)", "school age (6-12 yrs)", "preschool age (2-5 yrs)"</p>
Sprachen	Deutsch, Englisch
Zeitraum	2014 - April 2020
Datum der Suche: 20.04.2020	
Anmerkung: Für die Synthese und Entwicklung von Empfehlungen zur Indikationsstellung etc. wurden die Studien der Recherche zu „Hormoneller Behandlung“ (Abbildung C1) miteinbezogen.	

Abbildung C7: PRISMA-Flussdiagramm zur Literaturrecherche für die Arbeitsgruppe "Indikationsstellung, Altersgrenzen, Individualisierung der Behandlung"



Anhang D: Tabellarische Auflistungen der gesichteten Originalarbeiten zu hormonellen Interventionen

(Zitationen im Leitlinientext)

Tabelle D1: Auflistung aller gesichteten Studien mit Angaben zu Art der Intervention, Design und berichteten Outcome-Maßen

Hinweis: Bei Studien, in denen die alleinige Intervention einer Pubertätsblockade mit GnRH-Analoga untersucht wurde, sind in der Tabelle soweit verfügbar die Altersangaben zum Zeitpunkt des Beginns der Pubertätsblockade genannt.

Studie	Körpermedizinische Intervention	Alter der TN: MW; Median (M); Range (r)	Studiendesign	Psychische Outcomemaße	Körperliche/ neurokognitive Outcomemaße
Achille et al., 2020	Pubertätsblockade, Hormone		Kohortenstudie	Depressivität; Gesundheitsbezogene Lebensqualität	
Akgul et al., 2019	Menses- Suppression		Kohortenstudie	Disstress durch Menstruation (dichtotom); Dysmenorrhoe	Menstruationsblutung; Berichtete „Nebenwirkungen“
Allen et al., 2019	Hormone		Prä-Post-Vergleich	Suizidalität; Generelles Wohlbefinden	
Arcelus et al., 2016	Pubertätsblockade, Hormone		Querschnittsstudie	Psychopathologie	
Becker-Hebly et al., 2021	Pubertätsblockade, Hormone		Kohortenstudie	Verhaltensauffälligkeiten insgesamt; Psychosoziales Funktionsniveau; Gesundheitsbezogene Lebensqualität	
Beking et al., 2020	Hormone		Kohortenstudie		Lateraler Vergleich der Amygdala- Reagibilität; Hormon-Level
Burke et al., 2016	Hormone		Kohortenstudie		Räumlich-visuelles Arbeitsgedächtnis; Hormon-Level
Burke et al., 2020	Pubertätsblockade, Hormone		Querschnittsstudie		Klickevozierte otoakustische Emissionen
Cantu et al., 2020	Hormone		Kohortenstudie	Depressivität; Suizidalität; Ängstlichkeit	
Carmichael et al., 2021	Pubertätsblockade	M _{gesamt} =13.6 M _{natal males} = 13.4 M _{natal females} =13.9 r=12.0-15.3	Prä-Post-Vergleich	Geschlechtsdysphorie; Körperbild; Internalisierende Verhaltensauffälligkeiten; Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten; Verhaltensauffälligkeiten insgesamt; Selbstverletzung oder Suizidalität; Psychosoziales Funktionsniveau; Gesundheitsbezogene Lebensqualität;	Knochendichte; BMI; Berichtete „Nebenwirkungen“; Hormon-Level; Unterdrückung der Menstruation; Körpergröße;

Studie	Körpermedizinische Intervention	Alter der TN: MW; Median (M); Range (r)	Studiendesign	Psychische Outcomemaße	Körperliche/neurokognitive Outcomemaße
Chiniara et al., 2018	Pubertätsblockade, Hormone		Chart-Review mit Prä-Post-Vergleich	Geschlechtsdysphorie (querschnittlich); Depressivität (querschnittlich); Ängstlichkeit (querschnittlich)	Blutfette; Blutzucker; Verschiedene Bluterwerte (z.B. Leberenzyme)
Costa et al., 2015	Pubertätsblockade	MW _{gesamt start} GnRHa=16.48 MW _{natal males start} GnRHa=16.64 MW _{natal females start} GnRHa=16.39 r=13-17	Kohortenstudie	Geschlechtsdysphorie (querschnittlich); Psychosoziales Funktionsniveau	
de Nie et al., 2022	Pubertätsblockade, Hormone		Kohortenstudie		Spermienproduktion; Zeugungsfähigkeit
de Vries et al., 2011	Pubertätsblockade	MW _{gesamt start} GnRHa=14.75 MW _{natal male start} GnRHa=14.25 MW _{natal female start} GnRHa=15.21 Range _{gesamt start} GnRHa=11.3-18.6	Prä-Post-Vergleich	Geschlechtsdysphorie; Körperbild; Depressivität; Ängstlichkeit; Ärgerlichkeit; Internalisierende Verhaltensauffälligkeiten; Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten; Verhaltensauffälligkeiten insgesamt; Psychosoziales Funktionsniveau	
de Vries et al., 2014	Pubertätsblockade, Hormone		Prä-Post-Vergleich	Geschlechtsdysphorie; Körperbild; Depressivität; Ängstlichkeit; Ärgerlichkeit; Internalisierende Verhaltensauffälligkeiten; Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten; Verhaltensauffälligkeiten insgesamt; Psychosoziales Funktionsniveau	

Studie	Körpermedizinische Intervention	Alter der TN: MW; Median (M); Range (r)	Studiendesign	Psychische Outcomemaße	Körperliche/neurokognitive Outcomemaße
Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006	Pubertätsblockade, Hormone		Prä-Post-Vergleich		Knochendichte; Tanner-Stadium; BMI und Taille-Hüft-Verhältnis; Körpergröße; Blutfette; Blutzucker; Hormon-Level
Fontanari et al., 2020	Pubertätsblockade, Hormone		Querschnittsstudie	Geschlechts-Disstress; Geschlechts-Positivität; Depressivität; Ängstlichkeit	
Ghelani et al., 2020	Pubertätsblockade	MW _{gesamt} =16.5 r _{gesamt} =15-17	Prä-Post-Vergleich		BMI; Körpergröße; Körperfettanteil
Grannis et al., 2021	Hormone		Querschnittsstudie	Körperbild Depressivität; Ängstlichkeit; Suizidalität und Selbstverletzung	Amygdala-Reagibilität
Green et al., 2022	Hormone		Querschnittsstudie	Depressivität; Suizidalität	
Grimstad, Knoll, et al., 2021	Pubertätsblockade, Hormone		Prä-Post-Vergleich		Knochenalter; Körpergröße
Grimstad, Kremen, et al., 2021	Hormone		Kohortenstudie		Menstruation und Durchbruchblutungen
Hannema et al., 2017	Hormone		Prä-Post-Vergleich		Knochenalter; Tanner-Stadium; Körpergröße; BMI und Taille-Hüft-Verhältnis; Körperfettanteil; Blutdruck; Blutzucker; Verschiedene Bluterwerte (z.B. Leberenzyme); Hormon-Level
Hisle-Gorman et al., 2021	Pubertätsblockade, Hormone		Chart-Review mit Prä-Post-Vergleich	Häufigkeit von psychiatrischen Kontakten; Diagnosen	Psychopharmaka-Verschreibungen

Studie	Körpermedizinische Intervention	Alter der TN: MW; Median (M); Range (r)	Studiendesign	Psychische Outcomemaße	Körperliche/neurokognitive Outcomemaße
Jarin et al., 2017	Hormone		Prä-Post-Vergleich		BMI; Körpergröße; Blutdruck; Blutfette; Verschiedene Bluterwerte (z.B. Leberenzyme); Hormon-Level
Jensen et al., 2019	Hormone		Kohortenstudie		Berichtete „Nebenwirkungen“
Joseph et al., 2019	Pubertätsblockade	MW _{transgirls} =13.0 MW _{transboys} =12.9 r _{gesamt} =12-14	Prä-Post-Vergleich		Knochendichte; BMI; Körpergröße
Kaltiala et al., 2020	Hormone		Prä-Post-Vergleich	Beziehungen zu Gleichaltrigen; Diagnosen	
Khatchadourian et al., 2014	Pubertätsblockade, Hormone		Prä-Post-Vergleich		Berichtete „Nebenwirkungen“; Verschiedene Bluterwerte (z.B. Elektrolyte)
Klaver et al., 2018	Pubertätsblockade, Hormone		Prä-Post-Vergleich		BMI und Taille-Hüft-Verhältnis; Körpergröße; Körperfettanteil
Klaver et al., 2020	Pubertätsblockade, Hormone		Prä-Post-Vergleich		BMI; Blutdruck; Blutzucker; Blutfette
Klink et al., 2015	Pubertätsblockade, Hormone		Prä-Post-Vergleich		Knochendichte; BMI; Körpergröße;
Kuper et al., 2020	Pubertätsblockade, Hormone		Prä-Post-Vergleich	Körperbild; Depressivität; Ängstlichkeit; Suizidalität und Selbstverletzung	
Laurenzano et al., 2021	Hormone		Prä-Post-Vergleich		Berichtete „Nebenwirkungen“; BMI; Menstruation; Blutdruck; Blutfette; Verschiedene Blutwerte (z.B. Leberenzyme)

Studie	Körpermedizinische Intervention	Alter der TN: MW; Median (M); Range (r)	Studiendesign	Psychische Outcomemaße	Körperliche/neurokognitive Outcomemaße
López de Lara et al., 2020	Hormone		Kohortenstudie	Geschlechtsdysphorie; Depressivität; Ängstlichkeit; Funktionalität des Familiensystems	
Lynch et al., 2015	Menses-Suppression		Prä-Post-Vergleich		Berichtete „Nebenwirkungen“
Madsen et al., 2021	Hormone		Prä-Post-Vergleich		Hämatokrit -Werte; Hormon-Level
Mejia-Otero et al., 2021	Pubertätsblockade	MW _{natal male} =13.2 MW _{natal female} =12.7	Kohortenstudie		Hormon-Level
Millington et al., 2019	Hormone		Prä-Post-Vergleich		Verschiedene Blutwerte (insb. Kaliumspiegel)
Millington & Chan, 2021	Hormone		Querschnittsstudie		Blutfette; Hormon-Level
Millington et al., 2022	Hormone		Prä-Post-Vergleich		BMI; Verschiedene Blutwerte (insb. Kreatinin)
Mullins et al., 2021	Hormone		Prä-Post-Vergleich		Inzidenz von Thrombosen; Hormon-Level
Navabi et al., 2021	Pubertätsblockade	MW _{transmale} =15.2 MW _{transfemale} =15.4	Prä-Post-Vergleich		Knochendichte; Körpergröße; BMI; Körperfettanteil; Vitamin-D-Status
Neyman et al., 2019	Antiandrogene		Prä-Post-Vergleich		Brust-Entwicklung; Funktionsfähigkeit der Leber;
Olson et al., 2014	Hormone		Prä-Post-Vergleich		Menstruation; BMI; Blutdruck; Blutfette; Verschiedene Blutwerte (z.B. Leberenzyme); Hormon-Level

Studie	Körpermedizinische Intervention	Alter der TN: MW; Median (M); Range (r)	Studiendesign	Psychische Outcomemaße	Körperliche/neurokognitive Outcomemaße
Olson-Kennedy et al., 2018	Hormone		Prä-Post-Vergleich		BMI; Blutdruck; Blutfette; Blutzucker; Verschiedene Blutwerte (z.B. Leberenzyme); Hormon-Level
Olson-Kennedy et al., 2021	Pubertätsblockade	MW _{natal male} =11.8 MW _{natal female} =10.8 r _{natal male} =10-15 r _{natal female} =9-15	Prä-Post-Vergleich		Hormon-Level
Perl et al., 2020	Pubertätsblockade, Hormone		Prä-Post-Vergleich		BMI; Blutdruck; Hormon-Level;
Perl et al., 2021	Pubertätsblockade, Hormone		Prä-Post-Vergleich		BMI; Blutdruck; Hormon-Level;
Pine-Twaddell et al., 2023	Pubertätsblockade	MW _{gesamt} =11.6	Kohortenstudie		Menstruation; Tanner-Stadium; Hormon-Level; Berichtete „Nebenwirkungen“
Russell et al., 2021	Pubertätsblockade	MW _{nRHat} =13.6 r _{gesamt} = 9.9-15.9	Prä-Post-Vergleich		soziale Reaktivität (Autismus-Spektrum)
Schagen et al., 2016	Pubertätsblockade	M _{natal male} = 13.6 M _{natal female} = 14.2 r _{natal male} = 11.6-17.9 r _{natal females} = 11.1-18.6	Prä-Post-Vergleich		Tanner-Stadien; Menstruation; BMI; Körpergröße; Körperfettanteil; Verschiedene Blutwerte (z.B. Leberenzyme); Hormon-Level;
Schagen et al., 2018	Pubertätsblockade, Hormone		Prä-Post-Vergleich		Hormon-Level (inkl. Steroid-Hormone)
Schagen et al., 2020	Pubertätsblockade, Hormone		Prä-Post-Vergleich		Knochendichte; BMI; Körpergröße

Studie	Körpermedizinische Intervention	Alter der TN: MW; Median (M); Range (r)	Studiendesign	Psychische Outcomemaße	Körperliche/neurokognitive Outcomemaße
Schulmeister et al., 2022	Pubertätsblockade	MW _{natal male} =11.9 MW _{natal female} =11.5 r _{natal male} =10.2-14.5 r _{natal female} = 9.0-13.9	Kohortenstudie		Hormon-Level; Körpergröße
Segev-Becker et al., 2020	Pubertätsblockade, Hormone		Chart-Review mit Prä-Post-Vergleich		Berichtete „Nebenwirkungen“
Sequeira et al., 2019	Hormone		Prä-Post-Vergleich		BMI
Staphorsius et al., 2015	Pubertätsblockade	MW _{natal male} =14.9 MW _{natal female} =14.4	Querschnittsstudie		Exekutive Funktionen
Stoffers et al., 2019	Pubertätsblockade, Hormone		Prä-Post-Vergleich		Knochendichte; BMI; Blutdruck; Blutfette; Verschiedene Blutwerte (z.B. Vitamin D); Hormon-Level; Körpergröße;
Strang et al., 2022	Pubertätsblockade, Hormone		Querschnittsstudie		Exekutive Funktionen;
Tack et al., 2017	Pubertätsblockade, Hormone		Prä-Post-Vergleich		Körperliche Pubertätsentwicklung; BMI; Körpergröße; Blutfette; Blutzucker; Verschiedene Blutwerte (z.B. Leberenzyme); Hormon-Level; Berichtete „Nebenwirkungen“;

Studie	Körpermedizinische Intervention	Alter der TN: MW; Median (M); Range (r)	Studiendesign	Psychische Outcomemaße	Körperliche/neurokognitive Outcomemaße
Tack et al., 2018	Antiandrogene		Prä-Post-Vergleich		Tanner-Stadium; Knochendichte; BMI; Körpergröße; Körperfettanteil;
Tordoff et al., 2022	Pubertätsblockade, Hormone		Kohortenstudie	Depressivität; Ängstlichkeit; Suizidalität und Selbstverletzung	
Turban et al., 2020	Pubertätsblockade	k.A.	Retrospektive Querschnittsstudie	Psychischer Disstress; Alkohol- oder Drogenmissbrauch; Suizidalität	
Turban et al., 2022	Hormone		Querschnittsstudie	Psychischer Disstress; Alkohol- oder Drogenmissbrauch; Suizidalität	
Valentine et al., 2021	Hormone		Kohortenstudie		BMI; Blutfette
van de Grift et al., 2020	Pubertätsblockade, Hormone		Kohortenstudie		Tanner-Stadium; BMI; Körpergröße
van der Loos et al., 2021	Pubertätsblockade, Hormone		Prä-Post-Vergleich		Knochengeometrie; BMI; Körpergröße; Hormon-Level
van der Miesen et al., 2020	Pubertätsblockade	MW _{begin GnRHa} =k.A. MW _{after GnRHa} =16.75	Querschnittsstudie	Internalisierende Verhaltensauffälligkeiten; Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten; Selbstverletzung oder Suizidalität; Beziehungen zu Gleichaltrigen	
Vlot et al., 2017	Pubertätsblockade, Hormone		Prä-Post-Vergleich		Tanner-Stadium; Knochensatz; Knochendichte; Körpergröße und -gewicht
Waldner et al., 2023	Pubertätsblockade	MW _{baseline} =13.7			QTc-Intervall

Anhang E: Erklärungen zu Interessen und Umgang mit Interessenskonflikten

Im Folgenden sind die Interessenerklärungen als tabellarische Zusammenfassung dargestellt sowie die Ergebnisse der Interessenkonfliktbewertung und Maßnahmen, die nach Diskussion der Sachverhalte von der der LL-Gruppe beschlossen und im Rahmen der Konsensuskonferenz umgesetzt wurden.

Leitlinienkoordination: Lempp, Thomas; Romer, Georg

Leitlinie: Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter: Diagnostik und Behandlung

Registernummer: 028 - 014

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Bastian, Michael	als tsg gutachter seit ca 2018	Nein	fb bei sozialenträgern hauptsächlich münchen und südbayern seit ca. 2018	nur im rahmen meiner fb /wb tätigkeit	Nein	Nein	Mitglied: Bundesverband für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bkj seit 2002 mitglied, delegierter in der ptk (bund und land bis 2018) mitglied der steuungsgruppe des qz ts münchen und leiter des qz gd/gi in der kjp praxis münchen, Klinische Tätigkeit: kliniktätigkeit heckscherklinikum münchen 1986-1991 psych/pt mitarbeit in diversen psychiatrischen praxen seit 1996 eigene niederlassung in kassenpraxis, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Fort- und weiterbildungstätigkeit in diversen ausbildungsinstituten (mapp, ivs, süddeutsche akademie, kirinus) publikationen im rahmen der fb/wb keine eigenen publikationen	Fachlich-klinische Spezialexpertise COI: keine

Dr. Becker-Hebly, Inga	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS), Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) e.V. , Mitglied: World Professional Association for Transgender Health (WPATH)	COI: keine
Dipl.-Psych. Breuer, Bernhard	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: BDP e.V., Mitglied, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Tagung/Fortbildung KJP am Bodensee 2023 der KIKT-Akademie, Workshopgeber; GIK/GD im Kindes- und Jugendalter	fachlich-klinische Spezialexpertise COI: keine
Dr. med. Dietrich, Heiko	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Mandatsträger des BKJPP für diese Leitlinie, Wissenschaftliche Tätigkeit: Geschlechtsdysphorie und Transidentität: Die therapeutische Begleitung von Trans*Jugendlichen (Psychodynamik kompakt) ISBN: 978-3-525-40712-7 Vandenhoeck Ruprecht, 1. Auflage 2021 , Klinische Tätigkeit: ein Schwerpunkt meiner kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis ist die Begleitung transidentender Kinder- und Jugendlicher	fachlich-klinischer Schwerpunkt der eigenen ärztlichen Tätigkeit COI: keine
Dr. Ettmeier, Werner	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: nein, Wissenschaftliche Tätigkeit: keine Publikationen, Klinische Tätigkeit: Transgender-Schwerpunktpraxis, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: keine, Persönliche Beziehung: keine	Fachlich-klinische Schwerpunkttätigkeit in eigener Praxis COI: keine

Dipl.-Psych. Fahrenkrug, Saskia	Nein	Nein	Firma Merck, Amedes, Praxen	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DPG Mitglied, Wissenschaftliche Tätigkeit: mehrere Co- Autorenschaften, eingereichte Erstautorenschaft Archives of Sex Beh, Klinische Tätigkeit: Spezialambulanz Leitung GD, Beteiligung an Fort- /Ausbildung: diverse Vorträge/ Seminare/ Beteiligung Curricula	Bezogene Fortbildungshonorare von Pharma-Unternehmen, die jedoch keine im Themenfeld gebräuchlichen Produkte vertreiben. Insofern kein Themenzug. COI: keine
Dr. med. univ. Fuchs, Martin	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (ÖGKJP), Wissenschaftliche Tätigkeit: Forschungsprojekte und Publikationen im Bereich Geschlechtsdysphorie bei Kindern und Jugendlichen, Klinische Tätigkeit: Spezialambulanz f. Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter an der Abt. F. Kinder- und Jugendpsychiatrie des LKH Hall	Unabhängiges fachliches Interesse durch klinische Schwerpunkttätigkeit COI: keine
Gallei, Matthias	Nein	Nein	Aus- und Weiterbildung sinstituten (i.d. Mehrzahl universitär) insbesondere im Rahmen der Weiterbildung zum Kiju- Psychotherap euten	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Mitgliedschaften: Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) Kinder- und Jugendlichenpsychotherape Verhaltenstherapie (KJPVT), Beteiligung an Fort- /Ausbildung: Workshops zum Thema der LL, insbesondere an Ausbildungsinstituten zur Weiterbildung zum Kiju- Psychotherapeuten.	klinische Fachexpertise zum Thema der LL ohne spezifische wirtschaftliche Interessen COI: keine
Gredig, Christian	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Trans-Kinder-Netzwerk e.V. Selbsthilfegruppe, von und für Eltern (und Verwandte) von Trans Kindern und Jugendlichen	Als Patientenvertretung definierte partizipative Interessenvertretung ohne wirtschaftliche Interessen COI: gering: Limitierung von Leitungsfunktion

Güldenring, Annette	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung 2. Vorsitzende 2019-2022, Mitglied: Mitglied DGPPN, Wissenschaftliche Tätigkeit: Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie, Klinische Tätigkeit: Leiterin der Transgenderambulanz am Westküsenklinikum Heide	fachlich-klinische Schwerpunkttätigkeit, keine wirtschaftlichen Interessen im Hinblick auf Ausrichtung der Empfehlungen COI: keine
Günther, Mari	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Angestellt beim Bundesverband Trans* e.V., Wissenschaftliche Tätigkeit: Publikation von Fachliteratur, Ratgeberliteratur für den BVT* und in eigener Autorinnenschaft, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Fortbildungen für Psychotherapeut*innen, Berater*innen für den BVT* und freiberuflich	Als Patientenvertretung definierte partizipative Interessenvertretung ohne wirtschaftliche Interessen COI: gering Folge: Limitierung von Leitungsfunktion
PD Dr. med. Hildebrandt, Thomas	Gynesonic Netherlands B.V. Kapershof 46 6641 JS Beuningen NL, Hologic Deutschland GmbH	Nein	Hologic Deutschland GmbH	Nein	Nein	Nein	Mitglied: ESHRE - Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, Endometriose , Klinische Tätigkeit: Leitung Spezialambulanz für Transsexualität, UK Erlangen	COI: keine
Janzing, Malte	Nein	Nein	TRANS*KIDS-Projekt, Universitätsklinikum Münster	Nein	Nein	Nein	Nein	Als Patientenvertretung definierte partizipative Interessenvertretung ohne wirtschaftliche Interessen COI: gering: Folge: Limitierung von Leitungsfunktion

Dr. Jung, Martin	trifft nicht zu	trifft nicht zu	trifft nicht zu	einzelne Dissertationen aus der Klinik	trifft nicht zu	trifft nicht zu	Mitglied: Bundesarbeitsgemeinschaft der ltd. Ärztinnen und Ärzte in der KJP, Wissenschaftliche Tätigkeit: Schmerz, Klinische Tätigkeit: Leitung einer Versorgungsklinik, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: trifft nicht zu, Persönliche Beziehung: trifft nicht zu	allgemeine kinder- und jugendpsychiatrische Regelversorgung COI: keine
Dr. med. Junginger, Susanne	Nein	Nein	K L, Fortbildungskolleg, Forum für medizinische Fortbildung, Asklepios Medical School, Bausparkasse Hameln	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie, Gründungsmitglied Arbeitsgemeinschaft Transgendermedizin, Klinische Tätigkeit: Internistische Endokrinologie und Transgendermedizin	klinische Schwerpunkttätigkeit ohne spezifische wirtschaftliche Interessen COI: keine
Lehmann, Thomas	Familien- und Betreuungsgerichte	Nein	Saarl. Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie (SIPP) - Ausbildungsinstitut, VAKJP e.V.	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Die Vereinigung für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie in Deutschland e.V. (VAKJP), Klinische Tätigkeit: Analytische und tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Saarl. Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie (SIPP) - Ausbildungsinstitut, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: AKJP-Institut Heidelberg	fachlich-klinische Schwerpunkttätigkeit inkl. Fortbildungen. Keine spezifischen wirtschaftlichen Interessen COI: keine
Dr. med. Lempp, Thomas	Nein	Nein	Nein	Urban und Fischer Verlag (Elsevier)	Nein	Nein	Mitglied: DGKJP e.V., Wissenschaftliche Tätigkeit: Veröffentlichung als Co-Autor/Erstautor von deutschsprachigen Übersichtsartikeln zum Thema der Leitlinie, Klinische Tätigkeit: Spezialsprechstunde zu GD/GI im Kindes- und Jugendalter	teilweise klinische Schwerpunkttätigkeit ohne wirtschaftliche Interessen bzgl. Ausrichtung der LL-Empfehlungen COI: keine

Dr. Mahler, Lieselotte	Nein	Bundesministerium für Gesundheit	Alexianer Institut	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Mitglied und Mandatsträgerin in dieser Leitlinie der DGPPN, Referatsleiterin des Referats "Sexuelle Orientierungen und Geschlechtsidentitäten in Psychiatrie und Psychotherapie", Mitglied: Mitglied in der EPA, Wissenschaftliche Tätigkeit: Leitung Arbeitsgruppe der Charité "Sozialpsychiatrie und Versorgungsforschung", Wissenschaftliche Tätigkeit: Publikationen zu Sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität, insbesondere hinsichtlich negativer psychischer Folgen von Diskriminierung und Stigmatisierung, Klinische Tätigkeit: Versorgungspsychiatrie, akutpsychiatrische Versorgung	klinische und wissenschaftliche Schwerpunktthematik inkl. Fortbildungsaktivität, keine spezifische wirtschaftliche Interessen COI: keine
Dipl.-Psych. Maur, Sabine	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Bundespsychotherapeutenkammer, Vize-Präsidentin, Mitglied: Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, Präsidentin, Mitglied: Deutsche Psychotherapeutenvereinigung, Landesverband Rheinland-Pfalz, Landesvorsitzende, Mitglied: Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz, Mitglied der Vertreterversammlung, Wissenschaftliche Tätigkeit: verschiedene Fachartikel zu Geschlechtsdysphorie für Berufsverband DPtV, Wissenschaftliche Tätigkeit: Maur, Lehndorfer Stellpflug (2023): Berufsethik und Berufsrecht im Kindes- und Jugendalter, Klinische Tätigkeit: Schwerpunktpraxis Psychotherapie (Verhaltenstherapie) für	klinische Schwerpunktthematik inkl. Fortbildungsaktivität, keine spezifische wirtschaftliche Interessen COI: keine

							<p>Geschlechtsdysphorie, Klinische Tätigkeit: Gutachterin im Rahmen des Transsexuellengesetzes, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Zahlreiche Fortbildungen für Psychotherapie-Ausbildungsinstitute zum Thema Geschlechtsdysphorie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Fortbildungen/Vorträge zum Thema Geschlechtsdysphorie für queere Organisationen und Verbände</p>	
<p>Dr. Muche-Borowski, Cathleen</p>	keine	keine	<p>ABS-Kurs Bonn Apothekammer Westfalen-Lippe, Berlin Universität Mainz</p>	keine	<p>DFG, BMBF, G-BA (Innovationsfonds), IQWiG, Zi, KVH, KV-SH, KBV, BASFI Hamburg, DEGAM, Unna-Stiftung</p>	keine	<p>Mitglied: DEGAM, Netzwerk EbM, DNGK, Wissenschaftliche Tätigkeit: Mitautorin LL Multimorbidität Erstautorin Publikation zur LL Multimorbidität Mitautorin AWMF-Regelwerk Publikationen zur LL Allergieprävention Autorin LL Schutz vor Über- und Unterversorgung Erstautorin Publikation zur LL Schutz vor Über- und Unterversorgung, Klinische Tätigkeit: keine, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Apothekerkammer Westfalen-Lippe, Berlin, Persönliche Beziehung: keine</p>	COI: keine

Prof. Priv.-Doz. Dr. phil. Möller-Kallista, Birgit	Nein	Nein	Nein	Nein	FH Fulda	Nein	Wissenschaftliche Tätigkeit: Geschlechtliche Vielfalt, Klinische Tätigkeit: Geschlechtliche Vielfalt	in der Vergangenheit klinische und wissenschaftliche Schwerpunktthematik inkl. Fortbildungsaktivität, keine spezifische wirtschaftliche Interessen COI: keine
Dr. med. Pauli, Dagmar	Nein	Nein	Institut für Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters ipkj Schweiz	Beck-Verlag (Autorin eines Buches)	Nein	Nein	Wissenschaftliche Tätigkeit: zwei eingereichte Studien: Verlaufsstudien Jugendliche mit Geschlechtsinkongruenz. Noch nicht publiziert., Klinische Tätigkeit: Geschlechtsinkongruenz Essstörungen Depressionen Betreffend Geschlechtsinkongruenz (und auch sonst): keine bestimmte Schule, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Institut für Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters ipkj in der Schweiz. Mitglied der Kursleitung. Unterricht mehrerer Seminare, unter anderem das Seminar Geschlechtsinkongruenz.	klinische und wissenschaftliche Schwerpunktthematik inkl. Fortbildungsaktivität, keine spezifische wirtschaftliche Interessen COI: keine
Prof. Dr. med. Richter-Unruh, Annette	Kyowa Kirin, NovoNordisk, Merck Serono, Ipsen, Ferring, Rhythm GmgH	Kyowa Kirin, Pfizer, Ascendis	Ipsen, Ferring, NovoNordisk, Sandoz, Lilly, Pfizer, Merck, Ipsen	Nein	Merck Serono	Nein	Mitglied: DGKJ, Kassenprüferin, Wissenschaftliche Tätigkeit: Sprecherin der AG DSD der DGKED, Klinische Tätigkeit: Kinderendokrinologie und Diabetologie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Befugnis für die Zusatzweiterbildung Kinderendokrinologie	Es wurden Honorare für Fortbildungs- und Gutachtertätigkeit von Unternehmen der pharmazeutischen Industrie bezogen. Es bestand dabei bei den Fortbildungsveranstaltungen durchweg kein Themenbezug zur Leitlinie. Eine für die Universität Bochum von einer Firma der pharmazeutischen Industrie gestiftete Stiftungsprofessur, auf die Frau Prof. Richter-Unruh

berufen wurde, ist nicht als erhaltene Zuwendung zu werten, da die Mittel im Vorfeld der Ausschreibung der Professur an die Universität gingen und nach allgemeinem Stiftungsrecht bei einer Stiftungsprofessur jede mögliche Einflussnahme des Mittelgebers auf die Auswahl der berufenen Person sowie auf die künftige inhaltliche Ausrichtung der Professur, die über den öffentlichen Ausschreibungstext hinausgeht, ausgeschlossen werden muss. Die Sicherstellung dieser inhaltlichen Unabhängigkeit einer auf eine Stiftungsprofessur berufenen Person liegt in der Verantwortung der Fakultät

COI: gering

Konsequenz: Keine Leitungsfunktion in LL-Kommission

Prof. Dr. Richter-Appelt, Hertha	---	Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie der BPTK und ÄK	auf verschiedene Tagungen	verschiedene Int. Zeitschriften	Nein	Nein	Wissenschaftliche Tätigkeit: Varianten der Geschlechtsentwicklung (Intersexualität); Geschlechtsinkongruenz; Sexuelle rituelle organisierte Gewalt, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Supervision im Rahmen der Ausbildung zur psychodynamischen Psychotherapie am Institut für Psychotherapie, UKE Hamburg	wissenschaftliche Schwerpunktthematik inkl. Fortbildungsaktivität, keine spezifische wirtschaftliche Interessen COI: keine
Prof. Romer, Georg	Nein	Nein	Das Institut für Psychotraumatologie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter (IPK) Ibbenbüren, Ärztliche Akademie für Psychotherapie München, Psychotherapeutenkammer Hessen, Deutscher Ethikrat, Ärztekammer Niedersachsen, Uniklinik Regensburg, Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e.V., Österreichische Gesellschaft für KJP, Bundesverband Psychoanalytische Paar- und	Vandenhoeck Ruprecht/Göttingen	Bundesgesundheitsministerium, GB-A Innovationsfonds	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie (DGKJP) (Mitglied) Dt. Hochschulverband (Mitglied) Bundesverband Psychoanalytische Paar- und Familientherapie (Mitglied des Wiss. Beirats), Wissenschaftliche Tätigkeit: Wissenschaftlicher Schwerpunkte Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie Essstörungen Psychotherapieforschung Kleinkind- und Vorschulpsychiatrie, Klinische Tätigkeit: Leitung universitärer Spezialsprechstunde für Geschlechtsinkongruenz im Kindes- und Jugendalter	wissenschaftliche Schwerpunktthematik inkl. Fortbildungsaktivität COI: keine

			Familientherapie e.V.					
Priv.-Doz. Dr. rer. nat. habil. Seikowski, Kurt	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	COI: keine
Dr. med. Stage, Andreas	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Mitgliedschaft im VLSP* – Verband von Lesben und Schwulen in der Psychologie, Mitglied: Gründungsmitglied TransNetz RheinRuhr e.V.	klinische Schwerpunktthematik inkl. Fortbildungsaktivität, keine spezifische wirtschaftliche Interessen COI: keine
Prof. Dr. Strauß, Bernhard	Amtsgerichte	Ko-vorsitzender des wiss. Beirats Psychotherapie der BÄK/BPtK	psychotherapeutische Ausbildungsinstitute	Verlage und Koautoren	Drittmittelgeber wie DFG, BMBF, BMG	Nein	Mitglied: Diverse psychologische, medizinische und psychotherapeutische Fachgesellschaften, Wissenschaftliche Tätigkeit: Zahlreiche Publikationen auf den Forschungsgebieten des Instituts, Klinische Tätigkeit: Tätigkeit als Psychotherapeut mit psychodynamischem Schwerpunkt, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Sprecher des wiss. Vorstand Lübecker Psychotherapietage, wiss. Ko-Vorsitzender Erfurter Psychotherapiewoche	klinische und wissenschaftliche Schwerpunktthematik inkl. Fortbildungsaktivität, keine spezifische wirtschaftliche Interessen COI: keine
Dipl.-Psych. Struck, Ingeborg	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Psychotherapeutenkammer NRW, Mitglied: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein	klinische Expertise, keine spezifische wirtschaftliche Interessen COI: keine

PD Dr. Velten, Julia	Nein	Taylor Francis Group LLC	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Expertise für psychotherapeutische Allgemeinversorgung ohne spezifischen Themenbezug COI: keine
M.Sc Wiech, Matthias	Nein	Nein	Nein	Nein	Universitätsklinikum Münster	Nein	Mitglied: Mitgliedschaft DPTV, keine Leitungsfunktionen o.ä., Wissenschaftliche Tätigkeit: keine innerhalb der letzten 3 Jahre, Klinische Tätigkeit: in praktischer Ausbildung nach dem PsychThG (alte Fassung)	COI: keine
Wiesemann, Claudia	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Wissenschaftliche Tätigkeit: Forschung zu Kinderrechten, Transidentität im Kindesalter aus ethischer Perspektive	wissenschaftliche Expertise zum Thema, keine spezifische wirtschaftliche Interessen COI: keine
Dr. med. Wüsthof, Achim	Firma Hexal/Sandoz Firma Ascendis	Firma Pfizer	Firma Hexal / Sandoz Firma Merck	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie, vormals APE, Klinische Tätigkeit: Pädiatrische Endokrinologie, klinische Tätigkeit am Endokrinologikum Hamburg	Es wurden Honorare für Fortbildungs- und Gutachtertätigkeit von Unternehmen der pharmazeutischen Industrie bezogen. Es bestand dabei durchweg kein Themenbezug zur Leitlinie. Eine komplette Listung und Prüfung aller beteiligten pharmazeutischen Unternehmen ergab, dass darunter kein Unternehmen vertreten ist, von dem in Themenbezug zur Leitlinie in der Behandlung der Geschlechtsdysphorie gängige Hormonpräparate vertrieben werden. COI: gering Folge: Limitierung von Leitungsfunktion

Prof. Dr. med. Zepf, Florian	Takeda (einmalige Beratertätigkeit, ca. März 2021). Thema: Ausschließlich ADHS-Aspekte Komorbiditäten, das Thema Transidentität bei Kindern und Jugendlichen war nicht Teil dieser Beratertätigkeit.	Entfällt.	Takeda Medice.	Entfällt.	Entfällt.	Entfällt.	Mitglied: Derzeit Präsident der International Society for Tryptophan Research (ISTRY). Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)., Wissenschaftliche Tätigkeit: Wissenschaftliche Forschung zum Thema Geschlechtsdysphorie, Transsexualität, Transidentität usw. bei Kindern und Jugendlichen., Klinische Tätigkeit: Gesamtes Spektrum der Kinder- und Jugendpsychiatrie,- psychosomatik und - psychotherapie einschließlich TSG-Gutachten. Spezialsprechstunde zum Thema Transidentität bei Kindern und Jugendlichen an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Uniklinik Jena., Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Entfällt., Persönliche Beziehung: Nein.	COI: keine
------------------------------	--	-----------	----------------	-----------	-----------	-----------	--	------------

Anhang F: Tabellarische Dokumentation der Kommentierungen im Rahmen der fachöffentlichen Kommentierungsphase

Kapitel I

Einleitung

– Gesammelte Kommentare nach Alphabet –

	Autor:in	Fachgesellschaft	Seitenbezug	Kommentar
1.	Astrid Keßler	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)	4, 11-13	<p>S. 4: Mitnichten wurde die Leitlinie durch eine breite Partizipation von 26 Fachgesellschaften geführt, so schnell wie das Gesetz nun verabschiedet wurde, wurden unter 3 Wochen Zeit für die Kommentierung der Leitlinie gegeben. Zusätzlich war der Briefkasten wohl so überfüllt, dass E-Mails, um den Link zur Kommentierung zu erfragen, zurückkamen. Das ist keine Partizipation, insbesondere nicht bei einem solch wichtigen und politisch sehr umstrittenen Thema. Dass keine kritischen Organisationen an der Erarbeitung der Leitlinie eingeladen wurde, wie "Transteens Sorge berechtigt", "Parents-of-Rapid-onset-Gender-Dysphoria-Kids" ist - angesichts fehlender Wissenschaftlichkeit dieser Leitlinie - ein großer Fehler.</p> <p><i>Anm:</i> <i>Dieser Kommentar beruht auf einem Missverständnis. Die Partizipation an der Erstellung der LL war durch die 7-jährige Mitarbeit delegierter Expert*innen aller 26 Fachorganisationen gewährleistet. Öffentliche Hearings fanden zudem für Behandlungssuchende statt.</i></p> <p>Die deutlich veränderte Gender-Ratio kann doch nicht mit dem vagen Hinweis erklärt werden, dass Trans-Männer 10 Jahre "früher dran seien, wofür es keine eindeutigen Daten gibt. Hier liegt doch ein Konflikt mit dem eigenen Rollenbild und mit der Ablehnung des eigenen Körpers auf der Hand. Aus meiner Erfahrung sagen Trans-Menschen, dass sie schon seit jüngster Kindheit ihren Körper abgelehnt haben, wieviele von</p>

				<p>diesen Trans-Männern dies auch für ihre frühe Kindheit sagen, müsste zumindest hier dargestellt werden. Denn in der Regel wird der veränderte Körper vom Mädchen zur Frau abgelehnt. Hier psychische und gesellschaftliche Erwartungen als Erklärung nicht mal zu erwähnen, ist unverständlich.</p> <p><i>Anm:</i> <i>Formulierung wurde als relativierender Hinweis zurückhaltender formuliert, der allenfalls Hypothesen erlaubt, die empirisch zu überprüfen sind.</i> <i>Ätiologiemodelle werden im folgenden Abschnitt diskutiert.</i></p>
2.	Astrid Keßler	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)	13	<p>Es ist doch völlig an der Realität vorbei, dass Mädchen und Jungen in ihrer normalen Entwicklung zu Erwachsenen sich als "typisch weiblich" oder "typisch männlich" einordnen. Selbst als Erwachsene trifft dies auf nur wenige Menschen zu. (S.13, der untere Abschnitt kann diese Erwartungshaltung nahelegen und "untypische" Menschen pathologisieren).</p> <p>Nicht wenige junge Frauen hadern zutiefst mit den körperlichen Veränderungen zur Frau. Regelblutungen mit Schmerzen, Brustwachstum, usw. sind mehr als nur "gesellschaftliche Probleme" und können zu einem deutlichen Unbehagen mit dem eigenen Körper und einem Transitionswunsch führen.</p> <p><i>Anm:</i> <i>Genau diese Variabilität inkl. Des Haderns mit der eigenen Geschlechtsrolle ist hier gemeint. Daher keine Textänderung erfolgt. Das Regelbeschwerden zu einem Transitionswunsch führen können, erscheint als nicht belegbare Behauptung.</i></p>
3.	Daria Majewski	Bundesvereinigung Trans* (BVT*)	2, 4	<p>es sollte immer zusätzlich zu transgeschlechtlich und transident, auch nichtbinäre genannt werden. Warum wird auf Seite 4 die Kontroverse überbetont. Das macht das Problem erst zum Problem.</p> <p><i>Anm. Zur Befassung:</i> <i>Text wurde entsprechend ergänzt</i></p>
4.	Johannes Hebebrand	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik (DGKJP)	2, 5, 6, 7, 12, 14	<p>Seite 2: Fachlich inkorrekt: „Ethisch begründbare Nicht-Durchführbarkeit kontrollierter klinischer Studien“: Der Begriff „kontrollierte klinische Studie“ ist wissenschaftlich recht weit gefasst. Sehr wohl können zu der Thematik kontrollierte klinische Studien geplant und durchgeführt werden (auch randomisiert kontrollierte klinische Studien). Aufgrund der Relevanz der Thematik werden solche Studien kommen (müssen). Aus meiner Sicht sollte aufgrund der Relevanz dieser Aussage ein Ethiker noch einmal konsultiert werden. Ethisch kann sehr wohl vertreten werden, dass ein Teil der Interessenten für eine Studie randomisiert wird. Dies wäre nur dann unethisch, wenn ein Behandlungsansatz sich als eindeutig wirksam herausgestellt hätte. Dies ist aber bislang nicht der Fall. Selbstverständlich wären auch systematische klinische Studien möglich (zB systematische Erfassung der Wirkungen und Nebenwirkungen einer Hormonbehandlung).</p>

			<p><i>Anm. Zur Befassung: Dem Kommentar wird nicht zugestimmt. Formulierung wurde dennoch angepasst. Die ethische Problematik von Kontrolldesigns bei körpermodifizierenden Maßnahmen wird im Indikationskapitel abgehandelt .</i></p>
			<p>Seite 5: Ist eine systematische Literaturrezeption nicht auch bei S2k Leitlinien vorgesehen? Text liest sich so, als wäre hier ein für S2k Leitlinien ungewöhnlicher Mehraufwand betrieben worden.</p>
			<p><i>Anm: Für S2k ist eine systematische Literaturrecherche nicht vorgesehen, eine narrative Literaturübersicht wäre ausreichend</i></p>
			<p>Seite 7: Betrachten Sie sich selbst als transgender? Es wird nicht problematisiert, dass diese Frage voraussetzt, dass die teilnehmenden Jugendliche den Begriff korrekt verstehen (siehe auch Kontroverse zur Arbeit von Turban et al., 2020; siehe auch kritische Darstellung in Biggs, M. Puberty Blockers and Suicidality in Adolescents Suffering from Gender Dysphoria. Arch Sex Behav 49, 2227–2229 (2020). https://doi.org/10.1007/s10508-020-01743-6). Sich mit dem anderen Geschlecht identifizieren impliziert nicht Dysphorie/Transgenderproblematik. Gender non-konform (belgische Studie): wie ermittelt? Konkret was wurde gefragt? Insgesamt hätte ich mir hier eine kritischere Darstellung entsprechender Studien gewünscht um entsprechende Angaben besser einordnen zu können.</p>
			<p><i>Anm.: Im Gsamten LL-Text wird stringent auf die Begrifflichkeit geachtet, wonach transgender eine nicht Näher spezifizierte Selbstauskunft ist und Begriffe Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdyphorie sich auf gestellte Diagnosen beziehen (siehe Glossar). In dem Absatz über Epidemiologische Studien wird die Differenzierung je nach Falldefinition kritisch hervorgehoben</i></p>
			<p>Seite 9 u 13: Bias: Höhere Fallzahlen „bestätigen die Vermutung“, dass Anteil früher unterschätzt wurde; auch andere Gründe sind möglich</p>
			<p><i>Anm.: Einwand korrekt. Aussage an dieser Stelle gestrichen</i></p>
			<p>Seite 16: Die Abhandlung der Gründe anderer Länder Pubertätsblocker nicht zu verabreichen erfolgt voreingenommen dahingehend, dass die eigene Auffassung die richtige ist. Eine fundierte Begründung für diese Haltung erfolgt nicht.</p>

				<p><i>Anm.:</i> <i>An dieser Stelle geht es nur um einen speziellen Aspekt, weswegen eine umgehende Abhandlung der Debatte hier nicht erfolgt. Dies wird differenziert im Indikationskapitel dargestellt.</i></p>
5.	Johannes Hebebrand	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik (DGKJP)	6, 9, 10, 11, 13, 18, 19	<p>Seite 18: Bias: Es wird suggeriert, dass Unbehagen eindeutig (kategorial) etwas anderes ist als Geschlechtsdysphorie. Wie sonst auch muss jedoch die Grenze schon aus logischen Gründen unscharf bleiben.</p> <p><i>Anm:</i> <i>Hinweis auf unscharfe Grenzen wurde in Text aufgenommen</i></p> <p>Seite 19: Molekulargenetische Ergebnisse werden nicht kritisch dargestellt. Es fehlen die interessanten Fragestellungen und Ergebnisse zweier neuerer Zwillingsstudien: Karamanis G, Karalexi M, White R, Frisell T, Isaksson J, Skalkidou A, Papadopoulos FC. Gender dysphoria in twins: a register-based population study. <i>Sci Rep.</i> 2022 Aug 4;12(1):13439. doi: 10.1038/s41598-022-17749-0. PMID: 35927439; PMCID: PMC9352732. Sasaki S, Ozaki K, Yamagata S, Takahashi Y, Shikishima C, Kornacki T, Nonaka K, Ando J. Genetic and Environmental Influences on Traits of Gender Identity Disorder: A Study of Japanese Twins Across Developmental Stages. <i>Arch Sex Behav.</i> 2016 Oct;45(7):1681-95. doi: 10.1007/s10508-016-0821-4. Epub 2016 Aug 9. PMID: 27507021.</p> <p><i>Anm.: Die Studie von Karamanis et al. wurde rezipiert und in die skizzierende Darstellung aufgenommen. Die Studie von Sasaki et al. benutzte als Falldefinition das Vorhandensein von "GID-traits" die für eine Operationalisierung der Geschlechtsdysphorie zu unsezifisch sind und daher zu einer Prävalenz von 10% bei Jugendlichen führten. Auf ide Rezeption der Studie wurde verzichtet</i></p>
6.	Lean Haug	Bundesvereinigung Trans* (BVT*)	11-13	<p>Die veränderte Gender-Ratio ist nicht so eindeutig gegeben. Unter anderem mit Bezug auf die im Kapitel schon zitierten Youth Risk Behavior Surveys kommen Turban et al zum Ergebnis: "Our findings from a national sample of adolescents across 16 states reveal that the sex assigned at birth ratio of transgender adolescents does not favor transgender adolescents assigned female sex at birth."</p> <p>Jack L. Turban, Brett Dolotina, Dana King, Alex S. Keuroghlian; Sex Assigned at Birth Ratio Among Transgender and Gender Diverse Adolescents in the United States. <i>Pediatrics</i> August 2022; 150 (3): e2022056567. 10.1542/peds.2022-056567</p>

8.	Matthias Mindach	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)	3, 5, 8, 9, 20	<p>[S. 3] Die „Entpathologisierung“ führt zu paradoxen Ergebnissen. Entweder ist die Geschlechtsinkongruenz ein Risikofaktor für eine Störung oder sie hat keinen Krankheitswert – dann kann sie aber auch keine Finanzierung von medizinischen Maßnahmen zu Lasten der Solidargemeinschaft begründen. Der Vergleich mit der Homosexualität greift nicht, denn letztere begründet als solche keine medizinische Intervention, im Gegensatz zur persistierenden Geschlechtsinkongruenz. Für Homosexualität gibt es folgerichtig keine Leitlinie. Formal bestünde dann sogar eher eine Analogie zur Unzufriedenheit mit der eigenen Nasenform, die ebenfalls im Regelfall nicht auf Kosten der Allgemeinheit plastisch korrigiert werden kann. Man will den Kuchen essen (keine Störung) und behalten (medizinische Intervention erforderlich).</p> <p><i>Anm.:</i> Kommentar bleibt ohne Textänderung unberücksichtigt, weil er auf einer unzutreffenden Rezeption der ICD-11 beruht. Die WHO hat genau diesen vermeintlichen Widerspruch aufgehoben, indem sie die Geschlechtsinkongruenz als “condition related to sexual health” neu konzeptualisiert hat. Damit ist der sozialrechtliche Zugang zu medizinischen Behandlungen, die aufgrund dieses Zustandes indiziert werden, von der WHO intendiert. .</p> <p>[S. 5f] Die epidemiologischen Begriffe Inzidenz und Prävalenz haben eine klare Definition. Die vorgeschlagenen Alternativen sind alltagssprachlich und undefiniert und können deshalb kein Ersatz sein. Prävalenz ist gleich Inzidenz mal Dauer, aber Anzahl ist nicht gleich Anteil mal Dauer.</p> <p><i>Anm.:</i> Kommentar wurde zur Kenntnis genommen, und Satz differenzierter umformuliert. An dieser Stelle wurden die Begrifflichkeiten dennoch beibehalten.</p>
				<p>[S. 8] Wenn die Prävalenzen derart altersabhängig sind, dann ist das wohl ein deutlicher Hinweis auf die Instabilität der untersuchten Bedingung.</p> <p><i>Anm:</i> Ja, mit Einschränkung bezgl. Allgemeiner Alterskinetik (s.u.) Hinweis auf Fluidität, die einer Binnendifferenzierung bedarf und in der LL die besondere Sorgfalt der Diagnostik und klinischen Verlaufsbeobachtung begründet, wurde durch Kasten hervorgehoben</p> <p>[S. 9] Zunehmende Fallzahlen allein können nicht eine frühere Unterdiagnostik bestätigen. Das ist nur eine von drei prinzipiell möglichen Erklärungen: daneben wären auch eine heutige Überdiagnostik oder eine reale Zunahme denkbar. Diese beiden Möglichkeiten scheinen nicht adressiert zu werden.</p> <p><i>Anm:</i> Einwand korrekt. Aussage an dieser Stelle gestrichen.</p>

9.	Nathalie Lutz	Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie (SGKJPP)	9	<p>Ich verstehe nicht, dass nirgendwo in der Einleitung oder in der Präambel der letzte Report von Dr. H. Cass (April 2024) erwähnt wird.</p> <p>Dazu möchte ich noch sagen, dass die Ansicht der Zunahme der GI mit einer Zunahme der Akzeptanz und Offenheit der Gesellschaft zusammenhängt, eine soziologische Interpretation ist, die nicht auf wissenschaftlichen Argumenten beruht. Vielen Dank für Ihre Zeit</p>
<p><i>Anm.:</i> Der Cass Interim Report , der 2022 veröffentlicht wurde, wurde an mehreren Stellen des LL-ENTwurfs rezipiert. Der in 2024 veröffentlichte Cass Report erschien erst während er laufenden Konsultationsphase der LL. Er wurde bei der Überarbeitung der Endfassung der LL sorgfältig berücksichtigt. Die in der Einleitung rezipierte Interpretation anderer Autoren wird aus der wissenschaftlichen Literatur wiedergegeben.</p>				
10.	Sebastian Kosanetzky	Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung e.V. (DGfS)	13-14	<p>In der Darstellung aktueller Erklärungsmodelle zur Ausbildung "nonkonformer Geschlechtsidentität" erfolgt die Aussage, dass ein inkongruentes Identitätserleben im Kern nichts mit den soziokulturellen Erwartungen an die weibliche und männliche Geschlechtsrolle zu tun habe sondern von "grundlegender Natur" sei. Als Beleg wurde die Persistenz einer Geschlechtsdysphorie auch nach vollständigem Rollenwechsel angeführt. Nach meiner beruflichen Erfahrungen halte ich diese Darstellung für zu vereinfachend und biologistisch - ähnlich der bekannten Darstellung "Transpersonen wurden im falschen Körper geboren". Der Einfluss psychosozialer Faktoren auf die Entwicklung von Geschlechtsidentität und auch auf eine bestehende Geschlechtsdysphorie wird hiermit als weniger bedeutend eingeordnet, als er es meiner Erfahrung nach ist. In der Begleitung von Jugendlichen und jungen Menschen zeigt sich mir immer wieder, wie stark wie Wahrnehmung und Bewertung der eigenen Geschlechtlichkeit und auch der Bewertung des eigenen Körpers abhängig ist vom sozialen Kontext der Person. Eine geschlechtliche Neuausrichtung bzw. Detransitionelle Wünsche habe ich oft bei Erfahrung neuer sozialer Beziehungen beobachtet. Der Absatz wird abgeschlossen mit der Aussagen, dass vermutlich eine multifaktorielle Ätiologie vorliegt, deren Mechanismen noch nicht gut verstanden ist. Insgesamt hätte ich mir hier dann jedoch eine stärkerer Diskussion anderer Erklärungsansätze gewünscht.</p>
<p><i>Anm:</i> Kommentar ist nachvollziehbar. Formulierung "grundlegender Natur" wurde gestrichen. Text wurde insgesamt zurückhaltender formuliert.</p>				
11.	Tritta* e.V.	Bundesvereinigung Trans* (BVT*)	6	<p>Sehr gut: fundierte Hypothesen und Kontextualisierung für steigende Anzahl transidenter Personen</p>

Kapitel II

Variante Entwicklungsverläufe (Persistenz, Desistenz und Detransition)

– Gesammelte Kommentare nach Alphabet –

	Autor:in	Fachgesellschaft	Seitenbezug	Kommentar
	N.N.	Bundesvereinigung Trans* (BVT*)	34	<i>Gab an einen Kommentar zu haben, entsprechendes Kommentarfeld war aber leer.</i>
	N.N.	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)	31, 36	[S. 31] "Ein Blick auf die bisherige Forschung zeigt, welchen Einfluss der historische Kontext auf die jeweiligen Herangehensweisen hat." - Davon ist keine Forschung ausgenommen, auch die heutige nicht. Die Kritik früherer Ergebnisse zum Übergang in homosexuelle Verläufe ist mit dieser globalen Feststellung nicht geleistet. [S. 36] "Verallgemeinerbarkeit stark eingeschränkt" - Das ist nicht der Fall. In keiner der in Tabelle 2 dargestellten Studien war die Gesamt-Persistenzrate über 37% (zumeist noch deutlich darunter), so dass eine Verallgemeinerbarkeit nicht stark eingeschränkt ist, sondern Schlüsse geboten sind. Über alle Einschlusskriterien und Definitionen ist die nachweisliche Persistenzrate erheblich geringer als 50%. Im Text dagegen heißt es: "Persistenzraten für eine Geschlechtsdysphorie im Jugendalter zwischen 13% und 63% (S. 38)". Bei dieser letzten Zahl handelt es sich jedoch nur um eine Subgruppe und um den Anteil unter Ausschluss der „Non-Responder“, d. h. unter bewusster Hintansetzung einer dem Intention-to-treat-Prinzip analogen Erfassung. Die reale Zahl muss zwangsläufig deutlich niedriger sein.
				<i>Befassung:</i> <i>Kommentar zu S. 31: Die empirischen Daten zum Übergang in homosexuelle Verläufe werden bei den späteren Studien im Kapitel gesondert diskutiert.</i>

				<i>Kommentar zu S. 36: Der Einwand wurde geprüft und für unzutreffend befunden: Die Aussage beschränkter Verallgemeinerbarkeit bezieht sich auf die Varianz berichteter Persistenzraten in Abhängigkeit von Einschlusskriterien und hoher Selektivität der Stichproben.</i>
	N.N.	Bundesvereinigung Trans* (BVT*)	31	Warum muss bei persistenten Kinder und Jugendlichen, das Unbehagen bereits vor der Pubertät vorhanden gewesen sein? Häufig markiert erst die Pubertät einen Einschlag, der Unbehagen im geschlechtlichen Erleben befördert und daraufhin dennoch eine persistente Erfahrung entsteht.
				<i>Befassung:</i> <i>Der Kommentar wurde aufgegriffen und der Text an dieser Stelle präzisiert.</i>
	N.N.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik (DGKJP)	28	Seite 28: Therapieansätze, die explizit oder implizit von dem Behandlungsziel getragen sind... Ist das überhaupt möglich? Wie soll das festgehalten werden? Gilt das auch im Verlauf einer Psychotherapie eines Jugendlichen?
				<i>Befassung:</i> <i>Hier geht es um eine grundsätzliche normative Vorgabe, die auch im Gesetz zum Schutz vor Konversionsbehandlungen verankert ist und daher nicht relativierbar ist. Auf eine Änderung des Textes wurde verzichtet.</i>
	N.N.	SGKJPP	35	Im Kapitel 2 (Verläufe) fehlt die Referenz einer Publikation von 2024 (Rawee et al., 2024), die eine wesentlich geringere Persistenz von GI / GD in einer grossen epidemiologischen Studie aus den Niederlanden zeigt. In dieser Studie berichteten 11% der Teilnehmenden im frühen Jugendalter über Geschlechtsunzufriedenheit. Die Prävalenz nahm mit dem Alter ab und betrug beim letzten Follow-up (im Alter von etwa 26 Jahren) lediglich noch 4%. Es wurden drei Entwicklungsverläufe der Geschlechtsunzufriedenheit identifiziert: keine Geschlechtsunzufriedenheit (78%), abnehmende Geschlechtsunzufriedenheit (19%) und zunehmende Geschlechtsunzufriedenheit (2%). Es erscheint uns wichtig, auch diese epidemiologische Perspektive als komplementäre Studie in die Leitlinie aufzunehmen.

				<p><i>Befassung:</i></p> <p><i>Die Studie von Rawee et al 2024 wird gesondert rezipiert in das Kapitel aufgenommen ud umfassend diskutiert.</i></p>
--	--	--	--	---

Kapitel III

Sozialer Rollenwechsel im Kindesalter

– Kommentare nach Alphabet –

	Autor:in	Fachgesellschaft	Seitenbezug	Kommentar
1.	N.N.	Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG)	53-57	<p>Mir scheint in den Leitlinien eine Unterstützung der Eltern für einen Rollenwechsel schon vor der Pubertät, teilweise sogar schon im Kindergartenalter durchweg positiv konnotiert zu werden. Demgegenüber wird eine dieses Begehren hinterfragende und nicht schnell bestätigende Haltung tendenziell als Uneinfühlsamkeit oder gar Manipulation gesehen. Mir erscheint das Bestreben von Eltern ihr Kind in seinem geburtsgeschlechtlichen Körper anzunehmen und zu bestätigen zunächst als eine adäquate Haltung. Mehrere der von mir befragten Kinder und Jugendlichentherapeuten äußerten, dass es aus ihrer Sicht eher problematisch sei, wenn Eltern diesen Wunsch des Kindes nach einem sozialen Rollenwechsel sofort und ohne Schwierigkeiten unterstützten. Das bedeutet natürlich nicht, dass ich dafür plädiere ein Kind das seinen Körper hinsichtlich der Geschlechtsmerkmale anhaltend ablehnt in diese Geschlechtsidentität hineinzwingen zu wollen. Da aber Konflikte mit der Geschlechtsrolle sowie Wünsche dem anderen Geschlecht anzugehören oft vorübergehend auftreten halte ich ein Hinterfragen (Warum möchtest Du denn kein Mädchen/ Junge sein, was stört Dich daran, was findest Du blöd?) zunächst für stimmig. Wenn Eltern hier gar kein Problem sehen, müsste man aus psychoanalytischer Sicht eher vermuten, dass es bei ihnen eine Ablehnung seiner geburtsgeschlechtlichen Identität vorliegt. Möglicherweise (hier beziehe ich mich auf Beispiele aus der Literatur oder aus den Fällen der Kollegen hat die Mutter einen sexuellen Missbrauch erlebt und steht von daher ihrer eigenen Weiblichkeit ablehnend gegenüber, weil diese mit Auslieferung gegenüber männlicher Gewalt assoziiert ist. Oder aber ein Kind eines Geschlechts ist bei einem Unfall verstorben und das andersgeschlechtliche Geschwisterkind versucht unbewusst den Eltern dieses Kind zu</p>

				ersetzen. So etwas muss natürlich bei dem kindlichen Wunsch nach Rollenwechsel keineswegs der Fall sein, aber es befremdet mich, dass derartige Überlegungen bei den zitierten Untersuchungen keine Rolle zu spielen scheinen. Das nach dem erfolgten sozialen Rollenwechsel dann keine besondere Verwirrung beim Kind sondern eine Beruhigung auftaucht, kann auch so zustande kommen, dass das Kind sich nun im Einklang mit den elterlichen Projektionen oder Wünschen fühlt und von ihnen Bestätigung und Unterstützung erfährt. Insofern muss eine solche Affirmation des Umfelds nicht notwendig zum Wohle des Kindes sein, was sie aber natürlich in andern Fällen durchaus ist.
				<i>Befassung:</i> <i>Der Kommentar zeigt eine nachvollziehbare Reflektion. Die Leitlinie sollte jedoch nicht spekulative Einzelfallkonstellationen ausführen. Die Empfehlungen der Leitlinie betonen die Offenheit und sind nicht als Befürwortung einer möglichst raschen und sofortigen Unterstützung sozialer Transitionen zu verstehen. Um dies zu unterstreichen, wurde u.a. die Darstellung der vorichtigeren Empfehlungen des Cass Review aufgenommen.</i>
2.	N.N.	Bundesvereinigung Trans* (BVT*)	59	<i>Gab an einen Kommentar zu haben, entsprechendes Kommentarfeld war aber leer.</i>
3.	N.N.	Bundesvereinigung Trans* (BVT*)	78	<i>Gab an einen Kommentar zu haben, entsprechendes Kommentarfeld war aber leer.</i>

Kapitel IV.

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

– *Gesammelte Kommentare nach Alphabet* –

	Autor:in	Fachgesellschaft	Seitenbezug	Kommentar
1.	N.N.	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)	81	<p>Absatz 1: Es zeugt von einem denkbar fehlenden Verständnis von Entwicklungsprozessen, dass betroffene Kinder- und Jugendliche nicht mehr psychiatrisch oder psychotherapeutisch vorher gesehen werden sollen. Angststörungen, Depression, Essstörungen, usw. müssen zunächst ausgeschlossen und dann behandelt werden.</p> <p>Es ist geradezu unethisch, dies nicht mehr zu empfehlen und die Kinder mit dem Transitions-Wunsch alleine zu lassen.</p>
				<p><i>Befassung:</i></p> <p><i>Der Einwand wurde für unzutreffend befunden. In dem kommentierten Absatz 1 wird dargestellt, dass das Vorliegen einer GI bei Abwesenheit psychopathologischer Symptome per se noch keinen Grund für eine Psychodiagnostik darstellt. Sehr wohl gibt es 3 Szenarien, die die Durchführung einer Diagnostik erforderlich machen, diese 3 Szenarien werden im folgenden Absatz 2 ausgeführt:</i></p>

				<p>1) Hinweise für eine behandlungsbedürftige psychische Störung</p> <p>2) Wunsch nach psychotherapeutischer Begleitung</p> <p>3) Wunsch nach einer körpermodifizierenden medizinischen Behandlung</p> <p>In der Erläuterung auf Seite 75 wird dazu nochmals präzisiert.</p>
2.	N.N.	Bundesvereinigung Trans* (BVT*)	98	Gab an einen Kommentar zu haben, entsprechendes Kommentarfeld war aber leer.
3.	N.N.	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)	61, 70, 72, 81	<p>[S. 61, „keine primär theoriegeleitete Vorannahmen über etwaige (ko-)ätiologische Wirkrichtungen“] - Welche Störung ist es eigentlich, um deren valides Verständnis hier gerungen wird? Die Qualifizierung einer Geschlechtsinkongruenz als Nicht-Störung ist auch eine primär theorie-geleitete Vorannahme. Man kann diese diagnostische Haltung deshalb ebenso nicht als unvoreingenommen (und daher als a priori valide) bezeichnen.</p> <p>[S. 70f. psychische Störung durch Minority Stress oder durch körperbezogene Dysphorie] - Die dritte, a priori durchaus mögliche Annahme, eben die einer gemeinsamen Ätiologie von GI und psychischer Störung, wird nicht untersucht, offenbar weil sie aufgrund primär theoriegeleiteter Vorannahmen ausgeschlossen wird.</p> <p>[S. 72, „GI bzw. GD für sich allein bereits eine hohe Stressbelastung“] - Wie verträgt sich dieser Befund (wenn er valide ist) mit der Einordnung als „Nicht-Störung“? Nur vermittels der Annahme, dass die Gesellschaft, wie sie ist, das krankmachende Agens ist. Dies wäre jedoch eine fatalistische Position (keine realistische Aussicht auf Modifikation), überdies wäre sie unwiderlegbar wie die Psychoanalyse.</p> <p>[S. 81, kein Bedarf an psychiatr./psychother. Diagnostik] - Vorher wird explizit festgehalten, dass es insbesondere vor somatischen Eingriffen selbstverständlich einer umfassenden diagnostischen Einschätzung bedarf (S. 75). Eine GI, aus der nichts folgt, kann natürlich fachlich unbeachtet bleiben, aber dann handelt es sich hier nur um ein affirmatives Postulat, ein Sprachspiel.</p>
				<p><i>Befassung:</i></p> <p><i>Der Einwand zu S.61 wurde aufgegriffen, und die Wechselwirkung zwischen GI und assoziierter Psychopathologie wurde im Text im Kapitel 4 (Zusammenfassung) nochmals präzisiert.</i></p> <p><i>Der Einwand zu S. 70f. wurde aufgegriffen, und die Wechselwirkung zwischen GI und assoziierter Psychopathologie wurde im Text im Kapitel 4 (Zusammenfassung) nochmals präzisiert</i></p>

				<p><i>Aus dem Einwand zu S.72 ergibt sich nach eingehender Diskussion kein Bedarf an Änderung des Leitlinien-Textes. Auf die Ausführungen zu "Minority Stress" wird verwiesen.</i></p> <p><i>Der Einwand zu S. 81 wurde für unzutreffend befunden. In dem kommentierten Absatz 1 wird dargestellt, dass das Vorliegen einer GI bei Abwesenheit psychopathologischer Symptome per se noch keinen Grund für eine Psychodiagnostik darstellt. Sehr wohl gibt es 3 Szenarien, die die Durchführung einer Diagnostik erforderlich machen, diese 3 Szenarien werden im folgenden Absatz 2 ausgeführt:</i></p> <p><i>1) Hinweise für eine behandlungsbedürftige psychische Störung</i></p> <p><i>2) Wunsch nach psychotherapeutischer Begleitung</i></p> <p><i>3) Wunsch nach einer körpermodifizierenden medizinischen Behandlung</i></p> <p><i>In der Erläuterung auf Seite 75 wird dazu nochmals präzisiert.</i></p>
4.	N.N.	SGKJPP	75, 76	<p>IV. K1.: Die Formulierung ist zu unklar, da eine umfassende kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik unabdingbar ist, bevor weitere medizinische Massnahmen (fällt unter «zur Behandlung vorstellig werden») eingeleitet werden können. Auch scheint sehr unklar, was «Anhaltspunkte» für «klinisch relevante» Auffälligkeiten sind. Aus unserer Sicht müsste eine Diagnostik der GI / GD, besonders vor einer geschlechtsangleichenden Behandlung, immer durchgeführt werden.</p> <p>IV. K3.: Hier fehlt die Erwähnung von Autismus Spektrum Störung und andere neuropsychiatrische Diagnosen, als auch Psychosen, Essstörungen und Persönlichkeitsstörungen. Zudem wäre noch die Frage der «Urteilsfähigkeit» in Bezug auf eine Transaffirmative Behandlung ein wesentlicher Aspekt einer solchen Diagnostik.</p>
				<p><i>Befassung:</i></p> <p><i>Dem Einwand zu IV. K1. wird an anderer Stelle bereits deutlich Rechnung getragen. Bei dieser Empfehlung hier geht es nicht um die Indikation für medizinische Maßnahmen. Im zusammenfassenden Absatz des Kapitels zu diagnostischem Vorgehen sowie im Indikationskapitel wird dargestellt, dass das Vorliegen einer GI bei Abwesenheit psychopathologischer Symptome per se keinen Grund für eine Psychodiagnostik darstellt. Sehr wohl ist die Durchführung einer umfassenden Diagnostik erforderlich, wenn einer der folgenden Gründe vorliegt:</i></p>

				<p>1) Hinweise für eine behandlungsbedürftige psychische Störung</p> <p>2) Wunsch nach psychotherapeutischer Begleitung</p> <p>3) Wunsch nach einer körpermodifizierenden medizinischen Behandlung</p> <p>In der Erläuterung auf Seite 75 wird dazu nochmals präzisiert.</p> <p>Die Empfehlung zu IV. K3 auf eine ASS zu achten, wird durch eine separate Empfehlung abgebildet. Die Prüfung der Urteilsfähigkeit ist nur erforderlich, wenn eine Behandlungsentscheidung für eine medizinische Intervention ansteht. Darum geht es in dem gesamten Kapitel jedoch nicht. Die Prüfung der Einwilligungsfähigkeit ist im Kapitel VII hervorgehoben, die Details hierzu in Kapitel X ausgeführt. An dieser Stelle wird ein Querverweis eingefügt</p> <p>Bezogen auf einen Autismusverdacht, gibt es beim Vorgehen keinen Grund, von der S3-Leitlinie "Autismus-Diagnostik" abweichend vorzugehen.</p>
5.	N.N.	Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄGVT)	74, 81, 85	<p>Seite 74; 2.8: Bias: Im entsprechenden Absatz wird das überzufällig häufige Auftreten von Psychopathologie bei Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie interpretiert. Aufgeführt wird, dass der mit GD einhergehende Stress eine erhöhte Vulnerabilität impliziert. Dem gegenüber gestellt wird eine unabhängige Genese der psychiatrischen Komorbidität.</p> <p>Ein Bias ergibt sich aus der Tatsache, dass nicht diskutiert wird, ob die sonstige Psychopathologie die GD verstärkt bzw. mit-verursacht. Es wird ausschließlich fokussiert auf das Auftreten psychischer Störungen bei Kindern mit einer GD. Die umgekehrte Sequenz (zuerst psychische Störung, sich danach entwickelnde GD) wird nicht beleuchtet.</p> <p>Seite 81; IV.K4 Komorbide psychische Störungen sollen störungsspezifisch behandelt werden. Aber andererseits wird festgehalten, dass die GD hierbei nicht außer Acht gelassen werden kann (dem stimme ich zu). In der Praxis könnte dies aber bedeuten, dass die komorbiden psychischen Störungen nur an entsprechenden Zentren für GD/Geschlechtsinkongruenz behandelt werden können. Das ist in Deutschland nicht die gängige Praxis. Es muss folglich beleuchtet werden, wie entschieden werden soll, ob das Kind an ein Zentrum angeboten werden soll oder nicht. Dieser Aspekt wird unter IV.K7 noch spezifiziert für Autismus-Spektrum-Störungen; hiernach müsste die Behandlung auch an einem ausgewiesenen Zentrum für GD/GI erfolgen; alternativ wäre ein enger fachlicher Austausch zu fordern, der jedoch nur sehr bedingt erfolgt. Ich denke es wäre sinnvoll aufzuzeigen, wie ein entsprechender Austausch zu Beginn und im Verlauf einer Therapie zu erfolgen hat.</p>

				S85: Bias bzw. Logik: Bei Vorhandensein einer GD soll bei Abwesenheit psychopathologischer Symptome auf eine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik verzichtet werden. Erfordert nicht die Feststellung dieser Abwesenheit von Psychopathologie eine kinder- und jugendpsychiatrisch/psychologische Diagnostik?
				<p><i>Befassung:</i></p> <p><i>Der Einwand zu S.74 wurde aufgegriffen, und die Wechselwirkung zwischen GI und assoziierter Psychopathologie wurde im Text im Kapitel 4 (Zusammenfassung) nochmals präzisiert.</i></p> <p><i>Die genannten Aspekte des Kommentars zu S.81 wurden bereits hinreichend aufgegriffen.</i></p> <p><i>Der Einwand zu S.85 wurde für unzutreffend befunden. In dem kommentierten Absatz 1 wird dargestellt, dass das Vorliegen einer GI bei Abwesenheit psychopathologischer Symptome per se noch keinen Grund für eine Psychodiagnostik darstellt. Sehr wohl gibt es 3 Szenarien, die die Durchführung einer Diagnostik erforderlich machen, diese 3 Szenarien werden im folgenden Absatz 2 ausgeführt:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1) Hinweise für eine behandlungsbedürftige psychische Störung</i> <i>2) Wunsch nach psychotherapeutischer Begleitung</i> <i>3) Wunsch nach einer körpermodifizierenden medizinischen Behandlung</i> <p><i>In der Erläuterung auf Seite 75 wird dazu nochmals präzisiert.</i></p>
6.	N.N.	Bundesvereinigung Trans* (BVT*)	78, 79	<p>Abschnitt 3.2.2. Sehr positiv hervorzuheben: "... eine koinzidente ASS-Diagnose [rechtfertig] nicht, dass gewünschte medizinische Maßnahmen zur Unterstützung einer sozialen Transition generell verzögert oder nicht indiziert werden." Diese Empfehlung trägt bedeuten zum Diskriminierungsschutz von jungen neurodiversen behandlingssuchenden Menschen bei.</p> <p>Zu Empfehlung IV. K7. und die erläuternden Zeilen darunter: Ja, Einschätzungen der Situation sollten unter Fachwissen zu Neurodiversität erfolgen (und nicht aufgrund von vorurteilsbehaftetem "naiven" Alltagswissen zu ASS/Neurodiversität) - dieses Wissen haben sich junge neurodiverse Personen heutzutage häufig schon selbst angeeignet (ähnliche wie Wissen zu Transidentität) so dass auch diesbezüglich den Behandlungssuchenden eine hohe Selbstkenntnis zugetraut werden kann. Es sollte auch Vorsicht geboten sein, hier nicht in das nächste "Fettnäpfchen" von Pathologisierung von Neurodiversität zu "tappen". Die Empfehlung beinhaltet auch das Risiko eines erneuten Nadelöhrs, wenn bspw. auf den nächsten Behandlungsplatz bei Fachexpert*innen jahrelang gewartet werden muss.</p>

				<p><i>Befassung:</i></p> <p><i>Kommentar zu IV.K7.: Die Empfehlung ist bewusst offen formuliert, es sollte „das Fachwissen beider Bereiche einbezogen werden“.</i></p>
7.	N.N.	Bundesvereinigung Trans* (BVT*)	78f.	<p>Anmerkung zu Kap 3.2.2. & Empfehlung IV. K6 & 7: Finden wir positiv zu Kommentieren. Besonders "Liegt eine fachgerecht gestellte GI bzw. GD-Diagnose vor, rechtfertigt eine koinzidente ASS-Diagnose nicht, dass gewünschte medizinische Maßnahmen zur Unterstützung einer sozialen Transition generell verzögert oder nicht indiziert werden." wollen wir positiv betonen. Gut gegen Diskriminierung.</p> <p>Absatz "Dies bedeutet, dass die autismus-spezifische klinische Expertise für Fallverständnis und Behandlung der GI bzw. GD unverzichtbar ist und umgekehrt." sollte jedoch umformuliert werden / bzw das "unverzichtbar" sollte gestrichen werden. Potenzial für ein Nadelöhr in der Begleitung wenn die "klinische Expertise" der Neurodiversität eine Voraussetzung fürs Fallverständnis der GI/GD darstellt. Besonders unter der Berücksichtigung der Menge an neurodiversen Personen in der trans* Community. Potenzial für restriktive Behandlung und Pathologisierung. Erinnert an das von Vertretungsorganisationen kritisierte Thema der erzwungenen Ausschlussdiagnosen.</p>
				<p><i>Befassung:</i></p> <p><i>Kommentar zur Erläuterung der Empfehlung IV.K7.: Die Empfehlung ist bewusst offen formuliert, es sollte „das Fachwissen beider Bereiche einbezogen werden“.</i></p>

Kapitel V

Psychotherapie und psychosoziale Interventionen

– Gesammelte Kommentare nach Alphabet –

	Autor:in	Fachgesellschaft	Seitenbezug	Kommentar
1.	N. N.	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)	90	<i>Gab an einen Kommentar zu haben, das entsprechende Kommentarfeld war aber leer.</i>
2.	N. N.	Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG)	98-111	Die Verurteilung der Auffassung, dass die Forderung einer Psychotherapie vor der Genehmigung eingreifender somatischer Maßnahmen als "obsolet und unethisch" halte ich für entwertend und problematisch. Bei Erwachsenen halte ich diese Forderung auch für nicht gerechtfertigt, aber als Maßnahme zum Schutz Minderjähriger vor folgen- und risikoreichen Eingriffen durchaus vertretbar. Eine Therapie erhöht m. e. die Wahrscheinlichkeit, dass der Jugendliche eine stimmige Entscheidung treffen kann, auch wenn sie zunächst auf Widerstand trifft. Die geforderte vorbehaltlose Annahme gegenüber dem geschlechtsbezogenen Zugehörigkeitsgefühl halte ich nicht für sinnvoll, wohl aber die vorbehaltlose Annahme de Jugendlichen als Person mit allen seinen Anliegen und Konflikten, die aber zu erforschen wären. Bei den Therapiezielen fehlt mir daher die Erforschung eines möglichen Konflikthintergrundes der Genderdysphorie psychodynamischer oder familendynamischer Art. Möglicherweise wird man hier nicht

				fündig oder aber das psychodynamisch Verstehen führt nicht zu einer Veränderung des Leidendrucks oder des Transitionswunsches, aber dann ist die Entscheidung in jedem Falle reflektierter und eher passend.
				<i>Befassung:</i> <i>Der Kommentar wurde aufgegriffen und der Text an dieser Stelle noch einmal vertieft.</i>
3.	N. N.	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (ÖGKJP)	90-91	<p>[S.90] - „Psychotherapeutische Unterstützung soll Behandlungssuchenden als Unterstützung und Begleitung z.B. zur ergebnisoffenen Selbstfindung, zur Stärkung des Selbstvertrauens, zur Bewältigung von Diskriminierungserfahrungen oder zur psychischen Vor- und Nachbereitung von Schritten im Prozess einer Transition niedrigschwellig angeboten und verfügbar gemacht werden. Eine Verpflichtung zu Psychotherapie als Bedingung für den Zugang zu somatomedizinischer Behandlung ist aus Gründen des Respekts vor der Würde und Selbstbestimmung der Person ethisch nicht gerechtfertigt.“ Diese Empfehlung legt nahe, dass die derzeitige österreichische Praxis, welche eine psychotherapeutische oder klinisch-psychologische Begleitung vor der Einleitung einer somatomedizinischen Maßnahme vorschreibt, als ethisch fragwürdig betrachtet werden könnte. Jugendliche und ihre Familien könnten aufgrund der oben angeführten Empfehlung in Zukunft somatomedizinische Maßnahmen ohne angemessene psychotherapeutische Evaluation einfordern. Es bleibt fraglich, ob diese Änderung dem Wohl der Jugendlichen gerecht wird.</p> <p>[S.91] - „Da sich bislang aus der gesamten wissenschaftlichen Literatur keine spezifischen Empfehlungen für konkrete Interventionen oder Therapieverfahren bzw. Methoden ableiten lassen, konzentrieren wir uns in den folgenden Abschnitten auf wichtige Aspekte einer psychotherapeutischen Haltung sowie auf in diesem Feld relevante definierbare Ziele psychotherapeutischer Interventionen.“ Das gesamte Kapitel könnte durch eine detaillierte Diskussion der vorhandenen Studien und Reviews, die verschiedene therapeutische Interventionen aufzeigen, bereichert werden. Es erscheint notwendig, die Literaturliste über die häufig zitierten Quellen wie Romer & Möller (2020) und Günther et al. (2021) hinaus zu erweitern, um eine umfassendere Darstellung der bereits existierenden psychologischen und psychotherapeutischen Interventionen zu gewährleisten.</p>
				<i>Befassung:</i> <i>Der Kommentar zu S. 90 wurde aufgegriffen und im Text noch einmal ausführlicher dargestellt.</i> <i>In Bezug auf den Kommentar zu S. 91 kann gesagt werden, dass im Text auf verschiedene psychotherapeutische Konzepte und Studien eingegangen wird. Es gibt aber keine störungsspezifischen Interventionen im engeren Sinne, so dass auf die professionelle Haltung sowie die psychotherapeutischen Aufgaben und Ziele fokussiert wurde.</i>

4.	N. N.	Bundesvereinigung Trans* (BVT*)	99	<i>Gab an einen Kommentar zu haben, das entsprechende Kommentarfeld war aber leer.</i>
5.	N. N.	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)	96, 97, 98, 99	<p>Das Kapitel ist insgesamt erheblichen Einwänden ausgesetzt; 2500 Zeichen genügen nicht für alle. Ich beschränke mich deshalb.</p> <p>[S. 96, Geschlechtszugehörigkeit als nicht-binäres Konstrukt] - Die Auffassung von der Geschlechtszugehörigkeit als „nicht-binär“ und „Konstrukt“ geht auf die einflussreiche aber wissenschaftsfeindliche und gesellschaftspolitisch reaktionäre Essayistik von Judith Butler zurück und sollte in einer medizinischen Leitlinie keinen Platz haben.</p> <p>[S. 97, „trügerische Vorstellung ...“] - Der Passus erscheint inkonsistent. Die normative Kraft des Faktischen, der biologischen Realität wird mit dieser Sprachregelung konstruktivistisch negiert. Wenn wir „das Wandelbare der menschlichen Identität“ anerkennen, dann müssen wir selbstverständlich auch die Wandelbarkeit eines Wunsches nach Zugehörigkeit zum jeweils anderen Geschlecht – oder zu gar keinem – annehmen. Im Gegensatz zur öffentlichen Wahrnehmung ist die „nonbinäre Identität“ in der gesellschaftlichen Wirklichkeit offenbar extrem selten. Nach der Entscheidung des Verfassungsgerichts 2017 hatten insgesamt „20 Personen beantragt, ihren Geschlechtseintrag auf „divers“ ändern zu lassen (Stand Mitte April [2019])“ (DIE ZEIT, 9. Mai 2019, S. 39)</p> <p>[S. 97 bedingungslose Akzeptanz nicht im Widerspruch ...] - Diese „bedingungslose Akzeptanz“ steht in einem eklatanten Widerspruch zum variablen Outcome, wenn der/die noch selbstunsichere Jugendliche nicht ergebnisoffen, sondern auf die Transition als alleiniges Ziel hin beraten wird und der Therapeut/Berater sicherer als der Ratsuchende/Klient/Patient ist. Vergleichende Katamnesen liegen nicht und selbst unkontrollierte nur in geringer Zahl vor (S. 5), so dass die Absolutheit dieser Forderung ungedeckt ist. Ist es denkbar oder möglich, dass ein Kind, dem der Sportunterricht lästig ist, unter Hinweis auf seine Besonderheit die Umkleidekabine meidet?</p> <p>[S. 98 Abs. 4.3.] - Diese Überlegung ist insofern folgerichtig, als sie auf den postulierten Nicht-Störungscharakter der GI abhebt. Ihre externe Begründung ist jedoch fehlerhaft, soweit sie die Anziehung einer empirischen Grundlage durch die Berufung auf das Gesetz ersetzt. Es ist keineswegs ungewöhnlich, dass die Gesetzeslage inkonsistent ist (vgl. die Binnenanerkennung der besonderen Therapierichtungen oder die Verordnungsfähigkeit von Cannabis). Auch medizin-ethische Grundpositionen halten gelegentlich einer näheren Inspektion nicht stand (z. B. in der Frage des Hirntodes).</p>

				<p><i>Befassung:</i></p> <p><i>[S. 96, Geschlechtszugehörigkeit als nicht-binäres Konstrukt] – Der Kommentar wurde geprüft und als abweichende Meinung zur Kenntnis genommen, die keine Änderung oder Ergänzung des Textes erforderlich macht.</i></p> <p><i>[S. 97, „trägerische Vorstellung ...“] – Der Kommentar wurde diskutiert und für unzutreffend befunden. Der Anteil non-binärer Menschen unter Menschen mit nonkonformer Geschlechtsidentität liegt z.B. nach den Zensus-Daten von England und Wales bei bis zu 30% (siehe Abschnitt zu Epidemiologie im Einleitungskapitel).</i></p> <p><i>[S. 97 bedingungslose Akzeptanz nicht im Widerspruch ...] – Text wurde an dieser Stelle präzisiert.</i></p> <p><i>[S. 98 Abs. 4.3.] – Der Kommentar wurde geprüft und als abweichende Meinung zur Kenntnis genommen, die keine Änderung oder Ergänzung des Textes erforderlich macht.</i></p>
6.	N. N.	Bundesvereinigung Trans* (BVT*)	102	<p>Gerade die Einbeziehung der Eltern begrüßen wir sehr!</p>
				<p><i>Der positive Kommentar wurde dankend zur Kenntnis genommen.</i></p>
7.	N. N.	Bundesvereinigung Trans* (BVT*)	110	<p>Abschnitt 5.9: Ableistische Formulierung "geistig behindert"; Absprechen des Selbstbestimmungsrechts von Menschen, die nicht den gesellschaftlichen Normen in Bezug auf kognitive Leistungsfähigkeit entsprechen. Fachlicher Nachbesserungsbedarf unter Berücksichtigung von diskriminierungssensibler Expertise aus dem Bereich Ableismus und/oder Selbstvertretungsorganisationen.</p> <p>Zur Formulierung „... deren Einwilligungsfähigkeit in jedem Einzelfall und spezifisch für jede zu indizierende medizinische Intervention als Teil der Indikationsstellung festgestellt werden muss“: bedeutet diese Formulierung, dass für JEDE einzelnen Maßnahme die Einwilligungsfähigkeit erneut festgestellt werden muss? Pbertätsblocker, Logopädie, HRT, Mastektomie ... immer wieder erneut müssen junge Menschen beweisen, dass sie einwilligungsfähig sind? Das käme doch der Aufstellung massiver Hürden gleich.</p>
				<p><i>Befassung:</i></p> <p><i>Der Kommentar zu Abschnitt 5.9 wurde aufgegriffen und der Text an dieser Stelle verbessert.</i></p>

				<i>In Bezug auf dem Kommentar zur Feststellung der Einwilligungsfähigkeit kann festgehalten werden, dass es sich medizinrechtlich um eine Tatsache handelt . Praktisch gesehen geht es bei einer neuen medizinischen Intervention vor allem darum zu prüfen, ob das Vorgehen und die Konsequenzen der Intervention ausreichend erfasst, bewertet und entschieden werden können.</i>
8.	N. N.	Bundesvereinigung Trans* (BVT*)	110	<p>Anmerkung zu Kap 5.9.:</p> <p>"Während volljährige Personen, sofern sie im Vollbesitz ihrer geistigen Fähigkeiten und nicht geistig behindert sind, gemeinhin als einwilligungsfähig auch für komplexe medizinische Eingriffe gelten, [...]" ist eine ableistische Formulierung. Bitte umformulieren oder streichen. Auch behinderte Menschen können an vielen Stellen einwilligungsfähig sein. Was der "Vollbesitz geistiger Fähigkeiten" sein soll, bleibt unklar und impliziert eine sonderbare Normierung.</p> <p>"[...] Einwilligungsfähigkeit in jedem Einzelfall und spezifisch für jede zu indizierende medizinische Intervention als Teil der Indikationsstellung festgestellt werden muss" ist kritikwürdig. Wenn eine Einwilligungsfähigkeit für jede med. Intervention neu geprüft werden muss, kann dies einerseits Räume für Verzögerungsprozesse aufmachen und bringt andererseits Unterstützungssuchende in eine regemäßige Beweispflicht ihrer Einwilligungsfähigkeit - würde hier das Gegenlesen der Europäischen Kinderrechtskonvention nochmal anraten.</p>
				<p><i>Befassung:</i></p> <p><i>Der Kommentar zur Formulierung des „Vollbesitzes geistiger Fähigkeiten“ wurde aufgegriffen und der Text an dieser Stelle ergänzt.</i></p> <p><i>Auch an dieser Stelle kann in Bezug auf die Einwilligungsfähigkeit festgehalten werden, dass es sich medizinrechtlich um eine Tatsache handelt. Praktisch gesehen geht es bei einer neuen medizinischen Intervention vor allem darum zu prüfen, ob das Vorgehen und die Konsequenzen der Intervention ausreichend erfasst, bewertet und entschieden werden können.</i></p>

Kapitel VI

Einbeziehung des familiären Beziehungsumfelds und Familiendynamik

– Gesammelte Kommentare nach Alphabet –

	Autor:in	Fachgesellschaft	Seitenbezug	Kommentar
1.	N.N.	Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG)	112-119	<p>Auf S. 114 heißt es ‚Im besten Falle decken sich die Vorstellungen von Kindern und Eltern‘. Dass die vielfältigen körperlichen und seelischen Schwierigkeiten einer Transition mit elterlicher Unterstützung besser bewältigbar sind, ist ohne Frage richtig. Umgekehrt kann aber eine allzu schnelle und scheinbar problemlose Akzeptanz der Eltern auch auf eine problematische Familiendynamik oder neurotische Probleme auf deren Seite und eine damit verbundene unbewusste Übernahme des Kindes einer entsprechenden Delegation hinweisen, z. B, wenn eine Mutter aus unbewusstem Haß auf Männer eine Tochter will und keinen Sohn oder ihre eigene Weiblichkeit, Z. B aufgrund von Gewalterfahrungen durch Männer ablehnt.</p> <p>Auf Seite 115 wird aufgeführt, dass Eltern Angst haben können ""nicht das Richtige zu tun"". Dass es auch eine berechnete Angst vor den Folgen und Risiken körpermedizinischer Eingriffe gibt und dies zunächst etwas Fürsorgliches, Schützendes ist, scheint mir dabei unterbelichtet. Dass man zunächst versucht das Zugehörigkeitsempfinden, das nicht dem biologischen Geschlecht entspricht zu hinterfragen, bedeutet nicht gleich, dass man seinem Kind eine falsche Identität aufzwingt. Diese, natürlich möglichst einfühlsame und nicht abwertende Hinterfragen halte ich für umso wichtiger, je jünger das Kind ist. In den Leitlinien wird einerseits immer wieder sehr zurecht darauf hingewiesen, dass die Entscheidung zu medizinischen</p>

				<p>Maßnahmen sehr sorgfältig gepüft werden muss, andererseits wird dann aber wieder das geäußerte Zugehörigkeitsempfinden zu einem Geschlecht bei Kindern und Jugendlichen wie eine ontologische oder mit Sicherheit angeborene Qualität behandelt, die man nicht in Frage stellen darf ohne seelischen Schaden anzurichten, was ich für problematisch halte. Dass widerspricht auch der ebenfalls klar vermittelten Tatsache, dass wir noch nicht genügend über die Ätiologie wissen.</p> <p>Die therapeutische Haltung eines ""watchfull waiting"" impliziert die Empfehlung sich noch nicht gleich in allen Lebensbereichen auf die empfundene Geschlechtsidentität festzulegen. Sicher ist die Unterstützung bei einer sozialen Transition in vielen Fällen irgenwann sinnvoll, aber es kommt doch sehr darauf an , dass Eltern und Fachleute das nicht zu früh und nicht zu unhinterfragt tun.</p>
				<p><i>Befassung:</i></p> <p><i>Der Hinweis zu S. 114, dass es neben elterlichen Akzeptanzproblemen auch eine unreflektierte Akzeptanz der kindlichen Geschlechtsidentität geben kann, wurde nun in die Einleitung des Kapitels aufgenommen.</i></p> <p><i>Neuer Satz: „Familienangehörige zeigen teilweise anhaltende Akzeptanzprobleme oder eine vereinfacht wirkende Akzeptanz, die der Komplexität des Phänomens nicht gerecht zu werden scheint.“</i></p> <p><i>In Bezug auf den Kommentar zu S. 115 sprechen sich die Leitlinien-Autor*innen, gestützt auf die vorliegende wissenschaftliche Literatur überwiegend gegen ein Hinterfragen der individuell empfundenen Geschlechtsidentität bei Kindern und Jugendlichen aus. Siehe Präambel S. 24:</i></p> <p><i>„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.“</i></p> <p><i>Als sinnvoller wird eine gemeinsame Exploration des Geschlechtsempfindens im Entwicklungsprozess angesehen.</i></p> <p><i>Auf die Problemstellung des bisherigen Wissenstandes über die Ätiologie wird im Kapitel zum sozialen Rollenwechsel aus unserer Sicht differenziert eingegangen.</i></p>
2.	N.N.	Bundesvereinigung Trans* (BVT*)	115	<p>Ich finde die Bezeichnung von Prostitution als dysfunktionalen Coping-Mechanismus generalisierend und sexarbeitsfeindlich.</p> <p>Der letzte Satz auf der Seite erscheint für mich etwas zusammenhangslos. Hier wäre eine Ausführung besonderer Hürden in der Unterstützung nicht-binärer Kinder und Jugendlicher hilfreich und welche spezifischen Bedürfnisse oder Anforderungen hier ggf. an das familiäre Umfeld bestehen.</p>

				<p><i>Befassung:</i></p> <p><i>Es geht hier um Studien, die Coping-Strategien von Kindern und Jugendlichen beschreiben. Wenn diese sich prostituieren, kann dies durchaus als dysfunktional bezeichnet werden, da dies in keinem Fall entwicklungsförderlich ist.</i></p> <p><i>Zu Non-Binarität von Kindern und Jugendlichen ist wissenschaftlich kaum etwas bekannt, mit Ausnahme der zitierten Studie von Kovalanka et al. 2017. „Spezifische Bedürfnisse und Anforderungen an das familiäre Umfeld“ sind bisher unseres Wissens nach wissenschaftlich nicht untersucht worden.</i></p>
3.	N.N.	Bundesvereinigung Trans* (BVT*)	116	Zu VI. E1. In unserer Beratungserfahrung wirkt sich nichts so stark auf die psychische Gesundheit aus wie die Unterstützung durch das Elternhaus.
				<p><i>Befassung:</i></p> <p><i>Damit unterstützt Ihre Beratungserfahrung den in der Empfehlung E1 ausgeführten wissenschaftlichen Kenntnisstand.</i></p>

Kapitel VII

Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen

– Gesammelte Kommentare nach Alphabet –

	Autor:in	Fachgesellschaft	Seitenbezug	Kommentar
1.	N.N.	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)	185	Es gehören Empfehlungen zu Altersgrenzen in die Leitlinie. Operative Maßnahmen erst ab 18 Jahren, hormonelle frühestens ab 16 Jahren. Frühere Anpassungen können die Kinder/jungen Jugendlichen in den Auswirkungen für deren gesamtes Leben noch nicht vollumfänglich erfassen (und selbst mit 16-18 Jahren ist das schwierig).
				<p><i>Befassung:</i></p> <p><i>Die Leitliniengruppe hat sich bewusst gegen feste Altersgrenzen entschieden, da der körperliche und kognitive Entwicklungsstand von Jugendlichen massgeblich sind für die Indikationsstellung von Behandlungsschritten neben weiteren Indikationskriterien (Stabilität der Geschlechtinkongruenz, Co-Consens mit Sorgeberechtigten usw.). Es wird jedoch in der Leitlinie sehr deutlich gemacht, dass die Indikation von irreversiblen Maßnahmen bei Minderjährigen mit hoher Sorgfalt gestellt werden soll.</i></p>
2.	N.N.	Bundesvereinigung Trans* (BVT*)	152, 153, 184	<p>VII K4 - Positive Rückmeldung zu der Empfehlung, Hormonblocker auch ohne bzw. mit nachzureichender Indikation zu vergeben: Es kommt immer wieder vor, dass Eile geboten ist aufgrund beginnender körperlicher Entwicklung. Hier die Gabe von Blockern zu verzögern bis die psychiatrische-psychotherapeutische Indikation fertiggestellt ist, ist schwer vertretbar und setzt alle Beteiligten in dem Prozess einem hohen Druck aus. Die Gabe von Blockern soll ja gerade Zeitaufschub und Entlastung verschaffen - also sind sie hier rechtzeitig eingesetzt tatsächlich sinnvoll eingesetzt.</p> <p>VII K5, VII K26 - Hormonblocker, HRT und Mastektomie auch für nicht-binäre Personen: Die angemessene Versorgung nicht-binärer Personen ist in Deutschland auch unter Erwachsenen noch nicht ausreichend gegeben. Dies ist aus medizinischer, menschenrechtlicher, ethischer und verfassungsrechtlicher Perspektive massiv zu kritisieren. Die Kinder- und Jugendleitlinien haben hier die Chance genutzt, die Versorgung auch</p>

				<p>für diese Personengruppe mit Geschlechtsdysphorie angemessen sicherzustellen. Das ist sehr erfreulich und zu begrüßen!</p> <p>Das Sondervotum der DPG an der Stelle ist nicht nachzuvollziehen und entsprechend zu kritisieren. Mastektomie auch für nicht-binäre Personen.</p>
				<p><i>Befassung:</i></p> <p><i>Der positive Kommentar zu VII. K4. relativiert sich, da die Empfehlung angepasst wurde und Ausdruck im entsprechenden Sondervotum des BVT* VII. K4.</i></p> <p><i>Der positive Kommentar bezüglich der Empfehlung VII. K5. bleibt bestehen. Aufgrund der Veränderung der Empfehlung von VII. K26. ist dieser positive Kommentar zu relativieren und findet Ausdruck im Sondervotum der BVT*.</i></p>
3.	N.N.	Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG)	125, 175	<p>Als Vorteil bei der Pubertätsblockade wird ja beschrieben, dass ein Zeitgewinn für die Reflexion entsteht und der Leidensdruck zunächst meist gemildert wird. Ein Nachteil wird m.E. in den LL zu wenig thematisiert: Die Jugendliche fallen zum einen hinsichtlich ihrer körperlichen Entwicklung aus der Peergroup heraus, und sie haben nicht die Möglichkeit Erfahrungen mit dem reifenden sexuellen Körper zu machen, auch wenn diese bei Genderdysphorie natürlich eher gefürchtet werden. Auch für diese Auseinandersetzung wäre eine Therapie hilfreich, vermutlich auch für die, die sie anfangs als Zumutung empfinden. Möglicherweise entscheiden sich auch deshalb die meisten nach dieser Behandlung auch für die Hormonbehandlung. Es wird mehrfach betont, dass es wichtig sei, die Jugendlichen darauf hinzuweisen, dass die Orgasmus- und Erregungsfähigkeit durch die Behandlung beeinträchtigt bleiben können und sie aller Wahrscheinlichkeit nach infertil bleiben werden. Ich glaube hier wird die Vorstellungsfähigkeit von Jugendlichen, die oftmals noch nie Sex hatten und mit Orgasmusfähigkeit und Kinderwunsch affektiv häufig noch wenig verbinden, überschätzt. Im Vordergrund steht ja für diese Jugendlichen vermutlich ein zentrales Identitätsthema und nicht ihre Sexualität. Diese Einschätzung teilten alle vier erwähnten Kinder- und Jugendlichentherapeuten mit Erfahrungen mit Transjugendlichen, mit denen ich gesprochen habe. Es ist auch von daher zu wünschen, dass die Hormonbehandlung möglichst nicht vor dem 16. Lebensjahr begonnen wird, soweit es der Leidensdruck irgendzulässt.</p>
				<p><i>Befassung:</i></p> <p><i>Das Anliegen dieses Kommentars wurde im Text aufgenommen.</i></p>

4.	N.N.	Bundesvereinigung Trans* (BVT*)		<i>Gab an einen Kommentar zu haben, entsprechendes Kommentarfeld war aber leer.</i>
5.	N.N.	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (ÖGKJP)	146, 164, 168, 177, 181, 190	<p>(S. 146, S. 164 für GAH, S. 181 chirurgische Eingriffe) Die Implementierung der deutschen Anforderungen für die kinder- und jugendpsychiatrische bzw. psychotherapeutische diagnostische Einschätzung könnte sich in Österreich als schwierig gestalten. Klinische Psycholog:innen müssen trotz 340 Stunden theoretischer Ausbildung, die stets Bezug auf die spezifischen Anforderungen bei der Beratung, Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen nimmt, sowie 500 Stunden praktischer Ausbildung, eine zusätzliche „ausgewiesene klinische Expertise“ nachweisen. Angesichts dieser umfassenden Ausbildung sollte ihre Expertise als gegeben angesehen werden. Zudem reduziert die neue „zweigleisige“ Indikationsstellung die bisherigen österreichischen Empfehlungen, die eine Dreifachbegutachtung und eine endokrinologische Untersuchung vorsahen, auf nur noch eine erforderliche Stellungnahme, die kinder- und jugendpsychiatrisch, klinisch-psychologisch oder psychotherapeutisch-diagnostisch sein kann. Es bestehen Bedenken, ob diese Vereinfachung dem Wohl der Jugendlichen gerecht wird, trotz der Möglichkeit, die bisherigen Begutachtungen in den Behandlungsplan zu integrieren.</p> <p>(S. 168) In der Leitlinie sollte stärker betont werden, dass der Begriff „nicht-binär“ eine breite Palette verschiedener Identitäten umfasst. Besondere Vorsicht ist bei Jugendlichen geboten, deren Geschlechtsidentität fluid ist. Es ist wesentlich zu betonen, dass diese Jugendlichen kontinuierlich Geschlechtsinkongruenz und -dysphorie erleben können, die mit wechselnden Geschlechtsentitäten einhergeht. Trotz dieser Erfahrungen sind somatomedizinische Maßnahmen nicht grundsätzlich angezeigt.</p> <p>(S. 177) In Österreich ist gemäß § 173 ABGB bei schwerwiegenden medizinischen Eingriffen wie der Pubertätsblockade oder geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung ein Co-Konsens der Erziehungsberechtigten rechtlich notwendig, auch wenn das mündige minderjährige Kind prinzipiell entscheidungsfähig ist.</p> <p>(S. 190) Zudem fordern die Leitlinien, dass das Indikationsschreiben eine „erfolgte Aufklärung über mögliche Risiken der Behandlung“ beinhalten soll. Diese Vorgabe könnte zu Konflikten führen, da sie nicht-medizinische Fachkräfte wie Psychotherapeut:innen dazu anhält, über Risiken der Hormontherapie aufzuklären, was traditionell den Endokrinolog:innen vorbehalten ist.</p>
				<p><i>Befassung:</i></p> <p><i>Kommentar zur S. 146, S. 164 für GAH, S. 181 chirurgische Eingriffe: Die Leitliniengruppe geht davon aus, dass in den Curricula psychiatrischer und psychotherapeutischer Aus- und Weiterbildungsgänge bislang das</i></p>

				<p><i>Thema Geschlechtsinkongruenz nicht ausreichend adressiert wurde, sodass die Forderung nach Zusatzexpertise gerechtfertigt erscheint</i></p> <p><i>Kommentar zu S. 168: Der Inhalt des wurde im Text aufgenommen.</i></p> <p><i>Kommentar zu S. 177: Die Rechtslage ist im Kapitel Ethik und Recht auch für Österreich differenziert dargestellt.</i></p> <p><i>Kommentar zu S. 190: Es sind hier auch Risiken psychosozialer Art (Diskriminierungsrisiko, Detransitionsrisiko) gemeint. Über die medizinischen Risiken soll die endokrinologische Fachperson aufklären (siehe Kapitel VIII Somatische Aspekte hormoneller Intervention).</i></p>
6.	N.N.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik (DGKJP)		<p><i>Gab an einen Kommentar zu haben, entsprechendes Kommentarfeld war aber leer.</i></p>
7.	N.N.	Bundesvereinigung Trans* (BVT*)	122-123; 144; 147; 151; 156; 159; 169-170	<p>S. 122: Ich möchte meine starke Zustimmung dazu ausdrücken, dass randomisiert-kontrollierte Studien in diesem Kontext unethisch wären sowie dazu, dass eine alleinige Psychotherapie keine geeignete Behandlungsmethode für Geschlechtsdysphorie darstellt.</p> <p>S. 144: Ich stimme entschieden zu, dass Abwarten keine ethisch vertretbare bzw. "neutrale" Option darstellt.</p> <p>S. 147: Ich finde die Aussage, dass bereits eine antizipatorische Angst vor der Pubertät als ausreichendes Kriterium für geschlechtsdysphorischen Leidensdruck gilt, extrem wichtig. Wenn dies nicht der Fall wäre, würde ein potentiell starkes unnötiges Leiden in Kauf genommen werden.</p> <p>S. 151: Starke Zustimmung zu dem gesamten Absatz 6.2.2. und der damit einhergehenden Empfehlung VII.K4.</p> <p>S. 156: Ich möchte die Begründung dafür, warum vor einer Pubertätsblockade keine soziale Transition stattgefunden haben muss, bekräftigen. Damit auch verbunden VII.K8.</p> <p>S.159: Hier möchte ich auf die inkorrekte Formulierung hinweisen, dass der Verzicht auf fertilitätserhaltende Maßnahmen das Risiko eines späteren unerfüllten Kinderwunsches birgt. Der potentiell unerfüllte Kinderwunsch bezieht sich lediglich auf biologisch eigene Kinder, was in der Formulierung präzisiert werden sollte.</p> <p>S. 169-170: Der Ausschluss nicht-binärer Personen durch die DPG ist diskriminierend. Dieser Kommentar bezieht sich auf alle Sondervoten der DPG diesbezüglich. Die Seitenzahl bezieht sich lediglich auf die angegebene Begründung. An vielen Stellen ist keine ausreichende Evidenz vorhanden, dennoch wurden konsensbasierte Empfehlungen abgegeben. Hier die mangelnde Evidenz als Grund anzugeben ist daher ein</p>

				schlechtes und scheinheiliges Argument. Außerdem beziehen sich viele Studien zwar nur auf binäre trans Personen (Identität zum Studienzeitpunkt), Geschlechtsidentitäten können sich jedoch verändern, wie u.a. in dem Fallbeispiel auf S. 167 deutlich wird (Veränderungen von binär zu nicht-binär sind ebenso existent, auch wenn diese hier nicht anhand eines Fallbeispiels aufgezeigt werden). Außerdem geben einige Studien meines Wissens nach nur das zugewiesene Geschlecht der Personen, jedoch nicht ihre Geschlechtsidentität an.
	N.N.			<p><i>Befassung:</i></p> <p><i>Kommentare zu S. 122, 147, 151 & 156: Die Leitliniengruppe nimmt diese zustimmenden Kommentare zur Kenntnis.</i></p> <p><i>Kommentar zu S. 159: Dieser Kommentar wurde im Text umgesetzt, indem auf biologische Elternschaft referenziert wird.</i></p> <p><i>Kommentar zu S. 160-70: Dieser Kommentar findet Ausdruck im Sondervotum des BVT* über die geänderte Empfehlung VII 26.</i></p>
8.	N.N.	Bundesvereinigung Trans* (BVT*)	151-152; 153-171	<p>Zu S. 151-152: Empfehlung VII. K4. ist aus langjähriger Erfahrung in der Peer-Beratung sehr zu begrüßen. Der Zugang zu Indikationsstellung ist für Jugendliche aus verschiedenen Gründen erschwert. Generell ist die Versorgungslage defizitär, in ländlichen Gebieten besonders, lange Wege sind für KuJ und ihr Umfeld oft nur bei ausreichend Ressourcen (Zeit und Geld) möglich. Die Empfehlung trägt der Versorgungslage Rechnung und der Lebensrealität von trans KuJ und kann zusätzlicher Diskriminierung im Zugang zu Gesundheitsversorgung vorbeugen.</p> <p>Zu S. 153-171: Die Anerkennung von nicht-binären Geschlechtsidentitäten und nicht-binären Transitionsbedarfen ist zentral für eine gute Beratungs- und Behandlungspraxis. Umfragen belegen den Anstieg des Anteils nicht-binärer Personen. https://www.pewresearch.org/short-read/2022/06/07/about-5-of-young-adults-in-the-u-s-say-their-gender-is-different-from-their-sex-assigned-at-birth/ Jugendliche mit Transitionswunsch müssen sich sicher sein können, dass das Äußern einer nicht-binären Geschlechtsidentität ihren Zugang zu geschlechtsaffirmierender Behandlung nicht verschlechtert. Sonst besteht das Risiko, dass sie ihre Identität, ihre Bedürfnisse, ihre Zweifel nicht in Beratung oder Therapie vorbringen. Die Geschichte der Behandlungspraxis von trans Personen ist von Gatekeeping geprägt. Dazu gehört, Behandler*innen eine eindeutige Geschichte erzählen zu müssen, um Zugang zu medizinischer Versorgung zu bekommen. Darum wissen auch Jugendliche. Häufig berichten sie in Peer-Beratung, dass sie</p>

				<p>in Therapie nicht offen Auskunft über ihre fluide oder nicht-binäre Identität geben, aus (begründeter) Angst bspw. kein Indikationsschreiben zu bekommen. Es ist einem vertrauensvollen Beratungs- und Behandlungsverhältnis zuträglich, wenn sowohl Behandler*innen als auch Behandlungssuchende wissen, dass eine nicht-binäre Geschlechtsidentität einer Indikationsstellung nicht entgegensteht. Die Indikationsstellung jeweils explizit "unabhängig von Polarität bzw. Binarität der Geschlechtsidentität" zu empfehlen, ist deshalb von entscheidender Bedeutung für gute Behandlung.</p> <p>Zum Sondervotum DPG: Die fehlende Evidenz ist ein Defizit von Forschung und Studiendesigns, das von Forschenden vernachlässigt bzw. reproduziert wird. Es gibt keinen ersichtlichen Grund, die Folgen behandlungssuchenden Jugendlichen anzulasten. Zumal umgekehrt keine Belege dafür angeführt werden, dass die Behandlungswünsche nicht-binärer Jugendlicher weniger gefestigt sind als die ihrer Peers.</p>
				<p><i>Befassung:</i></p> <p><i>Kommentar zu S. 151-152:</i> Die Leitliniengruppe nimmt diesen zustimmenden Kommentar zur Kenntnis.</p> <p><i>Kommentar zu S. 153-171:</i> Die Leitliniengruppe nimmt diesen zustimmenden Kommentar zur Kenntnis, dem insofern entsprochen wird, als dass Jugendliche mit nicht-binärer Identität nicht grundsätzlich von Behandlungen ausgeschlossen werden.</p> <p><i>Kommentar zum Sondervotum DPG:</i> Die Leitliniengruppe nimmt diesen Kommentar zum Sondervotum zur Kenntnis.</p>
9.	N.N.	Bundesvereinigung Trans* (BVT*)	90	<i>Gab an einen Kommentar zu haben, entsprechendes Kommentarfeld war aber leer.</i>
10.	N.N.	Bundesvereinigung Trans* (BVT*)	145; 152; 153; 155; 169; 183; 184	<p>VII. K1. Wir begrüßen, dass die Indikationsstellung an die jeweilige persönliche Entwicklung und nicht an ein bestimmtes Alter geknüpft ist.</p> <p>VII. K4. Aus dem Beratungsalltag wissen wir, wie schwer es ist eine geeignete psychotherapeutische Begleitung zu finden. Wir begrüßen die Empfehlung, die den Start der Pubertätsblockade auch vor die psychotherapeutische Indikationsstellung setzen kann.</p> <p>VII.K5 Wir begrüßen die Offenheit nicht-binären Jugendlichen gegenüber. Im Beratungsalltag hören wir häufig davon, dass Jugendliche und auch Erwachsene Angst haben, ihren Psychotherapeut*innen von ihrer nicht-</p>

				<p>binären Identität zu erzählen.</p> <p>VII. K5. Die sexuelle Orientierung getrennt von der Geschlechtsdysphorie zu trennen halten wir für richtig und wichtig.</p> <p>VII. K6 Wir freuen uns, dass ein klarer frühestmöglicher Starttermin festgelegt wurde, der dennoch die unterschiede in der persönlichen Entwicklung mitdenkt.</p> <p>VII. K15. Wir begrüßen, dass nicht-binäre Identitäten hier mitgedacht wurden.</p> <p>VII. K25 Wir begrüßen, dass eine Brustentfernung bzw. -verkleinerung auch im Jugendalter eine Möglichkeit darstellt, die natürlich mit höchster Sorgfalt überprüft werden muss.</p> <p>VII. K26 Wir begrüßen, dass auch für nicht-binäre Personen eine Möglichkeit zur Indikationsstellung besteht.</p>
				<p><i>Befassung:</i></p> <p><i>Kommentar zu VII. K1.: Die Leitliniengruppe nimmt diesen zustimmenden Kommentar zur Kenntnis.</i></p> <p><i>Kommentar zu VII. K4.: Dieser zustimmende Kommentar relativiert sich durch die Änderung der Empfehlung und findet seinen Ausdruck im Sondervotum des BVT*.</i></p> <p><i>Kommentare zu VII. K5., 6., 15. & 25: Diese zustimmenden Kommentare werden von der Leitliniengruppe zur Kenntnis genommen.</i></p> <p><i>Kommentar zu VII. K 26.: Dieser zustimmende Kommentar wird durch die geänderte Empfehlung relativiert und findet seinen Ausdruck im Sondervotum des BVT*.</i></p>
11.	N.N.	Deutsche Gesellschaft für Sexualeforschung e.V. (DGfS)	151	<p>Die Empfehlung VII. K4. halte ich für problematisch. Ich erkenne das Grundproblem, dass bei Drohen irreversibler Körperveränderungen ein Zeitdruck entsteht aus der Sorge, dass dadurch Schwierigkeiten im Passing für den Jugendlichen in der erlebten Geschlechtsrolle entstehen und dies zu einem psychischen Leidensdruck führt. Ich sehe die Empfehlung vor allem im Versorgungsproblem begründet, dass eine psychosoziale Begleitung oft nicht zeitnah zur Verfügung steht. Diese initial jedoch zu umgehen, halte ich jedoch nicht für den richtigen Weg. Meiner Erfahrung nach habe viele Kinder- und Jugendliche und ihre Familien zu Beginn der psychosozialen Begleitung ein sehr binäres Geschlechtskonzept und recht stereotype Erwartungen an Körperlichkeit. Dies zu hinterfragen und ein Stück weit aufzuweichen sehe ich als Aufgabe</p>

				<p>der psychotherapeutischen Begleitung. Ein schnelles Handeln seitens somatisch behandelnder Ärzte halte ich hier für kontraproduktiv. Aufgrund der Versorgungsprobleme ist zudem oft keine zeitnahe KJP-Prozessbegleitung möglich, so dass es zu langen hormonellen Behandlungsverläufen vor Beginn einer psychosozialen Begleitung kommen könnte. Der psychosozialen Fachkraft hierbei dann die Aufgabe zukommen zu lassen, eine bereits bestehende Pubertätsblockade zu hinterfragen und ggf. wegnehmen zu sollen, führt zu einer schwierigen Dynamik. Etwas im Vorfeld als "nicht-indiziert" wahrzunehmen und dies mit den Kindern- und Jugendlichen auf Augen zu besprechen, ist oft schwer genug - das "Wegnehmen" einer Behandlung halte ich für ethisch-moralisch fast unmöglich. Es sollten stattdessen konzeptuell verankert werden, dass die bestehenden Anlaufstellen geschlechtsdysphorische Kinder- und Jugendliche entsprechend des bestehenden Zeitdruckes triagieren und somit zeitnah versorgen können. Zudem muss die Aus-, Fort- und Weiterbildung entsprechender Fachkräfte vorangetrieben werden.</p>
				<p><i>Befassung:</i></p> <p><i>Die Empfehlung VII. K4. wurde entsprechend dieses Kommentars geändert. Die Leitliniengruppe hat sich entschieden, eine Empfehlung zur Verbesserung der Versorgung zu geben und nicht die Empfehlung an einer Unterversorgung mit langen Wartezeiten auszurichten.</i></p>
12.	N.N.	SGKJPP	150, 152	<p>Die Evidenzlage in Bezug auf «Pubertätsblocker» und «Cross-Hormone» ist unzureichend. In Bezugnahme auf die Entscheidungen in England und eine kürzlich im deutschsprachigen Raum erschienene systematische Übersichtsarbeit, scheint die Konsensusformulierung die neueren Entwicklungen nicht zu berücksichtigen, was wir als problematisch erachten.</p> <p>VII. K3. + VII. K4.</p> <p>In der darauffolgenden Empfehlung (K4) wird auch die Möglichkeit geöffnet, eine derartige Behandlung auch ohne eine KJP-Implication zu beginnen.</p> <p>Hier im Gegensatz dazu die Konklusion der Verfasser der evidenzbasierten Übersichtsarbeit (Zepf et al., 2024): «Die Studienlage zur PB- und CSH-Gabe bei Minderjährigen mit GD ist weiterhin sehr begrenzt und basiert auf wenigen Studien mit unzureichender Methodik und Qualität. Aussagekräftige Langzeitstudien fehlen bisher. Die aktuelle Studienlage deutet derzeit nicht darauf hin, dass sich die GD im Speziellen und die psychische Gesundheit im Allgemeinen im Verlauf der weiteren Entwicklung nach Gabe von PB oder CSH bedeutsam verbessern.»</p> <p>Obwohl diese Publikation seit Februar 2024 online zugänglich ist, hat sie keinen Eingang in die Leitlinie gefunden. Dies sollte nachgeholt werden und die Frage der «Indikation», die in der Medizin ja gemeinhin aufgrund einer klaren Evidenz gestellt werden kann, sollte, auch vor dem Hintergrund des Verbots der PB in England aufgrund der Abwesenheit von Langzeitstudien und</p>

				schlichtweg fehlender Evidenz, überdacht werden.
				<p><i>Befassung:</i></p> <p><i>Kommentar zur Evidenzlage: Die Evidenzlage wurde erneut überprüft und es wurde auf die neueren Berichte z.B. aus England (in denen eine Zusammenfassung der aktuellen Evidenzlage enthalten ist) referenziert. Es wurde an mehreren Stellen nochmals deutlicher auf die unsichere Evidenz aufmerksam gemacht und klargestellt, dass aufgrund dieser unsicheren Evidenzlage in den Leitlinien keine generelle Behandlungsempfehlung gegeben werden kann, sondern die Indikation nur in sorgfältiger Einzelfallabwägung gestellt werden kann.</i></p> <p><i>Kommentar zu VII. K4.: Die Empfehlung VII. K4. wurde entsprechend dieses Kommentars geändert. Die Leitliniengruppe hat sich entschieden, eine Empfehlung zur Verbesserung der Versorgung zu geben und nicht die Empfehlung an einer Unterversorgung mit langen Wartezeiten auszurichten. Somit wird eine Behandlung ohne vorherige KJP-Abklärung nicht empfohlen.</i></p> <p><i>Da die Arbeit an der Leitlinie 2023 beendet wurde, konnten Übersichtsarbeiten aus dem Jahr 2024 noch nicht berücksichtigt werden. Dies wurde nachgeholt. Die zitierte Übersichtsarbeit von Zepf et al. kommt zu denselben Schlussfolgerungen wie der Nice-Bericht, welcher bereits in der Leitlinie enthalten war. Sämtliche Übersichtsarbeiten aus 2023 und 2024 sind nun aufgeführt sowie neuere, in den vorliegenden Übersichtsarbeiten noch nicht enthalten Studien. Die unsichere (Pubertätsblockade) bzw. moderate (Cross-Sex-Hormone) Evidenzlage wird klar dargestellt.</i></p>
13.	N.N.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik (DGKJP)	134	<p>Lücken in der Evidenzlage führen selbst in Fachkreisen zu stark unterschiedliche Bewertungen im outcome und Risiko von Pubertätsblockade, geschlechtsangleichender Hormongabe etc. (Zepf et al., 2024; Cass report Empfehlungen 2024), die deutlicher formuliert werden müssten (es sollte erwähnt werden, dass Fachkreise und ggf. andere Länder Hinweise aus bestehenden Studie noch nicht für ausreichend halten) und deshalb auch die Empfehlung gegeben werden sollte, dass derartige Maßnahmen immer in einem Studienkontext erfolgen sollten.</p> <p>Das würde (vergleichbar mit onkologischer klinischer Praxis und Forschung) helfen, die Informationslücken zu schließen (ohne RCTs, aber mit viel größeren und besseren Stichproben) und gleichzeitig verdeutlichen, dass wir mit den derzeitigen lückenhaften Informationen die bestmögliche klinische Lösung anstreben müssen, aber gleichzeitig weiter Informationen sammeln müssen, weil sichere Aussagen noch nicht möglich sind. Es würde zudem das Anliegen der Leitlinie vorantreiben, dass wir auch bei limitierter Evidenz im Sinne</p>

				individueller Patientinnen und Patienten Entscheidungen bereits jetzt treffen müssen und nicht bis zu einer vollständig sicheren Evidenzlage warten können.
				<p><i>Befassung:</i></p> <p><i>Zum einen wurde das Anliegen dieses Kommentars aufgenommen, indem auf die neuen Übersichtsarbeiten aus 2024 referenziert wird. Auf die unsichere Evidenzlage wird im Text sehr deutlich hingewiesen und es werden sämtliche Studien dargestellt, inklusive neuere, in den Übersichtsarbeiten noch nicht enthaltene Studien aus 2024.</i></p> <p><i>Zum anderen wurde dem Anliegen dieses Kommentars insofern entsprochen, als dass die Ermöglichung der Teilnahme an Studien neu als Empfehlung explizit enthalten ist. Eine Verpflichtung zur Teilnahme an Studien ist mit der Rechtslage in Deutschland unvereinbar.</i></p> <p><i>Indem die Teilnahme an Studien ausdrücklich empfohlen wird, damit die Evidenzlage verbessert werden kann, wird dem Anliegen des Kommentars ebenfalls Rechnung getragen.</i></p>
14.	N.N.	Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie	126, 127, 132, 133, 149, 154, 156	<p>S. 126: Bias: Die Durchführung kontrollierter klinischer Studien wird als ethisch praktisch nicht vertretbar eingestuft (genau hierauf wird es mutmaßlich wissenschaftlich betrachtet hinauslaufen müssen in Anbetracht der aktuellen Diskussion).</p> <p>Es fehle ein vertretbares evidenzbasiertes alternatives Behandlungsangebot. Hier wird indirekt suggeriert, dass die medizinischen Maßnahmen genau ein solches Angebot darstellen würden.</p> <p>S. 127: Insbesondere könne bei einer alleinigen Psychotherapie die GD nicht reduziert bzw. abgewendet werden. Psychotherapie könnte aber sehr wohl ein (verbessertes) Coping bzw. Umgang mit GD ermöglichen (siehe zB Psychotherapie bei Pädophilie und anderen per se nicht behebbaren Störungen).</p> <p>S. 132: Bias: Die Studie von Turban et al. 2020 wird nicht problematisiert. Die Studie hat so große methodische Probleme, dass sie nicht herangezogen werden sollte (siehe zB nicht zitierte Kritik an Turban et al von D'Angelo, R., Syrulnik, E., Ayad, S. et al. One Size Does Not Fit All: In Support of Psychotherapy for Gender Dysphoria. Arch Sex Behav 50, 7–16 (2021))</p> <p>S. 149 K1 Indikationsstellung der Pubertätsblockade; es fehlt die Stellungnahme, ob eine solche Behandlung überhaupt unter Abwägung von Risiken bzw Nebenwirkungen aktuell überhaupt und wenn ja unter welchen Bedingungen (zB nur im Rahmen einer klinischen Studie) erfolgen sollte. Die Begriffe hinreichende Erfahrung bzw. Spezialambulanzen sind kritisch zu hinterfragen. Für letztere gibt es meines Wissens keinerlei Definition bzw Qualitätsstandards.</p>

			<p>S. 154: VII K3 Ein Pubertätsblocker soll erst nach Beginn der Pubertät zum Einsatz kommen. Andererseits sollen die diagnostischen Kriterien der Geschlechtsinkongruenz im Jugend- und Erwachsenenalter erfüllt sein, die das Feststellen einer zeitlich überdauernden Inkongruenz voraussetzen. Wie ist der Beginn der Pubertät exakt festzuhalten und ab wann dürfte man dann therapieren? Zwar wird unter VII K6 spezifiziert, dass eine Behandlung vor Tannerstadium II nicht erfolgen soll. Aber wie lange sollte denn abgewartet werden um die zeitlich überdauernde Persistenz der Geschlechtsinkongruenz feststellen zu können? Der Abstand von Stadium II zu III kann recht kurz sein.</p> <p>S. 156: VII K4 hochproblematische Empfehlung zu raschem Einsatz von Pubertätsblockern ohne entsprechende Diagnostik – woher dieser Druck und warum diesem folgen? Mit dieser Empfehlung wird er indirekt auch noch erhöht – Patienten können sich auf diese Empfehlung berufen. Wenn es wirklich solche Situationen geben sollte, dann muss unser Fach dafür Sorge tragen, dass eine entsprechende Diagnostik akut zur Verfügung gestellt wird. Wir werden unserem Auftrag nicht gerecht, wenn wir aufgrund zu langer Wartezeiten es zulassen, dass eine solche einschneidende Therapie initiiert wird ohne entsprechende Diagnostik. Das gleiche einem Armutzeugnis. Die DGKJP müsste meines Erachtens darauf drängen, dass solche Jugendlichen in „Spezialzentren“ rasch einen Termin erhalten. Wenn das nicht möglich sein sollte, darf nicht trotzdem mit einer Therapie begonnen werden.</p>
			<p><i>Befassung:</i></p> <p><i>Kommentar zu S. 126: Die s2K Leitlinie ist konsensbasiert. Konsensbasierte Empfehlungen sind die übliche Grundlage von Leitlinien, in denen die Evidenzlage noch zu unsicher ist, um evidenzbasierte Empfehlungen zu geben. Randomisierte Studien zu Pubertätsblockade werden in allen vorliegenden Arbeiten und Übersichten nicht gefordert. Die Teilnahme an Studien wird in der Leitlinie neu noch ausdrücklicher empfohlen. Zur Vermeidung der Missverständlichkeit eines Bias wurde der Halbsatz es «fehle ein vertretbares evidenzbasiertes alternatives Behandlungsangebot» gestrichen. Hierdurch wird deutlich gemacht, dass die Empfehlungen der Leitlinie konsensbasiert erstellt wurden.</i></p> <p><i>Kommentar zu S. 127: Derr Halbsatz wurde wegen Missverständlichkeit entfernt. Das Anliegen ist im Psychotherapiekapitel aufgenommen.</i></p> <p><i>Kommentar zu S. 132: Das Anliegen des Kommentars wurde aufgenommen. Die Kritik von d’Angelo an der Studie wird im Text referenziert.</i></p> <p><i>Kommentar zu S. 149 VII. K1.: Auf die unsichere Evidenzlage wird deutlich hingewiesen. Eine Empfehlung hinsichtlich Studienteilnahme wurde aufgenommen.</i></p>

				<p><i>Kommentar zu S. 154: Bezüglich Pubertätsbeginn gibt es nachvollziehbare Pubertätsstadien nach Tanner. Die Pubertätsblockade kann ab Tanner 2 erwogen werden, wodurch das Stadium klar definiert ist (Brustgrösse, Hodengrösse usw.) Für die Indikationsstellung muss sowohl die körperliche Reife (T2) als auch das Kriterium einer dauerhaften Geschlechtsinkongruenz (nachvollziehbar aus der Lebensgeschichte) vorhanden sein, es handelt sich um «und»-Kriterien. Eine Pubertätsblockade kann auch zu einem späteren Zeitpunkt (T3 oder T4) erfolgen, wenn erst dann die anderen Kriterien erfüllt sind. Dies geht aus den Empfehlungen der Leitlinie und dem Text hervor.</i></p> <p><i>Kommentar zu S. 156: Die entsprechende Empfehlung wurde in der LL-Kommission ausführlich neu diskutiert und dahingehend revidiert, dass die Leitlinie in solchen Fällen empfiehlt, dass KJP-Versorgungsangebote aufgrund des Zeitdrucks und der Gefahr irreversibler schädlicher Folgen priorisiert vorgezogene Assesment-Termine zur Prüfung der Indikation anbieten sollten.</i></p>
15.	N.N.	Bundesvereinigung Trans* (BVT*)	152,	VII. K4. Diese Empfehlung ist sehr positiv hervorzuheben, da sie sich auf häufig vorkommende Situationen bezieht. Diese Regelung befürworten wir daher sehr zur Verbesserung der Versorgung. Hierdurch kann unnötiges Leid durch voranschreitende Entwicklung abgewendet werden.
				<p><i>Befassung</i></p> <p><i>Dieser zustimmende Kommentar relativiert sich, da die Empfehlung VII. K4. geändert wurde und findet seinen Ausdruck im Sondervotum des BVT*.</i></p>
16.	N.N.	Bundesvereinigung Trans* (BVT*)	152 & 153 & 184	<p>Anmerkung zu VII K4: Sehr positiv anzumerken. Blocker mit nachzureichenden Indikationsschreiben zu verschreiben ist eine wertvolle Verbesserung der Versorgungslage.</p> <p>Anmerkung zu VII K5: "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." ist positiv zu bestärken. Das Sondervotum der DPG ist nicht-binären trans* Personen ggü diskriminierend. Warum die sexuelle Orientierung überhaupt benannt wird, bleibt mir unklar - die Schuhgröße ist ja auch kein relevantes Merkmal.</p> <p>Anmerkung zu VII. K26. "Die Indikationsstellung für eine geschlechtsangleichende Mastektomie oder</p>

				<p>Brustverkleinerung sollte unabhängig von der Polarität bzw. Binarität der Geschlechtsidentität und unabhängig von der sexuellen Orientierung getroffen werden" ist positiv zu bestärken. Das Sondervotum der DPG ist nicht-binären trans* Personen ggü diskriminierend.</p> <p>Warum die sexuelle Orientierung überhaupt benannt wird, bleibt mir unklar - die Schuhgröße ist ja auch kein relevantes Merkmal.</p>
				<p><i>Befassung:</i></p> <p><i>Kommentar zu VII. K4.: Dieser zustimmende Kommentar relativiert sich, da die Empfehlung VII. K4. geändert wurde und findet seinen Ausdruck im Sondervotum des BVT*.</i></p> <p><i>Kommentar zu VII. K5.: Die Leitliniengruppe nimmt den ersten Teil dieses zustimmenden Kommentars zur Kenntnis.</i></p> <p><i>Kommentar zur Nennung der sexuellen Orientierung in VII.K5. & K26.: Die sexuelle Orientierung wird erwähnt um vorzubeugen, dass Indikationen in Fällen klarer Geschlechtsinkongruenz mit hohem Leidensdruck nicht gestellt werden aufgrund der Ansicht, dass eine homosexuelle Orientierung eine Transidentität ausschließt (aufgrund veralteter Konzepte, dass z.B. eine trans weibliche Person sexuell auf Männer orientiert sein müsste)</i></p> <p><i>Kommentare zu VII. K26.: Der zustimmende Kommentar relativiert sich, da die Empfehlung VII 26 geändert wurde, und findet seinen Ausdruck im Sondervotum des BVT*.</i></p> <p><i>Warum die sexuelle Orientierung Erwähnung findet, wurde oben bereits argumentiert.</i></p>

Kapitel VIII

Somatische Aspekte hormoneller Interventionen

– Gesammelte Kommentare nach Alphabet –

	Autor:in	Fachgesellschaft	Seitenbezug	Kommentar
1.	N.N.	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)	190	<i>Gab an einen Kommentar zu haben, entsprechendes Kommentarfeld war aber leer.</i>
2.	N.N.	Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG)	212	Die Studie von Nahala (2017) spricht m.E. dafür, dass trans Jugendliche das Kinderwunschthema (noch) nicht im Blick haben. Von 72 Jugendlichen wollten nur 2 eine Fertilitätsprotektion. Man kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht wissen, ob einige von Ihnen das später bedauern.
				<i>Befassung:</i> <i>Dies gilt für jede Entscheidung. Daher ist es umso wichtiger, ausführlich und ggf. wiederholt über die Fertilitätsprotektion aufzuklären und die Gründe für oder gegen eine Entscheidung zu dokumentieren. Diese Aussage ändert nichts am Vorgehen.</i>

3.	N.N.	Bundesvereinigung Trans* (BVT*)	55	<i>Gab an einen Kommentar zu haben, entsprechendes Kommentarfeld dann aber leer.</i>
4.	N.N.	Bundesvereinigung Trans* (BVT*)	205	VIII. K3. Im Beratungsalltag ist die Periodenblutung ein häufiges Thema. Wir freuen uns über diese klare Empfehlung in der Leitlinie.
				<i>Befassung:</i> <i>Der Kommentar wurde dankend zur Kenntnis genommen.</i>

Kapitel IX

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

– *Gesammelte Kommentare nach Alphabet* –

	Autor:in	Fachgesellschaft	Seitenbezug	Kommentar
1.	N. N.	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)	220	[erhöhte Prävalenz psychischer Erkrankungen] - Es sind Korrelationen, aber die Kausalität dahinter wird einfach postuliert. Mindestens ebenso plausibel wie die Annahme, dass die Umweltreaktion auf die Transidentität die Ursache für diese psychischen Störungen ist, ist diejenige, dass die Transidentität in vielen Fällen eine weitere Manifestationsform einer psychischen Instabilität ist. Der absolute Bezugsrahmen ist gesetzt und als gegeben hinzunehmen; die Frage nach seiner empirischen Grundierung wird nicht erörtert. Die auch in dieser Leitlinie zitierte A. G. Goldenring spricht (2013) von einer „ingeniösen Gewissheit transsexuellen Empfindens“, die „keiner Objektivierung durch Psychodiagnostik“ bedürfe, und sie stützt sich dabei auf ihre Erfahrung. Erfahrungen sind vielfältig. Das ist keine wissenschaftliche Grundlage.
				<i>Befassung:</i> <i>Die berichteten Studiendaten zur Prävalenz psychischer Gesundheitsprobleme wurden aus diesem gestrichen. Sie sind in Kapitel IV zu assoziierten psychischen Störungen referiert und werden dort mit der gebotenen Differenzierung erörtert. Hier sollen nur Studiendaten zu Diskriminierungserfahrungen referiert werden.</i>

2.	N. N.	Bundesvereinigung Trans* (BVT*)	231	IX K5. Wir begrüßen diese weitsichtige Empfehlung.
				<i>Keine Befassung erforderlich</i>

Kapitel X

Rechtliche Grundlagen und ethische Maßgaben für die Behandlung Minderjähriger mit Geschlechtsinkongruenz

– *Gesammelte Kommentare nach Alphabet* –

	Autor:in	Fachgesellschaft	Seitenbezug	Kommentar
1.	N. N.	Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG)	238	Die Einwilligungs- oder Urteilsfähigkeit Minderjähriger in dieser für ihr Leben so folgenreichen und komplexen Fragen ist anerkanntermaßen extrem schwierig zu beurteilen, was ja auch in den LL gesehen wird. Dass sie in dr Regel mit 15 Jahren gegeben ist, halte ich aus etwicklungspsychologischer Sicht für sehr unwahrscheinlich.
				<i>Befassung:</i> <i>In der Leitlinie wird nur die aktuelle Rechtslage wiedergegeben (übrigens auch eine Form von Evidenz – s.o.). Jurist*innen haben das wiederholt so festgestellt. Aus der Entwicklungspsychologie wird hier P. Alderson rezipiert, die vermutlich am intensivsten zu der Frage (mit konkretem Bezug auf die Medizin) geforscht hat und zahlreiche empirische Studien (s.o.) durchgeführt hat. Die Entwicklungspsychologie vertritt keinesfalls eine so einhellig restriktive Meinung wie oben angedeutet. Die Einschränkung „in der Regel“ besagt ohnehin, dass es sich nicht um eine absolute Grenze handelt („Orientierungswerte“). Wir betonen, dass es immer um eine Einzelfallentscheidung gehen muss.</i>

2.	N. N.	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)	238	<p>[„Kontroversen ... vordergründig über Argumente zur unsicheren Evidenz für diese Altersgruppe ausgetragen, berühren dabei aber im Kern ethische und rechtliche Fragen“]</p> <p>Auf diese Weise werden Fragen nach Evidenz unter Verweis auf ethische Fragen delegitimiert. Tatsächlich aber ist eine Ethik inakzeptabel, die ihre Postulate im Widerspruch zur Evidenz, zur systematisch geprüften Faktenlage, entwickelt.</p> <p>Im Text der Leitlinie kommt der Wortstamm „ethi*“ insgesamt 140 mal vor; der Wortstamm „empir*“ 31 mal. Die Mehrzahl der Treffer bei letzterem steht in einem negativem Zusammenhang („kein empirischer Beleg“, „durch empirische Evidenz bisher nicht zu untermauern“ o. ä.). Ethik ersetzt die Empirie.</p> <p>Insgesamt bleibt in der Gesamtdarstellung das Desiderat einer realistischen Perspektive, die allein eine sachgerechte Aufklärung ermöglicht. Die biologischen Tatsachen werden sich nicht nach den ethischen Regeln richten und sich nicht funktionell oder auch nur ästhetisch mit medizinischen Mitteln vollständig revidieren lassen. Es wird auch in Zukunft nicht möglich sein, mit einer Transidentität konfliktfrei und unauffällig zu leben – sofern das überhaupt angestrebt wird, was in manchen Fällen zweifelhaft scheint. Die Transformation der Gesellschaft nach den Vorstellungen von Gender Studies und Critical Studies (vgl. den Moralkodex der Guidelines for Psychological Practice, s. o.) ist eine Illusion, weil die theoretischen und faktischen Grundlagen dieser Ideologien defizitär sind.</p> <p>„Man kann nicht beides haben, Erkenntnis und Illusion. Oder besser: Man kann sie nicht widerspruchsfrei beide haben. Vielleicht lernt es die Menschheit noch, systematisch inkonsistent zu sein. Es werden ernsthafte Anstrengungen unternommen, genau dies zu erreichen.“</p> <p>- Ernest Gellner, Descartes & Co. Von der Vernunft und ihren Feinden, 1995</p>
				<p><i>Befassung:</i></p> <p><i>Die Behauptung, dass Fragen nach der Evidenz durch ethische Fragen delegitimiert werden sollen, scheint mir falsch zu sein. Es ist selbstverständlich, dass in einer AWMF Leitlinie die empirische Evidenz im Mittelpunkt steht. Dazu muss man nicht Wörter zählen bzw. das Wort Evidenz immer wieder schreiben. In diesem Kapitel wird aber zusätzlich auch auf die ethischen Aspekte hingewiesen. Fakten allein können jedenfalls therapeutisches Handeln nicht legitimieren.</i></p>

3.	N. N.	Bundesvereinigung Trans* (BVT*)	240-242	Ich möchte 3.2.1., dem 2. Absatz von 3.2.2. sowie dem letzten Satz von 3.2.3 besonders zustimmen. Die Einbeziehung - und soweit möglich - Entscheidung durch die Kinder und Jugendlichen selbst ist unerlässlich, wenn es um ihre Körper geht. Wenn das familiäre Umfeld nicht kooperativ (weil z.B. transfeindlich) ist, müssen alternative Lösungen gefunden werden, um den Kindern/Jugendlichen dringend notwendige Behandlungen/Maßnahmen zu ermöglichen.
				<p><i>Befassung:</i></p> <p><i>Der positive Kommentar wurde dankend zur Kenntnis genommen.</i></p>

Anhang G: Umfangreichere Kommentierungen im Rahmen der fachöffentlichen Kommentierungsphase (Autorenpapiere) und deren Erwidern durch die Leitlinienkommission

- Eine Autor*innengruppe von 15 Mitgliedern der DGKJP, unter der Erstautorenschaft von Prof. Dr. med. Florian Zepf (Jena) übersandte eine 111 Seiten umfassende Kommentierung Leitlinie (Erläuterung s. S. 27 des LL-Reports):

Zepf, Bachmann, Banaschewski et al.:

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

Auf Anfrage der Leitlinienkommission wurde die Zustimmung der Ko-Autor*innen nicht erteilt, diese Kommentierung zum Zwecke der Dokumentation der fachöffentlichen Kommentierungsphase als Anhangsdokument dieses LL-Reports zu veröffentlichen. Es wurde stattdessen auf folgenden Link des ZI Mannheim verweisen, über den das Kommentierungspapier zugänglich sei.

https://www.zi-mannheim.de/fileadmin/user_upload/downloads/forschung/KJP_downloads/Gemeinsame_Kommentierung_Leitlinienentwurf_S2k-240521.pdf

Die Erwidern der Steuerungsgruppe auf diese ausführliche Kommentierung findet sich im folgenden (S. 64ff)

- Der Mandatsträger DGDMP (vormals: DGSMTW) in der LL-Kommission, Dr. med. Alexander Korte (München) übersandte eine 10 Seiten umfassende Kommentierung der Leitlinie (s. Erläuterung S. 27 d. LL-Reports)

A. Korte: „Methodenkritische Kommentierung der S2k-Leitlinie“.

Auf Anfrage wurde vom Autor keine Zustimmung erteilt, diese Kommentierung zum Zwecke der Dokumentation der Kommentierungsphase mit dem Leitlinienreport zu veröffentlichen. Auf eine öffentliche Erwidern wird mit Verweis auf das der Erstellung der Leitlinie zugrundeliegende methodische AWMF-Regelwerk und die Prüfung durch die AWMF verzichtet.

S2k-Leitlinie

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

Erwiderung der Leitlinienkommission zur Kommentierung von Zepf, Bachmann, Banaschewski et al.

In der 111 Seiten umfassenden gemeinsamen Kommentierung von 14 Ko-Autor*innen wird grundlegende Kritik an der Entwurfsfassung der Leitlinie geübt. Diese Kritik wird im Folgenden zusammengefasst und diskutiert.

Dabei werden zunächst jene Kritikpunkte der Autor*innen der Kommentierung dargestellt, die wir in der finalen Leitlinie aufgegriffen haben. Daran anschließend setzen wir uns mit jener Kritik auseinander, die aus Sicht der Leitlinienkommission auf kritikwürdigen theoretischen Annahmen, wissenschaftlich überholten Positionen oder einer unzureichenden Differenzierung der klinischen Zielpopulation beruhen und die wir insofern zurückweisen.

I. Kritikpunkte, die in der finalen Leitlinie aufgegriffen wurden:

1. Die Autor*innen der Kommentierung weisen darauf hin, dass aktuelle relevante Veröffentlichungen aus dem Jahr 2024 im Leitlinienentwurf nicht rezipiert worden seien,^{17, 18, 19} darunter eine systematische Übersichtsarbeit aus 2024, an der einige Ko-Autoren der Kommentierung mitgewirkt haben.²⁰ Die genannten Publikationen sind überwiegend erst nach Fertigstellung der Entwurfsfassung der Leitlinie (LL) erschienen. Zudem wurden erst im April 2024 während der Konsultationsphase der LL der finale Cass Report für den NHS

¹⁷ Rawee, P., Rosmalen, J. G., Kalverdijk, L., & Burke, S. M. (2024). Development of Gender Non-Contentedness During Adolescence and Early Adulthood. *Archives of Sexual Behavior* 53:1813–1825
<https://doi.org/10.1007/s10508-024-02817-5>

¹⁸ Bachmann CJ, Golub Y, Holstiege J, Hoffmann F: (2024), Störungen der Geschlechtsidentität bei jungen Menschen in Deutschland: Häufigkeit und Trends 2013–2022 Eine Analyse bundesweiter Routinedaten. *Dtsch Arztebl Int* 2024; 121: 370–1. DOI: 10.3238/arztebl.m2024.0098

¹⁹ Ruuska, S. M., Tuisku, K., Holttinen, T., & Kaltiala, R. (2024). [All-cause and suicide mortalities among adolescents and young adults who contacted specialised gender identity services in Finland in 1996–2019: a register study \(bmj.com\)](#)

²⁰ Zepf, F. D., König, L., Kaiser, A., Ligges, C., Ligges, M., Roessner, V., ... & Holtmann, M. (2024). [Beyond NICE: Aktualisierte systematische Übersicht zur Evidenzlage der Pubertätsblockade und Hormongabe bei Minderjährigen mit Geschlechtsdysphorie \(hogrefe.com\)](#)

England sowie vier neue systematische Übersichtsarbeiten veröffentlicht^{21, 22, 23, 24}, die dem Cass Report maßgeblich zugrunde liegen.

Die LL-Kommission hat im Zuge der Überarbeitung der Leitlinie die Literaturrezeption umfassend aktualisiert und alle genannten Publikationen systematisch gesichtet und in ihrer Relevanz für die Empfehlungen der LL bewertet. Dabei wurden neue empirische Erkenntnisse insbesondere in den Kapiteln bzw. Abschnitten zu Epidemiologie (→ s. Kap. Einleitung), Entwicklungsverläufen (→ s. Kap. II) sowie assoziierter Psychopathologie (→ s. Kap. IV) berücksichtigt. Dies hatte einige wichtige Differenzierungen und Hervorhebungen zum Ergebnis. U.a. hebt die LL nun deutlicher hervor, dass ihre klinische Zielpopulation, d.h. Jugendliche, bei denen eine *persistierende Geschlechtsinkongruenz* fachgerecht diagnostiziert werden kann, nach aktueller Studienlage nur einen sehr kleinen Teil der Gruppe aller Jugendlicher ausmacht, die im Laufe ihrer Entwicklung „Gender-Unzufriedenheit“ äußern.

Grundlegende Positionierungen der Leitlinie mussten im Lichte der aktualisierten Literaturrezeption nicht korrigiert werden.

2. Ein zentrales Anliegen der Kommentierung ist, dass Minderjährige aufgrund ihrer Vulnerabilität vor weitreichenden medizinischen Behandlungsentscheidungen zu schützen seien, weil sie diese möglicherweise verfrüht treffen könnten und ggf. im Erwachsenenalter bereuen würden. Dieser wichtige Aspekt wird bereits in der Präambel des LL-Entwurfs hervorgehoben. Dem wird zudem durch Empfehlungen zu medizinisch-therapeutischer Sorgfalt bei individualisierten Indikationsentscheidungen sowie zu einer gründlichen ethischen Abwägung nach den Maßgaben des Dt. Ethikrates Rechnung getragen.

In der überarbeiteten Fassung hebt die LL diesen Schutzaspekt bei vorzunehmenden ethischen Abwägungen durchgehend noch deutlicher hervor.

3. Die Autor*innen der Kommentierung betonen die Sorge vor einer verfrühten Festlegung des Lebensweges junger Menschen durch körpermodifizierende medizinische Maßnahmen. Kinder hätten hingegen das „Recht auf eine offene Zukunft“, ein ethischer Grundsatz, der vom LL-Entwurf nicht hinreichend berücksichtigt werde.

In der überarbeiteten Fassung gehen wir auf das „Recht auf eine offene Zukunft“ ein und zeigen, inwiefern es keine klare Auslegung in Hinsicht auf eine konkrete therapeutische Haltung erlaubt.

²¹ Taylor J, Mitchell A, Hall R, *et al* (2024). Interventions to suppress puberty in adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood* Published Online First: 09 April 2024. doi: 10.1136/archdischild-2023-326669

²² Taylor J, Mitchell A, Hall R, *et al*. (2024). Masculinising and feminising hormone interventions for adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood* Published Online First: 09 April 2024. doi: 10.1136/archdischild-2023-326670

²³ Taylor J, Hall R, Heathcote C, *et al*. (2024). Clinical guidelines for children and adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review of guideline quality (part 1). *Archives of Disease in Childhood* Published Online First: 09 April 2024. doi: 10.1136/archdischild-2023-326499

²⁴ Taylor J, Hall R, Heathcote C, *et al*. (2024). Clinical guidelines for children and adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review of recommendations (part 2). *Archives of Disease in Childhood* Published Online First: 09 April 2024. doi: 10.1136/archdischild-2023-326500

II. Zusammenfassung zentraler Positionen der Kommentierung, die wir nicht teilen:

1. Eingangs wünschen sich die Autor*innen der Kommentierung einen Dialog zu offenen Fragen, die der LL-Entwurf aufwerfe, der innerhalb der DGKJP zu führen sei. Der Inhalt des Papiers spiegelt diesen Wunsch indes nicht wider. Im Gegenteil folgt eine umfassende Fundamentalkritik. Der Entwurf widerspreche „in einigen kritischen Punkten essentiellen wissenschaftlichen, berufsethischen wie auch psychotherapeutischen Grundprinzipien.“ (S. 95). Laut dem Fazit der Autoren_Innen der Kommentierung sei „dringend eine profunde und dokumentierte Aufarbeitung des hier stattgefundenen Leitlinienprozesses geboten, der zur Vorlage einer [sic] in weiten Teilen unwissenschaftlichen Leitlinienentwurf mit potentiell schädlichen und unumkehrbaren Auswirkungen für körperlich gesunde Minderjährige mit GD geführt“ habe (S. 101).
2. Die Autor*innen der Kommentierung vertreten die Auffassung, transgeschlechtliches Empfinden beruhe auf einem Irrtum betroffener Personen. So wird beispielhaft die subjektive Selbstzuschreibung einer trans-weiblichen Person, „*Ich wusste eigentlich schon immer, ich bin eine Frau*“ als „logisch falsch“ bezeichnet (S. 6). Der Versuch „der Artikulation des eigenen Identitätserlebens betroffener Kinder bzw. Jugendlicher“ wird als „Beweisfehler“ bezeichnet (S. 7). Die Selbstaussage einer einzelnen Person, wonach diese ihr biologisches Geschlecht („sex“) nicht in Übereinstimmung mit ihrer Geschlechtsidentität („Gender“) erlebe, sei eine „Fehlannahme“ (S. 9), wofür u.a. spreche, dass Transgeschlechtlichkeit so selten sei. Die Autor*innen der Kommentierung argumentieren hierzu unter der hypothetischen Schätzung einer „Prävalenz von 1:1.000“ wie folgt (S.9):

„Bei dem hier betreffenden Beispiel wären das biologische Geschlecht und auch die Geschlechtsidentität bei N = 999 Personen aus dieser Population kongruent und in Übereinstimmung. Somit besteht eine nahezu perfekte mathematische Korrelation mit einem r-Wert bzw. Korrelationskoeffizienten von 0.999 zwischen dem biologischen Geschlecht und der Geschlechtsidentität. Hier bei einem Korrelationskoeffizienten von $r = 0.999$ von einer Unabhängigkeit dieser beiden Bereichsebenen, also des biologischen Geschlechts und der Geschlechtsidentität zu sprechen, entbehrt jeder wissenschaftlichen Grundlage. Auf diese Widersprüchlichkeit sollte im aktuellen Leitlinienentwurf eindeutig hingewiesen werden. Ebenso müssen auch die Betroffenen und deren Angehörige unbedingt auf diesen wichtigen Aspekt hingewiesen werden.“

3. Zwar verneinen die Autor*innen explizit, sie würden reparative Therapieansätze im Sinne sog. Konversionstherapien vertreten, gleichwohl nehmen sie in ihrer Argumentation an mehreren Stellen explizit vergleichenden Bezug zu den Therapieprinzipien bei den Störungsbildern der Anorexia nervosa und der körperdysmorphen Störung. Bei diesen Störungsbildern entspricht es den Behandlungsstandards, den Wunsch von Patient*innen nach Anpassung des Körpers an deren inneres Erleben keinesfalls von ärztlicher Seite zu unterstützen, sondern stattdessen die dahinterliegende Psychopathologie zu behandeln mit dem Ziel, den betroffenen Menschen ein Leben ohne diese Störung zu ermöglichen. Es bleibt unklar, ob der Vergleich so zu verstehen ist, dass das Ziel sein sollte, Menschen mit Geschlechtsinkongruenz ein Leben ohne transgeschlechtliches Empfinden zu ermöglichen bzw. dieses zum Verschwinden zu bringen.
4. Der LL wird eine „einseitig trans-affirmative“ Grundhaltung zugeschrieben. Einem geäußerten transgeschlechtlichen Empfinden minderjähriger Personen werde aus Sicht der Autor*innen der Kommentierung in der LL fachlich mit der Annahme begegnet, dieses Erleben sei im Sinne einer festgelegten inneren Disposition unveränderbar. Dem halten die Autor*innen der Kommentierung entgegen, dass bei Minderjährigen grundsätzlich aus entwicklungspsychologischen Gründen von einer fluiden Veränderbarkeit eines solchen Erlebens auszugehen sei. Im LL-Entwurf werde dem Phänomen offen-fluiden Verläufe der Identitätsentwicklung im Jugendalter, welches ubiquitär sei, nicht angemessen Rechnung getragen. Die Autor*innen der Kommentierung begründen u.a. hiermit ihre ablehnende

Haltung gegenüber Empfehlungen für körpermodifizierende medizinische Eingriffe in einen biologisch gesunden Körper bei Minderjährigen, die sie an mehreren Stellen der Kommentierung ausführen (vgl. S. 66f., S. 91, S. 99). Aus Sicht der Autor*innen sei eine solche Empfehlung für eine Pubertätsblockade oder eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung bei Jugendlichen nur in sehr seltenen Einzelfällen „bei langjähriger GI-/GD-Symptomatik mit einem erheblichen Leidensdruck“ zu erwägen. (S. 103).

5. Wiederholt argumentieren die Autor*innen der Kommentierung in ihren Ausführungen damit, das biologische Geschlecht sei durch die Gametenanlagen binär determiniert. Dieses sei bei fast allen Menschen eindeutig definiert. Eine Uneindeutigkeit oder Abweichung von binärer Geschlechtlichkeit könne aus medizinischer Sicht nur in den Sonderfällen angenommen werden, bei denen es hierfür ein nachweisbares Korrelat auf der Ebene der somatischen Anlagen gebe. Das Postulat der Leitlinie, es gebe jenseits binärer Cis-Geschlechtlichkeit non-binäre Geschlechtsidentitäten, wird von den Autor*innen der Kommentierung in Frage gestellt. Hierzu führen die Autor*innen u.a. aus:

„... es gibt bei der Spezies Homo Sapiens nur zwei biologische Geschlechter, Zustände mit Intersexualität (mit oder ohne chromosomale Ursachen und mit oder ohne Unfruchtbarkeit) sind davon abzugrenzen. Die Binarität des Geschlechts bei der Spezies Homo Sapiens drückt sich wie bereits erläutert dadurch aus, indem es nur zwei Arten von Gameten beim Menschen gibt (Eizellen und Spermien). Die hier getroffenen Aussagen der Autor*innen des aktuellen Leitlinienentwurfs [zu nicht ausschließlich binärer Geschlechtlichkeit] stehen im Widerspruch zu biologischen und medizinischen Grundkenntnissen.“ (S. 46).

...

„Wie bereits ... dargestellt, es gibt bei der Spezies Homo Sapiens nur zwei biologische Geschlechter, Zustände mit Intersexualität (mit oder ohne chromosomale Ursachen und mit oder ohne Unfruchtbarkeit) sind davon abzugrenzen. Die Binarität des Geschlechts bei der Spezies Homo Sapiens drückt sich wie bereits erläutert dadurch aus, indem es nur zwei Arten von Gameten beim Menschen gibt (Eizellen und Spermien).“ (S. 47).

6. Für die in der LL vertretene grundsätzliche Anerkennung von Geschlechtervielfalt als Menge nichtpathologischer Normvarianten sei im Falle der Transgeschlechtlichkeit eine Analogie mit der Homosexualität „nicht korrekt“ (S.21) bzw. „irreführend“ (S.34). Als Begründung hierfür führen die Autor*innen an, dass

„eine nicht-heterosexuelle Orientierung i.d.R. nicht Gegenstand einer Diagnostik ist und auch keiner ggfs. irreversibler somatomedizinische [sic] Maßnahmen mit Veränderungen eines primär physiologisch gesunden Körpers bedarf oder danach verlangt wird.“ (S. 34).

7. Die Autor*innen der Kommentierung konstatieren eine Einseitigkeit der LL in puncto „Grundrecht auf Entfaltung der Persönlichkeit bei Minderjährigen“, die sie kritisieren. Hierzu sei komplementär das Recht und die Pflicht Sorgeberechtigter auf erzieherische Einflussnahme zu achten, was im LL-Entwurf keine hinreichende Berücksichtigung finde.

III. Zu den Kritikpunkten, die wir zurückweisen, im einzelnen:

III.1. Basale theoretische Fehlannahmen

Die Kritik, der Leitlinienentwurf widerspreche „essentiellen wissenschaftlichen, berufsethischen wie auch psychotherapeutischen Grundprinzipien“ und sei damit „unwissenschaftlich“, weisen wir zurück. Im Gegenteil basieren unseres Erachtens wesentliche Teile der Argumentation der Autor*innen der Kommentierung auf **vier - teils impliziten - meinungsbasierten Positionen, die wissenschaftlich nicht belegbar oder ethisch und rechtlich nicht begründet sind.**

Position 1: *Im Falle gender-nonkonformer Identitäten sind für medizinische Interventionen biologisch objektivierbare Faktoren handlungsleitend.*

Das subjektive Erleben einer Person ist ein essentieller Bestandteil unseres Verständnisses von menschlichem Leben und damit auch von Krankheit. Es ist in der Medizin regelhaft ausreichender Anlass für eine Behandlung. Doch selbst wenn man davon ausgeht, dass die „Natur des Menschen“ objektiv wissenschaftlich bestimmbar sei (was fragwürdig ist), ist die Annahme der Autor*innen der Kommentierung falsch. Schmerz, Depression und zahlreiche weitere psychische Phänomene werden beispielsweise behandelt, auch wenn deren Erleben kein objektiv bestimmbares physiologisches Korrelat hat. Dies ist bei Vorliegen einer Geschlechtsinkongruenz in gleicher Weise anzuerkennen.

Position 2: *Logische Herleitung hat Vorrang gegenüber dem subjektiven Erleben und kann subjektives Erleben falsifizieren.*

Hier handelt es sich um einen Kategorienfehler. Selbstaussagen können nicht durch Logik falsifiziert werden. Im Bereich des persönlichen Selbsterlebens gibt es grundsätzlich unverfügbare Wirklichkeitsbereiche, die nicht durch wissenschaftliche Methoden belegt oder widerlegt werden können. Die Autor*innen des Kommentierungspapiers mutmaßen, es gebe eine wissenschaftlich beweisbare Geschlechtsidentität als Teil der personalen Identität, die eine höhere Beweiskraft habe als die Selbstaussage eines Menschen. Für diese Annahme ist eine wissenschaftliche Grundlage nicht ersichtlich, sie ist philosophisch vereinfachend und in der Konsequenz für Betroffene persönlich verletzend, da diesen ihre Geschlechtsidentität abgesprochen wird. In der gleichen Logik ließe sich beispielsweise die Homosexualität eines Menschen als falsch begründen.

Position 3: *Wissenschaftliche Evidenz – und hier insbesondere Evidenz aus kontrollierten Studien – ist der alleinige Maßstab für handlungsleitende Empfehlungen in der evidenzbasierten Medizin.*

Hierzu hat der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer 2019 unter Federführung von Prof. Heyo Kroemer folgende unmissverständliche Stellungnahme abgegeben:

„Eine wissenschaftliche Medizin ist nicht mit einer evidenzbasierten Medizin identisch. Evidenzbasierte Medizin ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der evidenzbasierten Medizin bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestverfügbaren externen Evidenz aus systematischer Forschung. Evidenzbasierte Medizin stützt sich auf drei Säulen: die individuelle klinische Erfahrung, die Werte und Wünsche des Patienten und den aktuellen Stand der Forschung.“²⁵

Die LL bezieht in diesem Sinne sowohl die zur Verfügung stehende Evidenz aus Studien, als auch das vorhandene klinische Erfahrungswissen ein. Die Konsensbildung erfolgte streng nach den Regeln der AWMF. Zudem verweist die Leitlinie darauf, dass „nach einer aktuellen Metaanalyse ... 82% aller internationalen medizinischen Leitlinienempfehlungen für Off-Label-Behandlungen im Kindes- und Jugendalter [die in der Kinder- und Jugendmedizin häufig als *best practice* empfohlen werden] nach den Kriterien evidenzbasierter Medizin auf unsicherer bzw. sehr unsicherer Evidenz“ beruhen²⁶, d.h. „sie stützen sich weitgehend auf nicht-kontrollierte Kohortenstudien oder auf Expert*innenkonsens in Verbindung mit Studienergebnissen von klinischen Studien mit erwachsenen Patient*innen (S.210 der Leitlinie).“

Position 4: *In ethischer Hinsicht ist dem Schutz von Minderjährigen vor potentiell schädlichen Entscheidungen der Vorrang vor der Selbstbestimmung zu geben.*

Diese Auffassung ist aus rechtlicher und ethischer Sicht zurückzuweisen. Die U.N.-Kinderrechtskonvention betont, dass Kinder neben Schutzrechten auch Teilhaberechte haben. Auch in der deutschen Rechtsprechung ist klargestellt, dass Kinder und Jugendliche ein Recht auf Teilhabe und ggf. Selbstbestimmung haben. Dies betrifft insbesondere die – spezifisch geschützte – geschlechtliche Identität. Selbstbestimmungsfähigkeit ist nicht an ein bestimmtes Alter geknüpft. Es muss also dieser Aspekt immer zusätzlich zum Schutzaspekt berücksichtigt werden – auch wenn die Abwägung ggf. schwierig sein kann.

Das von den Autor*innen der Kommentierung einseitig priorisierte Schutzargument lässt in dieser Form zudem unbeachtet, dass bei Jugendlichen, bei denen eine Geschlechtsinkongruenz mit Geschlechtsdysphorie anhält, das Abwarten bis ins Erwachsenenalter wegen der Inkaufnahme einer irreversibel fortschreitenden Virilisierung oder Feminisierung des Körpers erwartbar mit einer dauerhaften Verschlimmerung des geschlechtsdysphorischen Leidenszustandes einhergeht. Für deren Verhinderung gibt es nach derzeitigem Erkenntnisstand keine wirksame Behandlungsalternative. Der Dt. Ethikrat hat für diesen Behandlungskontext daher explizit gefordert, dass bei Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie bei der vorzunehmenden individuellen Nutzen-

²⁵ [Bek BAEK Wissenschaftlichkeit Online \(bundesaerztekammer.de\)](https://www.bundesaerztekammer.de/BAEK/Wissenschaftlichkeit-Online)

²⁶ Meng, M., Zhou, Q., Lei, W., Tian, M., Wang, P., Liu, Y., ... & Li, Q. (2022). Recommendations on off-label drug use in pediatric guidelines. *Frontiers in Pharmacology*, 13, 892574.

Risiko-Abwägung zu medizinischen Maßnahmen auch „die Folgen berücksichtigt werden“ müssen, „die durch das Unterlassen von Maßnahmen drohen.“²⁷

Insbesondere das von den Autor*innen der Kommentierung postulierte „Recht des Kindes auf eine offene Zukunft“ würde bei Jugendlichen, die an einer persistierenden Geschlechtsdysphorie leiden, missachtet, wenn regelhaft empfohlen würde, die irreversiblen Körperveränderungen der pubertären Reifung bis ins junge Erwachsenenalter laufen zu lassen, z.B. bei einer trans-weiblichen jugendlichen Person einen männlichen Stimmwechsel, die Ausbildung breiter Schultern und kantiger Gesichtszüge

III.2. Wissenschaftlich überholte fachliche Positionen

Teilweise abgeleitet von den obigen meinungsbasierten Grundpositionen basiert die weitere Argumentation der Autor*innen der Kommentierung u.a. auf zwei weiteren fachlichen Positionen, die im Lichte des internationalen medizinisch-wissenschaftlichen Diskurses aus Sicht der Leitlinienkommission als überholt gelten. Sie sind deshalb bei der Neufassung einer medizinischen Leitlinie nicht zu berücksichtigen.

Position 5: *Transgeschlechtlichkeit beruhe als subjektive Selbstinterpretation auf einer irrtümlichen Fehlannahme der jeweiligen Person.*

Diese Annahme ist mit dem *WMA Statement on Transgender People* ([WMA Statement on Transgender People – WMA – The World Medical Association](#)) und der ICD-11 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nicht vereinbar. Darin hat die WHO die „geschlechtsidentitätsbezogene Gesundheit neu definiert“ und dabei auf Basis des anerkannten wissenschaftlichen Erkenntnisstandes festgestellt, dass „transgeschlechtliche und gender-nonkonforme Identitäten keine Erscheinungsformen einer psychischen Erkrankung sind.“²⁸ Dies ist entsprechend jeder aktuellen medizinischen Leitlinie zugrunde zu legen, wie dies auch in der S3-Leitlinie der AWMF für das Erwachsenenalter²⁹ bereits umgesetzt wurde.

Im Fazit der Leitlinienkommission ist demnach aus medizinischer, biologischer und sexualwissenschaftlicher Perspektive lediglich das Körpergeschlecht eines Menschen (sex) eine am Körper feststellbare und in den meisten Fällen zu bestimmende unveränderbare Realität. Die Geschlechtsidentität (gender identity) korrespondiert nicht immer mit diesem Körpergeschlecht (sex). Sie ist deshalb als für sich stehendes Faktum zu berücksichtigen, welches u.a. auch durch die einschlägige Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts anerkannt ist.³⁰

²⁷ [ad-hoc-empfehlung-trans-identitaet.pdf \(ethikrat.org\)](#)

²⁸ [Gender incongruence and transgender health in the ICD \(who.int\)](#)

²⁹ AWMF (2018). *Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: Diagnostik, Beratung, Behandlung*. Registriernummer 138-001. HYPERLINK "<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/138-001>" <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/138-001>

³⁰ Vgl. BVerfG vom 28.5.2008, Rz. 38 und BVerfG vom 11.1.2011 Rz. 51; dort wird u.a. ausgeführt: „Steht bei einem Transsexuellen das eigene Geschlechtsempfinden nachhaltig in Widerspruch zu dem ihm rechtlich nach den äußeren Geschlechtsmerkmalen zugeordneten Geschlecht, gebieten es die Menschenwürde in Verbindung mit dem Grundrecht auf Schutz der Persönlichkeit, dem Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen Rechnung zu tragen und seine selbstempfundene geschlechtliche Identität rechtlich anzuerkennen, um ihm damit zu ermöglichen, entsprechend dem empfundenen Geschlecht leben zu können, ohne in seiner Intimsphäre durch den Widerspruch zwischen seinem dem empfundenen Geschlecht angepassten Äußeren und seiner rechtlichen Behandlung bloßgestellt zu werden.“

Position 6: *Eine uneindeutige bzw. non-binäre Geschlechtsidentität könne ohne nachgewiesenes somatisches Korrelat aus dem Spektrum der Intersexualität nicht als solche medizinisch anerkannt werden.*

Diese Aussage ist mit dem weltweit anerkannten Expert*innenkonsens nicht vereinbar. Denn sie widerspricht sowohl den o.g. Konzeptualisierungen der ICD-11, als auch des DSM-5³¹. In beiden international etablierten Diagnosesystemen sind non-binäre Geschlechtsidentitäten explizit als Teil des Spektrums gender-nonkonformer Identitäten aufgenommen, woran sich jede neue medizinische Leitlinie zu orientieren hat.

III.3 Unzureichende Differenzierung zur Varianz der klinischen Zielpopulation

Des Weiteren zeichnet die folgende theoriegeleitete Annahme der Autor*innen der Kommentierung ein nicht hinreichend differenziertes Bild der klinischen Zielpopulation der Leitlinie.

Position 7: *Eine non-konforme Geschlechtsidentität einer Person sei über das gesamte Jugendalter grundsätzlich noch als veränderbar anzusehen, weswegen im Jugendalter keine dauerhaft persistierende Geschlechtsinkongruenz diagnostiziert werden könne.*

In der Argumentation der Autor*innen der Kommentierung zur grundsätzlichen Verlaufsoffenheit der Geschlechtsidentität im Jugendalter fällt auf, dass nicht differenziert wird zwischen einer vagen „Gender-Unzufriedenheit“ im Jugendalter, die unbestritten ein nicht seltenes Phänomen ist³², und einer fachgerecht gestellten Diagnose einer dauerhaft anhaltenden (persistierenden) Geschlechtsinkongruenz, die aus einem mehrjährigen dokumentierten Entwicklungsverlauf abzuleiten ist.

In ihrer Absolutheit entspricht die Annahme der Autor*innen der Kommentierung deshalb nicht dem Stand der Wissenschaft. Wie in der LL ausgeführt, sind aus der Studienlage und der klinischen Beobachtung Entwicklungsverläufe mit dauerhaft persistierender Geschlechtsinkongruenz bereits bei jüngeren Jugendlichen belegt. Diese müssen von ebenfalls möglichen Verläufen mit fluider Entwicklung im Jugendalter, die einer längeren verlaufsoffenen Prozessbegleitung bedürfen, differenziert werden, bevor ggf. eine persistierende Geschlechtsinkongruenz diagnostiziert werden kann. Hierfür beschreibt die Leitlinie eingehend empfohlene Regeln professioneller Sorgfalt.

(https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2011/01/rs20110111_1bvr329507.html, Absatz 56).

³¹ American Psychiatric Association. (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®: Deutsche Ausgabe* Hogrefe

³² Rawee, P., Rosmalen, J. G., Kalverdijk, L., & Burke, S. M. (2024). Development of Gender Non-Contentedness During Adolescence and Early Adulthood. *Archives of Sexual Behavior*, 53(5), 1813-1825.

IV. Fazit:

Wie in ihrer Präambel dargelegt, geht die LL von den in der Fachwelt weithin anerkannten theoretischen Grundannahmen sowie einschlägig anerkannten ethischen und rechtlichen Grundsätzen der Behandlung von Minderjährigen aus:

- Nach ICD-11 und in Übereinstimmung mit allen aktuellen Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften zur Thematik ist die Geschlechtsinkongruenz als eine per se nicht-pathologische Normvariante zu verstehen.
- „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.“ (aus Präambel, Punkt 6)
- Entsprechend den Empfehlungen des Deutschen Ethikrates wird in der aktuellen LL davon ausgegangen, dass patient*innengerechte medizinische Behandlungsentscheidungen *eine individuelle Nutzen-Schaden-Abwägung* erfordern, insbesondere wenn es um Eingriffe in einen biologisch gesunden Körper geht. Diese Abwägung muss neben dem erwarteten Nutzen sowohl die möglichen gesundheitlichen Folgerisiken einer von Betroffenen im Nachhinein bereuten Behandlung berücksichtigen, als auch die Gesundheitsrisiken, die aus einer Nicht-Behandlung resultieren können.
- Wegen der notwendigen individuellen Abwägung bezüglich der langfristig irreversiblen Folgen sowohl eines medizinischen Handelns als auch eines Nicht-Handelns wird in der LL betont, dass eine sorgsame ethische Abwägung vorzunehmen ist zwischen Aspekten des Schutzes Minderjähriger vor potentiell verfrühten Entscheidungen einerseits und der Selbstbestimmung über die eigene Identität und den eigenen Körper andererseits. Im Einklang mit den rechtlichen Regelungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz ist dabei das ethische Prinzip der Selbstbestimmung auch schon vor dem 18. Lebensjahr als ein geschütztes Rechtsgut anzusehen.

Grundlegende inhaltlichen Positionen des Kommentierungspapiers basieren auf kritikwürdigen theoretischen Annahmen, wissenschaftlich überholten Positionen oder einer unzureichenden Differenzierung der klinischen Zielpopulation der Leitlinie. Die Kritik, der Leitlinienentwurf widerspreche „in einigen kritischen Punkten essentiellen wissenschaftlichen, berufsethischen wie auch psychotherapeutischen Grundprinzipien“ und sei „unwissenschaftlich“, weisen wir deshalb zurück.

Erstellt von der Steuerungsgruppe nach eingehender Diskussion in der Arbeitssitzung am 26.6.24

Redaktionell überarbeitet im Januar 2025

Versionsnummer: 6.0

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