

Dossier Geschlechtsdysphorie im Jugendalter

Dr.ⁱⁿ Bettina Reiter

Jänner 2024



EUROPÄISCHE GESELLSCHAFT FÜR
GESCHLECHTERGERECHTIGKEIT
ÖSTERREICH

Eine Sammlung des derzeitigen Wissensstandes

Wissenschaftliche und gesundheitspolitische Desiderata für Österreich

Trans Trend bei Jugendlichen

Geschlechtsdysphorie im Jugendalter

ROGD (Rapid-Onset Gender Dysphoria)

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
1 Was ist Geschlechtsdysphorie?	5
2 Medizinische Terminologie	6
3 Geschlechtsdysphorie bei Jugendlichen – „Trans-Trend“	7
3.1 Zum Anstieg – Hypothese 1	8
3.2 Zum Anstieg – Hypothese 2	8
4 ROGD – Rapid-Onset Gender Dysphoria	9
4.1 Was ist ROGD?	9
4.2 Was sind die Gründe für ROGD	10
4.3 Bestätigung für das ROGD-Modell	12
4.4 Kritik am Konzept ROGD.....	13
5 Gender Affirming Medicine (GAM)	14
6 Die Evidenz	16
6.1 Einleitung – evidenzbasierte Medizin	15
6.2 Die Evidenz für Gender Affirming Medicine.....	17
7 Die medizinischen Behandlungsschritte der Geschlechtsdysphorie	18
7.1 Pubertätsblocker.....	18
7.1.1 Nebeneffekte der Pubertätsblockade	20
7.1.2 Ablauf und Wirkung der Pubertätsblockade	21
7.2 Gegengeschlechtliche Hormone	22
7.3 Chirurgische Eingriffe	24
8 Mythen und Fakten rund um Geschlechtsdysphorie und GAM	25
8.1 Die Suizidrate	25
8.2 Nur 1 Prozent „regret“	26
8.3 Marginalisierung, Diskriminierung und Gewalt	27
8.4 Detransition – was wir wirklich nicht wissen	27
8.5 Pubertätsblocker sind reversibel	29
9 Österreich	30
9.1 Zahlen und Statistik	32
9.2 Desiderata für Österreich	36
Anhang.....	37

Einleitung

Die Ideologie der Geschlechtsidentität - "Gender Identity Ideology"

Sämtlichen medizinischen und psychologischen Maßnahmen, die in der Folge dargestellt und diskutiert werden, liegen Auffassungen über das Wesen von Geschlechtlichkeit zugrunde, die sich als Amalgam von "Gender Identity Theory" und "Queer Theory" beschreiben lassen. Die hier "Ideologie" genannte Vermischung präsentiert sich als die Idee, dass Geschlechtsidentität ein angeborener, subjektiver und fluider Zustand ist, der nur vom Individuum selbst festgestellt werden kann. Die Grundzüge dieser in der westlichen Hemisphäre der Welt sehr wirkmächtig gewordenen Ideologie seien hier sehr kurz angeführt.

Die wichtigste Grundannahme ist, dass das Geschlecht des Menschen weder binär noch unveränderlich ist und dass die biologischen Kategorien männlich und weiblich sich gegenseitig nicht ausschließen, sondern stattdessen in einem Spektrum existieren. Manchmal ist in dieser Vorstellung die Geschlechtsidentität mit dem biologischen Geschlecht gleichgesetzt, manchmal wiederum erscheint sie als etwas Außerkörperliches, das z.B. religiöse Menschen unter dem Begriff Seele fassen. Im Kern vertritt die Gender Identity Ideologie, dass der Idee, "im falschen Körper" geboren zu sein, materielle Realität zukommt und nicht, dass dies eine Metapher für einen subjektiven Zustand ist; dass man tatsächlich und faktisch im falschen Körper geboren sein kann und diesen als fehlerhaft konzipierten biologischen Zustand mit Hormonen und Chirurgie korrigieren kann. In diesem Konzept ist der Körper nicht das unsere Existenz begründende und bedingende Faktum als männliche oder weibliche Wesen ("die Anatomie ist dein Schicksal", S. Freud). Hier spielt unser inneres, subjektives Gefühl die Hauptrolle bei der Bestimmung, ob wir uns weiblich oder männlich fühlen (oder non-binary, gender-fluid, etc.).

Das vorliegende Dossier nimmt dagegen einen streng sozialmedizinisch und psychiatrisch informierten Standpunkt ein.

Das Ziel ist, die derzeit vorliegenden Erkenntnisse zum medizinischen Umgang mit Geschlechtsdysphorie bei Kindern und Jugendlichen übersichtlich und nachvollziehbar zusammenzustellen.

Dies ist angesichts der dramatisch steigenden Zahlen von "Geschlechtsdysphorie" bei vor allem jungen Mädchen und Frauen in ganz Europa, so auch in Österreich, von gesundheits- und gesellschaftspolitischer Dringlichkeit.

1 Was ist Geschlechtsdysphorie?

Dysphorie ist ein aus dem Griechischen entlehnter Ausdruck, mit dem in der Medizin ein emotionaler Leidenszustand benannt wird (das Gegenteil ist „Euphorie“). Mit Geschlechtsdysphorie wird ein Zustand gefasst, bei dem das biologische Geschlecht (engl.: sex) der betroffenen Person Anlass für das Leiden ist und ein anhaltendes Unbehagen im eigenen Körper erlebt wird. Dieses innere Gefühl gegenüber sich selbst und dem eigenen Körper kann klinisch gesehen von einem einfachen Unbehagen bis zu schweren Dysfunktionalitäten reichen.

Geschlechtsdysphorie (früher Transsexualismus genannt, s.u. „Terminologie“) bezeichnet eine ganze Reihe verschiedener Befindlichkeiten.

Bis vor ca. 10-15 Jahren waren davon mehr oder weniger ausschließlich männliche Individuen betroffen, die bereits ab frühester Kindheit die Empfindung hatten, eigentlich ein Mädchen zu sein. Viele sind im Zuge der Pubertät und Adoleszenz aus diesen dysphorischen Empfindungen „herausgewachsen“ und in einer homosexuellen Orientierung ihrer Sexualität angekommen. Einige Männer (etwa 0.01 %, also ca. jeder 10.000 Mann) jedoch erleben ihre Geschlechtsdysphorie so stark, dass sie körpermodifizierende medizinische Maßnahmen anstreben, um sich dem weiblichen Wunschgeschlecht möglichst anzugleichen.

Eine zweite Gruppe besteht aus erwachsenen Männern, oft in ihren 40er bis 60er Jahren, die ihre Geschlechtsdysphorie ausleben/erleben wollen und sich - meist ohne medizinische und insbesondere ohne chirurgische Maßnahmen - als Frauen definieren, kleiden und benennen. In dieser Gruppe finden sich sowohl Transvestiten¹ als auch Männer mit Autogynephilie². Während Transvestiten in ihrer sexuellen Orientierung homo-, bi- oder heterosexuell sein können, sind autogynephile Männer in der Regel heterosexuell orientiert.

Geschlechtsdysphorie bei Frauen ist weniger komplex in den Ausgangssituationen - Paraphilien fallen hier nahezu zu 100 % aus. Häufig handelt es sich um lesbisch orientierte Frauen, die ihre Identität und ihr Lebensgefühl (und damit auch ihr sexuelles Erleben) in einer männlicheren Ausdruckweise finden und festigen und ihre äußere Erscheinung entsprechend angleichen wollen.

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen mit Geschlechtsdysphorie bestehen die medizinischen Eingriffe aus Hormonbehandlungen (gegengeschlechtliche Hormone) und meist

¹ wie z.B. auch Drag Queens

² Die Paraphilie A. wurde erstmals von Ray Blanchard beschrieben: R. Blanchard: *The concept of autogynephilia and the typology of male gender dysphoria*. In: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Band 177, Nummer 10, Oktober 1989, S. 616–623

Operationen: Mastektomien, Hysterektomie, Vaginektomie und Penoidaufbau bei Frauen; Brustimplantate, Orchiektomie, Penektomie und Neovagina bei Männern.

Seit ca. 10 Jahren allerdings gibt es eine neue Gruppe, und zwar Jugendliche, die plötzlich eine Geschlechtsdysphorie entwickeln, sich im „falschen Körper“ erleben und eine Transition anstreben. Zu mehr als 80 % handelt es sich dabei um Mädchen. Für diese Gruppe wurde die Bezeichnung „Rapid-Onset Gender Dysphoria“ geprägt.

Mit dieser Gruppe befasst sich dieses Dossier.

2 Medizinische Terminologie

Die medizinischen Bezeichnungen für Geschlechtsdysphorie haben sich im Laufe der Zeit geändert. Die Änderungen in der Nomenklatur reflektieren gesellschaftliche Veränderungen.

Maßgeblich für die Einteilung von Krankheiten ist die „International Classification of Diseases“ (ICD - von der WHO herausgegebene internationale Diagnose-Richtlinie), die periodisch einem Konsensusprozess (Fachleute in einem Fach beraten über den derzeitigen Stand des Wissens und einigen sich auf Anpassungen und Veränderungen) unterworfen wird.

1978 findet sich „Transsexualismus“ in der Gruppe der „sexuellen Aberrationen (Abweichungen und Störungen)“.

1992 hatte sich die Auffassung geändert: Jetzt wurde eine Gruppe von „Störungen der Geschlechtsidentität“ eingeführt, in der sich „Transsexualismus“, „Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen“ und die „Störung der Geschlechtsidentität im Kindesalter“ fanden.

Demgegenüber hielt die Ausgabe von 1992 fest, dass es sich bei „Geschlechts-Identitätsstörungen“ mit Beginn in der Pubertät um eine eigene Diagnoseeinheit handelt, die als „Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung“ beschrieben wurde.

Die neueste Ausgabe, 2022, die seit 1.1.2024 verbindlich ist, sieht die Störungen der Geschlechtsidentität nicht mehr als psychiatrische Erkrankungen und Leidenszustände. Sie werden jetzt in einer neuen Gruppe „Zustände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit“ behandelt, als „Transgender“ zusammengefasst und durch die generelle Bezeichnung „Geschlechtsinkongruenz“ weitgehend entpathologisiert: „Geschlechtsinkongruenz ist durch eine ausgeprägte und anhaltende Inkongruenz zwischen dem empfundenen Geschlecht und

dem zugewiesenen Geschlecht gekennzeichnet.“³

Das wird folglich im Kodiersystem des ICD-11 abgebildet.⁴

Geschlechtsdysphorie ist also die Bezeichnung für das subjektive Erleben der betroffenen Person, egal welchen Alters. Die medizinische Sichtweise auf dieses Phänomen ist ab jetzt, 2024, als „Geschlechtsinkongruenz“ in der neu geschaffenen Kategorie „Sexuelle Gesundheit“ des ICD-11 (WHO) eingeordnet.

3 Geschlechtsdysphorie bei Jugendlichen – „Trans Trend“

Seit etwa 10 Jahren (beginnend mit 2013-14) gibt es einen sprunghaften Anstieg bei Kindern (bis 12 Jahren) und Jugendlichen (12 bis 25 Jahre), die sich als geschlechtsdysphorisch erleben und sich mit dieser Selbstwahrnehmung an ihr familiäres, schulisches, berufliches und sonstiges soziales Umfeld und auch an die medizinischen Dienste und Beratungsstellen wenden.

Alle Untersuchungen stellen Steigerungsraten dieses Phänomens von mehreren 1000 % in den letzten 7-8 Jahren fest. Aus Österreich liegen unseres Wissens nach keine Zahlen vor.⁵

Es gibt eine Schätzung des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger von 2019 für den Zeitraum bis 2017, der aber nicht gesondert auf Kinder und Jugendliche Bedacht nimmt – s. im Abschnitt zu Österreich.

Während bis vor ca. 10 Jahren vor allem Buben in den spezialisierten medizinischen Diensten vorstellig wurden, die sich schon immer, seit frühester Kindheit, nicht mit ihrem Körper identifizieren konnten und damit dem schon lang bekannten Muster von Geschlechtsdysphorie nach dem Typus der Transsexualität entsprachen, sind es seither vor allem junge Mädchen und Frauen, die in die Sprechstunden kommen und sich eine Veränderung ihrer körperlichen Merkmale wünschen.⁶

³ Dass das Geschlecht des Neugeborenen von den anwesenden erwachsenen Personen zugewiesen (und nicht beobachtet) wird, ist eine der Kernformeln der Geschlechts-Identitäts-Ideologie, die damit vorgibt, es handle sich beim Geschlecht um eine exklusiv soziale Konstruktion. Diese Formel hat - wie der zitierte Abschnitt des WHO Dokuments zeigt - eine große Resonanz in relevanten gesellschaftlichen Feldern erlangt.

⁴ [https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/ node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/node.html)

⁵ Es gibt einige indirekte Hinweise, die ähnliche Entwicklungen für Österreich vermuten lassen. Näheres dazu im Abschnitt „Österreich“

⁶ “In both clinics (Toronto and Amsterdam. B.R.), there was a significant change in the sex ratio of referred adolescents between the two cohort periods: between 2006 and 2013, the sex ratio favored natal females, but in the prior years, the sex ratio favored natal males.” <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25612159/>

“In childhood, the sex ratio continues to favour birth-assigned males, but in adolescents, there has been a recent inversion in the sex ratio from one favouring birth-assigned males to one favouring birth-assigned females.”⁷

Dieses unbestrittene Phänomen⁸ trifft auf verschiedene, sehr kontroverse Erklärungsansätze (Hypothesen).

3.1 Zum Anstieg – Hypothese 1

„Es gibt objektiv gar keinen Anstieg von geschlechtsdysphorischen Jugendlichen, sie werden nur inzwischen wahrgenommen.“

Diese Entwicklung wird der gesellschaftlichen Entstigmatisierung von Transpersonen zugeschrieben. Der Anstieg dieses Zustandsbildes wird mit dem zunehmend permissiven, “achtsamen” und liberalen gesellschaftlichen Klima begründet und mit dem dadurch abnehmenden “Minority Stress” (den Belastungen, die sich sozial und gesellschaftlich für das Individuum ergeben, wenn es zu einer marginalisierten Minderheit gehört). Erst jetzt erfahren geschlechtsdysphorische Kinder und Jugendliche die Aufmerksamkeit und Betreuung, die sie brauchen – so die Hypothese.

Die Befürworter dieser Hypothese begrüßen die Zunahme an Zuweisungen zu Gender-Kliniken, da die Kinder und Jugendlichen dort die Behandlung bekommen, die sie brauchen, anstatt im gesellschaftlichen Schweigen zu leiden (vgl. z.B. Turban & Ehrensaft, 2018⁹). Anhänger dieser Hypothese 1 befürworten in der Regel auch die als Gender Affirming Medicine (GAM) zusammengefassten medizinischen Maßnahmen.

3.2 Zum Anstieg – Hypothese 2

Der extrem starke Anstieg von geschlechtsdysphorischen Jugendlichen, insbesondere Mädchen, der letzten ca. 10 Jahre erfordert eine Erklärung. Die Zahl ist zu groß und das Phänomen zu plötzlich, um es mit dem Konzept des abnehmenden “Minority Stress” und einem liberaleren gesellschaftlichen Umfeld zu erklären, wie dies Hypothese 1 tut.

⁷ <https://www.publish.csiro.au/sh/SH17067>

⁸ Einen guten Überblick bietet: <https://statsforgender.org>
Ergebnisse für einzelne Länder:
UK: <https://gids.nhs.uk/about-us/number-of-referrals/>
Neuseeland: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29346355/>
Finnland: <https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13034-015-0042-y>

⁹ <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpp.12833>

Die Hypothese 2 ist mit dem Konzept von ROGD verknüpft, eine neuere und kontroverielle Idee zur Erklärung dieser Entwicklung. Sie besagt, dass gemeinsame Ansichten („common cultural beliefs“), Werte und Präokkupationen einige Jugendliche (vor allem Mädchen in der Pubertät und auch junge Frauen) dazu veranlassen, ihre sozialen und psychischen Probleme einer „Geschlechtsdysphorie“ zuzuschreiben. Das bedeutet, dass Jugendliche mit ROGD annehmen, sie seien transgender und dass nur eine soziale und medizinische Transition ihre Probleme lösen kann.

Der steile Anstieg solcher Auffassungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen hat zu einer ROGD-Epidemie in den letzten Jahren geführt. So meinen etwa die Autoren des jüngsten Papers zu ROGD: „Der Anstieg der Zuweisungen für jugendliche Geschlechtsdysphorie ist so neu, dass sich für keine der beiden Hypothesen in der Mainstream Forschung viel Unterstützung findet. Das ist für alle klinischen Phänomene in den frühen Stadien verständlich, besonders natürlich bei einem Phänomen, das so kontrovers ist wie Geschlechtsdysphorie.“¹⁰

4 ROGD – Rapid-Onset Gender Dysphoria

4.1 Was ist ROGD?

Rapid-Onset Gender Dysphoria bedeutet „plötzlich einsetzende Geschlechtsdysphorie“ und beruht auf einem Paper von 2018, das das oben beschriebene Phänomen begrifflich fasst: Große und stetig wachsende Zahlen von Jugendlichen, vor allem Mädchen (ca. 80 %), stellen bei sich das plötzliche Auftreten von Geschlechtsdysphorie fest, ohne dass dieses Gefühl schon früher, in der Kindheit, aufgetreten wäre. Letzteres ist die klinische Präsentation der transsexuellen Menschen, die seit früher Kindheit das eigene Geschlecht als nicht passend und fremd erleben. Die Zahlen hierzu finden sich für viele Länder aufgeschlüsselt hier:

<https://segm.org/>

In der ROGD-Pilotstudie, die auf einer Online Befragung von Eltern basiert, ergab sich, dass viele dieser jungen Menschen (62,5 %) simultan an psychiatrischen Komorbiditäten und/oder Auffälligkeiten leiden; 42 % hatten sich vor dem Auftreten der Genderdysphorie als homosexuell orientiert deklariert. (Littman, 2018)¹¹

ROGD ist keine Diagnose, wie gesagt, sondern eine Hypothese. Es ist nach wie vor nicht hinreichend geklärt, wie es zu dem massiven Anstieg von jungen Mädchen/Frauen kommt, die sich plötzlich nicht mehr mit ihrem weiblichen Körper identifizieren können. Neben der

¹⁰ „The surge in referrals for adolescent-onset gender dysphoria is so recent that neither hypothesis has much support in the mainstream academic literature. This is understandable in the early stages of research on any human clinical phenomenon, especially one as controversial as gender dysphoria.“ (Diaz, Bailey, 2023)

¹¹<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0202330>

Pilotstudie von Littman im sozialmedizinischen Kontext war für die Ausarbeitung dieser Hypothese im gesellschaftlich/politischen Kontext vor allem Abigail Shriers Buch „Irreversible damage: The transgender craze seducing our daughters“ (2020) und die Aufsätze der Psychoanalytikerin Lisa Marchiano maßgeblich (Marchiano, 2016) ¹²

Mit dem Konzept von ROGD wurde die massenhafte Zunahme von geschlechtsdysphorischen Jugendlichen (Mädchen) erstmals in einen sozialmedizinischen Kontext gestellt.

4.2 Was sind die Gründe für ROGD?

Die Erklärungsmodelle für die Hypothese gehen von sozialen Phänomenen aus.

- **Soziale Ansteckung**

Jugendliche sind beeinflussbar, sie befinden sich in einer Lebensphase, in der sie sich allen möglichen Einflüssen aussetzen (müssen und sollen, um ihren Weg zu finden). Besonders Mädchen definieren sich sehr stark über die “Peer Group”, den Freundinnenkreis. Wenn in einem sozialen Kontext (Schule, Ausbildung) ein Mädchen eine Geschlechtsdysphorie öffentlich macht oder sich als “trans” definiert (erste Schritte in die soziale Transition macht), sehen sich häufig andere Mädchen derselben Gruppe in rascher Folge auch als “trans” (Littman, 2018). ¹³

Soziale Ansteckung ist ein sozialpsychologisches Phänomen¹⁴, für das junge Mädchen wegen ihrer entwicklungspsychologisch adäquaten stärkeren Peer-Group-Bindung noch mehr anfällig sind als Burschen. Social Media spielen dabei natürlich in jüngster Vergangenheit eine Schlüsselrolle.

- **Internalisierte Homophobie**

In der Pilotstudie von Littman gaben knapp die Hälfte der Eltern an, dass sich ihre Kinder schon homosexuell interessiert gezeigt hatten. Mädchen, die nicht den weiblichen Rollenvorstellungen entsprechen, die burschikos („Tomboy“) sind und sich mit männlich konnotierten Aktivitäten (Sport, IT) und Kleidung, Haarschnitt etc wohler fühlen, kommen in der Pubertät u.U. in größere Selbstfindungsschwierigkeiten als Mädchen mit einer klaren heterosexuellen Orientierung und geschlechterstereotypischer Selbstpräsentation.

¹² <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00332925.2017.1350804>

¹³ <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>

¹⁴ z.B. hier: <https://www.pnas.org/doi/pdf/10.1073/pnas.1611998114>

Der Weg zu einer als positiv lesbaren lesbisch sexuellen Orientierung ist kompliziert, kann auf Ablehnung bei der Jugendlichen selbst stoßen oder auch in Konflikten mit den Eltern münden, die sich Hochzeit und Enkelkinder wünschen und von der lesbischen Entwicklung ihrer Tochter überfordert sind. „Trans“ ist ein modischer Scheinausweg aus diesen Dilemmata.

- **Internet**

Dem Internet, genauer der Funktion von Social Media ist für die Entwicklung dieses Trans-Trends immer wieder eine große Bedeutung beigemessen worden. Tatsächlich lässt sich zeigen, dass Begriffe wie „non binary“ oder die Selbstzuschreibung „ich identifiziere mich als“ erstmals in Chatgruppen auf der Plattform TUMBLR aufgetaucht sind.

“Tumblr became a place for people to fantasize and build upon ideas about real identities. There was an aesthetic dimension, a dimension of roleplay, a feeling of camaraderie with others—but it was often pure fiction”.¹⁵

Von dort aus haben diese Ideen, im falschen Körper zu stecken, einem anderen oder gar keinem Geschlecht anzugehören, „queer“ und „fluide“ zu sein oder eine andere Identität zu haben (auch als Tier, „furry“ oder in den USA als „two spirit“) einen stürmischen Siegeszug durch die Jugendkulturen der westlichen Welt angetreten. Social Media und Selbstdiagnosen sind inzwischen ein toxisches Duo für die psychische Gesundheit von Millionen Jugendlicher geworden.¹⁶ Vor allem junge Mädchen informieren und tauschen sich intensiv per Social Media über „Geschlechtswechsel- und Umwandlungswunsch“ aus, wesentlich häufiger als Buben.¹⁷

Auf den großen, für Jugendliche attraktiven Social-Media-Plattformen (TikTok, Telegram) finden sich Videos „gender euphorischer“ junger Mädchen nach der Brustamputation¹⁸ oder (weniger häufig) von jungen Männern, die ihre Östrogen Hormoneinnahme mit Videos dokumentieren. Neben diesen selbstdarstellerischen Werbeformaten für Transition, die chirurgische Eingriffe und die Selbstverabreichung von Hormonspritzen als Lifestyle-Entscheidungen anpreisen, gibt es eine ganze Reihe

¹⁵ <https://www.theamericanconservative.com/tumblr-transformed-american-politics/>

¹⁶ <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X22000682#bb0205>

¹⁷ Korte / Tschuschke, Sturm und Drang im Würgegriff der Medien, <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1024/1422-4917/a000944>

¹⁸ <https://twitter.com/libsoftiktok/status/1687195232268619776?s=20>

von Chatforen, in denen geschlechtsdysphorische Jugendliche in ihren Transitionsideen bestärkt und gefeiert werden, ihnen die einzelnen Schritte zur Transition nahegelegt werden und das Wording für die notwendigen Untersuchungen bzw. Gutachten eingeübt wird. Daneben finden sich Websites von transaktivistischen Vereinen, die „transfreundliche“ Therapeuten und Ärzte empfehlen, die bei den gewünschten medizinischen Transitionsschritten dienlich sind.

4.3 Bestätigung für das ROGD Modell

In einer ganz neuen Untersuchung (Juni 2023) wurden ebenfalls die Eltern (wie schon in der Pilotstudie Littman 2018) von ROGD Kindern befragt. Ein Fragebogen auf einer Website eines Selbsthilfevereins für Eltern von transidentifizierenden Kindern/Jugendlichen hat die Grundlagen für diese Studie geliefert.¹⁹

Die Ergebnisse unterstützen die Befunde von Littman 2018. Mädchen sind häufiger betroffen als Burschen, psychiatrische Diagnosen sind in der Vorgeschichte der plötzlich auftretenden Geschlechtsdysphorie häufig (ca 50 %), allerdings auch ein hoher Intelligenzgrad der Jugendlichen. Die meisten Jugendlichen hatten soziale Transitionsschritte (Kleidung, Haartracht, Name, Pronomen) unternommen, ein geringerer Teil hatte bereits medizinische Transitionsschritte eingeleitet. Peer Groups und Social Media spielen eine große Rolle.

Der Befund, dem auch die Autoren die meiste Bedeutung geben, sei hier zitiert:

“Ein statistisch relevantes Ergebnis war gleichermaßen verstörend wie anscheinend wichtig. Jugendliche mit psychischen Problemen (“mental health issues”) unternahmen mit einer größeren Wahrscheinlichkeit Schritte in Richtung sozialer und medizinischer Transition. Diese Beziehung blieb auch nach Korrektur möglicher Störgrößen (z.B. Alter) erhalten. Dieser Befund ist besorgniserregend, da Jugendliche mit psychischen Problemen möglicherweise in besonderer Weise in ihrer freien Urteils- und Entscheidungsfreiheit eingeschränkt sind, besonders, wenn es um wichtige, und im Fall der medizinischen Transition, auch permanente und irreversible Entscheidungen geht.

¹⁹ <https://researchers.one/articles/23.10.00002>

Die Ergebnisse stützen die Zweifel von Eltern, die eine andere Einstellung als ihre geschlechtsdysphorischen Kinder haben. Das Ergebnis ist konsistent mit einem anderen Ergebnis, nämlich, dass die Eltern den Eindruck hatten, dass sie von Gender-Kliniken und Gender-Therapeutinnen und Therapeuten (bzw. Ärztinnen und Ärzten) in Richtung Transition unter Druck gesetzt wurden. Dieser Befund ist besonders besorgniserregend, wenn man in Rechnung stellt, dass Eltern dazu tendieren, den Zustand ihrer Kinder nach der Transition als schlechter als vorher einzuschätzen.“²⁰

4.4 Kritik am Konzept ROGD

Die ROGD-Hypothese wird von Seiten einiger einflussreicher LGBT Verbände und Interessengruppen grundsätzlich kritisiert (s. auch oben die beiden Hypothesen).

WPATH (World Professional Organization for Transgender Health) und andere Interessengruppen sagen,ROGD sei eine Erfindung von transfeindlichen Strömungen. Sie führen den Anstieg der Geschlechtsdysphorie bei jungen Mädchen auf eine größere Aufmerksamkeit und Offenheit zurück, also eine zunehmende Entdiskriminierung. Sie kritisieren an den beiden wichtigsten Untersuchungen zu ROGD, dass sie über Elternbefragungen entstanden sind und daher nur eine Seite repräsentieren.

WPATH hat unmittelbar nach Publikation der Studie eine Stellungnahme herausgegeben, die betont, ROGD sein keine „Medical Entity“ (kein medizinischer Begriff, keine Diagnose) und werde von keiner medizinischen Fachgesellschaft benutzt.²¹

Da es sich um eine Hypothese handelt, wirkt dieses Statement geradezu paradox.

Zur Rolle und Funktion von WPATH siehe im Abschnitt zu Gender Affirming Medicine (GAM).

²⁰ “One statistically robust finding was both disturbing and seemingly important. Youths with a history of mental health issues were especially likely to have taken steps to socially and medically transition. This relationship held even after statistically adjusting for likely confounders (e.g., age). The finding is concerning because youth with mental health issues may be especially likely to lack judgment necessary to make these important, and in the case of medical transition permanent, decisions. The finding supports the worries of parents whose preferences differ from their gender dysphoric children. It is consistent with another finding of this study that parents believed gender clinicians and clinics pressured the families toward transition. The finding is particularly concerning given that parents tended to rate their children as worse off after transition.” Diaz/Bailey: <https://researchers.one/articles/23.10.00002>

²¹ https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Public%20Policies/2018/9_Sept/WPATH%20Position%20on%20Rapid-Onset%20Gender%20Dysphoria_9-4-2018.pdf

5 Gender Affirming Medicine (GAM)

Unter diesem Sammelbegriff werden alle psychotherapeutischen und im engeren Sinn medizinischen (endokrinologischen und chirurgischen) Behandlungsschritte zusammengefasst, die von der Grundidee getragen sind, dass Geschlechtsdysphorie

- das Leiden an einer Inkongruenz zwischen gefühlter und biologischer Geschlechtsidentität ist, das
- durch medizinische Maßnahmen, die von psychotherapeutischen über hormonelle bis zu operativen Verfahren reichen können, gemildert bzw. geheilt werden kann.

Das Konzept GAM wurde 2013 eingeführt und ist im Wesentlichen die konzeptive Grundlage für alle Behandlungsempfehlungen in der ganzen westlichen Welt geworden.²² Die medizinischen Transitionsschritte, die diesem Konzept folgen, werden - auch in allen Ländern - nach dem sogenannten "Dutch Protocol" durchgeführt, das 2001 publiziert worden war. Mehr dazu im entsprechenden Abschnitt.

Die Autoren des Ursprungspapers betonen, dass Gender und Sex getrennt voneinander zu betrachten sind und dass „gender expression“ und „gender identity“ ineinander übergehen und fluide sein können. Geschlecht (sex) wird als der biologische Teil angesehen, Gender als das innere Gefühl von Identität.

Die Behandlungsempfehlungen in den westlichen Ländern, z.B. auch in Österreich, beziehen sich inhaltlich auf dieses Konzept und berufen sich dabei auf die „Standards of Care“ der WPATH (World Professional Association of Transgender Health), die allgemein als verlässliche Organisation angesehen wird. Derzeit ist in Österreich (und den meisten anderen Ländern, die sich noch unkritisch diesen Empfehlungen gegenüber verhalten, vor allem Deutschland und die USA) die Version 7 der "Standards of Care" maßgebend.

WPATH ist keine akademische Organisation. Sie hat vielmehr den Charakter einer sich wissenschaftlich gebenden Lobbyorganisation, die ein bestimmtes Modell (i.e. "Gender Affirming Care") promoviert und der es gelungen ist, bis vor Kurzem unwidersprochen alle Leitlinien zu bestimmen.

Obwohl WPATH die Wissenschaftlichkeit ihrer „Standards of Care“ betont, gibt es bisher keine einzige wissenschaftliche Arbeit zu GAM aus dem Umfeld dieser Organisation, die sich kritisch mit den eigenen Vorannahmen befasst. ROGD kommt nicht vor, auch nicht unter anderer

²²<https://karger.com/hde/article/56/5/285/157895/The-Gender-Affirmative-Model-What-We-Know-and-What>

Nomenklatur. Die 4000 %-ige Steigerungsrate von geschlechtsdysphorischen Jugendlichen ist WPATH keinen Artikel wert. In dem von der WPATH herausgegebenen „International Journal of Transgender Health“, das seit 2005 erscheint, findet sich kein einziger Artikel, der das Konzept selbst zum Untersuchungsgegenstand nimmt. Auf den Kongressen darf nicht gefilmt und fotografiert werden, es gibt keine Wortmeldungen und kritischen Bemerkungen, Anmeldungen von kritischen Personen werden nicht angenommen.^{23 24}

Die 2022 veröffentlichte Version 8 der Richtlinien bringt gegenüber der Version 7 insgesamt 4 Neuerungen, mindestens zwei davon muss man, nüchtern betrachtet, als aktivistisches Lobbying bezeichnen.

Zum einen wird die empfohlene Altersgrenze für die Gabe von Pubertätsblockern abgeschafft, ebenso die Altersgrenze für die Gabe von gegengeschlechtlichen Hormonen.

War bislang das sog. Tanner Stadium 2 (frühes Pubertätsstadium)²⁵ die Voraussetzung, so kann nach den neuen Richtlinien schon früher damit begonnen werden. Interessant dabei ist die Begründung, die die Autorin dieses Kapitels der Richtlinien, Amy Tishman, auf der WPATH Konferenz 2022 gab: Die Altersgrenzen wurden entfernt, „damit Behandler nicht geklagt werden können, wenn sie nicht ganz genau unseren Empfehlungen folgen.“²⁶

Zum anderen hat WPATH eine neue Geschlechtsidentität eingeführt: die des Eunuchen. „So wie andere geschlechtsdysphorische Individuen auch, suchen Eunuchen möglicherweise auch die Kastration, damit ihre Körper besser mit ihrer Geschlechtsidentität übereinstimmen.“²⁷ Während es richtig ist, dass es eine gewisse Anzahl von Männern gibt, die ihren Sexualtrieb und die Genitalorgane ablehnen und sich eine Kastration wünschen, ist es eine seltsam anmutende Expansion des Konzepts der Geschlechtsidentität, aus diesem Zustand von Körperdysmorphie eine eigene, positiv besetzbare „Gender Identität“ zu machen. In dieser Auffassung sind „Eunuchen“, also Männer mit einem Kastrationswunsch, bereits in einer post-kastrativen Identität angekommen und die „Gender Affirming Care“ besteht nur darin, diesem Wunsch praktisch gerecht zu werden.

²³ https://www.youtube.com/watch?v=NB069ziTUNc&list=PL1TbvqV-szO9MjE3y_cO-nH2kyHEzfzHH&index=56

²⁴ <https://unherd.com/2023/12/the-secret-life-of-gender-clinicians/>

²⁵ Weibliche Pubertät: Die Brustknospe entwickelt sich, Brustdrüsengewebe beginnt tastbar zu werden; der Warzenhof ist leicht vergrößert.
Männliche Pubertät: Das Hodenvolumen wächst auf 1,6 bis 6 ml; die Haut des Hodensackes verdünnt sich, wird rötlicher und erweitert sich; unveränderte Penislänge. <https://www.pschyrembel.de/Tanner-Stadien/K0M7C>

²⁶ Video: <https://twitter.com/SwipeWright/status/1571999221401948161?s=20>

²⁷ As with other gender diverse individuals, eunuchs may also seek castration to better align their bodies with their gender identity. WPATH SoC 8, S. 88)

6 Die Evidenz

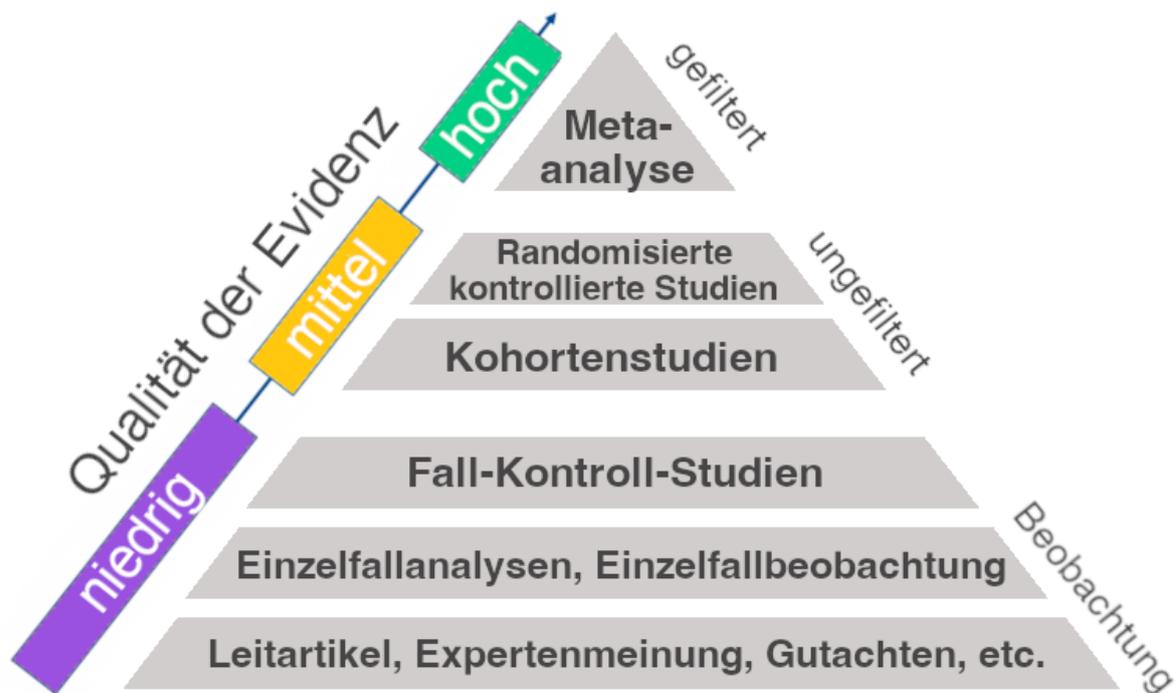
6.1 Einleitung – evidenzbasierte Medizin

In der Medizin gilt die Grundregel, dass alle therapeutischen Maßnahmen und Interventionen auf ihre Wirksamkeit überprüft werden müssen. Nur Interventionen, die sich in methodisch gut durchgeführten Untersuchungen als wirksam erweisen, haben langfristig eine Chance, von den Fachgesellschaften in Fortbildungen aufgenommen zu werden und von den Sozialversicherungsträgern als Leistung übernommen zu werden.

Die Feststellung der Wirksamkeit von medizinischen Maßnahmen nennt man die Evidenz.

Evidenz (Offensichtlichkeit, Erwiesenheit) wird in verschiedenen Levels festgestellt, von der einfachen Expertenmeinung (dem Erfahrungswissen in der Medizin) bis zur höchsten Evidenzklasse I a. Um diese Klasse erreichen zu können, muss eine zusammenfassende Einschätzung aller vorliegenden klinischen Untersuchungen zu einem Thema vorgenommen werden – eine sogenannte Meta-Analyse.

In der Evidenzpyramide werden an der Basis Expertenmeinungen und Einzelfallbeobachtungen mit qualitativ geringer Aussagekraft eingeordnet, die Studien mit mittlerer Evidenzqualität. Die Meta-Analyse steht als höchste Evidenzklasse an der Spitze.



6.2 Die Evidenz für Gender Affirming Medicine

Die Evidenz für die in dem Modell angewandten Interventionen (Pubertätsblocker, gegengeschlechtliche Hormone, chirurgische Interventionen) ist gering bis sehr gering. Zu diesem Schluss kommen alle bislang vorliegenden Meta-Analysen aus europäischen Ländern:

- NICE - National Institute for Health and Care Excellence²⁸
- Swedish Agency for Health technology Assessment and Assessment of Social Services²⁹
- PALVELUVALIKOIMA Finnland³⁰

Während die Evidenz für den langfristigen psychologischen Nutzen von GAM fehlt, sind die gesundheitlichen Schäden, die vor allem durch Pubertätsblocker und gegengeschlechtliche Hormone bei Jugendlichen verursacht werden, besser untersucht: Unfruchtbarkeit für junge Männer, Sterilität für junge Frauen,³¹ Osteoporose³² und erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen.³³

²⁸ <https://arms.nice.org.uk/resources/hub/1070905/attachment>

²⁹ <https://www.sbu.se/307e>

³⁰ <https://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/22895008/Valmistelumuistion+Liite+1.+Kirjallisuuskatsaus.pdf/5ad0f362-8735-35cd-3e53-3d17a010f2b6/Valmistelumuistion+Liite+1.+Kirjallisuuskatsaus.pdf?t=1592317703000>. Eine nicht offizielle Übersetzung der aus der Systematic Review abgeleiteten Guidelines ins Englische: Finnish Guidelines 2020 Minors Unofficial Translation 0.pdf

³¹ https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J485v09n03_06

³² <https://academic.oup.com/jcem/article/100/2/E270/2814818>

³³ <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.118.038584>

7 Die medizinischen Behandlungsschritte der Geschlechtsdysphorie

Die unten beschriebenen Maßnahmen werden in Österreich im Anschluss an einen diagnostischen Prozess durchgeführt, der ein psychiatrisches/psychologisches Assessment voraussetzt. Ein multiprofessionelles Team kommt auf dieser Grundlage in einer Fallkonferenz zu der Ansicht, dass das betroffene Kind - der/die betroffene Jugendliche/r transitionieren sollte.

7.1 Pubertätsblocker

Unter Pubertätsblockern (Hormonblockern) versteht man ein synthetisch hergestelltes Peptid, ein GnRH-Agonist, das zu einem Stopp der Produktion von Sexualhormonen führt, um die weitere Entwicklung der primären und sekundären Geschlechtsmerkmale eines Menschen zu unterdrücken.

Gewünschte Effekte bei Anwendung im frühen Pubertätsstadium

- Reduktion des psychischen Drucks
- Verlängerung der Diagnosephase
- Reversibilität
- Stoppen der Entwicklung äußerlicher geschlechtstypischer Merkmale (Brust, Bart, Stimme, Körperbau)
- Verringerung der Größe von Brust, Hoden, Penis und Stopp des Wachstums

Negative Auswirkungen

- Pubertät wird unterbrochen
- Abbruch der psychosexuellen Entwicklung
- Verringerung der Knochendichte
- Effekte auf die Gehirneifung
- Effekte auf die endgültige Körpergröße
- Burschen: zu wenig peniles Gewebe für eine Neo-Vagina
- Fertilität wird nicht erreicht ³⁴

Nebenwirkungen

- Kopfschmerzen, Körperschmerzen, Schwindel, Schwäche, Kreislaufprobleme, Gewichtszunahme, Appetitverlust, Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoe, prämenopausale Symptome (z.B. Hitzewallungen), Müdigkeit
- Angst, Stimmungsschwankungen

³⁴ <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/trgh.2020.0029>

Pubertätsblocker für geschlechtsdysphorische Kinder und Jugendliche wurden erstmals vor ca. 20 Jahren in den Niederlanden angewandt (nach dem sogenannten „Dutch Protocol“). Die Idee war, einem geschlechtsdysphorischen Kind die Pubertätsentwicklung zu ersparen, eine Art hormonellen Pausenknopf zu drücken und „Zeit zum Nachdenken“ zu schaffen, ob die Transition wirklich die Richtung ist, in die das Kind und die Eltern gehen wollen. Das war zwar eine freundliche Idee, sie wird aber von den vorliegenden wissenschaftlichen Ergebnissen nicht unterstützt.

Pubertätsblocker sind kein „Pausenknopf“. Der aus der Sicht der Endokrinologie ideale Behandlungsbeginn, um später dem Wunschgeschlecht optisch möglichst zu entsprechen, findet bei Kindern ab ca. 10 Jahren statt. 98 % der damit behandelten Kinder erhalten spätestens nach 3 Jahren isolierter Blockerbehandlung überlappend gegengeschlechtliche Hormone. Man geht nach der vorher erfolgten psychiatrisch-psychologischen Abklärung davon aus, dass weitere Schritte indiziert sind und folglich auch durchgeführt werden. Die Gabe von Pubertätsblockern ist nahezu die Garantie für weitere Schritte der medizinischen Transition, also das Gegenteil von Nachdenkzeit.³⁵

Demgegenüber verlassen die meisten Jugendlichen die Ideenwelt der Transidentität wieder, wenn sie nicht darin bestärkt und mit Pubertätsblockern und Hormonen behandelt werden (Zucker, 2018³⁶; Cantor, 2019³⁷).

Diese Behandlung war damals als „Dutch Protocol“ experimentell und ist es immer noch. In mehr als 20 Jahren Anwendung ist es bisher nicht gelungen, einen Wirkungsnachweis zu erbringen, der einer seriösen wissenschaftlichen Prüfung standgehalten hätte. In keinem Land der Welt sind Pubertätsblocker für die Indikation „Geschlechtsdysphorie“ von den jeweiligen Gesundheitsbehörden zugelassen. Die Behandlung mit GnRH-Agonisten erfolgt überall „off-label“.

Der gesamte normale Prozess der Wirksamkeitsüberprüfung (Tierversuche, klinische Studien mit Kontrollgruppen, Zulassungsverfahren) hat für die Pubertätsblocker mit der Indikation „Geschlechtsdysphorie bei Jugendlichen“ nicht stattgefunden.

Der positive Effekt der Pubertätsblockade stützt sich nach wie vor auf die Ursprungsstudie aus den Niederlanden (de Vries et al, 2011)³⁸ und eine Follow-Up Studie derselben Arbeitsgruppe (de Vries et al, 2014)³⁹. Beide Arbeiten werden sowohl methodologisch als auch in ihren

³⁵<https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/trgh.2020.0029>

³⁶<https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1468293>

³⁷<https://drupal-files-delivery.s3.amazonaws.com/public/2023-06/Boe-v-Marshall-2023-05-19-Cantor-Report.pdf>

³⁸<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20646177/>

³⁹<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25201798/>

Resultaten längst nicht mehr dem geforderten Evidenzstandard gerecht. Die zweitgenannte Arbeit wurde wegen dieser Mängel nicht einmal mehr in die Meta-Analyse in Schweden aufgenommen.

Eine detaillierte methodologische Kritik des Dutch Protocol wurde vor Kurzem vorgelegt.⁴⁰ Die Autorinnen und Autoren fokussieren ihre kritische Würdigung auf die geringe Fallzahl, die fehlende Kontrollgruppe, den nicht interpretierten Todesfall in der Probandengruppe und den Probandenverlust von 20% und das mangelnde Follow-Up. Vor allem aber betont die Kritik den kompletten Mangel an up-to-date klinischer Forschung zu allen Themen der “Gender Affirming Care”.

7.1.1 Nebeneffekte der Pubertätsblockade

Es gibt nicht viele Langzeituntersuchungen dazu. Jedoch gibt es relevante Hinweise dafür, dass die Knochendichte unter Pubertätsblockern abnimmt, was wiederum das Osteoporose-Risiko massiv erhöht. Das trifft insbesondere Burschen mit einer nicht aufholbaren Minderung der Knochendichte in der Wirbelsäule.⁴¹

Ein anderes epidemiologisches Faktum ist, dass junge Menschen, die später in die Pubertät eintreten, von vornherein eine geringere Knochendichte aufweisen. „People with older pubertal age should be advised on how to maximize bone mineral density and minimize its decrease in later life to help prevent fracture and osteoporosis“⁴²

Hinweise aus dem einzigen Tierversuch an (männlichen) Schafen legen den Verdacht auf Verzögerungen in der Hirnreifung (Gedächtnis und Kognition) nahe.

Die Liste der Nebenwirkungen bei Kindern enthält Schwäche, Appetitverlust, Übelkeit und Erbrechen, Diarrhoe, Angst, Stimmungsschwankungen, Körperschmerzen u.v.a.⁴³

Die mentale und IQ Entwicklung der Jugendlichen unter Pubertätsblockern ist möglicherweise gehemmt. Die wenigen Befunde sind besorgniserregend und lassen es umso unverständlicher erscheinen, dass keinerlei Assessment (IQ Tests laufend, Neuro Imaging, Neuropsychologische Tests) vorgesehen ist und der Mythos von den “reversiblen und nebenwirkungsfreien Pubertätsblockern” weiter besteht.⁴⁴

⁴⁰ <https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2150346>

⁴¹ <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/jpem-2021-0180/html?lang=de>

⁴² <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31397863/>

⁴³ <https://www.drugs.com/sfx/triptorelin-side-effects.html#serious-side-effects>

⁴⁴ Einzelfallstudie eines dramatischen IQ Verlusts unter P-blockern:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5333793/>.

7.1.2 Ablauf und Wirkung der Pubertätsblockade

Was bedeutet es für das körperliche und seelische Aufwachsen, wenn man seine eigene Pubertät nicht erlebt?

Körperlich

Das Körperwachstum wird verlangsamt und die Knochenreifung verzögert. Die Pubertätsblockade wirkt sich nicht nur auf Knochen- und Muskelwachstum aus. Die äußeren und inneren Genitalien wachsen nicht weiter und können sich sogar zurückentwickeln, da der normale hormonelle Stimulus unterdrückt wird: Es wird also nicht nur der Stopp der Pubertätsentwicklung erreicht, sondern auch ein Rückgang um 1 Tanner-Stadium (Abnahme von Brust und Hodengröße). Bereits Pubertierende und Erwachsene werden ebenfalls mit Blockern behandelt.

Man versucht, die körperliche Endgröße über "rechtzeitige" gegengeschlechtliche Hormongaben zu regulieren, die parallel zu den Pubertätsblockern gegeben werden. Die wenigstens durchschnittliche Körpergröße des Wunschgeschlechts zu erreichen, liegt ebenfalls im Experimentierfeld der Endokrinologie. Die genetische Basis ist unveränderbar und naturgemäß bei jedem Kind anders. Mädchen sind auch nach frühem Beginn der Testosteronbehandlung am Ende meistens kleiner als der durchschnittliche Mann. Die Testosteroneinnahme bewirkt allerdings einen Zuwachs an Muskelmasse und die Umverteilung des Körperfetts.

Bei Buben versucht man mit massiven Östrogengaben über ca. eineinhalb Jahre hinweg, immer parallel zur Medikalisierung mit PB, die Wachstumsfugen zu schließen. Mitunter werden auch die Knie-Epiphysen durch das Einsetzen von Metallklammern zerstört, um weiteres Beinwachstum zu verhindern. Damit wird die finale Körpergröße über die Beinlänge reguliert.

Bei Mädchen stellt sich durch die Unterdrückung der Eizellenbildung die Menstruation nicht ein. Spätestens durch die zusätzliche Gabe von Testosteron tritt auch Unfruchtbarkeit ein. Bei der Frühbehandlung von Mädchen (ca. ab 10 Jahren) gilt die Frage nach der Fertilität deshalb als irrelevant, weil keine asservierende Maßnahme möglich ist: Eierstockgewebe kann nicht in vitro zur Reife gebracht werden.

Mädchen, die die Behandlung nach der Menarche und später beginnen, bekommen zusätzlich zu den Blockern sofort Testosteron und zusätzlich Progesteron für die Unterdrückung der Menstruation.

Bei späterer Blockade im Jugendalter können theoretisch Eizellen mit massiver Hormonbehandlung zur Reife gebracht, geerntet, eingefroren und anschließend mit der "Hauptbehandlung" begonnen werden.

Die Beantwortung der Frage, ob irgendeine dieser invasiven Maßnahmen überhaupt noch eine Heilbehandlung darstellen würde, sei dahingestellt. Das Austragen eines Kindes im Erwachsenenalter wäre jedenfalls durch vorangegangene Hormonbehandlungen und eventuelle chirurgische Eingriffe schwer bis unmöglich.

Buben bleiben unfruchtbar, da die Spermabildung unterdrückt wird. Spermienasservierung ist nur bei geschlechtsreifen Burschen vor der endokrinologischen Behandlung möglich.

Burschen, die die Behandlung ab dem Alter von ca. 15 Jahren beginnen, bekommen sofort zusätzlich zur Blockade Östrogen (Estradiol).

Seelisch – Persönlichkeits und Identitätsentwicklung

Wie ist es, wenn man Kind bleibt, in allen Bereichen? Wenn die anderen ihre Menstruation bekommen, sexuelle Erregung erleben und Objekte suchen für ihr Begehren, wenn man selbst keinerlei Beziehung dazu herstellen kann und keinen Impuls verspürt? Wie soll ein junger Mensch Gefühle, Gedanken und Sehnsüchte entwickeln, die die eigene Sexualität und Beziehungswünsche formen?

“The natural arc of adolescence is the eventual resolution of identity confusion and consolidation of a healthy, multifaceted identity. Problematically, every stage of “gender-affirming” care disrupts the natural course of identity development.”⁴⁵

Hier klaffen gravierende Forschungslücken. Zu den Auswirkungen, die der Stopp eines natürlichen physiologisch-psychischen Entwicklungsprozesses bewirkt, liegen keine Studien vor.

7.2 Gegengeschlechtliche Hormone

Männern werden (nach einer Phase der Androgenblockade) Östrogenpräparate verabreicht, Frauen Testosteron.

Beides führt zur Verkleinerung bis zur Dysfunktionalität der primären Geschlechtsmerkmale des Geburtsgeschlechts und der Zunahme von gegengeschlechtlichen Merkmalen.

Frauen: tiefere Stimme, Haarausfall, Bartwuchs, kräftigere Muskulatur, Umverteilung der Körpermasse, Vaginalatrophie, Sterilität und Unfruchtbarkeit, Klitoriswachstum.

⁴⁵ <https://link.springer.com/article/10.1007/s11930-023-00358-x>

Es gibt Fälle, bei denen sich trotz Testosteroneinnahme eine Schwangerschaft eingestellt hat bzw. nach Abbruch der Einnahme von Testosteron die körpereigene Hormonproduktion wieder “angesprungen” ist. Zu diesen Phänomenen gibt es keine Studien.

Männer: weichere Gesichtszüge, Brustdrüsen-Wachstum, Abnahme der Muskelmasse und Fettzunahme.

Um dem Wunschgeschlecht einigermaßen optisch angepasst zu bleiben, muss die transidentifizierende Person die Hormone ein Leben lang nehmen.

Nach jahrelanger Einnahme von gegengeschlechtlichen Hormonen muss davon ausgegangen werden, dass die körpereigene Sexualhormonproduktion nach Absetzen nicht mehr in Gang kommt. Zu den konkreten und teils dramatischen Auswirkungen einer irreversibel gestoppten Hormonproduktion im jungen Erwachsenenalter gibt es viele anekdotische Berichte, allerdings ebenfalls keine Studien.

Nebenwirkungen

Generell

- 4-5faches Herzinfarkt-Risiko post operationem ⁴⁶
- Sterilität und Unfruchtbarkeit ⁴⁷

Behandlung mit weiblichen Hormonen (**male to female** – MTF)

- Thrombosen, Triglyceridämie, Diabetes, Gewichtszunahme, Hyperkaliämie, Prolaktinämie, Unfruchtbarkeit, Schlaganfälle

Behandlung mit männlichen Hormonen (**female to male** – FTM)

- Gewichtszunahme, Glatze, Hypercholesterinämie, Bluthochdruck, Schlafapnoe, Polycythämie, Diabetes, Unfruchtbarkeit, Thromboseneigung, Schmerzen im Beckenbereich und der Klitoris, Verdünnung der Schleimhaut in der Vagina

⁴⁶ <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIRCOUTCOMES.119.005597>

⁴⁷ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31380227/>

7.3 Chirurgische Eingriffe

Plastisch-chirurgisch Operationen bei Frauen

- Mastektomie (beidseitige Amputation der Brüste)
- Ovar-, Hyster-, Salpingektomie (Eierstock-, Gebärmutter- und Eileiterentfernung)
- Vaginektomie und Kolpektomie (Entfernung der Vagina und Verschluss von außen)
- Penoidaufbau (Phalloplastik – Haut und Muskel aus dem Unterarm oder Oberschenkel)
- Penoidaufbau (Mataidoioplastik – Vergrößerung und Neupositionierung der Klitoris)
- Hodenaufbau und Hodenimplantate
- Harnröhrenplastik (Konstruktion der Harnröhre)
- Eichelnachbildung (Nachbildung des vordersten Teil des Penis)
- Penisimplantat (Prothese, die eine hydraulisch oder manuell hergestellte Imitation der Erektion ermöglicht)

Plastisch-chirurgische Operationen bei Männern

- Brustimplantate (Brustvergrößerung durch Fett oder Silikon)
- Orchiektomie und Penektomie (Entfernen von Hoden und Penis)
- Neovaginakonstruktion aus Haut (Penis/Hoden) oder Schleimhaut (Darm)
- Labienplastik und Klitoroplastik (Nachbildung von Schamlippen und Klitoris)
- Verschiedenste Schönheits-OP (z.B. Abschleifen des Adamsapfels, Barthaarentfernung)

Eine Mastektomie kann laut den Empfehlungen des Gesundheitsministeriums aus 2017 (s. unten) “nach einer angemessenen Zeit des Lebens in der gewünschten Geschlechtsrolle, wobei das Wachstum abgeschlossen sein muss, bereits vor der Volljährigkeit durchgeführt werden (im Falle einer Hormonbehandlung, vorzugsweise nach der Dauer eines Jahres).”

Chirurgische Eingriffe am Genital dürfen (in Österreich) an Minderjährigen nicht vorgenommen werden.⁴⁸ Daher befasst sich dieses Dossier nicht mit den Einzelheiten dieser Schritte.

⁴⁸ So sagt es jedenfalls das Gesetz. Es ist allerdings anzunehmen, dass es privatmedizinisch in Anspruch genommene chirurgische Interventionen auch in Österreich bei Kindern gibt, die zum OP-Zeitpunkt noch nicht 18 Jahre alt waren. Dafür gibt es zumindest anekdotische Hinweise. Z.B. auf der Website von “chaingepeergroup”: <https://chaingepeergroup.at/oesterreichische-mastek-chirurginnen/>

8 Mythen und Fakten rund um Geschlechtsdysphorie und "Gender Affirming Medicine"

8.1 Suizidrate

„Die Suizidrate von Transgender Jugendlichen ist 7 x höher als in der Normalbevölkerung.“ Oder eine andere Formulierung: „41 % der Transgender Jugendlichen haben bereits einen Suizidversuch unternommen.“

Diese Zahlen sind Mystifikationen.

Die 41 % stammen aus einer Untersuchung von 2020 ⁴⁹ und haben es in alle Medien der Welt geschafft. Diese Zahl und die gierige Medienberichterstattung in der Folge hat viel dazu beigetragen, dass GAM einen solchen unwidersprochenen Siegeszug antreten konnte.

Sie ist nur falsch - die manipulative Datenbasis und das unverantwortliche Zusammenschmeißen von allen verschiedenen Betroffenenengruppen haben diese Untersuchung unglaublich gemacht.⁵⁰

Unter Suizidalität versteht man die gedankliche und emotionale Befassung mit der Idee der Selbsttötung.

Suizidale Stimmungen, Ideationen (das Ausmalen des Suizids) begleiten intermittierend oder manchmal auch langfristig viele psychische Erkrankungen. Suizidimpulse sind davon abgegrenzt auf der Handlungsebene stattfindende Verzweiflungsschritte aus dem Wunsch heraus, das Leben nicht mehr fortführen zu müssen, das gerade unerträglich zu sein scheint. Auch Suizidversuche treten am häufigsten im Rahmen von gravierenden psychischen Erkrankungen auf.⁵¹

Suizidalität und Suizidversuche sind naturgemäß verschiedene Dinge.

Eine Untersuchung bei Transgender Jugendlichen stellt (nicht überraschend) fest, dass die Suizidalität bei diesen Jugendlichen erhöht ist.⁵² Angesichts der hohen Komorbiditätsrate (Autismus-Spektrum-Störungen, depressiven Verstimmungen, Suchtproblemen, Essstörungen, Tendenz zur Selbstverletzung) ist dieser Umstand erwartbar.

⁴⁹ <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2749479>

⁵⁰ <https://link.springer.com/article/10.1007/s10508-020-01844-2>

⁵¹ <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/suicide-rates-among-people-with-serious-mental-illness-a-systematic-review-and-metaanalysis/DD5137B66B5395509850E884131253E1>

⁵² <https://link.springer.com/article/10.1007/s10508-020-01844-2>

Es gibt jedoch keinerlei Hinweis darauf, dass Suizide bei Transgender Jugendlichen häufiger sind als in dem Durchschnitt der entsprechenden Alterskohorte.⁵³

Es ist unverantwortlich und widerspricht allen sozialmedizinischen Regeln (und auch allen Regeln einer verantwortungsvollen Berichterstattung), von diesen angeblich extrem hohen Suizidraten in der Öffentlichkeit zu sprechen.

Es ist unverantwortlich und gehorcht einer therapeutischen Voreingenommenheit, das Argument der Suizidalität für eine bestimmte Behandlungsstrategie, hier GAM, zu instrumentalisieren. In einigen Originalarbeiten (z.B. Ehrensaft) kann eine solche Referenz nur als manipulative Geste interpretiert werden.

8.2 Nur 1 Prozent „regret“

„Nur 1 % der transitionierten Menschen bereuen die Entscheidung.“

In den - noch relativ - wenigen Arbeiten, die sich mit der Situation von Menschen befassen, die ihre Transitionsentscheidungen bereuen („regret“), die medizinischen Maßnahmen beenden („desist“) oder/und wieder in ihrem Geburtsgeschlecht leben wollen („detransition“), wird die Unterscheidung zwischen diesen verschiedenen Abstufungen von Scheitern am Wunsch nach Transition nicht immer genau gezogen. In der Folge ist daher undifferenziert von Regret/Desist/Detransition die Rede, wohl wissend, dass diese Verallgemeinerung den einzelnen betroffenen Menschen nicht gerecht wird.

Es gibt eine Meta-Analyse aus dem Jahr 2021, die in der Tat eine so niedrige „regret rate“ für immerhin knapp 8000 transsexuelle erwachsene Menschen nach geschlechtsangleichenden Operationen zeigt.⁵⁴

Diese Studie hat sich ausschließlich mit der Zufriedenheit mit den chirurgischen Ergebnissen nach geschlechtsangleichenden Operationen befasst. Jugendliche Patientinnen und Patienten waren ausgeschlossen.

Mental Health, Lebenszufriedenheit, soziale Einbindung, Berufstätigkeit - also alle Parameter, die für eine sozialmedizinisch relevante Einschätzung von Transition wichtig wären, wurden nicht untersucht.

Aber selbst für den eingeschränkten Geltungsbereich der „Zufriedenheit mit dem OP-Ergebnis“ wurde die Arbeit für eine ganze Reihe von methodischen Mängeln kritisiert: keine

⁵³ <https://gids.nhs.uk/professionals/evidence-base/>

⁵⁴ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8099405/>

Kontrollgruppen, zu kurze Follow-Up-Zeiträume, wenige „good quality“ Studien inkludiert, große Follow-Up-Verluste selbst bei den kurzen Follow-Up-Zeiträumen.

Die Situation und die Bedürfnisse Jugendlicher lassen sich mit dieser Alterskohorte nicht sinnvoll vergleichen. Sie unterscheiden sich in so gut wie jeder Hinsicht: Beginnend mit dem Alter, dem Entwicklungsstadium (körperlich und psychisch), der sozialen Situation und vor allem auch dem Umstand des plötzlichen Beginns der Dysphorie.

Auch bei diesem „Argument“ von der angeblichen nur 1 %-igen Detransitionsrate zeigt sich ein manipulativer Umgang mit der medizinischen Evidenz, die sich leider bei Befürwortern von GAM für Jugendliche immer wieder findet: Dass erwachsene transsexuelle Menschen mit den Ergebnissen ihrer chirurgisch geschlechtsangleichenden Maßnahmen nach relativ kurzer Zeit (Follow-Up-Zeit ca 3,5 Jahre) zufrieden sind, ist die Nebelwand für vorbereitende medizinische Maßnahmen (Pubertätsblocker, Hormone) in der Adoleszenz.

Nicht nur werden verschiedene „Dysphoriearten“ zusammengeworfen. Es wird auch so getan, als gäbe es nur einen einzigen Weg: den in die Chirurgie.

8.3 Marginalisierung, Diskriminierung und Gewalt

„Gewalt und Hassverbrechen gegen die Transgender Community nehmen immer mehr zu. Die Transgender Community und speziell Transkinder und -jüngliche sind die marginalisierteste Gruppe in der Gesellschaft. Sie müssen geschützt und anerkannt werden.“

Wenn es auch zweifellos richtig ist, dass Kinder geschützt werden müssen, so gilt das doch für alle Kinder. Die immer wieder berichtete Zunahme von Hass und Gewalt gegen speziell die Trans Community ist nicht nachgewiesen.

8.4 Detransition – was wir wirklich (nicht) wissen

Das „1 %-Argument“ ist die beliebteste Selbstberuhigung aller GAM-BefürworterInnen. Damit werden Menschen, die die Transition bereuen, sozusagen zur verschwindenden Minderheit erklärt.

Tatsächlich aber gibt es diese sogenannten „Detransitioners“.

Es gibt keine Zahlen dazu, niemand weiß, um welchen Prozentsatz aller transitionierten Menschen es sich dabei handelt. Das gilt natürlich auch für die erwachsene Population von Transpersonen in der oben erwähnten Metaanalyse. Die Menschen, die sich enttäuscht von den Behandlungen abgewendet haben, werden nicht nachverfolgt.

Alle Untersuchungen, die von – immer extrem niedrigen – „regret“ und „detrans“ Raten berichten, sind methodisch nicht in der Lage, die Fragen auch nur zu stellen, die sie glauben, beantworten zu können.

Es finden sich die gleichen und ähnliche Mängel wie in der Meta-Analyse zur chirurgischen „regret“ Rate (s.o.):

Entweder sind die Beobachtungszeiträume zu kurz oder/und es wurden nicht alle Behandelten erreicht (also antworten auch nur die, die zufrieden sind), dieselben Ärzte machen die Follow-Ups, die auch die Behandlungen gemacht haben (wie ehrlich sind die Antworten?) und vor allem: Wird überhaupt nach „regret“ gefragt, oder wertet man nur spontane Äußerungen von Patienten aus?

„The percentage of people who discontinue, detransition, and/or regret is not known, outside of some very narrowly defined study populations“^{55 56}

Während sich also GAH Protagonisten damit beruhigen, dass die nicht erhobenen Zahlen „zeigen“, wie heilsam ihre Behandlungen für die Jugendlichen sind, sprechen die jungen Menschen, die ihre Transitionsentscheidung bereuen und sich auf Social Media, in Dokus und Artikeln zu Wort melden, eine andere Sprache. In der Subgruppe „detrans“ auf der Internet Plattform „Reddit“ sind knapp 50.000 Menschen registriert (vor 3 Jahren waren es noch 15.000). Das sind mit Sicherheit nicht alles Detransitioner. Auch Angehörige, Interessierte, Health Care Profis lesen und kommentieren in dem Forum. Aber die Zahl ist doch größer als mit den angeblichen 1% erwartbar wäre.

Dennoch handelt es sich dabei natürlich um „nur“ anekdotisches Wissen. Methodisch korrekte Detransitioner-Studien stehen aus und sind dringend erforderlich, um ein realistisches Bild der Ergebnisse dieser Interventionen zu bekommen.

In den wenigen Untersuchungen zu Detrans zeigte sich eine „Latenzzeit“ bis zum Auftreten von „regret“ von zwischen 3,5 und ca 10 Jahren.⁵⁷

Einen guten Überblick über das derzeitige (Nicht-)Wissen gibt die neue Detrans-Studie von Littman et al.⁵⁸

Es braucht also eine Zeit, bis das losgeht. Anfänglich werden Hormonbehandlungen oft, aber keinesfalls immer (!) als befreiend erlebt, Betroffene berichten von einem Honeymoon oder von „being happy“. Andere berichten von „brain fog“ (Benebeltsein, Reduktion des Denkvermögens)

⁵⁵ <https://link.springer.com/article/10.1007/s10508-023-02623-5#ref-CR40>

⁵⁶ <https://link.springer.com/article/10.1007/s10508-023-02623-5> Cohn, J. The Detransition Rate Is Unknown. *Arch Sex Behav* **52**, 1937–1952 (2023). <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02623-5>

⁵⁷ <https://link.springer.com/article/10.1007/s10508-023-02623-5/tables/1>

⁵⁸ <https://link.springer.com/article/10.1007/s10508-023-02716-1>

und Depression unter Östrogen, Depression, Gewichtszunahme, Trägheit unter Testosteron. In beiden Situationen erzählen Betroffene von einem Gefühl von Entfremdung, Maskenhaftigkeit des Selbsterlebens, vom „nicht mehr sie selbst sein“ oder Ähnlichem.

8.5 Pubertätsblocker (PB) sind reversibel

Es ist nicht klar, was mit „reversibel“ gemeint ist. Im besten anzunehmenden Fall sollte es wohl so gemeint sein, dass der Körper eines Kindes spätestens ein Jahr nach dem Absetzen des PB eine normale Pubertät startet, sozusagen an dem Punkt in die Entwicklung einsteigt, die durch den PB unterbrochen wurde. Da die isolierte Blockade mit PB bis zu drei Jahre dauern kann, sind Zweifel an der behaupteten Irreversibilität gerechtfertigt, insbesondere im Hinblick auf tatsächliche Fortpflanzungsfähigkeit (fruchtbare Eizellen und Spermien).

Reversibilität ist jedenfalls die hoffnungsvolle Erwartung im ursprünglichen Behandlungsplan für geschlechtsdysphorische Jugendliche, dem oben diskutierten „Dutch Protocol“. Die durch PB hergestellte Wartezeit wird nach diesem Design für die Exploration der Geschlechtsdysphorie genutzt. Es entsteht die Illusion (vielleicht auch für die Autoren), dass das alles besser ist, als die Kinder weiter dem Leiden der Geschlechtsdysphorie auszusetzen, vor allem auch, was die Entwicklung von sekundären Geschlechtsmerkmalen angeht. Die Kinder der ersten (und einzigen!) Studie, dem folgend in allen Ländern der westlichen Welt „Gender-Kliniken“ eingerichtet wurden, sollten sich - wenn sie und ihre Familien das wollten - möglichst früh dem Wunschgeschlecht angleichen können, damit sie im Erwachsenenleben äußerlich besser in die neue Geschlechtsrolle passen würden.

Niemand hatte damals (und seither) die möglichen psychosozialen und psychodynamischen Konsequenzen im Blick, die eine künstliche Unterbrechung der Pubertätsentwicklung hat.

Die Tatsache, dass die Erstautoren der Studie von dem Pharmaunternehmen gesponsert wurden, das Pubertätsblocker herstellt (Ferring Pharm), macht die Ergebnisse nicht vertrauenswürdiger. Und doch wird nach diesem Protokoll (bzw. der neueren Version von 2018⁵⁹, die die Einschlusskriterien wie Alter, Beginn der Dysphorie, Familiensupport noch weiter gelockert hatte) weiter gehandelt, auch in Österreich. Die Kritik am „Dutch Protocol“ ist inzwischen international so stark angewachsen, dass auch in den Niederlanden selbst ein Abrücken von dieser Praxis diskutiert wird.⁶⁰

Einen besonders interessanten, weil bislang in der europäischen Diskussion nicht beachteten Aspekt hat dabei die juristische Diskussion in den Niederlanden eingebracht.

⁵⁹ https://richtlijnendatabase.nl/gerelateerde_documenten/f/19927/Kwaliteitsstandaard%20Transgenderzorg%20-%20Somatisch.pdf

⁶⁰ <https://segm.org/Dutch-protocol-debate-Netherlands>

Es geht hier um die Frage, ob Jugendliche in der Lage sind, die notwendige “informierte Zustimmung” zu gravierenden medizinischen Entscheidungen zu geben, deren Auswirkungen sich erst in ihrer weiteren Zukunft als Erwachsene zeigen werden, also von dem Entwicklungsstand der Adoleszenz aus noch gar nicht überblickt werden können. Wenn ein Kind/Jugendlicher diesen irreversiblen Maßnahmen zustimmt, die es selbst noch nicht überschauen kann: “What loyalty does the child feel toward his future self?”⁶¹

In den folgenden Europäischen Ländern ist die Pubertätsblockade für Jugendliche ganz untersagt oder auf wissenschaftliche Studiensettings beschränkt:

- UK
- Finnland
- Schweden
- Dänemark

Europäische Länder, die die Verabreichung von Pubertätsblockern unter Einschränkungen zulassen:

- Frankreich
- Norwegen
- Irland

9 Österreich

Der Hauptverband der Sozialversicherungsträger hat 2019 eine “Schätzung der Größenordnung des Phänomens durch Daten aus der Literatur, in Österreich durchgeführten geschlechtsanpassenden Operationen und verordneter hormoneller Therapie” herausgegeben.⁶² Auch aus diesem Bericht geht ein rezenter Anstieg (vor 2017) von Hospitalisierungen mit Diagnosen ICD 10 F 64 (Geschlechtsdysphorie) hervor.

Die Zahl von Personen mit Geschlechtsdysphorie in Österreich wird in dem Bericht mit 400-500 Personen geschätzt.

Medizinische Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie werden in Österreich durch die Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie von Kindern und Jugendlichen von 2017 geregelt.⁶³

⁶¹ <https://www.njb.nl/blogs/transgenderzorg-aan-kinderen-juridische-bedenkingen-bij-het-dutch-protocol-2018/>

⁶² <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.718421&version=1568796537>

⁶³ [Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie von Kindern und Jugendlichen nach der Klassifikation in der derzeit gültigen DSM- bzw. ICD-Fassung \(PDF, 369 KB\)](#)

Diese Empfehlungen folgen in allen inhaltlichen Punkten den Vorgaben von WPATH und der Endocrine Society, die sich wiederum an der 2018 Version des Dutch Protocol orientieren. All diesen Dokumenten, auch den österreichischen Empfehlungen ist gemeinsam, dass sie von der nicht pathologischen Realität der jugendlichen Geschlechtsdysphorie ausgehen und die geregelten Maßnahmen der Unterstützung auf dem Weg in die neue Geschlechtsidentität dienlich machen oder, man könnte auch sagen, unterordnen.

Geschlechtsdysphorie wird in den Empfehlungen als ein gegebenes, naturhaftes Geschehen konzipiert. Der plötzliche Beginn im Jugendlichenalter ist gar nicht vorgesehen, es ist nur die Rede davon, dass bei einigen Jugendlichen die Dysphorie nicht weggeht, wie das sonst bei etwa 80 % der Betroffenen der Fall ist.

Die Empfehlungen hatten also 2017 noch keine Kenntnis von der Lawine an jungen Mädchen, die plötzlich geschlechtsdysphorisch werden (obwohl die Welle schon begonnen hatte, wenn auch noch nicht als Lawine).

Komorbiditäten werden genannt, in ihrer Bedeutung aber als assoziierte und nicht mitverursachende Symptome gesehen: "Bei Kindern und Jugendlichen kommt es relativ häufig zu begleitenden internalisierenden Störungen wie Ängsten, Depressionen und Verhaltensstörungen und es können Autismus-spektrum-Störungen häufiger assoziiert sein." In der internationalen Diskussion werden diese Tatsachen als mögliche Mitursache der Geschlechtsdysphorie wahrgenommen und nicht nur als lediglich assoziierte Symptome betrachtet.

Im Abschnitt "Anforderungen an das Behandlungsteam" wird betont, dass es "Einigkeit über die grundsätzliche Haltung gegenüber der Thematik" geben sollte, um gleich fortzusetzen: "Transidentität ist nicht per se pathologisch und behandlungsbedürftig. Damit den betroffenen Kindern ein Weg des Umgangs geboten und über das Gesundheitssystem finanziert werden kann, werden Diagnosen gestellt."

Das ist eine bemerkenswerte Feststellung. Die Autoren entpathologisieren "Transidentität" zwar, stellen aber dennoch Diagnosen? Das wirft eine Reihe von Fragen auf:

- Stimmt es, dass es sich bei der Transidentität nicht um ein pathologisches Geschehen handelt?
- Wenn ein Leidenszustand vorliegt, der sich im körperlichen oder psychischen oder geistigen Erleben des betroffenen Menschen manifestiert, sprechen wir normalerweise von einer Krankheit, medizinisch nüchtern: einem pathologischen Geschehen.

- Wird diese Verbindung zwischen Leidenszustand und Pathologie geleugnet oder als nicht zutreffend abgelehnt - im vorliegenden Fall mittels einfacher Behauptung und ohne nähere Begründung - womit haben wir es dann zu tun?
- Wenn es sich bei der Transidentität um ein nicht-pathologisches Geschehen handelt, wie kann dann die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen der Gesundheitskassen begründet werden?
- Diagnosen sind in dieser Konzeption Ausreden und nicht (möglichst) gesicherte Aussagen über einen Leidenszustand, der medizinisches Handeln erfordert.

Diese Aporie, die ja inzwischen auch Eingang in den ICD 11 gefunden hat, lässt sich nicht auflösen, solange die biologische und psychologische Definition von Geschlecht die Grundlage von Gesetzen und Krankenversicherungskatalogen ist.

Die Geschlechtsidentitäts-Ideologie (s. Einleitung) löst diese Aporie zwar auch nicht, aber sie verbindet den zweifellos faktischen Leidenszustand betroffener Menschen mit einer einzig möglichen Antwort: der Affirmierung des subjektiven Zustands und der daraus folgenden gesellschaftlichen Verpflichtung, den subjektiven Zustand zwar als nicht krank, aber medizinisch (!) verbesserungsbedürftig anzuerkennen.

9.1 Zahlen und Statistik

Für Österreich liegen für die meisten Fragen, die sich im Zusammenhang mit ROGD ergeben, keine Zahlen vor. Niemand weiß,

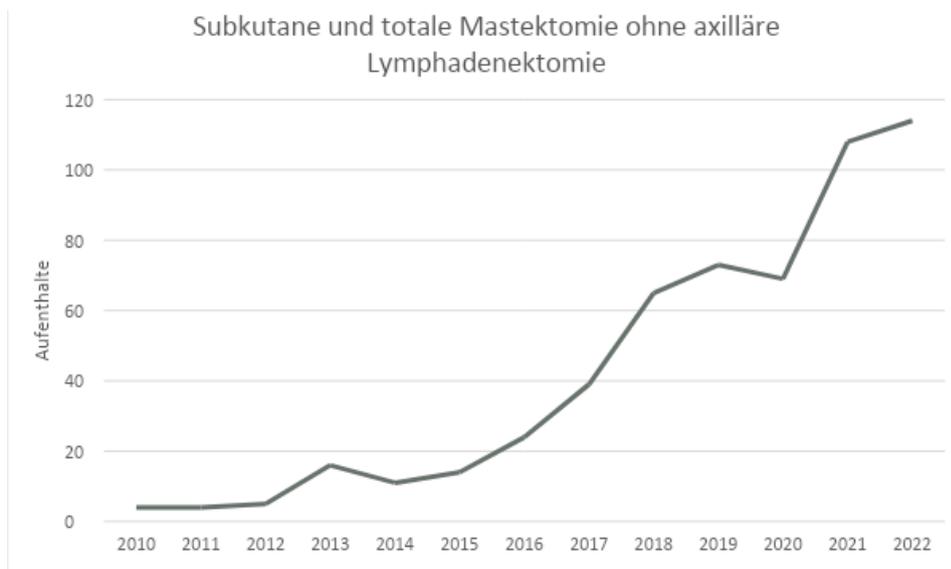
- wieviele junge Menschen sich als trans identifizieren und Kontakt zu explorativer bzw. affirmierender Beratung und Behandlung suchen,
- wieviele soziale Transitionen im Schul- oder Berufsausbildungsumfeld vorkommen,
- wieviele Minderjährige ab welchem Alter mit Pubertätsblockern mit welchen Indikationen wie lange und mit welchen klinischen Ergebnissen behandelt wurden,
- wieviele Minderjährige ab welchem Alter mit Cross-Sex-Hormonen behandelt wurden mit welchen klinischen Ergebnissen,
- wieviele Minderjährige in welchem Alter chirurgischen Maßnahmen unterzogen wurden und mit welchen Ergebnissen,
- für wieviele junge Erwachsene (18 bis 25) die obigen Fragen zutreffend sind

Was wir wissen:

Auch in Österreich ist der rasante Anstieg an Fallzahlen von Geschlechtsdysphorie zu beobachten. Das geht aus der anekdotischen Evidenz hervor, dass inzwischen praktisch jeder jemanden kennt, in dessen Umkreis ein junger Mensch betroffen ist.

Darüber hinaus gibt es aber auch klare Hinweise für die starke Zunahme, da viel mehr operiert wird.

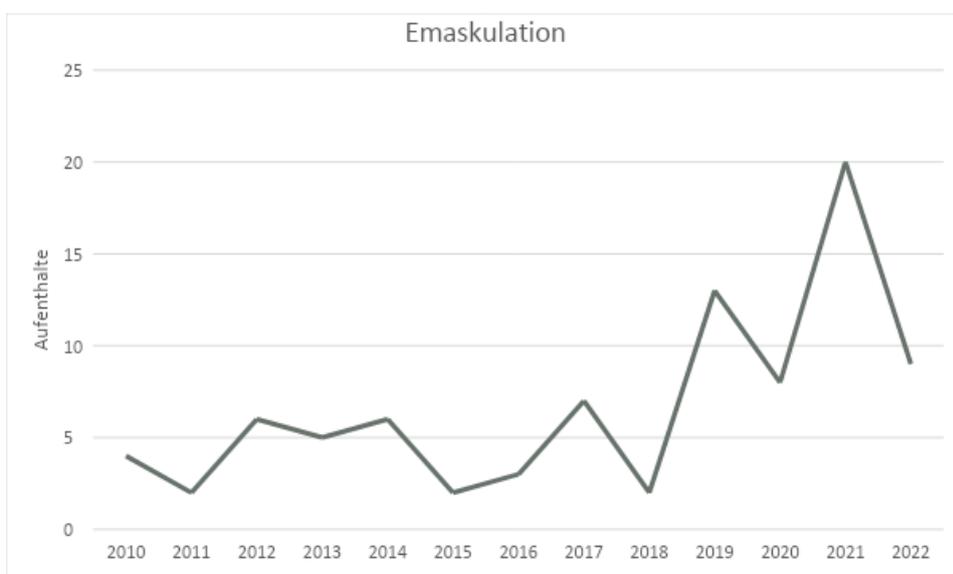
Geschlechtsangleichende Operationen, Österreich 2010-2022



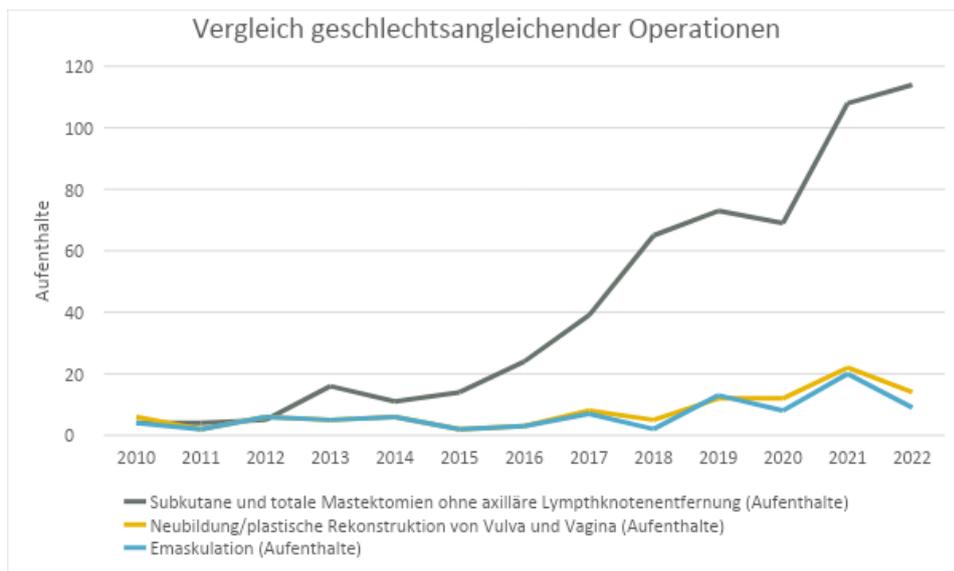
Stationäre Aufenthalte 2010-2022, Altersgruppe 15-24 Jahre
Diagnose F64 Störung der Geschlechtsidentität
Leistungen QE060 subkutane und QE080 totale Mastektomie ohne axilläre Lymphadenektomie
Quelle: Diagnosen- und Leistungsdokumentation des BMSGPK, GÖG-eigene Darstellung



Stationäre Aufenthalte 2010-2022, Altersgruppe 15-24 Jahre, Diagnose F64 Störung der Geschlechtsidentität, Leistung JL070 Neubildung/plastische Rekonstruktion von Vulva und Vagina
 Quelle: Diagnosen- und Leistungsdokumentation des BMSGPK, GÖG-eigene Darstellung



Stationäre Aufenthalte 2010-2022, Altersgruppe 15-24 Jahre
 Diagnose F64 Störung der Geschlechtsidentität, Leistung JH150 Emaskulation
 Quelle: Diagnosen- und Leistungsdokumentation des BMSGPK, GÖG-eigene Darstellung



Stationäre Aufenthalte 2010-2022, Altersgruppe 15-24 Jahre

Diagnose F64 Störung der Geschlechtsidentität

Vergleich QE060 Subkutane mit QE080 totale Mastektomie ohne axilläre Lymphadenektomie,

JL070 Neubildung/plastische Rekonstruktion von Vulva und Vagina und JH150 Emaskulation

JH150 Emaskulation wird aufgrund eines Datenproblems in den Vorjahren erstmals dargestellt.

Quelle: Diagnosen- und Leistungsdokumentation des BMSGPK, GÖG-eigene Darstellung

9.2 Desiderata für Österreich

- 1 **Studie:** Follow-Up über die letzten 10 Jahren aller mit GAM behandelter Kinder und Jugendlicher sowie junger Erwachsener in Österreich bezüglich des Outcome.
 - Medizinisch: Funktionalität der betroffenen Organsysteme.
 - Lebenszufriedenheit, Social functioning, Beziehungsstatus, Psychopathologie.
- 2 **Studie:** „Österreichischer Cass Report“ Status Gender affirming Medicine in Österreich.
 - wieviele Kinder und Jugendliche sind in Ö betroffen?
 - Ursachen des Anstiegs der Mastektomien bei weiblichen Jugendlichen und jungen Frauen.
- 3 **Bewertung der Evidenz für GAM** anhand der international vorliegenden Systematic Reviews und Behandlungsempfehlungen in anderen europäischen Ländern.
- 4 Auf 1 und 2 beruhende **Richtlinien** für Pädagogik, Medizin und Psychotherapie.
- 5 Entwicklung von **verbindlichen Fortbildungscurriculae** abseits transaktivistischer Strukturen für alle medizinischen und psychotherapeutischen Berufsgruppen, die an der Beratung und Behandlung von transidentifizierenden Menschen beteiligt sind.
- 6 Entwicklung eines **Beratungs- und Behandlungsnetzwerks** und dessen Finanzierung für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Geschlechtsdysphorie und/oder ihre Angehörigen, die nicht den Weg der Transition beschreiten wollen.
- 7 Aufwandsplanung und **Kostenvorschau** der Gesundheitskassen für die stark steigende Anzahl von Transitionen und die Folgekosten (Destransitionen, sekundäre Gesundheitsprobleme) für die Behandlung der Patientinnen und Patienten auf **Lebensdauer**.
- 8 **Überprüfung** der öffentlich geförderten Beratungsvereine
 - im Hinblick auf fachliche Qualifikation,
 - inhaltlich auf die notwendige Neutralität und Zurückhaltung bei der Einleitung sämtlicher Transitionsschritte,
 - im Hinblick auf die Transparenz beim Einsatz öffentlicher Fördermittel (Controlling).

ANHANG

Weiterführende Ressourcen (Bücher, Artikel, Videos, Websites)

Bücher

Ayad, S., Marchiano, M. & O'Malley, S.: When Kids Say They're Trans. A Guide for Thoughtful Parents. Swift Press, 2023

Barnes, H.: Time to think. The inside Story of the Collapse of the Tavistock's gender Service for Children. Swift Press, 2023

Evans, S. & Evans, M.: Gender Dysphoria. A Therapeutic Model for Working with Children, Adolescents and Young Adults. Phoenix Publishing House, 2021

Grossman, M.: Lost in Trans Nation. A Child Psychiatrist's Guide out of the Madness. Skyhorse Publishing, 2023

Hakeem, A.: Detrans. When Transition is not the solution. Selbstverlag, 2023

Joyce, H.: TRANS. When Ideology meets Reality. One World Publications, 2021

Josie A., Dina S. (ed.): Parents With Inconvenient Truths About Trans. Tales From the Home Front in the Fight to save our Kids. Pitchstone Publishing, 2023

Shrier, A.: Irreversible Damage. The Transgender Craze Seducing our Daughters. Regenerny Publishing, 2020

Artikel

Kaltiala-Heino et al (2018): Gender dysphoria in adolescence: current perspectives. Adolescent Health, Medicine and Therapeutics, 31-41

Kaltiala, R.: Gender-Affirming Care Is Dangerous. I Know Because I Helped Pioneer It. The free Press, 30.10.2023. https://www.thefp.com/p/gender-affirming-care-dangerous-finland-doctor?utm_source=pocket_saves

Korte, A., Tschuschke, V. (2023): Sturm und Drang im Würgegriff der Medien - die Leiden der jungen Generation am eigenen Geschlecht. Zschr. f. Kinder- u. Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (51), 351-365

Genderdysphorie: Mehr Zurückhaltung bei der Therapie von Jugendlichen mit Pubertätsblockern. Eine Diskussion mit Materialsammlung. <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=1041&typ=1&nid=145814&s=Korte>, 9.10.2023

Dokumentarfilme

The Trans Train

Schwedische TV Doku in 4 Teilen

<https://www.youtube.com/watch?v=MVEZ7gELcgY>

The transgender protocol

Niederländische TV Doku zum "Dutch protocol" (englische Untertitel)

<https://www.youtube.com/watch?v=IXPWpDYoPKQ>

Trans - der schwierige Weg zum eigenen Geschlecht

WDR-Dokumentation

https://www.youtube.com/watch?v=2t7U_CEOFrM

Detrans. Wenn die Trans-OP nicht glücklich macht

ZDF-Dokumentation

<https://www.zdf.de/dokumentation/37-grad-leben/detrans-wenn-die-trans-op-nicht-gluecklich-macht-100.html>

Diskussion von 7 Detransitioners: <https://www.youtube.com/watch?v=LyJGijjI2JU>

Videoprotokoll des *Hearings im Justizausschuss des House of Representatives*, 27.7.2023

"Dangers and due process violations in gender affirming care"

<https://judiciary.house.gov/committee-activity/hearings/dangers-and-due-process-violations-gender-affirming-care>

Websites

Society for Evidence Based Gender Medicine (SEGM): <https://segm.org>

Genspect <https://genspect.org/>

Die Datenseite von Genspect: <https://www.statsforgender.org/>

Trans Teens Sorge berechtigt <https://transteens-sorge-berechtigt.net/rogd.html>

EGGÖ <https://www.eggoe.at/>