



Unsere Zukunft. Unsere Verantwortung.

Bündnis Kinder- und Jugendgesundheit e. V.
(Bündnis KJG)
(vormals DAKJ e. V.)

Chausseestraße 128 / 129 • 10115 Berlin
T 030 4000 588-0 • F 030 4000 588-8
kontakt@buendnis-kjg.de.de • www.buendnis-kjg.de

Ärztliche Maßnahmen bei transidenten Kindern und Jugendlichen

Stellungnahme der Kommission für ethische Fragen im Bündnis Kinder- und Jugendgesundheit e.V. (Bündnis KJG)

Federführung: Dr. med. Christoph Kupferschmid, Ulm

Einführung

Die Geschlechtsidentität ist das innere Empfinden einer Person, das sich aus einer vielschichtigen Interaktion von biologischen Merkmalen, Entwicklungseinflüssen und Umweltbedingungen ergibt. Sie kann männlich, weiblich, irgendwo dazwischen, eine Kombination aus beidem oder keines von beidem sein (d. h. sie entspricht nicht einer binären Konzeptualisierung von Geschlecht). Die Selbsterkenntnis der Geschlechtsidentität entwickelt sich mit der Zeit, ähnlich wie die Körperlichkeit von Kindern und Jugendlichen. Bei manchen Menschen kann die Geschlechtsidentität fließend sein und sich in verschiedenen Kontexten verändern (Rafferty 2018).

Transgender oder transident ist ein Oberbegriff für Menschen, deren Geschlecht nach ihrem Empfinden nicht dem entspricht, welches ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde. Neben der männlichen und der weiblichen Identität umfasst der Begriff eine Reihe weiterer Identitäten, die sich nicht in dieses binäre System einordnen lassen (gender divers). Nach Umfragen sind 0,5-1,3% der Bevölkerung transgender (Zucker KJ 2017). In den USA wird der Prozentsatz unter den 13-17-Jährigen auf 0,7% geschätzt (Rafferty J 2018). Die sexuelle Präferenz ist dabei unabhängig vom Geschlechtsempfinden.

Transgender zu sein beinhaltet keine Beeinträchtigung des Urteilsvermögens, der Stabilität, der Zuverlässigkeit oder der allgemeinen sozialen oder beruflichen Fähigkeiten. Dennoch erfahren diese Personen oft Diskriminierung aufgrund ihrer Geschlechtsidentität oder deren Ausdrucks. Diese Diskriminierung und das Fehlen von gleichen Rechten sind schädlich für die psychische Gesundheit von transgender und geschlechtsvarianten Personen (Drescher J, Haller E 2012).

Es gibt Hinweise, dass das abweichende Geschlechtsempfinden neurobiologische Ursachen haben könnte (Mueller SC et al, 2021). Auch epigenetische Einflüsse werden diskutiert (Fernández R et al, 2020, Ramirez K et al, 2021). Kürzlich wurde zudem berichtet, dass

Jungen eine weibliche Identität entwickeln können, wenn Ihre Mütter während der Schwangerschaft mit Xenööstrogenen exponiert wurden (Gaspari L et al. 2024).

In unserer Gesellschaft wird zunehmend diskutiert, dass das Geschlechtsempfinden etwas sehr Persönliches ist. Der Schutz der geschlechtlichen Identität bildet nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts einen Teil des allgemeinen Persönlichkeitsrechts (BVerfG, 10.10.2017 – 1 BvR 2019/16). Der Zuordnung zu einem Geschlecht komme für die individuelle Identität herausragende Bedeutung zu. Sie nehme typischerweise eine Schlüsselposition sowohl im Selbstverständnis einer Person ein, als auch dabei, wie die betroffene Person von anderen wahrgenommen werde, was auch für Personen gelten müsse, die sich nicht dem männlichen oder weiblichen Geschlecht zugehörig fühlten. Ausdruck für die gesellschaftliche Bedeutung sind unter anderem die Gesetzentwürfe der Fraktionen von Grüne- Bündnis 90 und FDP zum Transsexuellen Gesetz im Jahr 2020 und das Eckpunktepapier zum Selbstbestimmungsgesetz der Bundesregierung im Jahr 2022. Diese Aktivitäten waren der Anlass dafür, dass das Bündnis für Kinder- und Jugendgesundheit der Kommission für ethische Fragen den Auftrag erteilte, das ärztliche Handeln bei Menschen mit einem vom Zuweisungsgeschlecht abweichenden Geschlechtsempfinden ethisch zu bewerten.

Bias

Das Thema der TransIdentität ist gesellschaftlich mit Verunsicherung behaftet. Gibt es doch kaum einen Unterschied, der so früh und so stark in unserem Bewusstsein verankert ist, wie männlich und weiblich, Vater und Mutter, Mann und Frau, Bruder und Schwester. Wir lernen früh, uns zu identifizieren: „Ich bin ein Junge“, „ich bin ein Mädchen“. Diese generelle frühe Bewusstseinsbildung müssen wir als mögliche Voreingenommenheit bei allen Beurteilungen betrachten. In unserem Bewusstsein erscheint das Binäre als das Normale. Allerdings wird zunehmend offensichtlich, dass dies nicht für alle Menschen gilt und eine normative Haltung unter Umständen diskriminierende Auswirkungen haben kann.

Krankheitsbegriff und die Rolle von Ärzt:innen

Die WHO hat 2022 in der ICD-11 den „Transsexualismus“ als psychiatrische Diagnose abgeschafft und stattdessen die „Geschlechtsinkongruenz“ als „condition related to sexual health“ definiert. Auch die deutschsprachige S3-Leitlinie Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit für das Erwachsenenalter (AWMF 2018) hat die Transidentität entpathologisiert. Transgender und gender-diverse Personen sind ein Beispiel für die menschliche Vielfalt.

Das ärztliche Handeln fußt mit seinen vier Säulen (Curatio, Præventio, Rehabilitatio und Palliativo) auf Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit, die kulturell verschieden sind und Veränderungen durch gesellschaftliche Entwicklungen und durch den medizinischen und

technischen Fortschritt erfahren. Die normative und auch ethisch zu fordernde Bindung einer Therapie an eine Diagnose setzt einen diagnostischen Prozess voraus. Anamnese, Befund, Labor, apparative Verfahren, Bildgebung und pathologisch-anatomische Untersuchung sind hierin Werkzeuge der Organmedizin. In der psychiatrischen Diagnostik kommen zusätzlich testpsychologische Verfahren zum Einsatz. Ärzt:innen stellen Diagnosen. Daher lastet auf ihnen auch die Verantwortung, gegebenenfalls eine anerkannte, angemessene und wirksame Therapie zu empfehlen. Es steht ihnen auch frei, eine Therapie aus Gewissensgründen zu verweigern, wobei für eine Verweigerung dieselben ethischen Normen gelten, wie für die Durchführung.

Die Begriffe „Diagnose“ und „Heilung“ müssen bereits hinterfragt werden, wenn subjektiv und nach der internationalen Klassifikation keine „Krankheit“ vorliegt. Die an die Autonomie des Patienten gebundene Zustimmung nach Aufklärung (informed consent) ist dann das entscheidende Regulativ ärztlichen Handelns (Lanzerath 2003). Die im DSM-6 klassifizierten Kriterien sind alle nur subjektiv erlebbar. Dabei erweisen sich Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen als jene Instanz, die den um Selbstausslegung bemühten Betroffenen nicht nur im engeren Sinne therapeutische, sondern auch hermeneutische Hilfestellung geben (Lanzerath 2003). Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen geben eine „Entscheidungsassistenz“ im Sinne einer Befähigung zur Selbstbestimmung. Diese ist immer dann sinnvoll, wenn Bedingungen vorliegen, die vermuten lassen, dass ein Patient in seiner Entscheidungsfähigkeit bzw. der Mobilisierung seiner Ressourcen für Entscheidungsfähigkeit beeinträchtigt ist und kommunikative Hilfestellungen dazu beitragen könnten, diese Ressourcen zu mobilisieren (Birnbacher 2016). Das ärztliche Handeln bei transidenten Personen ist daher eher unterstützend, als heilend oder präventiv (Schweikart SJ 2023). Die Betreuung von transidenten Personen, die eine ärztliche Beratung oder eine Behandlung wünschen, erfordert eine Vorgehensweise, die sich von der traditionellen unterscheidet. Die geschlechtsbejahende („gender-affirming“) Vorgehensweise orientiert sich am Selbstempfinden der Betroffenen, die den Wunsch haben in jenem Geschlecht zu leben, das für sie authentisch ist.

Dieses partizipative Setting in der Gesundheitsversorgung von trans Personen ist in Hinblick auf den Respekt vor der Autonomie ethisch geboten. Es steht bezüglich Nutzens und Schadensvermeidung oder Schadensverminderung bei den Betroffenen, die medikamentöse oder chirurgische Maßnahmen wünschen, vor besonders großen ethischen Herausforderungen, insbesondere dann, wenn die Folgen nicht mehr, oder nicht mehr komplett, rückgängig gemacht werden können.

Aus ethischer Sicht ist es unbedeutend, ob bei ärztlichen Beratungen und Behandlungen von trans Personen eine Krankheit nach den Definitionen von ICD11 oder DSM-5 vorliegt oder nicht. Der diskriminierungsfreie Ausdruck der Geschlechtsidentität ist ein Menschenrecht. Wenn ärztliche Hilfe zur Verwirklichung der geschlechtlichen Identität gefragt ist, ist diese geboten, wenn eine gefestigte und nachvollziehbare persönliche Entscheidung der Betroffenen zugrunde liegt. Handlungen, die gegen diese Identität oder auf deren Veränderung hin gerichtet sind, entsprechen nicht den Prinzipien der ärztlichen Ethik.

TransIdentität bei Kindern und Jugendlichen

Oft nehmen Kinder bereits früh in ihrer Identitätsentwicklung wahr, dass ihr gefühltes Geschlecht von jenem abweicht, das ihnen aufgrund ihrer biologischen Erscheinung nach der Geburt zugewiesen wurde. Sie wollen in ihrem empfundenen Geschlecht wahrgenommen und auch angesprochen werden. Die Zahl an Kindern und Jugendlichen, die eine transspezifische ärztliche Beratung und schließlich auch eine Behandlung wegen Geschlechtsinkongruenz suchen, hat in den letzten Jahren zugenommen. Insbesondere nimmt die Anzahl von trans Jungen zu, also von denen, die - als Mädchen geboren - eine männliche Identität empfinden. Die Gründe hierfür sind unklar. Eine größere gesellschaftliche Präsenz des Themas, Medieninformationen und andere soziokulturelle Faktoren können hierbei eine Rolle spielen. Die Zahlen liegen jedoch noch weit unter dem Erwartungswert von 0,5-1,3% (Zucker KJ 2017). Berücksichtigen muss man auch, dass das medizinische Wissen um die Problematik der Transidentität, gemessen an der Anzahl von wissenschaftlichen Arbeiten, sich im Wesentlichen seit 2010 entwickelt hat. Eine wissenschaftlich fundierte medizinische Betreuung der Betroffenen ist demnach erst seit dieser Zeit gegeben.

Kinder und Jugendliche befinden sich regelmäßig noch in einer umfassenden Suchbewegung. Ihre geschlechtliche Selbstwahrnehmung ist ein tiefgreifender Entwicklungsprozess. Daher ist ein besonders hohes Maß an Achtsamkeit geboten. In Ermangelung eines externen „goldenen Standards“ bedarf es einer fortlaufenden Begleitung und fundierter Aufklärung, damit der Prozess in angemessenem Tempo voranschreiten kann, um einer Pathologisierung zu entgehen.

Die Lebenslagen von Kindern, Jugendlichen müssen auch geschlechtersensibel verstanden werden. Sie müssen bei einer altersentsprechend förderlichen Entwicklung adäquat begleitet und unterstützt werden. Dies schließt bei transidenten Kindern und Jugendlichen eine Begleitung und gegebenenfalls eine Behandlung durch Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen ein.

Kinder und Jugendliche, die wegen einer Geschlechtsinkongruenz vorstellig werden, behalten in den meisten Fällen im Laufe der Adoleszenz ihre empfundene neue Identität (De Castro C et al, 2022). Bei unbehandelten transidenten Kindern und Jugendlichen ist das Risiko für psychische Morbidität (Ängste, Depressionen, selbstverletzendes Verhalten, Essstörungen) und Suizidalität deutlich erhöht (Marconi E et al 2023, Kohnepoushi P et al. 2023). Zahlreiche Publikationen beschreiben eine starke Häufung von Autismus-Spektrum-Störungen bei transgener Personen (Strang JF 2023). Transgender Personen erleiden in höherem Maße Diskriminierung und Gewalt mit allen psychischen, physischen und sozialen Folgen.

Einige Jugendliche, die sich als transgender-divers (TGD) identifizieren, entwickeln eine Geschlechtsdysphorie, einer psychiatrischen Diagnose für diejenigen, die aufgrund der Inkongruenz zwischen dem ihnen zugewiesenen Geschlecht und ihrer Geschlechtsidentität leiden. Beeinträchtigungen in den Beziehungen im familiären sowie im außerfamiliären Bereich sind möglich.

Eine potentielle Intervention bei diesen Jugendlichen ist das temporäre medikamentöse Unterbrechen der Pubertätsentwicklung, um Zeit für den Prozess der Geschlechtsorientierung und -angleichung zu gewinnen. Solche, die Zugang zu einer pubertätsunterdrückenden und geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung erhielten, unterscheiden sich als junge Erwachsene im Hinblick auf psychische Auffälligkeiten nicht vom Durchschnitt der Normbevölkerung (Cohen-Kettenis PT, van Goozen SHM, 1997, Cohen-Kettenis PT, Deeleman-van de Waal HA, Gooren SHM, 2008, zitiert nach Romer G, Möller B, 2020). Es zeigte sich, dass eine hormonelle geschlechtsangleichende Behandlung im Alter von 14-17 Jahren im Vergleich zu einer Behandlung im Erwachsenenalter das Risiko von Suizidgedanken vermindern kann (Turban JL et al. 2022).

Unter den mit GnRH-Agonisten, also Pubertätsblockern, behandelten transidenten Kindern und Jugendlichen gehen die meisten am Ende den Weg der Transition (de Vries AL et al, 2010, 2014, 2020, De Castro C et al, 2022). Obwohl die vorhandenen Stichproben von Jugendlichen relativ klein sind und die Nachbeobachtungszeit in den einzelnen Studien variiert, weist die wachsende Evidenzbasis auf eine allgemeine Verbesserung des Wohlbefindens von transgender Jugendlichen hin, die nach einer sorgfältigen Beurteilung eine medizinisch indizierte geschlechtsangleichende medizinische Behandlung erhalten. Zudem ist die Zahl derer, die während der Beobachtungszeiträume der Studie diesen Schritt bedauern, gering. Insgesamt zeigen die Daten, dass eine frühzeitige medizinische Intervention als Teil eines umfassenderen kombinierten Beurteilungs- und Behandlungsansatzes, der sich auf die Geschlechtsdysphorie und das allgemeine Wohlbefinden konzentriert, für viele transgender Jugendliche, die eine solche Behandlung wünschen, wirksam und hilfreich sein kann (Coleman E et al. 2022).

Soziale Medien und Peers

Berichte über einen zeitlichen oder Inhaltlichen Zusammenhang des Auftretens von TransIdentität bei Kindern und Jugendlichen durch Kontakt mit sozialen Medien oder in Gruppen von Gleichaltrigen („Rapid-Onset Gender Dysphoria“) (Littman L. (2018) haben sich als nicht haltbar erwiesen (Bauer GR, Lawson ML, Metzger DL 2022, Restar AJ (2022). Personen, die eine Transition in Erwägung ziehen, informieren sich in sozialen Medien. Für viele ist der Gedanke an eine Transition erschreckend, sie haben Sorge, einen Fehler zu begehen und später den Schritt zu bereuen. Soziale Medien sind mitunter für Betroffene der einzige Ort für Überlegungen und Diskussionen mit Personen, die bereits Erfahrungen mit einer Transition gemacht haben (Sanders T 2023).

Soziale Medien können transidenten Kindern und Jugendlichen Räume bieten, in denen sie sich frei von Diskriminierung austauschen. Gleichzeitig ist der virtuelle Raum aber auch ein Umfeld, wo transidente Kinder und Jugendliche Diskriminierung und Hetze ausgesetzt werden können. Daher sollten Betroffene in besonderem Maße im Umgang mit Sozialen Medien geschult werden, sowie Hilfsangebote bekommen, falls Sie Opfer von persönlichen Anfeindungen wegen ihrer sexuellen Orientierung werden.

Geschlechtsbejahende Dienste

Transgender Personen profitieren von geschlechtsbejahenden Diensten, verbesserten familiären und sozialen Unterstützungssystemen sowie einer kompetenten ärztlichen und psychotherapeutischen Betreuung. Bildungsprogramme, einschließlich medizinischer Lehrpläne oder Workshops, könnten den größten Nutzen bei der Verbesserung der Gesundheit von transgender Personen bringen, indem sie das Wissen und die kulturelle Kompetenz von Gesundheitsfachkräften erweitern, die mit dieser Bevölkerungsgruppe arbeiten. Angesichts der Vielfalt des Geschlechtsausdrucks, der Unterschiede in den gelebten Erfahrungen und der Möglichkeit einer anhaltenden „Doppeldiskriminierung“ aufgrund der intersektionellen Beziehungen zwischen sozioökonomischem Status, Ethnie oder Alter müssen Gesundheitsfachkräfte die Transgender-Gesundheit aus einer ganzheitlichen Perspektive angehen. Die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ der Weltgesundheitsorganisation dient hier als Orientierung (Jacob M, Cox SR 2017).

Einwilligungsfähigkeit

Medizinische Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen sind an die Einwilligung der Betroffenen oder ihrer Sorgeberechtigten gebunden. Die Einwilligung setzt keine Volljährigkeit voraus, sie ist nicht an eine feste Altersgrenze gebunden. Minderjährige sind einwilligungsfähig, wenn sie nach ihrer „geistigen und sittlichen Reife in der Lage sind, Bedeutung und Tragweite der Behandlung und ihrer Gestattung zu erfassen“. Diese immer wiederkehrende Formel in der Rechtsprechung bedarf allerdings der inhaltlichen Konkretisierung.

Es geht zum einen um die Fähigkeit zu vernunftgemäßer Einsicht in das Wesen und die möglichen Folgen von Maßnahmen, die in die körperliche Integrität eingreifen (objektiv kognitive Ebene). Zum anderen aber geht es bei nicht absolut indizierten und ggf. unumkehrbaren Maßnahmen um die Fähigkeit zur Bildung nachvollziehbarer Motive bzw. um eine ausreichende Motivkontrolle (subjektiv wertende Ebene). Darüber hinaus geht es um den Weg zur Willensbildung und Willensumsetzung. Minderjährige müssen die Fähigkeit haben, innerhalb ihres eigenen Wertgefüges autonome Entscheidungen zu treffen. Dies setzt eine kritische Distanz von etwaigen äußeren Einflüssen voraus. Sie müssen in der Lage sein, den aktuellen Leidensdruck gegenüber der Prognose und den drohenden, eventuell quantitativ und qualitativ nicht oder nicht vollständig abschätzbaren Risiken für ihr weiteres Leben abzuwägen (interaktiv prozedurale Ebene).

Es ist ärztliche Aufgabe, die Einwilligungsfähigkeit bei Minderjährigen zu überprüfen, wobei es hierzu keine standardisierten Instrumente und Verfahren gibt. Diese Überprüfung steht

nicht im Gegensatz zu einer partizipativen Betreuung und zu einer Entscheidungsfindung nach dem „informed consent“ Modell.

Kinder und Jugendliche müssen eine Maßnahme verstehen und ihre Auswirkungen einschätzen können. Sie müssen in der Lage sein, für ihre Position zu argumentieren und am Ende eine Entscheidung mitzuteilen. Es hat sich gezeigt, dass die elterliche Unterstützung wesentlich für den Entscheidungsprozess ist (Vrouenraets LJJJ et al. 2022). Bei geschlechtsangleichenden Interventionen muss daher die Konsequenz für die eigene Zukunft verstanden werden, insbesondere bei unumkehrbaren oder nur schwer umkehrbaren Eingriffen wie beispielsweise einer subkutanen Mastektomie oder der medikamentösen Induktion des Stimmbruchs.

Die Überprüfung soll durch erfahrene Fachkräfte, wie Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendmedizin, Kinderendokrinologie und Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Psycholog:innen und Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapeut:innen erfolgen, die kompetent transgener Kinder und Jugendliche betreuen. Ein multidisziplinärer Ansatz ist dabei notwendig.

Medizinische Maßnahmen

Ärztliche Betreuung von Transgender Kinder und Jugendlichen stellt eine unterstützende Form der Gesundheitsfürsorge dar, die aus einer Reihe von Maßnahmen besteht, darunter psychologische, psychotherapeutische, medikamentöse, chirurgische sowie sozialpädiatrische. Diese Betreuung ist für die allgemeine Gesundheit und das Wohlbefinden von transgener Kindern und Jugendlichen von entscheidender Bedeutung, da sie ihnen dabei hilft, ihre äußeren, körperlichen Merkmale mit ihrer Geschlechtsidentität in Einklang zu bringen. Sie hilft das Unbehagen und die Belastung zu verringern, die durch die Inkongruenz verursacht werden (Schweikart 2023). Günstig für den Verlauf jeglicher medizinischen Behandlung ist es, wenn die Betroffenen zuvor von ihrem Umfeld in ihrer empfundenen Geschlechtsrolle akzeptiert worden sind.

Für die Behandlung von transidenten Kindern und Jugendlichen wird derzeit eine AWMF-Leitlinie erstellt. International bestehen bereits mehrere Leitlinien und etablierte Konzepte. Medikamentöse Maßnahmen vor Beginn der Pubertät (Tanner 2) sind nicht indiziert. Vor diesem Zeitpunkt erfolgen psychologisch- pädagogische Begleitungen.

Kinder und Jugendliche können nach internationalen Leitlinien (Zusammenfassung bei Vrouenraets LJJJ et al 2022) eine pubertäts- unterdrückende Behandlung erhalten, wenn:

- Sie ausgeprägte und langdauernde Zeichen einer Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie zeigen.
- Die Geschlechtsdysphorie in der Pubertät aufgetreten oder schlimmer geworden ist.

- Alle begleitenden psychologischen, sozialen und/oder medizinischen Themen, welche die Behandlung stören könnten, besprochen worden sind. Darunter auch solche, die einen Einfluss auf die Adhärenz haben könnten.
- Das Befinden und die Situation der Jugendlichen stabil genug ist, um eine Therapie beginnen zu können.
- Sie eine ausreichende geistige Fähigkeit haben, um nach umfassender Aufklärung eine Zustimmung zur Behandlung zu geben.
- Sie und/oder Eltern oder andere Sorgeberechtigte der Behandlung nach einer Aufklärung über die Auswirkungen der Behandlung und die Möglichkeiten zum Erhalt der Fruchtbarkeit zugestimmt haben.
- Die Eltern oder andere Sorgeberechtigte in den Behandlungsprozess einbezogen sind und den/die Jugendlichen währenddessen unterstützen.
- Ärzt:innen für pädiatrische Endokrinologie oder mit gleichwertiger Expertise in der Beurteilung der Pubertät der Indikation zur Behandlung zustimmen.
- Die Pubertät des/der Jugendlichen begonnen hat (Tanner Stadium > G2/B2).
- Der/die Jugendliche keine Kontraindikation gegen eine pubertäts- unterdrückende Behandlung hat.

Transmännliche Jugendliche, die keine Pubertätsblockade wünschen und (noch) nicht mit Testosteron behandelt werden, erhalten ggf. eine Behandlung zur Unterdrückung der Menstruation.

In welchem Alter transgener Jugendliche aufgrund ihrer Reife in der Lage sind, einer geschlechtsangleichenden Hormontherapie zuzustimmen, muss im Einzelfall geprüft werden. Die meisten Leitlinien gehen hierzu von einem Mindestalter von 16 Jahren aus. Die World Professional Association for Transgender Health (WPATH) nennt jedoch kein Mindestalter mehr (Coleman E et al. 2022), sondern orientiert sich an der psychischen und emotionalen Reife der Betroffenen.

Geschlechtsangleichende Operationen erfolgen in der Regel erst im Erwachsenenalter. Von einer Entfernung der Brustdrüse (subkutane Mastektomie) können jedoch schon jüngere transmaskuline Patienten profitieren (Olson-Kennedy J 2017).

Nutzen und Schaden

Nach ganz überwiegender Literaturmeinung leiden unbehandelte transidente Kinder und Jugendliche signifikant häufiger an psychischen Krankheiten, wie Angststörung und Depression. Sie haben häufiger Suizidgedanken und ein höheres Risiko, Suizidversuche zu

unternehmen (Wittlin NM, Kuper LE, Olson KR, 2023). Außerdem erleiden transidente Kinder und Jugendliche in der Kindheit häufiger Gewalt und sexuelle Misshandlung (Feil K 2023-2). Sie erfahren dies auch später im Leben (Garthe RC et al. 2021 Newcomb C 2020, Rafferty J 2021).

Transidente Kinder und Jugendliche, die in einem frühen Pubertätsstadium eine medizinische Behandlung erhalten, haben laut Studienlage bei Behandlungsbeginn eine bessere psychische Gesundheit als solche, die in einem späteren Pubertätsstadium therapiert werden (Sorbara JC et al. 2020, Chen D et al. 2021). Dies weist auf potentielle Vorteile einer frühen Behandlung hin. Eine aktuelle Zusammenfassung der einzelnen Optionen mit ihren Risiken und Nebenwirkungen bezeichnet die medizinische Behandlung als potentiell lebensrettend (Lee JY, Rosenthal SM 2023). Sie stellt aber auch dar, dass die Nebenwirkungen und Langzeitfolgen noch nicht ausreichend erforscht sind.

Die Blockierung der Pubertät verändert den Pubertätsverlauf individuell und im sozialen Bezug. Ob dies negative Auswirkungen hat, ist unklar. Eine Behandlung mit GnRH-Analoga führt zu einer Verminderung der Knochendichte im Bereich von etwa einer Standardabweichung des Normalen. Diese Veränderungen verschwinden mit der geschlechtsangleichenden Hormontherapie (Joseph T, Ting J, Butler G 2019, van der Loos MATC et al. 2023). Die geschlechtsangleichende Hormontherapie verändert den Körper zunehmend irreversibel. Unsicher ist, ob das zu häufigeren metabolischen und kardiovaskulären Erkrankungen führt. Die Fertilität kann durch die Maßnahmen eingeschränkt werden. Die strengen Voraussetzungen für die einzelnen Behandlungsschritte in den unterschiedlichen Leitlinien versuchen den Betroffenen und den Behandelnden eine große Sicherheit zu geben, dass keine übereilten Maßnahmen getroffen werden.

Vor Beginn einer Behandlung muss mit den Betroffenen über die Möglichkeit gesprochen werden, dass sich im Verlauf ihres Lebens die Geschlechtsidentität wieder ändern kann. Die Risiken von De- und Retransitionen müssen einbezogen werden.

Aufgrund fehlender Langzeitverläufe bezweifeln Kritiker des partizipativen Ansatzes der Behandlung von transidenten Kindern und Jugendlichen, dass der Nutzen die Risiken wirklich überwiegt (Levine SB, Abbruzzese E, 2023). Sie postulieren, dass die Entwicklung der geschlechtlichen Identität mit der Pubertät noch nicht abgeschlossen sei und befürworten einen „konservativen Ansatz“. Dieser beinhaltet in erster Linie die Psychotherapie (Cohn J, 2022). Kurzfristig kann Psychotherapie Stress, Angst und Suizidgedanken bei transidenten Jugendlichen reduzieren (Expósito-Campos P, Pérez-Fernández JI, Salaberria K, 2023). In klinischen Praxisleitlinien sind geschlechts-bejahende Psychotherapien verankert und für keine dieser Therapien wurden Schäden bei den Betroffenen festgestellt (APA 2021). Allerdings fehlen bislang Studien dazu, welchen positiven Effekt eine alleinige psychotherapeutische Behandlung im Jugendlichenalter auf lange Sicht für die physische und seelische Gesundheit von trans Personen haben.

Das beobachtende Zuwarten („watchful waiting“) ist allerdings keine Option in der Betreuung von transidenten Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie. Dieser Ansatz dient

den Betroffenen nicht, weil ihnen entscheidende Unterstützung vorenthalten wird (Rafferty 2018).

Fruchtbarkeit

Transgender Personen haben im Rahmen ihrer Selbstverwirklichung das Recht sich zu entscheiden, ob sie künftig leibliche Kinder haben wollen. Die Behandlung von Transgender Kinder- und Jugendlichen kann zur Infertilität führen. Fertilitätshemmend ist insbesondere die geschlechtsangleichende feminisierende Hormontherapie. Daher muss bei jedem Behandlungsschritt über seine Folgen für die Fertilität mit den Betroffenen und ihren Sorgeberechtigten gesprochen werden. Da sich die Entscheidung zum Kinderwunsch im Erwachsenenalter verändern kann, sollte man nicht davon ausgehen, dass Kinder und Jugendliche hierüber eine endgültige Meinung formulieren können. Daher müssen bei einem drohenden Verlust der Fruchtbarkeit geeignete, die Fruchtbarkeit erhaltende, Maßnahmen, wie die Konservierung von Keimzellen nach Maßgabe der rechtlichen Rahmenbedingungen angeboten werden (Gato J 2022, Feil K 2022-1). Eine Entfernung von Gonaden und inneren Genitalien schließt eine spätere Fruchtbarkeit aus.

Ethische Bewertung

- Prinzipienethisch gesehen stehen Behandelnde bei der Betreuung von transgender Kindern und Jugendlichen in einem Konflikt zwischen der Fürsorge (nicht schaden) und der Autonomie. Oberstes Gebot des ärztlichen Handelns ist jedoch die Gesundheit und das Wohlergehen des Patienten zu fördern (Salus aegroti suprema lex). Die behandelnden Personen müssen die Folgen ihres Handelns ebenso wie die eines Unterlassens von Behandlung in Betracht ziehen und gegeneinander abwägen. Der mögliche Schaden muss in jedem Einzelfall zusammen mit den Betroffenen und ihren Sorgeberechtigten gegenüber dem erwarteten Nutzen abgewogen werden. Die Betroffenen müssen auch langfristige Risiken kennen, um informiert in die Behandlung einzuwilligen. Hierbei muss man berücksichtigen, dass es objektive und subjektive Standards der Schadensbewertung gibt. Das heißt, dass die Betroffenen andere Dinge als Schaden bewerten können als die Behandelnden und gleiche Dinge unterschiedlich schwer. Auch jener Schaden, der durch die Unterlassung einer Maßnahme entstehen kann, muss zusammen mit den Betroffenen und ihren Sorgeberechtigten bewertet werden.
- Tugendethisch ist das ärztliche Handeln zuoberst an die Menschenwürde gebunden. Die geschlechtliche Identität ist ein Menschenrecht. Daher darf eine gefestigte geschlechtliche Identität aus ethischer Sicht nicht in Frage gestellt werden. Auch Minderjährige haben zu Beginn der Pubertät häufig eine gefestigte geschlechtliche Identität.

- Nach der bislang vorliegenden, allerdings nicht sehr hohen, wissenschaftlichen Evidenz überwiegt der Nutzen von medizinischen Maßnahmen bei transgener Kindern und Jugendlichen dem Schaden, der durch diese Maßnahmen entsteht. Aus dieser Abwägung heraus sind solche Maßnahmen ethisch gerechtfertigt.
- Bei allen Maßnahmen muss die individuelle, soziale, psychologische und somatische Situation der Kinder und Jugendlichen berücksichtigt werden.
- Behandelnde sollen eine mögliche eigene Voreingenommenheit prüfen und gegebenenfalls offenlegen. Diese kann vielfältige Ursachen haben: biographische oder weltanschauliche, aber auch andere Interessenskonflikte.
- Medizinische Maßnahmen bei transgener Kindern und Jugendlichen folgen nur dann den Prinzipien der medizinischen Ethik, wenn nach anerkannten Leitlinien und standardisierten Empfehlungen behandelt wird. Die anwachsende wissenschaftliche Evidenz muss fortlaufend beachtet und befolgt werden. Interventionen sind auch nur dann ethisch vertretbar, wenn sie von einem in diesem Bereich fortgebildeten, erfahrenen und multiprofessionellen Team durchgeführt werden. Dieses muss Fachkräfte der Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie/Psychiatrie und der Kinder- und Jugendlichen- Endokrinologie beinhalten.
- Die Maßnahmen sollten im Rahmen der großen Bandbreite von möglichen individuellen Entscheidungen der Betroffenen in höchstmöglichem Maße standardisiert erfolgen. Die Einrichtung eines nationalen Registers zur fortlaufenden Erfassung und Kontrolle der Behandlungen ist erforderlich. Eine Einbettung der Maßnahmen in standardisierte, vernetzte und kontrollierte Forschungsprojekte ist aufgrund der schwachen Datenbasis unumgänglich. Jedem Ratsuchenden sollte die Teilnahme an einer prospektiven Studie empfohlen werden.
- Fühlen sich Behandelnde aus Gewissensgründen nicht in der Lage, transgener Kinder oder Jugendliche, die sie aufsuchen, zu betreuen, dann dürfen sie die Betreuung nicht einfach ablehnen. Sie sollen ihnen vielmehr Wege zu einer qualifizierten Betreuung weisen.
- Die Gerechtigkeit erfordert, dass eine ausreichende Anzahl von Behandlungszentren eingerichtet wird, damit eine Flächendeckung und ein universelles Angebot für die Betroffenen geschaffen werden. Wartezeiten, während derer die Pubertät voranschreitet und psychische und soziale Probleme zunehmen sind potentielle Schadensquellen. Das Thema Transgeschlechtlichkeit sollte stärker in die Curricula der Facharztweiterbildungen aufgenommen werden.
- Eine ausreichende Finanzierung ist als Voraussetzung einer qualitativ angemessenen und gerecht zugänglichen Transgendermedizin derzeit in Deutschland nicht gegeben. Sie muss aus ethischer Sicht hinsichtlich der Versorgungsgerechtigkeit gefordert werden.

Einschränkung

Das Verhältnis von Nutzen und Schaden wurde auf der Basis der derzeit verfügbaren Literatur bewertet. Die vorliegenden Studien sind in der Regel Beobachtungsstudien von Kohorten oder Anwendungsstudien. Randomisierte Doppelblindstudien liegen nicht vor und über Langzeitverläufe konnte noch nicht berichtet werden.

Zusammenfassung

Transidente Kinder und Jugendliche haben ohne Behandlung eine erhöhte psychische Morbidität und erleiden häufiger Diskriminierung und Gewalt. Medizinische Maßnahmen, die Pubertätsblockade, geschlechtsangleichende Hormontherapie, Psychotherapie und eine chirurgische Behandlung einschließen können, steigern ihr Wohlergehen in ihrem selbstgewählten Geschlecht. Ihre Lebensqualität ist höher, und sie haben zumindest mittelfristig eine geringere assoziierte psychische Morbidität. Daher kann eine solche Behandlung ethisch gerechtfertigt sein. Die langfristigen Ergebnisse bedürfen dringlich der weiteren Erforschung. Die ethische Bewertung muss mit wachsender Studienlage stets aktualisiert werden.

Voraussetzung für die Behandlung ist eine interdisziplinäre Beratung der Betroffenen und ihrer Sorgeberechtigten und eine größtmögliche Sicherheit, dass die Entscheidung mit ausreichender Reife selbstbestimmt erfolgte.

Summary

Transgender-identifying children and adolescents experience increased mental morbidity and are more likely to face discrimination and violence without appropriate treatment. Medical treatment options, including puberty blockers, gender-affirming hormone therapy, psychotherapy, and surgical interventions can enhance their well-being in their self-determined gender. Access to these interventions is associated with improved quality of life, and a lower rate of associated mental morbidity, at least in the medium term. Therefore, the above treatment options should be considered ethically justified. Future research on long-term outcomes is urgently required. As the body of scientific evidence grows, its ethical appraisal must be continuously updated.

A prerequisite for any intervention is thorough prior interdisciplinary counseling of the individuals and their legal guardians, thereby ensuring that the decision was made autonomously with sufficient maturity.

Stellungnahme der Kommission für ethische Fragen des Bündnis Kinder- und Jugendgesundheit e. V.:

Mitglieder: Sascha Bos (Charité – Universitätsmedizin. Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters), Sascha Falck (Trans-Kinder-Netz e.V.), Ernst Fukala (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen e.V.), Peter W. Gaidzik (Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit (Department für Humanmedizin), Institut für Medizinrecht), Elke Hauke (Kindernetzwerk e.V.), Ralf van Heek (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen e.V.), Egbert Herting (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.), Thomas Klingebiel (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.), Christoph Kupferschmid (Sprecher) (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen e.V.), Josephin Maltzahn (Trans-Kinder-Netz e.V.), Oliver Muensterer (Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V.), Uta Neumann (Deutsche Gesellschaft für pädiatrische und adoleszente Endokrinologie und Diabetologie e.V.), Andreas Oberle (Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.)

Korrespondenzadresse:

Bündnis Kinder- und Jugendgesundheit e.V.
Chausseestr. 128/129, 10115 Berlin
Tel.: 030.4000588-0, Fax.: 030.4000588-88
e-Mail: kontakt@buendnis-kjg.de
Internet: www.buendnis-kjg.de

Literatur:

American Psychological Association: APA Resolution on Gender Identity Change Efforts 2021, <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=APA+guidelines+transgender>

Bauer GR, Lawson ML, Metzger DL: Do Clinical Data from Transgender Adolescents Support the Phenomenon of "Rapid Onset Gender Dysphoria"? J Pediatr 2022;243:224-7

Birnbacher D: „Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungsassistenz in der Medizin“, Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer. Deutsches Ärzteblatt | 15. April 2016 | DOI: 10.3238/arztbl.2016.zeko_baek_StellEntscheidung2016_01

BVerfG 2017: BvR 2019/16, Beschluss des Ersten Senats vom 10. Oktober 2017
https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2017/10/rs20171010_1bvr201916.html

Chen D, Abrams M, Clark L, et al. Psychosocial characteristics of transgender youth seeking gender-affirming medical treatment: baseline findings from the trans youth care study. *J Adolesc Health* 2021;68:1104–11.

Cohn J: Some Limitations of "Challenges in the Care of Transgender and Gender-Diverse Youth: An Endocrinologist's View" *J Sex Marital Ther* 2022 Dec 24;1-17.

<https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2160396>

Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, Ettner R, Fraser L, Goodman M, Green J, Hancock AB, Johnson TW, D. Karasic DH, Knudson GA, Leibowitz SG, Meyer-Bahlburg HFL, Monstrey SJ, Motmans J, Nahata L, Nieder TO, Reisner SL, Richards C, Schechter LS, Tangpricha V, Tishelman AC, Van Trotsenburg MAA, Winter S, Ducheny K, Adams NJ, Adrián TM, Allen LR, Azul D, Bagga H, Başar K, Bathory DS, Belinky JJ, Berg DR, Berli JU, Bluebond-Langner RO, Bouman M-B, Bowers ML, Brassard PJ, Byrne J, Capitán L, Cargill CJ, Carswell JM, Chang SC, Chelvakumar G, Corneil T, Dalke KB, De Cuypere D, de Vries E, Den Heijer M, Devor AH, Dhejne C, D’Marco A, Edmiston AK, Edwards-Leeper L, Ehrbar R, Ehrensaft D, Eisfeld J, Elaut E, Erickson-Schroth L, Feldman JL, Fisher AD, Garcia MM, Gijls L, Green SE, Hall BP, Hardy TLD, Irwig MS, Jacobs LA, Janssen AC, Johnson K, Klink DT, Kreukels BPC, Kuper LE, Kvach EJ, Malouf MA, Massey R, Mazur T, McLachlan C, Morrison SD, Mosser SW, Neira PM, Nygren U, Oates JM, Obedin-Maliver J, Pagkalos G, Patton J, Phanuphak N, Rachlin K, Reed T, Rider GN, Ristori J, Robbins-Cherry S, Roberts SA, Rodriguez-Wallberg KA, Rosenthal SM, Sabir K, Safer JD, Scheim AI, Seal LJ, Sehoole TJ, Spencer K, St. Amand C, Steensma TD, Strang JF, Taylor GB, Tilleman K, T’Sjoen GG, Vala LN, Van Mello NM, Veale JF, Vencill JA, Vincent B, Wesp LM, West MA, Arcelus J: (2022) Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8, *International Journal of Transgender Health*, 23:sup1, S1-S259, DOI: 10.1080/26895269.2022.2100644

De Castro C, Solerdelcoll M, Plana MT, Halperin I, Mora M, Ribera L, Castelo-Branco C, Gómez-Gil E, Vidal A: (2022). High persistence in Spanish transgender minors: 18 years of experience of the Gender Identity Unit of Catalonia. *Revista de Psiquiatria y Salud mental*. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2022.02.001>

De Vries AL, Steensma TD, Doreleijers TA, Cohen-Kettenis PT. Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study. *J Sex Med*. 2011 Aug;8(8):2276-83. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x. Epub 2010 Jul 14.

De Vries AL, McGuire JK, Steensma TD, Wagenaar EC, Doreleijers TA, Cohen-Kettenis PT: Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*. 2014 Oct;134(4):696-704. doi: 10.1542/peds.2013-2958. Epub 2014 Sep 8

De Vries AL. Challenges in Timing Puberty Suppression for Gender-Nonconforming Adolescents. *Pediatrics*. 2020 Oct;146(4):e2020010611. doi: 10.1542/peds.2020-010611. Epub 2020 Sep 21.

Drescher J, Haller E; American Psychiatric Association Caucus of Lesbian, Gay and Bisexual Psychiatrists. Position Statement on Discrimination Against Transgender and Gender Variant Individuals. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2012, <https://www.psychiatry.org/File%20Library/About-APA/Organization-Documents-Policies/Policies/Position-2018-Discrimination-Against-Transgender-and-Gender-Diverse-Individuals.pdf>

Expósito-Campos P, Pérez-Fernández JI, Salaberria K: Empirically supported affirmative psychological interventions for transgender and non-binary youth and adults: A systematic review. *Clin Psychol Rev* 2023 Mar;100:102229. doi: 10.1016/j.cpr.2022.102229

Feil K, Riedl D, Böttcher B, Fuchs M, Kapelari K, Gräßer S, Toth B, Lampe A: Higher Prevalence of Adverse Childhood Experiences in Transgender Than in Cisgender Individuals: Results from a Single-Center Observational Study. *J Clin Med* 2023 Jul 5;12(13):4501. doi: 10.3390/jcm12134501.

Feil K, Reiser E, Braun AS, Böttcher B, Toth B. Fertility, Contraception, and Fertility Preservation in Trans Individuals. *Dtsch Arztebl Int.* 2023 Apr 7;120(14):243-250. doi: 10.3238/arztebl.m2023.0026. PMID: 36794399; PMCID: PMC10282506.

Fernández R, Ramírez K, Gómez-Gil E, Cortés-Cortés J, Mora M, Aranda G, Zayas ED, Esteva I, Almaraz MC, Guillamon A, Pásaro E: Gender-Affirming Hormone Therapy Modifies the CpG Methylation Pattern of the ESR1 Gene Promoter After Six Months of Treatment in Transmen, *J Sex Med* 2020 Sep;17(9):1795-1806. doi: 10.1016/j.jsxm.2020.05.027

Garthe RC, Kaur A, Rieger A, Blackburn AM, Kim S, Goffnett J. Dating Violence and Peer Victimization Among Male, Female, Transgender, and Gender-Expansive Youth. *Pediatrics.* 2021 Apr;147(4):e2020004317. doi: 10.1542/peds.2020-004317. PMID: 33766918.

Gaspari L, Soyer-Gobillard M-O, Kerlin S, Paris F, Sultan C: Early Female Transgender Identity after Prenatal Exposure to Diethylstilbestrol: Report from a French National Diethylstilbestrol (DES) Cohort. *J Xenobiot.* 2024 Jan 12;14(1):166-175. doi: 10.3390/jox14010010.

Gato J, Fonseca M. Fertility Preservation and Parenthood: Perspectives of Trans and Non-Binary Youth and Parents in Portugal. *Social Sciences.* 2022; 11(10):458. <https://doi.org/10.3390/socsci11100458> *American Journal of Public Health* 110, 1221_1227, <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305701>

Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, Rosenthal SM, Safer JD, Tangpricha V, T'Sjoen GG (2017) Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 102:3869–3903

Jacob M, Cox SR. Examining transgender health through the International Classification of Functioning, Disability, and Health's (ICF). *Qual Life Res.* 2017;26:3177. doi 10.1007/s11136-017-1656-8

Joseph T, Ting J, Butler G (2019). The effect of GnRH analogue treatment on bone mineral density in young adolescents with gender dysphoria: Findings from a large national cohort. *Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism*, 32, 1077–1081. <https://doi.org/10.1515/jpem-2019-0046>

Kohnepoushi P, Nikouei M, Cheraghi M, Hasanabadi P, Rahmani H, Moradi M, Moradi G, Moradpour F, Moradi Y. Prevalence of suicidal thoughts and attempts in the transgender population of the world: a systematic review and meta-analysis. *Ann Gen Psychiatry.* 2023 Aug 5;22(1):28. doi: 10.1186/s12991-023-00460-3. PMID: 37543583; PMCID: PMC10403892

Lanzerath D (2003): Krankheitsbegriff und Zielsetzungen der modernen Medizin – Vom Heilungsauftrag zur Antiaging-Dienstleistung? *GGW* 3/2003 (Juli), 3. Jg., https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/GGW/wido_ggw_0303_lanzerath.pdf

Lee JY, Rosenthal SM: Gender-Affirming Care of Transgender and Gender-Diverse Youth: Current Concepts, *Annu Rev Med* 2023 Jan 27;74:107-116. doi: 10.1146/annurev-med-043021-032007. Epub 2022 Oct 19

Levine SB, Abbruzzese E: Current Concerns About Gender-Affirming Therapy in Adolescents, *Current Sexual Health Reports* (2023) 15:113–123. <https://doi.org/10.1007/s11930-023-00358-x>

Littmann L: Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria, *PLoS ONE* (2018) 13(8): e0202330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>

Marconi E, Monti L, Marfoli A, Kotzalidis GD, Janiri D, Cianfriglia C, Moriconi F, Costa S, Veredice C, Sani G, Chieffo DPR. A systematic review on gender dysphoria in adolescents and young adults: focus on suicidal and self-harming ideation and behaviours. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2023 Sep 21;17(1):110. doi: 10.1186/s13034-023-00654-3. PMID: 37735422; PMCID: PMC10515052.

Mueller SC, Guillamon A, Zubiaurre-Elorza L, Junque C, Gomez-Gil E, Uribe C, Khorashad BS, Khazai B, Talaei A, Habel U, Votinov M, Derntl B, Lanzenberger R, Seiger R, Kranz GS, Kreukels BPC, Cohen Kettenis PT, Burke SM, Lambalk NB, Veltman DJ, Luders E: The Neuroanatomy of Transgender Identity: Mega-Analytic Findings From the ENIGMA Transgender Persons Working Group, *The Journal of Sexual Medicine*, Volume 18, Issue 6, June 2021, Pages 1122–1129, <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.03.079>

Newcomb ME, Hill R, Buehler K, Ryan DT, Whitton SW, Mustanski B. High Burden of Mental Health Problems, Substance Use, Violence, and Related Psychosocial Factors in Transgender,

Non-Binary, and Gender Diverse Youth and Young Adults. Arch Sex Behav. 2020 Feb;49(2):645-659. doi: 10.1007/s10508-019-01533-9. Epub 2019 Aug 14. PMID:

Olson-Kennedy J, Warus J, Okonta V, Belzer M, Clark LF. Chest Reconstruction and Chest Dysphoria in Transmasculine Minors and Young Adults: Comparisons of Nonsurgical and Postsurgical Cohorts. JAMA Pediatr. 2018 May 1;172(5):431-436. doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.5440. PMID: 29507933; PMCID: PMC5875384.

Rafferty J. Childhood Abuse Among Transgender Youth: A Trauma-Informed Approach. Pediatrics. 2021 Aug;148(2):e2021050216. doi: 10.1542/peds.2021-050216. Epub 2021 Jul 5. PMID: 34226248.

Rafferty J; American Academy of Pediatrics Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Adolescence, Section on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health and Wellness: Ensuring comprehensive care and support for transgender and gender-diverse children and adolescents. Pediatrics. 2018;142(4):e20182162. Reaffirmed August 2023

Ramirez K, Fernández R, Kiyar SCM, Delgado-Zayas E, Gómez-Gil E, Van Den Eynde T, T'Sjoen G, Guillamon A, Mueller SC, Pásaro E: Epigenetics Is Implicated in the Basis of Gender Incongruence: An Epigenome-Wide Association Analysis, Front Neurosci 2021 Aug 19;15:701017. doi: 10.3389/fnins.2021.701017

Restar AJ: Methodological Critique of Littman's (2018) Parental-Respondents Accounts of "Rapid-Onset Gender Dysphoria". Archives of Sexual Behavior (2020) 49:61–66 <https://doi.org/10.1007/s10508-019-1453-2>

Romer G, Möller B (2020). Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie. Aktuelle Paradigmenwechsel und Herausforderungen für die psychotherapeutische Praxis. Ärztliche Psychotherapie, 15(2), 87–94. doi: 10.21706/aep-15-2-87

Schweikart SJ: What's Wrong With Criminalizing Gender-Affirming Care of Transgender Adolescents? AMA J Ethics. 2023 Jun 1;25(6):E414-420. doi: 10.1001/amajethics.2023.414.

Sanders T, du Plessis C, Mullens AB, Brömdal A: Navigating Detransition Borders: An Exploration of Social Media Narratives. Archives of Sexual Behavior (2023) 52:1061–1072 <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02556-z>

Strang JF, McClellan LS, Li S, Jack AE, Wallace GL, McQuaid GA, Kenworthy L, Anthony LG, Lai MC, Pelphrey KA, Thalberg AE, Nelson EE, Phan JM, Sadikova E, Fischbach AL, Thomas J, Vaidya CJ. The autism spectrum among transgender youth: default mode functional connectivity. Cereb Cortex. 2023 May 24;33(11):6633-6647. doi: 10.1093/cercor/bhac530. PMID: 36721890

Sorbara JC, Chiniara LN, Thompson S, Palmert MR. Mental health and timing of gender-affirming care. Pediatrics 2020;146(4):e20193600.

Turban JL, King D, Kobe J, Reisner SL, Keuroghlian AS (2022) Access to gender-affirming hormones during adolescence and mental health outcomes among transgender adults. PLoS ONE 17(1): e0261039. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261039>

Wittlin NM, Kuper LE, Olson KR, 2023: Mental Health of Transgender and Gender Diverse Youth. Annu Rev Clin Psychol 2023 May 9;19:207-232. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-072220-020326. Epub 2023 Jan 6

van der Loos MATC, Vlot MC, Klink DT, Hannema SE, den Heijer M, Wiepjes CM. Bone Mineral Density in Transgender Adolescents Treated With Puberty Suppression and Subsequent Gender-Affirming Hormones. JAMA Pediatr. 2023 Dec 1;177(12):1332-1341. doi: 10.1001/jamapediatrics.2023.4588. PMID: 37902760; PMCID: PMC10616766

Vrouenraets LJJ, de Vries ALC, Arnoldussen M, Hannema SE, Lindauer RJL, de Vries MC, Hein IM: Medical decision-making competence regarding puberty suppression: perceptions of transgender adolescents, their parents and clinicians. Eur Child Adolesc Psychiatry 2022 Sep 17. doi: 10.1007/s00787-022-02076-6

Zucker KJ: Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. Sex Health. 2017 Oct;14(5):404-411. doi: 10.1071/SH17067. PMID: 28838353 Review.