



LAND
BRANDENBURG

Ministerium für Soziales,
Gesundheit, Integration
und Verbraucherschutz

**GESUNDHEITLICHE
VERSORGUNG
VON TRANS*PERSONEN
IM LAND BRANDENBURG**

Dokumentation vom Fachtag
am 5.12.2023

Inhalt	3
Einleitung	5
Grußwort von Dr. Antje Töpfer	6
Grußwort von Dr. med. Stefan Roßbach-Kurschat	7
Übersicht über die Vorträge	8
Vortrag I: Trans Kinder und ihre Familien in Brandenburg	9
Frage- und Austauschrunde	11
Vortrag II: Gesundheitliche Versorgung von trans* Kindern und Jugendlichen	12
Frage- und Austauschrunde	18
Vortrag III: Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Jugendalter: Komplexe Behandlungsentscheidungen als interdisziplinäre Herausforderung	18
Frage- und Austauschrunde	22
Vortrag IV: Psychologische Begleitung aus Sicht niedergelassener Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen.....	23
Frage- und Austauschrunde	24
Gesprächsrunden zu Fachthemen	28
Thementisch I: Gesundheitliche Versorgung von trans* Kindern und Jugendlichen	27
Thementisch II: Psychologische Begleitung von trans* Kindern und Jugendlichen – Praxiserfahrungen und Stolpersteine	28
Thementisch III: Eltern von trans* Kindern – Einsichten und Herausforderungen	30
Einblicke: Ausstellung „Max ist Marie. Mein Sohn ist meine Tochter ist mein Kind.“	32
Zusammenfassung und Ausblick: Ergebnisse, Bedarfe und Forderungen	34
Danksagung	38
Glossar	39

Trotz großer Fortschritte hinsichtlich ihrer rechtlichen Gleichstellung und gesellschaftlichen Anerkennung erleben LSBTIQ*-Personen noch immer in nahezu allen Lebensbereichen Ausgrenzung, so auch in der gesundheitlichen Versorgung. Besonders problematisch ist dabei die Situation von jungen **trans***¹-Personen. Sie erleben in Kindertages- und Bildungseinrichtungen sowie im Gesundheitswesen, aber auch in ihren Herkunftsfamilien häufig Ablehnungen und Diskriminierungen.

Im Juni 2016 beschloss der Brandenburger Landtag die Erarbeitung des [„Aktionsplans Queeres Brandenburg“](#), der darauf abzielt, die Lebenssituation von LSBTIQ*-Personen in Brandenburg zu verbessern und auch für die spezifischen Bedarfe im Bereich der gesundheitlichen Versorgung zu sensibilisieren. Vor diesem Hintergrund veranstaltete das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg in Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg am 05.12.2023 einen Fachtag zur gesundheitlichen Versorgung junger trans* Personen im Land Brandenburg. Dabei wurde die Fachbene des Ministeriums in ihrer Planung und Gestaltung des Fachtags maßgeblich vom Verein [Trans-Kinder-Netz e.V.](#) beraten.

Insbesondere im Hinblick auf die im Kontext von **Transgeschlechtlichkeit** erwogenen medizinischen und therapeutischen Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen, ist ein informationsgeleitetes und interdisziplinäres Vorgehen notwendig. Ziel des Fachtags war es somit, durch den fachlichen Austausch und den Zugang zu Informationen über die

Lebensrealitäten und Bedarfe von trans* Kindern und Jugendlichen, das Wissen der teilnehmenden Fachkräfte zu erweitern. Die Veranstaltung richtete sich an niedergelassene (Kinder-) Ärzt*innen, medizinisches Personal, Psycholog*innen, psychologische Psychotherapeut*innen sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen. Knapp 60 Teilnehmer*innen haben sich zum Fachtag „Gesundheitliche Versorgung von trans* Personen im Land Brandenburg – Kinder und Jugendliche im Blick“ zusammengefunden. Im Anschluss an die Veranstaltung hatten die Anwesenden die Möglichkeit, an einer Führung von Jasha Maxim Dreyer, Mitarbeiter der Landeskoordinierungsstelle Queeres Brandenburg², durch die vor Ort gezeigte Ausstellung „Max ist Marie. Mein Sohn ist meine Tochter ist mein Kind“ der Künstlerin Kathrin Stahl³ teilzunehmen. Die Ausstellung wurde durch den Verein Katte e. V. zur Verfügung gestellt.

Mit dieser Dokumentation werden nun die Ergebnisse und Forderungen des Fachtags allen Teilnehmenden und auch Interessierten zugänglich, die nicht persönlich teilnehmen konnten.

1 Einige Begriffe in dieser Dokumentation sind bei Erstverwendung **fett** markiert. Zu diesen finden Sie am Ende des Textes im Glossar eine Erläuterung.

2 vgl. hierzu: <http://queeres-brandenburg.info/index.php/landeskoordinierungsstelle>

3 vgl. hierzu: <http://queeres-brandenburg.info/index.php/aktionsplan/ausstellungen/18-max-ist-marie-kathrin-stahl>

Grußwort

von Dr. Antje Töpfer



Dr. Antje Töpfer

Staatssekretärin des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg

Zu Beginn der Tagung wurden die Teilnehmenden von Dr. Antje Töpfer begrüßt. Sie betont die besondere Herausforderung für die behandelnden Fachkräfte und die Sorgeberechtigten, trans* Minderjährige auf dem Weg zur eigenen geschlechtlichen Identität zu unterstützen und sie zugleich vor Schäden zu bewahren. Dabei weist sie auf eine Empfehlung des Deutschen Ethikrats von Februar 2020⁴ hin und betont, dass „Nicht nur die in Betracht gezogenen Behandlungsmöglichkeiten, sondern auch die Unterlassung von Behandlungen durch Abwarten schwerwiegende und teils irreversible Folgen nach sich ziehen kann. Das Fachpersonal steht daher in einer besonderen Verantwortung, die Vorstellungen und Wünsche von trans* Kindern und Jugendlichen entsprechend ihrer Reife und ihres Alters anzuhören und in der Behandlung zu berücksichtigen.“ Um dieser Verantwortung gerecht zu werden, bedarf es, so Dr. Töpfer, fundiertem Wissen zum Thema Transgeschlechtlichkeit. Dieses Wissen sollte den Aushandlungs- und Abwägungsprozess leiten.

„Kinder und Jugendliche, die trans*, inter* oder nicht-binär sind, zu schützen, ist die Aufgabe der Landesregierung: Das bedeutet, Bedingungen schaffen, die dazu beitragen, dass alle Kinder und Jugendlichen in Brandenburg gut und gesund aufwachsen können. [...]

Von der Schuleingangsuntersuchung über die medizinische Grundversorgung bis hin zur angemessenen endokrinologischen Behandlung: Junge trans*-Menschen sollen im Prozess der Transition fachlich fundiert und psychologisch begleitet werden.

Denn: Kinder und Jugendliche sind eine besonders vulnerable Gruppe.“

⁴ vgl. hierzu: [Deutscher Ethikrat](#)

Grußwort

von Dr. med. Stefan Roßbach-Kurschat



Dr. med. Stefan Roßbach-Kurschat

Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes
der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg

Das Grußwort von Dr. med. Stefan Roßbach-Kurschat stützt sich ebenso auf den vorangegangenen Appell nach sensibler und bedarfsorientierter transspezifischer Gesundheitsversorgung. Er verweist auf den Paradigmenwechsel durch die Entpathologisierung von Transgeschlechtlichkeit im seit 2022 gültigen Diagnosekatalog ICD-11 sowie auf die notwendigen Reformen, die mit der für November 2024 in Aussicht gestellten Einführung des Selbstbestimmungsgesetzes⁵ einhergehen. Dass nach Jahren der pathologisierenden Grundannahmen in der medizinischen Versorgung von trans* Personen nun eine Neuorientierung stattfindet, sei längst überfällig. Es brauche Räume, in denen Gesundheitsfachkräfte - wie Ärzt*innen - ihrer besonderen Verantwortung in der Sicherstellung der angemessenen Gesundheitsversorgung nachkommen. Dr. med. Stefan Roßbach-Kurschat betont die besondere Sensibilität, derer es bedarf, um trans* Personen ärztlich zu begleiten. Denn gerade in Bezug auf Identitätsfindung brauche es besondere Sensibilität und Wertschätzung des Erlebens der Betroffenen.

„Es ist wichtig, dass wir uns als Gesellschaft und medizinische Fachgruppen dafür einsetzen, dass alle Menschen, unabhängig von ihrer Identität und ihrem Geschlecht, einen freien, ungehinderten Zugang zu einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung haben.“

„Kinder und Heranwachsende wollen und müssen wahrgenommen werden als eigene Persönlichkeit: Ihre eigenen Vorstellungen, ihr eigenes Erleben und Selbstbild stehen im Vordergrund.“

⁵ vgl. hierzu: [7 Deutscher Bundestag - Namentliche Abstimmungen](#)

Übersicht über die Vorträge

Zur Tagung wurden Vorträge präsentiert von

- einer Vertreterin des Vereins Trans-Kinder-Netz e. V.,
- Dr. med. Klaus-Peter Liesenkötter,
- Dipl.-Pol., Dipl.-Soz.Päd. (FH) Willy-Gerd Müller-Rehberg und
- Prof. Dr. med. Georg Romer (online aus Münster).

Im Folgenden sind die jeweiligen Vortragsinhalte zusammengefasst dargestellt.

Eine Elternberaterin und zugleich Vertreterin des Vorstands des Trans-Kinder-Netz e. V. berichtet in ihrem Eröffnungsvortrag aus der Perspektive eines Elternteiles eines trans* Kindes. Dabei konzentriert sie sich auf die Erfahrungen im Gesundheits- und Schulsystem sowie des familiären Umfelds ihres eigenen Kindes. Eine besondere Rolle nimmt dabei die infrastrukturelle Leerstelle der Versorgung von trans* Kindern im ländlichen Raum ein, die durch einen Mangel an Fachpersonal sowie daraus resultierenden weiteren Anfahrtswegen und langen Wartezeiten. Im Vortrag wird auf die Notwendigkeit einer fachlich fundierten Begleitung und Beratung sowie eines akzeptierenden familiären und schulischen Umfelds appelliert. Als zentrale Forderungen werden der Ausbau sowie die Verbesserung der gesundheitlichen und psychosozialen Begleitung von trans* Kindern und Jugendlichen in Brandenburg benannt.

Dr. med. Klaus-Peter Liesenkötter, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Kinderendokrinologe/-diabetologe und Systemischer Kinder- und Jugendlichentherapeut, vermittelt in seinem Vortrag grundlegendes Wissen zur gesundheitliche Versorgung von trans* Kindern und Jugendlichen. Der Input fußt auf relevante Statistiken, sowie Leitlinien

zu hormonsuppressiven und geschlechtsangleichenden (Hormon-)Therapiemöglichkeiten. Zudem werden die Wirkungsweisen dieser Therapiemöglichkeiten dargestellt. Auf der Grundlage konkreter Fallbeispiele wird dargestellt, dass in der Behandlung von trans* Kindern und Jugendlichen ein besonderer Fokus auf die individuellen Bedarfe zu richten sei, statt einem linearen Verständnis der Transition zu folgen.

Daran angelehnt konzentriert sich Prof. Dr. med. Georg Romer, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Leiter der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie am Universitätsklinikum Münster im Fachvortrag auf die Komplexität der Behandlung von Transgeschlechtlichkeit im Jugendalter als interdisziplinäre Herausforderung. Dabei wird ein ethisches Behandlungsdilemma skizziert, das sich aus dem Spannungsfeld zwischen Einwilligungsfähigkeit, Einschätzbarkeit der Persistenz der geschlechtlichen Identität und einem Leidensdruck aus irreversiblen Fortschreiten der Reifeentwicklung bei trans* Kindern und Jugendlichen ergibt. Fragen der Diagnosesicherung sowie der Angemessenheit und langfristigen Auswirkungen der Behandlung – bspw. in Bezug auf Fertilitätssicherung – werden in diesem Fachbeitrag fokussiert.

Dipl.-Pol., Dipl.-Soz.Päd. (FH) Willy-Gerd Müller-Rehberg, Supervisor, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Sitz in Angermünde und Berlin und langjährigem Behandlungswissen mit der Zielgruppe trans* Kinder und Jugendliche, zentriert im Fachvortrag grundlegende Informationen zur sensiblen Begleitung von trans* Kindern und Jugendlichen sowie ihrer Angehörigen. Die Bedeutung eines respektvollen Umgangs mit den Kindern und Jugendlichen sowie des Einbezugs der Eltern werden an konkreten Praxisbeispiele dargestellt.



Trans-Kinder-Netz e.V.

Inputvortrag von einer Elternberaterin
des Trans-Kinder-Netz e. V. (TRAKINE e.V.)

Eine Vertreterin des Vorstands und Elternberater*in des Vereins Trans-Kinder-Netz e. V. eröffnet den fachlichen Teil der Veranstaltung mit einem Einführungsvortrag zur Situation von trans* Kindern und ihren Familien im Land Brandenburg. Vorgestellt wird darin zunächst der Verein Trans-Kinder-Netz e. V. Schwerpunktsetzung des Vereins ist der Erfahrungsaustausch zwischen trans* Kindern und Jugendlichen sowie ihren Familien, Vernetzung sowie eine gemeinsame Positionierung zu gegenwärtigen gesundheits- und gesellschaftspolitischen Themen wie bspw. zum Entwurf für ein Selbstbestimmungsgesetz⁶.

Zudem werden im Fachvortrag eigene Erfahrungswerte als Elternteil eines trans* Kindes dargestellt. Der Vortrag skizziert somit lebensnah den teilweise langwierigen (Transitions-)Prozess, den Eltern mit ihren Kindern gehen. Die Transgeschlechtlichkeit des eigenen Kindes erlebte die Vortragende als Elternteil zunächst als eine überaus her-

ausfordernde Situation, da diese Fragen und Sorgen hinsichtlich der Zukunft des Kindes auslöste. Erschwerend kamen die erlebten Erfahrungen in der Schule hinzu. Das führte bei ihrem Kind zu psychischen Belastungen und damit verbundenen psychosomatischen Symptomen. In der Schule musste die Familie diskriminierende Erfahrungen wie bspw. die Verwendung des falschen Vornamens und/oder Pronomens, das Festhalten an dem biologischen Geschlecht zugordneten Regelungen hinsichtlich der Toilettennutzung sowie der daran angelehnten Geschlechtszuordnung im Sport- und Schwimmunterricht ertragen. Diese Erfahrungen stellten eine zusätzliche Belastungssituation dar. Auch im Gesundheitswesen, so wird im Einführungsinput deutlich, seien trans* Kinder und Jugendliche diskriminierenden Situationen ausgesetzt, bspw., wenn Fachpersonal die Transidentität nicht ernst nähme oder als eine „Phase“ einordne. Es bestehe bei diesen Erfahrungen der Nichtakzeptanz der eigenen Geschlechtsidentität eine erhöhte Gefahr für Suizidalität, Selbstverletzung, Depressionen, Zwangshandlungen und Angstzustände.

Die Unterstützung durch eine transensible therapeutische Begleitung wird im Einführungsvortrag auf der Grundlage eigener Erfahrungen als eine der wichtigsten Ressourcen und Faktoren in der gesundheitlichen Versorgung von trans* Kindern und Jugendli-

6 Stellungnahme von TRAKINE e. V. zum Entwurf eines Selbstbestimmungsgesetzes: https://www.trans-kinder-netz.de/files/pdf/20230529_Stellungnahme_Trakine_SBGG.pdf [zuletzt 03.03.2024]. Ein Selbstbestimmungsgesetz (SBGG) soll das in vielen Teilen vom Bundesverfassungsgericht für verfassungswidrig erklärte Transsexuellengesetz (TSG), das seit 1981 die Vornamens- und Personenstandsänderung für trans* Personen regelt, ersetzen.

chen herausgestellt. Zudem wird betont, wie wichtig es sei, das geschlechtliche Erleben von Kindern und jungen Menschen anzuerkennen und sie in ihrer Selbstwahrnehmung ernst zu nehmen. Als Elternteil stehe die Unterstützung des eigenen Kindes im Vordergrund. Die Kinder sollten, so wird im Einführungsvortrag unterstrichen, bezüglich der jeweiligen Schritte in den Transitionsprozess einbezogen werden und selbst entscheiden können.

Im Weiteren wird auf die spezifischen Gegebenheiten in Brandenburg eingegangen. Aus den eigenen Erfahrungen und den Erfahrungen aus der Elternberatung wird dargestellt, wie herausfordernd es ist, im Land Brandenburg fachlich erfahrene Ansprechpartner*innen zu finden, die für die Themen von trans* Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern sensibilisiert sind. Fehlendes Fachwissen von (Kinder-)Ärzt*innen und psychologischen Psychotherapeut*innen, wenn es um transitionsspezifische Fragestellungen geht – seien sie rechtlich oder pubertätsspezifisch – führe im Flächenland Brandenburg zu einer zeitintensiven Suche nach fachkundigen Endokrinolog*innen, Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen und in der Folge zu zum Teil langen Anreisewegen. Längere Fahrtzeiten führen wiederum zu Fehlzeiten in der Schule. Zudem stellen diese langen Anreisewege für viele Eltern eine zusätzliche finanzielle Belastung dar und erfordern unter der Woche zusätzliche Ressourcen, um zu Fachärzt*innen oder Trans-/Transitionsberatungsstellen zu reisen. Dies mit den beruflichen und familiären Verpflichtungen zu vereinbaren, stellt eine enorme belastende Situation für viele Eltern dar. Die betroffenen trans* Kinder und Jugendlichen und ihre Eltern stehen entsprechend vor großen Hürden, um in Brandenburg psychologische und/oder transitionsspezifische Unterstützung zu erhalten.

Der Verein Trans-Kinder-Netz e. V. macht auf den unzureichenden Zugang zu gesundheitlicher Beratung und Behandlung von trans* Kindern und Jugendlichen im Land Brandenburg aufmerksam. In Berlin, wo es wiederum eine größere Zahl fachlich erfahrener Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen oder Endokrinolog*innen gäbe, lägen Wartezeiten für entsprechende Termine bei Fachärzt*innen zum Teil bei zwei Jahren. Es wird im Einführungsvortrag darauf hingewiesen, dass die damit im Zusammenhang stehende unzureichende Gesundheitsversorgung für trans* Kinder und trans* Jugendliche vor dem Hintergrund des bereits skizzierten erhöhten Suizidrisikos und der psychosomatischen Folgen der Belastungssituation lebensgefährlich sei.

„Dann wächst mir eine Scheide.
Es gibt in echt eine Fee, die mich
in ein echtes Mädchen verzaubern
kann, ich möchte lange Haare und
eine Scheide haben, dann trage ich
richtige Mädchenkleider.“

„Ich bin ein Junge. Das war ich
schon immer. Mir ist nur etwas
Falsches gewachsen.“

„Ohne gegengeschlechtliche
Hormone könnte ich nicht leben.“

Zitate von trans* Kindern
und Jugendlichen
aus dem Einführungsvortrag

Trans-Kinder-Netz e. V. (TRAKINE e.V.)

Ein Verein von Eltern und Familienangehörigen mit trans* Kindern und trans* Jugendlichen. Das Trans-Kinder-Netz wurde 2012 als Elterninitiative gegründet. Eltern vernetzten sich, um anderen Eltern von trans* Kindern und trans* Jugendlichen mit ersten Informationen zum Thema zur Seite zu stehen und einen Erfahrungsaustausch zu ermöglichen. Zielgruppen sind in erster Linie die Kinder und Jugendlichen, jedoch genauso ihre Eltern, Großeltern und Geschwister. Seit 2014 setzt sich Trans-Kinder-Netz e.V. als eingetragener Verein dafür ein, trans* Kindern und trans* Jugendlichen ein Leben ohne Stigmatisierung zu ermöglichen und ihnen das Gefühl zu geben, ernst genommen, geliebt zu werden und ein Teil der Gesellschaft zu sein. Neben Elternberatungen leisten die in dem Verein tätigen Eltern und Familienangehörigen Sensibilisierungsarbeit. Zielgruppen ihrer Sensibilisierungsangebote sind zum Beispiel Erzieher*innen, Pädagog*innen und weitere Fachkräfte in der Kinder- und Jugendhilfe oder (Schul-) Sozialarbeiter*innen.

Frage- und Austauschrunde

Die Fragen der Fachtagsteilnehmer*innen fokussieren vor allem auf Aspekte erlebter psychischer Belastungssymptomen der Kinder. Es wird betont, wie positiv sich eine frühzeitige Unterstützung durch die Eltern und das Eingehen auf die Wünsche des eigenen Kindes ausgewirkt haben. Jedoch wird bei der Beantwortung der Fragen auch noch einmal darauf hingewiesen, dass selbst ein unterstützendes Umfeld die Belastungen durch langwierige und teils diskriminierende Prozesse der Transition nicht komplett auffangen können.

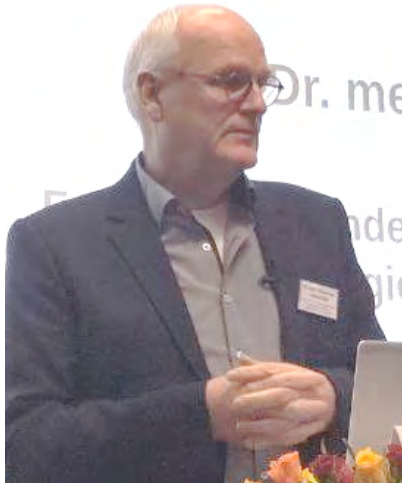
Aus Erfahrungen der Elternberatung und dem Austausch mit anderen Eltern, wird noch einmal deutlich gemacht, dass die Diskriminierung, die trans* Kinder und Jugendliche erfahren, zu schweren psychischen und/oder psychosozialen Folgen, wie beispielsweise Zwangshandlungen der Kinder und Jugendlichen führen können. Für trans* Kinder und Jugendliche und sich um ihre Kinder sorgende Eltern und Angehörige stelle tagtäglich erfahrene Transfeindlichkeit und Transnegativität eine enorme psychische Belastung dar.

Im Weiteren wird auf die Reaktionen von (Nah-)Umfeld, Verwandtschaft und Freund*innen der Familien eingegangen. Die Reaktionen dieses Umfelds seien sehr vielfältig: von „unaufgeregt und akzeptierend“ bis hin zu Warnungen, dass die geschlechtliche Identität des Kindes „nur eine Phase sei“ oder dass das Kind sich „den Weg zurück“ verbauen würde, wenn die Eltern die Identitätswahrnehmungen des Kindes ernst nähmen. Auch Lehrkräfte reagierten zum Teil sehr negativ. Die Eltern berichten davon, dass es den Kindern jedoch zunehmend besser gehe, je mehr die Eltern und das Umfeld auf die Transgeschlechtlichkeit eingingen und die Kinder und Jugendlichen in ihrer geschlechtlichen Identität ernst nähmen.

Das Fachpublikum berichtet zum Teil ebenfalls aus persönlichen Erfahrungen mit der Zielgruppe.

Vortrag II:

Gesundheitliche Versorgung von trans* Kindern und Jugendlichen



Fachvortrag von Dr. med. Klaus-Peter Liesenkötter

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie, Kinderendokrinologie/-diabetologie, Systemischer Kinder- und Jugendlichentherapeut

Dr. med. Liesenkötter skizziert einleitend anhand von Häufigkeiten sowie der Versorgungsleitlinien einen grundlegenden Überblick zum Themenfeld der gesundheitlichen Versorgung von trans* Personen. Die Statistiken zeigen eine starke Zunahme von trans* Kindern, wobei insbesondere der Anstieg bei den trans* Jungen, in den letzten Jahrzehnten auffällt. Hervorgehoben wird dabei, dass die Kinder bei der Erstvorstellung deutlich jünger seien als noch vor einigen Jahrzehnten. Von allen Kindern mit einer Geschlechtssinkongruenz würden sich gegenwärtig 11 % der Kinder als **genderneutral** oder **genderfluid** bezeichnen, was, so Dr. med. Liesenkötter, zu einer großen Herausforderung für die therapeutische und medizinische Begleitung führe. Es gäbe die Entwicklung, dass die gesundheitsversorgende Praxis die klinische Forschung zu überholen scheine. Die gestiegene Nachfrage nach fachärztlicher endokrinologischer und psychotherapeutischer Betreuung von trans* Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie/-inkongruenz übertreffe die Möglichkeiten einer evidenzbasierten und damit adäquaten Versorgung. Ergänzt werden diese Statistiken mit Zahlen zur Prävalenz von Geschlechtsdysphorie unter Jugendlichen: Bei einer angenommenen Prävalenz von 0,3 % der Kinder und Jugendlichen

unter 20 Jahren bedeute dies allein für Berlin, rein statistisch 3.585 Kinder und Jugendliche. Dr. med. Liesenkötter zufolge, würden die Zahlen allerdings schwanken, abhängig von den Diagnosekriterien der Erhebungen.

Vorge stellt werden im Fachvortrag zudem in der Diagnostik verwendete Fragebögen zur Feststellung einer **Transsexualität** oder Transidentität, (u. a. Child Behavior Checklist (CBC) (Fragen zur Erfassung des Verhaltens bei Kindern und Jugendlichen); Youth Self Report (YSR) (Selbsteinschätzungsfragebogen für Jugendliche nach selbst erlebten „geschlechtsatypischen Verhaltensweisen“); Utrecht Gender Dysphoria Skale (Screening zur Beurteilung des Ausmaßes der Geschlechtsdysphorie).

Dr. med. Liesenkötter stellt im Weiteren gültige Klassifikationssysteme für psychische Störungen (DSM-5) und für Krankheiten und verwandte Gesundheitsprobleme (ICD-10 und ICD-11) hinsichtlich ihrer Zuordnung von Geschlechtsdysphorie und Transgeschlechtlichkeit dar. In der seit 2013 gültigen DSM-5 stehe der Leidensdruck im Vordergrund der Diagnosekriterien. In der seit 1990 gültigen ICD-10 stehe Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen die Bezeichnungen

‚F64.0 Transsexualismus‘ und ‚F64.2 Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters‘ für die Diagnose transgeschlechtlicher Erwachsener, Kinder und Jugendlicher zur Verfügung. Die unter den ‚Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen‘ F60-F69 stehenden klinisch-diagnostischen Leitlinien zur Diagnostik von Transgeschlechtlichkeit im Kinder-, Jugend- und Erwachsenenalter (F64.0, F64.2) umfassen den persistierenden Wunsch, im gegenteiligen Geschlecht leben zu wollen. Dr. med. Liesenkötter zufolge, gehe der Wunsch häufig mit dem nach körperlichen Veränderungen hin zur gewünschten Geschlechtsidentität einher.⁷ Zuletzt hebt Dr. med. Liesenkötter hervor, dass die seit 2022 gültige ICD-11 Transgeschlechtlichkeit im Gegensatz zur zuvor gültigen ICD-10 nicht länger als psychische Störung bezeichnet, sondern als ‚Geschlechtsinkongruenz‘. Ein Paradigmenwechsel: Transgeschlechtlichkeit wird somit nicht länger als psychische Krankheit erfasst, sondern entpathologisiert.

Dieses Umdenken zeige sich auch im Hinblick auf die Überarbeitung von Behandlungsleitlinien in den letzten 5 Jahren. Die überarbeitete AWMF-Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung“ von Erwachsenen aus dem Jahr 2018 lege den Grundstein für die Überarbeitung der Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter die im Frühjahr 2024 herauskommen wird. Beide lösen die frühere, pathologisierende Leitlinien ab und richten sich nach der ICD-11, in der die psy-

Die von der AWMF eingeführte S3-Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit“ löste die überholten „Standards zur Begutachtung und Behandlung von Transsexuellen“ ab. Die S3-Leitlinie entspricht dem höchstmöglichen formalen wissenschaftlichen Fachstandard. Die Leitlinie wurde auf Grundlage evidenzbasierter Forschungsergebnisse und unter Einbezug von trans* Personen als Patient*innenvertretung erarbeitet. Sie werden als evidenz- und konsensbasierte Leitlinien von einem repräsentativen Gremium erstellt.

chopathologisierenden Termini „Geschlechtsidentitätsstörung“ und „Transsexualismus“ nicht mehr genutzt werden. Die entpathologisierenden neuen Leitlinien hinsichtlich der Gesundheitsversorgung von trans* Kindern und Jugendlichen, gelte es nun in der Praxis umzusetzen: Auch (Kinder-)Ärzt*innen, Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen sowie Gesundheitsfachkräfte sollten eine entpathologisierende Haltung gegenüber ihren trans* Patient*innen annehmen und Kindern und Jugendlichen eigene Entscheidungsmöglichkeiten im jeweils eigenen Transitionsprozess zugestehen.

Als multidisziplinäres Behandlungsschema stellt Dr. med. Liesenkötter das sogenannte „Dutch-Protokoll“ vor, das ein mehrstufiges Vorgehen der medizinischen Interventionen abhängig vom pubertären Entwicklungsstand und der Reversibilität der Maßnahmen beschreibt. In der ersten (präpubertären) Phase ist noch kein medizinisches Eingreifen vorgesehen. Allenfalls wäre eine endokrinologische Beratung zu den Möglichkeiten sinnvoll und ein auf das Kind abgestimmter Zeitrahmen zu beschreiben. In der Phase 2 stehen die körperlichen Veränderungen während der Pubertät im Vordergrund, die das dysphorische Erleben eskalieren. In dieser Phase könne endokrinologisch eine reversible Un-

⁷ Körperliche Veränderungen können u. a. Hormontherapie, Epilation, Logopädie und operative Geschlechtsangleichungen, den Einsatz von Hilfsmitteln wie z. B. Tucking oder die Verwendung von Bindern sowie Brust- oder Penisepithesen umfassen.

terdrückung der Pubertät eingeleitet werden. In der dritten Phase stehe die geschlechtsangleichende Hormontherapie mit Testosteron bei trans* Jungen oder mit Östrogenen bei trans* Mädchen im Mittelpunkt. Diese Behandlungen seien nur noch z. T. reversibel, weshalb hier eine zusätzliche zweite therapeutische Sichtung gefordert wird, die die Indikation bestätigen muss. Die vierte Behandlungsstufe wären dann irreversible Interventionen, die eher erst später im Verlauf der Transition erfolgen sollten. Ein wichtiger Faktor in der Hormonbehandlung sei, dass Hormonpräparate bei Transgeschlechtlichkeit als „off-label-use“⁸ gelten.

Das aktuelle Verständnis von Transition nach diesem Protokoll folgt bislang einem linearen Vorgehen im Transitionsprozess: Geschlechtsangleichende Hormonbehandlungen seien Voraussetzung für eine geschlechtsangleichende Operation. Fraglich sei, ob dies den tatsächlichen Behandlungsbedarfen von trans* Personen entspreche. Demnach ergebe sich für die endokrinologische und psychotherapeutische Praxis die Notwendigkeit, die individuell erlebte Geschlechtsdysphorien und -inkongruenzen und darauffolgende Vorstellungen sowie die Behandlung einzubeziehen und somit trans* Kindern und Jugendlichen eine individuelle Transition zu ermöglichen.

Dr. med. Liesenkötter hebt zudem die Bedeutung der (Ir-)Reversibilität hormonsuppressiver und geschlechtsangleichender Hormontherapien hervor: Während Pubertätsblocker in den meisten Anwendungen komplett reversibel seien bezüglich der körperlichen Beeinflussung, seien einige Veränderungen im Rahmen der geschlechtsangleichenden Hormontherapie irreversibel, wie z. B. die

Stimmlage bei trans* Jungen unter Testosterongabe oder die Brustentwicklung bei trans* Mädchen unter Östrogen Behandlung. Dieses Wissen sei für eine angemessene Beratung ebenso essentiell, wie die Aufklärung über Sexualitätsthemen der Kinder/Jugendlichen und ihrer Eltern. So können bspw. geschlechtsangleichende Hormontherapien zu Veränderungen des sexuellen Verlangens führen. Unabdingbar sei es bei der Aufklärung zu diesen medizinischen Interventionen auf mögliche Veränderungen hinsichtlich der Fertilität hinzuweisen und eine Beratung zur Fertilitätssicherung anzubieten. Dafür sei jedoch für diese Altersstufe noch mehr Forschung zum Thema Fruchtbarkeitserhaltung erforderlich.

Fertilitätssicherung

Fertilitätserhaltende Maßnahmen würde sehr selten in Anspruch genommen bzw. häufig abgelehnt. Gründe seien u. a.

- Intimität des Themas (Scham, Procedere wird als Eingriff gesehen)
- Furcht vor Verzögerung der Hormontherapie
- kein Kinderwunsch oder Planung einer Adoption
- zu hohe Kosten

Die Kryokonservierung von Spermien sei einfacher als bei Eizellentnahme; jedoch entwickle sich Sperma erst in der Pubertät voll aus, was eine besondere Herausforderung für trans* weibliche Kinder/Jugendliche bedeute. Es gäbe einen einzelnen Bericht von Oozytengewinnung mittels Gnadotropin-stimulation unter GnRH-Analoga Therapie.

⁸ Arzneimittel ohne Genehmigung von den Zulassungsbehörden

In der Abwägung von Risiken und Potentialen einer Hormontherapie werde immer wieder die Frage nach den Themen „Knochengesundheit und Krebsvorsorge“ gestellt. Dr. med. Liesenkötter stellt klar, dass hinsichtlich der Knochengesundheit und -dichte keine langfristigen negativen Effekte hormonsuppressiver und/oder geschlechtsangleichender Hormontherapien zu beschreiben seien. Auch das Krebsrisiko von trans* Frauen sei unverändert im Vergleich zu cisgeschlechtlichen Frauen. Zuletzt stelle sich die Frage nach einer Langzeitprognose hinsichtlich der Häufigkeit des Wunsches nach einer **Detransition** nach geschlechtsangleichenden körpermodifizierenden Maßnahmen. Es gäbe zwar aktuell kaum Zahlen zu Detransitionen im Jugend- und Erwachsenenalter, jedoch werde der Anteil an Detransitionen im Erwachsenenalter aktuell auf ca. 2 % geschätzt.

Hormontherapien, so resümiert Dr. med. Liesenkötter, gelten als sicher und sollten bei Vorliegen der Indikationen eingeleitet werden. Der positive Effekt geschlechtsangleichender Hormontherapien setze in der Regel unmittelbar mit Behandlungsbeginn ein. Dies führe in vielen Fällen zu einer raschen Verbesserung der psychoemotionalen Funktionalität und Verringerung des geschlechtsdysphorischen Erlebens mit Entlastung der Kinder und Jugendlichen. Auch wenn die Behandlung von Kindern mit Hormonblockern und von Jugendlichen mit gegengeschlechtlichen Hormonen in der Fachwelt kontrovers diskutiert wird, z. B. wegen der Effekte auf die psychosexuelle Entwicklung durch eine verzögerte Hirnreifung, so beschreibt Dr. med. Liesenkötter, dass hormonsuppressive Therapien und weitere transitionsspezifische Eingriffe notwendig seien. Im Vergleich zu der Krisensituation in denen sich die Kinder befinden, sind die Nebenwirkungen der Pubertätsblockade bei den Betroffenen in der Regel unerheblich, in-

besondere vor dem Hintergrund des bereits skizzierten erhöhten Suizidrisikos der Zielgruppe. Die Pubertätsblockade ermögliche dagegen einen Entwicklungsraum für eine reflektierte Entscheidung über die eigene Zukunft. Trans* Kindern und Jugendlichen sollten somit transitionsspezifische Eingriffe in den verschiedenen Pubertätsphasen nicht verwehrt werden. Sobald bei Kindern und Jugendlichen klar erkennbar sei, dass sie eine Transition für sich wünschen, sollten sie professionelle (fachärztliche und psychotherapeutische) Unterstützung erhalten. Eine der wichtigsten Unterstützungen im Transitionsprozess von Kindern und Jugendlichen seien die Eltern und Sorgeberechtigten, die in der Entscheidungsfindung einbezogen werden müssen.

Anhand konkreter Fallbeispiele von verschiedengeschlechtlichen trans* Kindern und Jugendlichen erläutert Dr. med. Liesenkötter die erwünschten und unerwünschten Wirkungen von GnRH-Analoga zur Pubertätsblockade und den Einsatz von Östrogen-, Antiandrogen- und Testosteron zur geschlechtsangleichenden Therapie. Vor dem Hintergrund dieser Fallbeispiele werden die unterschiedlichen Dosierungsmöglichkeiten von Östrogenen und Testosteron vorgestellt⁹.

Die Effektivität der Hormonbehandlungen bezüglich der gewünschten Wirkungen demonstriert Dr. med. Liesenkötter anhand von Querschnittsstudien zur psychoemotionalen Gesundheit von erwachsenen trans* Personen nach einer GnRH-Therapie im Jugendalter. Diese zeigen, dass das Risiko für persistierende suizidale Gedanken

9 Östrogene (Estradiol) können als Tropfen, Kapseln, Tabletten, Gel, Spray und Pflaster dosiert und eingesetzt werden. Estradiol-Pflaster stellen die niedrigste Dosierung dar, weil sie sich ggf. in kleinere Teile zerschneiden lassen. Testosteron kann als Gel und Injektionslösung unterschiedlich dosiert und eingesetzt werden.

durch eine GnRH-Therapie in der Pubertät signifikant niedriger sei. Der Einsatz einer GnRH-Therapie zur Pubertätsblockade in der frühen Pubertät und eine geschlechtsangleiche Hormontherapie in der späten Pubertät, führe Forschungsergebnissen zufolge zu einem gewichtigen Rückgang der Depressions- und Suizidalitätsraten im Vergleich zu nichtbehandelten trans* Personen. Eine frühere Hormontherapie scheine somit psychische Stabilisierungseffekte zu haben. Die Fallbeispiele zeigten die positiven Effekte auf die Zufriedenheit und das psychosomatische Befinden von trans* Kindern und Jugendlichen.

Im Fachvortrag von Dr. med. Liesenkötter werden zudem Studienergebnisse zur Wirksamkeit körper- und geschlechtsangleicher Hormontherapien und chirurgischer Eingriffe vorgestellt. Ein Großteil der Studienteilnehmenden gab an, eine Reduktion der Geschlechtsdysphorie und der psychischen Probleme sowie eine Verbesserung der Lebensqualität erlebt zu haben. Die Linderung des Leidensdrucks und der Symptome psychischer Störungen könne auf eine Kombination von Hormonspiegeländerungen und hormoninduzierten bzw. hormonbegleitenden psychischen Veränderungen zurückgeführt werden.

Zusammenfassend hält Dr. med. Liesenkötter fest, dass die Statistiken eine starke Zunahme von Klient*innen-Vorstellungen mit einer Verlagerung zu deutlich mehr trans* Jungen und deutlich jüngerem Alter bei Erstvorstellung zeigen würden. Zentrale Voraussetzung für eine Hormontherapie bei trans* Kindern und Jugendlichen sei die Prognose, dass die Geschlechtsidentität persistieren wird. Transgeschlechtliche Jugendliche hätten, so wird aufgezeigt, ein hohes Risiko für eine medizinisch und psychosozial unzureichende Versorgung, da ein zu hoher Bedarf an Gesundheitsversorgung einer zu geringen

Zahl an spezialisierten und im Umgang mit der Zielgruppe erfahrenen Fachpersonal gegenüberstehe. Zentrales Ziel der Hormonbehandlung sei es, die Lebensqualität der trans* Personen zu verbessern – durch Unterdrückung der körpereigenen Sexualhormonbildung sowie durch geschlechtsangleichende Sexualhormon-Substitution mit dem Ziel normaler Hormonlevel im Referenzbereich des gewünschten Geschlechts. Dabei solle die Therapie den Empfehlungen der Fachgesellschaften und Expertengruppen folgen (z. B. „Endocrine Society“, AWMF-Leitlinien, Dutch-protocol).

Frage- und Austauschrunde

Die Fragen der Fachtagsteilnehmenden fokussieren nach den klinischen Erfahrungen zur Gewinnung von Zeit, die durch eine hormonsuppressive Therapie in der Präpubertät erreicht werden könne.

Es wird nochmals betont, dass eine medizinische Intervention vor dem Einsetzen der Pubertät keinen Sinn ergibt. Eine hormonsuppressive Behandlung wird erst eingesetzt, wenn die klinischen und Hormonuntersuchungen belegen, dass die Pubertätsentwicklung eindeutig angefangen hat. In diesem Zusammenhang wird auch noch einmal unterstrichen, dass die Wirkung hormonsuppressiver Therapien bezüglich der somatischen Folgen reversibel sei.

Weitere Fragen zielen auf die Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit insbesondere von jüngeren trans* Kindern ab. Es sei, so wird deutlich, auch hier individuell und vor dem Hintergrund des geschlechtlichen Entwicklungsstadiums (Tanner-Stadiums) und des psychoemotionalen Reifegrades abzuwägen. Dazu gäbe es keine einheitlichen Empfehlungen, da Entwicklungsstadium und somit die Einwilligungsfähigkeit individuell seien.

Durch die Kategorisierung der Anwendung von Hormonpräparaten bei Transgeschlechtlichkeit als „off-label-use“, brauche es bei Minderjährigen die schriftliche Einverständniserklärung aller Erziehungsberechtigten.

Die Anwendung von Ovulationshemmern bei trans* männlichen Jugendlichen stelle einen Graubereich bezüglich der Zustimmung durch die Erziehungsberechtigten dar: Wegen der regelmäßigen Eskalation des geschlechtsdysphorischen Erlebens im Rahmen der Monatsblutungen, könne eine Verordnung eines Gestagenpräparats (Minipille) auch ohne Einverständnis der Eltern in Betracht gezogen werden. Auch hier muss im Einzelfall geprüft und entschieden werden.

Vortrag III: Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Jugendalter: Komplexe Behandlungsentscheidungen als interdisziplinäre Herausforderung



Fachvortrag von Prof. Dr. med. Georg Romer

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Leiter der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie am Universitätsklinikum Münster

Der Fachvortrag zu Herausforderungen und der Komplexität der Behandlung von Transgeschlechtlichkeit im Jugendalter wird mit einem Fallbeispiel eingeleitet, das die Folgen von „Nicht-Behandlung“ von Transgeschlechtlichkeit (schwere psychische und psychosoziale Folgen, Isolation, Depression) aufzeigt. Prof. Dr. med. Romer beleuchtet hierbei die Fragen, die in der medizinischen und psychologischen Versorgung zunächst zu klären seien: Wie finden junge trans* Personen ihren Weg durch das Versorgungssystem? Wann ist ein guter Zeitpunkt für den Einstieg in endokrinologische Unterstützung? Hervorgehoben wird hierbei, dass trans* Jugendliche und ihre Eltern häufig an unterschiedlichen Punkten im Prozess der Anerkennung der Transgeschlechtlichkeit seien. Im innerfamiliären Prozess zwischen Selbstfindung und Outing der Jugendlichen sei es daher wichtig im Blick zu behalten, wie Jugendliche und Eltern zueinander finden können. Zudem würden Eltern oftmals an der Transgeschlechtlichkeit ihres Kindes Zweifel äußern, wenn im Kindesalter ein „normal-binäres“ Geschlechterverhalten an den Tag gelegt worden wäre. Diese Wahrnehmung sei aus professioneller Perspektive hinsichtlich des diagnostischen Werts zu hinterfragen. Es müsse jedoch in jedem Einzelfall abgewogen werden, ob es

sich um eine „persistierende Geschlechtsinkongruenz“ oder um eine „identitätssuchende Selbstfindungskrise“ handle.

Im Weiteren geht Prof. Dr. med. Romer zunächst auf den aktuellen medizinischen Diskurs zu Transgeschlechtlichkeit ein und stellt die schon von Dr. med. Liesenkötter erwähnte Überarbeitung der S3-Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter“ vor. Hierbei wird hervorgehoben, dass aufgrund schwacher Evidenzen „Best Practice“-Empfehlungen Großteils auf klinischem Expert*innenkonsens beruhen müssten.

Als wissenschaftlich nicht mehr haltbar und damit überholt gelten nach der WHO die Diagnosekriterien, die in der ICD-10 noch für die Diagnostik von Transgeschlechtlichkeit („Störungen der Geschlechtsidentität“, „Transsexualismus (F.64.0)“ vorgegeben waren. Die ICD-10-Diagnostik setzte eine rigide Zweigeschlechtlichkeit voraus.

Der gegenwärtige Fachdiskurs zur Transgeschlechtlichkeit richte sich entsprechend nach der ICD-11, in der Transgeschlechtlichkeit nicht länger als psychische Störung oder psychische Krankheit erfasst sei.

ICD-10 Diagnostik

„Störungen der Geschlechtsidentität“,
Transsexualismus (F64.0)

Der Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden. Dieser geht meist mit Unbehagen oder dem Gefühl der Nichtzugehörigkeit zum eigenen anatomischen Geschlecht einher. Es besteht der Wunsch nach chirurgischer und hormoneller Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht soweit wie möglich anzugleichen.

ICD-11 Diagnostik

Geschlechtsinkongruenz
(engl. „Gender incongruence“)

Die Geschlechtsinkongruenz ist charakterisiert durch eine ausgeprägte und überdauernde Inkongruenz zwischen dem durch das Individuum erlebten Geschlecht und dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht.

In der ICD-11 wurde das Ziel einer Entpathologisierung von Transgeschlechtlichkeit verfolgt. Wichtigste Neuerungen sind das Verlassen einer rigiden Zweigeschlechtlichkeit und die Entfernung des Wunsches nach körpermodifizierenden Behandlungen als voraussetzendes Diagnosekriterium für eine Diagnosestellung.

Die Diagnose „Geschlechtsinkongruenz“ kann nicht vor Einsetzen der Pubertät gestellt werden.

„Transsexualismus“ und „Störungen der Geschlechtsidentität“ sind durch die Diagnose „Geschlechtsinkongruenz“ ersetzt. Das subjektive Leiden einer Person mit einer Geschlechtsinkongruenz wird als sog. „Geschlechtsdysphorie“ erfasst. Die psychiatrische Morbidität unter Personen mit Geschlechtsdysphorie sei dabei hoch und werde vorwiegend psychoreaktiv verstanden. Herausgestellt wird, dass Entpathologisierung von Transgeschlechtlichkeit für die professionelle Grundhaltung bedeutet: Eine „Störung der Geschlechtsidentität“ gibt es nicht!

Für die professionelle Grundhaltung bedeute dies infolge, dass Interventionen zur Reduzierung psychischer Gesundheitsprobleme bei Geschlechtsinkongruenz prioritär zum Ziel haben sollten, den*die Patient*in darin zu unterstützen, die eigene Persönlichkeit im Einklang mit der empfundenen Geschlechtsidentität zu bringen und die Klient*innen somit in ihrer Selbstakzeptanz zu stärken.¹⁰ Prof. Dr. med. Romer darauf hin, dass das Abwarten ohne endokrinologische Behandlung im Jugendalter keine neutrale Option sei, sondern aufgrund des irreversiblen Fortschreitens von Vermännlichung bzw. Verweiblichung des körperlichen Erscheinungsbildes Betroffener, schwere psychosoziale Folgen nach sich ziehen könne. Nach Durchlaufen einer gestuften medizinischen Transitionsbehandlung im Jugendalter unterscheide sich der Mental Health Outcome bei erwachsenen trans* Personen hingegen oft nicht mehr vom Bevölkerungsdurchschnitt. Versuche, die Geschlechtsidentität einer Person zu verändern (bspw. durch Konversionstherapien, Reparationstherapien), seien nicht nur unethisch, sondern bei Kindern und Jugendlichen seit 2020 in Deutschland auch strafbar (nach KonvBG § 2).

¹⁰ S3-Leitlinie AWMF 2018; Standards of Care WPATH 2023.

In Fachvortrag werden zudem aktuelle Herausforderungen für Gesundheitsfachkräfte aufgezeigt. In den vergangenen Jahren würden trans* Personen zunehmend in jüngerem Alter ihre Transitionen beginnen und hormontherapeutische, endokrinologische Maßnahmen in Anspruch nehmen. Die Zahl der gesicherten F64.-Diagnosen unter 18 Jahren in Deutschland sei seit 2013 stark gestiegen (basierend auf Zahlen gesetzlicher Krankenkassen). Auch die Zahl der TSG-Verfahren in Deutschland sei in den Jahren 1996 bis 2000 gestiegen (Verweis auf Zahlen des Bundesministeriums für Justiz). Hinzu komme die Zunahme neu ausgestellter dgti-Ergänzungsausweise in den Jahren 2012 bis 2021.

Die gesellschaftspolitischen Entwicklungen hin zu mehr Sichtbarkeit von Transgeschlechtlichkeit, so wird aufgezeigt, würden die Hürden für junge trans* Personen senken, ihre Persönlichkeit entsprechend der empfundenen geschlechtlichen Identität zu leben und zu zeigen und sich frühzeitig Unterstützung zu suchen. Dabei sei auffällig, dass von den sich vorstellenden Jugendlichen ca. 80 % trans* männlich seien. In den Zahlen zu TSG-Gutachten von unter 19-Jährigen in fortgeschrittener sozialer Transition zeige sich dasselbe Verhältnis von 80 % trans* Jungen. Ein Grund könne sein, dass die soziale Transition von trans* Männern im Durchschnitt zehn Jahre früher vollzogen werde als von trans* Frauen. Deren soziale Transition verteilte sich eher auf spätere Lebensjahrzehnte.

Die erhöhte Nachfrage durch trans* Kinder und Jugendlichen ziehe, einen steigenden Bedarf an qualifizierten medizinischen Behandlungsangeboten nach sich, der jedoch aktuell nicht gedeckt sei. Dabei stelle sich verstärkt die Frage nach der Abwägung von somatomedizinischen Behandlungsschritten, wenn diese aufgrund ihrer Tragweite und des Alters des*r Patient*ins (noch) „verfrüht“ erscheinen.

Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität e. V. (dgti)

Die Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität e. V. (dgti) ist eine Fachgesellschaft, die sich für die Gleichstellung von trans*, inter* und nicht-binären Personen in allen Ebenen der Gesellschaft einsetzt. Sie wurde 1998 von trans* Personen als Selbsthilfeorganisation gegründet und setzt sich seither in den Themen Schule, Kita, Familie, Selbstakzeptanz, Gesundheitsversorgung u. v. m. ein. Zu ihren Angeboten gehören Fort- und Weiterbildungen, Qualitätszirkel für Psychotherapeut*innen und die Zertifizierung von Einrichtungen. Die dgti-Ergänzungsausweise sind ein standardisiertes Ausweisdokument, das alle selbstgewählte personenbezogene Daten dokumentiert und in Kombination mit einem amtlichen Ausweisdokument gültig ist. Der dgti Ergänzungsausweis dient der Verhinderung der Diskriminierung von Amtswegen und ist bei sämtlichen Innenministerien, bei der Polizei, vielen Behörden, Banken, Universitäten, Versicherungen und anderen Stellen akzeptiert.

Zentrale Kriterien in der Bewertung dieser Frage seien Diagnosesicherheit, Einwilligungsfähigkeit und der Umgang mit irreversiblen Folgen einer Behandlung, ebenso wie einer Nicht-Behandlung. Handelt es sich um eine persistierende Geschlechtsinkongruenz oder einen (noch) fluiden Identitätsfindungsprozess im Jugendalter? Hat der*die trans* Jugendliche die geistige Reife, um Konsequenzen und Tragweite für die jeweils anstehenden körpermodifizierenden Eingriffsentscheidungen einschätzen zu können? Neben den Risiken und langfristigen Folgen einer medizinischen Transition, müssten zudem Risiken und Schäden berücksichtigt werden, die durch eine Verzögerung von Ein-

griffen vor dem Hintergrund eines irreversiblen Fortschreitens der Reifeentwicklung, einem persistierenden Leidensdruck und einer Beeinträchtigung in der psychosozialen und psychosexuellen Teilhabe beachtet werden müssen. Prof. Dr. med. Romer verweist darauf, dass der Deutsche Ethikrat die Abwägung zu diesem Irreversibilitätsdilemma als wichtige ethische Herausforderung bei individuellen Behandlungsentscheidungen hervorhebt.

Jugendpsychiatrische Indikationskriterien für pubertätsunterdrückende Hormonbehandlung

- Persistierende GI mit GD nach Eintritt der Pubertät
- adäquate psychologische und soziale Unterstützung während der Behandlung
- Bereitschaft zur Vorbereitung einer sozialen Transition und Alltagserprobung
- Informierte Zustimmung von Patient*in und Sorgeberechtigten

Jugendpsychiatrische Indikationskriterien für geschlechtsangleichende Hormonbehandlung

- Persistierende Geschlechtsinkongruenz mit vollzogenem sozialem Rollenwechsel
- Psychosoziale Stabilisierung in sozialer Alltagserprobung
- Anhaltende körperbezogene Geschlechtsdysphorie und Wunsch nach geschlechtsangleichender Behandlung
- Einwilligungsfähigkeit (basierend auf Antizipation aller späterer Implikationen)
- Informierte Zustimmung von Patient und Sorgeberechtigten

Im Weiteren werden anhand von Fallbeispielen unterschiedliche Leidensaspekte aufgezeigt, die (binäre) junge trans* Personen mit Geschlechtsdysphorie erfahren können. Neben einem großen Unbehagen, das durch die zunehmend irreversible Vermännlichung bzw. Verweiblichung des Körpers entsteht (Wachstum von Brustgewebe Hervortreten des Kehlkopfes, Stimmbruch), werden in Bezug auf trans* weibliche Personen auch die z. T. jahrelange Nicht-Teilhabe an Bade- oder Schwimmsportaktivitäten, sowie eine langfristig erhöhte Stigmatisierung und ein erhöhtes Risiko für Gewaltviktimsierung dargestellt.

Abschließend wird im Fachvortrag auf die Zielsetzungen psychotherapeutischer Begleitungen bei Geschlechtsinkongruenz/-dysphorie und jugendpsychiatrische Indikationskriterien für pubertätsunterdrückende Hormonbehandlungen und geschlechtsangleichende Hormonbehandlungen eingegangen. Neben einer psychotherapeutischen und endokrinologischen Unterstützung sei die Unterstützung durch Eltern für transitionierende Kinder und Jugendliche essentiell. Sorgeberechtigte müssen in den Transitionsprozess einbezogen werden. Hier seien Psychotherapeut*innen und Endokrinolog*innen in ihren familientherapeutischen Kompetenzen gefordert. Sollten Eltern dauerhaft nicht in der Lage sein, ihr Kind zu unterstützen, sei in der Regel, so zeigen die Erfahrungen, ein Kontaktabbruch die Folge. Besonders Eltern stellen eine wichtige psychosoziale Unterstützung in der Transition ihrer Kinder dar.

Abschließend wird eine spezielle interdisziplinäre Herausforderung dargestellt, die sich bei trans-männlichen Jugendlichen auf die zu treffende endokrinologische Entscheidung zwischen einer Pubertätssuppression und einer Menses-Suppression durch Gestagenpräparate bezieht. Ferner sei zu berücksichtigen, dass hormonelle Behandlungen in Einzelfällen zu depressiven Reaktionen

führen könnten. Nicht zuletzt stelle die Fertilitätssicherung und deren Timing eine Herausforderung dar und sei ein Thema, das zunehmend Berücksichtigung fände.

Frage- und Austauschrunde

Bezugnehmend auf den Fachbeitrag weist Dr. med. Liesenkötter noch einmal auf die anhand des ICD-11 zu stellende Diagnose „Geschlechtsinkongruenz im Jugendalter“ hin und der damit verbundenen Tatsache, dass diese nicht vor Einsetzen der Pubertät gestellt werden könne. Es wird darauf hingewiesen, dass Kinder beispielsweise bereits mit 3 oder 6 Jahren wüssten, dass das Zuweisungsgeschlecht nicht ihrem empfundenen Geschlecht entspreche.

Prof. Dr. med. Romer verweist darauf, dass es in der ICD-11 für das präpubertäre Kindesalter eine eigenständige Diagnose „Geschlechtsinkongruenz in der Kindheit“ gäbe, diese jedoch nicht Kriterium für eine hormonsuppressive Therapie sein dürfe. Die Diagnose der Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter impliziere keinen Behandlungsbedarf, da es vor Einsetzen der Pubertät keinen endokrinologischen (und z. T. nicht mal psychotherapeutischen) Handlungsbedarf gäbe. Die Diagnose im Kindesalter habe jedoch einen dokumentarischen Wert, der Kindern im weiteren Verlauf ihre Transition erleichtern könne, wenn eine Geschlechtsinkongruenz sich schon zu einem früheren Zeitpunkt zeige und persistieren würde. Es sei wichtig, dass sich Eltern und Kinder darauf einstellten, dass sich das Geschlechtsempfinden zum Einsetzen der Pubertät noch einmal verändern könne. Studien zufolge würden geschlechtsvariante Kinder zu Teilen im Jugendalter keine persistierende Geschlechtsinkongruenz entwickeln. Hinsichtlich einer Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter könne folglich vor Einsetzen der Pubertät keine Vorhersage getroffen wer-

den, ob eine Geschlechtsinkongruenz im Jugendalter persistieren würde. Es gehe, so Prof. Dr. med. Romer, in der Kindheit darum, pädagogisch bzw. erzieherisch so zu handeln, so dass sich Kinder in Kitas, Schulen und ihren Familienkontexten frei in ihrer Selbstfindung entfalten können.

Fragen der Fachteilnehmenden werden hinsichtlich des Vorliegens von Zahlen zur Prävalenz gestellt. Zudem wird angefragt, inwieweit vor dem Hintergrund der Behandlungserfahrungen Aussagen getroffen werden könnten, ob (cis) Frauen das weibliche Geschlecht vor dem Hintergrund sexualisierter Gewalterfahrungen von sich weisen würden und somit die erlebte Transgeschlechtlichkeit auch Ausdruck sexualisierter Gewalterfahrungen sein könne.

Dies, so Prof. Dr. med. Romer, sei u. U. in Einzelfällen denkbar. Zunächst falle jedoch auf, dass unter jugendpsychiatrischen Patient*innen Erfahrungen sexueller Traumatisierung bei allen anderen psychiatrischen Diagnosen relativ häufiger anzutreffen seien, als bei geschlechtsinkongruenten Diagnosen. Wichtig sei es, Einzelfälle zu betrachten und vor allem vorurteilsfrei der Frage nach der empfundenen Transgeschlechtlichkeit zu begegnen, ohne ggf. vorschnell kausale Zuschreibungen möglicher sexualisierter Traumatisierungen vorzunehmen.

Vortrag IV:

Psychologische Begleitung aus Sicht niedergelassener Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen



Fachvortrag von Dipl.-Pol., Dipl.-Soz.-Päd. (FH)
Willy-Gerd Müller-Rehberg,

approbierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (TP)

Im Fachvortrag zur psychologischen Begleitung von trans* Kindern und Jugendlichen stellt Willy-Gerd Müller-Rehberg Praxiserfahrungen zur psychotherapeutischen Unterstützung von trans* Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern dar. Dabei wird zunächst auf Grundhaltungsfragen eingegangen, die sich Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen hinsichtlich ihres persönlichen Verständnisses von Transgeschlechtlichkeit und den diesem zugrundeliegenden Erfahrungen stellen sollten. Hingewiesen wird hierbei auf die Notwendigkeit von Grundlagenwissen zum Thema Transgeschlechtlichkeit sowie den Bedarfen junger trans* Personen im Umgang mit (Fach-) Ärzt*innen und/oder Gesundheitspersonal. Neben Grundhaltungsfragen bilden *Standards of Care 8 (SOC-8)*, *S3-Leitlinie* zur Geschlechtssinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter sowie die Positionierung des Deutschen Ethikrates die Grundlage der psychologischen Behandlung. Im Fachvortrag wird erneut herausgestellt, dass trans* Kinder in Entscheidungsprozessen hinsichtlich ihrer Transition angehört werden müssen und ihnen ihrer Reife entsprechend Entscheidungsfähigkeit zuzugestehen sei.

Zentrale Aspekte, die eine sensible und respektvolle Begleittherapie umfassen, sind: das

Einholen von Informationen zur Begleitung hinsichtlich der Identitätsfindung und das Beleuchten von Möglichkeitsräumen für einen Umgang mit **Nicht-Binarität** (wie auch mit Binarität). Zudem sei neben der Bereitstellung von Informationen über Vornamen- und Personenstandsänderung eine Begleitung auf dem Weg durch das Gesundheitssystem essentiell in der psychologischen Behandlung von trans* Kindern und Jugendlichen (Informationen zu transfreundlichen Ärzt*innen, Kliniken, Gutachter*innen, Information bzgl. der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)).

Im Fachvortrag wird auf die Frage möglicher Re-/Detransition eingegangen und aufgezeigt, dass von einigen hundert Patient*innen, die Müller-Rehberg in ihrer Transition psychotherapeutisch begleitet, vergleichsweise sehr geringe Zahlen bekannt seien von Personen, die detransitionierten. Im Großen und Ganzen zeige die Erfahrung aus der Behandlungspraxis als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, dass nur wenige junge trans* Personen, die sich für eine (hormonelle) Transition entscheiden, retransitionierten. Grundlegend könnten Fragen zu **Retransition** und Retransitionentscheidungen jedoch genauso wie Transitionentscheidungen

dungen Thema einer transitionsunterstützenden Therapie sein. Dies gehöre zu einer unterstützenden Therapie hinzu, da diese den Betroffenen Möglichkeitsräume und Platz für ihre Wünsche und Bedarfe, ebenso wie ihre Bedenken bieten würden, die in Folge zur selbstbestimmten Entscheidung führen können. Auch der (psychische) Umgang mit körperlichen (und psychisch erlebten) Veränderungen im Zusammenhang einer eingeleiteten Hormontherapie sowie deren Nebenwirkungen seien ein zentrales Thema in transitionsbegleitenden psychologischen Behandlungen von trans* Kindern und Jugendlichen. So könne es auch zu persistierender Genderdysphorie nach somatischen Behandlungen kommen.

Ein weiteres zentrales Thema in der psychologischen Behandlung sei der Umgang mit internalisierter Transnegativität und einem internalisierten negativen Selbstwert. In diesem Kontext würden auch Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen thematisiert werden, wobei es Aufgabe der Begleittherapie sei, die Betroffenen in der Entwicklung von Umgangsstrategien adäquat zu unterstützen.

Ebenso könnten in einer transitionsbegleitenden Psychotherapie Sexualitätswünsche und -verlangen und Wünsche nach (körperlicher und/oder emotionaler) Nähe als zentrales Thema vorkommen, zumal sich zeigt, dass trans* Person ihre Sexualitäts- und Beziehungswünsche oftmals hinter ihre Transitionswünsche stellen.

Wesentlich in der psychologischen Behandlung von trans* Kindern und Jugendlichen ist zudem die Behandlung psychischer Begleiterscheinungen (komorbide Störungen, d. h. v. a. Ängste und Zwänge).

Als zentrale Forderungen werden im Fachvortrag formuliert, dass Familien mit trans* und nicht-binären Kindern Respekt be-

nötigten. Besonders zentral sei hier die Verwendung des richtigen Vornamens und Pronomens. Viele (Fach-)Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen und Praxismitarbeitende würden in der Praxis den Namen auf der Krankenversicherungskarte und somit nicht den gewählten Namen und das gewählte Pronomen verwenden, was jedoch für junge trans* Personen eine Belastung darstelle. Fachkräfte im Gesundheitswesen sollten sich nach den Wünschen der Patient*innen richten, da ein respektvoller Umgang mit dem*r Patient*in die essentielle Grundlage jeder Behandlung darstelle.

Frage- und Austauschrunde

Fragen des Fachpublikums greifen das Thema der Verwendung der richtigen Pronomen und Vornamen auf. Es wird betont, dass leider noch immer viele junge trans* Personen die Erfahrungen teilen würden, ihre Transgeschlechtlichkeit wiederholt unter Beweis stellen zu müssen, insbesondere im Elternhaus.

In der Elternarbeit sei es somit wichtig, Eltern von trans* Kindern und Jugendlichen zu sensibilisieren und für eine akzeptierende und unterstützende Haltung zu werben. Dabei seien den Eltern und Sorgeberechtigten zugleich vor allem Verständnis entgegenzubringen, dass es hierfür Zeit brauche, um einen Umgang zu entwickeln. Auf der Grundlage von Fallbeispielen der eigenen Behandlungspraxis wird zudem aufgezeigt, dass in Fällen, in denen sich Eltern gegen den Willen/Wunsch ihres Kindes richten und eine Unterstützung verweigern, das Familiengericht angerufen werden kann, um hier anstelle der Eltern das Sorgerecht mit auszuüben. Betont wird hierbei, dass sich Familienrichter*innen dabei entweder auf Eltern- oder Kindesseite positionieren müssten und im Sinne des Kindeswohl eine Entscheidung herbeiführen. Hier wird noch einmal darauf hingewiesen, wie wichtig es sei, die Eltern in die Behandlung

einzubeziehenden und sie von ihrer Verantwortung zu überzeugen, ihr Kind zu unterstützen.

Bezüglich der Frage nach der Rolle und des Einbezugs des MDK wird dargestellt, dass sich aktuell primär die Frage stelle, ob der MDK sich künftig nach den Empfehlungen der S3-Leitlinie richten werde. Aktuell läge der Fokus in der Begutachtungspraxis auf psychotherapeutischen Behandlungsberichten, die die Sicht des*der Antragsstellenden fände bislang keine Beachtung. Hier sei der MDK gefordert, den Antrag der antragsstellenden Person und ihre Erfahrungen in den Fokus zu setzen.

Zudem wird aufgezeigt, dass das amtsgerichtliche Verfahren der Vornamens- und Personenstandsänderung durch den aktuellen Entwurf zum sog. Selbstbestimmungsgesetz vor einer Änderung in Bezug auf diese Frage stehe: Gutachter*innen könnten von außen schließlich kaum zweifelsfrei bestätigen, ob eine Person trans* sei oder eben nicht – es könne lediglich eine fundierte Beratung und Anamnese durchgeführt sowie ein Testverfahren angewandt werden, letztlich sei jedoch die Identität und Selbstwahrnehmung der jeweiligen Person ausschlaggebend.

Gesprächsrunden zu Fachthemen

Den zweiten Teil des Fachtages bildeten Thementische zum fachlichen Austausch zu den durch die Vorträge gesetzten Schwerpunkte zum Thema trans* Kinder und Jugendliche und ihre Gesundheitsversorgung.

An den Thementischen wurden fachspezifische Fragen entlang folgender Aspekte diskutiert:

1. Was hat sich in der Praxis der Versorgung trans* Kinder und Jugendlicher als gutes Vorgehen bewährt? (Good practice)
2. Welche Stolpersteine/Herausforderungen lassen sich benennen?
3. Welche Forderungen lassen sich infolge dessen formulieren? (Institutionen, Verwaltung, Landesregierung)

Thementisch I:

Gesundheitliche Versorgung von trans* Kindern und Jugendlichen

Moderation:

Dr. med. Klaus-Peter Liesenkötter

Fokussiert wurde am Thementisch vor allem auf den Aspekt der Gewinnung von Zeit, die durch eine frühzeitige hormonsuppressive Therapie erreicht werden könne. Hierbei wird erneut auf die Komplexität des Themas hingewiesen, da verschiedene Faktoren der Lebensrealität (soziales Umfeld, Erfahrungsrealität des*r Patient*in etc.) zu berücksichtigen seien. Transition sei ein Prozess, in dem es kein „richtig“ oder „falsch“ gäbe. Die Gespräche, Therapien und endokrinologischen sowie psychotherapeutischen Begleitungen seien sehr zeitintensiv für die betreffenden Behandler*innen – eine Tatsache, aufgrund derer nicht alle (Fach-)Ärzt*innen und Therapeut*innen bereit seien, trans* Kinder und Jugendliche zu begleiten und sich zum Thema Gesundheitsversorgung von trans* Kindern und Jugendlichen sowie ihren Bedarfen weiterzubilden.

Erwähnt wird zudem, dass sich auf der Grundlage des Erfahrungswissen der Teilnehmenden des Thementisches zeigt, dass die Kostenübernahme durch private Krankenversicherungen vergleichsweise häufiger abgelehnt würde. Gefordert wird in diesem Zusammenhang, dass die Behandlung sowohl durch den Leistungskatalog gesetzlicher als auch privater Krankenkassen sichergestellt sein müsse – dafür müsste u. U. der MDK einbezogen werden.

Im Weiteren wird über die Forderung nach Fachzentren für geschlechtsangleiche Maßnahmen diskutiert, die interdisziplinäre Expertisen dort tätiger Gesundheitsfachkräfte bündeln könnten. Es wird problematisiert, dass zurzeit jede*r Ärzt*in in Deutschland geschlechtsangleichende Operationen durchführen dürfe (z. B. in Privat- und Schönheitskliniken), ohne eine entsprechende Expertise nachweisen zu müssen. Es brau-

che hingegen Zentren, in denen Expertise zu geschlechtsangleichenden chirurgischen Eingriffen (z. B. Gonadektomie, Hysterektomie, Neogenitalien) gebündelt seien. Hier, so die Forderung der Teilnehmenden des Thementisches, sollte es Kriterien für die Zulassung spezialisierter Zentren geben. Zudem sei wichtig, dass es einen niedrigschwiligen Zugang für trans* Personen zu diesen Zentren gäbe. Die Sicherung einer flächendeckenden Versorgung und Vermeidung jahrelanger Wartezeiten solle bei Überlegungen zur Schaffung solcher Zentren prioritär sein, genauso wie die Erfahrungen der in ihnen tätigen Chirurg*innen. Hierbei wird darauf hingewiesen, dass die spezifischen Bedarfe von trans* Personen, die ebenfalls **inter*** sind, zu berücksichtigen seien: durch interpersonelle wie auch strukturelle Gewalterfahrungen im medizinischen System würden für diese Zielgruppe besonders große Hürden in der Gesundheitsversorgung existieren, welche in spezialisierten Fachzentren ebenso besonders berücksichtigt werden könnten.

Neben Fragen zu Fachtermini im Zusammenhang mit Transgeschlechtlichkeit (vgl. auch Glossar) werden die Unterschiede, Gemeinsamkeiten und Überschneidungen von trans* und inter* Personen hinsichtlich der Bedarfe in der medizinischen Versorgung diskutiert. Zusammenfassend zeigt sich ein grundlegender Bedarf nach einer tiefergehenden Auseinandersetzung mit normierenden Konzepten.

Eine stimmige Erfahrung aller Beteiligten stellt die hohe Nachfrage nach Behandlung/Begleitung von trans* Kindern dar, die besonders sichtbar werde, sobald die Begleitung von trans* Kindern in der eigenen Praxis begonnen werde.

Thementisch II:

Psychologische Begleitung von trans* Kindern und Jugendlichen – Praxiserfahrungen und Stolpersteine

Moderation:

Dipl.-Pol., Dipl.-Soz.-Päd. (FH)
Willy-Gerd Müller-Rehberg

Als Best-Practice-Beispiele wird einleitend die Frage nach dem Pronomenwunsch genannt. Das Erfragen des Pronomenwunsches an den*die Patient*in, aber auch im Team, bei der Anmeldung, bei Gruppenarbeiten oder in der Tagesklinik vermeidet Unsicherheiten und überlässt die Deutungshoheit und Eigendefinition über das Geschlecht bei der fragten Person. So können Fremdzuschreibungen, Misgendering und auch Deadnaming vermieden werden (zum Beispiel, wenn noch keine Personenstandänderung erfolgt ist und dementsprechend auch nicht auf der Versichertenkarte der*des Patient*in).

Über das Informieren und die Aufklärung des Elternhauses hinaus werden gemeinsame Beratungen, Gesprächsrunden mit Lehrenden, Pädagog*innen und Multiplikator*innen als sehr wertvoll wahrgenommen. Auch sollten in elektronischen Erfassungssystemen, z. B. an Schulen, in Kliniken, o. ä. Einrichtungen, die (selbst) gewählten Namen der Betroffenen hinterlegt und auch verwendet werden.

Als ein weiteres Best-Practice-Beispiel wird der „Interdisziplinärer Qualitätszirkel Transidentität“ Berlin¹¹ genannt. Der Zirkel trifft sich seit 2010 einmal im Monat und setzt sich zusammen aus Kolleg*innen, die in der psychotherapeutischen oder medizinischen Versorgung tätig sind.

Positiv bewerten die Teilnehmenden auch, dass in Brandenburg Therapeut*innen ebenfalls als Gutachter*innen tätig sein können.

Zu der Frage, was es aktuell im Bereich der psychologischen Beratung von Trans* Kindern und Jugendlichen noch braucht, also wo die Bedarfe sind, wird genannt, dass es in erster Linie eine Stärkung der Aufklärungs- und Bildungsarbeit an Schulen braucht. Dies betrifft allgemeine Bildung der Schüler*innen, Lehrenden, Sozialarbeiter*innen, der Schulaufsicht, Schülern, etc. – allen im Schul- und Bildungskontext tätigen Personen – zur sexuellen und geschlechtlichen Vielfalt. Aber auch fokussierte Maßnahmen und geregelte Abläufe – z. B. bei einem Schulwechsel von einem trans* Kind bzw. Jugendlichen.

Herausforderungen bei der psychologischen Begleitung von trans* Kindern und Jugendlichen werden vor allem in der Eltern-Kind-Beziehung gesehen. Als ein besonders ausschlaggebender Faktor für einen guten und „erfolgreichen“ Therapieverlauf von trans* Kindern und Jugendlichen hat sich die engmaschige Einbindung und gute Kommunikation mit dem Elternhaus bzw. der Herkunftsfamilie der*des Patient*in erwiesen. Durch gute Kommunikation zwischen den verschiedenen Beteiligten werde die Zusammenarbeit mit den Eltern beeinflusst. Gleichzeitig wird aus der Runde die Frage aufgeworfen, ob und inwiefern trans* Kinder, die nur sehr wenig, keine Unterstützung oder sogar Ablehnung und Diskriminierung seitens des Elternhauses bzw. der Herkunftsfamilie erfahren, es überhaupt schaffen, eine Therapie zu erhalten bzw. inwiefern diese Beratung erhalten und somit sichtbar werden (für Therapeut*innen, Statistiken, etc.). Von vielen Teilnehmenden wird erwähnt, dass Eltern von trans* Kindern und Jugendlichen sich oft die Frage nach der „Schuld“ oder einer vermeintlichen Kausalität für die Transidentität ihrer Kinder stellen. So müssen Therapeut*innen auch die Elternperspektive und die Eltern-Kind-Beziehung im Blick haben.

11 [↗ Interdisziplinärer Qualitätszirkel Transidentität – CSW e.V. Berlin](#)

Aus dem Kreis der Teilnehmenden des Thementisches wird im Kontext der dritten Frage die Forderung nach mehr Supervisions- und Schulungsmöglichkeiten wie auch Fort- und Weiterbildung zum Thema Trans* für Psychotherapeut*innen im Land Brandenburg laut. Grundsätzlich bedarf es mehr Schulungen sowie Informationsmaterialien für Indikationsschreiben und Gutachten.

Thementisch III:

Eltern von trans* Kindern – Einsichten und Herausforderungen

Moderation:

Elternvertreter Trans-Kinder-Netz e.V.

Der Thementisch fokussierte auf erlebte Herausforderungen der Elternarbeit. Thema bildeten u. a. Sorgerechtsstreitigkeiten zwischen Elternteilen: den geteilten Erfahrungen nach, gerate eine Transgeschlechtlichkeit des Kindes mitunter Familienkonstellationen, in denen Sorgerechtsstreits vorliegen leicht(er) aus dem Blick. Die Wünsche des Kindes hinsichtlich der Transgeschlechtlichkeit könnten somit nicht gehört werden und Kinder seien in Folge zusätzlich psychisch durch die Sorgerechtsstreitigkeiten belastet. Eine weitere Herausforderung stellen zudem (internalisierte) Vorurteile der Eltern dar: Eltern hätten so vor dem Hintergrund ihrer jeweiligen Sozialisation mitunter noch immer Vorurteile hinsichtlich trans* Personen. Der Thementisch fokussiert zudem auf den am Vormittag bereits skizzierten Versorgungsmangel in Brandenburg. Dieser stelle Eltern transgeschlechtlicher Kinder und Jugendlicher vor große Herausforderungen: weite Fahrtwege, sich für Kinder ergebende Fehlzeiten in der Schule, höhere Zeit- und Kostenaufwände führen in Folge zu starken zusätzlichen Belastungen in den Familien. Es fehle zusätzlich zu den Gesundheitsfachkräften für trans* Kinder und Jugendliche an Unterstützungsangeboten für deren Eltern. Zuletzt sei aus Elternsicht das fehlende (Fach-) Wissen von (Fach-) Ärzt*innen und (Kinder- und Jugend-) Therapeut*innen eine große Herausforderung, da sowohl Eltern und Sorgeberechtigte als vor allem die Kinder (und ihre Kinder) auf endokrinologische Expertise und fachlich versierte psychologische Unterstützung angewiesen sind.

Als zentrale Forderungen werden somit die Sicherstellung (regelmäßiger und flächendeckender) Fort- und Weiterbildungsangebote für niedergelassene (Kinder-) Ärzt*innen, psychologische Psychotherapeut*innen

und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen aufgestellt. Neben Fort- und Weiterbildungen brauche es vor allem fachliche Ansprechpersonen, an die sich (Kinder-) Ärzt*innen und (Kinder- und Jugendlichen-) Therapeut*innen wenden können. Um den Hürden, die sich aus den fehlenden flächendeckenden, fachkundigen Unterstützungsangeboten ergeben, etwas entgegenzusetzen, könnten zudem erfahrende (Kinder-) Ärzt*innen und Kinder- und Jugendtherapeut*innen in Brandenburg verstärkt Online-Sprechstunden für trans* Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern anbieten. Ebenso hilfreich könne eine für Brandenburg erhobene Übersicht zu bereits existierenden Unterstützungsangeboten für trans* Kinder, Jugendliche und deren Eltern, von niedergelassener (Kinder-) Ärzt*innen, Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen sein. So könnten Eltern von trans* Kindern und Jugendlichen zugänglich und übersichtlich erfahren, wer in Brandenburg in welchen Landkreisen und kreisfreien Städten fachkundige Unterstützung anbieten kann. Besonders, da es nur wenige niedergelassene Kinderendokrinolog*innen in Brandenburg gäbe, sei es wichtig, für Eltern eine niedrigschwellige Übersicht über diese Praxen und ihre Behandlungsangebote zu erhalten. Zudem wird benannt, dass in Wartezimmern psychotherapeutischer und kinderärztlicher Praxen Lektüre, wie Kinder- und Sachbücher sowie Informationsmaterialien für trans* Kinder, Jugendliche und ihre Eltern ausgelegt werden können. Eine entsprechende Bereitstellung und Versendung an Fachärzt*innenpraxen und Psychotherapeut*innen wird vom Thementisch als landespolitische Aufgabe gefordert.

Zusätzlich zu den vom Gesundheitsfachpersonal und im Gesundheitssystem umzusetzenden Forderungen, richtet sich eine weitere zentrale Forderung an Kindertagesstätten und Schulen: in der Schule werde Transge-

schlechtlichkeit Lehrplänen zufolge in der 7. Jahrgangsstufe thematisiert. Es sei jedoch wichtig, dass das Thema seitens der Lehrkräfte und Lehrpläne bereits früher Eingang in Unterrichtseinheiten findet. Schließlich seien trans* Kinder häufig jünger. Folglich brauche es eine frühere Aufklärung in Kitas und Schulen. Um Trans*- und Homofeindlichkeit entgegenzutreten, brauche es Aufklärungsarbeit und damit Weiterbildungsangebote für Erzieher*innen, (Schul-)Sozialarbeiter*innen und Pädagog*innen.

Zudem werden am Thementisch Leerstellen, Bedarfe und sich hieraus ergebende Forderungen von Eltern(-Vertreter*innen) und aus Elternperspektive skizziert. So fehle es an Unterstützungsangeboten für Eltern, sodass die Forderung des Thementisches darauf abzielt, Unterstützungsangebote und -räume für Eltern zu schaffen.

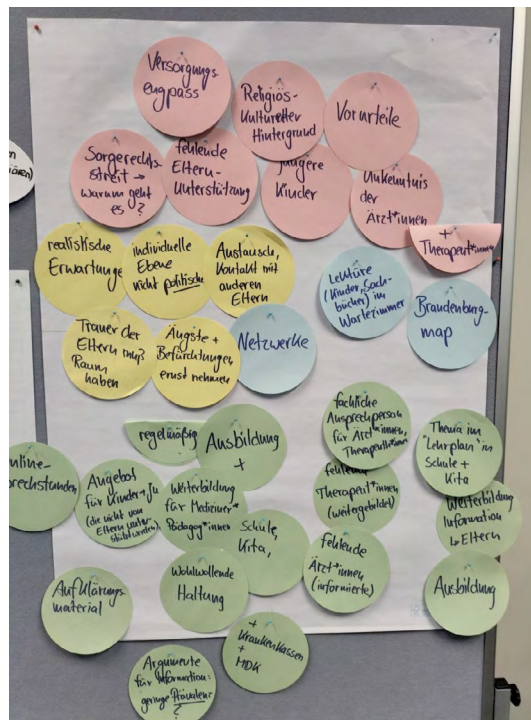


Abbildung 1: Foto des Ergebnisprotokolls des Thementisches

Einblicke:

Ausstellung „Max ist Marie.

Mein Sohn ist meine Tochter ist mein Kind.“

Input von Jasha Maxim Dreyer

Mitarbeiter der Landeskoordinierungsstelle Queeres Brandenburg mit anschließender Führung durch die Bildergalerie der oben genannten Ausstellung.

Jasha Maxim Dreyer führt mit einem persönlichen Input in die Thematik der Beratung von trans* Jugendlichen sowie in die Ausstellung „Max ist Marie. Mein Sohn ist meine Tochter ist mein Kind.“ der Hamburger Fotografin Kathrin Stahl ein. Die Ausstellung der eindrucksvollen schwarz-weiß Portraits mit dazugehörigen Texttafeln ist im Foyer der Kasernenärztlichen Vereinigung Brandenburg für die Teilnehmenden zu sehen.

Die Ausstellung, genau wie Dreyers Vortrag betonen den Fokus auf das Menschliche in den dargestellten Personen, wie auch den Personen, die ihm in der Beratung begegnen.

„Die Geschichten, die sie zu erzählen haben, sind beeindruckend und machen nachdenklich. Sie handeln von Verletzungen, Selbstzweifeln, und von unglaublich viel Mut und Stärke.“

Jasha Maxim Dreyer

Als Mitarbeiter der Landeskoordinierungsstelle unter der Trägerschaft des Vereins Katte e. V., hat Jasha Dreyer langjährige Erfahrungen in der Beratung von trans* Personen gesammelt und ist Gründungsmitglied des trans* Netzwerks, welches es sich zur Aufgabe gemacht hat, trans* Personen, insbesondere aus dem ländlichen und kleinstädtischen Raum Brandenburgs, zielgenaue Selbsthilfe-, Beratungs- und Begleitangebote zu unterbreiten. Auch er berichtet von eigenen Diskriminierungserfahrungen und Themen, die ihm wiederholt in seiner Arbeit als Peet-to-Peer-Berater begegnen. Sein Fokus liegt auf dem Auf- und Ausbau sowie der Vernetzung von trans* Jugendgruppen und betont, dass dabei das *Begleiten* gegenüber dem *Beraten* im Vordergrund steht.

Seine Klient*innen kann er oft – eigentlich nie – an Anlaufstellen für medizinische, psychologische oder speziell endokrinologische Beratung und Behandlung in Brandenburg verweisen, da diese rar seien und sehr lange Wartezeiten hätten. Daher muss er einen Großteil der Personen nach Berlin oder andere Bundesländer verweisen. Jedoch ist für viele – gerade für Jugendliche – der Weg nach Berlin aus finanziellen, zeitlichen oder anderen persönlichen Gründen oft nicht möglich. Diesem Problem begegnet er immer wieder im Rahmen seiner Beratungs- und Begleitungsarbeit.

Ebenfalls betont Jasha Dreyer die Bedeutung des gewählten Namens von trans* Personen. Den Findungsprozess, die Hürden Ein Stück weit Identitätsfindung, ein Befreiungsschlag, – bis man sich selbst und seinen eigenen Namen „gefunden“ hat. Auch wenn hier die Diskriminierung mit der Namensfindung nicht aufhört, ist sich Jasha Dreyer sicher, dass Vielfalt alle bereichern kann, Neues entdecken und staunen lassen kann – lässt man ihr denn den Raum zur freien Entfaltung.

„[...] ab dem Tag, an dem man
ihn für sich gefunden und
angenommen hat,
gehört er zu einem, wie ein ganz
enger Freund.

Man ist auf eine bedeutsame Art
miteinander verknüpft. Ab Tag 1.
Nicht erst, wenn ein Gerichtsurteil
darüber bestimmt hat.

Nicht erst, wenn Papa das auch
versteht.

Nicht erst, wenn die Schulleitung
ihr OK gibt.

Wenn sie das überhaupt tun.

Denn immer noch gibt es Eltern, die
eben nichts verstehen und Schulen
und andere Einrichtungen, die sich
nicht damit auseinandersetzen
wollen.“

Jasha Maxim Dreyer

Zusammenfassung und Ausblick:

Ergebnisse, Bedarfe und Forderungen

Der Bedarf an qualifizierter Begleitung von trans* Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern insbesondere im Hinblick auf die im November 2024 von der Bundesregierung in Aussicht gestellte Umsetzung des Selbstbestimmungsgesetzes ist aktueller denn je. Fehlendes Wissen zum Thema Transgeschlechtlichkeit zeigt sich sowohl in breiten Teilen der Gesellschaft als auch bei den Fachkräften im Gesundheitswesen. Der Transitionsprozess junger trans* Personen ist ein sehr individueller und zugleich komplexer und vielschichtiger Prozess. Die fachliche Begleitung und Behandlung fußt auf einer psychosozialen und medizinischen Beratung und Begleitung. Im Flächenland Brandenburg zeigt sich, dass die Notwendigkeit besteht, psychologisches und vor allem medizinisches Fachpersonal aus- und weiterzubilden, um somit dem wachsenden Versorgungsbedarf zu begegnen: Derzeit finden sich in Brandenburg lediglich vereinzelt kinderendokrinologische Praxen, die im Bereich Transgeschlechtlichkeit spezialisierte Unterstützung durch Erfahrung bieten. Der Beginn einer Hormontherapie ist dabei insbesondere für trans* Kinder und Jugendliche im Land Brandenburg essentiell.

Im Rahmen des Fachtags wurden sowohl von den Referent*innen als auch den Teilnehmenden Forderungen formuliert, die die Versorgung von trans* Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern im Land Brandenburg nachhaltig verändern und verbessern könnten. Diese sind im Folgenden in fünf Bereiche unterteilt aufgeführt.

Allgemeine Anforderungen an die Haltung von Gesundheitsfachkräften, die mit trans* Kindern und Jugendlichen arbeiten:

- Nicht-Pathologisierende Grundhaltung, denn Transgeschlechtlichkeit ist keine psychische Störung (siehe ICD-11)
- Einfühlungsvermögen, Verständnis und Sorgfalt im Hinblick auf die Verantwortung gegenüber trans* Kindern und Jugendlichen
- Respekt im Umgang mit trans* Personen, d. h. auch sensibler Umgang mit Vornamen und gewünschter Anrede (Vermeidung des früheren Vornamens und nicht-gewünschter Pronomen)
- Kritisches Hinterfragen von binären Geschlechtsstereotypen, um Raum für Nicht-Binarität zu schaffen
- Kritisches Hinterfragen eines linearen Transitionsverständnisses, um individuelle, bedarfsorientierte Transitionsschritte zu ermöglichen
- Sensibilität für die spezifischen Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen, die trans* Kinder und Jugendliche machen
- Orientierung an Good Practice Erfahrungen sowie den Forderungen von Selbstorganisationen von trans* Personen und Eltern von trans* Kindern und Jugendlichen, wie bspw. Trans-Kinder-Netz e. V.

Forderungen in Bezug auf das Gesundheitssystem:

- Ausbau und Verbesserung der gesundheitlichen und psychosozialen Begleitung von trans* Kindern und Jugendlichen durch
 - Verankerung des Themas Transgeschlechtlichkeit in Curricula der medizinischen sowie therapeutischen Ausbildungen und Studiengänge
 - Einrichtung fachlicher Anlaufstellen für (Kinder-)Ärzt*innen und (Kinder- und Jugendlichen-) Therapeut*innen zum Thema Transgeschlechtlichkeit
 - Stärkung familientherapeutischer Kompetenzen bei Fachärzt*innen, um Eltern als Unterstützung für ihre Kinder zu aktivieren und die Eltern-Kind-Beziehungen zu erhalten
 - Sicherstellung regelmäßiger und flächendeckender Fort- und Weiterbildungsangebote für niedergelassene (Kinder-) Ärzt*innen, psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen zum Thema Transgeschlechtlichkeit
- Ausbau von Weiterbildungen zu geschlechtsangleichenden chirurgischen Eingriffen für Fächärzt*innen der Gynäkologie und Urologie
- Schaffung von Fachzentren für chirurgische Eingriffe an trans* Personen sowie Festlegung von Zulassungskriterien und Qualitätsstandards für Fachkräfte, deren Schwerpunkt geschlechtsangleichende operative Eingriffe an trans* Personen sind
- Schaffung von Grundlagen für die qualifizierte Begleitung von trans* Kindern und trans* Jugendlichen
 - Entwicklung von bindenden Richtlinien für die qualifizierte Gesundheitsversorgung von trans* Kindern und Jugendlichen (bspw. im Sinne der S3-Richtlinie der AWMF)
 - Sicherstellung der Kostendeckung trans*spezifischer Behandlungen, sowohl in privaten wie auch in gesetzlichen Krankenversicherungen durch Übernahme der S3-Leitlinie (der AWMF) durch den MDK
 - Einbeziehen der Wünsche und Bedarfe der antragsstellenden trans* Person in die Entscheidungen des MDK (zusätzlich zum Einbeziehen von psychotherapeutischen und endokrinologischen Gutachten)
 - Regelmäßige Information zum Thema Transgeschlechtlichkeit (bei Kindern und Jugendlichen) über Krankenversicherungs-interne Informationswege

Anforderungen an die psychotherapeutische, endokrinologische und fachärztliche Begleitung von trans* Kindern und Jugendlichen:

- Gewährleistung professioneller Unterstützung für transitionierende Kinder und Jugendliche
 - Stärken der Mitbestimmung von trans* Kindern und Jugendlichen in Entscheidungsprozessen hinsichtlich ihrer Transition (entsprechend ihrer Reife)
 - Unterstützung im Finden eines Umgangs mit Erfahrungen der Geschlechtsdysphorie und -inkongruenz, aber auch mit internalisierter Transnegativität
 - Bewusstsein über und Begleitung im Umgang mit transfeindlicher Diskriminierung und Gewalt
- verantwortungsvoller und sorgfältiger Umgang mit dem Irreversibilitätsdilemma, d. h. kritisches Abwägen über Transitionsschritte durch
 - Gewährleistung einer respektvollen und intensiven Beratung, die auch Fragen der Fertilitätssicherung sowie Aufklärung über Sexualitätsthemen einschließt
 - Aufklären über reversible und irreversible Auswirkungen von Transitionsschritten, aber auch von Nicht-Behandlung
 - Einbeziehen der Erfahrungen und des Leidensdrucks von trans* Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie/-inkongruenz
- Einbeziehen der Eltern zur Unterstützung ihrer trans* Kinder
 - Ernstnehmen und Begleiten der Eltern in Bezug auf ihre Fragen und Sorgen
 - Schaffen niedrigschwelliger Unterstützungsangebote und -räumen für Eltern von trans* Kindern und Jugendlichen (für persönlichen Erfahrungsaustausch und Vernetzung)
 - Einbringen familientherapeutischer Kompetenzen durch Fachärzt*innen, um Eltern als Unterstützung für ihre Kinder zu aktivieren und die Eltern-Kind-Beziehungen zu erhalten

Konkrete Forderungen für das Land Brandenburg:

- Erstellen einer „Vernetzungskarte“ (übersichtliche Sammlung von Unterstützungsangeboten für trans* Kinder, Jugendliche und deren Eltern; z. B. fachkundige und transfreundliche Fachärzt*innen, Psychotherapeut*innen, Gutachter*innen, Kliniken, Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen)
- regelmäßige Information zum Thema Transgeschlechtlichkeit (bei Kindern und Jugendlichen) über das Infoblatt der Landesärztekammer sowie die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
- Angebote von Onlinesprechstunden für trans* Kinder, Jugendliche und ihre Eltern, um flächendeckende Versorgung zu gewährleisten und Fahrtkosten, Zeitaufwände und Schulausfälle zu vermindern
- Stärken und Gewinnen von Spezialist*innen, da besonders der Beginn einer Hormontherapie in Brandenburg aufgrund fehlender Fachärzt*innen kaum möglich ist
- Thematisieren von Transgeschlechtlichkeit bereits vor der 7. Klasse im Rahmenlehrplan verankern

Forderungen zu Fragen der Sichtbarkeit von und Sensibilisierung zu Transgeschlechtlichkeit:

- Auslegen von Lektürematerial (Kinder- und Sachbücher, Informationsmaterialien) für trans* Kinder, Jugendliche und ihre Eltern in Wartezimmern psychotherapeutischer und kinderärztlicher Praxen
- frühzeitige, altersgerechte und niedrigschwellige Thematisierung von Transgeschlechtlichkeit in Kindertagesstätten und Schulen
- Schaffen von niedrigschwellig zugänglichen Weiterbildungsangeboten zu Transgeschlechtlichkeit für Erzieher*innen, (Schul-) Sozialarbeiter*innen und Pädagog*innen
- Schaffen von niedrigschwellig zugänglichen Sensibilisierungsangeboten in allen Bereichen (von Gesundheits- über das Bildungssystem bis zu Verwaltung und Gerichten)

Danksagung

Vielen Dank an alle Beteiligten des Fachtags!

Besonderen Dank an die Referent*innen für ihre spannenden, wertvollen Fachvorträge, ihre theoretische und praktische Expertise und die Einblicke in ihre professionellen Praxiserfahrungen, die den Fachtagsteilnehmenden durch verschiedene Fallbeispiele in den einzelnen Fachvorträgen gewährt wurden. Dr. med. Klaus-Peter Liesenkötter, Prof. Dr. med. Georg Romer und Dipl.-Pol., Dipl.-Soz.Päd. (FH) Willy-Gerd Müller-Rehberg sei für ihre Fachvorträge gedankt. Ein herzlicher Dank gebührt ebenso den Elternvertreter*innen des Trans-Kinder-Netz e. V. für den Einführungsvortrag, das Teilen der persönlichen und ehrenamtlichen Erfahrungen und nicht zuletzt für ihre ehrenamtliche Unterstützung in der Planung und Gestaltung des Fachtags.

Nur durch das hohe Engagement der Fachexpert*innen war der Fachtag umsetzbar. Und auch die fachlichen Beiträge und Diskussionen der Teilnehmenden haben wesentlich zum Gelingen der Veranstaltung beigetragen. Die Atmosphäre war von Fachlichkeit und persönlicher Nahbarkeit geprägt. Der Fachtag hat verdeutlicht, wie wichtig der Austausch zu Themen rund um die gesundheitliche Versorgung von trans* Kindern und Jugendlichen in Brandenburg ist.

Die Zahl an Teilnehmenden hat zudem gezeigt, wie groß der Bedarf an Fachaus-tausch und Vernetzung unter niedergelas-senen (Kinder-)Ärzt*innen, Fachärzt*innen, Psycholog*innen, psychologischen Psychotherapeut*innen, Kinder- und Jugend-lichenpsychotherapeut*innen, und nicht zu-letzt Eltern in Brandenburg ist.

Aufgrund des großen Interesses an der Ver-anstaltung sowie der positiven Rückmel-dungen sind weiterführende Tagungen zur Thematik geplant. Ziel ist es, dass die Teil-nehmenden weiterbringende und für sie in ihrer Praxis hilfreiche Informationen mitneh-men und sich in ihrer fachärztlichen und psy-chotherapeutischen Verantwortung jungen trans* Personen gegenüber, sicher(er) und gestärkt fühlen.

Grundlage dieses Glossars sind Begriffserläuterungen und Glossare des [Regenbogenportals](#) vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, des Policy Papers [Trans* Gesundheit](#) vom Bundesverband Trans* (bvt*) e. V. und das Kurskonzept [Keine Verdrehung von Tatsachen! – Antifeminismus entgegentreten](#) vom Projekt Prävention und Gesellschaftlicher Zusammenhalt des Deutschen Volkshochschulverbands (DVV).

Genderfluid

Genderfluid ist ein Geschlecht. Genderfluid heißt z. B. das eigene Geschlecht fließend und sich immer wieder verändernd zu erleben. Genderfluid ist ein Beispiel für eine nicht-binäre Geschlechtsbezeichnung.

Genderneutral

Genderneutral ist eine Selbstbezeichnung für ein genderneutrales (nicht-binäres) Geschlecht. Genderneutrale Personen können sich zwischen oder jenseits von Zweigeschlechtlichkeit verorten und zugehörig fühlen.

Inter(-geschlechtlich), Inter*

Inter* oder intergeschlechtlich steht für Personen, deren Körper nicht eindeutig einem der zwei normierten Geschlechter zugeordnet werden können und in der Folge Pathologisierung erfahren. Intergeschlechtlichkeit zeigt sich in den Geschlechts- und Reproduktionsorganen, in Chromosomensätzen und/oder der Hormonproduktion. Inter* Personen können zu verschiedenen Zeitpunkten ihres Lebens von ihrer Intergeschlechtlichkeit erfahren: vor der Geburt, nach der Geburt, in der Kindheit, in der Pubertät oder erst im Erwachsenenalter. Intergeschlechtlichkeit ist nicht zu verwechseln mit Transgeschlechtlichkeit. Inter* Personen können sich sowohl als nicht-binär oder trans* oder als cis identifizieren.

Nicht-binär

Nicht-binär ist ein Oberbegriff für Personen und ihre Erfahrungen, das eigene Geschlecht nicht (oder nicht eindeutig) als eines von zwei Geschlechtern zugehörig zu erleben. Nicht-binär ist ein Geschlecht und heißt einfach, dass eine Person nicht (oder nicht eindeutig) eines von zwei Geschlechtern ist. Nicht-binäre Personen können sich zwischen oder jenseits von Zweigeschlechtlichkeit verorten und zugehörig fühlen. Beispiele für nicht-binäre Geschlechtsbezeichnung, die einige für sich verwenden sind: genderfluid, genderflux, genderneutral, bigender oder demigender. Nicht-binäre Personen können ebenso transitionieren.

Trans(-geschlechtlich), Trans*

Trans* ist ein Oberbegriff für Personen, die sich nicht oder nicht nur dem Geschlecht zugehörig fühlen, das ihnen vor oder bei ihrer Geburt zugewiesen wurde. Weitere übliche (Selbst-)Bezeichnungen, die in trans* eingeschlossen sind, sind transsexuell, transgeschlechtlich, transgender, transident oder nicht-binär. Trans* Personen können sich für Transitionen entscheiden. Transgeschlechtlichkeit ist nicht zu verwechseln mit Intergeschlechtlichkeit.

Transsexualität

Transsexualität wird von vielen trans* Personen abgelehnt, weil er aus dem psychiatrischmedizinischen Diagnose-Bereich kommt und eine lange Pathologisierungsgeschichte innehat. Auch die sprachliche Vermischung mit Sexualität ist problematisch, da Transgeschlechtlichkeit nichts über die sexuelle Orientierung einer Person aussagt und nicht von Transgeschlechtlichkeit auf die Sexualität (Orientierung, Praktiken, etc.) geschlossen werden kann.

Transition

Unter Transition (engl. Übergang) wird der individuelle Prozess einer trans* Person verstanden, ihr Geschlecht durch soziale, juristische oder hormonelle und/oder chirurgische (körper-)verändernde Eingriffe und Veränderungen auszudrücken. Eine Transition kann die Verwendung eines neuen Vornamens, eine Vornamens- und Personenstandsänderung, Hormontherapien, Epilationsbehandlungen (Nadel- und Laserepilation), operative Geschlechtsangleichungen und die Verwendung von Hilfsmitteln wie Tucking oder Penisepithesen umfassen. Die Vorstellung, dass eine Transition nur vollständig ist oder überhaupt vorgenommen wurde, wenn eine genitalangleichende Operation am Ende steht, ist nicht zeitgemäß. Es ist individuell sehr unterschiedlich, für welche Transitionsschritte sich eine trans* Person entscheidet, welche Transitionsschritte sie umsetzt oder umsetzen kann.

TSG (,Transsexuellen-Gesetz')

Im sog. ,Transsexuellen-Gesetz' (TSG) von 1980 wurde definiert unter welchen Bedingungen trans* Menschen ihren Vornamen und Geschlechtseintrag ändern dürfen, also rechtliche Anerkennung erfahren können. Zu den Bedingungen gehör(t)en u. a.:

- zwei Gutachten von zwei Sachverständigen, die bestätigen, dass „sich nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft das Zugehörigkeitsempfinden des Antragstellers mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr ändern wird“ (§ 4, Abs. 3 TSG).
- Sie durften dafür nicht verheiratet sein und mussten sich bis 2008 ansonsten scheiden lassen.

- Sie mussten bis 2011 fortpflanzungsunfähig sein und sich dafür ggf. sterilisieren lassen.
- Sie mussten sich bis 2011 Operationen an ihren äußeren Geschlechtsmerkmalen unterziehen.

Diese Bedingungen mussten erfüllt sein, selbst wenn trans* Personen keine geschlechtsangleichenden Maßnahmen durchführen lassen und / oder verheiratet bleiben wollten. Das Bundesverfassungsgericht hat inzwischen die meisten Vorschriften des TSG für verfassungswidrig erklärt, da diese massiv gegen die Grundrechte von trans* Personen verstoßen (gegen Art. 1, Art. 2 Abs. 1 und Art. 2, Abs. 2 GG).

Weiterhin müssen trans* Menschen in einem Gerichtsverfahren zwei Gutachten von zwei Sachverständigen vorlegen, die i. d. R. Mediziner*innen oder Therapeut*innen sein müssen. Trans* Personen stehen in einem enormen Abhängigkeitsverhältnis zu diesen Sachverständigen, sind dadurch hoch gefährdet für machtmisbräuchliche Situationen und müssen mitunter sehr intime und grenzüberschreitende Fragen beantworten (u. a. zu ihrer Sexualität). Teils werden Kleidung, Hobbys und Alltagsgestaltung auf ihre Übereinstimmung mit Geschlechterstereotypen geprüft. Es besteht weiterhin ein hoher Zeit- und Kostenaufwand (langwierige Begutachtung, ca. 2.000 €) für trans* Personen. „Vonseiten der Begutachtenden selbst wird inzwischen verstärkt vertreten, die Begutachtungspflicht abzuschaffen. [...] Die Geschlechtsidentität eines Menschen könne ohnehin nicht fremd begutachtet werden, die Begutachtung könne insofern nur wiedergeben, was der Mensch über sich selbst berichtet“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) 2017, S. 12). Aus all diesen Gründen wurde 2023 die Reformierung des TSG aufgegeben und

stattdessen wird das Selbstbestimmungsgesetz geschaffen, welches auch für inter* und nicht-binäre Menschen gelten soll.

Re-/Detransition

Retransition ist der Prozess eine Transition wieder rückgängig zu machen oder in eine andere Richtung weiterzuentwickeln. Einige trans* Personen treffen ihre Entscheidung für eine Retransition während ihrer Transition, andere lange Zeit nach ihrer Transition. Der Anteil an Retransitionen im Erwachsenenalter wird aktuell auf lediglich 2 % geschätzt. Eine Retransition kann, wie eine Transition, soziale (Verwendung früherer Vornamen und Pronomen), juristische und körperliche (Entscheidung Hormontherapie nicht länger fortzuführen) Ebenen umfassen. Häufige Gründe für eine Retransition sind erfahrene Transfeindlichkeit, gesundheitliche Probleme und ein verändertes Verständnis der eigenen Geschlechtsidentität.

Impressum

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Henning-von-Tresckow Str. 2-13
14467 Potsdam
msgiv.brandenburg.de

Protokoll Fachtag:

Frede Krischan Macioszek
Es gilt das gesprochene Wort.

Layout:

LGB (Landesvermessung und
Geobasisinformation Brandenburg)

