

Dossier Geschlechtsdysphorie im Jugendalter

Dr. Bettina Reiter

März 2024
www.eggoe.at



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)

Dr. Bettina Reiter

Mitarbeit: Elfi Rometsch

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 Care (GAC)	14
6 Die Evidenz	16
6.1 Einleitung – evidenzbasierte Medizin	16
6.2 Die Evidenz für Gender Affirming Care	17
7 Die medizinischen und psychosozialen Behandlungsschritte der Geschlechtsdysphorie	19
7.1 Die soziale Transition	19
7.2 Pubertätsblocker	20
7.2.1 Nebeneffekte der Pubertätsblockade	22
7.2.2 Ablauf und Wirkung der Pubertätsblockade	23
7.3 Gegengeschlechtliche Hormone	25
7.4 Chirurgische Eingriffe	26
8 Mythen und Fakten rund um Geschlechtsdysphorie und „Gender Affirming Care“	27
8.1 Suizidrate	27
8.2 Nur ein Prozent „regret“	28
8.3 Detransition – was wir wirklich (nicht) wissen	30
8.4 „Pubertätsblocker (PB) sind reversibel“	32
9 Österreich	33
9.1 Zahlen und Statistik	36
9.2 Desiderata für Österreich	39
Schlussbemerkung	40
Anhang	42
Quellenverzeichnis	42
Onlinequellen	47
Weiterführende Ressourcen (Bücher, Artikel, Videos, Websites)	48

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 männliches oder weibliches 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 (Definition S. 7) bei Kindern und Jugendlichen übersichtlich und nachvollziehbar zusammenzustellen.

Dies ist angesichts der dramatisch steigenden Zahlen der Diagnose 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 vorwiegend 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 Transidentifikation 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 – Paraphilien³ 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. Zahlen und nähere Beschreibungen dazu fehlen leider.

¹ wie z.B. auch Drag Queens.

² Unter Autogynephilie versteht man eine Paraphilie, bei der die betroffenen Männer die Vorstellung von sich selbst als Frau erotisierend empfinden. 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.

³ Paraphilien sind häufige, intensive, sexuell stimulierende Fantasien oder Verhaltensweisen, die unbelebte Objekte, Kinder, nicht einverständnissfähige Erwachsene oder Quälen bzw. Erniedrigungen an der Person selbst oder am Partner einbeziehen. Paraphile Störungen sind Paraphilien, die Leid oder Probleme verursachen, die Lebensweise der betroffenen Person beeinträchtigen oder die anderen Personen Schaden zufügen oder zufügen können. (MSD Manual, abgerufen 16.2.2024).

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen mit Geschlechtsdysphorie bestehen die medizinischen Eingriffe aus Hormonbehandlungen (gegengeschlechtliche Hormone) und meist Operationen: Mastektomien, Hysterektomie, Vaginektomie und Penoidaufbau bei Frauen; Brustimplantate, Orchiektomie, Penektomie und Neovagina bei Männern.

Seit ca. zehn 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 (ROGD)“ 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 „Geschlechtsidentitätsstörungen“ 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 (und im klinischen Alltag in den nächsten Jahren Platz greifen wird), 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.“⁴

Das wird folglich im Kodiersystem des ICD-11 abgebildet.⁵

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 zehn Jahren (beginnend mit 2013–14) gibt es einen sprunghaften Anstieg bei Kindern (bis zwölf Jahren) und Jugendlichen (zwölf 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 keine Zahlen vor.⁶

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

Während bis vor ca. zehn 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.⁷

⁴ 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.

⁵ BfArM - ICD-11 in Deutsch – Entwurfsfassung.

⁶ Es gibt einige indirekte Hinweise, die ähnliche Entwicklungen für Österreich vermuten lassen. Näheres dazu im Abschnitt „Österreich“.

⁷ “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

“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.”⁸

Dieses unbestrittene Phänomen⁹ 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.“

Die 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, 2018¹⁰). Anhänger dieser Hypothese 1 befürworten in der Regel auch die als Gender Affirming Care (GAC) zusammengefassten medizinischen Maßnahmen.

3.2 Zum Anstieg – Hypothese 2

Der extrem starke Anstieg von geschlechtsdysphorischen Jugendlichen, insbesondere Mädchen, der letzten ca. zehn 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.

prior years, the sex ratio favored natal males.” Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria.

⁸ Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity.

⁹ Einen guten Überblick bietet: <https://statsforgender.org>.

Ergebnisse für einzelne Länder:

UK: Number of referrals to GIDS – Gender Identity Development Service.

Neuseeland. Increasing rates of people identifying as transgender presenting to Endocrine Services in the Wellington region.

Finnland: Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development.

¹⁰ Research Review: Gender identity in youth: treatment paradigms and controversies – Turban.

Die Hypothese 2 ist mit dem Konzept von ROGD verknüpft, eine neuere und kontroverse 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 könne.

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.“¹¹

4 ROGD – Rapid-Onset Gender Dysphoria

4.1 Was ist ROGD?

Rapid-Onset Gender Dysphoria bedeutet „plötzlich einsetzende Geschlechtsdysphorie“ und beruht auf einem Paper aus dem Jahr 2018, das das oben beschriebene Phänomen begrifflich fasst: Große und stetig wachsende Zahlen von Jugendlichen, vor allem Mädchen (ca. 80 %), stellen bei sich das 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 (s. o. Terminologie). 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;¹² 42 % hatten sich vor dem Auftreten der Genderdysphorie als homosexuell orientiert deklariert (Littman, 2018).¹³

¹¹ “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.” Rapid-Onset Gender Dysphoria: Parent Reports on 1,655 Possible Cases | Researchers.One.

¹² Assessment and support of children and adolescents with gender dysphoria. Gender Dysphoria in Children with Autism Spectrum Disorder.

¹³ Littman L., 2018 Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria | PLOS ONE.

ROGD ist, wie gesagt, keine Diagnose, 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 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).¹⁴

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).¹⁵

Soziale Ansteckung ist ein sozialpsychologisches Phänomen¹⁶, für das junge Mädchen wegen ihrer entwicklungspsychologisch adäquaten stärkeren Peer-Group-Bindung noch anfälliger 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, geraten in der Pubertät u. U. in größere Selbstfindungsschwierigkeiten als

¹⁴ Full article: [Outbreak: On Transgender Teens and Psychic Epidemics.](#)

¹⁵ [Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria | PLOS ONE.](#)

¹⁶ Z. B. hier: [Reach and speed of judgment propagation in the laboratory.](#)

Mädchen mit einer klaren heterosexuellen Orientierung und geschlechterstereotypischer Selbstpräsentation.

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.”¹⁷

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 Kanada/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.¹⁸ Vor allem junge Mädchen informieren und tauschen sich intensiv per Social Media über „Geschlechtswechsel- und Umwandlungswunsch“ aus, wesentlich häufiger als Buben.¹⁹

Auf den großen, für Jugendliche attraktiven Social-Media-Plattformen (TikTok, Telegram) finden sich Videos „gender euphorischer“ junger Mädchen nach der Brustamputation²⁰ 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

¹⁷ Tumblr Transformed American Politics.

¹⁸ Social media as an incubator of personality and behavioral psychopathology: Symptom and disorder authenticity or psychosomatic social contagion? – ScienceDirect.

¹⁹ Korte / Tschuschke, Sturm und Drang im Würgegriff der Medien – Die Leiden der jungen Generation am eigenen Geschlecht | Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.

²⁰ <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“ Therapeutinnen und Therapeuten, Ärztinnen 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, der von mehr als 1600 Eltern ausgefüllt wurde, hat die Grundlagen für diese Studie geliefert.²¹

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.“

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

²¹ [Rapid-Onset Gender Dysphoria: Parent Reports on 1,655 Possible Cases | Researchers.One.](#)

schlechter als vorher einzuschätzen.“²²

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 sei keine „Medical Entity“ (kein medizinischer Begriff, keine Diagnose) und werde von keiner medizinischen Fachgesellschaft benutzt.²³ Da es sich um eine Hypothese handelt, wirkt dieses Statement geradezu paradox.

Als Hypothese stellt ROGD das derzeit dominierende Erklärungsmodell in Frage, fordert zusätzliche Forschung und Evidenzen ein und kann daher (noch) nicht in der etablierten Fachterminologie enthalten sein. Erst ein Prozess der gründlichen Prüfung dieser Hypothesen auf den Grundlagen einer evidenzbasierten medizinischen Forschung kann zur Bestätigung oder allenfalls Widerlegung von Hypothesen führen. Zur Rolle und Funktion von WPATH siehe im Abschnitt zu Gender Affirming Care (GAC).

²² “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: [Rapid-Onset Gender Dysphoria: Parent Reports on 1,655 Possible Cases | Researchers.One](#).

²³ [WPATH POSITION ON “Rapid-Onset Gender Dysphoria \(ROGD\)”](#).

5 Gender Affirming Care (GAC)

Unter diesem Sammelbegriff werden alle psychosozialen, 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.²⁴

Das Konzept GAC wurde 2013 eingeführt und ist im Wesentlichen die konzeptive Grundlage für alle Behandlungsempfehlungen in der ganzen westlichen Welt geworden.²⁵ Die im engeren Sinn medizinischen Transitionsschritte, die diesem Konzept folgen, werden – auch in allen Ländern – nach dem sogenannten „Dutch Protocol“ durchgeführt, das 2006 publiziert worden war. Mehr dazu im entsprechenden Abschnitt.

GAC aber beginnt mit der sozialen Transition – dem „Coming-out“ des betroffenen Jugendlichen gegenüber der Umwelt (Familie, Schule, Freunde) als transidentifiziert und der Forderung nach Bestätigung dieses Zustands durch die Umwelt. Die soziale Transition hat einen nicht zu unterschätzenden Impact auf den weiteren Weg des betroffenen Kindes/Jugendlichen.

Die Autoren des Ursprungspapers (s. Fußnote 25) betonen, dass Gender und Sex (Geschlecht) 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 von vielen Regulatoren (auch in Österreich) 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 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

²⁴ [What is gender-affirming care? Your questions answered | AAMC.](#)

²⁵ [The Gender Affirmative Model: What We Know and What We Aim to Learn | Human Development | Karger Publishers.](#)

Affirming Care“) propagiert 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 GAC aus dem Umfeld dieser Organisation, die sich kritisch mit den eigenen Vorannahmen befasst. ROGD kommt nicht vor, auch nicht unter anderer Nomenklatur. Die 4000-prozentige 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.²⁶

Die 2022 veröffentlichte Version 8 der Richtlinien bringt gegenüber der Version 7 insgesamt vier Neuerungen. 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)²⁷ die Voraussetzung, so kann nach den neuen Richtlinien schon früher damit begonnen werden. Die Autorin dieses Kapitels der Richtlinien, Amy Tishman, gab auf der WPATH Konferenz 2022 folgenden Grund dafür : Die Altersgrenzen wurden entfernt, „damit Behandler nicht geklagt werden können, wenn sie nicht ganz genau unseren Empfehlungen folgen.“²⁸

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.“²⁹ 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 zweifellos eine 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.

²⁶ EP57 – The Eunuch Makers – With Eliza Mondegreen.

The secret life of gender clinicians – UnHerd.

²⁷ 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>.

²⁸ Video: <https://twitter.com/SwipeWright/status/1571999221401948161?s=20>.

²⁹ 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.

WPATH ist in jüngster Vergangenheit (März 2024) durch geleakte Papers und Videoaufnahmen interner Diskussionen, den „WPATH Files“ weiter und wohl nun endgültig als ernstzunehmende Organisation diskreditiert worden. Die „Files“ zeigen ein erschreckendes Bild von ÄrztInnen und AktivistInnen, die so gut wie alle Safeguarding-Maßstäbe außer Acht lassen und – im Wissen um irreversible Effekte (Infertilität und Anorgasmie), lebensgefährliche Nebenwirkungen (Leberkrebs unter Testosteron) und auch bei schwer psychiatrisch erkrankten Jugendlichen – das Programm der GAC („Gender Affirming Care“) durchziehen. Die Files stehen hier zur Verfügung: <https://environmentalprogress.org/big-news/wpath-files>.

Eine ausführliche und sorgfältige Bearbeitung und Einordnung der Files findet sich hier: <https://static1.squarespace.com/static/56a45d683b0be33df885def6/t/65ea1c1ea42ff5250c88a2f5/1709841455308/WPATH+Report+and+Files%28N%29.pdf>.

Zu der Rolle von WPATH in Österreich s. im entsprechenden Abschnitt.

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 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.



Grafik: EGGö-eigene Darstellung

6.2 Die Evidenz für Gender Affirming Care

Die Evidenz für die in dem Modell angewandten Interventionen (Pubertätsblocker, gegengeschlechtliche Hormone, chirurgische Interventionen) ist gering bis sehr gering, sie liegt in der Evidenzpyramide auf den Stufen 1–3. Zu diesem Schluss kommen alle bislang vorliegenden Meta-Analysen aus europäischen Ländern:

- NICE – National Institute for Health and Care Excellence³⁰
- Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services³¹
- PALVELUVALIKOIMA, Finnland³²

³⁰ <https://arms.nice.org.uk/resources/hub/1070905/attachment>.

³¹ [Gender dysphoria in children and adolescents: an inventory of the literature](#).

³² [Lääketieteelliset menetelmät sukupuolivariaatioihin liittyvän dysforian hoidossa. Systemaattinen katsaus](#). Eine nicht offizielle Übersetzung der aus der Systematic Review abgeleiteten Guidelines ins Englische: [Finnish_Guidelines_2020_Minors_Unofficial Translation_0.pdf](#).

- Beyond NICE: Aktualisierte systematische Übersicht zur Evidenzlage der Pubertätsblockade und Hormongabe bei Minderjährigen mit Geschlechtsdysphorie³³

Die letztgenannte Arbeit ist vom Februar 2024 und stellt in der Zusammenfassung fest:

„Die aktuelle Studienlage deutet derzeit nicht darauf hin, dass sich die GD (Geschlechtsdysphorie, BR) im Speziellen und die psychische Gesundheit im Allgemeinen im Verlauf der weiteren Entwicklung nach Gabe von PB (Pubertätsblockern, BR) oder CSH (Cross Sex Hormonen, BR) bedeutsam verbessern.“

Neben diesen Systematic Reviews haben einige Länder extensive unabhängige Reports erstellen lassen, die zu einer Abkehr von den Prinzipien der GAC geführt haben und die Gabe von Pubertätsblockern ganz verbieten oder nur in restriktiv organisierten Studiensettings erlauben. Zu diesem Ergebnis kommt auch die neueste Review aus Deutschland (vgl. Fußnote 35).

Der bekannteste Report ist der CASS Review im Vereinigten Königreich, der zur Schließung der größten Klinik für geschlechtsdysphorische Kinder und Jugendliche im UK geführt hat.³⁴

Auch Norwegen und Frankreich haben Reports erstellt.

Während die Evidenz für den langfristigen psychologischen Nutzen von GAC 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,³⁵ Osteoporose³⁶ und erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen.³⁷

³³ <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1024/1422-4917/a000972>.

³⁴ <https://cass.independent-review.uk/>.

³⁵ [Physical Aspects of Transgender Endocrine Therapy](#).

³⁶ [Bone Mass in Young Adulthood Following Gonadotropin-Releasing Hormone Analog Treatment and Cross-Sex Hormone Treatment in Adolescents With Gender Dysphoria | The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism | Oxford Academic](#).

³⁷ [Occurrence of Acute Cardiovascular Events in Transgender Individuals Receiving Hormone Therapy | Circulation](#).

7 Die medizinischen und psychosozialen Behandlungsschritte der Geschlechtsdysphorie

7.1 Die soziale Transition

Der erste Schritt in Richtung körpermodifizierende Maßnahmen ist die soziale Transition – das Verlangen, von der Umwelt in der gewünschten Geschlechtsidentität im realen Leben anerkannt zu werden.

Die soziale Transition ist eine psychosoziale Intervention, die erhebliche soziale, psychische und gesundheitliche Konsequenzen hat – sie muss daher bereits als Teil der „Therapie“ betrachtet werden, nicht der im engeren Sinn klinischen, sondern der gesellschaftlichen Behandlung des Problems, das der/die Jugendliche präsentiert.

Die selbstverständliche Übernahme der Idee des falschen Geschlechts durch LehrerInnen, ÄrztInnen, Familie, Freunde kann nicht ausschließlich als neutrale, freundliche Haltung interpretiert werden.³⁸ Es gibt Hinweise, dass die soziale Transition einen entscheidenden Marker für die weitere Entwicklung bedeutet.³⁹ Sie ist keine „Spielwiese“, auf der man sich „ausprobieren“ darf und die ohne Weiteres wieder verlassen werden kann – zumal nicht nur das gesamte soziale Umfeld in die Fiktion involviert wird, sondern auch staatliche Institutionen. Hier seien nicht nur Schule, Servicestellen der Kinder- und Jugendhilfe, Transgender-Ambulanzen und Familiengerichte erwähnt, sondern auch der Meilenstein Personenstandsänderung, die rechtliche Transition.

Die „soziale Transition“ ist in keinen rechtlichen Rahmen eingebettet. Das ist insbesondere für den Schulbetrieb von Bedeutung.

Die in der Folge beschriebenen, im engeren Sinn medizinischen 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 bzw. der/die betroffene Jugendliche physisch transitionieren sollte.

³⁸ Debate: Different strokes for different folks - Zucker - 2020 - Child and Adolescent Mental Health - Wiley Online Library.

³⁹ Barnes, H: Time to think. The Inside Story of the Tavistock's Gender Service for Children. Swift Press, 2023, S. 99–102.

7.2 Pubertätsblocker

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

Die folgende Aufstellung fasst Informationen aus diesem Review⁴⁰ und hier verlinkten Studien zusammen.

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 Gehirnreifung
- Effekte auf die endgültige Körpergröße
- Burschen: zu wenig peniles Gewebe für eine Neo-Vagina
- Fertilität wird nicht erreicht

Nebenwirkungen

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

Pubertätsblocker für geschlechtsdysphorische Kinder und Jugendliche wurden erstmals vor ca. 20 Jahren in den Niederlanden angewandt – und daraus das sogenannte „Dutch Protocol“ entwickelt, nach dem auch international heute noch verfahren wird. Die Idee war, einem geschlechtsdysphorischen Kind die Pubertätsentwicklung zu ersparen, eine Art hormonellen

⁴⁰ [Gender-affirming hormone in children and adolescents – BMJ EBM Spotlight.](#)

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 (vgl. Fußnote 48).

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. zehn Jahren statt. 98 % der damit behandelten Kinder erhalten spätestens nach drei Jahren isolierter Blockerbehandlung zusätzlich gegengeschlechtliche Hormone.⁴¹ 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.⁴²

Demgegenüber verlassen die meisten Jugendlichen die Ideenwelt der Transidentität wieder, wenn sie nicht darin bestärkt und mit Pubertätsblockern und Hormonen behandelt werden (Zucker, 2018⁴³; Cantor, 2019⁴⁴).

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“.⁴⁵ 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)⁴⁶ und eine Follow-up-Studie derselben Arbeitsgruppe (de Vries et al, 2014)⁴⁷. Beide Arbeiten werden sowohl methodologisch als auch in ihren Resultaten längst nicht mehr dem geforderten Evidenzstandard gerecht. Die zweitgenannte

⁴¹ Dieser sehr hohe Prozentsatz findet sich in der einzigen dazu vorliegenden Studie: Short-term outcomes of pubertal suppression in a selected cohort of 12 to 15 year old young people with persistent gender dysphoria in the UK.

⁴² Body Composition and Markers of Cardiometabolic Health in Transgender Youth on Gonadotropin-Releasing Hormone Agonists.

⁴³ The myth of persistence: Response to “A critical commentary on follow-up studies and ‘desistance’ theories about transgender and gender non-conforming children” by Temple Newhook et al. (2018).

⁴⁴ Expert Report of James Cantor, PhD.

⁴⁵ <https://kindermedika.at/monographie/10488/leuprorelin>, Enantone u. Trenantone, Zulassung für Pubertas praecox f. Mädchen unter 9 J. und Buben unter 10 J.

⁴⁶ Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study.

⁴⁷ Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment.

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.⁴⁸ 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“.

7.2.1 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.⁴⁹

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.”⁵⁰

Hinweise aus dem einzigen Tierversuch an (männlichen) Schafen legen den Verdacht auf Verzögerungen in der Hirnreifung (Gedächtnis und Kognition) nahe. Die äußerst spärlichen Untersuchungen zu den Auswirkungen von Pubertätsblockade auf das neuropsychologische Funktionsniveau werden in einem ganz aktuellen Paper dargestellt, das auch eine Einzelfallstudie referiert, die eine starke IQ-Senkung nach Pubertätsblockade berichtet.⁵¹

Die Liste der Nebenwirkungen bei Kindern enthält Schwäche, Appetitverlust, Übelkeit und Erbrechen, Diarrhoe, Angst, Stimmungsschwankungen, Körperschmerzen u. v. a.⁵²

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

⁴⁸ Full article: The Myth of “Reliable Research” in Pediatric Gender Medicine: A critical evaluation of the Dutch Studies—and research that has followed.

⁴⁹ Revisiting the effect of GnRH analogue treatment on bone mineral density in young adolescents with gender dysphoria.

⁵⁰ Association Between Age at Puberty and Bone Accrual From 10 to 25 Years of Age.

⁵¹ <https://www.techrxiv.org/doi/full/10.22541/au.170446841.14546991/v2>.

⁵² <https://www.drugs.com/sfx/triptorelin-side-effects.html#serious-side-effects>.

Tests) vorgesehen ist und der Mythos von den „reversiblen und nebenwirkungsfreien Pubertätsblockern“ weiter besteht.⁵³

7.2.2 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 ein 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 zumindest 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

⁵³ Einzelfallstudie eines dramatischen IQ-Verlusts unter P-blockern: [A reduction in long-term spatial memory persists after discontinuation of peripubertal GnRH agonist treatment in sheep.](https://d197for5662m48.cloudfront.net/documents/publicationstatus/183239/preprint_pdf/df73325117365752fb52ede9908e69f9.pdf)

Literaturübersichtsarbeit:

https://d197for5662m48.cloudfront.net/documents/publicationstatus/183239/preprint_pdf/df73325117365752fb52ede9908e69f9.pdf.

Frühbehandlung von Mädchen (ca. ab zehn 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 Spermiabildung 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, man selbst jedoch 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?

Aus entwicklungspsychologischer Perspektive zeigt sich eine Stabilisierung der Identitätsentwicklung frühestens in der späten Pubertät, wenn nicht eher im jungen Erwachsenenalter (u. a. Kroger et al., 2010)⁵⁴. Auch die vollständige Hirnreife wird erst mit Anfang bis Mitte 20 erreicht, was sich ebenfalls auf die Identitätsentwicklung auswirkt. Vorherige Identitätsstadien sind entweder durch große Unsicherheit oder eine sogenannte „übernommene Identität“ (Marcia, 1980)⁵⁵ geprägt, bei der von Seiten des Kindes keine aktive Exploration erfolgt. Unter diesen Voraussetzungen erscheint es geradezu paradox, die

⁵⁴ Kroger, J., Martinussen, M., & Marcia, J. E. (2010). "Identity status change during adolescence and young adulthood: A meta-analysis". *Journal of adolescence*, 33(5), 683–698.

⁵⁵ Marcia, J. E. (1980). Identity in adolescence. *Handbook of adolescent psychology*, 9(11), 159–187.

psychosexuelle und neurologische Entwicklung des Kindes zu unterbrechen, um ihm Zeit zur Entwicklung zu geben.

“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.”⁵⁶

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

7.3 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.

Es gibt Fälle, bei denen sich trotz Testosteron-Einnahme 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.

⁵⁶ Current Concerns About Gender-Affirming Therapy in Adolescents | Current Sexual Health Reports.

Nebenwirkungen

Generell

- vier- bis fünffaches Herzinfarktrisiko post operationem⁵⁷
- Sterilität und Unfruchtbarkeit⁵⁸

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

7.4 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 Teils 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)

⁵⁷ Cardiovascular Disease Risk Factors and Myocardial Infarction in the Transgender Population | Circulation.

⁵⁸ Fertility concerns of the transgender patient.

- 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.⁵⁹ Daher befasst sich dieses Dossier nicht mit den Einzelheiten dieser Schritte.

8 Mythen und Fakten rund um Geschlechtsdysphorie und „Gender Affirming Care“

8.1 Suizidrate

„Die Suizidrate von Transgender-Jugendlichen ist sieben Mal 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 2020⁶⁰ und haben es in alle Medien der Welt geschafft. Diese Zahl und die weltweite Medienberichterstattung in der Folge hat viel dazu beigetragen, dass GAC einen solchen unwidersprochenen Siegeszug antreten konnte.

Sie ist nur falsch – die manipulative Datenbasis und die unverantwortliche Vermischung von allen verschiedenen Betroffenengruppen haben diese Untersuchung unglaublich gemacht.⁶¹

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

⁵⁹ 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/>.

⁶⁰ [Association Between Recalled Exposure to Gender Identity Conversion Efforts and Psychological Distress and Suicide Attempts Among Transgender Adults | LGBTQIA Medicine | JAMA Psychiatry.](#)

⁶¹ [One Size Does Not Fit All: In Support of Psychotherapy for Gender Dysphoria | Archives of Sexual Behavior.](#)

Suizidale Stimmungen, Ideationen (das Ausmalen des Suizids) begleiten intermittierend oder manchmal auch langfristig viele psychische Erkrankungen. Suizidimpulse sind davon abgegrenzt auf der Handlungsebene stattfindende Verzweilungsschritte 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.⁶²

Suizidalität und Suizidversuche sind naturgemäß verschiedene Dinge.

Eine Untersuchung bei Transgender-Jugendlichen stellt (nicht überraschend) fest, dass die Suizidalität bei diesen Jugendlichen erhöht ist.⁶³ Angesichts der hohen Komorbiditätsrate (Autismus-Spektrum-Störungen, depressive Verstimmungen, Suchtprobleme, Essstörungen, Tendenz zur Selbstverletzung) ist dieser Umstand erwartbar. Eine ganz neue Publikation bestätigt dies: Weder die allgemeine Mortalität (alle Ursachen) noch die Mortalität durch Suizid ist bei geschlechtsdysphorischen Jugendlichen erhöht, wenn die psychiatrischen Komorbiditäten berücksichtigt werden.⁶⁴

Es gibt keinerlei Hinweis darauf, dass Suizide bei Transgender-Jugendlichen häufiger sind als in dem Durchschnitt der entsprechenden Alterskohorte.⁶⁵

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 GAC, zu instrumentalisieren. In einigen Originalarbeiten (z. B. Ehrensaft) kann eine solche Referenz nur als manipulative Geste interpretiert werden.

8.2 Nur ein 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

⁶² [Suicide rates among people with serious mental illness: a systematic review and meta-analysis | Psychological Medicine.](#)

⁶³ [One Size Does Not Fit All: In Support of Psychotherapy for Gender Dysphoria | Archives of Sexual Behavior.](#)

⁶⁴ [All-cause and suicide mortalities among adolescents and young adults who contacted specialised gender identity services in Finland in 1996–2019: a register study.](#)

⁶⁵ [Evidence base - Gender Identity Development Service.](#)

(„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. Folglich 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.⁶⁶

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 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 einprozentigen Detransitionsrate zeigt sich ein manipulativer Umgang mit der medizinischen Evidenz, die sich leider bei Befürwortern von GAC 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.

⁶⁶ Regret after Gender-affirmation Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence.

Marginalisierung, Diskriminierung und Gewalt

„Gewalt und Hassverbrechen gegen die Transgender-Community nehmen immer mehr zu. Die Transgender-Community und speziell Transkinder und -jugendliche sind die marginalisierteste Gruppe in der Gesellschaft. Sie müssen geschützt und anerkannt werden.“⁶⁷

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 wird in Selbstaussagen im Rahmen von Befragungen getroffen (s. Fußnote), lässt sich jedoch nicht in Zahlen der Kriminalitätsstatistik nachweisen.

Ganz besonders aber müssen die Kinder und Jugendlichen mit einer homosexuellen Orientierung davor geschützt werden, zu Transgender erklärt zu werden.

8.3 Detransition – was wir wirklich (nicht) wissen

Das „1%-Argument“ ist die beliebteste Selbstberuhigung aller GAC-Befürworterinnen und -Befürworter. Damit werden Menschen, die die Transition bereuen, sozusagen zur verschwindenden Minderheit erklärt.⁶⁸

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 abgewandt 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

⁶⁷ Gewalt gegen LGBTIQ-Personen: So queerfeindlich ist Österreich.

⁶⁸ Diese Zahl stammt aus einer methodisch absurden Untersuchung, deren Befragungskohorte aus Transpersonen bestand, die dazu befragt wurden, ob sie detransitionieren wollen. Factors Leading to “Detransition” Among Transgender and Gender Diverse People in the United States: A Mixed-Methods Analysis.

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.”^{69 70}

Während sich also GAC-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 drei 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 „nur“ um anekdotisches Wissen. Methodisch korrekte Detransition-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.⁷¹

Einen guten Überblick über das derzeitige (Nicht-)Wissen gibt die neue Detrans-Studie von Littman et al.⁷²

Es braucht also eine gewisse Zeit, bis Betroffene ihre Transitionsentscheidung und/oder medizinische Interventionen bereuen. 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) und unter Östrogenbehandlung auftretende Depression, Depression sui generis, 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.

⁶⁹ [The Detransition Rate Is Unknown | Archives of Sexual Behavior.](#)

⁷⁰ [The Detransition Rate Is Unknown | Archives of Sexual Behavior](#) Cohn, J. *Arch Sex Behav* **52**, 1937–1952 (2023). <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02623-5>.

⁷¹ <https://link.springer.com/article/10.1007/s10508-023-02623-5/tables/1>.

⁷² [Detransition and Desistance Among Previously Trans-Identified Young Adults | Archives of Sexual Behavior.](#)

8.4 „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, an dem sie durch den PB unterbrochen wurde. Da die isolierte Blockade mit PB viele 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, der 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.⁷³

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 2018⁷⁴, 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.⁷⁵

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

⁷³ [Clinical management of gender identity disorder in adolescents: a protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects.](#)

⁷⁴ [Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch | Richtlijndatabase.](#)

⁷⁵ [The 2023 Dutch Debate Over Youth Transitions | SEGM.](#)

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?”⁷⁶

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

- UK hat am 12.3. 2024 die Gabe von Pubertätsblockern an Kinder und Jugendliche vollkommen untersagt (zwischen Cass Report 2020 und März 2024 war das noch in Studiensettings und bei den laufenden Behandlungen erlaubt).⁷⁷
- 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.⁷⁸ Auch aus diesem Bericht geht ein rezenter Anstieg (vor 2017) von Hospitalisierungen mit Diagnosen ICD-10 F64 (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.⁷⁹

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

⁷⁶ NJB: Blog – Transgenderzorg aan kinderen. Juridische bedenkingen bij het Dutch Protocol (2018).

⁷⁷ National Health Service England, Clinical Policy: Puberty suppressing hormones.

⁷⁸ Geschlechtsinkongruenz in Österreich – Sozialversicherung.

⁷⁹ Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie von Kindern und Jugendlichen nach der Klassifikation in der derzeit gültigen DSM- bzw. ICD-Fassung (PDF, 369 KB).

diesen Dokumenten, auch den österreichischen Empfehlungen ist gemeinsam, dass sie von der nicht pathologischen Realität der jugendlichen Geschlechtsdysphorie ausgehen und alle 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 sei.

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, was bei der angeborenen Autismus-Spektrum-Störung ohnehin keinen Sinn ergibt.⁸⁰

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?

⁸⁰ Psychische Störungen allgemein: Mental Health of Transgender and Gender Nonconforming Youth Compared With Their Peers.

Autismus und ADHS: Increased gender variance in autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorder.

Essstörungen: Eating Disorder Diagnoses and Symptom Presentation in Transgender Youth: a Scoping Review.

Zwangsstörungen: Obsessive-Compulsive Disorder Presenting as Gender Dysphoria/Gender Incongruence: A Case Report and Literature Review.

- Wieso schließen die Empfehlungen auf einen angeborenen Zustand von Geschlechtsdysphorie? Für eine solche Annahme gibt es weder Evidenz noch ist sie entwicklungspsychologisch plausibel.
- Welche Bedeutung und welchen Stellenwert haben multiprofessionelle Fachkonferenzen für die weiteren Maßnahmen, wenn Transidentität als angeboren angesehen wird und die Selbstauskunft genügt?
- Die Empfehlungen kennen den Unterschied zwischen Validierung (Anerkennung des subjektiven Erlebens) und Affirmation (Bestätigung der Selbstauskunft) nicht.
- 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.
- Wie kann ein natürlicher Zustand (Geschlecht) chirurgische und lebenslange medizinische Maßnahmen erfordern?

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 als medizinisch (!) verbesserungsbedürftig anzuerkennen und zwar durch Pubertätsblockade, Hormontherapien und Chirurgie.

9.1 Zahlen und Statistik

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

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

Was wir wissen:

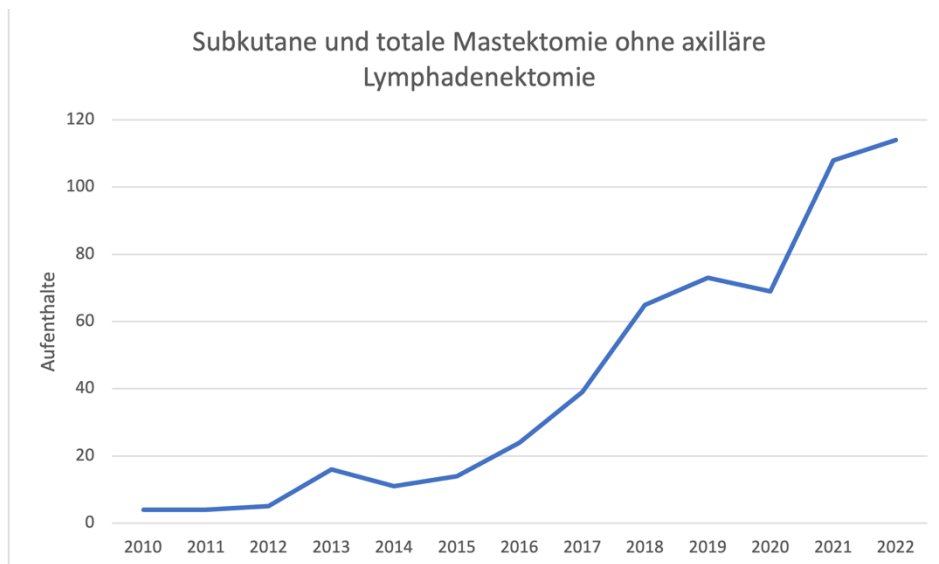
Auch in Österreich ist der rasante Anstieg an Fallzahlen von Geschlechtsdysphorie zu beobachten. Das geht aus der anekdotischen Evidenz hervor, dass inzwischen praktisch jeder jemanden kennt, in dessen Umkreis ein junger Mensch betroffen ist.

Darüber hinaus gibt es aber auch klare Hinweise für die starke Zunahme, da viel mehr operiert wird.⁸¹

⁸¹ Der Knick in 2021 (in allen Kurven) ist wohl der Pandemie zuzuschreiben.

Geschlechtsangleichende Operationen, Österreich 2010–2022

Die Steigerungsrate von Mastektomie als „Therapie“ bei der Diagnose Geschlechtsdysphorie beträgt im Beobachtungszeitraum knapp 4000 %.



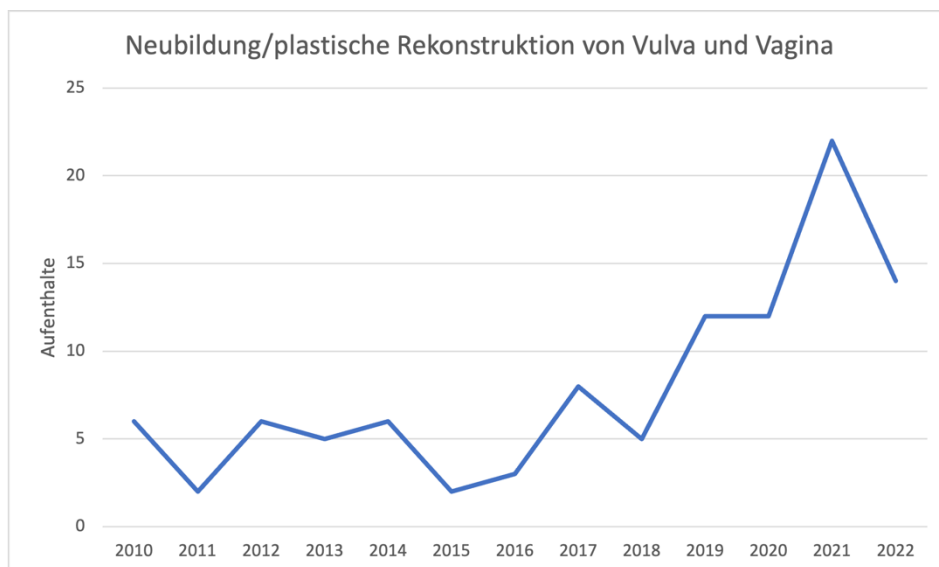
Stationäre Aufenthalte 2010-2022, Altersgruppe 15-24 Jahre

Diagnose F64 Störung der Geschlechtsidentität

Leistungen QE060 subkutane und QE080 totale Mastektomie ohne axilläre Lymphadenektomie

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

Die Steigerungsrate bei Neubildung einer Vagina als „Therapie“ bei der Diagnose Geschlechtsdysphorie beträgt im Beobachtungszeitraum bis 2021 ca. 3000 %. Der Knick nach unten ist möglicherweise noch eine administrative Folge der Corona-Pandemie.

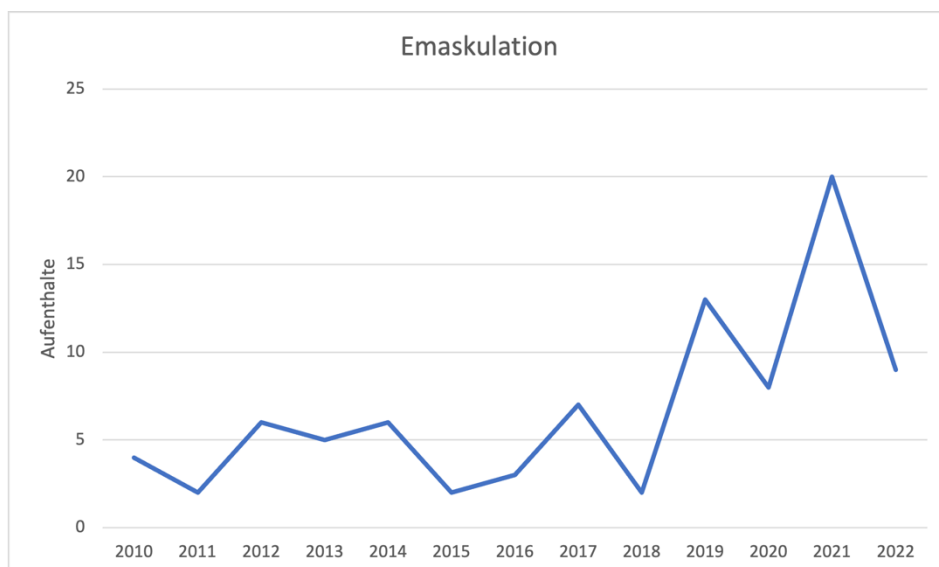


Stationäre Aufenthalte 2010-2022, Altersgruppe 15-24 Jahre, Diagnose F64 Störung der Geschlechtsidentität,

Leistung JL070 Neubildung/plastische Rekonstruktion von Vulva und Vagina

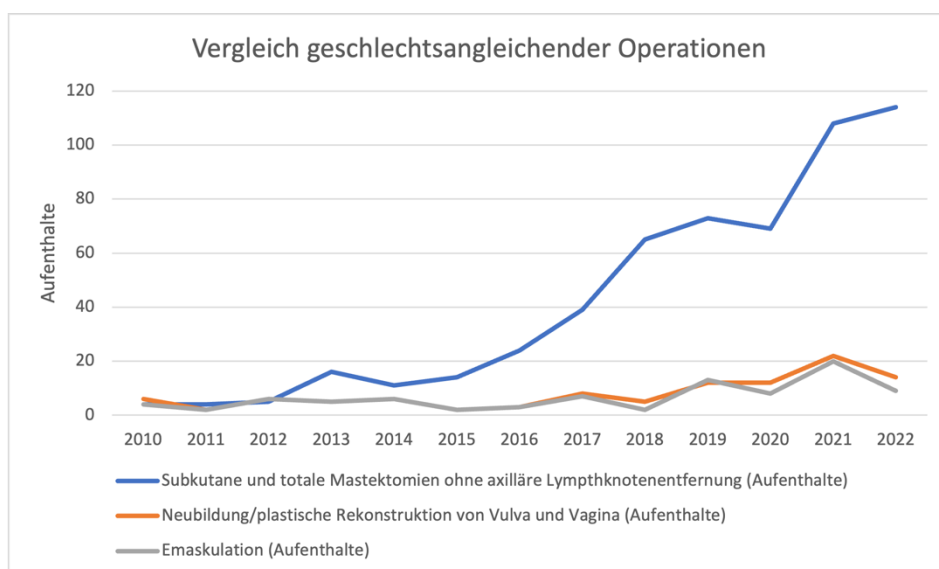
Quelle: Diagnosen- und Leistungsdokumentation des BMSGPK, GÖG-eigene Darstellung

Die Steigerungsrate von Emaskulation (operative Entfernung von Penis und Hoden) als „Therapie“ bei der Diagnose Geschlechtsdysphorie beträgt im Beobachtungszeitraum bis 2021 4000 %. Der Knick nach unten ist möglicherweise noch eine administrative Folge der Corona-Pandemie.



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

Im direkten Vergleich zeigt sich sehr deutlich, dass chirurgische Maßnahmen vor allem an Mädchen und jungen Frauen zur „Therapie“ der Geschlechtsdysphorie vorgenommen werden. Zu Penoidaufbau bei jungen Frauen/Mädchen liegen uns keine Daten vor.



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

In 9.1 wurde dargelegt, wie lückenhaft das Wissen um die tatsächliche psychosoziale, mentale und entwicklungspsychologische Situation der Kohorte junger Menschen ist, die über Geschlechtsdysphorie berichten. Wir machen hier Vorschläge und erheben Forderungen, wie die Evidenzlücken geschlossen werden können und die Beratungs- und Behandlungsqualität gesichert werden kann. Wir brauchen eine neutrale, nicht von gesellschaftlichen und politischen Interessen getriebene Gesundheitsversorgung für diese jungen Menschen.⁸²

- 1 **Studie:** Follow-up über die letzten zehn Jahre aller mit GAC behandelter Kinder und Jugendlicher sowie junger Erwachsener in Österreich in Bezug auf die Outcomes:
 - medizinisch: Funktionalität der betroffenen Organsysteme
 - Lebenszufriedenheit, Social functioning, Beziehungsstatus, Psychopathologie
- 2 **Studie:** „Österreichischer Cass Report“ – Status der „Gender Affirming Care“ in Österreich
 - wie viele Kinder und Jugendliche sind in Österreich betroffen?
 - Ursachen des Anstiegs der Mastektomien bei weiblichen Jugendlichen und jungen Frauen
- 3 **Bewertung der Evidenz für GAC** anhand der international vorliegenden Systematic Reviews und Behandlungsempfehlungen in anderen europäischen Ländern
- 4 Auf 1 und 3 beruhende **Richtlinien** für Pädagogik, Medizin und Psychotherapie
- 5 Entwicklung von **verbindlichen Fortbildungscurricula** für alle medizinischen und psychotherapeutischen Berufsgruppen, die an der Beratung und Behandlung von transidentifizierenden Menschen beteiligt sind
- 6 Entwicklung eines unabhängigen **Beratungs- und Behandlungsnetzwerks**. 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**
- 7 **Überprüfung** der öffentlich geförderten Beratungsvereine
 - im Hinblick auf fachliche Qualifikation

⁸² Diese beginnt bereits im Bildungsbereich ab der Primärpädagogik, in dem Lehr- und Unterrichtsmaterialien und Workshop-Angebote zur Anwendung kommen, die die Gender-Ideologie zur Grundlage haben. So tragen Bildungseinrichtungen zur Verbreitung der sozialen Ansteckung bei. Die EGGö wird Empfehlungen für einen Schulleitfaden vorlegen.

- inhaltlich auf die notwendige Neutralität und Zurückhaltung bei der Einleitung sämtlicher Transitionsschritte
- im Hinblick auf die Transparenz beim Einsatz öffentlicher Fördermittel (Controlling)

Schlussbemerkung

Die Debatte, Frau oder Mann zu sein, hänge nicht vom biologischen Geschlecht, sondern ausschließlich vom Gefühl der „Geschlechtsidentität“ ab, war bis vor etwa zehn Jahren auf aktivistische Subkulturen und Uni-Seminare beschränkt. In kürzester Zeit hat diese Ansicht international Mainstream-Medien, Politik, Gesundheits- und Bildungssysteme erfasst. Sie ist vom Großteil der Bürgerinnen und Bürger – jedenfalls in ihren konkreten Auswirkungen unbemerkt – auch in Österreich angekommen. Ein besonders besorgniserregendes Beispiel ist die (medizinische) Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Menschen bis zum Alter von 25 Jahren, die sich selbst als „transident“ sehen oder unter Geschlechtsdysphorie leiden. In diesen Altersgruppen steigen die Zahlen irreversibler medizinischer Eingriffe rasant.

In vielen Bereichen des öffentlichen Lebens geht es um Fairness und Aufmerksamkeit für die Bedürfnisse von Menschen, die einer Minderheit angehören – und unser gesellschaftlicher Konsens sieht hier zu Recht maximale Entfaltungsmöglichkeiten vor. Das Thema der Geschlechtsidentität ist jedoch inhärent durch die Vermischung von moralischen, politischen mit (sozial)medizinischen und gesundheitlichen Fragen bestimmt, weil die Gender-Ideologie mit Medizin und angrenzenden Naturwissenschaften wie Biologie vermischt wird. Manchmal mag man den Eindruck gewinnen, dass sich die Ideologie der gesamten gesellschaftlichen Wahrnehmung von Geschlechtlichkeit bemächtigt hat.

Die Medizin soll gesellschaftliche Probleme lösen, die sich der mentalen, psychischen und körperlichen Existenz des betroffenen jungen Menschen sozusagen bemächtigt haben; und sie gibt sich – nicht zum ersten Mal in der Geschichte⁸³ – dazu auch her.⁸⁴

Die Gender-Ideologie ersetzt die Leiblichkeit des Menschen durch eine „Identität“, die ohne Körper auskommt; das resultiert in einer Art Körper-Geist-Spaltung. Wenn ich nicht mein Körper bin, kann der Körper als nur zufälliger Anhang beliebig kommodifiziert werden, um meinen Ideen von mir selbst angepasst zu werden.

⁸³ Manche vergleichen die Folgen durch die Gender Affirming Medicine mit anderen medizinischen Skandalen wie der Lobotomie (vgl. Kaltiala, 2023) oder der Opioid-Krise in den USA.

⁸⁴ Vor ca. 20 Jahren gab es in den USA eine Klinik, in der geschlechtsdysphorische Jugendliche beraten und behandelt wurden. Heute gibt es mehr als 300 solche Einrichtungen. Der potentielle Umsatz von Gender Affirming Medicine wird auf etwa 1,3, Milliarden US Dollar geschätzt. Vgl. Shrier, A. (2020).

Daraus ergeben sich gesellschaftliche Ansprüche der Betroffenen und ihrer politischen und gesellschaftlichen Interessenvertreter. Wenn die Körperlichkeit eines Menschen als im Prinzip disponibel, also nicht wesensbestimmend für das Individuum betrachtet wird, ist die nüchterne Abwägung des Nutzens und der Risiken körpermodifizierender medizinischer Maßnahmen ausgesetzt, denn es hat zur Folge, dass diese Maßnahmen nicht mehr unter dem Blickwinkel des gesundheitlichen Nutzens eingeordnet, sondern entlang der moralisch/gesellschaftlichen Bruchlinien und einer wirtschaftswirksamen Verwertung/Nutzbarkeit beurteilt werden.

Diese „ideological capture“ des gesellschaftlichen Diskurses und die „institutional capture“ der medizinischen, pädagogischen sowie der Verwaltungsinstitutionen müssen aufhören.

Dieses Dossier plädiert dafür, wieder eine nüchterne Trennung einzuziehen, der derzeit schlechten medizinischen Praxis den Rücken zu kehren und zur guten medizinischen Praxis der Evidenzbasierung zurückzukehren.

Autorennotiz

Das Dossier ist ein Dokument der EGGö, für das ich die Autorenverantwortung trage. Ich danke allen, die bei der Erstellung dieses Dokuments mit Kommentaren, Kritik, Ideen, Recherchen, Formulierungen, Formatierungen, Zuspruch und Schnaps geholfen haben; ganz besonders gilt mein Dank Elfi Rometsch, die alles begleitet und das Dokument mit ihrer freundlich unerbittlichen Genauigkeit entscheidend verbessert hat, und Dr. Thomas Czypionka, der das Manuskript kritisch gelesen und viele sehr wertvolle Verbesserungen eingebracht hat. Andere möchten namentlich nicht genannt werden; das mag ein Hinweis auf den Zustand der Diskussionskultur zu diesem Thema sein. Fehler gehen auf mein Konto. Wenn Sie welche finden, freue ich mich, wenn Sie mich darauf aufmerksam machen.

Anhang

Quellenverzeichnis

E. *Abbruzzese*, Stephen B. *Levine* & Julia W. *Mason* (2023): The Myth of “Reliable Research”. In: *Pediatric Gender Medicine: A critical evaluation of the Dutch Studies—and research that has followed*, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 49:6, 673-699.

DOI: [10.1080/0092623X.2022.2150346](https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2150346)

Talal *Alzahrani*, Tran Nguyen et al.: Cardiovascular Disease Risk Factors and Myocardial Infarction in the Transgender Population. In: *Circulation* 12(4)/2019.

<https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.119.005597>

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

Michael *Bailey* and Suzanna *Diaz*: Rapid-Onset Gender Dysphoria: Parent Reports on 1,655 Possible Cases. In: *Journal of Open Inquiry in the Behavioral Sciences* (2023).

<https://doi.org/10.58408/issn.2992-9253.2023.01.01.00000012>

Hannah *Barnes*: Time to think. The Inside Story of the Tavistock's Gender Service for Children. Swift Press, (2023) S. 99-102.

Sallie *Baxendale*: The Impact of Suppressing Puberty on Neuropsychological Function. In: *TechRxiv*. January 14, 2024. DOI: [10.22541/au.170446841.14546991/v2](https://doi.org/10.22541/au.170446841.14546991/v2)

Tracy A. *Becerra-Culqui*, Yuan *Liu* et al.: Mental Health of Transgender and Gender Nonconforming Youth Compared With Their Peers. In: *Pediatrics*. 141(5)/2018.

<https://doi.org/10.1542/peds.2017-3845>

Michael *Biggs*: Revisiting the effect of GnRH analogue treatment on bone mineral density in young adolescents with gender dysphoria. In: *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, vol. 34, no. 7/2021, S. 937-939. <https://doi.org/10.1515/jpem-2021-0180>

Ray *Blanchard*: The concept of autogynephilia and the typology of male gender dysphoria. In: *J Nerv Ment Dis*. 177(10)/1989, S. 616-23. PMID: 2794988

DOI: [10.1097/00005053-198910000-00004](https://doi.org/10.1097/00005053-198910000-00004)

Ebd. In: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Band 177, Nummer 10, Oktober 1989, S. 616-623.

Gary *Butler*, Nastasja *De Graaf* et al.: Assessment and support of children and adolescents with gender dysphoria. In: Arch Dis Child. 103(7)/2018, S. 631-636.

<https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-314992> Epub 2018 Apr 12. PMID: 29650510

Valeria *Bustos*, Samyd S. *Bustos* et al.: Regret after Gender-affirmation Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence. In: Plast Reconstr Surg Glob Open. 9(3)2021.

DOI: [10.1097/GOX.00000000000003477](https://doi.org/10.1097/GOX.00000000000003477)

Polly *Carmichael*, Gary *Butler* et al.: Short-term outcomes of pubertal suppression in a selected cohort of 12 to 15 year old young people with persistent gender dysphoria in the UK. In: PLoS One. 16(2)/ 2021. DOI: [10.1371/journal.pone.0243894](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243894). PMID: 33529227;

PMCID: PMC7853497

PJ. *Cheng*, AW. *Pastuszak*, JB. *Myers*, IA. *Goodwin*, JM. *Hotaling*: Fertility concerns of the transgender patient. Transl Androl Urol. 2019 Jun;8(3):209-218. DOI: [10.21037/tau.2019.05.09](https://doi.org/10.21037/tau.2019.05.09).

PMID: 31380227; PMCID: PMC6626312

Jennifer S. *Coelho*, Janet *Suen* et al.: Eating Disorder Diagnoses and Symptom Presentation in Transgender Youth: a Scoping Review. In: Curr Psychiatry Rep. 15;21(11)/2019, S. 107. doi: 10.1007/s11920-019-1097-x. PMID: 31617014

J. *Cohn*: [The Detransition Rate Is Unknown | Archives of Sexual Behavior](https://doi.org/10.1007/s10508-023-02623-5). In: Arch Sex Behav **52**(2023) S. 1937-1952. <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02623-5>

Roberto *D'Angelo*, Ema *Syrulnik* et al.: One Size Does Not Fit All: In Support of Psychotherapy for Gender Dysphoria. In: Arch Sex Behav **50**(2021) S. 7–1. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01844-2>

Annelou *de Vries*, Thomas D. *Steensma* et al.: Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study. In: J Sex Med. 8(8)/2011, S. 2276-83.

DOI: [10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x). Epub 2010 Jul 14. PMID: 20646177

Annelou *de Vries*, Jenifer K. *McGuire* et al.: Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. In: Pediatrics. 134(4)/2014, S. 696-704.

DOI: [10.1542/peds.2013-2958](https://doi.org/10.1542/peds.2013-2958). Epub 2014 Sep 8. PMID: 25201798

John W. *Delahunt*, Hayley J. *Denison* et al.: Increasing rates of people identifying as transgender presenting to Endocrine Services in the Wellington region. In: N Z Med J. 131(1468)/2018, S. 33-42. PMID: 29346355

Ahmed *Elhakeem*, Monika *Frysz* et al.: Association Between Age at Puberty and Bone Accrual From 10 to 25 Years of Age. In: JAMA Netw Open. 2(8)/2019.

DOI: [10.1001/jamanetworkopen.2019.8918](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.8918). PMID: 31397863; PMCID: PMC6692837

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

X-L. *Fu*, Y. *Qian*, X-H. *Jin*, et al. Suicide rates among people with serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. In: Psychological Medicine. 2023;53(2):351-361.

DOI: [10.1017/S0033291721001549](https://doi.org/10.1017/S0033291721001549)

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

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

John D. *Haltigan*, Tamara M. *Pringsheim* and Gayathiri *Rajkumar*: Social media as an incubator of personality and behavioral psychopathology: Symptom and disorder authenticity or psychosomatic social contagion? In: Comprehensive Psychiatry, Volume 121/2023, 152362, ISSN 0010-440X.

<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2022.152362> und

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X22000682>, zuletzt konsultiert am 9.2.2024.

(Hg.) Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB);,

Geschlechtsinkongruenz in Österreich. Eine Schätzung der Größenordnung des Phänomens durch Daten aus der Literatur, in Österreich durchgeführten geschlechtsanpassenden Operationen und verordneter hormoneller Therapie. Evidenzbasierte wirtschaftliche Gesundheitsversorgung, EBM/HTA (Wien 2019). Online:

<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.718421&version=1568796537>, zuletzt konsultiert am 9.2.2024

Marco A. *Hidalgo*, Diane *Ehrensaft*, Amy C. *Tishelman*, Leslie F. *Clark*, Robert *Garofalo*, Stephen M. *Rosenthal*, Norman P. *Spack*, Johanna *Olson*: The Gender Affirmative Model: What We Know and What We Aim to Learn. In: Human Development, 1 October 2013; 56 (5):285–290. <https://doi.org/10.1159/000355235>

Elisabeth *Hisle-Gorman*, Corinne A. *Landis* et al.: Gender Dysphoria in Children with Autism Spectrum Disorder. In: LGBT Health. 6(3)/ 2019, S. 95-100.

DOI: [10.1089/lgbt.2018.0252](https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0252). Epub 2019 Apr 2. PMID: 30920347

D. *Hough*, M. *Bellingham*, IR. *Haraldsen* et al.: A reduction in long-term spatial memory persists after discontinuation of peripubertal GnRH agonist treatment in sheep. In:

Psychoneuroendocrinology. 2017 Mar;77:1-8. DOI: [10.1016/j.psyneuen.2016.11.029](https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2016.11.029). Epub 2016 Nov 30. PMID: 27987429; PMCID: PMC5333793

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

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

R. Kaltiala: 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

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

Riittakerttu Kaltiala-Heino, Maria Sumia et al.: Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. In: Child Adolesc Psychiatry Ment Health 9, 9 (2015). <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0042-y>

Daniel Klink, Martine Caris, Annemieke Heijboer, Michael van Trotsenburg, Joost Rotteveel: Bone Mass in Young Adulthood Following Gonadotropin-Releasing Hormone Analog Treatment and Cross-Sex Hormone Treatment in Adolescents With Gender Dysphoria. In: The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, Volume 100, Issue 2, 1 February 2015, pages E270–E275. <https://doi.org/10.1210/jc.2014-2439>

Alexander Korte und Volker Tschuschke: Sturm und Drang im Würgegriff der Medien – Die Leiden der jungen Generation am eigenen Geschlecht. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 51:5/2023, S. 351-365.

J. Kroger, M. Martinussen and J.E. Marcia (2010): Identity status change during adolescence and young adulthood: A meta-analysis. In: Journal of adolescence, 33(5), 683-698.

J. E. Marcia (1980): Identity in adolescence. Handbook of adolescent psychology, 9(11), 159-187.

Stephen B. Levine, E. Abbruzzese: Current Concerns About Gender-Affirming Therapy in Adolescents. In: Curr Sex Health Rep **15** (2023) S. 113–123. <https://doi.org/10.1007/s11930-023-00358-x>

Lisa Littman, Stella O'Malley et al.: Detransition and Desistance Among Previously Trans-Identified Young Adults. In: Arch Sex Behav **53**(2024) S. 57–76. <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02716-1>

Lisa Littman: Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. In: PLoS ONE 13(8)/2018: e0202330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330> and Lisa Littman Correction: Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. PLOS ONE 14(3)/2019: e0214157. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214157>

Aitken Madison, Thomas D Steensma et al.: Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. In: J Sex Med. 12(3)/2015, S. 756-63. DOI: [10.1111/jsm.12817](https://doi.org/10.1111/jsm.12817). Epub 2015 Jan 22. PMID: 25612159

Lisa Marchiano (2017): Outbreak: On Transgender Teens and Psychic Epidemics. In: Psychological Perspectives, 60:3, 345-366, DOI: [10.1080/00332925.2017.1350804](https://doi.org/10.1080/00332925.2017.1350804)

Boe v. *Marshall*: Expert Report of James Cantor, PhD. United States District Court Middle District of Alabama Northern Division. Online: <https://drupal-files-delivery.s3.amazonaws.com/public/2023-06/Boe-v-Marshall-2023-05-19-Cantor-Report.pdf>, zuletzt konsultiert am 9.2.2024

Dr. *Marshall* Dahl MD and PhD and FRCPC, Jamie L. *Feldman* MD and PhD, Joshua M. *Goldberg* & Afshin *Jaberi* BSc (Pharm) and RPh (2006): Physical Aspects of Transgender Endocrine Therapy. In: International Journal of Transgenderism, 9:3-4, 111-134. DOI: [10.1300/J485v09n03_06](https://doi.org/10.1300/J485v09n03_06)

Mehdi *Moussaïd*, Stefan M. *Herzog* et al.: Reach and speed of judgment propagation in the laboratory. In: Proceedings of the National Academy of Sciences 114(16)/2017, S. 4117-4122. <https://doi.org/10.1073/pnas.1611998114>

Natalie J. *Nokoff*, Sharon L. *Scarbro* et al.: Body Composition and Markers of Cardiometabolic Health in Transgender Youth on Gonadotropin-Releasing Hormone Agonists. In: Transgender Health, 6(2)/2021. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0029>

Nienke M. *Nota*, Chantal M. *Wiepjes* et al.: Occurrence of Acute Cardiovascular Events in Transgender Individuals Receiving Hormone Therapy. Results From a Large Cohort Study. In: Circulation 139(11)/2019, S. 1461-1462. Originally published 18 Feb 2019 DOI: [10.1161/CIRCULATIONAHA.118.038584](https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.118.038584) Circulation. 2019;139:1461–1462.

Debra L. *Safer*, Kim D. *Bullock* et al.: Obsessive-Compulsive Disorder Presenting as Gender Dysphoria/Gender Incongruence: A Case Report and Literature Review. In: Clinical Case Reports 2(3)/2016. DOI:<https://doi.org/10.4158/EP161223.CR>

John F. *Strang*, Lauren *Kenworthy* et al.: Increased gender variance in autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorder. In: Arch Sex Behav. 43(8)/2014, S. 1525-33. DOI: [10.1007/s10508-014-0285-3](https://doi.org/10.1007/s10508-014-0285-3) Epub 2014 Mar 12. PMID: 24619651

Jack L. *Turban*, Noor *Beckwith* et al.: Association Between Recalled Exposure to Gender Identity Conversion Efforts and Psychological Distress and Suicide Attempts Among Transgender Adults. In: JAMA Psychiatry. 77(1)/2020, S. 68–76. [PMC6739904](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/326739904/) DOI: [10.1001/jamapsychiatry.2019.2285](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.2285)

Jack L. *Turban*, Stephanie S. *Loo* et al.: Factors Leading to “Detransition” Among Transgender and Gender Diverse People in the United States: A Mixed-Methods Analysis. In: LGBT Health. 8(4)/ 2021, S. 273-280. PMID: [PMC8213007](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33794108/) DOI: [10.1089/lgbt.2020.043](https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.043), Epub 2021 Mar 31. PMID: 33794108; PMID: [PMC8213007](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33794108/)

Jack L. *Turban* and Diane *Ehrensaft*: Research Review: Gender identity in youth: treatment paradigms and controversies. In: J Child Psychol Psychiatr, 59/2018, S. 1228-1243. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12833>

Kenneth J. *Zucker*: Debate: Different strokes for different folks. In: Child and Adolescent Mental Health, 25(1)/2020, S. 36-37. <https://doi.org/10.1111/camh.12330>

Kenneth J. Zucker: Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. In: Sexual Health 14/2017, S. 404-411.

Kenneth J. Zucker: The myth of persistence: Response to “A critical commentary on follow-up studies and ‘desistance’ theories about transgender and gender non-conforming children” by Temple Newhook et al. (2018). In: International Journal of Transgenderism, 19:2, 231-245. DOI: [10.1080/15532739.2018.1468293](https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1468293)

Onlinequellen

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

BfArM – ICD-11 in Deutsch _ Entwurfsfassung.

https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html, zuletzt konsultiert am 9.2.2024

<https://statsforgender.org>, zuletzt konsultiert am 9.2.2024

[Number of referrals to GIDS - Gender Identity Development Service](#), zuletzt konsultiert am 9.2.2024

[Tumblr Transformed American Politics](#), zuletzt konsultiert am 9.2.2024

https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html, zuletzt konsultiert am 9.2.2024

WPATH POSITION ON “Rapid-Onset Gender Dysphoria (ROGD)”. Online:

https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Public%20Policies/2018/9_Sept/WPATH%20Position%20on%20Rapid-Onset%20Gender%20Dysphoria_9-4-2018.pdf, zuletzt konsultiert am 9.2.2024

[What is gender-affirming care? Your questions answered | AAMC](#), zuletzt konsultiert am 9.2.2024

[EP57 - The Eunuch Makers - With Eliza Mondegreen](#), Online:

<https://www.youtube.com/watch?v=NB069ziTUNc>, zuletzt konsultiert am 9.2.2024

[The secret life of gender clinicians - UnHerd](#), zuletzt konsultiert am 9.2.2024

<https://www.pschyrembel.de/Tanner-Stadien/K0M7C>, zuletzt konsultiert am 9.2.2024

[NICE](#), zuletzt konsultiert am 9.2.2024

[Gender dysphoria in children and adolescents: an inventory of the literature](#), zuletzt konsultiert am 9.2.2024

Iris Pasternack, Inka Söderström et al: [Lääketieteelliset menetelmät sukupuolivariaatioihin liittyvän dysforian hoidossa. Systemaattinen katsaus. Summaryx Oy \(Helsinki 2019\). Online:](#)

<https://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/22895008/Valmistelumuistion+Liite+1.+Kirjallisuuskatsaus.pdf/5ad0f362-8735-35cd-3e53-3d17a010f2b6/Valmistelumuistion+Liite+1.+Kirjallisuuskatsaus.pdf?t=1592317703000>, zuletzt konsultiert am 9.2.2024

Eine nicht offizielle Übersetzung der aus der Systematic Review abgeleiteten Guidelines ins Englische unter:

https://segm.org/sites/default/files/Finnish_Guidelines_2020_Minors_Unofficial%20Translation_0.pdf, zuletzt konsultiert am 9.2.2024

<https://cass.independent-review.uk/>, zuletzt konsultiert am 9.2.2024

<https://www.drugs.com/sfx/triptorelin-side-effects.html#serious-side-effects>, zuletzt konsultiert am 9.2.2024

<https://chaingepeergroup.at/oesterreichische-mastek-chirurginnen/>, zuletzt konsultiert am 9.2.2024.

[Evidence base – Gender Identity Development Service](#), zuletzt konsultiert am 9.2.2024

[Gewalt gegen LGBTIQ-Personen: So queerfeindlich ist Österreich](#), zuletzt konsultiert am 9.2.2024

<https://link.springer.com/article/10.1007/s10508-023-02623-5/tables/1>, zuletzt konsultiert am 9.2.2024.

[Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch | Richtlijndatabase](#), zuletzt konsultiert am 9.2.2024.

[The 2023 Dutch Debate Over Youth Transitions | SEGM](#), zuletzt konsultiert am 9.2.2024

[NJB: Blog – Transgenderzorg aan kinderen. Juridische bedenkingen bij het Dutch Protocol \(2018\)](#), zuletzt konsultiert am 9.2.2024

<https://kindermedika.at/monographie/10488/leuprorelin>, zuletzt konsultiert am 9.2.2024

<https://blogs.bmj.com/bmjebmspotlight/2019/02/25/gender-affirming-hormone-in-children-and-adolescents-evidence-review/>, zuletzt konsultiert am 10.2.2024

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. Regenery 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

Sweden's U-Turn on Trans Kids: The Trans Train (Part 1): The New Patient Group & Regretters

Sweden's U-Turn on Trans Kids: The Trans Train (Part 2): Other Issues, Talk Therapy and Suicidality

Sweden's U-Turn on Trans Kids: The Trans Train (Part 3): Regret, Reassessment & Policy Reversal

Sweden's U-Turn on Trans Kids: The Trans Train (Part 4): Puberty Blockers, Complications and Consent

The transgender protocol

Niederländische TV-Doku zum „Dutch Protocol“ (englische Untertitel) [The transgender protocol](#)

Trans – der schwierige Weg zum eigenen Geschlecht

WDR-Dokumentation

trans* - Der schwierige Weg zum eigenen Geschlecht | WDR Doku

Detrans. Wenn die Trans-OP nicht glücklich macht

ZDF-Dokumentation

37° Leben: Detrans – wenn die Trans-OP nicht glücklich macht – ZDFmediathek

Diskussion von 7 Detransitioners: [Detrans Awareness Day Panel Discussion With Detransitioners For 'No Way Back' Documentary](#)

The Lost Boys: Searching for Manhood. In The Lost Boys five young men describe their experiences with gender dysphoria as they wrestled with feelings of inadequacy as men, and their ultimate pursuit to find peace in their natural bodies.

The Lost Boys: Searching for Manhood

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-car>

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>

Parents of ROGD Kids: https://www.parentsofrogdkids.com/wer-wir-sind?utm_source=substack&utm_medium=email

EGGÖ <https://www.eggoe.at/>