

## **Kommissionssitzung am Mittwoch, den 5. Juni 2019 zum geplanten gesetzlichen Verbot sog. „Konversionstherapien“**

### **Zusammenfassung des Beitrages zur**

### **Podiumsdiskussion „Rechtliche und gesellschaftliche Aspekte eines gesetzlichen Verbotes“**

**Ergänzte Fassung vom 24.2.2020 für die Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages am 3.3.2020**

### **Petra Weitzel, Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität dgti e.V.**

Zum Verständnis weshalb ein Verbot trans\* (\* steht für transident, transsexuell, transgender) Menschen einschließen muss, bedarf es einer gemeinsamen Sprache und Verständnis der Begriffe.

„Konversionstherapie“ bedeutet für homosexuelle und trans\* Personen gleichsam der Versuch, den bestehenden Zustand „heilen“ oder „reparieren“ zu wollen, hier im Sinne einer Aufhebung des trans\* Seins. Dies ist nicht möglich. (1) Die Methoden dazu sind bei trans\* Menschen vielfältiger als bei homosexuellen Menschen.

Unter „geschlechtlicher Identität“ verstehen wir das durch äußere Einwirkung nicht veränderbare erlebte Geschlecht, das nur von einer Person selbst erklärt werden kann und bestimmend ist. Das bei der Geburt zugewiesene Geschlecht, der Personenstand, sowie die geschlechtlichen Körpermerkmale können davon abweichen und das in unterschiedlichem Umfang.

„Geschlechtsangleichung“ bedeutet ausschließlich die selbstbestimmte Anpassung der geschlechtlichen Merkmale und/oder der noch abweichenden, bei der Geburt zugewiesenen sozialen und rechtlichen Rolle an das erlebte Geschlecht bzw. der geschlechtlichen Identität. Ein transidenter Mensch ist richtig wie er ist, die bei der Geburt erfolgte Zuweisung unzutreffend. Jede fremdbestimmte Maßnahme ohne Möglichkeit zur Einwilligung oder Erschleichen derselben durch falsche Informationen ist eine Form der Körperverletzung.

Wenn in diesem Beitrag von „Kindern“ und „Jugendlichen“ gesprochen wird, dann ist für Jugendliche die medizinische Definition, der Beginn des „Tanner II“ Stadiums maßgeblich, der je nach Geschlecht bei ca. 8-13 Jahren liegt.

Transsexualität oder geschlechtliche Inkongruenz, wie es in der aktualisierten Klassifikation ICD-11 der WHO Diagnosen HA60/HA61 heißt, gilt nicht mehr als psychische oder Verhaltensstörung, sondern als medizinischer Zustand. Wo keine psychische Krankheit ist, gibt es auch keine zu therapieren.

### **Podiumsdiskussion**

Im Rahmen der Kommissionssitzungen wurde durch den verfassungsrechtlichen Fachbeitrag von Prof. Dr. Burgi der Standpunkt auch auf dem Podium vertreten, dass es grundsätzliche rechtliche Unterschiede zwischen der Betrachtung von Konversionsversuchen bei homosexuellen Menschen vs. trans\* Menschen gäbe. Diese Unterschiede wurden mit der nicht gesicherten Selbstidentifikation der betroffenen Personen begründet. Trans\* Menschen, die über einen Konversionsversuch hätten berichten können waren nicht eingeladen.

Die Situation aus der Rechtsprechung, Gesetzgebung und wissenschaftlicher Erkenntnis stellt sich wie folgt dar.

### **Vorhandene Gesetzgebung zu einem Verbot von Konversionsversuchen:**

Im Ausland sind in 16 Bundesstaaten und zwei Städten der USA sowie im EU Staat Malta Konversionsversuche bei trans\* und homosexuellen Menschen jeweils gleichzeitig verboten worden. Malta hat zur Sicherstellung einer selbstbestimmten Geschlechtsangleichung ein weiteres Gesetz eingeführt, dass ein Recht auf erwünschte medizinische Maßnahmen sichert. In Österreich verabschiedete das Parlament am 2.7.2019 einstimmig einen Entschließungsantrag zum Verbot von Konversionsversuchen an lesbisch, schwulen, trans\* und intersexuellen Jugendlichen. (2)

### **Rechtsprechung und Studienlage zu geschlechtlicher Identität**

Das Bundesverfassungsgericht, BVerfG, hat in seinen Beschlüssen wiederholt die geschlechtliche Identität unter den Schutz des Art. 3 GG gestellt. (3)

In Verbindung mit der erfolgten Entpathologisierung der WHO Klassifikation muss bei Menschen mit erklärter geschlechtlicher Nichtübereinstimmung bzw. Inkongruenz von einer in psychischer Gesundheit verfassten Erklärung ausgegangen werden, die nicht grundlos angefochten bzw. einem Konversionsversuch ausgesetzt werden darf. Die Sicherheit der Selbsteinschätzung ist durch die Studienlage bestätigt. Mehr als 99% aller Personen, die das doppelte psychiatrische Begutachtungsverfahren nach dem Transsexuellengesetz durchlaufen bekommen ihr Gutachten. (4) (5) Dabei ist zu beachten, dass diese Zahl Menschen aller Altersgruppen enthält, also auch Kinder und Jugendliche. Menschen die nach einer Personenstandsänderung bedauern und die geschlechtliche Zuordnung wieder rückgängig machen wollen sind selten. Nach Auskunft per E-Mail der Geschäftsstelle des für Rheinland-Pfalz zuständigen Gerichts Frankenthal vom 13.4.2015 gab es in im vorangegangenen Zehnjahreszeitraum nur 3 Personen in 453 Verfahren nach dem Transsexuellengesetz, die einen Zweit- oder Drittantrag gestellt haben, mithin 0,43%.

### **Therapeutische Leitlinien:**

Während für Erwachsene eine evidenzbasierte „S3 Leitlinie Geschlechtsdysphorie“ (6) vorliegt gibt es derzeit nur eine S1 Fassung für Kinder und Jugendliche, (7) die keine Studien zur Grundlage hatte. Auf S. 7 der Leitlinie für Kinder und Jugendliche gibt es keine klare Empfehlung für oder gegen eine gegengeschlechtliche Hormontherapie, die an dieser Stelle auch erst ab 16 Jahren empfohlen wird. Eine S3 Fassung ist seit 2017 in Arbeit wird aber durch mediale Arbeit in der Fertigstellung behindert. (8) (9) (10)

Für alle Altersgruppen gleichermaßen wird von einer Therapie, die eine Transsexualität aufheben soll abgeraten. Der Leitlinie für Kinder und Jugendliche enthält jedoch zahlreiche Elemente, die einem Therapeuten erlauben, die Diagnose Transsexualität zu umgehen und damit die in diesem Aufsatz unter Methoden beschriebenen Konditionierungsversuche (30) anwenden zu können.

Durch die Begutachtungsrichtlinie Transsexualität des MDS (11), die dem wissenschaftlichen Stand des Jahres 1997 entspricht, werden trans\* Menschen verpflichtet eine Psychotherapie nachzuweisen bevor sie geschlechtsangleichende Maßnahmen von einer gesetzlichen Krankenkasse erstattet bekommen. Dies steht im Gegensatz zur S3 Leitlinie Geschlechtsdysphorie und ist ein Einfallstor für Konversionsversuche, da diese Pflicht unabhängig vom Bedarf besteht.

### **Methoden zu „Konversionstherapien“ bei trans\* Personen:**

Neben den in den Kommissionssitzungen vorgetragenen Konversionsversuchen mit christlich religiösem Hintergrund wie Dämonenaustreibung oder Wegbeten gibt es Maßnahmen, die den Anschein einer Psychotherapie wahren.

Trans\* Menschen und vor allem Jugendliche sollen zum einen möglichst „unauffällig“ von ihrem Wunsch nach geschlechtlicher Angleichung abgebracht und in ihrem „biologischen“ Geschlecht „gefestigt“ werden. Eine religiöse Motivation solcher Angebote wird häufig durch Lenken der Blickrichtung auf Fruchtbarkeit und Fortpflanzung verdeckt.

In Anlehnung an die Arbeiten von Kenneth Zucker sei den Eltern zu raten, ihren Kindern und Jugendlichen Spielzeug und Kleidung, die nicht zum bei der Geburt zugewiesenen „biologischen Geschlecht“ passen sollen, unauffällig wegzunehmen und sie zu Spielen und Betätigung anzuhalten, die ihrem Zuweisungsgeschlecht entsprechen. Konsequenterweise wird eine „falsche“ Spielzeugwahl eines Jugendlichen als Indikator für das Fehlen einer transsexuellen Hintergrunds interpretiert und heteronormative Vorstellungen von angeblich geschlechtsspezifischem Rollenvorhalten als verbindlich gesetzt. Die inkonsistente Theorie (30) dahinter ist: Ein Kind, das erklärt ein Mädchen zu sein, und als Junge zugewiesen wurde, soll mit Jungen Fußball spielen damit es in seinem „biologischen Geschlecht gestärkt“ wird, und wer gerne Fußball spielt, kann kein Mädchen sein.

Die Ursachen der Transsexualität werden als Folge einer angeblichen Beeinflussung von außen und als Verhalten relativiert. (12) (13) (14)

In einem 2005 erschienenen Fachbuch "Störungen der Geschlechtsidentität" von H. Bosinski, Mitglied der DGSMW, finden wir auf Seite 411:

„Einzeltherapie: Ein Therapeut gleichen Geschlechts, der zugleich Rollenmodellcharakter bekommt, sollte eingesetzt werden. Die Therapie bezieht sich auf das gemeinsame Spiel- (Zeichen-, Gesprächs-)aktivität, wobei geschlechtskonforme Verhaltensangebote gemacht und adäquate Verhaltensweisen belohnt werden (z.B. durch modified token economy). Geschlechtsatypische Verhaltensweisen werden nicht beachtet bzw. – beiläufig unterbunden (jedoch nicht sanktioniert).“

Alternativ soll in Gruppen mit bis zu 5 Kindern gespielt, Spielangebote gemacht und das gleiche operante Konditionierungssystem zur Anwendung kommen.

Konsequenterweise verweigern die genannten Behandler eine pubertätshemmende Therapie am Beginn der Pubertät und brandmarken sie als verantwortungslos. (1) Eine Hormontherapieverweigerung ist für

Jugendliche und Erwachsene zu mehr als 50% ein Grund für einen Suizidversuch. Darüber hinaus werden ab dem Jugendalter pubertätshemmende und/oder gegengeschlechtliche Hormontherapie über Jahre hinausgezögert oder grundsätzlich, d. h. ohne individuelle Betrachtung abgelehnt.

In Kreisen mit religiöser Motivation wie dem Bund Katholischer Ärzte finden wir z.B. folgende Aussage: (15)

„Die heute praktizierte operative Geschlechtsumwandlung ist letztlich nicht zielführend und sogar gefährlich, weil sie die Ursachen in Geist und Seele dieser Menschen nicht behandelt“

„Wir BKÄ- und homöopathischen Ärzte aber sagen, dass leidende Menschen mit diesem Beschwerdebild fachliche Hilfe (Homöopathie, Psychotherapie, ...) bekommen können und sollen. (Das an sich ist nicht 'katholische Therapie', sondern als katholische Ärzte und Christen müssen wir von diesen speziellen, verschwiegenen Heilverfahren wissen und sie auch klar benennen.)“ gefolgt mit Empfehlungen zu Homöopathie und Verweisen zu einschlägigen evangelikalischen Vereinen wie der DIJG.

### **Auswirkungen:**

Das Erfahren einer solchen „Therapie“ wird durch die betroffenen Menschen als komplette Ablehnung durch ihre Umwelt wahrgenommen, insbesondere dann, wenn Personensorgeberechtigte sich bewusst oder unbewusst auf eine derartige Therapieform bei Kindern und Jugendlichen einlassen.

Statt den durch Transsexualität bestehenden Leidensdruck zu mindern, der durch das Leben in der als unpassend empfundenen sozialen Rolle, sowie den geschlechtlichen Merkmalen des Körpers verursacht wird, kann sich dieser während dieser Zeit des „Aussitzens“ weiter verstärken und zu Depressionen und Suizidversuchen führen.

Bei Jugendlichen sind die Folgen dramatischer als bei Erwachsenen, weil sich durch frühzeitige medizinische Intervention die unerwünschte Vermännlichung oder Verweiblichung des Körpers noch verhindern ließe und dies aus Sicht der Jugendlichen eine mutwillige Zerstörung ihrer zukünftigen Akzeptanz in der Gesellschaft bedeutet.

Während Erwachsene die Möglichkeit haben, Therapeut\_innen zu wechseln, sind Kinder und Jugendliche dieser Situation hilflos ausgeliefert, solange sie keine Unterstützung durch Dritte, (andere Verwandte, Jugendamt, Pädagog\_innen, Erzieher\_innen), bekommen. Fehlinformationen zum sozialen Rollenwechsel oder Hormontherapie führen häufig zu Streit um das Sorgerecht zwischen den Eltern, und die Jugendlichen müssen Jahre auf eine Gerichtsentscheidung warten, bis sie ihre Hormontherapie bekommen. (3)

Dieses Gefühl der Hilflosigkeit äußert sich in einem stark erhöhten Anteil klinisch relevanter Depressionen und Suizidversuche im Vergleich zu jungen Menschen, die medizinische Unterstützung bekommen, die der Auflösung geschlechtlicher Inkongruenz positiv neutral gegenüber steht. (16) (17)

Mangelnde Unterstützung durch Verwandte und die Weigerung von Ärzten, die erwünschte geschlechtsangleichende Therapie durchzuführen, werden bei Erwachsenen zu über 50% als Grund eines Suizidversuchs angegeben. (18) (19) Aus diesem Grund werden solche Behandlungsansätze, die

darauf abzielen, die Geschlechtsidentität und den Ausdruck der Geschlechtlichkeit eines Menschen so zu verändern, dass sie besser mit dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmen schon seit 2012 von der World Professionals Association for Transgender Health (WPATH) als erfolglos und ethisch nicht mehr vertretbar angesehen. (1)

## Beispiele

Leelah Alcorn aus Ohio, USA ist das bekannteste Opfer einer „Konversionstherapie“. Im Dezember 2014 schrieb sie in ihrem Abschiedsbrief: (20)

*“My mom started taking me to a therapist, but would only take me to christian therapists, (who were all very biased) so I never actually got the therapy I needed to cure me of my depression. I only got more christians telling me that I was selfish and wrong and that I should look to God for help.”*

Nach 4 Jahren zeitweiser erzwungener Isolation von Schule und Freunden warf sich Leelah Alcorn im Alter von 18 Jahren vor einen Lastwagen. Sie konnte es nicht ertragen, dass ihr Körper inzwischen weitgehend männlich ausgeprägt war. Mit 14 hätte sie noch die Chance gehabt, mit Hilfe pubertätshemmender Medikamente und später gegengeschlechtlicher Hormone einen weiblich ausgeformten Körper zu entwickeln.

Jayden Lowe aus Cambridge, Großbritannien, wurde mit 16 mitgeteilt, er müsse zwei Jahre warten bevor er bei der einzigen Spezialklinik des Landes wegen einer Hormontherapie vorstellig werden könne. (21) (2) Als er 18 wurde, teilte die Klinik ihm mit, er sei nun als Erwachsener eingestuft und müsse weitere vier Jahre warten. Jayden warf sich im September 2018 vor einen Zug und starb.

Einer der prominentesten Verweigerer einer angemessenen Therapie, Dr. Alexander Korte von der LMU München, hält jedoch eine pubertätshemmende und auch eine sog. gegengeschlechtliche Hormontherapie im Jugendalter für „unverantwortlich“. (9) Ein offener Brief (10) der großen Mehrheit seiner deutschen Fachkollegen widerspricht dieser Ansicht und sieht diese Therapie bei Jugendlichen - so wie auch wir- im Individualfall als angemessen an. Wiederholt bezeichnete Korte selbst eine von den Betroffenen ausdrücklich erwünschte Hormontherapie als „Konversionstherapie“ vermeintlich homosexueller Jugendlicher. Die geschlechtliche Identität der von ihm betreuten Jugendlichen (22) und ihre Einwilligungsfähigkeit (23) werden somit komplett in Abrede gestellt.

Eine weitere wissenschaftlich nicht belegte Meinung finden wir bei Dr. Christian Spaemann: (13) (14) „Bei allem Erfolg sollten wir uns eingestehen, dass es kein Ruhmesblatt für uns ist, einer tiefgreifenden Identitätsstörung mit Hormonen und Messer zu Leibe rücken zu müssen. Unser Bestreben sollte sein, Wege zu finden, das Leid so zu lindern, dass diese Maßnahmen eines Tages der Vergangenheit angehören.“

Dazu ist zu sagen, dass es bisher nicht dauerhaft gelungen ist, einen Menschen durch Beeinflussung von seiner Transsexualität zu „befreien“ und eine Reihe von Studien verweisen auf genetische Ursachen. (24) (25) (26)

Da es aus ethischen Gründen nicht in Frage kommt, trans\* Menschen auf Basis genetischer Informationen auszusortieren oder auf irgendeine Art manipulativ einzugreifen, ist Spaemanns Aussage nichts weiter als Irreführung.

Eine andere Variante, Trans\* bei Jugendlichen auf äußere Umstände zu lenken, damit der Selbstbestimmung dieses Menschen zu entziehen und etwas zum „Heilen“ zu suggerieren, ist die Suche nach Ursachen in der Familie. Bekanntheit erreichte der Fall „Alex“, der im Jahr 2012 auf Betreiben einer Mitarbeiterin der Charité beinahe zum Entzug des Sorgerechts für ein trans\* Mädchen führte. (27)

Der meistzitierte Autor für solche „Maßstäbe“, Kenneth Zucker, wurde 2017 von seiner Klinik in Toronto wg. nicht mehr zeitgemäßer Methoden fristlos entlassen. (28)

Dies sind leider keine Einzelfälle. Landauf landab gibt es Psychotherapeut\_innen oder Psychiater\_innen, die aus völliger Unwissenheit (22) das gleiche Vorgehen praktizieren. Transsexualität ist selbst im Bereich Sexualtherapie in der universitären Ausbildung kein Pflichtwissen.

### **Welche Regelungen sind notwendig, um speziell für Trans\* und Inter ein wirksames Verbot zu erzielen?**

Jede zwanghafte oder verdeckte Form der Beeinflussung eines Menschen hin zu seinem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht, jede grundsätzliche Verweigerung hormonell-medizinischer Intervention ohne Betrachtung der individuellen Entwicklung gegen den erklärten Wunsch eines trans\* Klienten ist unabhängig davon, wer diese Methoden anwendet, zu untersagen, weil diese Methoden eindeutig zu mehr Leiden und sogar Tod führen können. Die Weigerung, anerkannte Therapien (10) in Betracht zu ziehen, kommt wg. gesundheitlicher Schäden und lebenslanger Stigmatisierung bei Kindern und Jugendlichen einer Kindeswohlgefährdung gleich. Die Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften sind Empfehlungen und daher unverbindlich. Grundsätzlich kann hier jeder in weiten Grenzen machen was er will. Eine einmal als schädlich definierte bewusste Unterlassung einer Therapie oder der Versuch einer fremdbestimmten Konversion kann nicht auf Basis einer Selbstregulierung der Medizin verhindert werden. Da mehrere prominente Mitglieder zumindest eines Berufsfachverbandes eine Affinität zu den genannten Methoden haben, reichen berufsständische Empfehlungen nicht aus und ein Verstoß muss strafrechtlich relevant werden. Als Vorstufe kann der Verlust der ärztlichen Approbation angedroht und, wie Prof. Dr. Burgi in der Podiumsdiskussion bestätigte, die Therapiefreiheit eingeschränkt werden. Daten aus den USA lassen annehmen, dass die Mehrheit der Konversionsversuche innerhalb des medizinischen Systems erfolgt. (29)

Die Sicherheit der geschlechtlichen Selbstidentifikation eines Menschen ist bei Erwachsenen und auch bei Jugendlichen ab Beginn der Pubertät hoch. Eine gründliche Sichtung der Studienlage widerlegt Meinungen von einigen bestimmten Ärzten und religiös motivierten Angeboten. Kinder und Jugendliche müssen auch gegen den Willen ihrer Personensorgeberechtigten die freie Wahl eines Therapeuten und bei Indikation durch diesen den Zugang zu Hormontherapie haben. Dabei ist ein einfacher Zugang zur Unterstützung durch geeignete Stellen zu gewährleisten. Dazu sind Jugendämter, Schulpsychologische Dienste und verwandte Einrichtungen zur Fortbildung bei geeigneten Fach-

verbänden zu verpflichten. Diese Fortbildung muss aus erster Hand erfolgen, d.h. unter Inanspruchnahme von Therapeuten, die ergebnisoffen arbeiten, mit Verbänden, die bezüglich der Sexualentwicklung von Kindern und Jugendlichen Experten sind und Beteiligung von Verbänden intersexueller und trans\* Menschen, die mit Fortbildung Erfahrung haben.

Therapeuten, die ihre Dienste Menschen anbieten dürfen, die unter einer geschlechtlichen Nichtübereinstimmung leiden, welche trans\* Personen wie intersexuelle Menschen gleichermaßen betreffen kann, müssen eine entsprechende Ausbildung haben, die es in geregelter Form derzeit nicht gibt. Die universitäre Ausbildung muss in diesem Bereich ausgerüstet werden. Nur so ist zu verhindern, dass die Notlage der Behandlungssuchenden zu Konversionsversuchen missbraucht wird. Seelsorgerische Angebote im religiösen Bereich sind nur positiv wirksam, wenn sie affirmativ im Sinne der Stärkung der selbsterklärten geschlechtlichen Identität sind. Alles andere ist zu untersagen, weil potentiell krankmachend.

Zusammenfassend ist ein Verbot von Konversionsmaßnahmen auf fremdbestimmte Veränderungsversuche der geschlechtlichen Identität zu erweitem. Die Therapiefreiheit endet bei als schädlich erkannten Konversionsversuchen aller Art. Darin inbegriffen ist ausdrücklich auch die Umgehung einer geschlechtsangleichenden Therapie mit dem Ziel einer Konversion d.h. pauschale Verhinderung einer selbstbestimmten Geschlechtsangleichung ohne Ansehen der Person. Das Recht auf Selbstbestimmung in Gesundheitsfragen bei Jugendlichen im medizinischen Sinne muss gestärkt werden.

#### Quellen:

1. [https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7\\_German.pdf](https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_German.pdf) Standards of Care S.20.
2. [https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVI/A/A\\_00558/fname\\_726931.pdf](https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVI/A/A_00558/fname_726931.pdf).
3. 1 BvR 1914/17 RN 31-36, 1 BvR 16/72 RN6, 1 BvR 747/17 RN12, 1 BvR 2019/16 RN 37-40.
4. Bernd Meyenburg, Karin Renter-Schmidt, Gunter Schmidt: Begutachtung nach dem Transsexuellengesetz. In: Zeitschrift für Sexualkunde, 28/2015 S. 107-120.
5. Bernd Meyenburg, Expertendiskussion der Begutachtung zum Transsexuellengesetz. In Zeitschrift für Sexualkunde 29/2016, S. 57-61.
6. [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/138-001I\\_S3\\_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung\\_2019-02.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001I_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-02.pdf).
7. [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/028-014I\\_S1\\_St%C3%B6rungen\\_Geschlechtsidentit%C3%A4t\\_2013-08\\_01.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-014I_S1_St%C3%B6rungen_Geschlechtsidentit%C3%A4t_2013-08_01.pdf).
8. <https://www.egt.med.uni-muenchen.de/veranstaltungen/archiv/klinische-ethik-ss-16/leitfadenkorte.pdf>.
9. <https://www.spiegel.de/plus/geschlechtsumwandlungen-macht-doch-endlich-sonst-bringe-ich-mich-um-a-00000000-0002-0001-0000-000161911783>.
10. Dienstag, 05. Februar 2019 um 09:54 Uhr.\*
11. [https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen\\_GKV/07\\_RL\\_Transsex\\_2009.pdf](https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/07_RL_Transsex_2009.pdf).

12. Jannik Franzen: „Spielend ein richtiger Junge werden: Zur Geschlechternormierung im medizinisch-psychologischen Umgang mit sogenannten „Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter“ S.112-117.
13. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/171070/Geschlechterdichotomie-transkulturell-bedingt>.
14. <http://www.trans-infos.de/aktuelles/psychiater-und-schwulenheiler-christian-spaemann-verunglimpft-medizinische-geschlechtsangleichung-im-deutschen-aerzteblatt>.
15. <https://www.bkae.org/index.php?id=1581>.
16. Baseline Characteristics of Transgender Youth Seeking Care, J.Olson, Journal of Adolescent Health 2015, Volume 57, Issue 4, S. 374–380.
17. <https://www.telethonkids.org.au/our-research/brain-and-behaviour/mental-health-and-youth/youth-mental-health/trans-pathways/> Trans Pathways S.34-35, 45, 80.
18. <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/AFSP-Williams-Suicide-Report-Final.pdf> S.2.
19. <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-Full-Report-Dec17.pdf> S.8.
20. Abschiedsbrief von Leelah Alcorn  
<https://web.archive.org/web/20150101052635/http://lazerprincess.tumblr.com/post/106447705738/suicide-note>.
21. Transgender teen resorted to online treatments before tragic death <https://www.cambridge-news.co.uk/news/cambridge-news/transgender-teen-resorted-online-treatments-16046382>, .
22. [https://www.dji.de/fileadmin/user\\_upload/bibs2015/DJI\\_Broschuere\\_ComingOut.pdf](https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs2015/DJI_Broschuere_ComingOut.pdf) S.12/16/25 .
23. Mirjam Siedenbiedel: „Selbstbestimmung über das eigene Geschlecht: Rechtliche Aspekte des Behandlungswunsches transsexueller Minderjähriger“, NOMOS..
24. G.Spizzirri; C.M.A.Pereira et.al: Grey and white matter volumes either in treatment-naïve or hormone-treated transgender women: a voxel-based morphometry study In: nature.com , 15. Januar 2018 .
25. V. Harley, Prince Henry’s Institute of Medical Research, Melbourne [abc.net.au](http://abc.net.au) Transsexual study re-veals genetic link [abc.net.au](http://abc.net.au) , am 27. Oktober 2008 .
26. Genetic Link Between Gender Dysphoria and Sex Hormone Signaling, Madeleine Foreman, Lauren Hare, Kate York, Kara Balakrishnan, Francisco J Sánchez, Fintan Harte, Jaco Erasmus, Eric Vilain, Vincent R Harley. In: The Journal of Clinical Endocrinology & Meta.
27. <http://www.taz.de/15097684/>.
28. <https://www.theglobeandmail.com/news/toronto/camh-to-wind-down-controversial-gender-identity-clinic-services/article27766580/>.
29. <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Conversion-Therapy-LGBT-Youth-Jan-2018.pdf>.
30. Learning to listen to trans and gender diverse children: A Response to Zucker (2018) and Steensma and Cohen-Kettenis (2018)

Kelley Winters, Julia Temple Newhook, Jake Pyne, Stephen Feder, Ally Jamieson, Cindy Holmes, Mari-Lynne Sinnott, Sarah Pickett & Jemma Tosh  
<https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1471767>



\* (10) Dienstag, 05. Februar 2019 um 09:54 Uhr

## Brief an die Spiegel-Redaktion (Auszug)

### Spiegel-Gespräch mit Dr. med. Alexander Korte in SPIEGEL Nr. 4/2019, S. 48ff

„Sehr geehrte SPIEGEL-Redaktion,

die Aktualität medizinischer Behandlungsstandards bildet sich in Leitlinien ab, die nach den anerkannten Regeln der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) stetig in interdisziplinären Leitlinienkommissionen fortentwickelt werden, in denen die jeweils wichtigen Fachverbände durch ausgewählte Expert\*innen vertreten sind. Im o.g. Beitrag wird die aktuelle AWMF-Leitlinienkommission „Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter“ erwähnt, für die die Unterzeichnenden als Expert\*innen von den Vorständen ihrer u.g. medizinischen Fachgesellschaften für das Kindes- und Jugendalter entsprechend mandatiert sind.

In dem Interviewbeitrag werden einige Einzelpositionen vertreten, die im Lichte aktueller medizinischer Standards bedenklich sind, weil sie geeignet sind, minderjährige Behandlungssuchende, die unter Geschlechtsdysphorie leiden, zu stigmatisieren, zu diskriminieren und zu verunsichern, sowie behandelnde Ärztinnen und Ärzte, die standardkonform behandeln, zu diskreditieren. Wir sehen sich daher zu folgender Stellungnahme veranlasst:

1. Im Beitrag wird die pubertätsaufhaltende Hormonbehandlung für Jugendliche mit Geschlechtsdysphorie prinzipiell als „derzeit unverantwortbar“ bezeichnet.

Nach internationalen Leitlinienstandards kann bei einem hohen geschlechtsdysphorischen Leidensdruck nach Eintritt der Pubertät, ab einem Reifestadium nach Tanner II (meist zwischen 11 und 14 Jahren) die pubertätsunterdrückende Hormonbehandlung als geeignete und hinreichend sichere Behandlung empfohlen werden. Diese Behandlung ist insbesondere geeignet, dauerhaften Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit, die sekundär durch leidvoll erlebte irreversible Körperveränderungen im Verlauf einer fortschreitenden Reifeentwicklung entstehen können, wirksam vorzubeugen. Voraussetzung ist in jedem Einzelfall eine sorgfältige kinder- und jugendpsychiatrische Indikationsstellung, für die eine ausgewiesene Expertise hinsichtlich der gesamten Variationsbreite geschlechtsatypischer Entwicklungsverläufe in Kindheit und Jugend benötigt wird, sowie die auf umfassender Aufklärung über etwaige Risiken basierende informierte Zustimmung der Minderjährigen und ihrer Sorgeberechtigten...“

. gez.

Univ.-Prof. Dr. med. Georg Romer Universitätsklinikum Münster Koordinator der AWMF-Leitlinie „Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter“ i.A.\* Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und – psychosomatik (DGKJP)

Univ.-Prof. Dr. Annette Richter-Unruh, Bochum (DGKJ) Ruhr-Universität Bochum i.A.\* Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)

Dr. med. Achim Wüsthof, Hamburg (DGKED) MVZ endokrinologikum Hamburg

i.A.\* Deutsche Gesellschaft für Kinderendokrinologie und –diabetologie (DGKED)

\*i.A. = Mandat durch Vorstand der betreffenden Fachgesellschaft für die Mitarbeit in der AWMF-Leitlinienkommission „Geschlechtsdysphorie des Kindes- und Jugendalters.“