

Paediatr Paedolog 2018 · 53:58–63
<https://doi.org/10.1007/s00608-018-0545-x>
 Online publiziert: 26. Januar 2018
 © Der/die Autor(en) 2018. Dieser Artikel ist eine Open-Access-Publikation.



Stefan Riedl^{1,2}

¹ St. Anna Kinderspital, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Medizinische Universität Wien, Wien, Österreich

² Abteilung für Pädiatrische Pulmologie, Allergologie und Endokrinologie, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Medizinische Universität Wien, Wien, Österreich

Management von Jugendlichen mit Transidentität

Hintergrund

Transidentität beschreibt ein Geschlechtsempfinden, das die heteronormative, geschlechtsbinäre Grundhaltung überschreitet, und umfasst Personen, die sich ihrem biologischen Geschlecht nicht bzw. nur teilweise zugehörig fühlen, sei es, dass das entgegengesetzte Geschlecht empfunden wird (Frau-zu-Mann/female-to-male [FzM]; Mann-zu-Frau/male-to-female [MzF]) oder eine Geschlechtskategorisierung ganz abgelehnt wird. Weltweit findet man einen Zuwachs an nichtgeschlechtskonformen/nichtbinären Lebensweisen, was unter anderem auf gesellschaftliche Veränderungen und individuellen Wertewandel, öffentliche und mediale Präsenz des Themas und Information zu Behandlungsmöglichkeiten zurückgeführt werden kann [1–3]. Transidente Personen betrachten sich selbst nicht als krank, leiden aber an Problemen im Zusammenhang mit der sozialen Akzeptanz ihres Andersseins. Entsprechend wurde in der fünften Ausgabe des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ der American Psychiatric Society (DSM 5) die Diagnose „Geschlechtsidentitätsstörung“ durch „Geschlechtsdysphorie“ (302.85) ersetzt, um das Leiden verbunden mit dem Anderssein – und nicht mehr das Geschlechtsempfinden selbst – als pathologisch relevant zu klassifizieren. Eine diagnostische Kodierung ist andererseits

eine prinzipielle Voraussetzung, damit medizinische Leistungen beansprucht werden können. Ähnlich soll in der geplanten Neuauflage des ICD (ICD-11) die Diagnose „Transsexualität“ aus der Kategorie „Psychische und Verhaltensstörungen“ entfernt und unter dem Begriff „gender incongruence“ in eine neu geschaffene Kategorie aufgenommen werden („Conditions related to sexual health“) [4].

Die Wahl, in welchem Geschlecht man leben will, ist als Grundrecht anerkannt. In Österreich ist seit 2009 die Personenstandsänderung auch ohne bzw. vor der Durchführung von geschlechtsangleichenden Maßnahmen möglich. Die bisherige Regelung bezüglich somatischer Behandlung (Hormontherapie, geschlechtsangleichende Operation) ab 18 Jahren nach durchlaufender Pubertät führte v. a. bei MzF-Personen zu einer „Stigmatisierung“ durch Körpergröße, männlichen Habitus, tiefe Stimme und Bartwuchs. Eine Reihe zusätzlicher medizinischer Maßnahmen wie logopädische Anhebung der Sprechstimme bis hin zu operativer Verkürzung der Stimmlippen, Mamma-Augmentationsplastik, Laser-epilation, gesichtschirurgische Eingriffe etc. wurden in der Folge angestrebt [5].

Transidentität kann sich bereits im Kindesalter entwickeln. Diagnostisches Merkmal im präpubertären Alter ist, nach Ausschluss einer Variante der Geschlechtsentwicklung oder einer ursächlichen, psychiatrisch relevanten Störung, die über 6 Monate aufgetretene Überzeugung, dem anderen Geschlecht anzugehören, verbunden mit gegenschlechtlichen stereotypen Verhaltens-

weisen in Bezug auf Kleidung, Spielzeug, Spielverhalten und Freundeskreis. Bei FzM bestehen eine Abneigung, in sitzender Position zu urinieren, eine Brust oder Menstruation zu entwickeln und der Wunsch, einen Penis zu besitzen. Bei MzF besteht die Überzeugung, als Frau aufzuwachsen, und wird das eigene Genitale abgelehnt oder abstoßend empfunden [1]. Kriterien für persistierende Transidentität sind bisher nicht klar definiert, doch haben ein früher Zeitpunkt und eine starke Ausprägung sowie das Gefühl, sich im anderen Geschlecht zu „fühlen“ (und nicht nur, es zu „wünschen“), einen prädiktiven Wert [3]. Maßgebliche Bedeutung besitzt die Zunahme der Geschlechtsdysphorie im Rahmen der beginnenden Pubertät mit den – unerwünschten – hormonellen und körperlichen Veränderungen. In dieser Phase können eventuell vorbestehende psychiatrische Beeinträchtigungen verstärkt hervortreten. Die Rate an Depressionen, Angststörungen, Verhaltensstörungen und selbstverletzenden Aktivitäten bis hin zu Suizid ist signifikant erhöht und wird in unterschiedlichen Studien zwischen 30 und 75 % angegeben (im Vergleich zu etwa 8 % bei der Allgemeinbevölkerung) [6–9]. Die Pubertät muss jedenfalls abgewartet werden, bevor die Diagnose einer voraussichtlich bleibenden Transidentität gestellt werden kann.

Nachdem nun in einigen Ländern, allen voran in den Niederlanden und Kanada, bereits seit den späteren 1990er-Jahren positive Erfahrungen mit der pubertätsarretierenden und gegengeschlechtlichen Behandlung von transidenten Ju-

Erstveröffentlichung in *Journal für Klinische Endokrinologie und Stoffwechsel* (2017) 10:55–59.
<https://doi.org/10.1007/s41969-017-0005-4>.

gendlichen gemacht wurden, hat die Endocrine Society 2009 „Clinical practice guidelines“ publiziert, die im Einklang mit den „Standards of Care“ der World Professional Association for Transgender Health (WPATH) unter der Voraussetzung einer stringenten psychiatrisch-psychologischen Diagnostik eine frühzeitige hormonelle Behandlung unterstützen [10, 11]. Geschlechtsangleichende Operationen sollen weiterhin Patienten >18 Jahren vorbehalten bleiben.

Entwicklung des psychologischen Geschlechts/ Epidemiologie von Transidentität

Neben dem biologischen Geschlecht zählen Geschlechtsidentität (subjektives Geschlechtsempfinden), Geschlechtsrolle (gelebtes/soziales Geschlecht) und sexuelle Orientierung (Ebene der Partnerwahl) zu den Dimensionen, die Geschlecht ausmachen und sich wechselseitig beeinflussen. Bei transidenten Personen findet man eine variable, je eigene Ausprägung des Geschlechtsausdrucks, die in den einzelnen Dimensionen bezogen auf Heteronormativität Inkongruenzen aufweist [1].

Geschlechtsidentität bzw. Geschlechtsrollenverhalten beginnt sich bereits ab dem Alter von etwa drei Jahren zu entwickeln. Das Bewusstsein der konstanten Zugehörigkeit zu einem Geschlecht hat sich mit etwa sechs Jahren ausgeprägt. Im Verlauf der Kindheit kann es in einem niedrigen Prozentsatz vorübergehend zu nichtgeschlechtskonformem Verhalten bis hin zu transidentem Geschlechtererleben kommen. Allerdings sistiert bei der Mehrzahl dieser Kinder spätestens ab dem Zeitpunkt der Pubertätsentwicklung die Symptomatik, wobei später signifikant häufiger eine homo- oder bisexuelle Orientierung auftritt. Eine bleibende Transidentität wird bei weniger als 20 % dieser Kinder beobachtet [1–3]. Sie lässt sich aufgrund einer zunehmenden Geschlechtsdysphorie ab einem Alter von 10–13 Jahren mit den beginnenden hormonellen und körperlichen Veränderungen im Rahmen der Pubertät abschätzen. Zudem ist die Wahrscheinlichkeit von bleiben-

der Transidentität größer, wenn das Bewusstsein, dem anderen Geschlecht anzugehören, ab diesem Alter oder im Verlauf der Pubertät entwickelt wird [2, 12]. Früher erhobene Zahlen zur Inzidenz (bei Erwachsenen) dürften durch die Schwierigkeit der systematischen Erfassung, d. h. durch einen „selection bias“ hinsichtlich derjenigen Personen, die medizinische Versorgung bzw. Einrichtungen beansprucht haben, eine starke Unterschätzung des tatsächlichen Auftretens von nichtbinärer Geschlechtsidentität in der Gesellschaft darstellen [13]. Das Vorkommen bei Jugendlichen ist erst in den letzten Jahren untersucht worden. In einer rezenten neuseeländischen Studie gaben beispielsweise 1,2 % von ca. 8000 Schülern der Sekundarstufe an, transident zu empfinden [14]. Eine vergleichbare Rate (1,3 %) fand sich in einem Kollektiv von ca. 700 Oberstufenschülern in Finnland [15]. Neben der allgemeinen Zunahme in den letzten Jahren hat sich auch ein Wandel im Geschlechtsverhältnis gezeigt. Während früher ein Überwiegen von MzF-Kindern und -Jugendlichen zu verzeichnen war, hat sich in der letzten Dekade dieses Verhältnis umgekehrt (MzF zu FzM: 1 zu 1,2) [7, 16].

Ursachen

Bisher ist die Ätiologie hinsichtlich Entstehung von Transidentität nicht geklärt. Ursachenforschung auf neurobiologischer, lerntheoretischer und psychodynamischer Ebene [17] (Übersicht in [1]) haben keinen einheitlichen Entstehungsmechanismus aufdecken können. Nicht näher definierte genetische Faktoren dürften eine gewisse Rolle spielen und lassen sich aus Zwillingstudien ableiten (39 % Konkordanz von Transidentität) [18]. Funktionelle und morphometrische MRI-Untersuchungen weisen auf eine unterschiedliche Prägung bestimmter geschlechtsdimorpher Hirnregionen hin [19]. Ein möglicher pränataler Einfluss von veränderten Androgenspiegeln wurde diskutiert und unter anderem mit der deutlich erhöhten Rate von assoziierten Autismus-Spektrum-Störungen in einen Zusammenhang gebracht [20, 21].

„Gender-Team“/therapeutische Begleitung

Die Diagnosestellung obliegt dem „Gender-Team“, bestehend aus Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychologe und Psychotherapeut. Dafür wurden spezielle Fragebögen zur Erfassung von Geschlechtsdysphorie bei Kindern und Jugendlichen entwickelt [22, 23]. Psychiater stellen gemeinsam mit Psychologen und Psychotherapeuten letztlich auch die Indikation für eine Hormontherapie. Ebenso beraten sie bezüglich Zeitpunkt der Vornamens- und Personenstandsänderung, die mit entsprechenden Gutachten bereits in diesem Alter vorgenommen werden kann. Die Aufgabe des pädiatrischen Endokrinologen besteht einerseits im Ausschluss einer Variante der Geschlechtsentwicklung und andererseits in der Evaluierung von Risikofaktoren für eine spätere Hormontherapie. Weiters geht es um die Beurteilung der Pubertätsentwicklung, Zeitpunkt des Therapiebeginns und klinisches, hormonelles und metabolisches Monitoring unter Therapie. Vor jedem Behandlungsschritt findet eine interdisziplinäre Fallkonferenz aller beteiligten Fachpersonen statt, sodass die Indikation zur Behandlung mit GnRH-Analoga bzw. Sexualsteroiden jeweils gemeinsam im Konsens gestellt wird. Bei Kindern bzw. Jugendlichen vor Pubertätseintritt steht die psychologische Begleitung im Vordergrund, die ergebnisoffen sein sollte ohne negatives Urteil über das Wunschgeschlecht. Wesentlich ist die Einbeziehung und Unterstützung der gesamten Familie [1, 24].

Therapie

Hormonelle Behandlung von Jugendlichen – GnRH-Analoga

In den 1990er-Jahren wurde eine Therapie zur Arrestierung der Pubertätsentwicklung mittels GnRH-Analoga erstmals an Jugendlichen mit Transidentität angewendet (Übersicht in [25]). Bei Beginn ab einem frühen Pubertätsstadium stoppt sie den weiteren Fortschritt von unerwünschten körperlichen Veränderungen. Vor allem führt sie zu einer

psychischen Druckentlastung und bewirkt als reversible Maßnahme einen Zeitgewinn zur weiteren diagnostischen Reevaluierung und psychotherapeutischen Langzeitbeobachtung, bevor irreversible Veränderungen durch die gegengeschlechtliche Therapie induziert werden. Eine solche Behandlung wird bisher frühestens ab dem Alter von 12 Jahren durchgeführt, wenn bereits ein Pubertätsstadium Tanner 2–3 erreicht ist. Bei späterem Pubertätseintritt, wie bei biologisch männlichen Jugendlichen zu erwarten, wird dieses Stadium meist erst mit 13–14 Jahren erreicht. Bisher überwiegt in der Praxis das Kollektiv der älteren Jugendlichen mit fortgeschrittener Pubertätsentwicklung. Dies ist zum Teil darauf zurückzuführen, dass der diagnostische Prozess oft eine längere Zeit benötigt und sich die Behandlungspraxis an vielen Zentren erst in der Phase der Etablierung befindet, oder auch darauf, dass Jugendliche selbst bezüglich einer frühen körperverändernden Intervention öfter kritisch bis zurückhaltend sind [26]. Zur Behandlung wird üblicherweise ein GnRH-Analogen, das im Kindesalter sonst bei Pubertas praecox eingesetzt wird, in vierwöchentlichen Abständen subkutan injiziert. Neben Kopfschmerzen und Gewichtszunahme kann diese Therapie zu Beginn Auswirkungen auf die Stimmung haben, die auf die induzierte hormonelle Umstellung zurückzuführen sind. Eine eventuell davor vorliegende Depression kann exazerbieren, bei Behandlung in einem fortgeschrittenen Pubertätsstadium können bei FzM prämenopausale Symptome auftreten (z. B. Hitzewallungen). Mittelfristige knochendichtemindernde Effekte haben sich im weiteren Verlauf als reversibel herausgestellt. Negative Auswirkungen auf die Hirnentwicklung wurden bisher nicht festgestellt [2, 3]. Insgesamt muss betont werden, dass die Studienlage dürftig ist und zu somatischen Langzeitauswirkungen bisher keine Beobachtungen vorliegen. Ebenso kann bisher über Effekte der behandlungsinduzierten Beeinträchtigung bzw. Verhinderung der Fertilität keine Aussage gemacht werden. Späterer Kinderwunsch bzw. individuelle Lebensplanung sind altersbedingt unab-

Paediatr Paedolog 2018 · 53:58–63 <https://doi.org/10.1007/s00608-018-0545-x>
© Der/die Autor(en) 2018. Dieser Artikel ist eine Open-Access-Publikation.

S. Riedl

Management von Jugendlichen mit Transidentität

Zusammenfassung

Hintergrund. Nichtgeschlechtskonformes Verhalten oder Transidentitätsvorstellungen kommen im Kindesalter gelegentlich vor und sind meist vorübergehend, persistieren aber bei jedem Fünften und führen zu zunehmender Geschlechtsdysphorie ab Pubertätseintritt. Mittlerweile wurde eine hormonelle Behandlung ab einem frühen Pubertätsstadium etabliert, die zu einer Linderung der Geschlechtsdysphorie und einer deutlichen Besserung der Lebensqualität führt.

Methoden. Wege zur Diagnosestellung, aktuelle Epidemiologie, Felder der Ursachenforschung und therapeutisches Management (GnRH-Analoga zur Pubertätsarretierung ab 12 Jahren und einem mittleren Pubertätsstadium; gegengeschlechtliche Hormontherapie ab 16 Jahren) werden anhand der rezenten medizinischen Literatur diskutiert.

Ergebnisse. Transientes Empfinden/Geschlechtsdysphorie wird bei etwa 1 % der Jugendlichen gefunden. Begleitend besteht in 30–75 % eine psychiatrische

Komorbidität (Depression, Angststörung, Verhaltensstörung, Suizidgedanken). Nach bisheriger Studienlage kann eine hormonelle Behandlung im Pubertätsalter zu einer deutlichen Verbesserung des psychosozialen Wohlbefindens und der Lebensqualität führen. Geschlechtsangleichende Operationen bleiben Patienten >18 Jahren vorbehalten. **Diskussion.** Eine Hormontherapie bei transidenten Jugendlichen lindert effektiv die vorliegende Geschlechtsdysphorie und stoppt, bei frühzeitigem Beginn, die somatische Stigmatisierung im unerwünschten biologischen Geschlecht. Ein hochselektiver diagnostischer Prozess durch ein interdisziplinäres Gender-Team mit regelmäßigen Fallkonferenzen ist unabdingbare Voraussetzung, um spätere Reuefälle zu verhindern.

Schlüsselwörter

Transidentität · Jugendliche · Geschlechtsdysphorie · Pubertätssuppression · Hormontherapie

Management of transgender adolescents

Abstract

Background. Gender-nonconformity or transient ideation occasionally occurs in childhood and is mostly temporary but persists in one fifth of the cases and leads to increasing gender dysphoria associated with the start of puberty. Hormonal intervention starting at early puberty has been shown to alleviate gender dysphoria and improve quality of life to a level that is comparable to non-affected peers.

Methods. The diagnostic process, current epidemiology, etiology and therapeutic management (GnRH analogues for puberty suppression from 12 years of age and mid-pubertal stage; cross-sex hormone treatment from age 16 years) are discussed in light of the recent medical literature.

Results. Gender dysphoria was found in around 1% of adolescents. Psychiatric comorbidities such as depression, anxiety disorder, behavioral disorder, self-harm/suicidality

were observed in 30–75% of transgender adolescents. According to existing studies, hormonal treatment in puberty improves psychosocial wellbeing and quality of life significantly. Gender reassignment surgery remains reserved for patients >18 years.

Discussion. Hormonal intervention in transgender adolescents can effectively alleviate gender dysphoria and, if started early, interrupts somatic stigmatization associated with undesired biological development. A highly selective diagnostic process carried out by an interdisciplinary gender team that routinely meets for case conferences is a prerequisite to prevent patients' regret.

Keywords

Transgender persons · Adolescents · Gender dysphoria · Puberty suppression · Hormone therapy

sehbar und stehen bei den Jugendlichen zu Behandlungsbeginn üblicherweise nicht im Fokus. MzF-Jugendlichen in einem fortgeschrittenen Pubertätsstadium sollte jedenfalls die Möglichkeit der Spermienasservierung angeboten werden. FzM-Jugendliche sind häufiger gynophil, sodass bei Kinderwunsch gegebenenfalls auch die (biologisch weibliche) Partnerin ein Kind austragen kann [2].

All diese Zusammenhänge legen nahe, dass die Pubertätsarretierung, insbesondere ab einem frühen Pubertätsstadium, auch kritisch und kontrovers diskutiert wird. Kritiker bezweifeln prinzipiell deren Zulässigkeit aufgrund der psychosexuellen Unreife in einer Phase der fluktuierenden Geschlechtsidentität. Vielmehr würde durch die hormonelle Intervention der Prozess der Ausbildung einer stabilen Geschlechtsidentität und einer unbeeinflussten Sexualpräferenz verhindert. Weiters müsse individuell hinterfragt werden, ob ein ausreichendes intellektuelles Verständnis der therapeutisch induzierten Veränderungen gegeben ist [27, 28].

Bezüglich psychologischer Effekte zeigen die bisher vorliegenden Studien eine signifikante Verbesserung durch GnRH-Analogtherapie. Insbesondere internalisierende psychiatrische Störungen traten zurück, was im Behandlungsverlauf retrospektiv auf eine auf die Transidentität zurückführbare Komorbidität und nicht auf eine unabhängige zugrunde liegende psychiatrische Störung hindeutete [24, 25]. Bezüglich Langzeiteffekten existiert bisher eine Outcomestudie an 55 holländischen Patienten (MzF: 22; FzM: 33), die vor Beginn der Pubertätsarretierung (13,6 Jahre), vor Beginn der gegengeschlechtlichen Therapie (16,7 Jahre) sowie 1 Jahr nach geschlechtsangleichender Operation (20,7 Jahre) untersucht wurden [8]. Subjektives Wohlbefinden und Lebensqualität hatten sich im Therapieverlauf bis zur Abschlussuntersuchung signifikant verbessert und waren gleich oder besser, verglichen mit einem nicht-transidenten altersgematchten Kollektiv. Limitierend ist anzumerken, dass die Rate an klinisch relevanten internalisierenden Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei der Ausgangsuntersuchung –

im Gegensatz zu anderen Beobachtungen mit bis zu 75 % [6, 7, 9] – deutlich niedriger war (30 %), wobei nur die Hälfte der Patienten, die mit einer pubertätsarretierenden Therapie begonnen hatte, in die Endauswertung eingeschlossen werden konnte. In diesem Sinn ist ein Teil des Erfolges auf das stringente Studienprotokoll zurückzuführen, möglicherweise wurde aber dadurch auch ein gewisser Bias hervorgerufen. Die Autoren beobachteten selbst eine höhere Rate von Studienteilnehmern mit höherer Bildung im Vergleich zur holländischen Allgemeinbevölkerung (58 % vs. 31 %), was zur niedrigeren psychiatrischen Begleitsymptomatik beigetragen haben könnte [8].

Hormonelle Behandlung von Jugendlichen – gegengeschlechtliche Hormontherapie

Die Behandlung mit Östrogen (MzF) bzw. Testosteron (FzM) erfolgt üblicherweise ab einem Alter von 16 Jahren unter Beibehaltung der GnRH-Therapie, nachdem vom betreuenden Gender-Team die Indikation gestellt und von somatischer Seite eine Kontraindikation ausgeschlossen wurde. Je nach Pubertätsstadium bei Behandlungsbeginn wird eine schrittweise Dosisadaptierung in sechsmonatlichen Intervallen, einem klassischen Pubertätsinduktionsschema entsprechend, vorgenommen [10]. Bei Jugendlichen in einem fortgeschrittenen Pubertätsstadium liegt die Anfangsdosis höher und erfolgt die Aufdosierung entsprechend rascher. Testosteron (z. B. Testosteron Enantat) wird mittels vierwöchentlicher intramuskulärer Injektion oder täglich transdermal verabreicht, Östrogen als Tablette (z. B. Estradiolvalerat) oder ebenfalls transdermal, insbesondere wenn eine Thrombophilieneigung besteht. Langzeitmorbidität und -mortalität wurden an Erwachsenenkollektiven untersucht und zeigten eine erhöhte Rate an kardiovaskulären Erkrankungen bei Verwendung von Ethinylestradiol (6–8 %), wobei die insgesamt um 51 % erhöhte Mortalität gegenüber der Allgemeinbevölkerung bei MzF überwiegend nicht direkt therapieassoziiert war (Substanzmissbrauch, Infektionen, Suizid).

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

Testosteron bei FzM in üblicher Hormonersatzdosis war mit keiner erhöhten Morbidität bzw. Mortalität verbunden [29]. Psychologische Follow-up-Studien an hormonbehandelten Erwachsenen zeigten – wobei nicht ganz einheitlich und signifikant nur bei MzF – eine verbesserte Lebensqualität (Übersicht in [30]). Die oben erwähnte holländische Studie erfasste als bisher einzige größere Studie die junge Erwachsene (20,7 Jahre) nach durchschnittlich fünf Jahren gegengeschlechtlicher Hormontherapie und fand unabhängig vom Ursprungsgeschlecht eine deutlich verbesserte Lebensqualität [8].

Situation in Österreich

In den letzten Jahren ist eine wachsende Nachfrage bezüglich Hormonbehandlung bei Jugendlichen aufgekommen. Mittlerweile hat eine vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) eingesetzte Expertengruppe aus Vertretern der Fachrichtungen Kinder- und Jugendpsychiatrie, klinische Psychologie, Psychotherapie und pädiatrische Endokrinologie Behandlungsempfehlungen für transidente Jugendliche veröffentlicht: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/0/8/8/CH1454/CMS1405604065941/transgender_empfehlungen_kinder_jugendliche.pdf.

Offene Fragen/neue Forschungsfelder

Die Entwicklung unserer „offenen“ Gesellschaft – in der vorliegenden Fragestellung: von nichtbinären Lebensweisen – schreitet voran. Demgegenüber gibt es erst wenig Erfahrung zu mittel- und langfristigen Effekten einer hormonellen Therapie von transidenten Jugendlichen. Die Behandlung wird zunehmend häufig eingesetzt. Neben dem dringenden Bedarf an prospektiven Langzeitstudien tun sich naturgemäß kontinuierlich neue Entwicklungen auf, die in der Forschung künftig berücksichtigt werden müssen. Dazu zählen Untersuchungen zur zunehmenden Prävalenz, insbesondere die in den letzten Jahren signifikant häufigere FzM-Inzidenz, zum Einfluss von Medien, zu Prädiktoren für die Persistenz von

Transidentität im Kindesalter, Untersuchungen des sozialen Umfelds, Auswirkungen einer frühen sozialen Transition in das Gegengeschlecht und letztlich eine Revision bzw. Adaptierung der Thematik an die zunehmende Diversität von nichtbinären Lebensweisen.

Fazit für die Praxis

- Nichtbinäre Lebensweisen nehmen zu, sodass Kinder- und Jugendärzte zunehmend mit transident empfindenden Kindern und Jugendlichen konfrontiert sind.
- Für Diagnose und Management von Transidentität ist ein multidisziplinäres Gender-Team, bestehend aus Kinder- und Jugendpsychiater, Psychologe, Psychotherapeut und pädiatrischem Endokrinologen, erforderlich.
- Eine Hormontherapie kann unter strengen diagnostischen Kriterien angeboten werden, lindert die vorliegende Geschlechtsdysphorie und stoppt, bei frühzeitigem Beginn, die somatische Stigmatisierung im unerwünschten biologischen Geschlecht.

Korrespondenzadresse



© S. Riedl

Dr. S. Riedl
St. Anna Kinderspital,
Universitätsklinik für Kinder-
und Jugendheilkunde,
Medizinische Universität
Wien
Wien, Österreich
stefan.riedl@stanna.at
stefan.riedl@
meduniwien.ac.at

Dr. Stefan Riedl Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Universität Wien, Musikpädagogikstudium an der Hochschule für Musik und darstellende Kunst Wien; Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde, Facharzt für Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie; 2005–2007 Consultant für Paediatric Endocrinology & Diabetes am Princess Margaret Hospital in Perth/Australien; ab 2008 Oberarzt und Leiter der endokrinologischen Ambulanz am St. Anna Kinderspital; Leiter der Ambulanz für Varianten der Geschlechtsentwicklung an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Wien.

Funding. Open access funding provided by Medical University of Vienna.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. S. Riedl gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Literatur

1. Nieder TO, Briken P, Richter-Appelt H (2014) Transgender, Transsexualität und Geschlechtsdysphorie: Aktuelle Entwicklungen in Diagnostik und Therapie. *Psych Up2date* 7:373–388. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1349534>
2. Bouman WP, de Vries ALC, T'Sjoen G (2016) Gender dysphoria and gender incongruence: an evolving inter-disciplinary field. *Int Rev Psychiatry* 28:1–4
3. Fuss J, Auer MK, Briken P (2015) Gender dysphoria in children and adolescents: a review of recent research. *Curr Opin Psychiatry* 28:430–434
4. Reed GM, Drescher J, Krueger RB et al (2016) Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry* 15:205–221. <https://doi.org/10.1002/wps.20354>
5. Van Trotsenburg MA, Cohen EMR, Noe M (2004) Die hormonelle Behandlung transsexueller Personen. *J Reprod Med Endocrinol* 1:171–183
6. Olson J, Schragger SM, Belzer M et al (2015) Baseline physiologic and psychosocial characteristics of transgender youth seeking care for gender dysphoria. *J Adolesc Health* 57:374–380
7. Kaltiala-Heino R, Sumia M, Työläjärvi M et al (2015) Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child Adolesc Psychiatry Mental Health* 9:9
8. De Vries AL, McGuire JK, Steensma TD et al (2014) Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics* 134:696–704
9. Aitken M, VanderLaan DP, Wasserman L et al (2016) Self-harm and suicidality in children referred for gender dysphoria. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 55:513–520
10. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Waal HA et al (2009) Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 94:3132–3154
11. Coleman E, Bockting W, Botzer M et al (2012) Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, Version 7. *Int J Transgend* 13:165–232
12. Olson-Kennedy J, Cohen-Kettenis PT, Kreukels BP et al (2016) Research priorities for gender non-conforming/transgender youth: gender identity

- development and biopsychosocial outcomes. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* 23:172–179
13. Arcelus J, Bouman WP, van den Noortgate W et al (2015) Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *Eur Psychiatry* 30:807–815
 14. Clark TC, Lucassen MF, Bullen P et al (2014) The health and well-being of transgender high school students: results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). *J Adolesc Health* 55:93–99
 15. Sumia M, Lindberg N, Työlajärvi M et al (2017) Current and recalled childhood gender identity in community youth in comparison to referred adolescents seeking sex reassignment. *J Adolesc Health* 61:34–39
 16. Aitken M, Steensma TD, Blanchard R et al (2015) Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *J Sex Med* 12:756–763
 17. Stoller RJ (1968) *Sex and gender: the development of masculinity and femininity*. Hogarth Press, London
 18. Heylens G, de Cuypere G, Zucker KJ (2012) Gender identity disorder in twins: a review of the case report literature. *J Sex Med* 9:751–757
 19. Kranz GS, Hahn A, Kaufmann U et al (2014) White matter microstructure in transsexuals and controls investigated by diffusion tensor imaging. *J Neurosci* 34:15466–15475
 20. Rosenthal SM (2014) Approach to the patient: transgender youth: endocrine considerations. *J Clin Endocrinol Metab* 99:4379–4389
 21. VanderLaan DP, Leef JH, Wood H et al (2015) Autism spectrum disorder risk factors and autistic traits in gender dysphoric children. *J Autism Dev Disord* 45:1742–1750
 22. Meyer-Bahlburg HF, Sandberg DE, Yager TJ et al (1995) Questionnaire scales for the assessment of atypical gender development in girls and boys. *J Psychol Human Sex* 6:19–19
 23. Deogracias JJ, Johnson LL, Meyer-Bahlburg HFL et al (2007) The gender identity/gender dysphoria questionnaire for adolescents and adults. *J Sex Res* 44:370–379
 24. Costa R, Dunsford M, Skagerberg E et al (2015) Psychosocial support, puberty suppression, and psychosocial functioning in adolescents with gender dysphoria. *J Sex Med* 12:2206–2214
 25. Kreukels BP, Cohen-Kettenis PT (2011) Puberty suppression in gender identity disorder: the Amsterdam experience. *Nat Rev Endocrinol* 7:466–472
 26. Vrouwenraets LJJ, Fredriks AM, Hannema SE et al (2016) Perceptions of sex, gender, and puberty suppression. A qualitative analysis of transgender youth. *Arch Sex Behav* 45:1697–1703
 27. Korte A, Lehmkuhl U, Goecker D et al (2008) Gender identity disorders in childhood and adolescence: currently debated concepts and treatment strategies. *Dtsch Arztebl Int* 105:834–841
 28. Costa R, Carmichael P, Colizzi M (2016) To treat or not to treat: puberty suppression in childhood-onset gender dysphoria. *Nat Rev Urol* 13:456–462
 29. Asscheman H, Giltay EJ, Megens JAJ et al (2011) A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *Eur J Endocrinol* 164:635–642
 30. Hughto JMW, Reisner SL (2016) A systematic review of the effects of hormone therapy on psychological functioning and quality of life in transgender individuals. *Transgender Health* 1:21–31

Hier steht eine Anzeige.

